

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ**  
**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**  
**Institut mezioborových studií Brno**

**Harm reduction u drogově závislých**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Vedoucí diplomové práce:**  
**Doc. Dr. Stanislav Balík, PhD.**

**Vypracovala:**  
**Bc. Roman Václavková**

**Brno 2012**

### ***Prohlášení***

*Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „**Harm reduction u drogově závislých**“ zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této diplomové práce.  
Elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné.*

*V Jihlavě, dne 20. října 2012*

.....  
*Bc. Romana Václavková*

### **Poděkování**

*Děkuji panu **Doc. Dr. Stanislavu Balíkovi, PhD.** za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytl při zpracování mé diplomové práce.*

*Také bych chtěla poděkovat všem, kteří mě podporovali při tvorbě mé diplomové práce, především vedení jednotlivých K - Center. Dále bych chtěla poděkovat řediteli Městské policie Jihlava, panu Ing. Janu Frencovi, který mě poskytl odbornou pomoc, materiály k tématu a nastínil prevenci kriminality u drogově závislých především v kraji Vysočina, což přispělo ke zkvalitnění při zpracování této práce.*

.....  
*Bc. Romana Václavková*

**OBSAH**

<b>ÚVOD</b>	<b>5-6</b>
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST</b>	
<b>1. HARM REDUCTION, POPIS</b>	<b>7-13</b>
1.1. Historie a vývoj Harm reduction	7
1.2. Aktivity Harm reduction	8
1.2.1. Aktivity Harm reduction v roce 2000	8
1.2.2. Aktivity Harm reduction v roce 2001	10
1.2.3. Spolupráce v roce 2002	10
1.2.4. Aktivity Harm reduction v roce 2002	11
1.3. Dílčí závěr	13
<b>2. SEZNÁMENÍ S PROBLEMATIKOU DROG, ZÁVISLOSTÍ</b>	<b>14-20</b>
2.1 Popis základních pojmů	14
2.2. Dílčí závěr	20
<b>3. PŘEDCHÁZENÍ DROGOVÝM ZÁVISLOSTEM, PREVENCE</b>	<b>21-26</b>
3.1. Oblast primární prevence	21
3.2. Oblast sekundární prevence	23
3.3. Oblast terciální prevence	24
3.4. Dílčí závěr	26
<b>4. ZPŮSOB ZVLÁDÁNÍ A LÉČBY DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ</b>	<b>27-48</b>
4.1. Závislost	27
4.2. Fáze závislosti	27
4.2.1. Experimentální fáze	27
4.2.2. Sociální fáze	29
4.2.3. Každodenní (užívání) fáze	29
4.2.4. Uživací fáze (k dosažení normálu)	30
4.3. Příznaky užívání (jednotlivých) drog	30
4.4. Rozdělení léčebných metod	32
4.4.1. Psychologická léčba	32
4.4.2. Farmakologická léčba	32
4.4.3. Ambulantní léčba	34
4.4.4. Intenzivní ambulantní léčba, denní stacionáře	34
4.4.5. Ústavní detoxikace	35
4.4.6. Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba	36
4.4.7. Rezidenční léčba v terapeutických komunitách	37
4.5. Zlepšování účinnosti a výsledků léčby	39
4.5.1. Léčení závislosti a vývojové úkoly	39
4.5.2. Abstinence	39

4.5.3.	Udržení v léčbě, zapojení do léčby	41
4.5.4.	Léčebné kontinuum	42
4.5.5.	Léčebné programy	44
4.6.	Dílčí závěr	48
<b>5.</b>	<b>DOPADY DROGOVÉHO UŽÍVÁNÍ</b>	<b>49-54</b>
5.1.	Dopady na osobnost toxikomana	49
5.2.	Dopady na rodinu toxikomana	50
5.3.	Dopady na společnost	53
5.4.	Dílčí závěr	54
<b>6.</b>	<b>PORADNSTVÍ A EDUKACE V RÁMCI HARM REDUCTION</b>	<b>55-57</b>
6.1.	Mezinárodní spolupráce, kontakty	55
6.2.	Dílčí závěr	57
<b>7.</b>	<b>ROZVOJ SOCIÁLNÍCH DOVEDNOSTÍ U DROGOVĚ ZÁVISLÝCH</b>	<b>58-64</b>
7.1.	Oblast resocializace a následné péče	59
7.2.	Analýza současného stavu	62
7.3.	Dílčí závěr	64
<b>8.</b>	<b>FINANCOVÁNÍ V OBLASTI HARM REDUCTION</b>	<b>65-68</b>
8.1.	Financování protidrogové politiky	65
8.2.	Rozpočtové výdaje na protidrogovou politiku	67
8.3.	Dílčí závěr	68
<b>9.</b>	<b>SWOT ANALÝZA</b>	<b>69-72</b>
9.1.	Popis SWOT analýzy	69
9.2.	Dílčí závěr	72
<b>10.</b>	<b>KRIMINALITA U DROGOVĚ ZÁVISLÝCH</b>	<b>73-77</b>
10.1.	Kriminalita s drogami spojená	73
10.2.	Kriminalita opatřovací	73
10.3.	Kriminalita páchaná pod vlivem drog	73
10.4.	Vlastní kriminalita drogová	73
10.5.	Drogová trestná činnost	73-77
10.6.	Dílčí závěr	
<b>11.</b>	<b>DÍLČÍ VÝZKUM</b>	<b>78-87</b>
	<b>Závěr</b>	<b>88</b>
	<b>Anotace</b>	<b>89-90</b>
	<b>Resumé</b>	<b>91</b>
	<b>Seznam použité literatury</b>	<b>93-94</b>
	<b>Seznam symbolů a zkratk</b>	<b>95-96</b>
	<b>Seznam příloh</b>	<b>97</b>
	<b>Přílohy</b>	<b>98-108</b>

# ÚVOD

Pracuji, jako sociální pracovnice Magistrátu města Jihlavy, oddělení sociálně právní ochrany dětí a proto jsem si pro svoji diplomovou práci vybrala téma „Harm reduction u drogově závislých“, neboť se s tímto tématem stále častěji setkávám u svých klientů (nezletilých dětí) a také u jejich příbuzných, přátel, kamarádů atd..

První část své diplomové práce jsem věnovala popisu minimalizací negativních dopadů drogové problematiky a také vysvětlení současné primární, sekundární a terciární drogové prevence ve Statutárním městě Jihlava.

Náplní teoretické části této práce je výčet negativních dopadů drogové problematiky. Podrobně jsou zde popsány jak základní pojmy tak především dopady drogového užívání na osobnost toxikomana, na jeho rodinu i na společnost. Předmětem empirické části bude dále výzkum, v němž se pokusím získat od klientů zpětnou vazbu na fungování služeb Harm reduction v kraji Vysočina.

Jako cíl své diplomové práce jsem zvolila sociologický výzkum. Pomocí dotazníků chci informovat o získaných informacích od jednotlivých respondentů.

Během výzkumu jsem použila popisný přístup. Postupovala jsem od dat získaných pomocí dotazníků k obecnějším závěrům. Vzhledem k logice se na počátku výzkumu tvořily hypotézy a mým cílem bylo jejich postupné ověřování.

Také jsem uvedla příklad, který se opírá o zkušenosti z mé praxe a samozřejmě i o velké množství nastudované literatury. Výsledkem jsem se pokusila srovnat s uvedenými příklady se zjištěnými údaji.

Hlavním cílem bylo prozkoumání dopadu Harm reduction na klienty, získání důležitých podkladů pro posouzení efektivity Harm reduction v kraji Vysočina. Cílem výzkumu bylo zjištění, zda jsou klienti K - Center na Vysočině spokojeni se službami, která jim tato centra poskytují a to v rámci Harm reduction.

Východiskem jsou tyto dva základní předpoklady:

- Uživatelé drog využívají služeb Harm reduction a ty mají pozitivní dopad na snížení zdravotních rizik spojených s užíváním drog.
- Uživatelé drog mají díky službám K- Center zájem aktivně trávit svůj volný čas

## Charakteristika metod (techniky) zpracování empirické části práce

Předmětem empirické části je výzkum, v němž se budu snažit získat od klientů zpětnou vazbu na fungování služeb Harm reduction v kraji Vysočina.

- Dotazník

Součástí práce bude sociologický průzkum (event. drobný sociologický výzkum) zaměřený na zjištění, zda kraj Vysočina, přesněji Statutární město Jihlava, Třebíč a Žďár nad Sázavou věnují dostatek prostoru atd. k léčbě a činností u drogově závislých.

### Charakteristika výběrového souboru.

Jako výběrový soubor jsem si určila uživatele návykových látek, kteří využívají služeb K- Centra Statutárního města Jihlava, Třebíč, Žďár nad Sázavou.

- osoby požívající alkohol, návykové látky.

Jedná se o osoby s různým věkovým rozpětím, přesnější popis respondentů jsem se pokusila uvést ve své diplomové práci (empirická část), po obdržení a vyhodnocení dotazníků.

Výběrový soubor bude vytvořen na základně nepravděpodobnostní techniky s označením záměrný. Počet uživatelů v K- Centru Jihlava, Třebíč a Žďár nad Sázavou je proměnlivý. Respondenty budu získávat díky kontaktům, které mi umožnili zaměstnanci výše uvedených K- Center.

Domnívám se, že bych mohla výsledky výzkumu svojí diplomové práce uplatnit především ve své práci sociálního pracovníka a také v již zmíněných K- Centrech.

Proto jsem velice pečlivě zvažovala zvolené téma. Z tohoto důvodu jsem kladla důraz především na tento sociologického výzkumu.

Tuto diplomovou práci se budu snažit využít ve své práci sociálního pracovníka a k efektivnějšímu způsobem, jak redukovat trestnou činnost lidí závislých na návykových látkách a to především ve Statutárním městě Jihlava.

# 1. TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Harm reduction, popis

Harm reduction (dále jen HR), (nepřekládá se do jazyka českého) – minimalizace negativních dopadů drogové problematiky se zabývá popisem současné primární, sekundární a terciární drogové prevence ve Statutárním městě Jihlava.

Náplní teoretické části této práce je výčet negativních dopadů drogové problematiky. Podrobně jsou zde popsány dopady drogového užívání na osobnost toxikomana, na jeho rodinu i na společnost.

Předmětem praktické části bude dále výzkum, v němž se pokusím získat od klientů zpětnou vazbu na fungování služeb HR ve Statutárním městě Jihlava, Třebíč a Žďár nad Sázavou. Hodnocení, zda služby vyhovují potřebám klientů, je důležitým podkladem pro posouzení efektivity a může se stát podnětem pro změny v praxi. Důležitým cílem výzkumu bude zjištění, jaký vliv mají služby HR na klienty K- Center v oblasti volného času. Předmětem první části mé diplomové práce budou také negativní dopady drogové problematiky. Předmětem výzkumu je tedy především efektivita HR v Statutárním městě Jihlava, atd.

### 1.1. Historie a vývoj HR

Sekce HR vznikla v říjnu roku 1999 jako reakce na potřebu programů a zařízení poskytujících služby HR setkávat se a spolupracovat v rámci širší odborné platformy a potřeby síťovat nízkoprahová zařízení a terénní programy. Významná je možnost spolupracovat na definicích minimálních standardů poskytované péče a především na utváření mechanismů kontroly kvality poskytované péče v programech HR.

Koncem roku 2000 bylo za 14 měsíců existence Sekce HR A.N.O. přijato 31 zařízení, to znamená téměř polovinu všech programů či HR z celé ČR. Podle mechanismů (stanovy A.N.O., organizační řád a vnitřní předpisy Sekce HR) přijímání jednotlivých zařízení do Sekce HR je tato otevřena jak nestátním, tak i státním organizacím.

Podle zastoupení programů v jednotlivých krajích je možný relativně optimistický pohled na pokrytí regionů službami HR, které spolupracují v rámci odborné platformy a podílejí se na tzv. síťování těchto programů a zajišťování kvality poskytovaných služeb. Je zřejmé, že ve jmenovaných regionech realizují své programy i další zařízení, ať už státní či nestátní. V těchto případech není možné uvádět jakékoli informace týkající se poskytovaných služeb HR a jejich kvality. Tato zařízení buď projevila zájem o spolupráci se Sekcí HR a dosud nebyla přijata z různých důvodů, nebo zájem prozatím neprojevila.

Výbor Sekce HR A.N.O. (dále jen Výbor Sekce) začal pracovat následně po ustavujícím valném shromáždění Sekce HR A.N.O. v Děčíně (15.10.1999). Ze vzájemné dohody členů Výboru Sekce vyplynulo, že jednotlivá setkání Výboru Sekce se budou konat jednou za dva měsíce, případně jednou za měsíc a to vždy v jiném zařízení, jehož

zástupce je členem Výboru Sekce. První jednání Výboru Sekce proběhlo v Plzni v CPPT 1. prosince 1999. Následující setkání Výboru probíhala v Praze v K-centru Sananim (1/2000), v Brně v Drug Azyl (1.2.2000), v Ústí nad Labem DrugOut Club (5.4.2000), v Hradci Králové Laxus (7.6.2000), v Brně Drug Azyl (20.7.2000), v Olomouci K-centrum Valhala (13.9.2000), v Praze v Prev-Centru (25.10.2000), v Táboře Auritus (13.12.2000).

Každé jednání Výboru Sekce v jednotlivých zařízeních mohou navštívit zástupci regionálních zařízení, která jsou členy Sekce HR. Je dobré vést zasedání Výboru v jednotlivých zařízeních z důvodů změny, delegování hostitelských a organizačních povinností, pohledu a seznámení kolegů s daným zařízením a především z důvodu dostupnosti pro regionální zařízení - členy Sekce.

## **1.2. Aktivity HR**

### **1.2.1. Aktivity HR v roce 2000**

#### **Projekty připravené Výborem Sekce HR a spolupracovníky (Děčín, České Budějovice)**

Významnou událostí respektive projektem roku 2000 se ukázal projekt "Sjednocení sběru dat". Tento projekt prošel několika fázemi od počátečního názorového sdílení ve Výboru Sekce až po rozdílné názory a pohledy, kdy zástupci Sdružení Podané ruce se rozhodli projekt řešit jiným způsobem. I přes některé názorové neshody došlo nakonec k dohodě, kdy zástupci Plzně, Hradce Králové, Ústí nad Labem, Prahy, Českých Budějovic vytvořili pilotní verzi projektu respektive pilotní pracovní skupinu, která projekt Sjednocení sběru dat realizovala v průběhu roku 2000. Shoda pilotní pracovní skupiny se zástupci Podaných rukou proběhla na jednání Výboru Sekce v Brně 20.7. Dohoda spočívá v nutnosti sjednotit definice sbíraných dat a údajů. Další dohody budou vyplývat z analýzy závěrečných zpráv obou verzí a z dalších jednání zástupců pilotní skupiny i skupiny vedené sdružením Podané ruce.

#### **Další projekty, které měly být realizovány**

Vzdělávání v oblasti HR se v důsledku nejasnosti výkladu o příjemci dotace, kterou projekt Vzdelávání pracovníků HR získal, nenaplnil. Dotace, byť minimální, mohla zaplatit dva dvoudenní specializované semináře. Bohužel příjemcem dotace se stal realizátor nikoli statutární zástupce (A.N.O.). K finančním prostředkům neměla Sekce HR ani A.N.O. přístup, nebylo tedy možné realizovat vzdělávání pracovníků HR tak, jak bylo plánováno v projektu. Za čerpání finančních prostředků je zodpovědné K -centrum Kolín respektive OkÚ v Kolíně.

Projekt Ediční činnost Sekce HR byl naplněn formou překladu odborné literatury z oblasti HR (Pražské přednášky Richarda Patese). Naplnění projektu zajistili pracovníci o.s.Laxus Hradec Králové. Vydané a nově přeložené přednášky Mr.Batese budou součástí univerzitních knihoven a další výtisky obdrží jednotlivá zařízení z řad členů Sekce HR v průběhu března 2001.

#### **Analýza dopadů financování**

V souvislosti s razantním krácením finančních prostředků na protidrogovou politiku státu z kapitoly VPS v roce 2000 se rozhodla A.N.O. za výrazné spolupráce Sekce HR

vypracovat analýzu dopadů krácení finančních prostředků. V analýze se mimo zařízení a programů HR objevily i další programy typu terapeutických komunit, doléčovacích center, center primární prevence etc. Výstupy a získaná data byla poskytnuta členům Sekce HR a společně s dopisem adresována řediteli sekretariátu MPK a ministru bez portfeje ing. Karlu Březinovi s žádostí o návrh možného řešení nastalé situace.

### **Standardy péče v HR**

V rámci valného shromáždění Sekce HR v dubnu 2000, které proběhlo v prostorách o.s. Sananim byly jednomyslně přijaty minimální standardy poskytované péče v oblasti HR, přestože se jedná o pracovní verzi MPK a MZ ČR, kterou s těmito institucemi ve spolupráci připravoval MUDr. PhDr. Kamil Kalina. Tato verze byla zároveň obohacena o připomínky zástupců Sekce HR (pracovní skupina vedená PaedDr. M. Těmínovou-Richterovou, 30.6.1999). V současné době je tedy tato verze a její naplňování závazné pro členy Sekce HR.

### **Etický kodex pro nízkoprahová zařízení a terénní programy**

V průběhu května a června 2000 zpracovali zástupci o.s. Laxus PhDr. D. Dobiášová a Mgr. J. Staníček návrh etického kodexu pro nízkoprahová zařízení a terénní programy. Výbor Sekce HR na jednání v Hradci Králové v K-centru o.s. LAXUS přijal zpracovaný návrh etického kodexu s tím, že v této obecnější podobě je přijatelný zařízením Sekce HR a každé zařízení má možnost podle svého vědomí a svědomí doplnit materiál o specifické dodatky, které mohou být kontextuální se situací a praxí regionu.

### **Spolupráce s MPK - SWOT analýzy v rámci přípravy národní strategie**

Spolupráce s vládními institucemi resp. MPK se vyvinula v zastoupení Sekce HR a dalších členů A.N.O. v pracovních skupinách zpracovávajících na MPK formou analýz podklady pro vypracování nové národní strategie protidrogové politiky státu na rok 2001 - 2004. Důležitá pro členská zařízení Sekce je možnost poskytovat odpovědným úředníkům aktuální informace přímo z terénu a praxe. Je možné v rámci této spolupráce nabízet další pohledy, prosazovat potřeby, zprostředkovávat a spoluvytvářet strategické záměry v oblasti protidrogové politiky. Určitá míra návrhů, potřeb a vizí odborné Sekce (i) může být takto zapracována do strategie vládní protidrogové politiky. Tato spolupráce ukazuje na smysluplnost střešních organizací a odborných platforem viz Sekce.

### **Spolupráce v rámci dotační komise MPK na rok 2001**

V rámci dotačního řízení na MPK byli přizváni zástupci odborných Sekcí A.N.O. (Mgr. A. Kuda, Mgr. M. Miovský, Mgr. O. Počarovský). S dotační komisí spolupracovali v rolích odborných poradců bez hlasovacího práva. Za A.N.O. tedy nestátní neziskové organizace v oblasti prevence a léčby závislostí zasedala v komisi výkonná ředitelka A.N.O. s právem hlasovacím (Mgr. Sylva Kolářová). Zdá se, že možnost nabízet dotační komisi informace z terénu a praxe je velmi významné, především pro zařízení naplňující bazální standardy poskytované péče a zároveň aktuální informace z terénu byly důležité pro rozhodování komise.

### **1.2.2. Aktivity HR v roce 2001**

Koncem roku 2001 vypracovala pracovní skupina výboru Sekce HR nové podmínky a mechanismy pro přijetí organizací či programů poskytujících služby HR do Sekce HR. Nový mechanismus slouží jako nástroj k aktualizaci dat o programech /tímto mechanismem procházejí i stávající členská zařízení Sekce HR/, k síťování programů HR, dále pak slouží k udělení vnitřní akreditace v rámci první fáze akreditačního procesu Sekce HR. Pro uchazeče o členství v Sekci HR tento mechanismus znamená buď nepřijetí do Sekce HR, případně získání členství. Pokud program či zařízení uspěje ve druhé fázi vnitřních akreditací Sekce HR, získá statut akreditovaného programu Sekce HR.

Projekt sjednoceného sběru dat byl podpořen MPK s tím, že do tréninkového programu sběru dat bylo zařazeno dalších 13 nízkoprahových zařízení, členů Sekce HR. V současné době realizuje projekt sjednoceného sběru dat celkem 17 nízkoprahových zařízení či terénní programů včetně 4 zařízení tzv. pracovní skupiny.

Členové pracovní skupiny projektu sjednoceného sběru dat zpracovali projekt zaměřený na další rozvoj a rozšiřování sjednocování sběru dat a na zpracování softwarového zázemí pro vyhodnocování sbíraných dat. Tento projekt byl podán na Open Society Fund, kde byl podpořen pro rok 2002 částkou 270.000,- Kč.

### **1.2.3. Spolupráce v roce 2002**

#### **Spolupráce v rámci dotační komise MPK na rok 2002**

V rámci dotačního řízení na MPK byli přizváni zástupci odborných Sekcí A.N.O. (výkonná ředitelka A.N.O. Mgr. S. Kolářová, Mgr. O. Počarovský, Mgr. Š. Čtrnáctá,). S dotační komisí spolupracovali v rolích zástupců odborné veřejnosti respektive zástupců odborných Sekcí A.N.O. s hlasovacím právem. Zdá se, že možnost nabízet dotační komisi informace z terénu a praxe je velmi významné, především pro zařízení naplňující bazální standardy poskytované péče a zároveň aktuální informace z terénu byly důležité pro rozhodování komise.

#### **Valné shromáždění Sekce HR A.N.O.**

7.11.2001 proběhlo v prostorách o.s. Sananim Valné shromáždění Sekce HR. Součástí valného shromáždění byly volby nového Výboru Sekce HR. Členové Sekce HR byli informováni o činnosti výboru Sekce HR a o veškerých aktivitách, které vyvíjel výbor během svého dvouletého působení od roku 1999.

#### **Projekt e-mailového zpravodaje Sekce HR KONTAKT**

V listopadu 2001 zpracovali a rozeslali členové výboru Sekce HR první číslo e-mailového zpravodaje Sekce HR, který slouží především jako informační bulletin zaměřený na diskuse, odborné příspěvky na aktuální témata, přináší informace a tipy o vzdělávání v oblasti HR, obsahuje informace z jednání výboru Sekce HR etc.

#### **1.2.4. Aktivity HR v roce 2002**

- Projekt sjednoceného sběru dat
- Vnitřní akreditace Sekce HR A.N.O.
- Prevence zneužívání syntetických drog
- Informační Bulletin
- Spolupráce s RV KPP, programem Phare Twinning project C1 a Národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti
- Spolupráce v rámci dotační komise MPK na rok 2002

#### **Konkrétní výstupy pracovních skupin**

##### **Projekt Sjednoceného sběru dat**

Projekt Sjednoceného sběru dat je v současné době ve fázi, kdy 17 zařízení (všichni členové SHR A.N.O.) používají jednotný způsob sběru statistických údajů. Dvanáct nových členů doplnivších původní pracovní skupinu bylo nejprve seznámeno se způsobem sběru dat, po proškolení proběhla jedna tzv. odlaďovací schůzka se školiteli a poté jedna společná schůzka, jíž se účastnili zástupci všech zařízení používajících tento systém. Výsledkem schůzky bylo společné zjištění, že se v zařízeních nevyskytují žádné významné problémy s touto metodou a všechna zařízení data sbírají shodným způsobem.

Počítačová databáze, která je nezbytná ke zpracování sbíraných dat byla v průběhu srpna až prosince upravována tak, aby databáze byla použitelná pro zadávání dat v rámci sjednoceného sběru nejen v programech HR, ale také v programech ambulantní péče.

V současnosti probíhá otestování a připomínkování finální verze databáze v 18 zařízeních. Je možno konstatovat, že databáze je přehledná, snadná na obsluhu. Pracovní skupina bude i nadále participovat na případných doplňcích k počítačové databázi (neočekává se, že by byla již definitivně neměnná), nicméně ostatní zařízení mohou používat vyhovující verzi ke sběru a vyhodnocování sebraných dat.

##### **Podmínky a mechanismy pro přijetí organizací**

Koncem roku 2001 vypracovala pracovní skupina výboru Sekce HR nové podmínky a mechanismy pro přijetí organizací či programů poskytujících služby HR do Sekce HR. Nový mechanismus slouží jako nástroj k aktualizaci dat o programech (tímto mechanismem procházejí i stávající členská zařízení Sekce HR), k síťování programů HR, dále pak slouží k udělení první fáze vnitřní akreditace. Pro uchazeče o členství v Sekci HR tento mechanismus znamená buď nepřijetí do Sekce HR, případně získání členství.

V současné době je 34 registrovaných členů sekce HR A.N.O. 26 zařízení poslalo materiály k 1. fázi vnitřních akreditací, z toho 1 zařízení bylo vráceno k přepracování. Nové žádosti o členství: 5 zařízení, Chomutov a Karlovy Vary - požádání o přepracování, K-centrum Hradec Králové, Terénní programy Ústí nad Labem a Terénní

programy Podané ruce Brno vyhověly - jednohlasně schváleno jejich přijetí za řádné členy sekce HR.

Vyhodnocování materiálů - skupina Větrovec, Počarovský, Šedivá a Vojtěchová. Hodnocení probíhá v 1. fázi (kvantitativní), 2. fázi (kvalitativní) a 3. fázi - hodnocení příloh. Všechna zařízení jsou bodově ohodnocena, zjištěné nedostatky v hodnocení byly přepracovány. Skupina vypracovala přesnější kritéria pro hodnocení sporných úseků. Do konce roku 2002 byly jednotlivé akreditační materiály zpracovány včetně slovního hodnocení a doporučení. Zařízení budou seznámena s výsledky bodového i slovního hodnocení během prvního čtvrtletí roku 2003.

Výbor Sekce HR došel k závěru, že v současné době není v silách pracovní skupiny zvládnout i 2. fázi vnitřních akreditací - tj. přímá účast tříčlenné komise na pracovištích. Je však jednoznačné, že pouze z písemných materiálů o zařízeních nelze posoudit kvalita daného projektu. Proto je akreditační materiál 1. fáze považován především za nástroj k přijímání zařízení do Sekce HR, dále pak za nástroj síťování a mapování programů etc.

Případné nedostatky v akreditačních materiálech budou řešeny jasně definovaným procesem odvolání. Tento zpracovala pracovní skupina akreditací v prvním čtvrtletí roku 2003 tak, aby zařízení, která budou vykazovat nedostatky, měla možnost k přijetí opatření.

### **Pracovní skupina Prevence zneužívání syntetických drog**

Tato skupina (Jiří Valnoha a Michal Zahradník) vytvořila pracovní verzi manuálu, která byla předána k připomínkování RV KPP.

Zástupci K-centra Pardubice, Sdružení Podané ruce, o.s. Drogmem a NFP se účastnili stáže ve Vídni orientované na testování XTC a dalších návykových látek 4. - 7.7.2002.

### **Bulletin Sekce HR A.N.O.**

V digitální podobě byla distribuována v průběhu roku 2002 dvě čísla. Významným příspěvkem bylo pojednání o supervizi v programech HR. Neméně cenným příspěvkem byl odborný článek o prevenci zneužívání syntetických drog a testování extáze. Bohužel se nepodařilo realizovat další čísla informačního bulletinu z důvodu nedostatku příspěvků a pravděpodobně nezájmu organizací.

### **Spolupráce v rámci dotační komise MPK na rok 2002**

V rámci dotačního řízení na MPK byli přizváni zástupci odborných Sekcí A.N.O. (výkonná ředitelka A.N.O. Mgr. S. Kolářová, Mgr. O. Počarovský, Mgr. Š. Čtrnáctá). S dotační komisí spolupracovali v rolích zástupců odborné veřejnosti respektive zástupců odborných Sekcí A.N.O. s hlasovacím právem. Zdá se, že možnost nabízet dotační komisi informace z terénu a praxe je velmi významné, především pro zařízení naplňující bazální standardy poskytované péče a zároveň aktuální informace z terénu byly důležité pro rozhodování komisí.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Jirešová, K. a Javorková, S., HR v problematice injekčního užívání drog. Bratislava:2003

## 1.2. Dílčí závěr

První kapitola pojednává o vysvětlení pojmu Harm reduction a jeho historii. Harm reduction vznikla v říjnu roku 1999 jako reakce na potřebu programů a zařízení poskytujících služby Harm reduction setkávat se a spolupracovat v rámci širší odborné platformy a potřeby síťovat nízkoprahová zařízení a terénní programy. Snažila jsem se popsat konkrétní výstupy pracovních skupin v oblasti Harm reduction.

## 2. Seznámení s problematikou drog, závislosti

### 2.1. Popis základních pojmů<sup>2</sup>

#### „HARM REDUCTION“

Harm reduction (dále jen HR – obvykle se nepřekládá do češtiny) se označují přístupy snižování či minimalizace poškození drogami u osob, kteří v současnosti drogy užívají a nejsou motivováni k tomu, aby užívání zanechali. HR se snaží minimalizovat, omezit či zmírnit riziko život a zdraví ohrožujících infekce, které se šíří sdílením injekčního náčiní při nitrožilní aplikaci drog a nechráněným pohlavním stykem, jako je AIDS a hepatitidy B a C, riziko dalších tělesných komplikací, dlouhodobého působení vysokých dávek, předávkování, sociálního debaklu a ztráty lidské důstojnosti. Mezi nejznámější postupy používané v HR patří výměna použitého injekčního náčiní za sterilní, poskytování informací (o možnostech léčby či jiné odborné pomoci), kontaktní (situační) poradenství a edukace o rizicích. Důležité je i zaměření na bezpečný sex včetně distribuce kondomů. V širším pohledu můžeme také pod HR zahrnout i substituční léčbu. Do oblasti HR patří také aplikační místnosti – tzv. *šlehárny*. Poradenství a edukace v rámci HR nezbytně zahrnuje i rady, návody a vysvětlení, jak drogu bezpečně aplikovat, jak používat a dezinfikovat náčiní a podobné čisté technické informace. Tištěné materiály, které tyto informace obsahují, jsou zcela specifické a jejich distribuce musí být omezena na okruh klientů, kterým jsou určeny. Dostanou-li se mimo tento okruh, např. do škol, vyvolávají senzaci, pobouření a obviňování, že se touto cestou mládež navádí k braní drog. HR se provádí buď přímo v terénu (terénní programy, streetwork) nebo v nízkoprahových kontaktních centrech. Edukace zaměřená na snížení zdravotních rizik z užívání drog je rovněž pevnou součástí léčebných programů.

#### „TOXIKOMANIE“

Tento termín je odvozen od řeckého slova „*toxikos*“, doslovně „*náležející k luku*“ – jed na hroty šípů, šípový jed. Postupně toto slovo nabylo významu „*jed*“ .

#### „NARKOMÁNIE“

Jedná se o závislost na psychotropních látkách obecně tlumivého typu především opiátech. Často nesprávně používáno k označení drogové závislosti vůbec.

#### „ÚZUS“

Toto slovo latinského původu znamená užití, užívání drogy ve shodě s oprávněnými zájmy jednotlivce a společnosti. Užívání drog v omezeném, kontrolovaném množství, které nepoškozuje zdraví, nepůsobí rušivě na chování člověka, neohrožuje mezilidské vztahy a ekonomické poměry jednotlivce a jeho rodiny, u dětí a u mladistvých nenarušuje proces jejich dospívání. V této souvislosti je také častou používán termín konzumace.

<sup>2</sup>[www.wikipedie.cz](http://www.wikipedie.cz), [www.vzp.cz/rekni-drogam-ne](http://www.vzp.cz/rekni-drogam-ne), Životní styl, závislost. Vydavatelství MEDEA KULTUR, s.r.o., Praha, 2010, Drogy, poznejsvěhonepřítel. Vydavatelství MEDEA Kultur, s.r.o., Praha, 2010

## „ABÚZUS“

Toto slovo latinského původu znamená zneužívání (v češtině přesněji nadužívání), tj. nadměrné užívání drog, nebo jejich užívání za nepřijatelné situace, např. ženy v průběhu těhotenství, v dětském a mladistvém věku, dospělými osobami v zaměstnání atd.. Abúzus nemusí vést bezpodmínečně k návyku, skrývá však v sobě nebezpečí zvyšování dávek, stejně jako rostoucí závislost na droze.

## „MISÚZUS“

Jedná se o nevhodnou aplikaci léků. Zde není rozhodující, zda je lék získán od lékaře, nebo nějakou ilegální cestou či jiným způsobem.

## „DROGA“

Jedná se o pojem, který původně označoval surovinu a to buď rostlinného, nebo živočišného původu využívanou a dnes používanou k přípravě léků. Dnes je tento pojem chápán jen v určitých odborných kruzích a to především ve farmacii atd.

Přesnou definici drogy podala v roce 1969 komise znalců Světové zdravotnické organizace (WHO) a publikovala ji v této podobě: Droga, jakákoliv látka (substance), která je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho životních funkcí.

Droga je také obecné označení pro velice široký okruh psychotropních látek, jejichž užívání může vést k drogové závislosti. Pojmenování pochází z nizozemského slova droog, kde v doslovném překladu znamená žízeň. Droga funguje na chemickém principu, kdy pod vlivem některého z mnoha alkaloidů, např. nikotinu, dochází k modifikaci synaptického přenosu, což vyvolává „neobvyklé“ stavy pro danou situaci.

## „ZÁKLADNÍ ROZDĚLENÍ DROG“

Míra rizika	"Tvrdost"	Zástupci
Vysoká	"Tvrdé"	toluen, aceton, heroin, morfin, durman, crack
Vysoká až střední	"Tvrdé"	LSD, lysohlávky, kokain, pervitin
Střední	"Tvrdé"	alkohol, extáze, efedrin, kodein
Relativně malá	"Měkké"	marihuana, hašiš, kokový čaj
Prakticky bez rizika	"Měkké"	káva, čaj

Cannabinoidy	hašiš, marihuana, hašišový olej
Stimulační drogy	pervitin a amfetaminy, kokain, crack
Opiáty	heroin, opium, morfin
Halucinogeny	LSD, psilocybin (lysohlávky), MDMA/extáze
Trankvilizéry	Diazepam, Rohypnol
Rozpouštědla	Toluen

## „OPL“

Od roku 1971 jsou v odborné terminologii drogy označovány jako omamné a psychotropní látky. Do této doby (do roku 1971) byl užíván termín omamné látky (OL).

## „CANNABINOIDY“

Cannabinoidy řadíme mezi látky, které mají halucinogenní účinky. Mezi nejvýznamnější rostlinu skupiny cannabinoidů patří bezesporu Cannabis, u nás a v Evropě nazývána jako Marihuana. Účinnou látkou obsaženou v rostlině Marihuana je delta-9-tetrahydrocannabinol. Cannabinoidy jsou také označovány za iniciační drogy, protože jejich uživatelé po čase sahají po drogách se silnějšími účinky.

## „STIMULAČNÍ DROGY“

Stimulační drogy, jsou drogy, které uvolňují lehkou depresi a zvyšují aktivitu a energii. Patří sem kofein i čaj, dále kokain, amfetaminy (Desoxyn, Dexedrin), metamfetamin (speed), fenmetrazin (Preludin), metylfenid t (Ritalin), a jiné (Cylert, Sanorex, Tenuate). Také mnoho léků se používá jako stimulanty (uppers). Jednotlivé druhy jsou pojmenovány podle jejich vzhledu: yellowjackets, robineggs, whitecrosses, blackbeauties, bennies.

Žádoucím účinkem těchto psychostimulancí má být zvětšení úrovně bdělosti, popř. zabránění spánku. Lze-li toho jejich podáním dosáhnout, pak k tomu dochází zprostředkovaně, tím, že tyto látky urychlují psychomotoriku. Jsou-li psychické a nervové procesy urychleny, je mozek schopen v časové jednotce zachytit a zpracovat více podnětů a tato vyšší citlivost zabraňuje usnutí. Tohoto účinku však často dosahují na úkor kvality práce mozku: člověk duševně pracuje sice rychleji, ale s více chybami, někdy vysloveně zbrkle až zmateně. Dalším vedlejším jevem je snížení prahu pro vznik úzkosti a strachu. Pomocí těchto stimulantů si např. mládež usnadňuje učení před zkouškami, rychle si vybavují.

Hledá se hlavně euforie, aktivita a hovor ve skupině. Převládá nechutenství. Zkušené se nutí k požívání vitamínů. Po probuzení z tahu pocítují "úžasný hlad". Jsou vyhledávány tak, proto, že mimo excitační působení zvyšují příjemnost sexuálních pocitů. Amfetamin tak, používali kokainisté v inhalaci jako náhražku kokainu. Po delším užívání a díky zvyšování dávky (20 tablet denně) se začnou objevovat prchavé iluze a halucinace. Později vystupuje do popředí vztahovačnost, pocit, že se někdo dívá. Jsou pozorovány zvláštní záblesky, jasně barevné kontury předmětů a dění kolem nabývá zvláštního smyslu.

Budivé aminy jsou látky synteticky vytvořené, amfetaminy, metamfetamin (MA, Pervitin, Speed) a další (Ice). Dále sem patří Psychoton, Fenmetrazin, Centedrin, Ritalin, Preludint, Mirapont. Tyto budivé látky jsou sympatomimetické aminy, kde stimulace nervového systému převyšuje periferní adrenergní efekt. Významná je jejich centrální inhibice pocitu hladu. K tomu stačí 5 - 10 mg. Jako psychoanaleptika mohou působit i preparáty jiného složení, např. velké dávky kofeinu, Sydnocarb, ale i Meratran, inhibitory monoaminoxidázy (Niamid, Nuredal, Parnate).

## „OPIÁTY“

Tyto látky tlumí bolest a jsou vyráběny buď z opiového máku, nebo ze syntetických surovin a souhrnně se nazývají opioidy. Látky, které se vyrábí z přírodního máku jako opium, morfin a heroin nesou název opiáty. Kromě účinků tlumících bolest účinkují veškeré tyto drogy jako sedativa na centrální nervový systém, kdy navozují ospalost až spánek. Osoby, které nejsou na drogu zvyklé, mívají často při prvním užití pocity nevolnosti vedoucí až ke zvracení. Tyto látky působí také na zažívací trakt a lidé, kteří dlouhodobě užívají heroin, často trpí zácpou.

Máme-li vzít v úvahu účinky na životně důležité orgány jako mozek, játra, ledviny a srdce, jsou tyto drogy poměrně bezpečné a ani při dlouhodobém užívání nemají tak pustošivé účinky jako alkohol či tabák.

Od počátku užívání opioidů je však provází jiný závažný problém, kterým je závislost. Tolerance na tyto drogy se rychle vyvíjí, což má za následek stálé zvyšování dávek, aby bylo dosaženo jejich účinků. Opiáty účinně tlumí fyzickou bolest a velmi dobře působí i na nepříznivé duševní stavy, pročež si na ně osoby s takovými problémy velmi snadno vytváří návyk. Tělesná závislost se může rozvinout dokonce i při podávání drogy nemocničním pacientům, kteří jsou pod lékařským dohledem.

V případě dlouhodobého užívání opiátů jimi dochází k nahrazování endorfinů, přirozených opiátů člověka. Když se pak užívané drogy vysadí, trvá postiženému tělu nějaký čas, než se tomuto přizpůsobí. Toto období přizpůsobování bývá provázeno pocením a křečemi. Jelikož pacienti, kteří dostávali opiáty proti bolestem, necítí "bažení", neodolatelnou touhu pokračovat v užívání drog, nestávají se závislými, avšak mohou pociťovat po jejich vysazení jisté nepříjemnosti. V souvislosti se současnou světovou závislostí na heroinu jsou vlády zemí celého světa vystaveny před rostoucí zdravotní, sociální a bezpečnostní problémy, které postihují všechny sociální vrstvy - ze závislosti na heroinu již byla léčena nap. řada větových celebrit.

## „HALUCINOGENY“

Mezi drogy skupiny halucinogenů patří mnoho chemicky odlišných látek, které mají na mozek takové účinky, že pozměňují naše vnímání okolní reality. Mají schopnost zastavit nebo obejít mechanismy, které filtrují zvuky, myšlenky a obrazy každodenně mířící do našeho mozku.

Uživatelé těchto drog často popisují setkání i s takovými účinky, že "vidí" zvuky nebo "slyší" barvy. Vidiny navozené užíváním těchto velmi silných drog mohou být nádherné a optimistické, stejně tak i děsivé. Při užití drogy si uživatel většinou uvědomuje, že halucinace nejsou skutečností, ale v případě užití určitých typů halucinogenů tomu tak není. Reakce člověka na tyto drogy velkou mírou závisí na jeho psychickém rozpoložení, kvalitě drogy a také na okolí uživatele.

Mnoho drog patřících do skupiny halucinogenů je obsaženo v rostlinách rostoucích v lesích, pouštích a pralesích. Většina rostlin s halucinogenními účinky na světě, má domov v jihoamerických deštných pralesech.

Některé halucinogeny jsou vyráběny synteticky, nejznámějším z nich je LSD, další tyto drogy pak mají podobné vlastnosti. Někdo by do skupiny halucinogenů mohl připisovat marihuanu, ta však do této skupiny zahrnuta není, i když za určitých okolností může mít halucinogenní účinky. Při užití určitých odrůd a ve velkých dávkách má marihuana

podobné vlastnosti jako drogy zařazené do této skupiny, v běžných dávkách, ale účinkuje spíše jako uklidňující prostředek a způsobuje pocit uvolnění uživatele.

## „PSYCHOTROPNÍ LÁTKY“

Látka zahrnutá mezi substance vymezené od roku 1971 Úmluvou OSN o psychotropních látkách (*Convention on Psychotropic Substances*).

„Psychotropní“ látka je pojem se stejným obsahem jako psychoaktivní látka, tj. látka ovlivňující psychiku a duševní procesy. V širším významu lze pojem použít pro jakoukoliv látku, která primárně nebo druhotně ovlivňuje CNS. Někteří autoři používají tento pojem pro látky, jejichž primární užití je v léčbě duševních nemocí – anxiolytika, antidepresiva, neuroleptika. Další význam pojmu se vztahuje na látky, které mají pro své účinky na psychiku vysoké riziko návyku či závislosti – stimulancia, halucinogeny, opiáty a sedativa/hypnotika (včetně alkoholu).

## „TRANKVILIZÉRY“

Trankvilizéry (sedativa) jsou drogy, které mírní pocity úzkosti, odstraňují úzkost, pocit napětí a chorobný strach působením na limbický systém. Navozují stav uklidnění neboli trankvilizaci a vyskytují se ve dvou hlavních kategoriích:

- velké trankvilizéry (též antipsychotika nebo neuroleptika)
- malé trankvilizéry (benzodiazepiny).
- Benzodiazepiny mají čtyři druhy účinku:
- anxiolytický (tlumí úzkost)
- proti záchvatový (v prevenci i v léčbě křečí)
- myorelaxační (uvolňují svalové napětí)
- sedativní/hypnotický (navozují spánek). Používají se v léčbě mnoha různých nemocí jako úzkostných stavů, neklidu, svalových křečí, záchvatů, nespavosti a k navození útlumu vědomí před chirurgickým výkonem

## „METADON“

Metadon je dlouhodobě účinná syntetická látka s podobnými účinky, jako má heroin. Byla vyvinuta za druhé světové války v Německu vědci Maxem Bockmühlem a Gustavem Ehrhartem, když Američané a Spojenci odřízli přísun heroinu do Německa. V současné době bývá předepisován lidem závislým na heroinu při odvykacích programech. Látka je pomalu a velmi dobře rozpustná v tucích, její poločas je mezi 24 - 48 hodinami, takže působí podstatně dlouho a může být užíván 1x denně.

### Způsoby užívání

Metadon se užívá většinou ústně, což je stejně efektivní jako při injekčním podání. Injekčně se však používá jako pouliční droga.

### Účinky

Účinky metadonu jsou podobné jako u ostatních opiátů, ovšem trvají déle a uživatelé nezažívají tak intenzivní prožitky jako je tomu při užití heroinu. Droga je vysoce účinná při podání ústy. Z těchto důvodů bývá využívána při léčbě závislosti na jiných opiátech. Při dlouhodobém užívání hrozí riziko vzniku závislosti, uživatelé trpí zácpou a dalšími vedlejšími účinky jako je zvýšené pocení, nespavost a problémy s močením.

U nenavklého člověka může dojít k předávkování již při množství 75 mg, u dítěte při užití 10 mg. Ve světě se vyskytly případy předávkování dítěte při nechráněném přístupu k metadonu.

### „ROZPOUŠTĚDLA“

Jedná se o látky, jejichž zneužívání je rozšířené převážně mezi mladistvými. Svým účinkem se podobají působení alkoholu na člověka. Do konce 80. let se jednalo o nejrozšířenější návykové látky u nás.

Po chemické stránce rozpouštědla představují alifatické, cyklické, aromatické uhlovodíky a jejich deriváty. Tyto látky rozpouštějí tuky a lipoidní látky a mají narkotický účinek.

Mezi nejčastěji zneužívaná rozpouštědla patří toluen, různé barvy a lepidla. Tyto látky jsou poměrně snadno dostupné, nepřiliš drahé a mají vysoký účinek, který je ovšem velmi nebezpečný.

Již při prvním užití může dojít k úmrtí, není totiž jednoduché odhadnout množství dávky. Látka se obvykle vdechuje z napuštěného kapesníku nebo sáčku, kdy dochází k oblouznění vědomí, následnému spánku a pod dalším vlivem vdechování často dochází k obrně dýchacího centra a smrti.

### „NÁVYKOVÁ LÁTKA“

Občas je možné se dočíst, že mezi návykové látky patří pouze látky jako pervitin, kokain, extáze, heroin a konopí. Ve skutečnosti se jedná o široký pojem zahrnující veškeré látky (zejména omamné a psychotropní), které jsou schopné nepříznivě ovlivnit psychiku člověka, jeho sociální chování, ovládací nebo rozpoznávací schopnosti. Patří sem tedy i alkohol nebo tabák. Co je považováno za omamné a psychotropní látky, jedy a prekursorů, tedy látky podléhající zvláštnímu způsobu zacházení, které není možné běžně připravit, koupit nebo vlastnit, stanoví ve svých přílohách zákon č. 167/1998 Sb. O návykových látkách.

### „ZÁVISLOST“

Závislost (též látková závislost, narkomanie (z řečtiny. *νάρκη* / *narkē* / - snížená citlivost, spánek, a *μανία* / *mania* / - šílenství, vášeň, touha.) či toxikomanie) je abnormální až patologický stav vyvolaný častým užíváním drog. Závislost na drogách začíná zpravidla častým užíváním drog, které vyvolá potřebu drogy cíleně vyhledávat, ať už psychologicky či fyzicky podmíněnou. Drogová závislost vede ke snížení schopnosti přirozeně reagovat na běžné stimuly, ve vážnějších stádiích vede k narušení i základních společenských a životních činností a nakonec k selhání funkcí tělesných orgánů po jejich trvalém poškození.

## 2.2. Dílčí závěr

Ve druhé kapitole popisuji a vysvětluji základní pojmy, které provázejí celou mojí diplomovou práci. Jsou zde vysvětleny základní druhy drog, jejich vliv na osobnost závislého a jejich nežádoucí účinky.

## 3. Předcházení drogovým závislostem - prevence

### Prevence drogových závislostí – rozdělení

Prevence DZ je souhrnný pojem zahrnující různorodé komplexní aktivity a postupy, které by měly zabránit užívání drog, tedy zabránit vzniku závislosti, zamezit jejímu rozvoji, respektive závislost vyléčit, zamezit jejímu opětovnému propuknutí (*relaps*) a snižovat rizika užívání drog.

Tyto preventivní aktivity probíhají v různých rovinách, které se vzájemně prolínají; zhruba lze rozlišit prevenci primární, sekundární a terciární.

### 3.1. Oblast primární prevence<sup>3</sup>

Má zabránit vzniku DZ, v ideálním případě předejít styku jedince s drogou vůbec. Ve svém dopadu by tedy měla být neúčinnější formou prevence DZ. Je považovaná za nejobtížnější část protidrogových postupů a má zatím nejspornější a těžko hodnotitelné výsledky. Principem je snižování nabídky drog a snížení poptávky po drogách, přičemž oba principy se musí vzájemně doplňovat.

**Snižování nabídky drog-** (dostupnost drog ve společnosti) spadá nejklassičtěji do kompetence represivních sfér – tedy potírání výroby a šíření drog.

**Snižování poptávky po drogách** - snižování zájmu o drogy, představuje velmi obtížný úkol, kterým se zabývá řada státních i nestátních organizací zaměřených na drogovou problematiku. Zásadní je opět komplexní přístup, velkou roli má i celkové klima společnosti, její hodnotová orientace, obecný náhled na drogy a jejich užívání (dostupnost drog, a to i společensky tolerovaných, veřejná i skrytá reklama na tyto drogy atp.). Do specifické primární prevence se neřadí obecné volnočasové aktivity, různé zájmové kroužky, sportovní a umělecké organizace atp.. Samozřejmě, ale přispívají ke snížení zájmu o drogy (někdy bývají označovány jako tzv. nespecifická primární prevence DZ).

Oblast primární prevence DZ je velmi široká, zaměřená na celou společnost i specificky na příslušné nejohroženější skupiny obyvatel – děti a mládež (hrozí zejména marihuana, taneční drogy, experimenty s halucinogeny, těkavé látky), ženy (léková závislost), všemi skupinami se prolíná kouření a alkohol. Účinky drog na dosud nezralý organismus jsou masivnější, často i odlišné od běžného efektu, navíc duševní nevyzrálost jedince umožňuje snadnou manipulovatelnost. Proto jsou děti a mladiství nejvíce ohroženou skupinou a převážná část specifických preventivních programů je zaměřena právě na ně a bývá součástí výchovně vzdělávacího procesu na školách.

---

<sup>3</sup> PhDr. Jozef Kredátus. Abstinencia v záťažových životných situáciách. Košice:Krajský ústav národnehozdravia, oddeleniezdravotnejvychovy.;[www.drogy.net](http://www.drogy.net);<http://www.adiktologie.cz/articles/cz/72/Lecba-a-nasledna-pece.html>;  
<http://www.adiktologie.cz/articles/cz/69/Drogy-myty-a-stereotypy.html>;  
[http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc\\_a\\_podpora/lecba](http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/lecba)

Existuje řada postupů a programů specifické primární prevence DZ, které lze rozdělit do tří základních úrovní.

**Nejvyšší úroveň (makroprostředí)** se zaměřuje na co největší skupiny lidí, cílem je ovlivnit veřejné mínění, např. pomocí různých kampaní. Výtečnost těchto většinou velmi nákladných „megalo-akcí“ bývá sporná. Na této celospolečenské úrovni jsou pravděpodobně daleko účinnější nespécifické formy primární prevence – vytváření podmínek pro volnočasové aktivity, snížení podpory propagace kouření a alkoholu atd.

**Střední úroveň (meziprostředí)** je zaměřena na menší lokality a skupiny (městská část, obec, děti II. stupně základní školy, zdravotnický personál atp.). I zde jsou nejefektivnější dlouhodobé a koncepční preventivní programy, jejichž realizace je ale často z personálního i finančního hlediska obtížná. Při působení na této úrovni se nejvíce využívá mediálních kampaní, vydávání odborně naučných publikací, vytváření pořadů v rámci profesního vzdělávání i formy uvedené níže. Je vhodné si uvědomit, že existují některé tzv. „rizikové“ profese s častějším výskytem DZ, k nimž patří i zdravotníci. Příslušné preventivní postupy pak zahrnují i prevenci proti stresu zaměstnanců.

**Místní úroveň (mikroprostředí)** je z hlediska specifické prevence DZ nejefektivnější. Programy jsou „šity na míru“ přesně definovaným cílovým skupinám.

#### **Mezi formy užívané v této oblasti patří:**

- a) přednášky a besedy
- b) komponované pořady (přednášky a diskuse o drogách spojené s hudební, filmovou produkcí, setkáním se zajímavou osobností)
- c) „klasické“ peer programy (vrstevnické) (vybrané děti – dobrovolníci – projdou speciálním školením a pak šíří mezi svými vrstevníky protidrogové postoje; tato metoda vyžaduje náročné vedení zkušeného odborníka)
- d) dlouhodobé programy (jedná se vlastně o souhrn výše uvedených postupů rozložených v dlouhém časovém úseku; zaručí kontakt s kolektivem v průběhu několika let, což je efektivnější, ale zároveň obtížné). Problematika specifické primární prevence DZ je obšírná a další podrobnosti přesahují rámec tohoto článku.

#### **Poznámka:**

V dubnu roku 2010 Kraj Vysočina započal s realizací individuálního projektu „Podpora systému primární prevence sociálně patologických jevů“, který je spolufinancován z operačního programu EU Vzdělání pro konkurenceschopnost (85% z fondu EU a 15% ze státního rozpočtu). Cílem projektu je posílit systémové vazby při zabezpečování primární prevence ve školách a školských zařízeních na území kraje Vysočina, zejména v oblasti dodávky bezplatných certifikovaných programů primární prevence do škol, dále v oblasti vzdělávání pedagogických pracovníků a v rozvoji spolupráce všech subjektů participujících na primární prevenci v kraji.

Kraj Vysočina dále na úseku problematiky ochrany nezletilců před alkoholismem a drogami realizoval – realizuje následující činnosti:

- Realizace besed
- Realizace seminářů na základních a středních školách, které přispívají k ochraně nezletilců před návykovými látkami atd.

## **Forma realizace:**

### **1. Podpora projektů realizujících besedy na základních a středních školách**

V této oblasti navázat na dosud již úspěšně realizované besedy ve školách. Ke zlepšení efektivnosti těchto besed je však nutné zlepšit vzájemnou informovanost subjektů, které besedy realizují, a to zejména o rozsahu vlastní činnosti (jasné vymezení problematik, které jednotlivé subjekty poskytují a jejich teritoriím). Při přípravě obsahu besed zlepšit návaznost besed na látku probíranou ve školním vzdělávacím programu jednotlivých škol a zaměřit se na aktivnější zapojení žáků i rodičů na řešení uvedené problematiky. Prostřednictvím besed zvyšovat právní vědomí mládeže a upozorňovat na jejich právní odpovědnost.

#### **Zajistí:**

Policie ČR, Městské policie Kraje Vysočina, odbor školství, kultury a tělovýchovy

### **2. Besedy organizované probační a mediační službou**

Besedy tohoto typu by jasně vymezovaly možnosti postihu nezletilých delikventů v případě páchaní jejich patologických jevů v rámci zákona o **sociálně právní ochraně dětí** a soudnictví mládeže.

#### **Zajistí:**

Projednáno, bude realizováno PMS A MP.

Pro realizaci certifikovaných programů primární prevence byli na základě výběrového řízení vybráni tito dodavatelé služeb:

- Vrakbar (Oblastní charita Jihlava)
- Ponorka (Oblastní charita Žďár nad Sázavou)
- Zámek (Oblastní charita Třebíč)
- Kolpingovo dílo ČR o.s. (Spektrum)

Za období od dubna 2010 – 31.12.2010 bylo podpořeno programy primární prevence 5 081 dětí a vzdělávacími semináři 79 pedagogů. Finanční náklady projektu byly v roce 2010 ve výši 1 666 800,- Kč. Projekt bude ukončen k datu 28.02.2013.

## **3.2. Oblast sekundární prevence**

Zahrnuje veškeré léčebné programy. Má tedy za úkol vyléčit závislost a zabránit relapsům onemocnění a také minimalizovat újmy na zdraví způsobené toxickými účinky drog. V léčbě DZ, tedy chronického bio-psycho-sociálního onemocnění, je opět zásadní komplexní postup zahrnující:

- a) psychologický přístup
- b) úpravu sociálního zázemí pacienta, event.
- c) farmakoterapii.

V léčbě DZ se používá řada různých postupů, kdy záleží nejen na příslušném typu závislosti (závislost na různých typech drog), ale také na fázi rozvoje závislosti.

Zde uvedu jen namátkou, že vedle psychologických postupů, změny prostředí, lze použít náhradní aplikační formy drogy a snížení dávkování či podání jiné látky s obdobným účinkem jako droga, ale nižším návykovým potenciálem (tzv. „substituční“ léčba).

I v ČR existuje řada tzv. „substitučních“ programů. Nejznámější je léčba heroinové závislosti metadonem, kterou ale mohou poskytovat pouze substituční centra (v ČR je jich zatím jen 9). Buprenorfin (registrovaný jako Subutex) může být pro léčbu opiátové závislosti předepsán i v ordinacích psychiatrů a praktických lékařů. Prevenci relapsu DZ může podpořit i aplikace látek, které snižují žádostivost po droze, např. tzv. „anti-cravingových“ látek (třeba podávání bupropionu u kouření).

Kraj Vysočina také podporuje v oblasti sekundární prevence několik dílčích projektů: Jedná se o projekty, které se v oblasti sekundární sociální prevence zabývají rizikovými skupinami dětí a mládeže (oblast nízkoprahových klubů, streetwork, smysluplné využívání volného času atp.).

Toto zajišťuje především odbor KT na základě posouzení projektů s Pracovní skupinou prevence kriminality.

### 3.3. Oblast terciální prevence

Zahrnuje nejrůznější postupy z oblasti „HR“ tedy „snižování rizik“ při užívání drog. V terminologii drogové problematiky se „HR“ objevuje v souvislosti s novým přístupem k uživatelům drog v 80. letech 20. století. Základem tohoto pohledu je pragmatičnost. Místo toho, aby usiloval o absolutní eliminaci drog a jejich užívání, které je podle historické zkušenosti neodstranitelné, snaží se s ním pracovat tak, aby negativní důsledky takového chování byly co nejmenší. Upřednostňuje zdraví, osobní zodpovědnost a léčbu uživatele před perzekucí, má na zřeteli i ochranu celé společnosti před nežádoucími dopady užívání drog a souvisí tedy se strategií ochrany veřejného zdraví. Nejznámější je uplatnění „HR“ v boji proti šíření epidemie HIV/AIDS. Mezi preventivními programy kromě bezplatného poskytování kondomů a vzdělávání v oblasti bezpečného sexu, je také nácvik bezpečnějšího užívání nástrojů pro aplikaci drog, výměna injekčních stříkaček („výměnné programy“), zavedení aplikačních místností se zázemím apod. Principy „bezpečnější“ aplikace drog zabraňují šíření i dalších infekčních chorob, např. žloutenky.

V rámci „HR“ byla zavedena i substituce drog a v některých zemích dokonce preskripce návykových látek lékaři. Mezi „HR“ aktivity patří i preventivní přítomnost zdravotníků a pracovníků protidrogových organizací na místech, kde je velká pravděpodobnost užívání drog (např. taneční party), poskytování informačních a konzultačních služeb o rizicích užívání drog veškerých typů, o zvláště nebezpečných kombinacích, navržení postupů první pomoci při předávkování, léčebných postupů včetně poskytnutí kontaktů atd. Informace jsou podávány zdarma formou osobních konzultací, letáků nebo na internetových stránkách příslušných protidrogových organizací (včetně možnosti internetové poradny).

Důležitým principem „HR“ je *nízkoprahový přístup* – tedy zásadní je, aby služba založená na principu snížení rizik byla pro všechny snadno dostupná, s cílem oslovit co nejvíce lidí (uživatelé, rodinné příslušníky, potenciální uživatele drog, ostatní lidi v komunitě). Proto se zde uplatňují zejména nestátní neziskové organizace, především tzv. K-centra (kontaktní centra), zaměřená současně i na primární prevenci.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup>Kalina, K. a kol.: Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup. Praha, Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky 2003. ([http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/monografie/drogy\\_a\\_drogove\\_zavislosti\\_k\\_kalina\\_a\\_kol\\_dil\\_1\\_dil\\_2](http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/monografie/drogy_a_drogove_zavislosti_k_kalina_a_kol_dil_1_dil_2))

Kalina, K.: Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Praha, Filia Nova, 2001. ([http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/0\\_mezioborovy\\_glosar\\_pojmu](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/0_mezioborovy_glosar_pojmu)), Nešpor, K., Mullerová, M.: Jak přestat brát (drogy). Svépomocná příručka. Praha, Sportpropag 1999. (<http://www.dnespor.eu/shd06w2.pdf>); Kolektiv autorů: Drogy - otázky a odpovědi. Praha, Portál 2007. Drogový informační server o. s. SANANIM; <http://www.drogy.net/>

### **3.4. Dílčí závěr**

Třetí kapitola detailně popisuje předcházení vzniku závislostem, vysvětluje pojem závislost. Větší část textu je zde zaměřena na oblast primární, sekundární a terciální prevence.

## 4. Způsob zvládání a léčby drogových závislostí

### 4.1. Závislost

#### Vznik závislosti

Častým motivem k začátku braní drog a vytváření závislosti je zvědavost. Mnoho lidí vyzkouší drogu jen proto, že chce zkusit, jaké to je. Dalším možným motivem je stres či životní problém, který daný člověk není schopen řešit jinak, než útekem. Také často může být iniciátorem parta, k níž daný člověk patří a do které chce patřit i nadále, a proto se nechá k drogám "donutit". V níže uvedené tabulce č.1, graf č.1, graf č. 2 jsem se snažila přiblížit „závislost“ jedinců na návykových látkách v Kraji Vysočina.

### 4.2. Fáze závislosti<sup>5</sup>

#### 4.2.1 Experimentální fáze

Experimentální fáze, je fáze, kdy drogová závislost je na počátku, začíná. Je to fáze, kdy je člověk drogou nadšen - zažívá najednou pocity, které nikdy před tím nezažíval, má najednou mnohem bohatší sny, nápady, pohled na svět. Vše mu jde najednou lehce, s nadhledem, nic mu nedělá starosti. V této fázi ještě není těžké utajit před okolím, že člověk bere drogu. Je to poznat jen náznakově - časté střídání nálad, euforie, laxní přístup k problémům. Droga taky v této době ještě nedá najevo žádné negativní účinky, člověk tedy může být přesvědčený, že výroky o škodlivosti drog jsou jen výmysl na odstrašení. Člověk také v této době ještě nepocítí takovou finanční zátěž, jelikož mu stačí k uspokojení malé dávky drogy. Také v práci nebo ve škole zatím člověk nemá žádné problémy, ba naopak, vlivem drogy se mu může dařit lépe - může být soustředěnější a lépe mu může fungovat paměť. Droga také v této době ještě spolehlivě pomáhá "utápět" problémy a unikat z reality do ideálního světa, kde problémy neexistují.

Přestože je v této fázi ještě relativně lehké přestat (nevytvořila se ještě fyzická závislost), většina lidí v této fázi nepřestane, jelikož vnímají jen pozitiva, které jim droga přináší. V případě, že člověk v této době přestane, je u něj velmi důležitá příprava na nejrůznější těžké situace, které jej později v životě čekají.

---

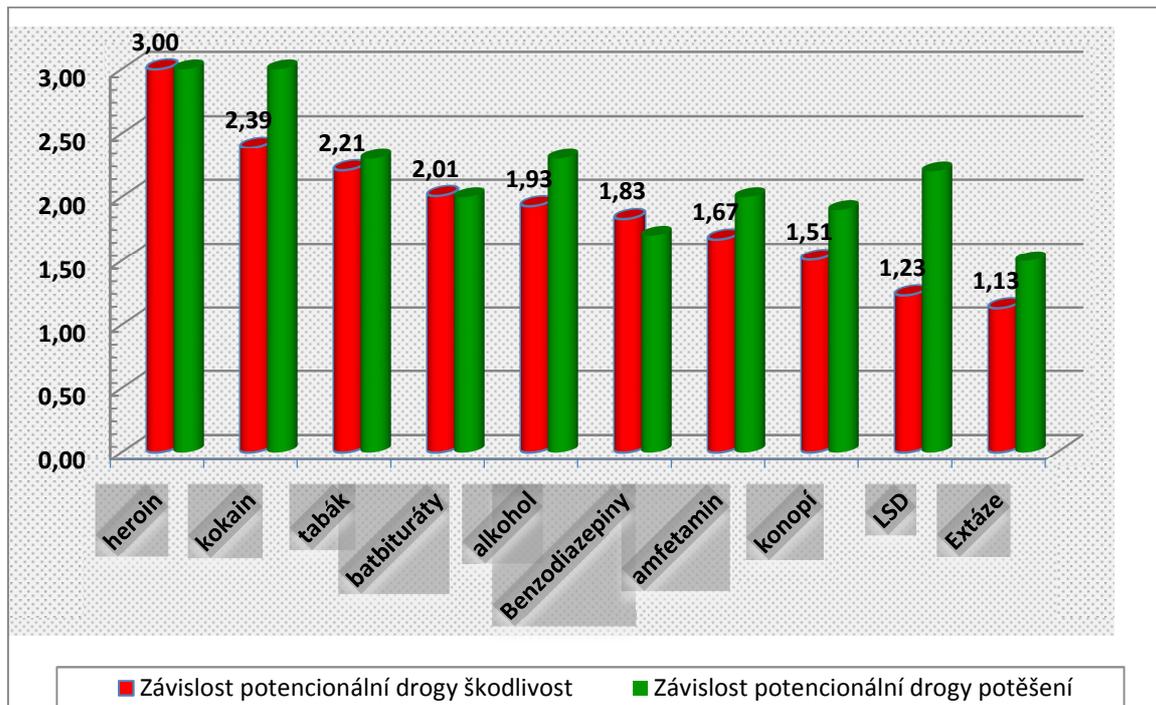
<sup>5</sup>[http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost\\_ol.htm](http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm); [http://functor.sk/~dazda/ebooky/membrana/drogy\\_ve\\_svetove\\_literature.pdf](http://functor.sk/~dazda/ebooky/membrana/drogy_ve_svetove_literature.pdf); <http://www.adiktologie.cz/articles/cz/77/304/Drogy-a-umeni.html>; SANETRNÍKOVÁ, Iva. *Ještěrka*. Spálená 8, Praha 1 : ZVON, 1990. ISBN 80-7113-006-0. Kapitola Nový domov. (český); Nutt, King, Saulsbury, &Blakemore (2007). Developmentof a rationalscale to assessthe harm ofdrugsofpotentialmisuse.<http://www.odrogach.cz/index.php?p=&sess=&disp=texty&offset=181&list=134&shw=100092>; <http://www.steti.cz/content/view/80/97/>; [http://www.mzcr.cz/obsah/zdravotni-pojisteni-7\\_1222\\_1.html](http://www.mzcr.cz/obsah/zdravotni-pojisteni-7_1222_1.html); [http://www.substitucni-lecba.cz/dokumenty/uzis\\_4809.pdf](http://www.substitucni-lecba.cz/dokumenty/uzis_4809.pdf)

**Závislostní potenciál drogy v Kraji Vysočina**

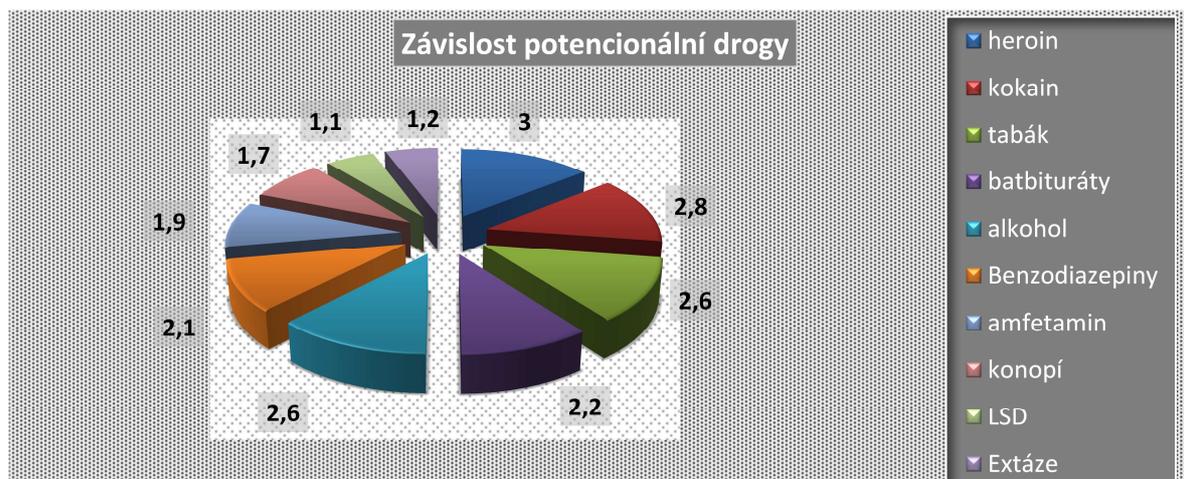
tabulka č.1

Droga	Škodlivost	Potěšení	Psychologická závislost	Fyzická závislost
Heroin	3.00	3.0	3.0	3.0
Kokain	2.39	3.0	2.8	1.3
Tabák	2.21	2.3	2.6	1.8
Barbituráty	2.01	2.0	2.2	1.8
Alkohol	1.93	2.3	2.6	1.8
Benzodiazepiny	1.83	1.7	2.1	1.8
Amfetamin	1.67	2.0	1.9	1.1
Konopí	1.51	1.9	1.7	0.8
LSD	1.23	2.2	1.1	0.3
Extáze	1.13	1.5	1.2	0.7

graf č.1



graf.č.2



#### 4.2.2. Sociální fáze

Této fázi se také někdy říká "*Víkendové braní*". V této fázi se již začíná projevovat závislost a droga už začíná být zdrojem problémů. Droga se už musí brát pravidelněji, ve větších dávkách. Daný člověk si však ještě myslí, že má braní drogy pod kontrolou, a že s ním může kdykoliv přestat. Droge se v této fázi začíná přizpůsobovat denní cyklus, a rovněž přátelé (člověk, který bere drogu už si nemá co říct se svými bývalými přáteli a hledá si nové mezi narkomany).

Velkým problémem v tomto období se stává škola či zaměstnání. Člověk již začíná být drogou otupován a zhoršují se jeho schopnosti přemýšlet a pamatovat si. Proto se snižují jeho pracovní či studijní výkony. Rovněž může mít problémy s tím, že do školy či zaměstnání chodí pod vlivem drogy a jeho reakce se mohou ostatním zdát divné. V této fázi člověk má problém se zvyšující se absencí ve škole či zaměstnání, a proto je donucen často lhát nebo se vymlouvat, vymýšlet si.

Množí se rovněž konflikty s okolím - s rodinou (časté pozdní příchody domů), s učiteli (nevyspalost, nepřipravenost či naprostý nezájem), se spolupracovníky a přáteli (ztráta společné řeči, zájmů, koníčků).

Člověk v této fázi často hledá pomoc u osoby, která je mu blízká nebo jí důvěřuje, ale většinou neřeší problém se závislostí, ale problém s tím, jak nemít spory s rodiči, sourozenci, partnerem/partnerkou, učiteli.

Rovněž přichází v této fázi určité zdravotní problémy, často se jedná o níže uvedené: nespavost, nechut' k jídlu, bolesti hlavy, agresivita, bolest celého těla, deprese či stres.

#### 4.2.3. Každodenní (užívání) fáze

V této fázi již člověk ztrácí kontrolu nad drogou a svojí závislostí. Celý jeho život se začíná točit kolem drogy, myslí jen na to, kdy si dá příští dávku. Vše se podřizuje droze - denní režim, morální hodnoty, zaměstnání, přátelé. V tomto období se často dostávají už i finanční problémy, protože se často už na závislost přijde a člověk je vyhozen ze školy či zaměstnání. Získávání peněz na drogy je v tomto období různé - jedinec se často uchyluje ke krádežím, podvodům či prostituci.

Veškeré problémy je schopný člověk v této fázi řešit už jedině drogou, čímž se dostává do hlubších a hlubších problémů, které často vedou až k vyloučení jedince z rodiny, zaměstnání, školy, kruhu přátel na okraj společnosti.

I v této fázi se ještě mnoho lidí snaží přestat, ale sami již toho nejsou schopni, protože už si vytvořili fyzickou závislost. Návrat k normálnímu životu z této fáze je již velmi náročný, člověk má už úplně jiný žebříček hodnot, přátele, jeho rodina ho už často zavrhlá a jeho závislost k droze je již velmi silná, Počet lidí závislých na droze v Kraji Vysočina je obsažen v viz. tabulka č. 2, graf. č. 3.

#### 4.2.4. Užívací fáze (k dosažení normálu)

Toto je poslední fáze závislosti a často končí smrtí předávkováním či naprostým selháním organismu. Droga již uživateli v této fázi nic nepřináší, je pro něj jen úlevou od fyzické i psychické bolesti. Dávky již jsou pro tělo téměř na hranici snesitelnosti, jsou však také jedinou věcí, která je schopna ho udržet při životě.

Veškerý život a myšlení jedince se v této fázi točí kolem užívání drogy a jejího získání. Právě se získáváním bývá velký problém, jelikož člověk je již velmi vyčerpaný a rovněž jeho pobyt v bídných sociálních podmínkách se na něm začíná promítat (vychrtlé a neudržované tělo, roztrhané oblečení, na kůži stopy od vpichů). Člověk se neštítí udělat cokoli pro získání drogy - krádež, prostituce, ale klidně i vražda. To všechno dělá proto, že jej k tomu nutí droga, on sám často nechce.

Jedinec si ještě pamatuje, jak příjemná byla aplikace drogy v 1. fázi a snaží se o navození stejného stavu, ale marně. V případě, že drogu nedostane, nastává tzv. abstinenční syndrom, jinak také nazývaný absták, který se projevuje různě, v závislosti na používané droze. Jde například o zimnici, bolest celého těla, agresivita, stres, deprese, absolutní vyčerpání, halucinace a další.

Typický je taky pocit viny po použití drogy, člověk to řeší v této fázi tak, že si musí dát další dávku, aby zapomněl na pocit viny.

Z této fáze již téměř není možné, aby se člověk vymanil vlastní vůlí, je jednoznačně nutná pomoc zvenčí.

### 4.3. Příznaky užívání (jednotlivých) drog

**Opiáty:** (morfin, heroin, braun)- působí tlumivě zvláště v kombinaci s alkoholem, následně po usínání až bezvědomí hrozí kóma, zástava dechu a krevního oběhu atd.

**Stimulační drogy:** (pervitin)- občasné výpadky zraku, které vedou k úzkosti a nepředvídatelným reakcím ze strachu, chaotické bezúčelné chování, stavy krátkodobého bezvědomí atd.

**Halucinogenní drogy:** (LSD)- situace je srovnatelná s náhlým vznikem závažného duševního onemocnění (např. schizofrenie). Vlastní předávkování může probíhat různě: často jde o pocit pronásledování, zrakové či sluchové halucinace a mylné představy o realitě. Podle svých přesvědčení postižený také jedná, takže může volit např. útek, ale i aktivní obranu nebo útok na někoho jiného.“

Níže uvedené jsou postupy, jak odhalit braní drog a to především u nezletilých:

- problémy ve škole
- ztráta původních zájmů

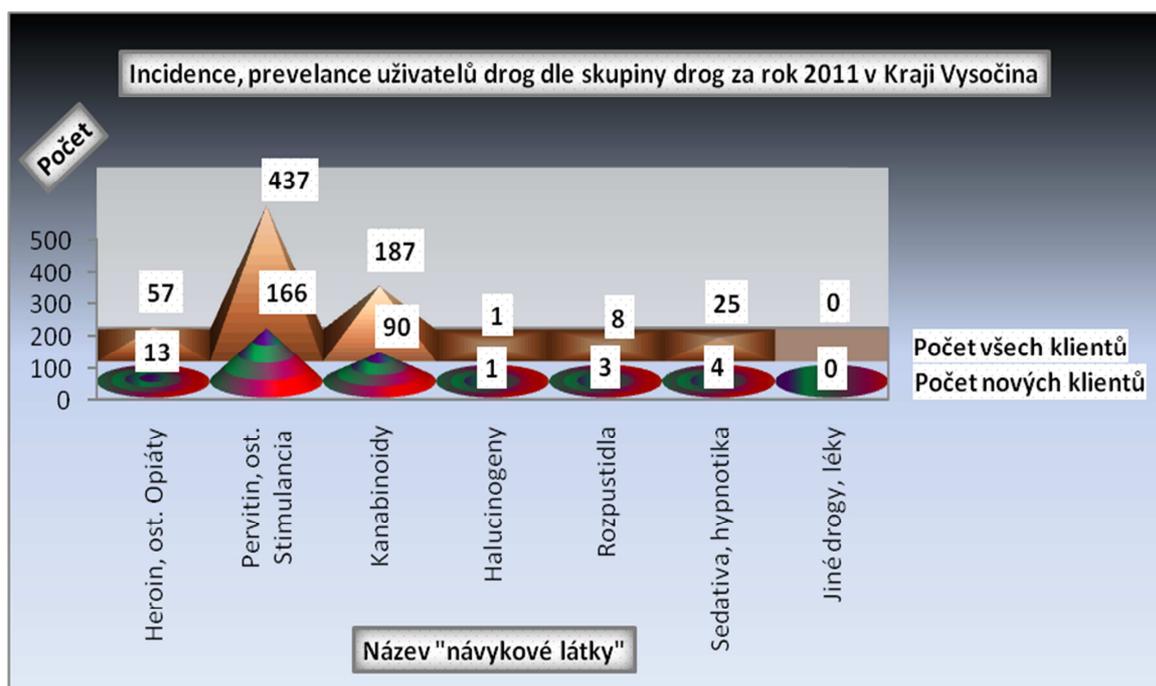
- změna přátel, party
- změna chování
- slabost, spání přes den
- ztráta chutí k jídlu, hubnutí
- kožní defekty
- „mizení“ peněz
- nález stříkaček, jehel a drog
- stopy po injekčním vpichu na končetinách atd.

**Incidence, prevalence uživatelů drog dle skupiny drog za rok 2011 v Kraji Vysočina**

tabulka č. 2

	Heroin, ost. Opiáty	Pervitin, ost. Stimulancia	Kanabinoidy	Halucinogeny	Rozpuštědla	Sedativa, hypnotika	Jiné drogy, léky	Celkem
Počet nových klientů	13	166	90	1	3	4	0	277
Počet všech klientů	57	437	187	1	8	25	0	715

graf. č. 3



#### 4.4. Rozdělení léčebných metod

Cílem léčby je pokud možno úplné odstranění závislosti. Tohoto se však nedá dosáhnout najednou, léčba musí probíhat postupně, protože při příliš rychlém vysazení drogy by mohly vzniknout zdravotní komplikace (v případě, že už se vytvořila fyzická závislost) anebo by se celá léčba mohla minout účinkem. Často pomůže vyléčení z drogové závislosti také víra, která ale musí být natolik silná, aby dovedla vytlačit drogu. Celá léčba je velice komplexní proces - jedinec, který má vytvořenou drogovou závislost není postižen jen fyzicky, ale i psychicky a je naprosto vytržen se svého dosavadního sociálního postavení. Velice často je psychologická léčba kombinována s farmakologickou léčbou.

#### 4.4.1. Psychologická léčba

Tato metoda je založená práci s psychologem či psychiatrem, účast v terapeutické skupině a psychoterapii. Samozřejmě, metody lze kombinovat. Psychoterapie naučí pacienta zvládat těžké nebo krizové situace bez drog. Rovněž pacientovi pomáhá zapojit se opět do společenského života. S tímto však bývají často problémy - stará skupina přátel již jedince, který prošel drogovou závislostí nechce přijmout zpět. Proto je často nutné nalézt novou sociální skupinu.

Při léčbě se postupně snižují dávky drogy až na naprosté minimum (viz například nikotinové náplasti). Toto pomáhá tělu, aby si postupně na drogy odvyklo a přešlo opět do normálního režimu fungování. Někdy se také při léčbě používá tzv. substituční metoda, kdy droga je nahrazena drogou jinou, slabší.

Další důležitou složkou je odstranění rituálu - například nahrazení cigarety nikotinovou náplastí či žvýkačkou. S rituálem souvisí i například prostředí nebo parta, které je rovněž nutno nahradit něčím novým, co už se pacientovi s drogou nepojí.

#### 4.4.2. Farmakologická léčba

Nejčastější obecné farmakologické postupy jsou tyto:

##### 1) Detoxifikace:

Pomalé snižování dávek tak, aby nedošlo k abstinenčním příznakům ("abst'ák")

Detoxikace, detoxifikace, „*detox*“ - Smyslem detoxikace je zbavit organismus škodlivé látky. Zbavení se, vyčištění se, od návykové látky se může dít buď bez použití léků nebo za farmakologické podpory zaměřené na překonání abstinenčních příznaků.

Detoxikace má klienta připravit na další léčbu, kam nastoupí po absolvování „*detoxu*“. Jiným důvodem detoxikace může být případ, kdy klient je pod vlivem drog nebezpečný svému okolí z důvodu psychotických stavů nebo pokud je vážně nemocný a pro další léčbu onemocnění je nutná abstinence od návykových látek.

Detoxifikace je přímo léčebná metoda, jejímž smyslem je zastavit užívání drogy u klienta a při níž jsou minimalizovány symptomy odvykacího syndromu a riziko poškození. Vhodné zařízení, ve kterém se tato procedura provádí, je obvykle nazýváno detoxifikační centrum nebo detoxifikační jednotka. Tradiční detoxifikace se prováděla a v současnosti stále provádí ve speciálním lékařském zařízení, v nemocnici nebo v psychiatrické léčebně. Klient je přijatý na „*detox*“ ještě intoxikovaný nebo s počínajícími abstinenčními příznaky. Pokud se používá medikace, předepisuje se obvykle látka, která má podobné účinky a je podobného charakteru jako droga, kterou dotyčný užíval. Například při předchozím užívání heroinu se používají obvykle

substituční látky metadon či buprenorfin (Subutex), někdy jiné tlumivé látky (benzodiazepiny). Dávkování je určeno tak, aby byly ulehčeny odvykací příznaky, ale aby nedošlo k intoxikaci jako na droze a postupně se snižuje. Na rozdíl od podávání substituční látky v rámci substituční léčby, kde je pacientovi látka podávána dlouhodobě, při detoxifikaci jde o poměrně rychlé snížení a vysazení léku.

Pobyt na detoxifikační jednotce se ukončuje až několik dní po té, co odezněly abstinenci příznaky a léky jsou vysazené. Pokud je klient propuštěn dřív, detoxikace není dokončena, hrozí výrazné riziko relapsu (situaci, kdy si po nějaké době abstinence dotyčný opět vezme drogu) a je tu nebezpečí, že když si klient vezme dávku, na kterou byl před „*detoxem*“ zvyklý, může se předávkovat. V současnosti již není přímo pobyt na detoxifikační jednotce jedinou variantou „*detoxu*“, je možné volit i alternativu ambulantní, „domácí“ detoxifikace, která probíhá v domácím prostředí a klient dochází za lékařem ambulantně.

Detoxifikace trvá zpravidla od několika dní do cca 14 dnů, závisí to na typu užívané látky, zdravotním stavu klienta a dalších faktorech. Detoxifikace by měla být provázena psychoterapeutickou péčí, která je zaměřena na podporu a motivaci k další léčbě, pokud je pokračování v léčbě důvodem, proč byl klient na „*detox*“ přijat. Je nutné si uvědomit, že zbavení se odvykacího syndromu není v žádném případě možné považovat za dokončení, výsledek léčby.

Detoxifikace je jen počátek léčebného procesu. Závažnějším důsledkem dlouhodobého užívání drog je jednoznačně psychická závislost, jejíž symptomy v určitých zátěžových situacích mohou klienta provázet ještě řadu měsíců i let. Na rozdíl od fyzické závislosti, jejichž příznaků se definitivně zbaví po několika dnech či týdnech.

Následná léčba je pak zaměřena především na to, aby byl klient samostatně schopen obstat v podmínkách běžného života bez drogy a zvládal rizikové situace, které by ho mohly vést zpět k užívání drog.

## 2. Substituce:

Nahrazení návykové látky takovou látkou, která je méně škodlivá, ale zároveň se nedostaví abstinenci příznaky. Dávky této látky rovněž zmenšovat do doby nakonec vysadit úplně.

## 3. Prevence lapsů:

Používání takových látek, které sniží žádostivost dané drogy.

Uplatňuje se několik metod:

- Látky snižující pozitivní účinek drogy (antagonista dané drogy). U pacienta již poté po použití drogy nenastává příjemný pocit, na který je zvyklý. Tímto se zmenší jeho touha po droze.
- Látky obracející účinek drogy na negativní. Pro pacienta pak již není droga požitkem, nýbrž "trestem" a vytvoří si k odpor. Tato metoda se již však dnes příliš nevyužívá a dává se přednost látkám, které snižují nebo tlumí abstinenci problémy.
- Látky snižující touhu po droze (anti-cravingové látky).
- Antidepresiva, látky snižující úzkost.

### 4.4.3. Ambulantní léčba

Pro ambulantní léčbu jsou vhodní klienti s lehčím stupněm závislosti, s minimem somatických a psychických komplikací, vysokou motivací a podporujícím sociálním zázemím. Případnou vyšší intenzitu odvykacích příznaků je možné zvládnout absolvováním ústavní detoxifikace. Vedle farmakoterapie se v ambulantní léčbě používá především individuální terapie (1x-5x týdně dle potřeby) a skupinová terapie (obvykle 1 x týdně).

Za efektivní ambulantní program se pokládají 3 kontakty klienta s léčebným zařízením během týdne (např. jedna skupina a dva individuální rozhovory) po dobu 6 měsíců. V individuálních i skupinových kontaktech je důležité uplatnit i zdravotní edukaci a zabývat se prevencí relapsu. Abstinence se monitoruje testováním přítomnosti drog v moči. Práce s rodinou klienta (rodinná intervence, rodinná terapie, skupiny s rodinnými příslušníky) a sociální práce jsou v ambulantní léčbě přínosné až nezbytné stejně jako v dalších formách léčby.

Nabídka takto komplexní ambulantní léčby je bohužel u nás značně nižší, než by odpovídalo potřebám a než by nasvědčovalo tradici a rozšíření AT ordinací v českém zdravotnictví. Většina z nich se věnuje alkoholovým závislostem a se závislými na ilegálních drogách systematicky nepracuje. Některé pozitivní příklady však potvrzují, že dobře prováděná ambulantní léčba má v léčení drogových závislostí nezpochybnitelné postavení a velké možnosti.

#### **4.4.4. Intenzivní ambulantní léčba, denní stacionáře**

Za „intenzivní ambulantní léčbu“ se pokládá strukturovaný program v rozsahu 20 a více hodin týdně. Nejznámější formou jsou *denní stacionáře*, v nichž má strukturovaný program obvykle rozsah 40 hod. týdně (8 hod. každý pracovní den) a trvá 3-4 měsíce. Kapacita je 10-15 klientů. Těžištěm denního programu jsou různé formy skupinových terapií, doplněné terapií individuální. Terapeutické aktivity jsou ve struktuře programu v rovnováze s aktivitami rehabilitačními, edukačními a volnočasovými. Nezbytný je léčebný režim, monitorování abstinence (testy na přítomnost drog v organismu) práce s rodinou a sociální práce, efektivně se uplatňují principy terapeutické komunity.

Denní léčba může být přínosná pro středně těžké a komplikovanější stupně závislosti. Klade však velké nároky na klienty i personál. Obtíže plynoucí z toho, že klient při léčbě zůstává v kontaktu s původním prostředím, musí být vyváženy obsahem programu. Intenzivní terapeutická práce s klientem a jeho rodinou, plánování a monitorování času, ve kterém klient pobývá mimo denní centrum, postupy krizové intervence a strategie prevence relapsu jsou pro účinnost denní léčby nepostradatelné. Náročnost denní léčby se pak vyplácí, protože klient se už během léčby učí strukturovat volný čas tak, aby se vyhnul rizikovým situacím, učí se tyto rizikové situace předem rozpoznávat a využívat přiměřených strategií, jak je zvládnout nebo jak se jim vyhnout. Vyhledky na dosažení léčebného účinku se tím zlepšují.

Klienti s dlouhodobou a těžkou drogovou „kariérou“, značně nezralí, nemotivovaní či výrazně problémoví z hlediska psychopatologického a psychosociálního se obvykle v denní léčbě neudrží a neobejdou se bez léčby ústavní. U řady klientů se závažnějšími

potížemi se však denní program účinně doplňuje s krátkodobou či střednědobou ústavní léčbou (může na ni navazovat, předcházet jí nebo obojí).

V ČR v současnosti fungují pouze dva denní stacionáře pro léčbu drogově závislých, v Praze a v Brně. Několik dalších projektů se připravuje. Obecně lze říci, že se v ČR málo využívá možností ambulantní, intenzivní ambulantní a denní péče a na druhé straně ústavní a rezidenční programy jsou přetížené. To představuje typickou rozvojovou slabinou systému péče o drogově závislé v naší zemi.

#### 4.4.5. Ústavní detoxifikace

Detoxifikaci u klientů s nižším stupněm odvykacího syndromu lze pochopitelně provádět i ambulantně při dostatečně častém kontaktu s klientem a případně s využitím cílené farmakoterapie. Odborníci u nás však k tomu ve srovnání se zahraničím přistupují zřídka. Převládající formou detoxifikace v ČR je několikadenní pobyt (v rozmezí 5-10 dní) na uzavřené **detoxifikační jednotce** v nemocnici či psychiatrické léčebně. viz. také pojem detoxikacekapitolač.1.

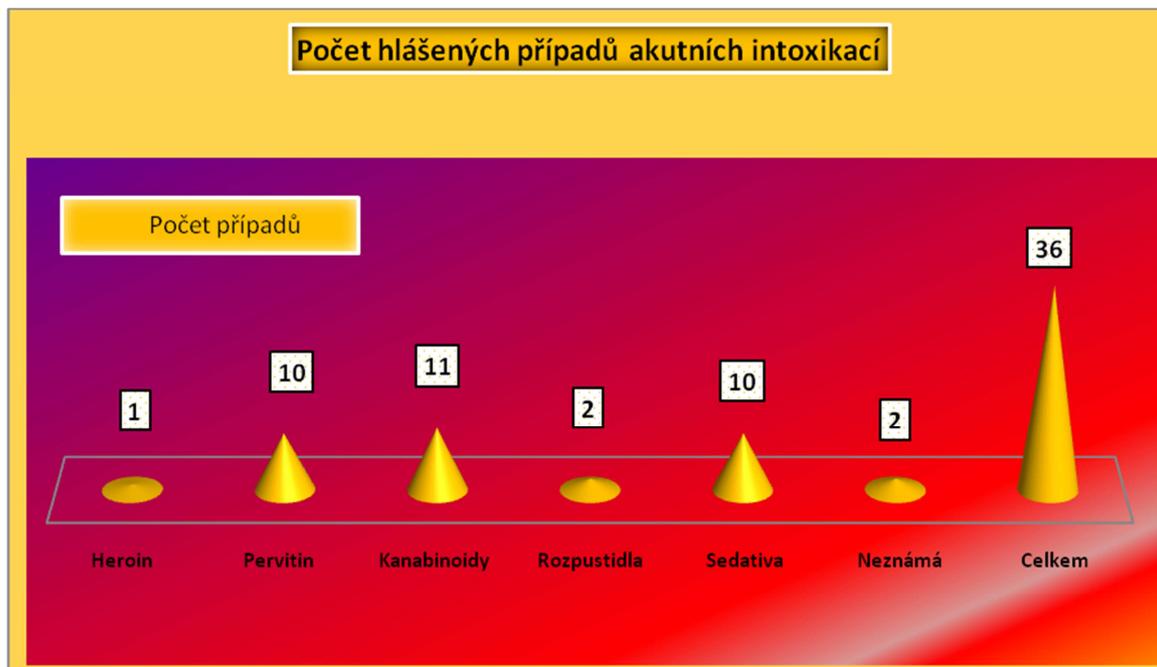
Základní filosofií ústavní detoxifikace je izolace klienta od drogového prostředí a překonání odvykacího syndromu v podpůrné a motivující psychoterapeutické atmosféře. Ke zmírnění odvykacího syndromu se často aplikuje farmakoterapie. Do spektra metod na detoxifikační jednotce rovněž patří sociální a rodinné intervence (řešení aktuálních sociálních problémů či rodinných krizí).

V ČR v současné době provádí ústavní detoxifikaci 10 detoxifikačních jednotek, z toho 4 v Praze. Tento počet je nedostatečný a klient nezřídka musí na detoxifikaci čekat. Během pobytu na detoxifikační jednotce se rovněž méně často či v menší intenzitě využívá možností psychoterapeutické práce s klientem v této významné situaci, která může být zlomem v jeho drogové kariéře. Obvykle se počítá s tím, že klient vstupující do detoxifikace je již dostatečně motivován k pokračování v léčbě a zanedbává se příležitost tuto motivaci získat a posílit.

#### Počet hlášených případů akutních intoxikací drogou a zdrav. Komplikací v souvislosti s užitím drogy v Kraji Vysočina v roce 2011

tabulka č. 3

Droga	Heroin	Pervitin	Kanabinoidy	Rozpustidla	Sedativa	Neznámá	Celkem
Počet případů	1	10	11	2	10	2	36



graf č. 4

#### 4.4.6. Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba

Krátkodobá (4-9 týdnů) a střednědobá (3-6 měsíců) ústavní léčba se provádí na specializovaných lůžkových odděleních nemocnic a psychiatrických léčeben. Jde o vysoce strukturované léčebné programy na principech terapeutické komunity a s náplní obdobnou jako v denní léčbě (skupinová a individuální terapie, rehabilitační, edukační a volnočasové aktivity, práce s rodinou a sociální práce). Dodržování léčebného režimu a zapojení klienta do léčby je často monitorováno pomocí bodovacího systému (kladné body za žádané chování, záporné za nežádané).

V ČR v současné době provádí léčbu odpovídající tomuto popisu 12 zařízení, z toho je však pouze jeden program krátkodobý. Tato ústavní léčba je indikována tam, kde existují závažné překážky pro léčbu ambulantní, v ČR je však touto překážkou především nedostatek ambulantních kapacit a zvyk paušálně indikovat u drogově závislých ústavní léčbu. V důsledku toho jsou ústavní zařízení přetížena a na léčbu se čeká. Přitom je známo, že zkrácení indikačního a přijímacího procesu u klientů, kteří se chtějí léčit, zlepšuje počet skutečných nástupů do léčby a působí jako prevence časných odchodů z léčby.

#### 4.4.7. Rezidenční léčba v terapeutických komunitách

Pojem „terapeutická komunita“ (léčebné společenství, dále zkratka TK) používáme ve dvojitým smyslu:

**TK jako metoda**, používaná jednak v léčbě psychických poruch včetně závislostí, jednak ve výcviku budoucích odborníků – jde o způsob organizace účinných psychosociálních faktorů působících na růst a zrání člověka. Jeho podstatou je trvalé prolínání a konfrontace mezi rozměrem každodenního života, rozměrem „terapie“ či „změny“ a rozměrem kolektivního nevědomí a archetypů. Tyto rozměry vstupují do hry všude tam, kde se lidé často, delší dobu a intenzivně setkávají.

**TK jako typ zařízení**, v němž tato metoda je základem a dominantním obsahem poskytované péče. I když principy a rámec TK se běžně používají v nemocnicích, léčebnách a denních stacionářích, klasická TK je samostatné zařízení na venkově a mimo zdravotnické areály, obvykle s kapacitou 15-20 klientů.

U rezidenční (pobytové) léčby můžeme odlišit střednědobé programy v délce 6-8 měsíců od dlouhodobých (1 rok a více). Jde opět o vysoce strukturované programy, v nichž jsou zastoupeny různé formy skupinové terapie, edukačních a volnočasových aktivit, významnou část však naplňuje práce na každodenním provozu zařízení (provoz kuchyně, úklid, údržba), na farmě apod. Pobyt klienta v TK se rozčleňuje do několika etap („fáze“ - obvykle tři) s různě odstupňovanými právy a povinnostmi. Přestup z jedné fáze do druhé stejně jako ukončení terapeutického pobytu doprovázejí typické rituály.

V posledních letech se v odborně vedených TK klade větší důraz i na souběžnou individuální terapii (aspoň podpůrnou a poradenskou) a na práci s rodinou klienta. Sociální práce je důležitá jednak pro úpravu často složitých problémů, které klient zanechal ve vnějším světě, jednak jako příprava pro návrat do něj.

Pro rezidenční léčbu jsou indikováni především klienti s dlouhodobou a těžkou drogovou kariérou, značně nezralí, nemotivovaní či výrazně problémoví z hlediska psychosociálního (např. s rozpadlým sociálním zázemím, s kriminální anamnézou, dlouhodobě nepracující atd.). Proces sociálního učení v TK jim pomůže získat potřebné schopnosti a dovednosti k tomu, jak začít znovu žít nebo jak vůbec žít v normální společnosti. V TK se více zdůrazňuje aspekt sociálně-výchovný a sociálně-rehabilitační (resocializační) než aspekt zdravotnický, resp. psychiatrický.

Klienti s vysokou mírou psychiatrických a somatických komplikací, vyžadujících trvalé lékařské vedení případu, nejsou proto pro léčbu v TK vhodní.

V ČR v současné době působí asi 15 TK. Většinou je provozují nestátní neziskové organizace, což nevylučuje odbornost: řada našich TK poskytuje kvalitní programy dobře srovnatelné s mezinárodními standardy. Jde o oblíbenou, často vyhledávanou a často indikovanou formu léčby, takže čekací doba může být značně dlouhá.

##### Účinné faktory terapeutické komunity

1. Bezpečné prostředí pro růst
2. Jednotná filosofie
3. Terapeutická struktura
4. Rovnováha mezi demokracií, terapií a autonomií

5. Sociální učení prostřednictvím sociální interakce
6. Učení prostřednictvím krizí
7. Terapeutický dopad všech aktivit na komunitu
8. Zodpovědnost rezidentů za jejich chování
9. Zvyšování sebehodnocení cestou vlastního přičinění
10. Zvnitřnění pozitivního žebříčku hodnot
11. Konfrontace
12. Pozitivní tlak vrstevníků
13. Učení porozumět sobě samému a vyjádřit emoce
14. Změna negativních postojů k životu v postoje pozitivní
15. Zlepšení vztahů s původní rodinou

Výkaz o léčbě v terapeutických komunitách vč. financování krajem Vysočina

**tabulka č. 4**

<b>Terapeutická komunita</b>	<b>Kapacita zařízení (lůžek)</b>	<b>Počet osob, které využily služeb v roce 2010</b>	<b>Počet nově evidovaných žádostí o léčbu v roce 2010</b>	<b>Dotace z rozpočtu kraje v roce 2010</b>
Sejřek	18	42	67	700 000,0 Kč
CircleofLife Koněšín	12	17	26	820 500,0 Kč
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>59</b>	<b>93</b>	<b>1 520 500,0 Kč</b>

## 4.5. Zlepšování účinnosti a výsledků léčby

### 4.5.1. Léčení závislosti a vývojové úkoly

Dospívající člověk musí zvládat řadu požadavků vyplývajících z tělesných, psychických a sociálních změn v procesu růstu a zrání. Ke klasickým vývojovým úkolům, jimž dospívající v naší civilizaci nevyhnutelně čelí, patří zejména:

- naučit se přijmout svoje tělo
- ztotožnit se se svou sexuální rolí
- dosáhnout emoční autonomie od svých rodičů
- získat akceptovanou pozici ve skupině vrstevníků
- připravit se na povolání a životní dráhu
- založit uspokojivý sexuální vztah

Během tohoto obtížného období se někteří dospívající snaží užíváním drog změkčit nebo zmírnit intenzitu problémů vyplývajících z tlaku vývojových úkolů. Vývojové úkoly se tak odkládají a zůstávají neřešené. Ukončení drogové „kariéry“ a zvládnutí nevyřešených a odložených vývojových úkolů jsou spojené nádoby: ukončení drogové kariéry je předpokladem pokračování v normálním vývoji, na druhé straně je toto ukončení pravděpodobnější a snazší, jestliže má závislý příležitost se s nevyřešenými vývojovými úkoly vyrovnávat. Léčba mu v tom má poskytnout dostatečnou podporu, stimulaci, vzory a dovednosti.

### 4.5.2. Abstinence

Význam abstinence je klíčový, a to i tehdy, nejde-li o abstinenci trvalou. Jakékoliv období bez drog může vytvořit předpoklady pro další, déle trávající období. Všechna období abstinence jsou nakonec přinejmenším důležitým prostorem pro změny v ostatních oblastech života. Na druhé straně se ukazuje, že abstinování od drog není samo o sobě dostatečným cílem, není-li doprovázeno dalšími změnami, například:

**1) Změna vrstevnických kontaktů** - nacházení přátel a známých mimo drogovou scénu je důležitým faktorem změny, protože znamená, že se obnovují přirozené zdroje sociální podpory a dochází ke zdravějšímu způsobu trávení volného času. Jedna výzkumná studie (*Sickinger a Kindermann, in 2*) zjišťuje, že před léčbou mělo jenom 25% klientů přátelské a vrstevnické vztahy mimo drogovou scénu, 2 roky po léčbě naopak 75% bylo integrováno v nedrogových skupinách a přátelských vztazích a jen 25% setrvalo ve vztazích na drogovou scénu.

**2) Změna v partnerských vztazích** - navázání nového a silného vztahu k trvale neužívajícímu partnerovi je často příznivým bodem obratu v drogové kariéře. Pokud však partner abstinguje pouze aktuálně, je riziko společného relapsu vysoké. Jsou známy ještě jiné partnerské vztahy s vysokým rizikem, například:

(a) vztah závislého muže k neužívající dívce s ambicemi záchránkyně - často vyústí do společné drogové kariéry,

(b) vztah dvou závislých, z nichž jen jeden nebo absolvuje léčbu - často vyústí do společného relapsu nebo skončí rozchodem,

(c) vztah dvou klientů v léčbě - často následuje vypadnutí z léčby a relaps u jednoho nebo obou partnerů. Řešení těchto vztahů je často významným a svízelným problémem terapie.

**3) Změna vztahu k původní rodině** - vztahy s původní rodinou jsou obvykle v různém stupni rozvratu. Vývojovým úkolem sice je “získat emoční autonomii na původní rodině,” rozvrat však pro to vhodné podmínky nevytváří. Čím je klient mladší, tím je důležitější vztahy k původní rodině restaurovat a získat možnost návratu – z tohoto východiska je pak dosahování autonomie přirozenější. U starších klientů, u nichž již separace pokročila, je příznivým faktorem “vyrovnání” – smíření, dohoda o řešení případných dluhů, obnova komunikace a získání lidské podpory. Zapojit původní rodinu do léčby je proto takřka vždy užitečné a někdy nezbytné – zejména u osob mladších než 18 let nebo výrazně nezralých léčba jednotlivce bez zapojení rodiny nebývá efektivní.

**4) Zlepšení uplatnění na trhu práce** - získat kvalifikaci pro budoucí povolání a osvojit si pracovní návyky patří velmi často ke “zmeškaným” vývojovým úkolům, protože intenzivní užívání drog obvykle člověka dříve či později vyřadí ze vzdělávacího nebo pracovního procesu. “Dohonit zmeškané” je ale v této oblasti obtížnější než v jiných, a naplnit původní, z rodiny pocházející představy o výběru povolání je často nerealistickým a frustrujícím cílem. Vyšší míra nezaměstnanosti a specifické problémy, které závislí po léčbě mohou mít s hledáním zaměstnání, rovněž působí negativně na ukončení drogové kariéry. Přesto je studium, pracovní trénink, rekvalifikace a vše, co vede k lepší pracovní kvalifikaci, vhodnou strategií, jak zlepšit pozdější šance na trhu práce a upevnit příznivé podmínky pro život bez drog. Život na sociálních dávkách není pro vytrvání v abstinenci příznivý.

Cílem léčby je změna životního stylu, pro niž je abstinence podmínkou nutnou, nikoliv však postačující.

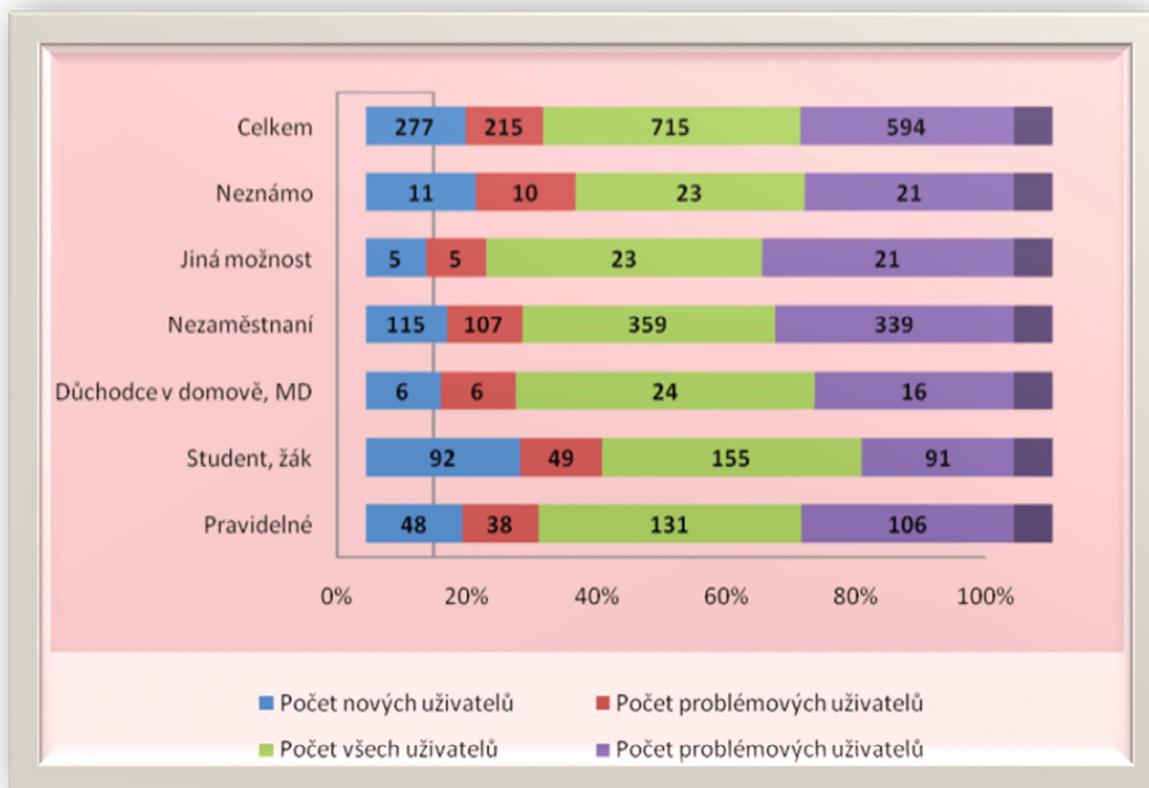
Psychosociální metody v léčbě závislých (nejen až v doléčování) se musí soustředit i na žádoucí změny v meziosobních a sociálních vztazích.

## Charakter zaměstnání uživatelů drog a problémových uživatelů drog v Kraji Vysočina

tabulka č. 5

Charakter zaměstnání	Pravidelné	Student, žák	Důchodce v domově, MD	Nezaměstnaní	Jiná možnost	Neznámo	Celkem
Počet nových uživatelů	48	92	6	115	5	11	277
Počet problémových uživatelů	38	49	6	107	5	10	215
Počet všech uživatelů	131	155	24	359	23	23	715
Počet problémových uživatelů	106	91	16	339	21	21	594

graf č. 5



### 4.5.3. Udržení v léčbě, zapojení do léčby

Aby léčba byla účinná, je především třeba, aby v ní klient vydržel – tento samozřejmý předpoklad je však komplikován vysokou četností tzv. vypadnutí z léčby (*drop-out*), ať už jde o spontánní odchody nebo o vyloučení pro porušení pravidel. Zahraniční výzkumy však ukazují, že z léčby vypadávají nejčastěji klienti s vyšší mírou problémů, tj. ti, kteří léčbu více potřebují. Důvody vypadnutí jsou mnohdy na straně terapeutů a zařízení. Léčebný program je například konstruován tak, že neumožňuje problematičtější klientům, aby se do léčby zapojili, obstáli a vytrvali. Rovněž terapeuti leckdy nemají dostatek dovedností potřebných k řešení individuálních problémů, které představují riziko pro vypadnutí z léčby, jako jsou zejména nedostatečná motivace, psychosociální nezralost, nízká sebedůvěra, silná touha po užití drogy (craving) a v neposlední řadě osobnostní a psychologické komplikace, které se vyskytují až u 80% závislých.

Klíčovými účinnými faktory v léčbě závislých jsou **podpora a řád** – a je jasné, že nedostatek jednoho či druhého účinnost léčby oslabuje. *Prevence vypadnutí* ovšem neznamená změkčení pravidel léčebného programu (i když jsou v mnoha zařízeních příliš komplikovaná a jejich zjednodušení je na místě), ale cílené zaměření na okolnosti, které by mohly k vypadnutí vést a zavádění přístupů, které prokazatelně podporují udržení klienta v léčbě.

Mezi ně patří zejména:

1. zaměření na motivaci a pozitivní orientaci na změnu
2. využívání principů terapeutické komunity
3. individualizovaná terapie - úloha "klíčového pracovníka" či "garanta" jako individuálního průvodce klienta paralelně se skupinovým programem
4. podpora v aktivním zapojení klienta do strukturovaných aktivit
5. řešení psychologických a interpersonálních problémů
6. rodinná nebo párová terapie
7. nácvik a rozvoj pracovních a sociálních dovedností.

Podle zahraničních údajů vypadávalo z léčby v TK počátkem 90.let průměrně přes 60% klientů. Z toho 75% činily svévolné odchody, k více než 60% vypadnutí docházelo v první třetině léčby. Různé "baličky" opatření, zaměřených na nové přístupy a zvýšení kvalifikace terapeutů, snižují četnost vypadnutí o 20-40%. V TK v naší zemi je četnost vypadnutí daleko nižší (částečně díky méně problémové klientele), což neznamená, že není co zlepšovat.

#### 4.5.4. Léčebné kontinuum

Dříve se věřilo, že délka léčby je rozhodující pro její účinnost, a to podle zásady "**čím delší, tím lepší**". Výzkumy 90.let ukazují, že potřeby klientů jsou velmi individuální a paušální uplatňování výše uvedené zásady není přínosem. Optimální délka "standardního léčebného programu" se pohybuje v rozmezí 6-12 měsíců, ale účinný faktor času (=délku léčby) lze do jisté míry nahradit jinými účinnými faktory a léčbu tak u řady klientů zkrátit, aniž by se snížila účinnost.

V popředí pozornosti je především **intenzita a obsah** léčby. Intenzivní terapeutická práce s klientem (ve skupině i individuálně) napomáhá k řešení psychologických, vztahových a sociálních problémů a k rychlejšímu dosažení léčebných cílů, tj. změn v oblastech důležitých pro změnu životního stylu.

Co se týče obsahu léčby, hovoří se o **rozšíření terapeutického pole**. Ohniskem léčby již není pouze drogová závislost a abstinence – do centra léčebné pozornosti vstupují i jevy, dříve pokládané za nežádoucí komplikace léčby a vytrvání v abstinenci.

Patří sem především:

- a. psychosociální nezralost – nesplnění vývojových úkolů
- b. nedostatečná motivace
- c. vypadnutí z léčby
- d. craving a relaps
- e. další psychologické problémy klientů, jako např. deprese, úzkost, vztahovačnost, poruchy osobnosti apod.

Tyto fenomény se nyní považují za běžnou součást problémů klientů, s nimiž je nutné v léčbě pracovat. To pochopitelně předpokládá zvýšení odborných znalostí a dovedností v terapeutických týmech.

Dalším důležitým faktorem je využívání *léčebného kontinua*, které má pro dosažení a udržení výsledku léčby větší význam než délka léčebného programu sama o sobě. Hovořili jsme již o významu před léčebného poradenství a o možnostech účelně kombinovat v rámci léčebného procesu různé léčebné programy, například krátkodobou či střednědobou ústavní léčbu s léčbou ambulantní nebo léčbou v denním stacionáři.

V neposlední řadě musíme uvést *následnou péči (doléčování)*, která je nezbytná pro udržení léčebného efektu. Provází klienta prvními nejrizikovějšími měsíci po skončení léčby, snižuje riziko relapsu a trvalého návratu k životu s drogou, a usnadňuje sociální integraci. Bez následné péče se může i účinek dlouhé, náročné a nákladné léčby zcela ztratit. Blíže se jí zabývá další část této publikace.

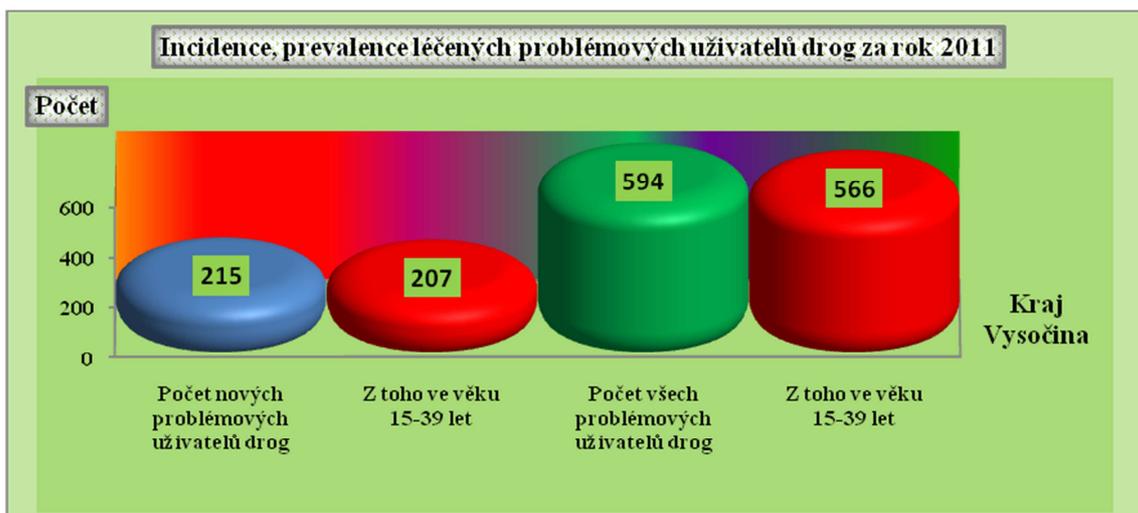
Podle zahraničních výzkumů je léčba v TK v délce 1 roku bez následné péče úspěšná po 3 letech průměrně u 40% klientů. Doléčovací program zvyšuje úspěšnost na cca 60%. Údaje z ČR zatím nebyly zpracovány. Stojí ale za zmínku, že většina programů rezidenční léčby v ČR je příliš dlouhá (delší než 1 rok), zatímco podle našeho orientačního šetření má doléčování zajištěno jen 20% klientů, kteří program v TK absolvují. Intenzita a obsah léčby i využívání terapeutického kontinua tedy u nás představují výzvu pro budoucnost.

### Incidence, prevalence léčených problémových uživatelů drog za rok 2011

**tabulka č. 6**

	Počet nových problémových uživatelů drog	Z toho ve věku 15-39 let	Počet všech problémových uživatelů drog	Z toho ve věku 15-39 let
Kraj Vysočina	215	207	594	566

**graf č. 6**



#### 4.5.5. Léčebné programy<sup>6</sup>

Jedná se o vzájemně provázené programy a služby, které odpovídají různým potřebám klienta v různých obdobích jeho cesty k „normálnímu“ životu.

Za základní složky či součásti systému péče se pokládají především:

1. terénní a nízkoprahové služby
2. ambulantní péče a léčba, včetně intenzivní ambulantní péče v denních stacionářích
3. ústavní detoxifikace a léčba krátkodobá a střednědobá
4. dlouhodobá – rezidenční péče v terapeutických komunitách
5. doléčování včetně chráněného bydlení, chráněné práce apod.
6. dlouhodobé – udržovací substituční programy.

Aby jednotlivé služby a programy fungovaly jako systém, je nezbytná jejich odborná komplementarita, slučitelnost východisek a cílů, vzájemná informovanost, pružné předávání klienta a spolupráce na jeho problémech.

Nástroje k vytváření a rozvíjení systému péče jsou např.: průzkum potřeb, plánování služeb, matching (párování potřeb a intervencí), standardy, hodnocení kvality a účinnosti péče, vzdělávání, výcvik a supervize, usnadňování komunikace, koordinační porady apod.

**Standardy** - Soubor kritérií směrodatných pro kvalitu péče a její hodnocení. Rozlišujeme:

1. standardy vzdělávání, definované obsahem žádoucích znalostí a dovedností nebo absolvováním určitých škol a vzdělávacích programů
2. standardy metod – popisují přesně, co má obsahovat určitý léčebný postup, např. metadonová substituce
3. standardy založené na případu či diagnóze – definují soubor intervencí a služeb, které mají být poskytnuty pacientovi či klientovi s určitou nemocí, poruchou či problémem, mohou být i právním nárokem
4. standardy služeb, programů a zařízení – definují podmínky poskytování péče ve službách určitého typu a často tudíž představují i typové definice, např. standard nízkoprahového kontaktního centra, terapeutické komunity, chráněného bydlení atd.,
5. etické standardy – etický kodex.

U nás používané nebo připravované standardy pro oblast závislostí („Minimální standardy“ od r. 1995, „Akreditační standardy“ od r. 2000) patří do 4. výše uvedené kategorie, v podobném duchu jsou MPSV standardy sociálních služeb, zatímco MZ (používá nový termín certifikace) a odborné lékařské společnosti zpracovávají standardy kategorie 2 a 3.

---

<sup>6</sup>Kalina K.: Drogy v ordinaci praktického lékaře. FILIA, Praha, 1996; Kalina K.: Psychosociální terapie a moderní trendy v léčbě drogových závislostí. Konfrontace; Kalina K.: Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí. Příručka pro poskytovatele, manažery a administrátory. Grant HMP. A.N.O., Praha, 2000; Nešpor K., Csémy L.: Craving (bažení) jako společný rys mnoha závislostí a jak ho zvládat. Publikace na disketě, K.Nešpor, 1998;

### ***Terénní práce – streetwork***

Pomáhající aktivity probíhající mimo instituce a zařízení, a to:

1. přímo na ulicích, veřejných prostranstvích a veřejně přístupných místech, jako jsou nádraží, restaurace a zábavní podniky
2. v jiných zařízeních a institucích, jako jsou věznice, školy, azylové domy, nevěstince, kluby a domovy mládeže
3. v bytech příslušníků cílové skupiny. Cílovou skupinou terénní práce jsou riziková jednotlivci a skupiny, kteří nejsou efektivně zachycováni existujícími institucemi, buď proto, že těmto institucím nedůvěřují a vyhýbají se jim, nebo proto, že v nich nemohou najít takové služby, které potřebují. K těmto cílovým skupinám patří např. bezdomovci, „**děti ulice**“, prostitutky a prostituti, migranti, příslušníci etnických menšin, specifickou cílovou skupinu tvoří uživatelé drog.

### ***Terénní programy pro uživatele drog***

Jejich souhrnným cílem je usnadnit zlepšení zdravotního stavu a omezit s užíváním drog spojená rizika a poškození u jednotlivců a skupin, kteří nejsou v kontaktu s existujícími zdravotními, zdravotně-sociálními a sociálními službami a s běžnými zdravotně výchovnými (osvětovými) programy, tj. s tzv. skrytou populací. Terénní programy se zaměřují především na nitrožilní uživatele drog s cílem snížit jejich rizikové chování (sdílení injekčního náčiní, nechráněný sex) a omezit tak riziko přenosu a šíření HIV a virů hepatitidy B a C.

K běžným typům služeb poskytovaných terénními programy patří:

1. výměna injekčních jehel a stříkaček
2. distribuce dalšího náčiní pro méně rizikovou aplikaci: sterilní voda, dezinfekční tampóny, bavlněné filtry, případně i aluminiová fólie pro úplný odklon od nitrožilního užívání
3. distribuce kondomů
4. základní zdravotní ošetření
5. základní, tzv. kontaktní poradenství a informace
6. distribuce zdravotně výchovných informačních materiálů, letáků, brožurek, svépomocných časopisů apod. Stále častější jsou terénní programy zabývající se cílovou skupinou uživatelů „tanečních drog“, která má svoje specifická zdravotní rizika.

### ***Kontaktní centrum (Drop-in centre)***

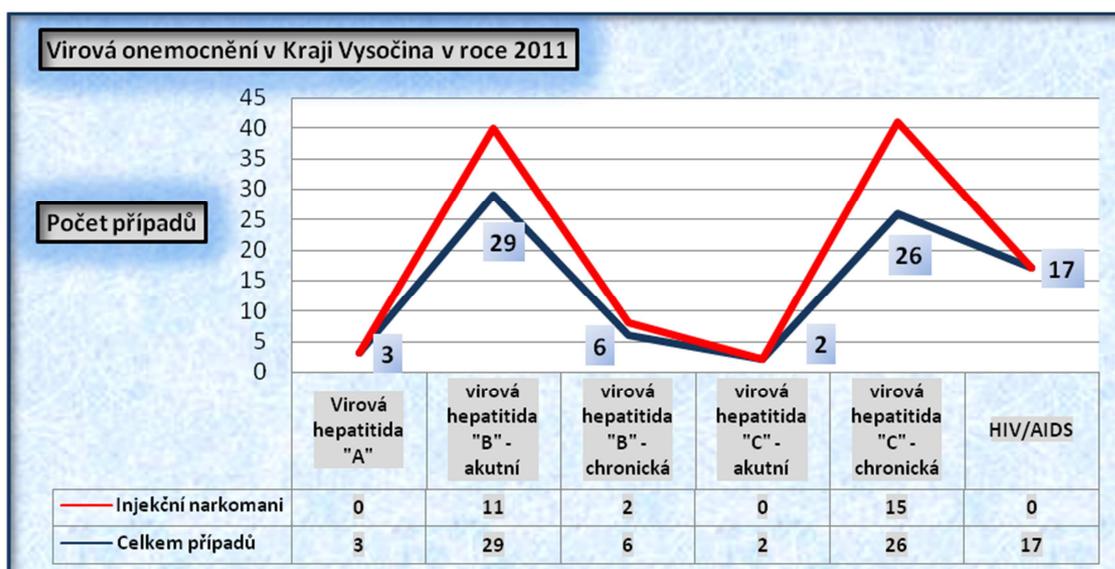
Kontaktní centra (KC) nabízejí své služby cílové skupině drogově závislých, která není v kontaktu s jinými zdravotními a sociálními institucemi (skrytá populace). KC překonávají psychologické a administrativní bariéry dostupnosti a umožňují této klientele přístup ke službám bez jakéhokoliv doporučení, přímo z ulice, anonymně a v neformálním prostředí, proto se též nazývají „nizkoprahová.“

Základní program kontaktního centra je kontaktní práce, výchovné a vzdělávací aktivity, kontaktní poradenství, výměna injekčního náčiní a zdravotní ošetření. Činnost probíhá především v kontaktní místnosti, kde jsou pracovníci spolu s klienty. Klienti kontaktní místnosti (obvykle anonymní) mohou být, a obvykle jsou, pod vlivem drogy,

nesmí však jakkoliv manipulovat s drogou přímo na místě nebo se dopouštět násilí. Při porušení těchto elementárních pravidel klient musí odejít a má vysloven zákaz vstupu na určité časové období. Klienti kontaktní místnosti mohou využívat potravinový servis (polévka, čaj a pečivo, případně další potraviny a nápoje zdarma nebo za symbolickou cenu), vitaminový servis a hygienický servis (možnost se osprchovat, vyprat prádlo v pračce atd.). Větší možnosti než v terénu má základní zdravotní péče, prováděná zdravotní sestrou nebo i lékařem.

Kontaktní centra také provádějí testování na hepatitidy B, C a HIV. Druhou důležitou složkou práce KC je poradenství, které probíhá na žádost klienta odděleně od provozu kontaktní místnosti a zaměřuje se již na systematictější (nikoliv pouze jednorázové) řešení zdravotních, sociálních, psychologických, vztahových, rodinných, právních a jiných problémů dle zhodnocení potřeb klienta. Může zahrnovat i podporu v abstinenci nebo přípravu na léčbu (před léčebné poradenství, motivační trénink). Klient již většinou není anonymní a o procesu se vede řádná dokumentace se zajištěním ochrany osobních údajů. Častá je práce s rodiči, partnery nebo rodinami klientů, případně podpurné a informační rodičovské skupiny.

graf č. 7



Pozn:

HIV/AIDS – injekční narkomani 0, značí nevedeno. Pro srovnání uvádí přehled virových onemocnění v roce 2010

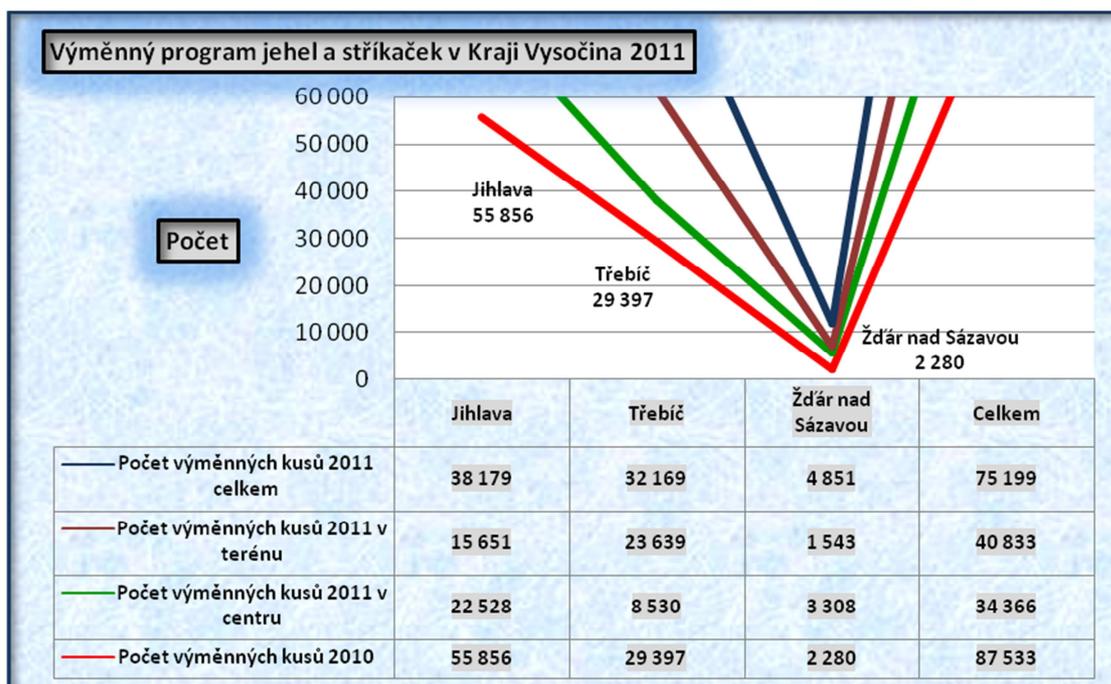
#### Virové hepatitidy typu A, B, C, HIV+AIDS v Kraji Vysočina 2010

Typ onemocnění	Celkem případů	Injekční narkomani
Virová hepatitida "A"	3	0
virová hepatitida "B" - akutní	4	1
virová hepatitida "B" - chronická	7	2
virová hepatitida "C" - akutní	1	1
virová hepatitida "C" - chronická	18	8
HIV/AIDS	16	nevedeno

Ze zkušeností z terénní praxe vyplývá, že se žilnímu vyšetření podrobí jen určitá část uživatelů.

**Výměnný program**

Výměna injekčního náčiní je významnou složkou strategie HR. Probíhá v terénních programech, v kontaktních centrech, někdy i jako samostatný program. Trvání na výměně s následnou bezpečnou likvidací použitého náčiní snižuje riziko přenosu virových infekcí z použitých a odhozených jehel a stříkaček. Součástí výměnného programu je i distribuce dalšího náčiní pro méně rizikovou aplikaci (sterilní voda, dezinfekční tampóny, bavlněné filtry) a kondomů, předávání informací o bezpečnější aplikaci drog a motivace k bezpečné likvidaci injekčního náčiní. Pro hodnocení účinnosti výměnného programu je významný indikátor návratnosti (poměr vydaných a vrácených stříkaček): v optimálním případě by měl přesáhnout 100%, protože se do oběhu dostává náčiní získané jinde, např. v lékárnách.

**graf č. 8**

Pozn: K – centrum Noe v Třebíči poskytuje Probační program MOST, který je zaměřený na mladistvé ve věku od 15 do 18 let, který se dopustili trestného činu pod vlivem návykových látek. Klienti jsou do probačního programu zařazováni prostřednictvím střediska Probační a mediační služby v Třebíči. V roce 2011 program navštěvovalo 12 mladistvých klientů.

Pro srovnání uvádí přehled Výměnného programu jehel a stříkaček v Kraji Vysočina v roce 2010

Okres	L/K centrum	Počet výměnných kusů			
		2009	2010 v centru	2010 v terénu	2010 celkem
Jihlava	K - centrum	43 766	36 332	19 524	55 856
Třebíč	K - centrum	32 146	5 561	23 836	29 397
Žďár nad Sázavou	K – centrum Spektrum	4 267	2 019	261	2 280
<b>Celkem</b>		<b>80 179</b>	<b>43 912</b>	<b>43 621</b>	<b>87 533</b>

## 4.6. Dílčí závěr

Ve čtvrté části práce popisují detailně fáze závislosti, způsob jejich zvládnání a léčby. Léčba je zde spojena s vývojovými úkoly na osobnost závislého jedince. Toto vše je doplněno tabulkami a grafy opírajícími se o statistiky v kraji Vysočina.

## 5. Dopady drogového užívání

### 5.1. Dopady na osobnost toxikomana

#### Psychické následky:

- Poruch emocí, zvýšená dráždivost a labilita. Člověk na drogách má sklony k extrémním citovým prožitkům
- Zhoršení koncentrace a poruchy paměti, které v důsledcích mohou vést až k demenci. U některých drog dochází ke vzniku organického psychosyndromu a těžkému poškození centrální nervové soustavy (zejména u inhalace organických rozpouštědel).
- Neschopnost aktivity nebo naopak extrémní nabuzení. Po užití drogy může nastat aktivita (např. pervitin) a stejně tak i útlum (např. toluen či heroin). Horečná aktivita se může objevit i ve fázi chybějící drogy při snaze co nejrychleji zvládnout abstinenci příznaky a sehnat další dávku.
- Změna hierarchie hodnot, vymezení zájmu. Veškeré dosavadní zájmy jsou postupně vytěšňovány drogou, která se dostane na nejvyšší příčku hodnotového žebříčku.
- Celková degenerace (úpadek až rozpad) osobnosti, úbytek schopností. Dochází ke ztrátě vůle k překonávání potíží i ke ztrátě sebeovládání, které je nutné k odepření dávky.
- Psychické poruchy – halucinace, bludy, psychomotorické poruchy, nepřiměřené emoce.

#### **Důsledky drogové závislosti**

Je velký rozdíl mezi důsledky a příznaky. Příznaky následují v řádech minut po použití drogy, jsou to například euforie, extrémní výdrž, halucinace a další. Důsledky jsou však spíše následky a projeví zhruba až od 2. fáze drogové závislosti. Jsou to většinou negativní dopady na zdraví, rodinu, přátele, práci, ekonomickou situaci jedince, které se stal drogově závislý.

#### **Zdravotní**

U zdravotních důsledků musíme rozlišovat mezi abstinenci příznaky a vlivem užívání drog na náš organizmus. Zdravotní následky braní drog se projeví až relativně pozdě, většinou od 3. nebo 4. fáze drogové závislosti. Patří mezi ně: nespavost, nechůť k jídlu, poruchy ledvin, jater či mozku, poruchy vidění a sluchu, vyčerpanost, zhoršení paměti a reflexů, špatná orientace, strach, různé fobie a mnohé další.

- Celkové chátrání organismu, vyhubnutí, špatné stravovací návyky (u žen ztráta menstruace)
- Nedodržování hygienických návyků, zhoršení tělesné hygieny
- Poškození ledvin, jater, zažívacího traktu a nervové soustavy
- Riziko infekčních chorob – hepatitida, HIV atd.
- Abscece, záněty a poruchy žilního systému

K nepřímým zdravotním důsledkům patří i nemoci, způsobené nečistým nebo již použitým injekčním materiálem, tedy například: otrava krve, sexuálně přenosné nemoci, velmi častá je mezi narkomany žloutenka, a další nemoci, které se přenášejí krví. O prevenci tohoto problému se starají některé humanitní organizace (například Drop In) tak, že narkomanům zdarma nabízí na veřejných místech výměnu injekčního materiálu za sterilní.

### **Sociální**

Lidé s drogovou závislostí velmi často ztratí zájem o své kamarády, protože zážitek z drogy je natolik silný, že už si s lidmi, kteří jej nepoznali, nemají co říct. Rovněž se naprosto začínají rozcházet jejich zájmy - u narkomana se prohlubuje zájem o drogu a vše ostatní upadá, kdežto jeho okolí žije dál. Časté jsou ale i případy, kdy se celá parta dá na zkoušení drog, které později přejde v závislost. V tomto případě jejich "přátelství" zůstává, ale jakmile někdo z dané party začne bojovat s drogovou závislostí, partu většinou opouští. Mezi další patří neplnění povinností, absence v zaměstnání nebo ve škole, pokles výkonu a schopností a následná ztráta zaměstnání, vyhazov ze školy. Narušení a přetrhání sociálních kontaktů, ztráta přátel.

### **Rodinné**

Důsledky drogové závislosti mají často v rodinách velmi negativní důsledky. Rodina se totiž jedince v průběhu závislosti často zřekne, a není pak již ani po vyléčení navázán normální vztah. Častým zdrojem problémů v průběhu závislosti bývají pozdní příchody domů, ztráta peněz, časté lži a podvody, zhoršení vzhledu. Devastace rodiny. Drogově závislý na rodině „parazituje“. Často rodinu rozbíjí. Vztah nedokáže udržet ani se stejně závislým partnerem, jediným společným zájmem je droga.

## **5.2. Dopady na rodinu toxikomana**

Rodina ve zkratce řečeno, vytváří a poskytuje domov a tvoří základní společenskou jednotku.

Rodina jako systém, ve kterém jakákoliv změna jednoho ve vztahu k druhému, anebo čemukoliv si vynutí změnu u dalších členů rodiny.

Rodina má svůj životní cyklus, který přináší mnoho běžných, ale i zátěžových životních situací. Čím je rodina (respektive – čím jsou vztahy v ní) narušenější, tím je společnost nemocnější, méně funkční. Nejdůležitější pro formování dítěte je úplná a dobře fungující rodina, proto považují maximální podporu rodiny a správnou výchovu za jeden z prvních pilířů drogové prevence.

V naší společnosti hraje významnou roli v rodině při výchově otec. Pokud otec chybí a to již od raného dětství, podílí se to na negativní (negativních) reakci dítěte.

Pokud rodina nezvládne cyklus svého vývoje, jeho jednotlivých etap, vznikají krize.

## **Rozeznáváme šest stádií poruch rodinného života<sup>7</sup>**

### **1. Rozpory**

Jsou běžným jevem párového a rodinného života. Jedná si o nesoulad v drobných věcech. U partnera, který požívá alkoholické nápoje jsou to především sliby, např. „že nebude tolik pít“.

### **2. Konflikty**

Nesoulad v drobných věcech narůstá, objevuje se doposud nepoužívané reakce. Partnerka je zklamaná. Zpočátku, když byla partner zamilovaný, byl přechodně schopen upravit svoje „picí“ zvyky. Teď už ale vyplívají na povrch: pozdní návraty, lži, nespolehlivost. Tento tlak vyvolává další symptomy poruchy, tímto se ovšem konflikty neřeší a stávají se chronickými. Neurotizační faktory už mohou postihnout nejenom jednoho, ale více členů rodiny.

### **3. Krize**

„Chronifikace“ konfliktů, zmnožení symptomů se stává takovým patologickým znakem, který už narušuje párové a rodinné soužití. Neurotizace a její projevy v chování už částečně přenášíme na další členy rodiny, poruchy se stupňují a přecházejí do dlouhodobosti. Manželka se ještě snaží uvnitř rodiny řešit pití avšak bez efektu. Urážky velmi často střídá prošení, po výčitkách přijde prošení, střídá se naděje a zklamání. Začíná narušování rolí v systému rodiny.

### **4. Debaklové situace**

Destrukce rodinných vztahů, rodina trpí. Pokus o izolaci je nepřijatelný. Nastává funkční narušení rodinného života (partneři si dělají naschvály). Struktura rolí i rodinného systému se začíná bortit.

### **5. Kalamitní situace**

Představuje již hluboké narušení rodinného života a hrozí rozpad rodiny. To je modelový stav rodinného soužití diagnostikovaného, ale neléčeného alkoholika. I přes to, že se snaží „plnit“ roli v rodině, tak mu rodina vlastně žádné úkoly nepřiděluje, protože ztratili důvěru pro opakované zklamání a nespolehlivost.

### **6. Rozvrat**

Rodina se už dostala do stavu, ve kterém jako systém přestala fungovat. Spěje k rozvratu, anebo se už rozpadla. Rozvod je často prostředkem, jak se obnoví funkce rodiny. Bez alkoholika. Zůstává neúplná rodina s dětmi, často s krutými, někdy pomstychtivým zásahem bývalého partnera – otce.

---

<sup>7</sup>PhDr. Jozef Kredátus, Abstinencia v záťažových životných situáciách, 1998, Košice, Krajský ústav národnéhozdravia, oddeleniezdravotnej výchovy, s.19-20

Jsou však i rodiny, které spolu s léčebnými institucemi dopomůžou „svému“ alkoholem zničenému partnerovi, otci k protialkoholní léčbě a dále pak spolupracují při jeho doléčování.

### *Ad1) Případ z praxe*

Jak jsem již v úvodu zmínila, pracuji, jako sociální pracovnice Magistrátu města Jihlavy, sociální odbor, sociálně právní ochrana dětí a v současné době řeším za pomoci odborníků a to z řad psychologů, lékařů, především z oblasti závislostí případ 45 leté matky 4 nezletilých dětí, která je již 6 let velmi závislá na alkoholických nápojích. Domnívám se, že tato matka nezletilých dětí již prošla všemi výše uvedenými fázemi.

Paní „L“ začala požívat nadměrně alkoholické nápoje v době, kdy její manžel a ona přišli o zaměstnání a zůstali doma. S touto ženou pracuji již druhým rokem, a to od doby, kdy se rozešla s partnerem, otcem dětí (manžel požádal o rozvod) a její současný stav dospěl až k tomu, že dvě starší děti byly svěřeny Okresním soudem v Jihlavě do péče otce, třetí nezletilý syn je umístěn v Dětském domově.

Paní „L“ nyní žije se svým čtvrtým a to nejmladším synem, nezletilým Patrik. Paní „L“ v těchto dnech přišla i o bydlení a proto je k Okresnímu soudu v Jihlavě podán návrh na svěření nezletilého Patrika do ústavní výchovy (otec výchovu dalšího syna nezvládne – dle jeho tvrzení). Od doby, kdy se matka nezletilého dozvěděla, že tento návrh je u Okresního soudu podán začala se zajímat o protialkoholní léčbu. Je pravdou, že nezletilý Patrik je to poslední co jí zůstalo a proto se domnívám, že je to poslední naděje v jejím boji se závislostí. Nyní má podstoupit ambulantní léčbu, avšak její stav je natolik vážný, že by byla dle vyjádření lékařů nutná hospitalizace.

Dříve než paní „L“ začala pít, byla řádná matka, manželka avšak postupem let nastal zvrat.

Naše společná práce spočívala v tom, že jsem klientce zadávala jednoduché úkoly, které byla schopna zvládnout. Tato spolupráce nám „vycházela“ cca 7 měsíců, až do doby než si našla nového přítele a alkohol spolu začali užívat v nadměrném množství. V té době nebyla naprosto schopna se o děti postarat. Nespolupracovala s rodinou, přáteli a to ani s naším odborem (odbor sociálních věcí). Proto byly děti svěřeny do péče otce, popřípadě dětského domova. Záchytným bodem měl být nezletilý Patrik, na kterém byla matka tzv. závislá. Avšak ona nebyla schopna se o něj řádně postarat. Nezletilý Patrik nemá základní vzorce chování. Je velmi citově deprivovaný, což je nyní v jeho věku (3. třída základní školy) tak důležité.

Podle toho se také jeho chování začalo razantně měnit. Nezletilý Patrik chodí do školy velmi často zanedbaný, je pohublý a také samotářský. Nastali u něho problémy zařadit se do třídního kolektivu. Dětská lékařka u něj také zaznamenala časté návaly psychotického vzteku. Dnes je již léčen u dětského neurologa. Má velmi časté oslabení imunity, bolesti hlavy a břicha. Jeho duševní vývoj se začal opožďovat a nyní byl ve 3. třídě, základní školy přeřazen do školy zvláštní.

### **5.3. Dopady na společnost**

V České společnosti je poměrně silná tendence drogově závislé odsoudit a stigmatizovat. Toto celospolečenské odsouzení vede ale narkomany spíše ke ztotožnění se s drogovou subkulturou a zařazení se do ní ke ztotožnění se s drogovou subkulturou a zařazení se do ní už proto, že jinde je člověk na drogách odmítán a je nepřijatelný. To vede ještě rychlejší změně životního stylu a přijetí společensky nežádoucích způsobů chování. Jedním z nich je kriminalita – viz- kapitola kriminalita a její rozdělení.

## 5.4. Dílčí závěr

V páté části práce se zabírám popisem toho, jaký má vliv užívání návykových látek na osobnost toxikomana, na jeho rodinu a přátele, a na společnost.

## 6. Poradenství a edukace v rámci HR

Poradní a exekuční organizace poskytují svým klientům bezpečné zázemí, hygienický a zdravotní materiál, případně potravinový servis, **poradenství** a pomoc při vyřizování osobních záležitostí. Pojem HR také označuje přístupy, které vedou k minimalizaci poškození drogami u uživatelů drog a k ochraně veřejného zdraví. HR se také snaží minimalizovat, omezit či zmírnit riziko života zdraví ohrožující infekcí, které se šíří sdílením injekčního náčiní nitrožilní aplikací drog atd. Minimalizací škod se zabývají 3 kontaktní a **poradenská centra v Kraji Vysočina**. Jejich činnost se zaměřuje jak na minimalizaci škod a uživatelů drog, tak na ochranu společnosti před infekčními chorobami a dalšími

Stanoveným cílem HR je především ochrana společnosti před šířením infekčních onemocnění i před ostatními projevy závislosti na návykových látkách, které povede ke snížení rizika sociálního vyloučení a snížení úrovně kriminality v Kraji Vysočina.

### **Toxikologická vyšetření – laboratorní a screeningové testy na přítomnost drog**

Toxikologická vyšetření jsou příkladem aktivit, které se uplatňují ve všech rovinách protidrogové prevence. Pokud je vzorek správně odebrán, vyšetřen a interpretován, může výsledek toxikologického vyšetření velmi usnadnit diagnózu a umožnit časnou intervenci u nejrůznějších akutních stavů, změněného chování, následných těžkých traumat apod. Samozřejmě může také usnadnit odhalení experimentování s drogami či počínající DZ už v raných stadiích a napomoci tak úspěšnému léčení či předcházet komplikacím. Klinické testování se provádí typicky při intoxikaci neznámou látkou, u diferenciální diagnostiky nejasných psychotických stavů, k ověření abstinence při ambulantní či ústavní léčbě závislosti. Stále častěji se setkáváme s toxikologickým vyšetřením v pracovním prostředí (jde zejména o alkohol, ale nově i jiné návykové látky při výkonu práce).

Pro rutinní vyšetření na neznámou drogu požaduje většina laboratoří asi 50 ml moči a 10–20 ml krve. Toxikologická vyšetření z vlasů, potu nebo smolky se u nás provádějí zatím pouze experimentálně. Odběr vzorku (i moči) se provádí vždy pod dohledem; vždy je vhodné vzorek rozdělit do dvou částí a druhou ponechat na eventuální ověření výsledků jinou metodou. V posledních letech lze využít i orientační, ale zato velmi rychlé „papírkové testy“, které je možno koupit v lékárně nebo bývají anonymně k dispozici v K-centrech a lze je použít přímo doma. K dispozici jsou orientační testy na přítomnost THC (marihuana, hašiš), opiátů (heroin), metamfetaminů (pervitin, extáze) a samotné extáze (MDMA).

### 6.1. Mezinárodní spolupráce, kontakty

Závěrem lze shrnout, že prevence DZ je chápána komplexně v celé šíři tohoto bio-psycho-sociálního onemocnění a je snaha ji tak i realizovat. Důraz je stále více kladen na vzdělávání pracovníků v této oblasti, dostatečnou dostupnost služeb, vzájemnou spolupráci všech příslušných složek, osvětu populace. DZ je ve světě natolik rozšířenou problematikou, že mezinárodní spolupráce na poli protidrogových aktivit má již dlouholetou tradici a neustále se rozvíjí a zdokonaluje.

V rámci Evropské unie bylo např. r. 1993 založeno *Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti* (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; EMCDDA) (se sídlem v Lisabonu), které spoluprací členských států podporuje a organizuje pomocí informační sítě REITOX. Také ČR s EMCDDA již několik let spolupracuje. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (NMS) (se sídlem v Praze; zřízeno 2002) je českým partnerem sítě REITOX a podílí se na řadě programů EU zaměřených na prevenci DZ. Přehled aktivit NMS spolu s kompletním seznamem zařízení poskytujících v ČR služby v protidrogové prevenci, léčbě a resocializaci, včetně příslušných kontaktů, je uveden a pravidelně doplňován na webové stránce: [www.drogy-info.cz//](http://www.drogy-info.cz//). Informačních serverů s odkazy na služby poskytované v oblasti prevence DZ je však řada, lze uvést např. [www.sananim.cz//](http://www.sananim.cz//); [www.dropin.cz//](http://www.dropin.cz//); [www.podaneruce.cz](http://www.podaneruce.cz); na prevenci zneužívání syntetických drog je zaměřený [www.extc.cz//](http://www.extc.cz//)

### **Drogová (protidrogová) politika**

Souhrn zásad, cílů a opatření navržených a prováděných k řešení problému drog, zejména nezákonných, na úrovni místní, státní nebo mezinárodní. Na mezinárodní úrovni formulovala OSN v r. 1991 zásadu „vyváženého přístupu“ v drogové politice; tím je míněno, že vedle strategie postihování nabídky drog, tj. represe, se mají rozvíjet a uplatňovat též strategie zaměřené na stranu poptávky po drogách, tj. prevence primární, sekundární a terciární. Během 90. let se začala stále více hlásit o uznání třetí strategie – snižování poškození drogami, HR. Vedle deklarací Valného shromáždění OSN ztělesňují drogovou politiku světového společenství především Úmluvy OSN. Protidrogová politika ČR je formulována ve vládních dokumentech (Koncepce a program protidrogové politiky z r. 1993, Koncepce a program protidrogové politiky z roku 1998, Strategie protidrogové politiky z r. 2000). Posledně jmenovaný dokument uvádí – ve shodě s drogovou strategií Evropské unie – čtyři základní pilíře protidrogové politiky ČR: represe, prevence (tj. prevence primární), léčba a resocializace, HR.

Pozn:

Zařízení o. s. SANANIM (Specializované ambulantní služby CADAS (Centrum ambulantní detoxifikace a substituce)

Ostatní zařízení

Vyhledání podle regionu a typu zařízení v rubrice Mapa pomoci na stránce Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti

## 6.2. Dílčí závěr

V šesté části práce popisuji poradenství v oblasti Harm reduction. Dále vysvětluji spolupráci v rámci Evropské unie. V závěru se zabývám drogovou (protidrogovou politikou).

## 7. Rozvoj sociálních dovedností u drogově závislých.

### SOCIÁLNÍ DOVEDNOSTI (SOCIAL SKILLS) <sup>8</sup>

Soubor řady společensky i kulturně podmíněných dovedností, které si člověk v průběhu vývoje osvojuje. Sociální dovednosti jsou např. dovednosti potřebné k přijetí člověka do sociálních skupin, navázání a udržení kontaktu, komunikační dovednosti: sebevyjádření a naslouchání druhým, porozumění mezilidským vztahům apod. Určité sociální role vyžadují příslušné s.d. (role otce, poradce, šéfa apod.). Sociální dovednosti získáváme nápodobou, identifikací a různými formami sociálního učení, stejně jako vzděláváním ve specializovaných kurzech (např. pro manažery, nezaměstnané) nebo terapeutických programech. Podrobně rozpracované postupy učení sociálním dovednostem mají kognitivně-behaviorální programy. Známé jsou rovněž kurzy rozvoje osobnosti, výuka asertivity, sociálně psychologické výcviky. U drogově závislých je nedostatečnost určitých sociálních dovedností ovlivněna osobnostní a psychickou výbavou před či v důsledku užívání drog a způsobem života „na okraji společnosti“ (úzkosti, deprese, impulzivita, nezdrženlivost, pocity méněcennosti, výkyvy nálad, traumata, odpor k autoritám apod.). Handicapem je absence dovedností získávaných v adolescentním období a rané dospělosti (období nejčastějšího počátku drogové kariéry) v drogami neovlivněných vztazích. Tehdy si člověk vytváří s.d. spojené s odpoutáním od rodiny, partnerskými vztahy, profesionální orientací apod.

### Resocializace a následná péče v systému prevence, péče a léčby drogových závislostí

Tento materiál je zpracován na základě usnesení vlády ČR č.1045 ze dne 23.10.2000, kterým byla schválena Národní strategie protidrogové politiky na období 2001-2004, a které ukládá MPSV ve spolupráci s MZ vypracovat základní koncepční dokument, vymezující otázku resocializace a následné péče v protidrogové prevenci.

Rozvoj občanské společnosti po listopadu roku 1989 si vyžádal i umožnil změny v přístupech k uživatelům drog (OPL). Drogy a závislost na nich jako celospolečenské téma a zároveň i velký problém přestal být tabuizován a zjednodušeně interpretován, ale stal se předmětem zájmu politiků, veřejné správy, odborné i laické veřejnosti.

Více než deset let vývoje v této oblasti ukázalo, o jak závažný fenomén jde, jak obtížné je hledat a najít optimální a vyvážené postupy, které nespolehají na rychlá a definitivní vyřešení problému v celém jeho rozsahu. Přes všechna přijatá a realizovaná opatření v ČR, stejně jako v dalších zemích Evropy, existuje stále velký počet osob, které s drogami experimentují, užívají je či jsou na nich již závislé a následně pak ovlivňují

---

<sup>8</sup><http://www.odrogach.cz/index.php?p=&sess=&disp=texty&offset=181&list=134&shw=100092;>  
[http://www.steti.cz/content/view/80/97/;](http://www.steti.cz/content/view/80/97/) [http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc\\_a\\_podpora/lecba](http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/lecba)

kvalitu života dalších lidí (partneři, rodina, případné oběti jejich trestné činnosti apod.) i místních komunit. Užívání drog představuje vážné riziko změn základních životních hodnot, oslabování volných stránek osobnosti, narušování interpersonálních vztahů, krizové situace v mnoha rodinách, které mohou vést k jejich ohrožení až rozpadu. To vše pak představuje rizika ohrožení zdravého fungování a vývoje jedince a společnosti.

### **Role a odpovědnost Ministerstva práce a sociálních věcí ČR v oblasti protidrogové politiky.**

Protidrogová politika je v resortu MPSV je řešena v systému poskytování sociálních služeb zaměřených na řešení sociálních problémů souvisejících s užíváním drog. Podstata fungujícího systému sociálních služeb je zpracována MPSV ve věcném záměru zákona o sociálních službách. Hlavním cílem reformy sociálních služeb je zvyšovat kvalitu sociálních služeb a jejich dostupnost na základě analýzy potřeb, definování jejich obsahu, stanovení standardů kvality a finančních možností státu.

### **Sociální služby a role nestátních neziskových organizací.**

Sociální služby jsou jednou z oblastí života občanské společnosti, která zaznamenala v uplynulých letech rozvoj, který v mnohém předběhl snahy státní správy. Rázně vykročily za klientem, aby přispěly k uspokojování jeho potřeb v obtížných životních situacích a předcházely tak vzniku případných rizik, jež nepříznivé životní podmínky jednotlivce představují pro společnost.

Reforma sociálních služeb má ve svém důsledku klientovi zajistit sociální služby, které mu umožní plnohodnotný a samostatný život. Nezastupitelnou roli v těchto snahách hrají nestátní neziskové organizace, které nejsou pouze doplňkovým faktorem, ale poskytují různé typy profesionálních sociálních služeb pro specifické cílové skupiny obyvatel. Zvláště patrné to pak je v oblasti služeb resocializace a následné péče, kde provozují služby, které stát nezabezpečuje nebo jen v omezené míře. Proto také MPSV ve své základní koncepci resocializace a následné péče v protidrogové prevenci s poskytovateli z nestátního neziskového sektoru (NNO) počítá jako s klíčovým nositelem těchto typů služeb. NNO společně se státními organizacemi pak vytváří komplexní systém sociálních služeb, který dává klientům možnost výběru ze spektra nabídek podle jejich individuálních potřeb a požadavků.

## **7.1. Oblast resocializace a následné péče.**

Je otázkou, zda-li slovo resocializace vystihuje cíl léčby osob závislých na drogách. Jedná se spíše o sociální začleňování uživatelů drog, které je podmíněno získáním či obnovením sociálních dovedností a přijetím společností sdílených sociálních norem. Právě sociální začleňování je klíčovým momentem v léčbě závislostí. Tradičně je u nás přeceňována samotná abstinence jako jediný možný cíl léčby. Pokud se však nepodaří pomoci závislému vytvořit odpovídající podmínky pro udržení jeho abstinence, nebude efektivita práce léčebných programů příliš vysoká. Abstinence je nezbytným předpokladem úspěšné intervence a léčby u závislých osob. Avšak konečným cílem musí být především jejich sociální začlenění, tedy plnohodnotné zapojení závislých do podmínek běžného života, kde jsou brány na zřetel nejenom potřeby společnosti, tj. abstinence od užívání ilegálních drog, nepáchání trestné činnosti, snížení potencionálních zdravotních rizik s užíváním drog spojených apod., ale i potřeby

klienta, který si především přeje žít spokojený a plnohodnotný život. Ne náhodou je kladen v prevenci relapsu velký důraz na optimalizaci a stabilizaci životního stylu uživatelů drog. Ta se jeví jako jeden ze základních úkolů následné péče.

V tradičním pojetí nalézáme striktní oddělení léčebných aktivit a následné péče. To je však zavádějící. Pokud je hlavním cílem práce s uživateli drog jejich sociální začleňování, je nezbytné provádět kvalitní sociální práci a intervence již ve službách minimalizace zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog a především pak v léčebných programech denních stacionářů, psychiatrických léčeben a terapeutických komunit. Zahraniční výzkumu nasvědčují tomu, že pokud nedílnou součástí těchto léčebných programů není kvalitní sociální práce, jejich efektivita se snižuje až o 80%.

Programy resocializace a následné péče budou zahrnuty do současné typologie sociálních služeb, která bude upravena v návrhu zákona o sociálních službách, pod nový druh služby s názvem následná péče a doléčování.

### **Vymezení druhu služby:**

#### **Služby následné péče a doléčování**

Sociální služba poskytující následnou péči osobám s chronickou psychickou poruchou a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly ambulantní nebo rezidenční léčbu nebo které od užívání těchto látek abstinují. Služba zahrnuje sociální, léčebnou a pracovní rehabilitaci - tj. strukturované programy intenzivního ambulantního doléčování, chráněné bydlení a programy pracovní rehabilitace. Cílem služby je podporovat klienty v dosažení samostatnosti, jejich stabilizace v procesu sociálního začleňování a pomoc obstát v podmínkách běžného života.

Odborné programy následné péče a doléčování pro uživatele drog, kteří prošli již jinými formami pomoci a léčby (kontaktní práce, terapeutické komunity) znamenají pokračování v jejich cestě zpět k plnohodnotnému životu bez drog. V rámci bio-psycho-sociálního pojetí drogové závislosti není očekávaným výsledkem léčby pouze abstinence, ale také dosažení a udržení změn ve způsobu chování ve vztahu ke drogám a jiným maladaptivním vzorcům chování, které pak umožňuje zapojení klienta do jiných běžných sociálních systémů (škola, práce, rodina). Úkolem programů následné péče je dokončit a završit proces terapie, tj. pomoci klientům stát se postupně nezávislými na poskytovaných službách (instituci) a kompetentně žít samostatný život.

Jak vyplývá z Národní strategie protidrogové politiky na období 2001-2004 programy následné péče a doléčování mají za cíl podporovat uživatele drog při dosahování a udržení změn v jejich chování vedoucích ke zvyšování osobní spokojenosti v těchto oblastech:

- zdravotní, psychická a sociální stabilizace
- osvojování dovedností a znalostí pro každodenní život
- řešení vztahových a rodinných problémů
- řešení otázek spojených s prací, pracovním uplatněním, kvalifikací
- řešení otázek spojených s bydlením
- uspokojování duchovních potřeb a vytváření hodnotového systému
- samotné přijetí sociální normy

V kontextu léčby uživatelů drog je třeba také přijmout výzkumem ověřenou skutečnost, že k závislému chování (stejně tak jako k jiným nemocem či formám maladaptivního chování) patří bohužel i riziko relapsu.

Tomuto riziku lze předcházet odpovídajícími preventivními metodami, které jsou nezbytnou součástí kvalitních programů následné péče a doléčování a zvyšují efektivitu vlastní léčebných.

### **Kvalitní intervence v této oblasti staví na třech základních pilířích:**

1. zvýšení náhledu klientů na jejich problémy a zdokonalování jejich self-managementu
2. vybavení klientů dovednostmi jak zvládat rizikové situace a předcházet relapsu
3. stabilizace životního stylu klientů
4. Odborníci ze služeb pro uživatele drog uvádějí jako efektivní tyto typy intervencí:

#### **1. Sociální práci**

jako nezbytný nástroj při řešení velmi rozmanitých problémů z minulosti uživatelů drog (konfliktů se společností) a při jejich začleňování do podmínek běžného života. Kvalitní sociální práce je nedílnou složkou spektra odborných intervencí u drogově závislých v každém komplexu služeb pro tuto cílovou skupinu. Především jde o sociální, právní a pracovní poradenství. Sociální práce by měla vést k posílení těch schopností klienta, které povedou k jeho sociálnímu začlenění a k samostatnému fungování v kontextu našeho sociálního systému.

#### **2. Služby ucelené pracovní rehabilitace**

smysluplná práce a osvojené pracovní návyky přispívají ke zvýšení sebevědomí uživatelů drog prostřednictvím zážitku úspěchu a jsou zásadním a výrazným milníkem na jejich cestě stát se právoplatnými členy společnosti a začlenit se tak do běžného každodenní pracovního života.

#### **3. Domy na půl cesty**

vlastní léčba probíhá často v terapeutických komunitách záměrně situovaných do malých vesnic vzdálených od míst původního bydliště klientů a není proto reálné, aby si během základní léčby našli samostatné bydlení. Návrat do podmínek běžného života mimo komunitu, kde klient nemá bydlení a musí řešit mnoho problémů, je z hlediska potenciálního relapsu velmi rizikový. K tomu je třeba brát na zřetel často narušený rodinný systém klienta, kdy je vhodné pracovat na jeho separaci od primární rodiny.

#### **4. Práce s rodinnými příslušníky**

pokud se podaří do léčby uživatelů drog zainteresovat celou rodinu nebo alespoň její část, výsledná efektivita celého procesu se výrazně zvyšuje. Když rodiče sdílejí cíle léčby klientů, zapojí se do ní a podílí se tak i na výsledku celého procesu jejich postupného uzdravení.

## 5. Nabídka volnočasových aktivit

kteří učí klienta kvalitně využívat a hospodařit s volným časem, "užívat si bez užívání drog" a jsou významnou uvolňující protiváhou k povinnostem, jejichž zvládnutí a problémy s tím spojené často bývají příčinou stresu klienta a tím i rizikem relapsu.

## 6. podpůrnou individuální a skupinovou psychoterapii

jako "terapii každodenního života", která se zaměřuje na praktickou podporu dosažení a udržení změn v rizikovém chování klienta. Důležitou pomocí je pro něj i porozumění a akceptování své nové role abstinenta.

## 7. lékařskou péčí

protože poskytuje klientovi podporu a aktivizuje jeho zájem a péči o své zdraví, resp. včasné vyhledávání zdravotní poradenství či lékařské péče. Napomáhá klientovi přijmout skutečnost, že jeho celková rekonvalescence je dlouhodobý úkol, který vyžaduje s jeho aktivní spoluprací.

## 7.2. Analýza současného stavu

Pomoc lidem, kteří mají problémy v důsledku užívání nelegálních drog, je v České republice díky dlouhodobé koncepční politice celkově na dobré úrovni. Existující spektrum služeb prevence a léčby vychází z charakteristik jednotlivých fází "kariéry" uživatelů drog a respektuje jejich specifické potřeby. Díky činnosti jednotlivých krajských protidrogových koordinátorů jsou v jednotlivých krajích vytvářeny sítě služeb, které respektují závažnost a specifické rysy regionální "drogové scény". Za standardní je v odborné praxi považován model služeb, který se skládá z následujících prvků: terénní programy, nízkoprahové kontaktní a poradenské služby, detoxikace, stacionární programy léčby, metadonová substituční léčba, ambulantní léčba, krátkodobá a střednědobá ústavní léčba, rezidenční péče v terapeutických komunitách, ambulantní doléčovací programy a chráněné bydlení, programy pracovní rehabilitace.

Podle údajů Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky funguje 53 specializovaných programů primární prevence, 93 nízkoprahových programů - tj. kontaktních center a terénních programů, 9 pracovišť metadonové substituční léčby, 19 detoxikačních jednotek, 17 terapeutických komunit a pobytových programů pro léčbu závislých osob, 17 oddělení státních psychiatrických léčeben pro krátkodobou léčbu drogově závislých, 2 denní stacionáře pro léčbu závislých osob a 16 specializovaných zařízení poskytující následnou péči a doléčovací programy (údaje k prosinci roku 2003).

Při srovnání kapacity programů dlouhodobé a krátkodobé léčby drogově závislých s kapacitou doléčovacích programů s chráněným bydlením, lze dojít k závěru, že zde existuje mnohonásobný převis kapacity programů léčby v neprospěch kapacity programů následné péče.

Nedostatečné zajištění služeb následné péče je potvrzováno i referencemi krajských protidrogových koordinátorů. Z výše uvedeného srovnání je patrné, že existující deficit

je v praxi v řadě míst řešen improvizací, kde funkci specializovaného zařízení následné péče nahrazují ambulantní zdravotnická i nezdravotnická zařízení jiného typu. Uvedená náhradní a improvizovaná řešení nedávají možnost sledovat kvalitu poskytovaných služeb a působit na rozvoj kvality v této oblasti. Je také pocíťována potřeba zkvalitňovat vzájemnou obousměrnou komunikaci mezi poskytovateli střednědobých a dlouhodobých léčebných programů a poskytovateli služeb následné péče a doléčování, které na programy léčby navazují.

Z hlediska celkové výsledné efektivity procesu léčby závislosti je následná péče klíčovým faktorem. V evropských zemích je přechod klienta z léčby do následné péče považován za jeden z nejdůležitějších momentů v celé léčbě. Tuto zkušenost potvrzují praktické zkušenosti také tuzemských poskytovatelů služeb pro uživatele nealkoholových drog. Proto, s ohledem na zajištění celkové efektivity finančních prostředků vynakládaných na realizaci protidrogové politiky, je zajištění dostatečné kapacity programů následné péče tak, aby odpovídaly specifickým potřebám klientů a logicky uzavíraly řetězec existujících služeb, zcela nezbytné.

### **7.3. Dílčí závěr**

Sedmá kapitola práce je věnovaná rozvoji sociálních dovedností u drogově závislých.

## 8. Financování v oblasti HR

### 8.1. Financování protidrogové politiky

#### Způsob financování služeb v kraji – vícezdrojové

- dotace z ministerstev, např. MPSV
- dotace z RVKPP
- dotace ze strany krajského úřadu a obcí
- úhrada uživatelem
- další – ESF, sponzorské dary
  - dotační priority – zachování stávající sítě služeb
  - víceleté financování služeb – ano z ESF v rámci Operačního programu Vzdělávání pro konkurenceschopnost, název individuálního projektu „Podpora systému primární prevence sociálně patologických jevů“ od 7.4.2010 do 28.2.2013.

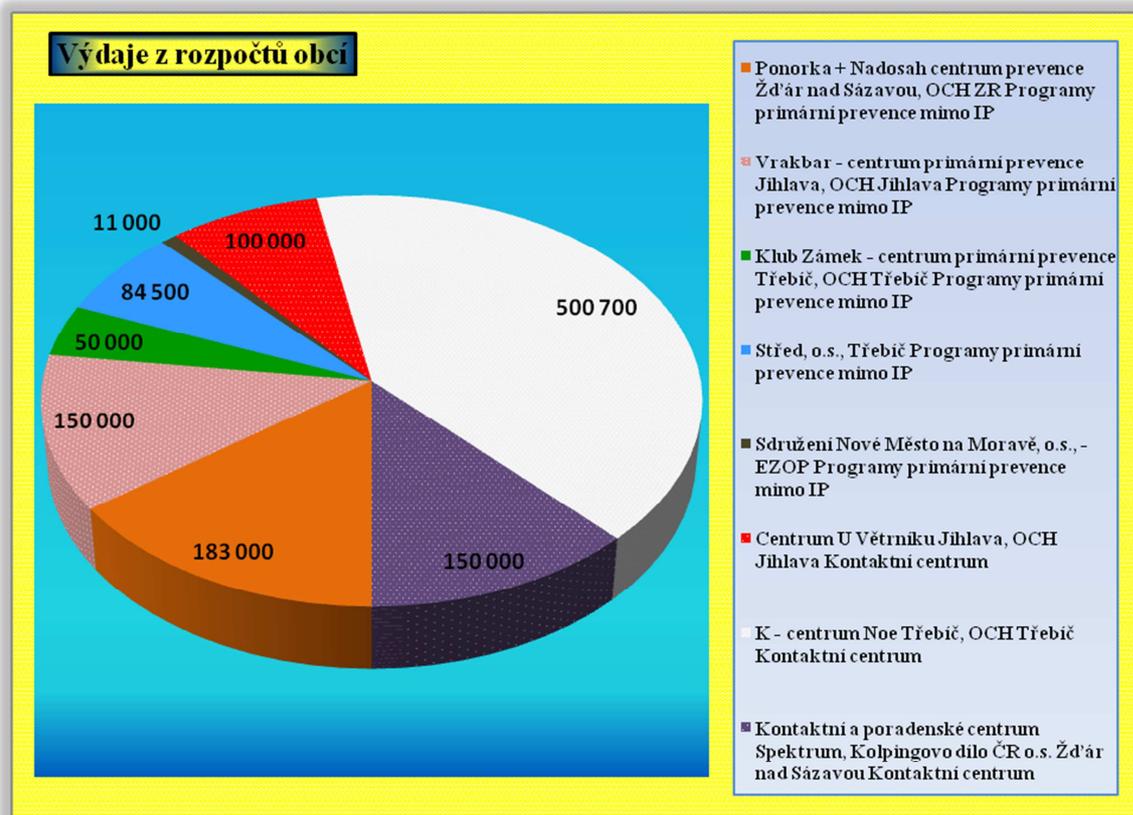
Nestátní neziskové organizace zajišťují protidrogovou službu systémem tzv. vícezdrojového financování, tzn. že ze státního rozpočtu (z jednotlivých resortů) mohou získat jen část financí na zajištění těchto služeb a zbylé finanční prostředky musí zajistit z jiných zdrojů (kraj, obce, Fondy EU, nadace, dary, vlastní výdělečná činnost apod.). Značná a rozhodující je však finanční podpora služeb a projektů z rozpočtu státu a kraje. Podíl na financování programů protidrogové politiky a kontrolu účelného využití těchto financí ukládá krajům zákon č. 370/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů. V souvislosti s financováním projektů v oblasti protidrogové politiky v rámci kraje bere kraj v úvahu priority stanovené RVKPP a priority regionu, aby bylo možné přidělené finanční prostředky využít co nejefektivněji.

## Výdaje z rozpočtu obcí

tabulka č. 7

Výdaje	Popis	Výše (v Kč)	Výše (v Kč) na vrub drog
Ponorka + Nadosah centrum prevence Žďár nad Sázavou, OCH ZR	Programy primární prevence mimo IP	183 000	183 000
Vrakbar - centrum primární prevence Jihlava, OCH Jihlava	Programy primární prevence mimo IP	150 000	150 000
Klub Zámek - centrum primární prevence Třebíč, OCH Třebíč	Programy primární prevence mimo IP	50 000	50 000
Střed, o.s., Třebíč	Programy primární prevence mimo IP	84 500	84 500
Sdružení Nové Město na Moravě, o.s., - EZOP	Programy primární prevence mimo IP	11 000	11 000
Centrum U Větrníku Jihlava, OCH Jihlava	Kontaktní centrum	100 000	100 000
K - centrum Noe Třebíč, OCH Třebíč	Kontaktní centrum	500 700	500 700
Kontaktní a poradenské centrum Spektrum, Kolpingovo dílo ČR o.s. Žďár nad Sázavou	Kontaktní centrum	150 000	150 000
<b>Celkem</b>		<b>1 229 200</b>	<b>1 229 200</b>

graf č. 9



## 8.2. Rozpočtové výdaje na protidrogovou politiku

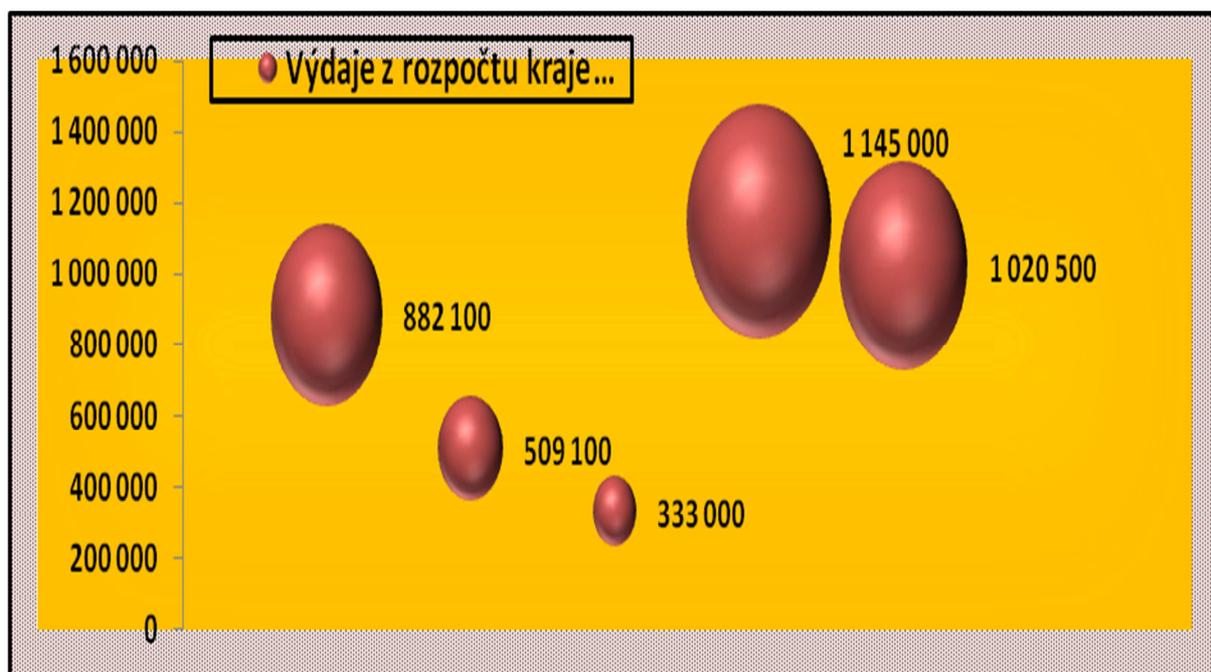
Jedná se o výdaje z veřejných rozpočtů (především kraje, obcí, evropských. Vzhledem k tomu, že systém financování je v krajích různý, drogové služby jsou financovány v rámci větších systémů (sociální služby, zdravotní služby, prevence kriminality apod.), tabulky níže uvedené představují seznam výdajů, které se drog týkají úplně nebo z části.

Výdaje z rozpočtu kraje Vysočina

tabulka č. 8

Výdaje	Popis	Výše (v Kč)	Výše (v Kč) na vrub drog
Centrum U větrníku Jihlava, OCH Jihlava	Kontaktní centrum	882 100	882 100
K - Centrum Noe Třebíč, OCH Třebíč	Kontaktní centrum	509 100	509 100
Spektrum - centrum prim. Prevence a drogových služeb, Kolpingovo dílo ČR o.s. Žďár nad Sázavou	Kontaktní centrum	333 000	333 000
Terapeutická komunita Sejřek, Kolpingovo dílo ČR Žďár nad Sázavou	Terapeutická komunita	1 145 000	1 145 000
CircleofLife, o.s.Konešín	Terapeutická komunita	1 020 500	1 020 500
<b>Celkem</b>		<b>3 889 700</b>	<b>3 889 700</b>

graf č. 10



### **8.3. Dílčí závěr**

Osmá kapitola práce se věnuje oblasti financování služeb Harm reduction a dotacemi z Ministerstva práce a sociálních věcí a Evropských fondů. To vše je doplněno tabulkami financování Harm reduction v kraji Vysočina.

## 9. SWOT analýza

### 9.1. Popis SWOT analýzy

SWOT analýza je metoda, jejíž pomocí je možno identifikovat silné (ang: Strengths) a slabé (ang: Weaknesses) stránky, příležitosti (ang: Opportunities) a hrozby (ang: Threats). Metodou byla vyvinuta Albertem Humphreym, který vedl v 60. a 70. letech 20. století výzkumný projekt na Stanfordské univerzitě, při němž byla využita data od 500 nejvýznamnějších amerických společností.

Základ metody spočívá v klasifikaci a ohodnocení jednotlivých faktorů, které jsou rozděleny do 4 výše uvedených základních skupin. Vzájemnou interakcí faktorů silných a slabých stránek na jedné straně vůči příležitostem a nebezpečím na straně druhé lze získat nové kvalitativní informace, které charakterizují a hodnotí úroveň jejich vzájemného střetu.

### SWOT analýza HR v Kraji Vysočina

#### tabulka č. 9

Silné stránky	Slabé stránky
<ul style="list-style-type: none"> <li>- programy HR jsou standartní součástí protidrogové politiky Kraje Vysočina a jsou z rozpočtu kraje podporovány</li> <li>- poskytovatelé služeb v této oblasti jsou na vysoké odborné úrovni</li> <li>- služby jsou certifikovány – garance kvality služeb</li> <li>- částečně vybudovaná síť zařízení, v Kraji Vysočina působí 3 zařízení poskytující tyto služby</li> <li>- výhodou je nízkoprahovost a anonymita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- finanční nejistota (jednoletý systém financování) nemožnost plánování rozvoje</li> <li>- nedostatek financí na pokrytí služeb pro celé území kraje</li> <li>- neinformovanost veřejnosti o podstatě této služby</li> <li>- nedostatek informací o drogové scéně na úrovni obcí, nízká finanční podpora od obcí</li> <li>- negativní postoj veřejnosti k programům HR</li> <li>- chybí možnost testování na hepatitidu a HIV v okresech Pelhřimov a Havlíčkův Brod</li> <li>- špatný systém hodnocení efektivity ve vazbě na financování od státu (bez zohlednění lokální náročnosti)</li> </ul>
Příležitosti	Hrozby
<ul style="list-style-type: none"> <li>- efektivnější komunikace poskytovatelů služeb se samosprávami obcí s možností spolufinancování</li> <li>- vytvoření analýzy potřeb uživatelů služeb pro území kraje a na jejím podkladě optimalizovat služby</li> <li>- zvýšení informovanosti veřejnosti o potřebnosti opatření v oblasti HR</li> <li>- zapojování dobrovolníků do systému služeb</li> <li>- úzká spolupráce s krajským protidrogovým koordinátorem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- snížení objemu financí na tyto služby</li> <li>- rušení či omezení stávajících služeb s následky zdravotních rizik pro společnost</li> <li>- nezájem obcí o programy HR</li> <li>- zhoršující se komunikace mezi poskytovateli služeb a úřady</li> <li>- pokračující podceňování potřebnosti protidrogových služeb</li> </ul>

### **Stanovený cíl v oblasti HR**

Ochrana společnosti před šířením infekčních onemocnění i před ostatními projevy závislosti na návykových látkách, která povede ke snížení rizika sociálního vyloučení a snížení úrovně kriminality v Kraji Vysočina.

Opatřeními, která povedou (vedou) k naplnění stanoveného cíle jsou:

- zpracovat analýzu potřeb služeb v regionu a na jejím základě nastavit optimální síť včetně určení jejího financování
- za účelem minimalizace důsledku užívání drog pro veřejnost nadále podporovat kvalitní a dlouhodobé programy HR
- pravidelně mapovat a vyhodnocovat drogovou scénu a realizovat potřebné změny
- realizovat pravidelná setkání se zástupci samospráv a nastavit pravidla spolufinancování z rozpočtu obcí, kde je terénní program realizován

### **Cílová skupina v oblasti HR**

- uživatelé a problémový uživatelé drog
- rodinní příslušníci, partneři a přátelé uživatelů drog
- veřejnost ohrožená stykem s drogovou scénou (mládež, účastníci zábav a tanečních „párty“, sociálně znevýhodněné skupiny, národnostní menšiny apod.

**tabulka č. 10**

<b>Příležitosti</b>	<b>Hrozby</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- možnost získávání finančních prostředků z fondů EU</li> <li>- rozšíření sítě služeb pro alkoholiky a gamblery</li> <li>-zřízení startovacích bytů a chráněných pracovních míst pro klienty, kteří absolvovali léčbu</li> <li>-podpora vzdělávání nových pracovníků v oblasti léčby závislosti</li> <li>-intenzivnější spolupráce subjektů léčebných služeb</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- narůstající fluktuace pracovníků v drogových službách a malá aktivita profese, hrozba syndromu vyhoření</li> <li>- nízký zájem odborníků (lékařů, psychologů, pedagogů) o problematiku závislosti</li> <li>- snižování objemu financí na programy léčby a resocializace</li> <li>- zánik zařízení minimální sítě</li> </ul>

<b>Silné stránky</b>	<b>Slabé stránky</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- programy léčby a resocializace jsou součástí systému protidrogových služeb KV a jsou uživatelům dostupné</li> <li>- v kraji existují ambulantní AT poradny, pobytová léčebná zařízení, terapeutické komunity spojené s pobytem, programy pracovní rehabilitace</li> <li>- vznik ambulantního doléčovacího programu v Jihlavě</li> <li>- protidrogové služby mají certifikát jakosti (kvality)</li> <li>- dostupnost informací o službách</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nedostatečná kapacita následné péče</li> <li>- nedostatečná kapacita AT ambulancí pro závislé na alkoholu a gamblery</li> <li>- nedostatečná kapacita substituční léčby</li> <li>- nezájem léčebných zařízení o uživatele drog, alkoholiky a gamblery</li> <li>- chybějící komunikace a společní setkání subjektů v oblasti léčby a resocializace</li> <li>- nedostatečná spolupráce s praktickými lékaři</li> <li>- nedostatek financí na léčebné programy</li> </ul>

## 9. 2. Dílčí závěr

Devátá kapitola práce se zabývá SWOT analýzou a metodami, jejíž pomocí je možno identifikovat silné (ang: Strengths) a slabé (ang: Weaknesses) stránky, příležitosti (ang: Opportunities) a hrozby (ang: Threats).

SWOT analýzu Harm reduction jsem zaměřila na kraj Vysočina.

## 10. Kriminalita u drogově závislých

### 10.1. Kriminalita s drogami spojená

Kriminální chování uživatele drog je výrazným společenským problémem všude na světě. Často bývá tato problematika redukována pouze na trestnou činnost „čistě“ drogovou (tedy výrobu, obstarání, držení, poskytnuté drogy, obchod s nimi a podobně) a zapomíná se, že drogy (a to i legální) mají značný podíl i na jiných druzích kriminality. Ve skutečnosti tak můžeme podle vlivu, který droga na pachatele má, a podle motivu trestné činnosti rozdělit kriminalitu na níže uvedené.

### 10.2. Kriminalita opatřovací

Jde o trestnou činnost směřující k získání majetkového prospěchu, který uživatel nutně potřebuje k obstarání další dávky. Rejstřík možných trestných činů bude poměrně široký, od prostých krádeží - krádeže vloupání do vozidel (nejčastější typ trestné činnosti narkomanů ČR), do obytných objektů, hostinců a jiných nebytových prostor, po pokročilejší majetkovou kriminalitu podvodů a zpronevěr až po násilí motivované majetkem – loupež, případně loupežné vraždy.

### 10.3. Kriminalita páchaná pod vlivem drog

Trestnou činnost spáchanou pod vlivem drog najdeme prakticky ve všech oblastech kriminálního chování, ať již jde o kriminalitu majetkovou, násilnou či sexuální. Zcela jednoznačný primát, co do počtu trestných činů spáchaných pod vlivem, má alkohol. Zejména pokud jde o mravnostní kriminalitu, podílí se na ní nelegální drogy spíše výjimečně. Souvisí to samozřejmě se ztrátou veškerých zájmů, které drogy provází. Zároveň je dobré nezapomenout, že alkohol uvolňuje zábrany a může vybudit agresivitu, takže člověk, který by střízlivý nikomu neublížil, své chování pod vlivem alkoholu neovládá a může se projevit jako násilník.

### 10.4. Vlastní kriminalita drogová

Jestliže rozdělíme drogy na legální a nelegální, je zřejmé, že nejvyšší podíl na kriminálním chování s drogami spojené má vlastní drogová kriminalita, tedy trestné činy zahrnující držení drog, jejich užívání, výrobu, distribuci, dovoz a vývoz a podobně. V této oblasti došlo k zásadním změnám, které jsou spojené s naší novou trestně právní legislativou. Vzhledem k tomu, že s těmito změnami je spojeno i velké množství dezinformací, které se objevily v tisku, na internetu i mezi experimentátory a uživateli drog.

### 10.5. Drogová trestná činnost<sup>9</sup>

#### Právní úprava drogové problematiky v ČR - vývoj

Současná česká protidrogová politika je postavena na principech tzv. středního proudu drogových politik. Staví na pragmatickém a racionálním přístupu, který si stanovuje

<sup>9</sup> Životní styl, závislosti; Vydavatelství MEDEA KULTUR, s.r.o., Praha, 2010

realistické a dosažitelné cíle (nikoliv cíle jako "společnost bez drog"), opírá se o 4 základní pilíře (primární prevenci, snižování rizik, léčbu a resocializaci, vymáhání práva), staví na komplexních a dlouhodobých opatřeních, usiluje o vyváženost co do uplatňování prevence a vymáhání práva, vychází ze současných a ověřených poznatků o drogách a jejich užívání a staví na koordinovaném, interdisciplinárním a mezisektorovém přístupu k užívání drog. Tento přístup nebyl změněn ani v rámci tzv. drogových paragrafů, které byly nově kodifikovány v rámci reformy justice, ani v navazujících nově přijatých nařízeních vlády. - Informace o vývoji české protidrogové politiky a její právní úpravy již od r. 1920.

**Podrobné informace o historickém kontextu české protidrogové politiky a o vývoji její právní úpravy byly publikovány v Zaostřeno na drogy č. 2/2009 s názvem Česká protidrogová politika a její koordinace**(autorka Ing. Lucia Kiššová).

Vybrala jsme některé části textu, týkající se vývoje právní úpravy drogové problematiky:

V Československu se nezákonný obchod s drogami rozvinul po první světové válce, v letech 1920-1925, kdy se Československo stalo vzhledem ke své centrální poloze v Evropě významnou tranzitní a cílovou zemí. Tehdejší zákon považoval ilegální obchod pouze za přestupek. Značný význam z hlediska právní úpravy a regulace psychoaktivních látek pak mělo přijetí tzv. opiového zákona č. 29/1938 Sb. z., v roce 1938. Opiovým zákonem bylo dokončeno zavádění mezinárodních úmluv do československého právního řádu.

Základ trestněprávní úpravy nedovolené výroby a držení drog obdobné dnešnímu stavu obsahoval trestní zákon č. 86/1950 Sb. Tato ustanovení pak byla jen s malými úpravami přejata do zákona č. 140/1961 Sb. (trestní zákon). Úprava, která umožňovala také postih přechovávání omamných látek pro vlastní potřebu, platila beze změny až do r. 1990, kdy zákonem č. 175/1990 sb. byl odstraněn trestní postih přechovávání pro sebe. Podle novelizovaného znění muselo být přechovávání vykonáváno pro jiného. S účinností od r. 1999 novela trestního zákona (zákon č. 112/1998 Sb.) znovu zavedla trestnost držení drogy pro vlastní potřebu. Platnost zákona č. 140/1961 Sb. skončila až v r. 2009; od 1. 1. 2010 vstoupil v účinnost nový trestní zákoník (z. č. 40/2009 Sb., ve znění pozdějších předpisů), který byl připraven v rámci reformy české justice. Došlo i ke změně tzv. drogových paragrafů - tato změna je popsána v samostatném článku na stránkách drogy-info.cz.

Další právní úprava je obsažena v zákoně, který byl původně přijat v r. 1948 jako "zákon o potírání alkoholizmu č. 87/1948 Sb." Ustanovení týkající se nealkoholových drog nebyla ani součástí "zákona o boji proti alkoholizmu" z r. 1962 (z. č. 120/1962 Sb.) Teprve zákon č. 37/1989 Sb., o ochraně před alkoholizmem a jinými toxikomaniemi, zahrnul do jednoho zákona právní úpravu opatření vůči alkoholu a ostatním psychoaktivním látkám. Tento zákon byl nahrazen novým zákonem až v r. 2005 - jde o dosud platný zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Nová právní úprava vymezila mj. systémová opatření zasahující zejména do prevence a snižování škodlivých účinků užívání návykových látek, zdravotní péče a systému sociálních služeb.

Citace originálních pramenů ze kterých autorka L. Kiššová vycházela se nacházejí přímo v textu; bohatý seznam literatury je také v Zaostřeno na drogy č. 2/2009 na str. 11 a 12. Informace na toto téma jsou obsaženy rovněž v monografii Drogy a drogové závislosti (K. Kalina a kol.) vydané v r. 2003 v kapitole 1 - Návykové látky: Problémy a přístupy.

Informace o protidrogové politice a právním úpravě drogové problematiky v Evropě jsou také obsaženy na stránkách Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost, pod odkazem Drugpolicy and law (pouze v angličtině).

## Trestní zákoník

Dne 1. ledna 2010 nabyl účinnosti zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. Tento zákoník uvedl ve své hlavě VII (Trestné činy obecně prospěšné), dílu 1 (Trestné činy obecně ohrožující) v ustanovení paragrafů 283-288 trestné činy, které přímo souvisí s nedovoleným nakládáním s drogami (drogy jsou v zákoníku označovány jako OPL „omamné a psychotropní látky“):

- § 283 – Nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a jedy
- § 284 – Přechovávání omamné a psychotropní látky a jedu
- § 285 – Nedovolené pěstování rostli obsahující omamnou nebo psychotropní látku
- § 286 – Výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě omamné a psychotropní látky a jedu
- § 287 – Šíření toxikomanie
- § 288 – Výroba a jiné nakládání s látkami s hormonálním účinkem

## Nařízení vlády

Nařízení vlády, kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, které rostliny nebo houby se považují za rostliny a houby obsahující omamnou a psychotropní látku a jaké je jejich množství větší, než malé ve smyslu trestního zákoníku bylo publikováno ve sbírce zákonů pod číslem 455/2009 Sb.

<b>Pervitin</b>	<b>2g</b>
<b>Heroin</b>	<b>1,5 g</b>
<b>Kokain</b>	<b>1g</b>
<b>Amfetamin</b>	<b>2g</b>
<b>Extáze (MDMA)</b>	<b>4 tablety</b>
<b>LSD</b>	<b>5 papírků, tablet, kapslí nebo krystalů</b>
<b>Marihuana</b>	<b>15 g sušiny</b>
<b>Hašiš</b>	<b>5 g</b>
<b>Lysohlávky</b>	<b>40 plodnic houby</b>

## 10.6. Dílčí závěr

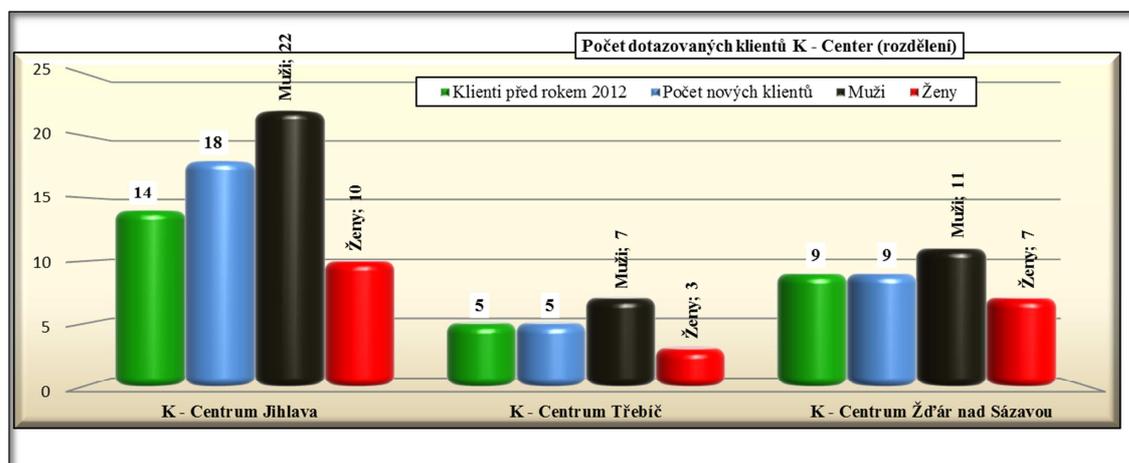
Desátá kapitola práce popisuje kriminalitu spojenou s pojmem Harm reduction v obecné rovině a také rozdělení do jednotlivých podskupin. Vycházím zde z trestního zákoníku, který dne 1. ledna 2010 nabyl účinnost.

## 11. Dílčí výzkum

### EMPIRICKÁ ČÁST

Úvodní kapitola mého výzkumu bude věnována rozdělení dotazovaných klientů dle jejich doby docházky do K - Center (před a po roku 2012). V další části jsem se věnovala rozdělení klientů, dle jednotlivých profesí. Na závěr jsem se pokusila vyjádřit “spokojenost – nespokojenost“ klientů s prací a především s pomocí zaměstnanců jednotlivých K – Center.

Počet dotazovaných klientů (K - centra na Vysočině)									
	Klienti před rokem 2012	Počet nových	Klientů celkem	Muži	Ženy	Z toho ve věku 16 - 18	Z toho ve věku 19 - 26	Z toho ve věku 27-64	Mladší senioři 65-
K - Centrum Jihlava	14	18	32	22	10	15	9	8	0
K - Centrum Třebíč	5	5	10	7	3	2	3	5	0
K - Centrum Žďár nad Sázavou	9	9	18	11	7	7	6	5	0
Celkem	28	32	60	40	20	24	18	18	0



V Jihlavě byl v první polovině roku 2012 nárůst o 4 nové klienty, v Třebíči a Žďáru je počet stejný, jako v předešlých letech. Do kategorie nový klient jsem nezařazovala klienty, kteří se zde opakovaně vracejí, po té co odešli. Muži zde tvoří větší klientelu než ženy. Dotazované klienty jsem také rozdělila, dle věku do níže uvedených kategorií:

16 – 18 let

19 - 26 let

27 - 64 let

65 - více

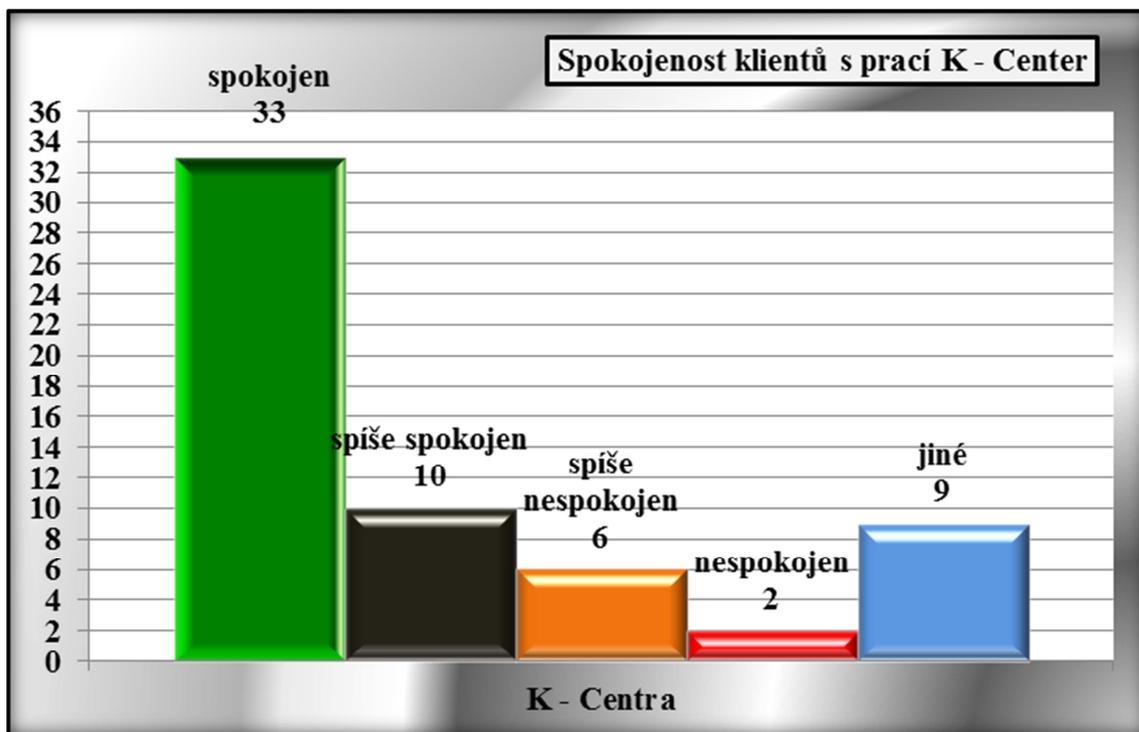
## Pocit spokojenosti s prací v K – Centrech.

Pokusila jsem se u klientů a to pomocí dotazníku položit otázku s jejich spokojeností s prací a pomocí v jednotlivých K – Centrech na Vysočině (Jihlava, Třebíč, Žďár nad Sázavou). Jednalo se především o to, zda mají k těmto zařízením důvěru, považují je za spolehlivé a zda jim opravdu něco přináší. Aby klienti nebyli ovlivněni prostředím, ve kterém vyplňují dotazník, zvolila jsem přímo metodu vyplňování ve svém zaměstnání a to na Magistrátu města Jihlavy, sociálním odboru, nikoli v K – Centru. Mnoho z klientů K – Center je také mými klienty a denně s nimi komunikuji.

### Hypotéza č. 1

Má hypotéza spočívala v tom, že jsem se domnívala, že spokojenost s prací v jednotlivých K – Centrech bude vysoká, neboť se tam klienti velmi často vracejí. Domnívám se, že tato hypotéza se potvrdí v K – Centrum Jihlava a to z důvodu toho, že se jedná o první polovinu roku 2012 a nárůst je o 4 klienty a také z toho, že mi bylo mými klienty sděleno převážně kladné hodnocení na tato centra.

	K - Centrum Jihlava			K - Centrum Třebíč			K - Centrum Žďár nad Sázavou		
	16-18 let	19-26 let	27-64 let	16-18 let	19-26 let	27-64 let	16-18 let	19-26 let	27-64 let
spokojen	9	6	3	1	1	3	3	3	4
spíše spokojen	2	3	1	1	1		1	1	
spíše nespokojen	2		2				1		1
nespokojen					1		1		
jiné	2		2			2	1	2	
Celkem klientů	15	9	8	2	3	5	7	6	5
<b>Celkem klientů - součet</b>	<b>32</b>			<b>10</b>			<b>18</b>		



### Výsledek

Dle výsledků vyhodnocení dotazníku bylo zjištěno následující. Z celkového počtu 60 dotazovaných klientů bylo 33 klientů spokojeno, 10 klientů spíše spokojeno, 6 klientů spíše nespokojeno. Pouze 2 klienti byli nespokojeni a 9 klientů se vyjádřilo, tak že nevědí (jiné).

Shrnutí: 40 klientů se tedy vyjádřilo kladně a 20 klientů bylo v mínusových hodnotách. Závěrem lze říci, že klienti jsou s prací zaměstnanců K – Center spokojeni.

## Pocit spokojenosti s prací v K – Centrech, rozdělených dle věkových kategorií.

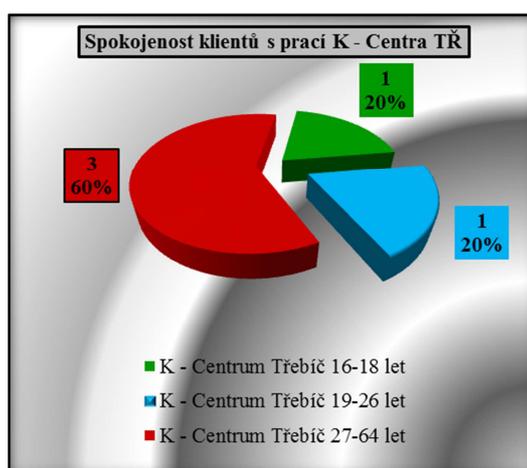
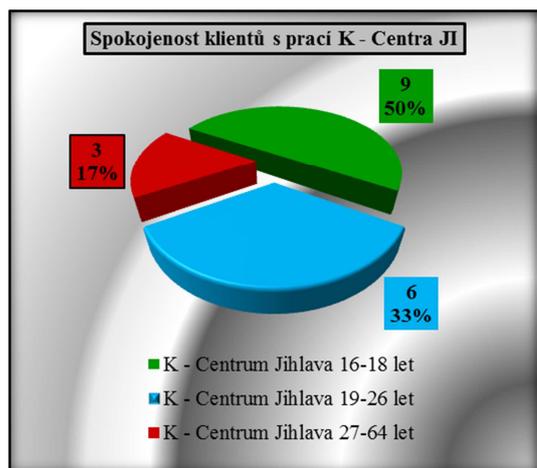
Pokusila jsem se u klientů a to pomocí dotazníku položit otázku s jejich spokojeností s prací a pomocí v jednotlivých K – Centrech na Vysočině (Jihlava, Třebíč, Žďár nad Sázavou). Jednalo se především o to, zda mají k těmto zařízením důvěru, považují je za spolehlivé a zda jim opravdu něco přináší. Aby klienti nebyli ovlivněni prostředím, ve kterém vyplňují dotazník, zvolila jsem přímo metodu vyplňování ve svém zaměstnání a to na Magistrátu města Jihlavy, sociálním odboru, nikoli v K – Centru. Mnoho z klientů K – Center je také mými klienty a denně s nimi komunikuji. V této kapitole jsem se zaměřila na spokojenost klientů, rozdělených dle věkových kategorií a center.

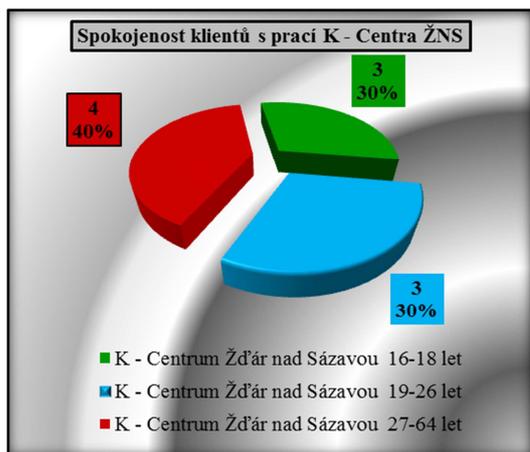
### Hypotéza č. 2

Má hypotéza spočívala v tom, že jsem se domnívala, že spokojenost s prací v jednotlivých K – Centrech bude vysoká, neboť se tam klienti velmi často vrací. Domnívám se, že nejvíce budou spokojeni klienti ve věku 16-18 let. Neboť program pro ně, je zde velice dobře zpracován.

Domnívám se, že tato hypotéza se potvrdí.

	K - Centrum Jihlava			K - Centrum Třebíč			K - Centrum Žďár nad Sázavou		
	16-18 let	19-26 let	27-64 let	16-18 let	19-26 let	27-64 let	16-18 let	19-26 let	27-64 let
spokojen	9	6	3	1	1	3	3	3	4
spíše spokojen	2	3	1	1	1		1	1	
spíše nespokojen	2		2				1		1
nespokojen					1		1		
jiné	2		2			2	1	2	
Celkem klientů	15	9	8	2	3	5	7	6	5
<b>Celkem klientů - součet</b>	<b>32</b>			<b>10</b>			<b>18</b>		





### Výsledek

Analýzou výsledků vyhodnocení dotazníku bylo zjištěno:

V Jihlavě jsou nejvíce s prací a pomocí v K - Centru spokojeni klienti ve věku 16-18 let, jedná se o polovinu (50%). V K - Centru v Třebíči jsou nejvíce spokojeni klienti ve věku 27-64 let (zde se jedná o více jak polovinu, tedy 60%). K – Centrum Žďár nad Sázavou je to podobné jako v Třebíči. Zde jsou nejvíce spokojeni také klienti ve věku 27-64 let (40%), viz. tabulky výše.

#### K – Centrum Jihlava

16-18 let	50%
19-26 let	33%
27-64 let	17%

#### K – Centrum Třebíč

16-18 let	20%
19-26 let	20%
27-64 let	60%

#### K – Centrum Žďár nad Sázavou

16-18 let	30%
19-26 let	30%
27-64 let	40%

Z výše uvedeného vyplývá, že hypotéza se potvrdila a to pouze částečně. V Jihlavě jsou skutečně spokojeni nejvíce klienti ve věku 16-18 let, avšak v Třebíči a Žďáru nad Sázavou tomu tak není. Nejvíce jsou v Třebíči a Žďáru nad Sázavou spokojeni klienti ve věku 27-64 let věku.

## Zjištění charakteru zaměstnání klientů K – Center.

Pokusila jsem se u klientů K – Center a to pomocí dotazníku položit otázku, jakého druhu je povolání, ve kterém se v současné době nacházejí.

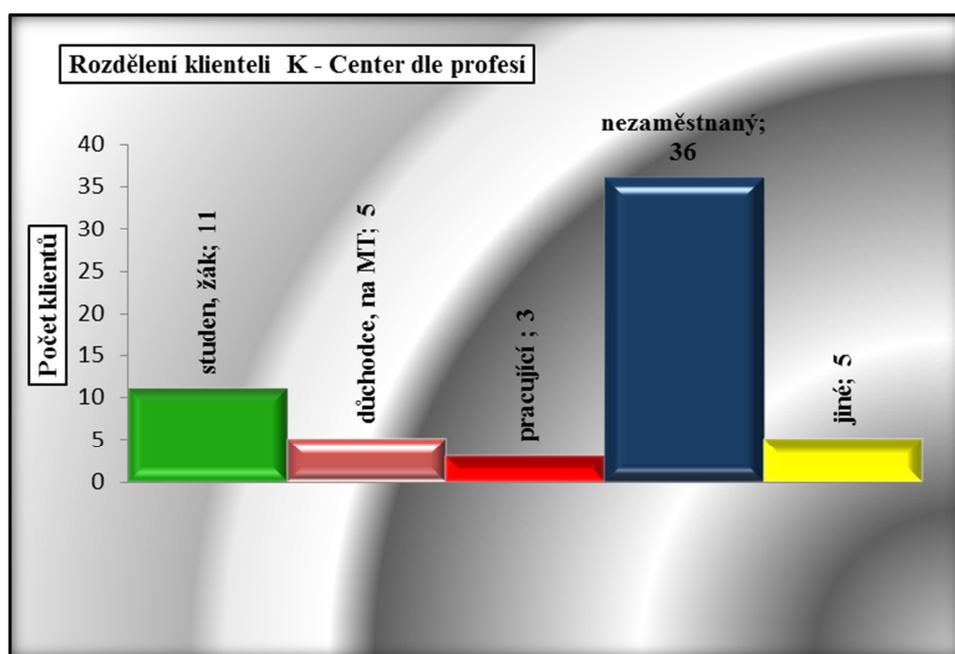
Aby klienti nebyli ovlivněni prostředím, ve kterém vyplňují dotazník, zvolila jsem přímo metodu vyplňování ve svém zaměstnání a to na Magistrátu města Jihlavy, sociálním odboru, nikoli v K – Centru. Mnoho z klientů K – Center je také mými klienty a denně s nimi komunikuji. V této kapitole jsem se zaměřila na zjištění, z jaké profese a povolání pocházejí klienti K – Center a zda toto má vliv na užívání návykových látek.

### Hypotéza č. 3

Má hypotéza spočívala v tom, že jsem se domnívala, že nejvíce klientů bude pocházet z prostředí nezaměstnaných (nejvíce poživatelů alkoholických nápojů) a také studentů, žáků, kteří mají větší přístup k návykovým látkám a to ve škole, u svých kamarádů atd., než např. žena na mateřské dovolené, nebo lidé v důchodu.

Domnívám se, že tato hypotéza se potvrdí a to z důvodu toho, že nezaměstnaní a studenti mají daleko větší možnosti pro obstarání si návykových látek. Tuto hypotézu jsem také opřela o hovory se svými klienty.

Charakter klientů K - Center rozdělených dle zaměstnání a věku									
Zaměstnání	K - Centrum Jihlava			K - Centrum Třebíč			K - Centrum Žďár nad Sázavou		
	16-18 let	19-26 let	27-64 let	16-18 let	19-26 let	27-64 let	16-18 let	19-26 let	27-64 let
studen, žák	7						2	2	
důchodce, na MT		2	1					1	1
pracující	1	1					1		
nezaměstnaný	5	5	7	2	2	5	4	3	3
jiné	2	1			1				1
<b>Celkem</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>5</b>
<b>Celkem klientů - součet</b>	<b>32</b>			<b>10</b>			<b>18</b>		

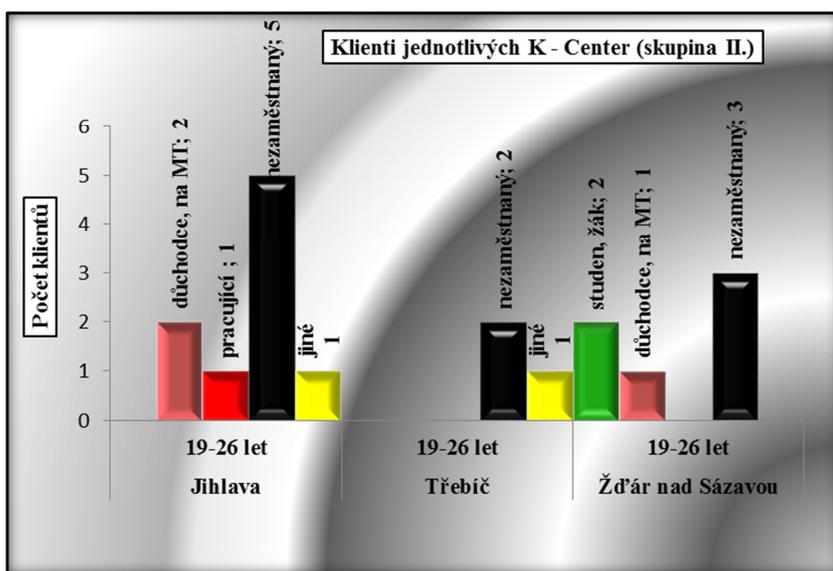
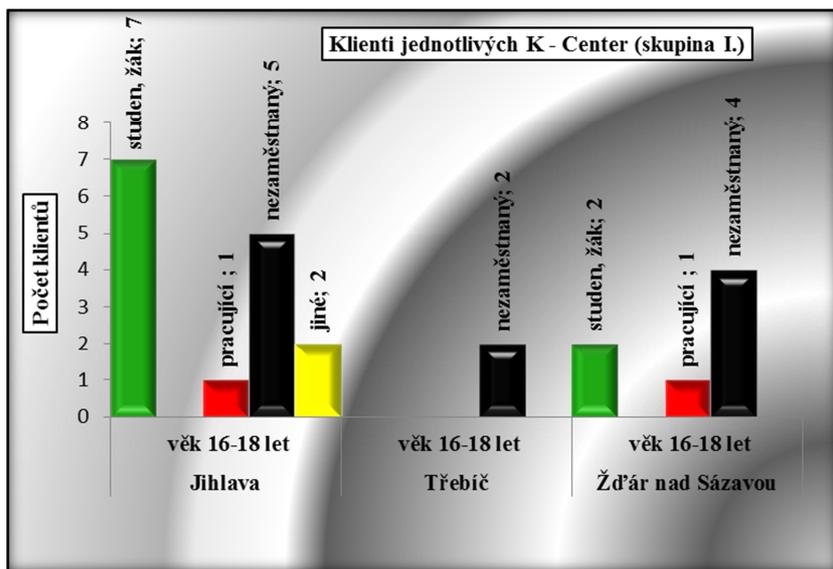


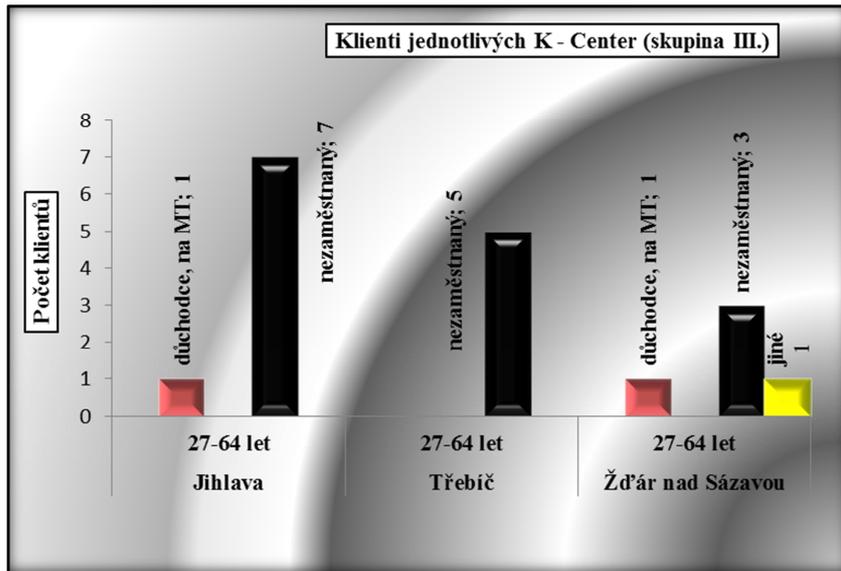
### Výsledek

Dle výsledků vyhodnocení dotazníku bylo zjištěno následující. Z celkového počtu 60 dotazovaných klientů bylo 36 klientů nezaměstnaných, 11 klientů studentů, žáků, 5 klientů důchodců nebo na mateřské dovolené, 5 klientů odpovědělo jiné, pouze 3 klienti byli pracující.

Závěrem lze říci, že hypotéza byla potvrzena, neboť nejvíce klientů a to rovných 36 pocházelo z nezaměstnaných.

**Pro větší přehlednost uvádím ještě rozdělení dle věku v jednotlivých K – Centrech.**





## Dotazník

### 1) Název zařízení

K - Centrum Jihlava

K – Centrum Třebíč

K – Centrum - Žďár nad Sázavou

### 2) Věk

Dorost (16-18 let)

Mladý dospělý (19-26 let)

Dospělý (27-64 let)

Mladší senioři (65-80 let)

### 3) Pohlaví

Muž

Žena

### 4) Nejvyšší dosažené vzdělání

základní

SO vyučen

ÚS - maturita

VOŠ – VŠ

### 5) Charakter zaměstnání

student, žák

důchodce, na MD

pracující

nezaměstnaný

jiné

**6) Jak často využíváte služeb HR v Kraji Vysočina**

a) každý den

b) 1x týdně

c) několikrát týdně

c) 1x měsíčně

b) několikrát měsíčně

c) jiné

**7) Vaše spokojenost s využíváním služeb příslušného K – Centra**

a) spíše spokojen

b) spokojen

c) spíše nespokojen

b) nespokojen

c) jiné

**8) Způsob užívání, aplikace drog**

a) injekčně

b) šňupáním

c) kouřením

b) čicháním

c) polykáním

**9) Byl(a) jste intoxikovaný(á)**

a) heroinem

b) pervitin

c) cannabinoidy

b) rozpustidla

c) sedativa

d) neznámá

## Závěr

Dopady drogové závislosti na osobnost uživatel, kterým se přístup Harm Reduction snaží předejít či je minimalizovat, jsou patrné. Z mé diplomové práce vyplývá, že v dnešní době není přístup k drogám, respektive k jejich získání nijak složitý. Hlavním bodem je tedy chránit uživatele návykových látek od přenosu různých infekčních nemocí, které jsou důsledkem např. používáním stejného injekčního materiálu atd.

Ve své diplomové práci jsem se snažila popsat systém fungování Harm reduction především na Vysočině a to z několika pohledů a toto vše doplnit statistikami z roku 2011 a částečně z roku 2012. Systém fungování Harm reduction na Vysočině je velice dobře rozpracován a spolupracuje na něm více složek.

Jak jsem již v úvodu uvedla, pracuji, jako sociální pracovnice Magistrátu města Jihlavy a své poznatky při psaní diplomové práce mohu využít především v práci a spolupráci s drogově závislými a jejich rodinami. Důsledky drogové závislosti mají často v rodinách velmi negativní důsledky. Rodina se jedince v průběhu závislosti často zřekne, a ani po vyléčení není mezi nimi často navázán normální vztah. Drogová závislost často rodinu rozbíjí. Vztah se nedokáže udržet ani se stejně závislým partnerem, jediným společným zájmem je droga.

Rodina má svůj životní cyklus, který přináší mnoho běžných, ale i zátěžových životních situací. Čím je rodina (respektive – čím jsou vztahy v ní) narušenější, tím je společnost nemocnější, méně funkční. Nejdůležitější pro formování dítěte je úplná a dobře fungující rodina. Maximální podporu rodiny a správnou výchovu považuji za jeden z pilířů drogové prevence.

## **Anotace**

Diplomová práce na téma Harm reduction (nepřekládá se do jazyka českého) u drogově závislých se zabývá minimalizací negativních dopadů drogové problematiky“ a popisem především současné primární, sekundární a terciární drogové prevence ve Statutárním městě Jihlava.

Náplní teoretické části této práce je výčet negativních dopadů drogové problematiky. Podrobně jsou zde popsány dopady drogového užívání na osobnost toxikomana, na jeho rodinu i na společnost. Předmětem empirické části bude dále výzkum, v němž se pokusím získat od klientů zpětnou vazbu na fungování služeb Harm reduction na Vysočině (K – Centra: Jihlava, Třebíč, Žďár nad Sázavou).

Hodnocení, zda služby vyhovují potřebám klientů, je důležitým podkladem pro posouzení efektivity a může se stát podnětem pro změny v praxi.

Dílním cílem výzkumu bude zjištění, jaký vliv má např. vykonávaná činnost (zaměstnání) atd. uživatelů návykových látek u klientů K-center na Vysočině. Zde mě také zajímalo jejich věkové rozložení.

Předmětem první části mé diplomové práce budou také negativní dopady drogové problematiky.

Předmětem výzkumu je tedy efektivita Harm reduction na Vysočině.

### **Klíčová slova:**

Harm reduction, droga, drogová prevence, drogová závislost, uživatel drog, sociální práce,

## **Annotation**

Diploma work's topic is Harm Reduction at drug addicts. It focuses on the decreasing of negative results of the drug theme and on the description present primary, secondary and tertiary drug prevention in Jihlava town.

The theory part of this work lists the negative results of drug theme. Particularly, there are described the influence of drug usage on the personality of the drug addict, his family and society. The aim of empirical part is the research. I try to receive the feedback about service function of Harm Reduction in Vysočina region. (K- Centre Jihlava, Třebíč, Žďár nad Sázavou.)

To classify if the services correspond with the needs of clients, that is an important groundwork to estimate the effectivity and can be used for some praxis changes.

Partial aim of the work is to find what influence the jobs of addicts have on them. I was also interested in their age.

The point of the part of my diploma work will be the fallout of the drug problem.

The point of research is the effectivity of Harm Reduction in Vysočina Region.

### **Key words:**

Harm reduction, drug, drug prevention, drug addiction, drug addict, social work.

## **Resumé**

### **Kapitola č. 1**

První kapitola pojednává o vysvětlení pojmu Harm reduction a jeho historii. Harm reduction vznikla v říjnu roku 1999 jako reakce na potřebu programů a zařízení poskytujících služby Harm reduction setkávat se a spolupracovat v rámci širší odborné platformy a potřeby síťovat nízkoprahová zařízení a terénní programy.

Snažila jsem se popsat konkrétní výstupy pracovních skupin v oblasti Harm reduction.

### **Kapitola č. 2**

Ve druhé kapitole popisují a vysvětlují základní pojmy, které provázejí celou mojí diplomovou práci. Jsou zde vysvětleny základní druhy drog, jejich vliv na osobnost závislého a jejich nežádoucí účinky.

### **Kapitola č. 3**

Třetí kapitola detailně popisuje předcházení vzniku závislostem, vysvětluje pojem závislost. Větší část textu je zde zaměřena na oblast primární, sekundární a terciální prevence.

### **Kapitola č. 4**

Ve čtvrté části práce popisují detailně fáze závislosti, způsob jejich zvládnání a léčby. Léčba je zde spojena s vývojovými úkoly na osobnost závislého jedince. Toto vše je doplněno tabulkami a grafy opírajícími se o statistiky v kraji Vysočina.

### **Kapitola č. 5**

Ve páté části práce se zabírám popisem toho, jaký má vliv užívání návykových látek na osobnost toxikomana, na jeho rodinu a přátele, a na společnost.

### **Kapitola č. 6**

V šesté části práce popisují poradenství v oblasti Harm reduction. Dále vysvětlují spolupráci v rámci Evropské unie. V závěru se zabývám drogovou (protidrogovou politikou).

### **Kapitola č. 7**

Sedmá kapitola práce je věnovaná rozvoji sociálních dovedností u drogově závislých.

## **Kapitola č. 8**

Osmá kapitola práce se věnuje oblasti financování služeb Harm reduction a dotacemi z Ministerstva práce a sociálních věcí a Evropských fondů. To vše je doplněno tabulkami financování Harm reduction v kraji Vysočina.

## **Kapitola č. 9**

Devátá kapitola práce se zabývá SWOT analýzou a metodami, jejíž pomocí je možno identifikovat silné (ang: Strengths) a slabé (ang: Weaknesses) stránky, příležitosti (ang: Opportunities) a hrozby (ang: Threats).

SWOT analýzu Harm reduction jsem zaměřila na kraj Vysočina.

## **Kapitola č. 10**

Desátá kapitola práce popisuje kriminalitu spojenou s pojmem Harm reduction v obecné rovině a také rozdělení do jednotlivých podskupin. Vycházím zde z trestního zákoníku, který dne 1. ledna 2010 nabyl účinnost.

## Seznam použité literatury

- Balcar, K. Úvod do psychologie. Praha: SNP, 1987.
- Baláš, O., Harm Reduction – minimalizace negativních dopadů drogové problematiky, Brno: 2007.
- Balík, S. Vedení lidí v armádě. Praha: Vojenský zeměpisný ústav, 1996.
- Bartošíková, I., Voříšek, R., Příručka pro nízkoprahové terapeutky, Boskovice: 1998.
- Brota, J., Poradenství u uživatelů drog, Praha: 2003.
- Březovský, P., Buprenorfin v léčbě drogových závislostí, Liberec: 2003.
- Březovský, P., Závislost a my - odborný časopis pro sociálně patologické jevy, Liberec: Čapek, N.F.: Typologie. Schneider vydavatelství Brno, 2002.
- Exnerová, M. Režábková, R: Strategie programu primární prevence pro II. stupeň ZŠ.
- Hartl, P. Psychologický slovník. Praha: Portál, 1993.
- Kačírková, B: Intenzivní interaktivní program prim. prevence zneužívání návykových látek.
- Kludová, H.: Výchovná lekce „Škodlivost kouření“ pro žáky 7. tříd zvl. Školy .
- Kohoutek, R.Sociální psychologie. Brno: IMS, 2004.
- Koleňáková, L.: Koncepce Krizového plánu pro SV SVP HELP Uherské Hradiště, 2004
- Kredátus, J. Abstinent v zátěžových životních situacích. Košice: Krajský ústav národního zdraví, 1989.
- Kusák, J.: Projekt k protidrogové prevenci na základní škole .
- Malá, E. Pavlovský, P.: Psychiatrie, Portál, 2002.
- Mareša, M.: Projekt primární prevence v oblasti návykových látek pro žáky 8.a 9. tříd ZŠ.
- Mazánková, L – Sociologie rodiny II., Brno:IMS, 2004.
- Nakonečný, M.: Encyklopedie obecné psychologie. Akademie věd ČR, 1997.
- Nakonečný, M.: Základy psychologie. Akademie věd ČR, 1998.
- Nálezková, J.: Minimální preventivní program pro školní rok 2004-2005. ZŠ Brno.
- Nekolová, R.: Primární prevence drogových a jiných závislostí.
- Nešpor, K.: Návykové chování a závislost. Portál, 2000.
- Nevoránek, J.Řehoř, A. Kapitoly ze sociologie rodiny. Brno: IMS, 2004.
- Sekot, A.: Sociologie v kostce. Paido – edice pedagogické literatury Brno, 2002.
- Slepička, P., Pyšný, L. a kol.: Problematika dopingů a možnosti dopingové prevence. Karolinum, Praha 2000, s. 92
- Sýkora, F. Sociální komunikace. Brno:IMS, 2002.
- Vízdal, F. Základy psychologie. Brno:IMS, 2002.
- Vízdal, F. Techniky poznávání osobnosti.Brno:IMS, 2004.
- Zavadil, M.: Projekt dlouhodobé primární prevence na základních školách . Regionální empirické centrum při Vyšší odborné škole sociální v Jihlavě. 2002.
- Daňková, I., Psychiatrie pro praxi - Standardy substituční léčby závislosti na opioidech, Praha:2009.
- Fišerová, M. Historie, příčiny a léčení drogových závislostí. Praha: 2000.
- Hrdina, P., Harm reduction – poškození drogami, Praha: 2003.
- Jirešová, K. a Javorková, S., HR v problematice injekčního užívání drog, Bratislava 2003
- Kalina, K., Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup, Praha: 2003.
- Kalina K.: Drogy v ordinaci praktického lékaře. FILIA, Praha, 1996;

- Kalina, K., Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Praha:2001.
- Kalina, K., Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí. Praha: 2000.
- Kalina, K. a kol., Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup. Praha: 2003.
- Minařík, J., Páleníček, T., Drogy a drogové závislosti 1., Praha: 2003.
- Minařík, J., Opioidy a opiáty, Drogy a drogové závislosti, Praha 2003
- Nešpor, K., Návykové chování a závislosti. Praha, 2000.
- Nešpor, K. Müllerová, M., Jak přestat brát drogy. Praha: 1997.
- Nešpor, K., Provazníková, H., Slovník prevence problémů působených návykovými látkami. Praha: 1997.
- Nešpor, K., Provazníková, H., Slovník prevence problémů působených návykovými látkami. 3., Praha: 1999.
- Nešpor, K., Vaše děti a návykové látky. 1. vyd., Praha: 2001
- Nešpor, K., Csémy, L., Léčba a prevence závislostí, Praha: 1996
- Popov, P., Programy metadonové a jiné substituce, Praha: 2003
- Presl, J., Drogová závislost. Může být ohroženo i Vaše dítě, Praha: 1995
- Rhodes, T., Terénní práce – zásady a praxe. Praha:1999.
- Zábranský, T., Racionální protidrogová politika. Olomouc: 1997.

### **Internet:**

- [www.wikipedie.cz](http://www.wikipedie.cz)
- [www.drogy.cz](http://www.drogy.cz)
- [www.substitucni-lecba.cz](http://www.substitucni-lecba.cz)
- [www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz)
- [www.jihlava.cz](http://www.jihlava.cz)
- [www.vzp.cz/rekni-drogam-ne](http://www.vzp.cz/rekni-drogam-ne)
- [www.drogy.net](http://www.drogy.net); <http://www.adiktologie.cz/articles/cz/72/Lecba-a-nasledna-pece.html>;
- <http://www.adiktologie.cz/articles/cz/69/Drogy-myty-a-stereotypy.html>;
- [http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc\\_a\\_podpora/lecba](http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/lecba)
- [http://www.drogy.info.cz/index.php/publikace/monografie/drogy\\_a\\_drogove\\_zavislosti\\_k\\_kalina\\_a\\_kol\\_dil\\_1\\_dil\\_2](http://www.drogy.info.cz/index.php/publikace/monografie/drogy_a_drogove_zavislosti_k_kalina_a_kol_dil_1_dil_2))
- [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/0\\_mezioborovy\\_glosar\\_pojmu](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/0_mezioborovy_glosar_pojmu)), Sportpropag 1999. (<http://www.drnespor.eu/shd06w2.pdf>); Kolektiv autorů: Drogy - otázky a odpovědi. Praha, Portál 2007.
- [http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost\\_ol.htm](http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm);
- [http://functor.sk/~dazda/ebooky/membrana/drogy\\_ve\\_svetove\\_literature.pdf](http://functor.sk/~dazda/ebooky/membrana/drogy_ve_svetove_literature.pdf);
- <http://www.adiktologie.cz/articles/cz/78/1152/Rockove-hvezdy-ziji-rychle-a-umiraji-brzo.html>; <http://www.adiktologie.cz/articles/cz/77/304/Drogy-a-umeni.html>;
- [http://www.zsroznov.cz/prevence/jak\\_vznika\\_drogova\\_zavislost.pdf](http://www.zsroznov.cz/prevence/jak_vznika_drogova_zavislost.pdf); ;
- <http://www.odrogach.cz/index.php?p=&sess=&disp=texty&offset=181&list=134&shw=100092>; <http://www.steti.cz/content/view/80/97/>;
- [http://www.mzcr.cz/obsah/zdravotni-pojisteni-7\\_1222\\_1.html](http://www.mzcr.cz/obsah/zdravotni-pojisteni-7_1222_1.html); [http://www.substitucni-lecba.cz/dokumenty/uzis\\_4809.pdf](http://www.substitucni-lecba.cz/dokumenty/uzis_4809.pdf)

## Seznam symbolů a zkratek

<b>AIDS</b>	<b>Nejzávažnější stádium infekce HIV</b>
<b>CNS</b>	<b>Centrální nervová soustava</b>
<b>CPPT</b>	<b>Obecně prospěšná společnost poskytující služby prevence vzniku nežádoucích sociálních jevů, zejména závislostí na návykových látkách</b>
<b>ČR</b>	<b>Česká republika</b>
<b>DZ</b>	<b>Drogová závislost</b>
<b>EMCCDA</b>	<b>Evropské monitorovací středisko</b>
<b>ESF</b>	<b>Evropský sociální fond</b>
<b>EU</b>	<b>Evropská unie</b>
<b>HIV</b>	<b>Virus lidského imunodeficitu</b>
<b>HR</b>	<b>Přístupy snižování či minimalizace poškození drogami u osob, kteří v současnosti drogy užívají a nejsou motivováni k tomu, aby užívání zanechali</b>
<b>HR A.N.O.</b>	<b>Asociace nestátních organizací</b>
<b>KC</b>	<b>Kontaktní centrum</b>
<b>MDMA</b>	<b>Extáze – droga</b>
<b>MP</b>	<b>Městská policie</b>
<b>MPSV</b>	<b>Ministerstvo práce a sociálních věcí</b>
<b>MZ</b>	<b>Ministerstvo zdravotnictví</b>
<b>MZČR</b>	<b>Ministerstvo zdravotnictví ČR</b>
<b>NNO</b>	<b>Nestátní neziskový sektor</b>
<b>NMS</b>	<b>Národní monitorovací středisko</b>
<b>OKÚ</b>	<b>Okresní úřad</b>

<b>OL</b>	<b>Omamné látky</b>
<b>OPL</b>	<b>Omamné psychotropní látky</b>
<b>OSN</b>	<b>Organizace spojených národů</b>
<b>PČR</b>	<b>Policie České republiky</b>
<b>RVKPP</b>	<b>Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky</b>
<b>SWOT</b>	<b>Metoda, jejíž pomocí je možno identifikovat silné (ang: Strengths) a slabé (ang: Weaknesses) stránky, příležitosti (ang: Opportunities) a hrozby (ang: Threats)</b>
<b>TK</b>	<b>Terapeutická komunita</b>
<b>THC</b>	<b>Marihuana – droga</b>
<b>WHO</b>	<b>Světová zdravotnická organizace</b>

## Seznam příloh

- Příloha č. 1 Program protidrogové prevence kraje Vysočina
- Příloha č. 2 K – Centrum Jihlava
- Příloha č. 3 K – Centrum Třebíč
- Příloha č. 4 K – Centrum Žďár nad Sázavou
- Příloha č. 5 Přehled vybraných drog (fotogalerie)

## Příloha č.1



# FOND VYSOČINY

### 1) Název programu:

## PROTIDROGOVÁ PREVENCE

Grantový program na podporu specifické prevence v programech protidrogové politiky kraje Vysočina

### 2) Celkový objem finančních prostředků: 1.800.000 Kč

### 3) Cíl, dílčí cíl a opatření Programu rozvoje kraje Vysočina:

**Cíl 2:** Zvýšení kvality sociálního prostředí s důrazem na rozvoj lidských zdrojů

**Dílčí cíl 2.3:** Zvyšování standardů zdravotních a sociálních služeb a prevence zdravotních rizik

**Opatření: 2.3.2:** Udržovat a zlepšovat podmínky v oblasti služeb sociální péče, rozvíjet mechanismy boje proti společenské marginalizaci ohrožených skupin obyvatelstva

### 4) Cíl programu:

V souladu s Národní strategií protidrogové politiky na období 2001 – 2004 podpořit organizace, které vyvíjejí činnost a podílí se na zajištění odpovídající kvality služeb v oblasti specifické primární, sekundární a terciální protidrogové prevence ve prospěch osob a skupin, které jsou ohroženy drogovou epidemií, nebo které se v důsledku užívání drog dostaly do nepříznivé sociální a zdravotní situace.

### 5) Popis a rozsah programu:

Účelem poskytovaných finančních prostředků je zajistit spolufinancování projektů v oblasti **specifické protidrogové prevence**, které jsou součástí priorit Národní strategie protidrogové politiky.

- primární prevence – specifické komplexní, dlouhodobé, interaktivní programy primární prevence sociálně-patologických jevů se zaměřením na prevenci drogových závislostí prováděné v přímé práci s dětmi
- léčba a resocializace – programy zaměřené na léčbu uživatelů drog, doléčovací a resocializační programy pro uživatele drog
- terénní výměnné programy zaměřené na kontaktování skryté populace uživatelů drog a snižování rizik s užíváním drog spojených, rozšíření těchto programů v kraji Vysočina
- programy „HR“ (snižování či minimalizace poškození drogami)
- profesní vzdělávání a zvyšování kvality poskytování služeb v oblasti léčby, resocializace a „HR“ uživatelů drog

### 6) Příjemci podpory:

Občanská sdružení zřízená dle zákona č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů

Humanitární organizace církví zřízené dle zákona č. 308/1991 Sb., o svobodě náboženské víry a postavení církví a náboženských společností

Obecně prospěšné společnosti zřízené dle zákona č. 248/1995 Sb., o obecně prospěšných společnostech

Příspěvkové organizace zřízené podle zákona č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů

Další fyzické a právnické osoby, pokud vykonávají některou z činností v oblasti **specifické protidrogové prevence**.

### 7) Lokalizace projektů:

Kraj Vysočina

### 8) Přijatelné a nepřijatelné výdaje:

V rámci programu mohou být financovány provozní a mzdové náklady projektu (energie, osobní náklady, materiálové náklady, služby a jízdné hromadnou dopravou).

Financovány nemohou být: dary, členské příspěvky a poplatky, občerstvení **a položky mající charakter nespecifické protidrogové prevence - viz specifická kritéria projektu.**

### 9) Základní a specifická kritéria pro posuzování projektů:

Základní kritéria:

- a) soulad projektu s Programem rozvoje kraje, popř. s dalšími rozvojovými plány a programy

- b) soulad projektu s vyhlášeným grantovým programem
- c) připravenost a realizovatelnost projektu
- d) prokazatelné využití poskytnutých prostředků ve prospěch rozvoje kraje Vysočina
- e) reálný a průhledný rozpočet nákladů
- f) soulad projektu s obecně platnými právními předpisy
- g) důvěryhodnost předkladatele a jeho schopnost akci spolufinancovat a realizovat projekt

Specifická kritéria:

- a) jasně vymezená cílová skupina
- b) specifická protidrogová prevence
- c) aktuálnost a potřebnost řešení daného problému
- d) způsob hodnocení efektivity
- e) vydávání a zveřejňování výroční zprávy o činnosti žadatele
- f) spoluúčast obce na projektu (může být i nefinanční povahy)

**\* Nebudou podpořeny projekty, které nemají charakter specifické protidrogové prevence. Jedná se např. o:**

- podporu volnočasových aktivit sportovního nebo kulturního charakteru
- nákup sportovního zařízení a vybavení a společenských her
- podporu sportovních aktivit a akcí, koncertů a divadelních představení, či jejich návštěv
- organizaci výletů, táborů
- komponované pořady určené pro větší kolektivy, zaměřené pouze na předávání znalostí a informací
- budování hřišť a dětských koutků
- činnost zájmových kroužků
- běžné činnosti všech typů školských zařízení (např. Domy dětí a mládeže, ZŠ, SŠ)
- s programem nesouvisející propagační akce (např. potisk triček)
- nákup knih, či školních učebnic pro školy a školská zařízení
- vybavení organizací technickými prostředky na realizaci krátkodobých projektů (např. TV, video, magnetofony apod.)

**10) Minimální a maximální výše příspěvku:**

Minimální výše finančních prostředků poskytnutých na jeden projekt je 10 000 Kč, maximální výše příspěvku je 300 000 Kč. V rámci jednoho kola grantového programu může žadatel získat podporu pouze jednoho projektu.

### 11) Minimální podíl příjemce podpory:

70 % celkových nákladů projektu

### 12) Časový harmonogram realizace projektu:

Projekt bude zahájen po podpisu smlouvy o poskytnutí podpory a ukončen nejpozději do 12 měsíců od podpisu smlouvy

### 13) Platební podmínky:

Finanční příspěvek bude poskytnut na základě smlouvy o poskytnutí podpory, v níž budou stanoveny podmínky čerpání finančních prostředků, termíny uvolňování finančních prostředků v návaznosti na rozpracovanost projektu, způsob a termín závěrečného vyúčtování, sankce za nedodržení parametrů projektu a za neoprávněné využití finančních prostředků.

Finanční příspěvek nemůže být v průběhu realizace převeden na jiný subjekt.

Souběh podpory z Fondu Vysočiny s dotacemi z dotačních titulů státního rozpočtu nebo jiných fondů se nevylučuje.

### 14) Termíny a podmínky podání projektů:

Žadatelé o podporu projektů musí předložit **kompletně vyplněnou žádost** o poskytnutí podpory na předepsaném formuláři.

#### Povinné přílohy:

1. **Doklad o zajištění odborné garance a supervize projektu**
2. Doporučení projektu obcí, v jejímž katastru se projekt realizuje
3. Žadatelé z řad sdružení doloží žádost ověřeným dokladem o právní subjektivitě (zřizovací listina, statut sdružení apod.).

**Formulář žádosti** je umístěn na internetové adrese [www.kr-vysocina.cz](http://www.kr-vysocina.cz) a je k vyzvednutí na adrese: kraj Vysočina, krajský úřad, Mgr. Zuzana Pechová, krajský protidrogový koordinátor, Žižkova 57, 587 33 Jihlava.

Na stejné webové stránce najdete Statut Fondu Vysočiny a Zásady pro poskytování podpory z Fondu Vysočiny, kde se dočtete kompletní informace k podmínkám poskytnutí podpory.

## Příloha č.2

### Zařízení poskytující programy primární prevence v Kraji Vysočina



#### **Centrum U Větrníku - kontaktní a poradenské centrum pro osoby ohrožené drogovou závislostí**

*Posláním Centra U Větrníku je minimalizace potencionálních rizik a škod, které uživatelům, osobám blízkým a veřejnosti v Kraji Vysočina mohou v důsledku užívání nelegálních nealkoholových drog nastat, a tímto se podílet na ochraně veřejného zdraví.*



**Název zařízení:** Centrum U Větrníku

**Vedoucí zařízení:**

Mgr. Zuzana Pokorná

**Kontakt**

U Větrníku 862/17, Jihlava,

586 01 Jihlava 1 [ukaz na mapě](#)

telefon: 567310987

e-mail: [kacko.jihlava@charita.cz](mailto:kacko.jihlava@charita.cz), [zuzana.pokorna@charita.cz](mailto:zuzana.pokorna@charita.cz)

**Formy poskytování sociálních služeb**

ambulantní, terénní

**Cílová skupina klientů**

- děti a mládež ve věku od 6 do 26 let ohrožené společensky nežádoucími jevy
- Cílovou skupinou zařízení jsou klienti starší 15-ti let
- osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách
- osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách

### Věková kategorie klientů

- dorost (16 - 18 let)
- mladí dospělí (19 - 26 let)
- dospělí (27 - 64 let)
- mladší senioři (65 - 80 let)

---

### Kapacita ambulantní formy poskytování

počet kontaktů (10 min jednání) - 22  
denní kapacita

### Pracovní doba ambulantní formy poskytování

pondělí: 11:00 - 16:00  
úterý: 11:00 - 16:00  
středa: 11:00 - 16:00  
čtvrtek: 11:00 - 16:00  
pátek: 11:00 - 16:00



---

### Kapacita terénní formy poskytování

počet kontaktů (10 min jednání) - 12 denní kapacita

### Pracovní doba terénní formy poskytování

**Pondělí:** 16:00 – 22:00  
**Úterý:** 16:00 – 22:00  
**Středa:** 16:00 – 22:00  
**Čtvrtek:** 16:00 – 22:00  
**Pátek:** výměna na telefon

Webové stránky zařízení: [www.kacko-ji.estranky.cz/](http://www.kacko-ji.estranky.cz/)

## Příloha č. 3

### **K - CENTRUM NOE TŘEBÍČ**



### **Víceúčelové regionální zařízení pro problematiku drog**

**Adresa:**

Hybešova 10  
Třebíč 674 01

IČO: 44990260

DIČ: CZ44990260

Telefon: 568 840 688

Fax: 568 840 688

Gsm: 776 158 489

E-mail: [noe.trebic@charita.cz](mailto:noe.trebic@charita.cz)

Web: [www.kcentrumnoe.cz](http://www.kcentrumnoe.cz)

### **POSLÁNÍ**

Posláním K-centra Noe v Třebíči je omezit sociální a zdravotní dopad rizikového užívání drog u osob užívající drogy, jejich partnerů a rodin i další veřejnosti na okrese Třebíč, formou profesionálních služeb vycházejících z individuálních potřeb uživatelů služeb a přitom zachovávajících základní lidská práva a lidskou důstojnost.

## Příloha č. 4

### **K – centrum Žďár nad Sázavou, organizaci Kolpingovo dílo ČR**

#### **Kolpingovo dílo České republiky**

náměstí Republiky 22

591 01 Žďár nad Sázavou

tel: 566 620 207, 566 585 010, 566 585 011

fax: 566 585 020

e-mail: kolping@kolping.cz

web: www.kolping.cz

**Zřizovatelem Spektra - centra primární prevence a drogových služeb je Kolpingovo dílo ČR (dále jen KDČR).**

Občanské sdružení Kolpingovo dílo ČR vzniklo 21. 10.1992 – od tohoto data je registrovanou sociální službou u MVČR, která vychází z odkazu sociálního reformátora Adolpha Kolpinga a křesťanské sociální nauky. Od počátku svého fungování usiluje o zdravý růst mladých lidí. Od roku 1993 je KDČR členem Mezinárodního Kolpingova díla, které působí ve více než padesáti zemích světa. Sídlo Kolpingova díla ČR se nachází ve Žďáře nad Sázavou.

Terénní program je poskytován na nejpřirozenějších místech uživatelů návykových látek, tam kde se uživatelé běžně pohybují a cítí bezpečně.

#### Pracovníci pracují:

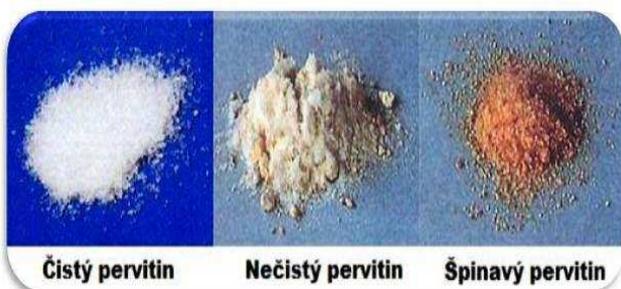
- 1) na ulicích**
- 2) v parcích**
- 3) na nádražích**
- 4) u zastávek**
- 5) na náměstí**
- 6) v bytech atd.**

Pracovníci se ve stanovené provozní době pohybují po městě Žďár nad Sázavou (dále Novém Městě na Moravě, Bystřici nad Pernštejnem, Ždírci nad Doubravou a další místa, a to zvláště v lokalitách, kde je vyšší pravděpodobnost přítomnosti uživatelů nelegálních návykových látek. Terénní pracovníci oslovují řadu lidí (tedy i neuživatelé návykových látek), seznamují je s nabídkou služeb, smyslem programu.

**Příloha č. 5**      Přehled vybraných drog (fotogalerie)



Cannabinoidy (na obrázku je marihuana)



Pervitin



Kokain



LSD



Hašiš



Stimulační drogy