

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**  
**Zdravotně sociální fakulta**

**ÚROVEŇ POSKYTOVANÝCH SLUŽEB V KONTAKTNÍCH  
CENTRECH V KOMPARACI S POŽADAVKY KLIENTŮ  
V JIHOČESKÉM KRAJI**

**Diplomová práce**

vedoucí práce  
Mgr. Pavel Vácha

autor  
Bc. Veronika Horvatovičová

2008

## **Abstract**

### **Quality of services provided in counselling centres in comparison with requirements of clients in the South Bohemian region**

Counselling centres are facilities that provide services especially to problematic drug users. To achieve the highest possible effectiveness it is necessary to include also social surroundings (parents, partners or school) of the problematic drug user into the overall treatment. The fundamental prerequisite of existence of these centres is their accessibility without booking in advance and without waiting times for everyone who needs to deal with his or her emergency situation immediately. That is why these centres are called mentally and socially barrier-free, so called low-threshold facilities. It means that anyone can use their services without recommendation and anonymously.

Counselling centres as low-threshold facilities play a very important role in the system of care for drug users as basic providers of specific services for problematic drug users.

I have chosen the qualitative method to conduct the research. As a technique for data gathering I selected secondary data analysis and semi-structured interviews with drug users who visit counselling centres. For the research I used data from annual reports from counselling centres in Písek and České Budějovice.

To obtain the necessary data I addressed employees in these centres who placed at my disposal annual reports and more detailed data about activities and services provided by their organisation. From each counselling centre I was placed at my disposal the annual report for 2006 and data of counselling centres concerning the quantity of provided services and utilization of these services by target population – the drug users. Furthermore, I interviewed clients of the counselling centres. My questions were focused mainly on issues like acceptability and attractiveness of provided services, availability of these services and if the services meet clients' needs.

The results of my research could be useful for workers in helping professions, for workers dealing with the issue of illegal drug abuse, to improve the effectiveness of services in the counselling centres or as groundwork for further research or training.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Úroveň poskytovaných služeb v kontaktních centrech v komparaci s požadavky klientů v Jihočeském kraji vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích .....

.....

podpis studenta

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala svému vedoucímu práce Mgr. Pavlu Váchovi za vedení a podnětné připomínky.

## **Obsah:**

Úvod.....	8
1. Současný stav.....	9
1.1 Současná drogová scéna.....	9
1.1.1 Historie užívání omamných látek.....	9
1.1.2 Protidrogový akční plán EU na období 2005-2012.....	10
1.1.3 Etický kodex sociálního pracovníka.....	11
1.2 Definice závislosti.....	13
1.2.1 Typy závislostí.....	14
1.2.2 Vývoj závislosti.....	15
1.2.3 Vnější znaky závislosti.....	17
1.3 Obecný legislativní rámec (ČR).....	18
1.3.1 Typy drogové politiky.....	20
1.4 Primární prevence.....	21
1.4.1 Obecné charakteristiky primární prevence.....	21
1.4.2 Východiska primární prevence.....	23
1.5 Sekundární prevence.....	25
1.6 Terciální prevence.....	26
1.6.1 Harm reduction.....	27
1.6.2 Public health.....	28
1.6.3 Přenosné infekční choroby.....	28
1.6.4 Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislosti.....	30
1.7 Vývoj kontaktních center.....	32
1.7.1 Vznik a poslání kontaktního centra.....	33
1.7.2 Kontaktní pracovníci.....	34
1.7.3 Dobrovolní spolupracovníci.....	35
1.7.4 Klienti kontaktních center.....	35
1.7.5 Streetwork (terénní práce).....	35
1.8 Návaznosti v systému.....	39
1.9 Poskytované služby.....	39

2. Cíle a hypotézy.....	44
2.1 Cíle práce.....	44
2.2 Hypotézy.....	44
3. Metodika.....	45
3.1. Použité metody.....	45
3.1.1 Sekundární analýza dat.....	45
3.1.2 Semistrukturované rozhovory.....	46
3.1.3 Zúčastněné pozorování – nestrukturované.....	46
3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku pro vedení rozhovoru.....	47
4. Výsledky.....	48
5. Diskuze.....	83
6. Závěr.....	88
7. Seznam použité literatury.....	90
8. Klíčová slova.....	94

## Úvod

Hlavním důvodem pro výběr tohoto tématu bylo napsání mé bakalářské práce na téma Úroveň, dostupnost a efektivnost kontaktních center v Jihočeském kraji. V této práci jsem srovnávala úroveň poskytovaných služeb v jednotlivých k-centrech (Písek, České Budějovice, Třeboň, Strakonice a Tábor). Nyní bych ráda porovnála služby v kontaktních centrech v Českých Budějovicích a v Písku v komparaci s požadavky klientů.

Toto téma je pro mě obecně velmi zajímavé. Měla jsem možnost již dvakrát absolvovat praxi v kontaktním centru a velmi mě tato práce zaujala. Poprvé jsem měla možnost setkat se a mluvit s mladými lidmi, kteří jsou závislí na nealkoholových drogách.

Velkým zdrojem informací a zkušeností pro zpracování bakalářské a nyní i diplomové práce byla odborná praxe a účast při chodu organizace. Měla jsem možnost hovořit s drogově závislými, provádět výměny injekčního a jiného materiálu.

Při opakovaných setkáních s mladými lidmi a jejich blízkými jsem měla možnost více nahlédnout do jejich životů a pozorovat změny, které se u nich dějí. Pochopila jsem, že zbavit se závislosti nespočívá v tom, říci si „dost“, ale je to mnohem komplikovanější problém, jehož řešení není vůbec lehké.

Chtěla bych se pokusit o to, zhodnotit kvalitu a úroveň jednotlivých služeb v těchto k-centrech ve srovnání se spokojeností drogově závislých klientů.

## ***1. Současný stav***

### ***1.1 Současná drogová scéna***

Lidé se vždy snažili najít možnosti uniknout z akutní situace, dosáhnout pohody, pocitů štěstí, mimořádných schopností a síly, fantastických zážitků a inspirace. Psychoaktivní látky, nejdříve přírodní a později i syntetické, jim žádoucí pocity a prožitky poskytovaly a poskytují. Na určitý čas zbavují starostí, strachu, nejistoty a zlepšují sebehodnocení. Přestože se ví o negativních důsledcích užívání omamných a návykových látek – po určité době si droga více bere, než-li dává – lidé se jí nikdy nedokázali úplně zříct, protože přináší snadné a rychlé uspokojení. (32)

Dnes již užívání drog s akceptovatelným i neakceptovatelným sociálním rizikem vykazuje odlišný trend. Velmi výrazně a trvale roste užívání marihuany, extáze a jiných tanečních drog, zatímco nárůst užívání heroínu a pervitinu již tak strmě nestoupá a zejména v hlavní městě je spíše stabilizován. Subkultury uživatelů se liší a často již prvouživatel ví, „kam patří“. Mezi začínajícími uživateli heroínu i pervitinu se více objevují neinjekční formy aplikace (šňupání, inhalace, kouření), uživatelé však z různých, avšak hlavně z úsporných důvodů obvykle přecházejí na injekční způsob aplikace. Navzdory převládající injekční aplikaci heroínu a pervitinu se mezi jeho uživateli nešíří HIV/AIDS, zjišťují se však stále více infekční žloutenky. Kokain, jako jedna z nejdražších drog, se zatím objevuje jen výjimečně. (13)

Úspěšné policejní zásahy proti domácím laboratořím na výrobu pervitinu vedou k rozkládání zbytků tradiční „vaříčské“ subkultury a trhu s pervitinem se ujímají hlavně nezákonné mezinárodní organizace. (13)

#### ***1.1.1 Historie užívání omamných látek***

Historicky nejstarší zkušenosti s drogami má člověk s tzv. psychedelickými drogami, jejichž užívání mělo rituální podtext. Historicky mladší zkušenosti má člověk s návykovými látkami, které bývají zneužívány konzumním způsobem a přinášejí člověku pouze utrpení v závislosti na těchto látkách. (12)

Nejstarším svědectvím užívání těchto drog jsou šamanské rituály. Šamani měli vypracované techniky na vyvolání změn stavů vědomí. Lidé tehdy patrně jinak využívali a jinak zatěžovali své mozkové hemisféry než člověk dnešní doby. (13)

V historii čínské medicíny se popisuje užívání psychedelických látek již před 3500 lety, ve staré indické literatuře je popisována rostlina, z které se připravoval nápoj *sama*. Božský nápoj, který věřící požívali, je uváděl do extatických stavů, kdy „byli jednou polovinou na zemi a druhou na nebesích“. (12)

Marihuana člověka provází stejně dlouho jako alkohol. V literatuře jsou první zmínky již před 5000 lety, kdy se zápisy o konopí objevují v lékopise čínského císaře Shen-Nunga. Konopí bylo využíváno pro léčebné a rituální účely. Objevuje se pod různými názvy – hašiš, kif, marihuana, hemp. (12)

Většina botaniků se shoduje v tom, že existují tři druhy konopí: *Cannabis sativa*, nejrozšířenější z těchto tří, je vytáhlá a volně větvená, rostoucí až do výšky 6,1 m; *Cannabis ruderalis* je asi 0,6 m vysoká s málo větvemi nebo bez nich; *Cannabis indica* vysoká asi 0,9 – 1,2 má jehlanovitý tvar a je hustě větvená. Všechny se také liší stonky, listy a množstvím pryskyřice. (7)

Jen za první republiky bylo na pražském policejním ředitelství registrováno kolem šesti set překupníků kokainu. Tehdejší diktatura na pár desetiletí vytlačila z tehdejšího Československa západní drogy. V podstatě nás ale chránila před importem drog. Kdo chtěl tedy drogy, musel si je sám vyrobit. Tak se našlo kolem šedesátých let několik vynalézavých potenciálních narkomanů, kteří si z univerzitních knihoven nastudovali skripta a začali produkovat razantní tvrdé drogy z volně dostupných léků. Tak jsme se stali velmi výjimečnou zemí, kde drogy byly nejlevnější na světě. (11)

### ***1.1.2 Protidrogový akční plán EU pro období 2005-2012***

V prosinci roku 2005 byla Evropskou radou schválena protidrogová strategie EU (2005-2012), která by měla stanovit rámec, cíle a priority pro dva po sobě následující čtyřleté akční plány, jež má předložit Komise. Toto je nedílnou součástí

víceletého „Haagského programu“ pro posílení svobody, bezpečnosti a práva v EU. (24)

Tato strategie má několik hlavních cílů:

- má dosáhnout co nejvyšší úrovně ochrany zdraví, blahobytu a sociální soudružnosti tím, že doplní opatření členských států v oblasti prevence a snižování užívání drog, drogových závislostí a poškození lidského zdraví a škody způsobené společnosti v souvislosti s abúsem drog,
- přijetím opatření proti výrobě drog a nedovolenému přeshraničnímu obchodu, má zajistit pro širokou veřejnost vysokou úroveň bezpečnosti,
- pro zajištění toho, aby se opatření přijatá na vnitrostátní, regionální a mezinárodní úrovni vzájemně doplňovala a přispívala k účinnosti protidrogových politik v rámci EU, posílit koordinační mechanismy EU. (24)

Strategie je soustředěna na dva hlavní cíle protidrogové politiky a to snížení poptávky a snížení nabídky. Zabývá se též řadou průřezových témat: mezinárodní spolupráci, výzkum, informace a hodnocení. (24)

Fenomén drog je jedním z hlavních problémů, které nejvíce trápí evropské politiky a občany, a je zároveň významnou hrozbou pro bezpečnost a zdraví evropské společnosti. V Evropské unii jsou pravděpodobně až dva miliony problémových uživatelů drog. Abusus drog, zvláště pak mezi mladými lidmi, dosahuje nejvyšší úrovně v naší i evropské historii. Stále větší obavy v řadě evropských států vyvolává i výskyt HIV/AIDS mezi uživateli drog. Nalezení co největší reálné a účinné reakce na tento celosvětový problém zůstává politickou prioritou Evropské unie. (24)

### ***1.1.3 Etický kodex sociálního pracovníka***

Sociální práce je založena na hodnotách lidských práv a demokracie. Pracovníci v pomáhajících profesích proto dbají na dodržování základních lidských práv u skupin i

jednotlivců tak, jak jsou vyjádřeny v Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě o právech dítěte. (27)

### Vztah sociálního pracovníka a klienta

Musí chránit klientovo právo na soukromí a důvěrnost jeho sdělení. Nesmí poskytnout žádnou informaci o klientovi bez jeho souhlasu. Výjimkou jsou osoby s omezenou způsobilostí k právním úkonům nebo jestliže jsou ohroženy další osoby. V případech správního řízení umožňuje jeho účastníkům nahlížet do spisů. (27)

Sociální pracovník by měl vést své klienty k vědomí odpovědnosti sám za sebe a jednat tak, aby chránil důstojnost a lidská práva svých klientů. (27)

Sociální pracovník by měl hledat možnosti jak zapojit klienta do procesu řešení jeho problémů. (27)

Sociální pracovník by měl pomáhat se stejně velkým úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace všem klientům a žádné formy diskriminace se neúčastní. (27)

Poučí klienta o povinnostech, které vyplývají z těchto poskytnutých služeb a dávek. Pomáhá řešit i jiné záležitosti a problémy klienta týkající se jiné složky jeho života. Musí dbát na to, aby každý klient obdržel všechny služby a dávky sociálního zabezpečení na které má nárok, a to nejen od institucí, ve kterých je zaměstnán, ale i ostatních příslušných zdrojů. (27)

### Etické zásady

Sociální pracovník pomáhá komunitám, skupinám i jednotlivcům a dobrovolným organizacím svými dovednostmi, znalostmi a zkušenostmi při jejich rozvoji a při řešení konfliktů. (27)

Respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho etnickou příslušnost, původ, rasu, či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, zdravotní stav, sexuální

orientaci, ekonomickou situaci, politické a náboženské přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti. (27)

Musí dávat přednost své profesionální odpovědnosti před svými vlastními zájmy a služby, které poskytuje, musí být na té nejvyšší odborné úrovni. (27)

Sociální pracovník by měl respektovat právo každého jedince na seberealizaci tak, aby současně nedocházelo k omezení práv druhých osob. (27)

## ***1.2 Definice závislosti***

Závislost je stav vyvolávající v organismu duševní nebo fyzické obtíže. Často vzniká po opakovaném nebo dlouhodobém užívání látky, ale i při činnosti, která přináší nadměrné uspokojení. Návyk na drogy, alkohol nebo léky je podle definice WHO stav opakované nebo chronické intoxikace omamnými látkami, který je vyvolán periodickým užíváním přirozené nebo syntetické drogy a je škodlivý pro společnost i jedince. Podle mezinárodní klasifikace chorob se pokládá za závislost tehdy, když byla během posledního roku splněna následující kritéria:

- pokračování v užívání látky i přes dokázané škodlivé následky
- silné přání užívat návykové látky
- rozvoj tolerance
- omezený úsudek a chování při zacházení s látkou
- snížená schopnost kontroly pokud jde o začátek, ukončení a množství požití látky
- opakované a pokračující zanedbávání dříve výše hodnocených zájmů (19)

Závislost je onemocnění. K závislosti se většinou dostane člověk přes experiment a postupem času až k pravidelnému užívání drog. (8)

Závislost může vést k narušení osobnosti, často ke snížení výkonnosti i inteligence. Když dojde v důsledku chronického nebo akutního působení návykové

látky k poškození CNS, a tak ke změně osobnosti, je třeba tyto intoxikace omamnými látkami řadit v systému klinické psychiatrie k psychózám se somatickými příčinami. (6)

Každý drogově závislý člověk si svým chováním mění život a většinou přinese problémy i svým blízkým. Postupně začne mít problémy ve škole, v zaměstnání, v rodině či jiných vztazích. Začnou se objevovat zdravotní důsledky, zaznamenává nedostatek peněz, pociťuje třeba i nechtěnou změnu známých a přátel. (8)

### ***1.2.1 Typy závislostí***

#### Tělesná závislost

Při abstinenci, tedy když úplně chybí nebo se redukuje dávka, dochází k mučivým abstinenčním jevům. Základem je skutečnost, že se biochemické hospodářství konzumenta nastaví na substanci a po určité době již bez ní nemůže fungovat. Projevuje se tzv. fenomén tolerance. Chybí-li substance, zhroutlí se biochemické hospodářství, dochází k abstinenčním příznakům. Toxikoman si musí stále zvyšovat dávku, v rámci zvyšování tolerance, aby dosáhl stejného účinku. To je přitěžující faktor závislosti. (6)

#### Psychická závislost

Existuje nepotlačitelná touha užívat psychotropní látky pro jejich euforizující, povzbuzující, stimuluující nebo i tlumivý a halucinogenní účinek. Touha po získání drogy je tak silná, že uživatel má sotva šanci jí odolat. Pro získání finančních prostředků, se také páchají trestné činy. Psychická závislost vzniká určitým druhem „návykové paměti“, která se vícenásobným chováním vytváří v mozku. Funguje právě tak, jako bychom se učili nazpaměť básničku. Přání zažívat znovu opojení svádí k častějšímu užívání a nakonec vede k psychické závislosti. Tlak k pravidelnému užívání se označuje také jako psychická žádostivost – „craving“. (6)

## Sociální závislost

Závislost na psychoaktivních látkách má významné sociální důsledky, které často vyplývají z psychických změn a odlišného chování závislých lidí. Závislý jedinec přestává respektovat příslušné normy, neplní svoje povinnosti ani sociální roli a přestává chodit do školy či zaměstnání. Mění se jeho vztahy s lidmi. Chování drogově závislého je pro jeho okolí většinou minimálně nepřijatelné. Pod vlivem své hodnotové orientace (kde získává nejvýznamnější postavení droga) přestávají ostatní hodnoty mít svůj význam. Závislý jedinec se stává nespolehlivým, sobeckým a necitlivým k potřebám ostatních lidí. Parazituje na rodině, protože v pokročilé fázi není schopen pracovat a pokud získá nějaké finanční prostředky okamžitě si koupí drogu. V případě absence rodinného zázemí parazituje na společnosti (krádeže, žebrání, podvody apod.). Hodnota drogy pro drogově závislého je tak silná, že je ochoten pro její získání provozovat prostituci či okrádat nejbližší osoby, na kterých mu záleží. Toto později v léčbě často způsobuje velmi silné komunikační a interpersonální bariéry v podobě výčitek svědomí či neodpuštění okolí. Z těchto a mnoha dalších důvodů je nezbytnou součástí léčby i rodinná terapie a náprava interpersonálních vztahů. Jedinec závislý na droze se stává pro okolí pouhou přítěží, rodina rezignuje poté, co vyčerpala všechny dostupné možnosti léčby či jiného motivačního působení vedoucího ke změně chování a jednání drogově závislého. Mnohdy závislý z rodiny odchází, přebývá u podobně postižených nebo se stává bezdomovcem. Hlubší a kvalitnější citový vztah nevydrží, ani když drogu užívají oba partneři. Důsledkem je přetrvávání jen v náhodných vazbách se stejně postiženými lidmi bez hlubokého a dlouhodobého emocionálního prožívání. (6)

### ***1.2.2 Vývoj závislosti***

#### 1. stadium

Závislost začíná euforizujícím pocitem, ve kterém konzument s drogou volně nakládá. Účinek je téměř jen kladný a negativní prožitky z drogy uživatel podceňuje. Postižený je zbaven úzkosti, prožívá uvolnění, omámení i vzrůstající pocit

sebehodnocení. Problémy se dají potlačit. V euforii se často projevuje zvýšené sebevědomí. (6)

## 2. stadium

Toto stadium bývá označováno jako kritické stadium navykání. Již ustupuje účinek drogy a nutností se stává zvyšování dávek a častější konzum. K tomu přistupuje zvyšování tolerance, což znamená, že je třeba konzumovat více a více látky. Postižený začíná přistupovat ke kombinacím různých druhů omamných látek, například amfetaminů nebo halucinogenů. Bez pozdních následků není cesty zpět a proto je tato fáze nebezpečná. Po této fázi jsou orgány vždy nějakým způsobem poškozeny. (6)

Upadá paměť a projevují se poruchy koncentrace. Nyní se uživatel drog poprvé setkává se zařízením pro pomoc toxikomanům. Není to proto, že konzum už způsobil dalekosáhlé tělesné i psychické následky, ale proto, že uživatel již nemůže plnit své každodenní povinnosti. Dochází k finančním potížím, dluhům a začátku obchodování s drogami. Zvětšuje se propast mezi reálným a ideálním obrazem sebe sama.(13)

## 3. stadium

Je to stadium návyku neboli závislosti. Dochází ke značnému zvyšování dávek. Ztráta kontroly nad užíváním drog je stále větší, a to znamená, že se s braním drog již nedá přestat. Vztahy v okolí se vždy rozpadají. Ve škole a v zaměstnání to jde stále více z kopce. Kriminalita spojená s opatřováním drogy je intenzivnější. Jednotlivec vykazuje tělesné i psychické abstinenční příznaky. Už není nic tak důležité jako droga, protože ji tělo potřebuje. Změny osobnosti jako podrážděnost, náladovost, přechod od agresivity k sebelítosti, jsou velmi nápadné. Dochází ke značnému úbytku na váze. Objevují se trombózy, hnisavé záněty kůže i jiných orgánů a chudokrevnost. (6)

## 4. stadium

Označuje se jako chronické stadium rozkladu. Značně ubývá snášenlivost na drogu. Projevují se postupující procesy tělesného rozkladu jako cirhózy jater, žaludeční vředy či poškození centrálního nervového systému. Dále následuje rozpad osobnosti,

tzv. „deprivační syndrom“. Postižený ztrácí svou celkovou podobu jako člověk, kterým byl dříve. Je lhostejný, povrchní, neumí se radovat, ale ani se zlobit. Okolí člověkem závislým na drogách v tomto stadiu pohrdá. Ten se již není schopen sám o sebe postarat. Chudne, ztrácí střechu nad hlavou, je zpustlý a osamělý. (12)

### ***1.2.3 Vnější znaky závislosti***

Nespecifických znaků, které poukazují na to, že je člověk závislý, existuje dlouhá řada. Mohou, ale nemusí se projevovat. Kromě toho se vyskytují i u jiných chorob, naopak je však najdeme u každého užívání drog téměř vždy. (6)

#### Všeobecné znaky u toxikomanů:

- zanedbávání vnějšího vzhledu
- změna okruhu přátel, sociální úpadek
- změna aktivit ve volném čase
- změna výkonů ve škole
- zvýšená potřeba peněz
- nezdravý vzhled
- častá onemocnění
- kolísání nálad
- změněný rytmus dne (přes den unavený, v noci aktivní)
- nesoustředěnost, neschopnost pozorně naslouchat (6)

Kritická doba počátku užívání drog je většinou mezi 12 a 16 lety, někdy i dříve. Od prvního experimentu až k úplné závislosti uplyne většinou i několik let. (6)

U mladistvých lidí je schopnost vyrovnat se s nepříjemnými pocity a zážitky vyvinuta jen nedostatečně. Nejsou si sami sebou jisti. Konzumace drog se pak pro ně může stát jediným možným východiskem, jak zapomenout na frustrující situace a pocity. (6)

Osoby pod vlivem alkoholu a drog se dopouštějí mnohem častěji trestných činů a to násilného charakteru. Většinou jsou to pracovní a jiné úrazy, dopravní nehody způsobené osobou pod vlivem drog a alkoholu. Tito lidé samotní pak mohou být i oběťmi trestných činů. Například okrádání osob pod vlivem drog a alkoholu, přidávání tlumivých látek do nápojů a následné okrádání obětí. (18)

### ***1.3 Obecný legislativní rámec (ČR)***

Trestní zákon byl novelizován s účinností od 1. 1. 1992, poté následovaly další poměrně rozsáhlé novelizace účinné od 1.1.1994 a 29.6.1995. Nosnými body drogové legislativy zůstaly novelizovanými § 187 a § 188 trestního zákona. (4)

#### **§ 187 – Nedovolená výroba a držení omamných látek a psychotropních látek a jedů**

- Kdo bez povolení vyrobí, doveze, vyveze, proveze, jinému opatří nebo pro jiného přechovává omamnou nebo psychotropní látku nebo jed, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo peněžitým trestem.
- Odnětím svobody na dvě léta až deset let bude pachatel potrestán,
  - spáchá-li čin uvedený v odst. jedna jako člen organizované skupiny nebo ve větším rozsahu,
  - získá-li takovým činem značný prospěch
  - spáchá-li takový čin vůči osobě mladší než osmnáct let, nebo
  - způsobí-li takovým činem těžkou újmu na zdraví.
- Odnětím svobody na osm až patnáct let bude pachatel potrestán,
  - způsobí-li činem uvedeným v odst. jedna těžkou újmu na zdraví více osob nebo smrt, nebo
  - spáchá-li takový čin ve spojení s organizovanou skupinou působící ve více státech. (4)

### § 187a

- Kdo bez povolení přechovává pro sebe omamné nebo psychotropní látky nebo jed v *množství větším než malém*, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta nebo peněžitým trestem.
- Odnětím svobody na jeden rok až pět let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odst. jedna ve větším rozsahu. (4)

### § 188

- Kdo vyrobí sobě nebo jinému opatří anebo přechovává předmět určený k nedovolené výrobě omamné nebo psychotropní látky nebo jedu, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo peněžitým trestem nebo propadnutím věci.
- Odnětím svobody na jeden rok až pět let bude pachatel potrestán,
  - spáchá-li čin v odst. jedna ve větším rozsahu, nebo
  - získá-li takovým činem značný prospěch.
- Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odst. jedna vůči osobě mladší než osmnáct let. (4)

### § 188a – Šíření toxikomanie (novela platná od 1. června 2002)

- Kdo svádí jiného ke zneužívání návykové látky nebo alkoholu nebo ho v tom podporuje anebo kdo zneužívání takové látky jinak podněcuje nebo šíří, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok nebo zákazem činnosti nebo peněžitým trestem.
- Odnětím svobody na jeden rok až pět let bude pachatel potrestán,
  - spáchá-li čin uvedený v odst. jedna vůči osobě mladší než osmnáct let, nebo
  - spáchá-li takový čin tiskem, filmem, rozhlasem, televizí, veřejně přístupnou počítačovou sítí nebo jiným obdobně účinným způsobem. (4)

Legislativa související s užíváním drog je primárně zaměřena prohibičně-cílem je omezení jejich užívání, a to zejména trestněprávní prostředky. Jiné způsoby snižování zdravotních a sociálních rizik v důsledku užívání drog jsou (z hlediska legislativy) akceptovány méně. (22)

Trestní legislativa a kontrola legálního zacházení s OPL jsou v zásadě vyhovující a plně v souladu s mezinárodními závazky. Platná legislativa v oblasti prevence a léčby není dostačující, neodpovídá aktuálním poznatkům a potřebám. Základem pro trestněprávní úpravu jsou mezinárodní úmluvy OSN ke kontrole drog. (21)

### ***1.3.1 Typy drogové politiky***

Typ drogové politiky je do značné míry určen proklamativním cílem celé společnosti ve vztahu k užívání drog, (převažujícím) charakterem realizovaných opatření a definicí problému, který daná společnost pro užívání drog a jejich uživatele používá.

Jsou 3 základní modely:

- represivní model
- model minimalizace rizik
- model kulturní integrace

Názvy prvních dvou typů navozují představy, že se každá z nich omezuje na jednu ze základních strategií (potlačování nabídky resp. minimalizaci škod) a žádná jiná tedy není přítomna. „Čistá“ jednosložková drogová politika nicméně neexistuje a názvy charakterizují spíše důraz na tu kterou strategii. I represivní model obsahuje intervence ze strategie snižování poptávky, tj. prevence a léčby, nemusí však – jako je tomu v případě USA – na politické úrovni akceptovat strategii minimalizace škod. Model minimalizace škod, který je v současné době v zemích EU nejrozšířenější, existuje v prostředí úplné nebo částečné prohibice a tedy zahrnuje silné represivní

prvky. Ani model kulturní integrace nijak nerezignuje na represivní metody regulace psychotropních látek, a to především ve vztahu k dětem a mládeži – ale nejen k nim – jako je tomu např. v případě Nizozemí. (34)

#### Oblasti drogové politiky

- užívání drog, časná intervence a prevence
- problémové užívání drog, léčba a náprava
- dostupnost drog a drogové trhy
- rizikové užívání drog, snižování rizik a zdravotní důsledky
- drogová kriminalita a trestně-právní systém (9)

### ***1.4 Primární prevence***

Na rozdíl od zpráv z médií o tom, že se před školami rozdávají drogy v bonbonech nebo v různých nálepkách, je skutečnost mnohem prozaičtější. Děti si většinou nabízejí drogy mezi sebou, ani ne tak s cílem si vydělat, ale spíše zprostředkovat prožitou zkušenost svým vrstevníkům. (23)

#### ***1.4.1 Obecné charakteristiky primární prevence***

##### *1. Cíl: zabránit vzniku poruchy zdraví*

Dle Kaliny si primární prevence obecně klade za cíl to, aby u člověka k poruše zdraví vůbec nedošlo. Podle WHO je zdraví stav tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo vady. (13)

Dalším cílem, který je již na hranici primární a sekundární prevence je zastavit nebo alespoň snížit experimentování s návykovými látkami, pokud k němu již dochází. (13)

Dle Zábranského je třeba posunout setkání s drogou ještě do pozdějšího věku. (34)

## 2. Sociální (skupinový) charakter

Kalina říká, že primární prevence se obrací na populaci jako na celek nebo na vybrané skupiny uvnitř populace, tzv. cílové skupiny. V tom je právě rozdíl od prevence sekundární a terciální, které již mají individuální ráz a obracejí se na jednotlivce, který je již v různém stupni užívání návykových látek zasažen. (13)

## 3. Prostředky

K dosažení tohoto cíle jsou používány metody pedagogiky, psychologie, sociologie, speciální pedagogiky, sociální psychologie, veřejné politiky, reklamy, marketingu atd. Jsou to metody většinou nelékařské.(13)

## 4. Zaměření: specifická a nspecifická prevence

### Specifická primární prevence

Specifickou primární prevencí se rozumí takové aktivity, které jsou zaměřovány přímo na „primární prevenci užívání návykových látek“, tzn., že se jedná o programy zaměřené již specificky na určitou formu sociálně-patologického chování. Explicitně se tedy zaměřují a snaží se řešit způsob, jak předcházet výskytu určité specifické formy takového chování a jednání, v tomto případě na užívání drog. Tuto prevenci poskytují kontaktní centra. (28)

### Specifická primární prevence zahrnuje tyto složky:

1. vytváření povědomí a informovanosti o drogách a důsledcích spojených s jejich užíváním
2. podporování zdravějších alternativ, tvořivého a naplňujícího chování a životního stylu bez drog
3. podpora protidrogových postojů a norem
4. posilování prosociálního chování v protikladu se zneužíváním drog
5. posilování jednotlivců i skupin v osvojování osobních a sociálních

dovedností potřebných k rozvoji nepříznivých zdravotních a sociálních protidrogových postojů (29)

### Nespecifická primární prevence

Nespecifickou primární prevencí se rozumí veškeré aktivity, které podporují zdravý životní styl, ale nemají přímou souvislost s užíváním návykových látek, tj. aktivity blízké daným věkovým skupinám, které by byly poskytovány i v případě, že by problém spojený s užíváním návykových látek neexistoval. Jedná se tedy o aktivity, které napomáhají snižovat riziko vzniku či rozvoje sociálně-patologických forem. Patří sem sportovní a zájmové kroužky, dále volnočasové aktivity apod. Patří sem také aktivity zaměřené na zlepšení životního komfortu a osobní spokojenosti. (28)

#### ***1.4.2 Východiska primární prevence***

K užívání omamných látek dochází v určitém systému. Bio-psycho-sociální model znázorňuje vztah mezi uživatelem (třeba i potencionálním), drogou a prostředím, ve kterém k interakci mezi drogou a uživatelem dochází. Úkolem prevence je omezování rizikových a podpora projektivních faktorů. (13)

- 1) *Člověk*: závislost lze navodit u každého člověka – neexistuje struktura osobnosti, která úplně ochránila před závislostí nebo ji stoprocentně předurčovala. Rizikovými a protektivními ukazateli jsou především osobnostní charakteristiky. Nízké sebevědomí a sebehodnocení, nedostatek asertivity, nízká výkonnost a schopnosti čelit tlaku vrstevníků, nevhodné sociální vazby, poruchy chování, úzkostnost, stres a jeho špatné zvládání, nezdrženlivost, sklon k depresím, ale i zdravotní handicap zvyšuje riziko. (13)
- 2) *Droga*: sledujeme její charakter, účinky, potenciál pro závislost, způsoby aplikace apod. (13)
- 3) *Prostředí*: působení všeho, co nás obklopuje a v něm můžeme dále odlišit tyto úrovně:
  - a) *Rodinné prostředí*: atmosféra rodiny, míra lásky a péče, výchovný styl atd.

- b) *Společnost*: vztah společnosti k drogám, postoje a normy atd.
- c) *Vrstevnické prostředí*: kamarádi, parta, škola, sociální izolace a závislost na toxikomanské subkultuře (13)

Nelze opomenout ani nebezpečné faktory, které mohou být bezprostředním a přímým podnětem pro experiment s drogou. Nejčastěji se uvádějí tyto:

- nuda, zvědavost, vlastní rozhodnutí
- zlepšení výkonnosti
- řešení (nebo spíše odsunutí) problémů, únik z bezvýchodné situace, zlepšení nálady
- obstát v partě, snaha upozornit na sebe (12)

Vlastní smysl primární prevence se spatřuje v tom, že užívání drog by nemělo být společensky akceptovanou formou chování mladých lidí. Zdravý životní styl by se měl stát atraktivním. Je nezbytné nabídnout mladým lidem i poselství pozitivní, poselství o tom, že mohou žít zdravě, smysluplně a produktivně. (12)

Primární prevence v podobě odstrašování nebo pouhém informování o drogách se jeví jako neúčinná. Musí být vícefaktoriální a neměla by být úzce zaměřena jen na drogy, důležité je propojení s prevencí dále pak posilování sociálních, komunikačních dovedností. Poskytované informace o návykových látkách nesmí být zastrašující a jednostranné, ale objektivní, pravdivé a realistické. (21)

Dalším modelem je práce s ohroženými dětmi a mládeží přímo na "ulici". Terénní sociální pracovník (streetworker), se setkává s velkým spektrem problémů: pasivní trávení volného času a z toho vyplývající nuda, experimentování s drogami, trestná činnost, sociální a psychické problémy spojené s dospíváním, s problémy v rodině a ve škole, nebo záškoláctví. Často pracuje s mladými lidmi, kteří se hlásí k některé vyhraněné skupině, např. skinheads, anarchisté, skejtaři, hip-hopeři apod. Těmto lidem streetworker nabízí poradenství přímo v terénu, instrumentální pomoc s jejich problémy (doprovod na úřady, zprostředkování další odborné pomoci), nebo asistenci při realizaci jejich vlastních nápadů a různých akcí. (21)

Na každé základní či střední škole mají na starost problematiku primární prevence a vůbec oblast drogové problematiky školní metodici prevence. Na obecních úřadech obcí s rozšířenou působností se zabývají touto problematikou protidrogoví koordinátoři, podílející se na plánování protidrogové politiky. Tato oblast plně spadá do MŠMT ČR, která je přenášena z centrální úrovně prostřednictvím Krajských metodiků prevence a okresních metodiků prevence sociálně patologických jevů, kterými je dále přenášena do škol a školských zařízení. (21)

Pokud chtějí rodiče své děti odradit od vyzkoušení a experimentování s drogou, je důležité jim vštípit dobré vzory i hodnoty. Pokud rodiče považují zdraví a jeho ochranu za důležitou hodnotu, i jejich děti se podle toho budou chovat. Pokud děti vidí u svých rodičů, že se umějí ovládat a umí zodpovídat za své činy, budou se tak také chovat. Dalších takových hodnot je hodně a i když si to možná rodiče neuvědomují, jejich děti jsou jejich obrazy. (20)

Sociální dovednosti jsou dovednosti v mezilidských vztazích. K nim patří schopnost navazovat kontakt, udržovat konverzaci, domluvit se s druhými lidmi, pochválit druhé, vyjádřit nespokojenost, přijímat kritiku, porozumět různým situacím. Sociální dovednosti se mohou naučit. Jsou důležité pro to, aby dítě nebo i dospělý měli dostatek sebevědomí. (5)

### ***1.5 Sekundární prevence***

Do sekundární prevence patří včasné vyhledání problému a jeho léčení. (2)

Cílem je prostřednictvím dostupných a dostatečně kvalitních programů léčby a resocializace pomoci problémovým uživatelům drog a drogově závislým vést smysluplný a spokojený život. (31)

Léčebné a resocializační programy jsou v zásadě dvou typů:

- nízkoprahové programy, které na klientech nevyžadují bezpodmínečnou abstinenci jako podmínku vstupu do programu, nabízejí léčbu tělesných škod, psychologické a sociální poradenství atd. a ve vhodných případech též léčbu

k abstinenci, jako takové jsou dostupnější pro větší část klientů a představují významný mezistupeň mezi životem bez kontaktu s pomáhající institucí a přechodem do druhého typu programů jimiž jsou

- programy vysokoprahové, jež podmiňují účast v programu abstinenci, nabízejí psychiatrickou / psychologickou pomoc a v některých případech sociální servis s cílem vytvořit nebo posílit abstinenční chování a návyky. (31)

Sekundární prevence předchází vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti osob, které jsou již užíváním omamných látek zasaženi, případně se na ni stali závislími. Obvykle je používána jako souborný název pro včasnou intervenci a léčení. (13)

Součástí sekundární prevence je i poskytování informací o drogách, škodlivých následcích jejich zneužívání atd. Prostředkem k tomu je tvorba a realizace osvětově výchovných akcí převážně v mediích, méně často v bezprostředním kontaktu. (35)

### ***1.6 Terciální prevence***

Terciární prevencí rozumíme snižování negativních důsledků závislosti. Naše společnost nabízela v minulosti pouze jedinou možnost – abstinovat. Jiné alternativní postupy byly považovány za nebezpečné neboť vycházely z faktu, že jsou lidé, kteří zneužívání drog nevidí jako problém a nehodlají se ze závislosti ani léčit. Společnost tím, že těmto jedincům pomáhá, chrání jak své okolí, tak celou společnost. Závislý člověk dostává drogu legálně, pravidelně a v čisté podobě. Tím dostává prostor k tomu, aby mohl žít. Odpadá tím riziko kriminalizace a dávku drogy je možné po dohodě s pacientem snižovat až k úplné abstinenci. I toto je možná určitá sociální pomoc těmto lidem. (2)

Typickými aktivitami terciární prevence jsou:

- poskytování nutriční a vitaminové podpory
- poskytování a výměna sterilních pomůcek pro užívání drog

- vzdělávání uživatelů drog o zásadách hygieny, možnost zdravotní péče atd., o rozdílných rizicích a následcích rozdílných způsobů užívání drog
- aktivní podpora změny chování uživatelů k méně rizikovým vzorcům užívání drog
- testování drog za účelem zjištění látek, které obsahují
- diferencovaný způsob trestu pro odsouzené osoby, závislé na drogách (31)

### ***1.6.1 Harm Reduction***

Harm reduction (dále jen HR) - neboli mírnění škod, je strategií terciární drogové prevence a jejím hlavním cílem je snížit škody z užívání látek u jedinců a stejně tak ve společnosti. Preventivní intervence se týkají především rizikových způsobů, kterými jsou drogy užívány. (34)

HR je mezinárodní trend, který vznikl jako odpověď na vysoký nárůst HIV v osmdesátých letech minulého století. Prvními evropskými zeměmi, které začaly model HR praktikovat, byly Nizozemí a Velká Británie. I v mnoha dalších zemích Evropy, například v Německu a ve Švýcarsku, vznikly další programy vycházející z této strategie: „injection room“ (aplikační místnosti), testování tanečních drog apod. Od konce 90. let je strategie HR uváděna jako jeden ze čtyř pilířů evropské drogové politiky (12).

Jestliže není možné nabízet klientovi léčbu zaměřenou na abstinenci od návykových látek, je alespoň třeba, co nejvíce mírnit škody, které s sebou přináší pokračování v užívání omamných látek. (19)

#### **Uplatnění a přínos Harm Reduction**

Kalina říká, že principy HR se uplatňují především ve službách poskytovaných uživatelům drog a podnítily vznik nízkoprahových zařízení, výměnných a substitučních programů. Velkou roli začal hrát princip HR s nástupem epidemie HIV/AIDS na počátku 80. let minulého století. Po pádu komunistů v regionu střední a východní

Evropy a zemích bývalého SSSR přišla tato epidemie zhruba o 10 let později, rychle však dosáhla obrovského rozšíření. Experti OSN odhadují, že počet HIV pozitivních v regionu východní Evropy a zemích bývalého SSSR raketově narostl z 30 000 v roce 1995 až na 700 000 lidí v roce 2002. Nárůst počtu nových případů infekce HIV je podle nich až 80 % způsoben velkým podílem velmi rizikového injekčního užívání drog. (12)

### ***1.6.2 Public health (PH)***

Při péči o drogově závislé se vychází z principu „PH“, která není zaměřena na jedince, ale spíše na celou společnost. Ve své čisté podobě nesleduje zájem jednoho klienta, ale ochranu populace, především před přenosem závažných infekčních chorob (AIDS, hepatitidy). Vzniknul a vyvíjel se nikoli jako odpověď na problematiku drogové závislosti, ale v souvislosti s šířením viru HIV. Soustředil se tedy spíše na sdílení jehel a jiného náčiní při nitrožilním užívání drog a na rizikový pohlavní styk jako hlavní problémy, jak se infekce HIV šíří. (12)

Vychází z pojetí zdraví jako veřejného statku. (14)

### ***1.6.3 Přenosné infekční choroby***

#### **Virová hepatitida B**

Souhrnná čísla Světové zdravotnické organizace a domácí statistiky dokazují, že nejvíce ohroženou skupinou nákazou virovým zánětem jater typu B - hepatitidou typu B - jsou v rozvojových zemích zejména mladí lidé mezi 15 a 24 rokem života. Ve vyspělých zemích, mezi které patří i Česká republika, patří mezi nejvíce ohroženou skupinu hlavně dospívající a dospělí. V České republice bylo v roce 2000 hlášeno celkem 604 nových případů tohoto závažného infekčního onemocnění. Snížila se nemocnost u nejmenších dětí a starších osob, alarmující je však skutečnost, že stále vzrůstá počet onemocnění u osob ve věku 15 - 24 let. V roce 2000 bylo v této věkové skupině registrováno celkem 252 případů. Kromě rizikového sexuálního chování se v

této skupině populace uplatňují i další způsoby přenosu, zvláště intravenózní (nitrožilní) užívání drog. Že je možné nakazit se hepatitidou B používáním společné injekční jehly mezi lidmi užívajícími drogy, je známo, v posledních letech ale epidemiologové zaznamenávají, že se zvyšuje počet malých dětí poraněných o pohozenou použitou jehlu na pískovišti. V loňském roce se v Praze, ale i jiných městech, objevily případy, kdy se lidé poranili o pohozenou jehlu v taxíku či autobuse. (10)

### Virová hepatitida C

Původcem hepatitidy C je RNA virus. Je izolován z krve. Inkubační doba se pohybuje od 5 do 12 týdnů. Zdrojem nákazy je člověk. Hepatitidou C může člověk onemocnět kdykoliv. Formy přenosu jsou podobné jako u hepatitidy typu B. Imunita hepatitidy C je celoživotní. Neexistuje aktivní ani pasivní očkování. Jelikož obor, který se zabývá výzkumem hepatitid učinil za posledních 20 let obrovský pokrok, lze se domnívat, že budou následovat další objevy. (28)

### HIV/AIDS

WHO se každoročně obrací na občany celého světa, aby si uvědomili, že je nejvyšší čas k jednání, jestliže chceme změnit dosavadní průběh pandemie AIDS. Onemocnění AIDS za posledních 25 let, kdy byl hlášen první případ změnilo svět a za tu dobu si vyžádalo 25 milionů lidských životů. Každoročně probíhá 1. prosince Světový den proti AIDS. (10)

Viry dnes představují nejnižší živé organismy, které se skládají alespoň z nukleové kyseliny a proteinu. Původcem onemocnění AIDS je virus, který je dnes známý pod zkratkou HIV. Právě proto je velmi důležitá prevence a povědomí celé společnosti.(10)

#### ***1.6.4 Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislosti***

Psychické potíže a poruchy v mnoha případech působí svým nositelům a jejich blízkému okolí značné problémy. Úsilí o zmírnění nebo odstranění těchto potíží bývá zaměřeno dvojím způsobem: psychoterapeuticky nebo biologicky. (32)

Psychoterapie je léčebná činnost, která užívá psychologické prostředky k dosažení pozitivní změny při různých poruchách, zejména psychických funkcí. Může ji provádět pouze specialista s příslušným vzděláním, zpravidla je to lékař nebo klinický psycholog. (32)

Můžeme říci, že cíle psychoterapie lze vnímat ve změnách v osobnosti, chování a sociálních vztazích klienta, přičemž tyto změny jsou předem dané a v procesu psychoterapie jsou dosahovány psychologickými prostředky. Dvojí možné pojetí hlavních cílů psychoterapie shrnuje Kratochvíl (1997) jako:

1. odstranění chorobných příznaků
2. reedukace, sociální rehabilitace, reorganizace, restrukturalizace, rozvoj či integrace pacientovi osobnosti (13)

V současné době je u nás k uznávaným směrům a přístupům řazena:

- humanistická psychoterapie
- hlubinná a dynamická psychoterapie
- kognitivně - behaviorální psychoterapie
- hypnotické a relaxační postupy
- rodinná a systematická (systémová) psychoterapie
- integrativní přístup (13)

Psychoterapie tvoří jeden ze základních článků systému péče o závislé osoby. Její uplatnění najdeme v různých formách na všech úrovních základních typů péče – od nízkoprahových zařízení, streetworku a substitučních programů až po terapeutické komunity a následnou péči. V každé z těchto modalit má působení psychoterapie

odlišné cíle. Musí být ve vzájemném souladu s definovanými cíly jednotlivých programů, poskytovaných služeb, typů zařízení a celkového zaměření programu. Dále musí odpovídat fázi léčby a respektovat klientův proces. (13)

V nejobecnější formě se jedná o tzv. psychoterapeutický přístup, který by měl být součástí každého kontaktu s klientem, ať se jedná o streetworkery nebo lékaře odebírajícího krev či další pracovníky podílející se na celkovém působení daného zařízení. V návazné rovině dále pak hovoříme o systematické skupinové či individuální psychoterapii prováděné kvalifikovaným terapeutem. Sem patří např. krizová intervence, motivační trénink, posilování důvěry, nácvikové programy jako trénink komunikačních dovedností atd. (13)

### Krizová intervence

Pojem krizová intervence v sobě zahrnuje dvě základní sdělení. Jde o určitý druh profesionální práce s člověkem, který se ocitl v krizové situaci. Krizový pracovník musí být aktivní a jeho přístup spočívá z hlediska času v rychlém až okamžitém zásahu. V krizovém stavu se může ocitnout každý člověk, to znamená zdravý, bez vážné poruchy duševního či tělesného zdraví, nebo člověk, jehož krize má přímý či nepřímý vztah k jeho onemocnění.(33)

Nejedná se pouze o individuální psychoterapeutický zásah, ale také o zásah na úrovni rodiny, sociální intervenci. Principem krizové intervence je to, že pomoc by měla být pokud možno okamžitá. Odložení kontaktu na jindy by mohlo výrazně prohloubit bezmocnost a zvýšit autoagresivní chování. Dostupnost linek důvěry a krizových center je v tomto ohledu nenahraditelná. Pomoc by měla být dále snadno dosažitelná. Budování sítě krizových center a jejich zviditelnění je jedním z principů moderní a komplexní péče o obyvatelstvo. V rámci primární péče je třeba na možnost využívání těchto služeb upozornit již v dětském věku. (15)

## ***1.7 Vývoj kontaktních center v ČR***

Od roku 1989 byl v České republice zaznamenán velký nárůst problémů spojených s nezákonnou výrobou, obchodem, pašováním a užíváním nelegálních drog. Došlo k rychlému rozšíření konzumace konopí a pervitinu. Dále se zvýšila dostupnost tzv. „tanečních drog“ (LSD a MDMA), které se šíří především jako součást tzv. „techno kultury“ a od roku 1993 došlo na drogové scéně k další podstatné změně – ke zvýšenému užívání návykového heroinu. Můžeme říci, že všechny mladé lidi bez ohledu na jejich rodinné zázemí, socioekonomický status, styl výchovy v rodině či dosažený stupeň vzdělání, ohrožuje užívání ilegálních drog. (30)

Má vliv na zdraví, kvalitu života nejen uživatelů omamných látek a jejich blízkých, ale i na celou společnost. Vedle zdravotních komplikací s sebou užívání drog nese také velké množství důsledků ekonomických a sociálních. Závislí na drogách jsou často vnímáni jako lidé mimo společnost – ti, kteří si za své problémy mohou sami. Přesto je nezbytné přijmout fakt, že jsou součástí společnosti a poskytnout jim pomoc. (30)

V bývalém Československu, před rokem 1989 existovala tzv. síť AT ordinací (pro alkoholismus a jiné toxikománie), specializované protialkoholní léčebny, psychiatrická lůžková zařízení, záchytné stanice. V rámci přeorganizování sítě zdravotnických zařízení řada AT ordinací po roce 1989 zanikla. Postupně se však systém léčebné péče začal rozšiřovat o nestátní a nezdravotnická zařízení, která především reagovala na nové trendy v oblasti užívání návykových a omamných látek. Souviselo to s větší otevřeností společnosti, s organizací nezákonného obchodu s návykovými látkami, se změnami životního stylu. (13)

Postupně začala být více zohledňována bio-psycho-sociální problematika počátku závislosti a tím se otevřelo pole pro plnoprávné uplatnění pedagogů, psychologů a sociálních pracovníků. V poslední době je uplatňován bio-psycho-sociálně spirituální model vzniku drogové závislosti. (25)

I z tohoto důvodu se začalo pohlížet na problematiku drog jako na mezioborový a multidisciplinární problém, ve kterém je nezbytné řešení problematiky drog formou vyváženého přístupu. (13)

Dříve se přesouval důraz spíše do oblasti primárně preventivních programů. Zdůrazňovala se potřeba včasného kontaktu s nově se vytvářející generací problémových uživatelů a závislých. Byl vysloven požadavek, aby se zabezpečila odpovídající primární zdravotní péče závislým a problémovým uživatelům a aby byla definována potřeba včasné intervence, terénní práce, propojenosti s léčebnými programy a programy resocializace. Formulován byl princip nízkoprahovosti, dále programy terénní práce, výměnné programy, kontaktní centra, poradenství. V této době se začaly poprvé uplatňovat principy Harm reduction a realizována první substituční léčba metadonem a to pouze jako experiment MZČR ,který nebyl nikdy dostatečně evaluován. Tyto programy byly označeny za potřebné a účinné. (12)

V České republice je v současnosti již relativně plně komplexní systém služeb od primární prevence přes programy, kde pracují s klienty, kteří aktuálně užívají drogy, až po léčebná a doléčovací zařízení. (21)

Vznik nízkoprahových zařízení a budování systému péče o uživatele drog reagoval na aktuální situaci (zvýšení nabídky drog na českém trhu a s tím související zvýšení poptávky po drogách zejména mezi mladými lidmi), ke které v České republice po otevření hranic došlo. (30)

### ***1.7.1 Vznik a poslání kontaktního centra***

Kontaktní centra jsou zařízení, která poskytují služby zejména problémovým uživatelům drog. Aby bylo dosaženo co nejvyšší efektivity, je nezbytné v celkovém působení zahrnout i sociální okolí (rodiče, partnery či školu) problémového uživatele drog. Základní podmínkou existence těchto center je jejich dostupnost bez objednání a čekacích lhůt pro každého, kdo potřebuje neodkladně řešit svou krizovou situaci. Právě proto jsou tato centra označována jako psychicky a sociálně bezbariérová, tzv. nízkoprahová zařízení. Toto znamená, že jejich služby může využít kdokoli bez

doporučení a anonymně. Kontaktní centra jako nízkoprahová zařízení sehrávají v systému péče o uživatele drog velmi důležitou roli jako základní poskytovatelé specifických služeb pro problémové uživatele drog. (13)

### **1.7.2 Kontaktní pracovníci**

V praxi není vždy v souladu s konkrétními potřebami a možnostmi klást požadavky jejich metodického rozdělení na kontaktní a terénní či na zdravotníky a „nezdravotníky“. Společné minimum, které mají všichni pracovníci ovládat, lze definovat na základě praxe. Týká se oblasti: vyhledávání skryté populace uživatelů drog, navazování kontaktu, udržení a rozvoj kontaktu, posouzení potřeb klienta, základní poradenství závislým, kontraktování služby problémovým uživatelům i rodinným příslušníkům, přátelům klientů. Cílem je podchytit co možná největší část populace uživatelů drog a seznamovat je s programy zařízení návazné péče a motivovat je postupně k samostatné činnosti a vyhledávání služeb K - center. Pracovníci by měli umět používat postupy krizové intervence, motivačního rozhovoru a práce s touto dosti specifickou populací. Měli by provázet klienta k jiným službám, poskytovat osvětové a základní zdravotní poradenství a pomoc. Pracovníci by měli také umět vyhodnotit efektivitu poskytované služby, a v případě závažných důvodů ji ukončit, např. je-li neproduktivní. Je potřeba však mít na zřeteli základní principy práce kontaktních pracovníků a to podchycení klientů a minimalizace rizik prostřednictvím aplikovaného Harm reduction. Z důvodu maximálního efektu práce kontaktních pracovníků a specifických kontaktních služeb, musejí být otevřeni osobnímu profesionálnímu růstu a dalšímu vzdělávání. Do své práce by měli mít začleněny postupy prevence syndromu vyhoření a velmi kvalitní interní či externí supervize. (12)

### ***1.7.3 Dobrovolní spolupracovníci***

Zde je často využíváno bývalých uživatelů, angažovaných zájemců, duchovních nebo studentů. Prostor pro tyto dobrovolníky spočívá v aktivitách public-relations, v podpůrných aktivitách nebo při provozu nízkoprahových klubů. (13)

Bývalí uživatelé, tzv. ex-useři jsou často využíváni hlavně v úvodních fázích programu a to v navazování kontaktů s cílovou skupinou a pro práci v prostředí skryté populace. (12)

Může se ovšem stát, že dojde ke konfliktu loajality nebo ke zneužití pracovníka i programu organizace. (13)

### ***1.7.4 Klienti kontaktních center***

Cílovou skupinou programu kontaktních center jsou závislí a problémoví uživatelé tvrdých drog, především i.v. uživatelé, klienti s nízkým stupněm sociální a osobnostní autonomie, klienti ohrožení sociálně patologickými jevy. Je-li s nimi kontakt neúspěšný, musíme hledat chybu ne v klientech, ale ve službách. Pokud zkrátka pracovníci nenabídnou klientům pomoc šitou na míru, nelze očekávat cílené změny v individuálních scénářích a osudech. (12)

### ***1.7.5 Streetwork (terénní práce)***

Terénní práce je specifická forma sociální služby, která je poskytovaná přímo na ulici. Tyto programy většinou vedou kontaktní centra. Jedním ze základních předpokladů sociální práce, aby lidé mohli řešit své problémy je, že každý má svůj vlastní potenciál. Právo každého klienta na sebeurčení umožňuje klientovi rozhodovat, jak s tímto potenciálem naloží. Mělo by to být zaručeno i tím, že se klient může rozhodnout, zda sociálního pracovníka vůbec osloví. V případě streetworku je klient sice osloven, ale jeho právo na sebeurčení by mu měl streetworker zaručit tím, že mu nechá dostatečný prostor k tomu, aby se mohl sám rozhodnout, zda nabízené pomoci využije nebo ne. (13)

Terénní práce s uživateli drog má své specifické zásady a zaměřuje se především na drogově závislé, kteří nejsou v kontaktu sociální, zdravotnickou či jinou pomáhající institucí, a tudíž jsou obtížně podchytitelní a ovlivnitelní. Důvodů, proč odmítají pomoc, může být několik. Nabízí se možnost, že o existenci kontaktního centra nevědí, mají strach, mohou mít zkreslené informace o kontaktních centrech, ale také s ním mohou mít špatné zkušenosti. (1)

Podle Rhodese (1997) jsou hlavními důvody pro streetwork následující:

- 1) Cílené skupiny populace se nedaří účinně oslovit existujícími způsoby intervence,
- 2) existující metody intervence neposkytují takové služby, které cílové skupiny populace potřebují. (13)

Smyslem terénní práce je přímá intervence v terénu, kdy je především kladen důraz na snižování sociálních a zdravotních rizik souvisejících s užíváním drog, poskytování dostupných informací týkajících se prevence infekčních onemocnění, či trestně právního chování. Streetwork se snaží působit na změnu chování klienta, k této změně ho motivovat a tuto změnu udržet. (13)

Pracovníci terénních programů

Na osobnostní kvality pracovníka se v terénních programech klade velký důraz. Důležitější, než formální vzdělání, jsou alespoň zpočátku komunikační dovednosti, schopnost tvořivě myslet a nekonvenčně jednat. Komunikativnost, důvěra, respekt, věrohodnost a pochopení pro problémy spojené s užíváním drog jsou hlavními kritérii při výběru zaměstnanců. Formální vzdělání si může pracovník doplnit postupně. Výjimkou je profese zdravotní sestry a sociální pracovníce, kterou by měl zahrnovat každý tým terénních programů. Samozřejmostí je pozornost věnovaná jejich dalšímu odbornému růstu a profesním rizikům. Terénní práce je fyzicky i psychicky velice náročná, probíhá v situacích, které jsou potenciálně nebezpečné. Proto je nezbytné poskytnout pracovníkům možnost řádného proškolení a

soustavnou supervizi. Dále je nezbytné věnovat pozornost bezpečnosti práce a prevenci syndromu vyhoření. (13)

Činnosti terénního pracovníka jsou:

- informace o testování HIV/AIDS a virových hepatitid, poskytování informací o očkování, možnost osobní asistence do příslušného zdravotnického zařízení
- poskytování aktuálních informací o dostupných léčebných programech
- výměnný program injekčního materiálu a distribuce zdravotnického materiálu (desinfekční tampony, voda, náplasti, filtry, kondomy), distribuce metodických materiálů
- program sociální a zdravotní asistence
- poskytování základní první pomoci
- doporučení do příslušných zdravotnických a sociálních institucí
- asistování při řešení zdravotních a sociálních problémů včetně motivace klienta ke změně rizikového chování
- poskytování informací o rizicích, spojených s užíváním drog včetně rizikového sexuálního chování
- vytváření důvěry klienta v ostatní formy pomoci, budování a udržení vztahů a vazeb s okolními institucemi
- sběr dat informujících o stavu a vývoji drogové scény
- vedení statistiky a dokumentace o práci s klientem
- poskytování krizové intervence (13)

Základní těžiště streetworku je především v přímé práci s klienty na otevřené drogové scéně. Tedy na ulici, v klubech, restauracích a na diskotékách. Rizikové jedince a neformální skupiny kontaktuje v době a v místech, kdy a kde se obvykle zdržují, spontánně scházejí. Terénní práce není vázána pouze na jednu lokalitu. Je schopná pružně reagovat na změnu situace a přenést svoji působnost na místo aktivního dění. (30)

Cílem terénní práce je oslovit ty, kteří pomoc potřebují, avšak sami ji nevyhledávají, případně ji odmítají. Streetwork je založen především na získání důvěry v sociálního pracovníka. Proto se doporučuje, aby pracovník zůstal přirozený, nenasazoval žádnou „masku“ a nevymýšlel si o vlastních zkušenostech s drogou. Je také nezbytné, aby neměl aktuální problémy s žádnou drogou. (30)

Kroky, které mohou posloužit jako vodítko pro lepší komunikaci s uživateli drog přímo na ulici jsou:

- chtít poslouchat
- důvěra ve schopnost druhého poradit si se svými pocity
- chtít pomoci
- přijetí, ne souhlas
- vědět, že pocity jsou pomíjivé
- vidět tyto osoby oddělené od sebe (3)

Stejně jako u jiných služeb kontaktního centra je i zde zaručena anonymita a mlčenlivost. Klienti mají možnost terénního pracovníka oslovit a vyměnit si sterilní injekční materiál, když chtějí. Mohou se rozhodnout, jestli se chtějí dále bavit či nikoliv. (3)

Pracovníka poznají podle zřetelně označené brašny. V této brašně má sterilní stříkačky, jiný zdravotnický materiál (dezinfekční tampony, vodu, filtry, kyselinu citrónovou, kondomy) a osvětové materiály, informující o možnostech snižování rizikového chování a o kontaktním centru. Nezbytnou součástí tohoto vybavení tvoří také kontejner na použité stříkačky. Je též velice důležité dodržovat při výměně zásady správné a bezpečné manipulace s infekčním materiálem. Likvidace infekčního materiálu je většinou zajištěna smlouvou prostřednictvím kontaktního centra. (3)

Činnost terénních pracovníků s drogově závislými lidmi se orientuje především na pravidelné návštěvy drogové scény, navazování nových a udržování starých kontaktů se skrytou populací uživatelů drog. Cílem je snaha převést postupně tyto klienty do kontaktu s kontaktním centrem. (3)

Streetworker vede dokumentaci o proběhlých kontaktech a zapisuje do ní jejich charakter. Zaznamenává nově oslovené klienty, počet těch, kteří již využili služeb jiných institucí a počet zprostředkovaných kontaktů s cílem využití jiných služeb. Dále sleduje počet vyměněného materiálu. V denním výkazu zaznamenává činnost každého dne práce v terénu. (3)

### ***1.8 Návaznosti v systému***

Kontaktní centra jsou pomyslnými „dveřmi do systému služeb“. Spolupráce, předávání klientů, koordinovaná práce, která prostupuje hranice různých organizací z různých rezortů, však bývá nejtěžší klíčovou složkou tvorby systému. Problematika drog je mezioborový a multidisciplinární problém, se kterým je nezbytné v této úrovni stále pracovat. (13)

Kontaktní centra jsou nyní vázána povinnostmi předávat údaje hygienickým stanicím (hlášení do registru problémových uživatelů), spolupracují s praktickými lékaři, s ambulantními psychiatry, s programy detoxifikace, s terapeutickými komunitami, s denními stacionáři (komponované programy, psychoterapeutická pomoc, rodinné intervence, arteterapeutické působení, motivační programy, individuální a skupinová terapie a v neposlední řadě volnočasové aktivity), s psychiatrickými léčebnami a odděleními, s právními poradnami (konzultace problémů klientů v konfliktu se zákonem, zastupování klientů v různých fázích trestního řízení), s probační a mediační službou, se zařízením sociální péče (možnost podporovaného bydlení, práce, příspěvků). (13)

### ***1.9 Poskytované služby v kontaktních centrech:***

- Kontaktní práce – navázání kontaktu s klientem, navození vzájemné důvěry, zjištění základních problémů a potřeb. Kontaktní práce patří mezi hlavní aktivity nízkoprahového zařízení. Realizována je v kontaktní místnosti, která

svým interiérem nabourává vžitě představy o charakteru zdravotnické instituce, vyhledávání a podchycení skryté toxikomanské populace. (13)

- Základní zdravotní péče – základní zdravotní ošetření, zajištění testování na HIV a hepatitidy, neodkladná péče v případě potřeby, zajištění a zprostředkování a pomoc při odborných vyšetřeních klientů. (13)
- Výměnný program – výměna injekčního náčiní, distribuce desinfekčních a dalších pomocných prostředků a zdravotnického materiálu i ostatních parafenálií (vše co souvisí s už. drog – tampony, kyselina, roztoky aj.). (13)

Tvrdé drogy se užívají nejčastěji nitrožilně. Nejde jen o to, že dochází k nitrožilní aplikaci, ale i o to, jak k ní dochází. Drogově závislí někdy používají nejen jehly nesterilní, ale i špinavé a použité. K aplikaci používají jakoukoliv vodu, například i z kaluží a nádržek na WC. Někdy si místa vpichů nedezinfikují, horší ovšem je, že si drogu píchnou i přes oděv. To vše je velmi rizikové chování. Nejhorším zvykem je vzájemné sdílení použitých jehel a stříkaček. Jde zde o přímou výměnu krve a není rychlejší a jednodušší způsob šíření infekčních onemocnění. Kromě tohoto přenosu infekce, hrozí toxikomanům i riziko související s promiskuitním způsobem života, jehož prostřednictvím získávají peníze na drogy. (31)

Výměnný program je preventivní aktivita, která vychází z akceptování reality, že je zde skupina lidí, která si drogy aplikuje a bude aplikovat injekčním způsobem. Cílovou skupinou jsou toxikomani, kteří se chovají rizikově ve vztahu k šíření infekčních chorob (např. infekce HIV, hepatitis, atd.), prioritně intravenózní uživatelé drog. (13)

#### Cíle výměnného programu:

- prevence výskytu infekčních onemocnění, zejména virových hepatitid a HIV infekce ve skupině nitrožilních uživatelů
- osvětová činnost (informace o bezpečném braní, sexu)
- prevence šíření těchto infekcí do ostatní populace (rodíče, partneři)
- odborná likvidace použitého injekčního materiálu

- navázání dalších kontaktů s uživateli drog
- motivace klienta k abstinenci
- ochrana ostatní / drogou nezasažené populace (13)

#### Efektivita programů výměny injekčních jehel a stříkaček:

Právě dostupnost čistých jehel a stříkaček viditelně podle několika studií snížila rizika přenosu HIV a jiných infekčních onemocnění. (26)

Obsahem výměnného programu je také sběr použitého materiálu, jeho bezpečný transport a zabezpečení likvidace. Výměnný program spočívá ve výměně použitého injekčního materiálu za nový, sterilní. Výměna probíhá formou „kus za kus“, tj. za jednu použitou jehlu jednu čistou. O výměnném programu je vedena anonymní evidence. Sleduje se počet vyměněných kusů, počet klientů, jejich pohlaví apod. (26)

#### Další poskytované služby v k-centrech:

- Základní poradenství – prohloubení navázaného kontaktu s důrazem na změnu rizikových vzorců chování klienta. Týká se hlavně zdravotního stavu klienta, zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog, minimalizace těchto rizik, dále informací o možnostech léčby a sociální rehabilitace, informací o léčebných a jiných odborných zařízeních, zprostředkování léčby. Dále jsou poskytovány služby základního právního a sociálního poradenství, poradenství v náročných životních situacích. (13)
- Další krátkodobé intervence – krizová intervence, včasná intervence, jednorázová nebo krátkodobá práce s rodiči, partnerem či rodinou klienta, poradenství v aktuální psychické krizi. (13)
- Sociální práce – pomoc při hledání zaměstnání a jeho zprostředkování, ubytování a vyřizování dokladů. Zajištění bydlení a odpovídajícího oblečení....

- Strukturované poradenství a motivační trénink – Kalina říká, že pomáhá klientovi získat, udržet a posílit motivaci při dalším postupu v léčbě – směrem k abstinenci. Často je pojímáno jako „vyšší stupeň“ služeb kontaktního centra, při čemž klient vystupuje z anonymity a ze společenství v kontaktní místnosti a vstupuje do terapeutického či poradenského vztahu. Nejčastěji jsou uplatňovány techniky KBT či systémové psychoterapie. (13)
- Doplňkové služby – hygienický servis, potravinový servis či vitaminový servis. (13)
- Individuální a skupinová terapie – dle Kaliny probíhá terapeutická činnost především u klientů, kteří již mají vybudovanou důvěru, podařilo se zajistit motivaci ke změně postojů. Velmi často je spojená s přípravou klienta k nástupu do léčby či k zásadní změně postojů vůči braní drog. Terapeutická činnost je orientována jak pro populaci klientů tak i pro populaci rodičů. Individuální forma má především zpočátku motivační a podpůrný charakter, který když se podaří zvládnout může směřovat klienty do svépomocných či terapeutických skupin, které vykazují dle výzkumů jednu z nejefektivnějších forem působení. (13)
- Zprostředkování detoxikace a léčby – dle Kaliny je tato činnost vyvrcholením působení streetworkerů a pracovníků kontaktního centra. Je odrazem změny postojů a chování klienta a velmi často navazuje na dlouhodobou práci a motivační trénink v rámci nízkoprahového zařízení. Úzce souvisí s vlastním motivačním tréninkem, který se nejčastěji projevuje v prvních týdnech léčby, především v rámci detoxikace, která je pro osoby drogově závislé velmi nepříjemná a často bolestivá ač dochází k tlumení abstinčních příznaků odpovídající medikací. (13)
- Odborná sociální práce – dle Kaliny se klienti se svým způsobem života a dosavadními (slabými) zkušenostmi a dovednostmi často dostanou do existenčních problémů. Řada klientů se pohybuje v sociální nouzi, bez přístřeší a ve vážných problémech vyplývajících z neplacení zdravotního a sociálního pojištění. Mnoho klientů ztrácí osobní doklady a potřebují pomoc při vyřízení

náhradních či nových dokladů, stejně jako pomoc při zajišťování bydlení, práce a ostatních služeb sociálního charakteru. Tyto služby zahrnují i doprovod a pomoc při jednání na úřadech či jiných organizacích. (13)

- Preventivní aktivity - primární prevence není hlavní a stěžejní náplní kontaktního centra, avšak má v této souvislosti mnoho nabídnout v rámci primární protidrogové prevence. V průběhu provádění preventivní činnosti se děti a mládež seznamují mimo vlastního nebezpečí drog i s prostředím kontaktního centra a tak se pro ně v případě výskytu jejich problému či problému osoby z jejich blízkého okolí stává kontaktní centrum a poradenský servis podstatně méně prahovým. (13)
- Substituce – Zahájení léčby závislosti na opiátech pomocí substituce učinilo v léčbě revoluci, neboť tento způsob léčby prokázal dříve neznámou schopnost udržet pacienty v léčbě a omezit jejich užívání ilegálních drog. (25)

Substituční léčba je jednou z nejúčinnějších terapií závislostí na opiátech, zároveň funguje jako první kontakt závislého se zdravotní pomocí, z níž může potom plynule přestoupit do dalších – abstinčně orientovaných, léčebných programů. (17)

Substituční léčba je jednou z klíčových komponent léčby závislosti. (13)

## ***2. Cíle práce a hypotézy***

### ***2.1 Cíle práce***

Hlavním cílem výzkumného projektu je zjistit úroveň poskytovaných služeb v kontaktních centrech v Písku a Českých Budějovicích v komparaci s požadavky klientů.

Další cíle jsou:

- zjistit úroveň poskytovaných služeb, které doprovázejí sociální práce, motivační trénink, zprostředkování léčby
- stabilizace klienta, návrat do určité životní role, zlepšení kvality života
- navazování a udržení kontaktu s uživateli drog

### ***2.2 Hypotézy***

Hypotézy budou stanoveny na základě kvalitativního výzkumu.

### **3. Metodika**

#### **3.1 Použité metody**

Dle Miovského se termín kvalita pojímá jako jakost, hodnota nebo souhrn vlastností, z nichž se dozvídáme něco o tom, co a jaký je předmět našeho zájmu. (16)

Kvalitativní metody jsou pro drogovou epidemiologii plně rovnocenným partnerem kvantitativních metod. Výzkum skrytých jevů a výzkum vysoce rizikové populace za výhradně kvantitativních metod je v zásadě nemožný. Kvalitativní přístup představuje ve vědě a výzkumu způsob chápání jevů prostřednictvím jejich kvality, tedy prostřednictvím nekvantifikovaných vlastností těchto jevů. (34)

Jako techniky sběru dat jsem zvolila sekundární analýzu dat, semistrukturované rozhovory a zúčastněné pozorování. Zkoumanými daty byly výroční zprávy za rok 2006 z kontaktních center v Písku a v Českých Budějovicích.

##### **3.1.1 Sekundární analýza dat**

Analýza dokumentů má za účel zpracovávat materiál, který nemusí (ale může) být vytvořen výzkumníkem v procesu výzkumu, který již existuje, a výzkumník většinou pouze dle svého výzkumného cíle materiál vybírá, provádí selekci, případně různé úpravy atd. (16)

Pro získání potřebných dat jsem oslovila pracovníky kontaktních center, kteří mi dali k dispozici výroční zprávy a podrobnější data o činnosti a poskytovaných službách jejich organizací. K dispozici jsem dostala z každého kontaktního centra výroční zprávu za rok 2006 a vlastní údaje kontaktních center související s množstvím poskytovaných služeb a jejich vyhledáváním cílovou populací uživatelů drog, ze kterých jsem zkoumala ukazatele, jako např. počet klientů, počet prvních kontaktů, počet provedených služeb, počet vyhledaných služeb, popř. jaké služby byly vyhledány.

### ***3.1.2 Semistrukturované rozhovory***

Základní technikou sběru dat u užívání nelegálních drog v populaci nebo u podobných témat jsou osobní pohovory. Otázky by měly standardně pokrývat minimálně: pohlaví, věk, rodinný a zaměstnanecký status, vzdělání, celoživotní prevalenci užívání OPL, prevalenci užívání OPL, frekvenci užívání OPL atd. (34)

S každým respondentem byl proveden polostrukturovaný rozhovor. V rozhovoru jsem se zaměřila na získání základních údajů o respondentovi. Zaměřila jsem se na následující oblasti: osobní údaje (osobní anamnéza, současné užívání drog), využívání nízkoprahových služeb (zkušenost se službami, atraktivita nízkoprahových služeb, spokojenost s nízkoprahovými službami, spokojenost s přístupem personálu), využívání substituční léčby (informovanost o této možnosti).

### ***3.1.3 Zúčastněné pozorování – nestrukturované***

Součástí práce s informacemi byl také materiál získaný prostřednictvím mého pozorování. Právě konfrontace mezi záznamem rozhovoru a tím, co pozoroval tazatel sám, byla zdrojem dalších dat užitečných při analýze. Tento přístup je postaven na různých introspektivních technikách. Obecně platí pravidlo, že čím kvalitnější je schopnost introspekce a tedy čím lepšího a kvalitnějšího sebepoznání tazatel dosáhne, tím kvalitnějším a užitečnějším se stává „výzkumným nástrojem“. Toho se dosahuje systematickým a kontrolovaným nácvikem. (16)

Zaznamenáno bylo vzezření klienta, jeho spolupráce a postoj, úsilí, pozornost a spontaneita v jeho chování, celková nálada, kontakt během rozhovoru, celkový dojem o osobnosti respondenta a také to, jestli byl pod vlivem nějaké legální či nelegální návykové látky.

### ***3.2 Charakteristika zkoumaného vzorku pro vedení rozhovorů***

Dále mi bylo umožněno v rámci kontaktních center realizovat semistrukturované rozhovory s klienty. Tyto rozhovory mi dále sloužily jako podklad pro evaluaci získaných dat a ověření adekvátnosti poskytovaných služeb z obsahové analýzy.

Cílový soubor tvoří klienti kontaktních center ve zkoumaných městech Jihočeského kraje, přičemž byli kontaktováni prostřednictvím pracovníků nízkoprahových center. Rozhovory probíhali buď v kontaktní místnosti nebo v jiné místnosti nízkoprahového centra. Klienti byli dotazováni předem připravenou baterií otázek zjišťující dostatečnost a odpovídající množství poskytovaných specifických služeb kontaktních center. Respondenti byli vybíráni kvótním náhodným výběrem, aby nedošlo ke zkreslení dat a bylo zachováno rozložení dle zastoupení pohlaví v toxikomanské subkultuře vyhledávající služby v kontaktních centrech. Výzkumný soubor tvořilo celkem čtrnáct drogově závislých klientů (z každého centra sedm klientů), se kterými byl prováděn rozhovor.

Výzkum proběhl od ledna roku 2008 do března roku 2008.

## 4. Výsledky

### 1. rozhovor

#### **Klient H. K. – K–centrum Písek**

Věk: 20 let

Pohlaví: muž

Vzdělání: vyučen

Na otázku, zda respondent žije se svou rodinou a zda je jeho rodina úplná klient uvedl, že žije se svými rodiči. („Jo bydlím u našich. Co si pamatuju, tak mají furt nějaký problémy a hádají se, ale zatím sou spolu.“) Na další otázku, kdy začal užívat drogy a které všechny zkusil, mi klient odpověděl, že jako první zkusil cigarety a alkohol asi v jedenácti letech, s marihuanou začal s kamarády asi ve čtrnácti letech. Asi v patnácti začal s pervitinem a ten užívá dodnes. Jinak zkusil všechno možné (lysohlávky, toluen, LSD, speed). Další otázka zněla: „Takže jste vyučen. Zajímaloby mě, co teď děláte? Máte nějakou práci?“ Klient odpověděl: „No chvíli sem pracoval, ale šéf zjistil, že sem na perníku a vyrazil mě. Tak sem zašel na pracák, kam mě dokopala máma a teď jsem zaregistrovanej tam.“ Na otázku jak často užívá drogy injekčně, respondent odpověděl, že tak třikrát až čtyřikrát týdně. Další otázka byla zaměřena na to, v jaké příležitosti nejčastěji užívá drogy. Respondent odpověděl, že buď sám anebo s kamarády v partě. Na otázku zda někdy sdílel s někým injekční stříkačku klient uvedl, že se mu již několikrát stalo, že sdílel stříkačku s někým jiným („Vždycky to byl někdo koho sem znal celkem dobře a stalo se to jen párkrát, tak pětkrát za celou dobu“).

Dále jsem se respondenta ptala na to, od koho se dozvěděl o kontaktním centru a jeho službách. Odpověděl, že od kamarádů z party. Další otázka byla zaměřena na to, zda si myslí, že má o těchto službách dostatek informací. Respondent uvedl, že si myslí, že je dostatečně informovaný. („Nejvíce se dozvim od kámošů anebo od pracovníků z káčka. Myslim, že je to tu dobrý a že je tu dost služeb. Možná by ale bylo dobrý vypustit víc letáků, ať se ty informace šíří líp a rychleji“). Dále jsem se respondenta ptala, kdy

poprvé užil některé služby a jaké. Odpověděl, že poprvé asi před třemi lety, když mu známí řekli, že přijde terénní pracovník na výměnu. Počkal společně s kamarády na dohodnutém místě a vyměnil si také. Další otázka byla, jak často využívá služeb kontaktního centra. Klient odpověděl, že tak dvakrát týdně si zajde vyměnit, někdy třeba i posedí v kontaktní místnosti a dá si kávu nebo polévku. („Je to tam supr, nikdo se na tebe nekouká skrz prsty a dá se s nimi docela dobře pokecat. Když mám třeba nějaký problém a tak.“). Klient na otázku, zda by chtěl něco na kontaktním centru změnit, nebo zda by chtěl přidat nějaké služby odpověděl, že se mu vše zdá v pořádku, ale by, aby se zavedly slinné testy.

## **2. rozhovor**

### **Klient Z. P. – K-centrum Písek**

Věk: 26 let

Pohlaví: muž

Vzdělání: středoškolské

Zajímalo mne, zda klient vyrůstal v úplné rodině. Klient odpověděl: „Ne, naši se rozvedli, když mi bylo asi patnáct. Bral jsem to docela blbě a v tu dobu jsem začal experimentovat s drogami. Teď bydlím na ubytovně se svojí přítelkyní.“ Na další otázku, se kterými drogami má klient zkušenosti, klient uvedl, že jako první zkusil cigarety asi ve čtrnácti letech, s marihuanou začal právě v patnácti letech a asi v sedmnácti letech začal s heroinem. Nyní klient využívá substituční léčby. Je velmi spokojen s tím, že si sám nemusí hledat lékaře, který mu bude subutex předepisovat a že k-centrum v Písku toto poskytuje. V další otázce jsem se zaměřila na to, zda má nějakou práci. Klient odpověděl, že právě dostal nabídku řídit kamion. Tuto možnost mu nabídl jiný klient, také v substituční léčbě. Zaměstnavatel prý ví, že oba využívají substituční léčbu a nevdá mu to. Moc se na to prý těší a uvažuje, že přestane k-centrum navštěvovat. Na otázku zda a jak často užívá subutex injekčně, respondent odpověděl, že ho injekčně užívá a to každý den. („Vim, že bych ho neměl užívat injekčně, ale zatím je to pro mě lepší. Chtěl bych s tím postupně přestat úplně, ale teď, když jsem našel

dobrou práci, nechci nic pokazit.“) Další otázka zněla: „Užíváte, nebo jste užíval drogy někdy společně s někým jiným?“ Respondent odpověděl, že jednou si aplikoval drogu ze stříkačky, kterou před tím použila jeho přítelkyně. Od té doby to ale již neudělal. S přítelkyní se později rozešel a ta se poté nakazila hepatitidou C.

Dále jsem se respondenta ptala na to, od koho se dozvěděl o kontaktním centru a jeho službách. Odpověděl: „Jednou sem někde narazil na leták. Bylo to docela dobře napsaný, tak sem byl zvědavěj a šel sem se podívat.“ Respondent na otázku, zda si myslí, že má o službách k-centra dostatek informací, odpověděl, že ano. Dále jsem se respondenta ptala, kdy poprvé užil některé služby a jaké. Uvedl, že to bylo právě v té době, kdy se mu dostal do rukou tento leták (asi před dvěma roky) a když přišel do k-centra zůstal hodinu na kontaktní místnosti, kde si popovídal s pracovníky k-centra a poté si vyměnil injekční materiál. Další otázka byla, jak často využívá služeb kontaktního centra. Klient odpověděl, že v této době tak jednou týdně, někdy jednou za čtrnáct dní. („Chodím sem pro recept od doktora na subutex a pak na sezení s pracovníkem k-centra. Je to docela dobrý si sem tam s někým pokecat. Hlavně je to jen mezi námi dvěma a člověk může říct skoro všechno.“) Klienta jsem se ptala, co by chtěl změnit na k-centru. Klient uvedl, že by chtěl, aby se prodloužila doba pobytu v kontaktní místnosti. Dále by si přál, aby se klientům, kteří jsou v substituční léčbě, nedělaly tak často testy na drogy a když už, tak aby to byly slinné testy.

### **3. rozhovor**

#### **Klient L. P. – K-centrum Písek**

Věk: 23 let

Pohlaví: muž

Vzdělání: vyučen

Respondentovi jsem položila otázku, zda žije se svou rodinou. Respondent odpověděl, že teď bydlí s přítelkyní, která je také závislá, v pronajatém bytě. („Bydlíme spolu asi rok a zatím nám to klape.“) Dále jsem se ptala, zda vyrůstal v úplné rodině. Klient

odpověděl, že předtím bydlel s rodiči, ale ti později zjistili, že bere drogy a vyhodili ho z domu. („Mám ještě starší ségru a ta studuje vejšku. S tou mám celkem dobrý vztah. Někdy se sejdeme a docela pokecáme.“) Na další otázku, kdy začal užívat drogy a které všechny zkusil, klient uvádí, že jako první zkusil alkohol a cigarety v sedmnácti, poté zkusil marihuanu a extázi. Přibližně v devatenácti zkusil pervitin a s přestávkami ho užívá do teď. Další otázka byla: „Takže jste vyučen. Zajímalo by mě, co teď děláte? Máte nějakou práci?“ Klient odpověděl: „Za tři roky jsem vystřídal několik míst, ale teď se už asi půl roku držím na jednom. Je to dobrý v tom, že mám stálej příjem, na rozdíl od některých kámošů, který taky berou.“ Na otázku jak často užívá drogy injekčně, respondent odpověděl, že má období, kdy třeba měsíc dva nebere nic a potom zase období, kdy bere každý den. Nyní má období, kdy drogy omezil. Další otázka byla zaměřena na to, v jaké příležitosti nejčastěji užívá drogy injekčně zda někdy sdílel s někým injekční stříkačku. Respondent odpověděl, že nikdy s nikým nesdílel společnou stříkačku. („Mám dost kámošů, co mají céčko a je to dost velký varování. Myslim, že není takovej problém si stříkačky buď koupit v lékárně, nebo si dojít sem do káčka na výměnu. Ještě k tomu můžeš dostat vitamíny a všechno potřebný k aplikaci.“)

Dále jsem se respondenta ptala na to, od koho se dozvěděl o kontaktním centru a jeho službách. Odpověděl, že se o k-centru dozvěděl od své přítelkyně. Na otázku, zda si myslí, že má o těchto službách dostatek informací, odpověděl, že o všem novém ho prý informují pracovníci k-centra nebo kamarádi. („Přijde mi to tu fakt dobrý, nikdo tě tu neodepisuje, nikdo se na tebe nekouká skrz prsty, prostě dobrý.“) Dále jsem se respondenta ptala, kdy poprvé užil některé služby a jaké. Odpověděl, že poprvé asi před rokem, když mu přítelkyně řekla, že je možnost si zde vyměnit špinavé jehly za čisté. Další otázka byla, jak často využívá služeb kontaktního centra. Klient odpověděl, že jak kdy. („Někdy jsem tu třeba i dvakrát až třikrát týdně a pak mám období, jako třeba teď, kdy se tu objevím jednou za měsíc i dva. Pozeptat se, co je nového, dám kavčo a zas jdu.“) Klienta jsem se dále ptala, co by chtěl na poskytovaných službách změnit. Klient uvedl, že by se mu například líbilo, kdyby se zavedla v k-centru aplikační místnost.

Dále by chtěl, aby klienti, při výměně injekčního materiálu, dostávali lžičky (i umělohmotné) na rozpouštění drog. Klient uvedl, že si uživatelé drog půjčují navzájem své náčiní a tím se mohou též nakazit infekční chorobou.

#### **4. rozhovor**

##### **Klient L. K. – K-centrum Písek**

Věk: 18 let

Pohlaví: muž

Vzdělání: základní (student učebního oboru)

Na otázku, zda respondent žije se svou rodinou a zda je jeho rodina úplná, klient uvedl, že žije se svou matkou a otčímem. Otčím s nimi je od klientových pěti let. („Nemáme ten nejlepší vztah, ale aspoň spolu nějak vyjdeme. Můj vlastní táta umřel, když mi byli dva roky. Ani si na něj nepamatuju.“) Na další otázku, kdy začal užívat drogy a které všechny zkusil, mi klient odpověděl, že jako první začal kouřit cigarety a hned vzápětí marihuanu. Bylo mu asi třináct let. V šestnácti zkusil pervitin a občas si dá dodnes. Na otázku jak často užívá drogy injekčně, respondent odpověděl, že tak jednou za měsíc, někdy i více. Další otázka byla zaměřena na to, v jaké příležitosti nejčastěji užívá drogy injekčně a zda někdy sdílel s někým injekční stříkačku. Respondent odpověděl, že buď sám anebo s kamarády v partě. Nikdy nesdílel s nikým injekční stříkačku.

Dále jsem se respondenta ptala na to, od koho se dozvěděl o kontaktním centru. Odpověděl, že od kamarádů z party. Na otázku zda si myslí, že má o službách k-centra dostatek informací, odpověděl, že si myslí, že je dostatečně informovaný. („Nevyužívám to tu tak často, ale myslím, že tu mají dobrý služby.“) Dále jsem se respondenta ptala, kdy poprvé užil některé služby a jaké. Odpověděl, že poprvé asi před půl rokem. O k-centru se dozvěděl od kamarádů. Další otázka byla, jak často využívá služeb kontaktního centra. Klient odpověděl: „Byl jsem tady párkrát, teď asi po desátý. Většinou si jen vyměním, někdy si sednu na kafe. Ale nechci se tu potkávat s těma

lidma.“ Klienta jsem se ptala, zda by chtěl na službách k-centra něco změnit, klient uvedl, že je spokojený s tím, jaké to tu je. Líbí se mu individuální přístup ke klientům.

## **5. rozhovor**

### **Klient Z. H. – K-centrum Písek**

Věk: 23 let

Pohlaví: muž

Vzdělání: vyučen (student)

Zajímalo mne, zda klient vyrůstal v úplné rodině. Klient uvedl, že bydlí s rodiči a vyrůstal v úplné rodině. Na další otázku, se kterými drogami má klient zkušenosti, mi klient odpověděl, že zkusil všechno možné, ale jen experimentálně. Jinak stále kouří marihuanu, kterou poprvé vyzkoušel v patnácti letech. Asi v osmnácti zkusil heroin a nyní je v substituční léčbě. („Bylo to hrozný, nemyslel jsem na nic jiného, než mít tu drogu. Hodně mi pomohli naši a dokopali mě sem do káčka. Teď jsem na subutexu a můžu si dodělat v klidu školu.“) Na otázku zda užívá subutex injekčně mi respondent odpověděl, že nyní už injekčně neužívá. („Konečně jsem se dostal z toho nejhoršího. Už beru jen tablety a stačí mi to. Další otázka zněla: „Sdílel jste dříve injekční stříkačku společně s někým jiným?“ Respondent odpověděl, že nikdy.

Dále jsem se respondenta ptala na to, od koho se dozvěděl o kontaktním centru a jeho službách. Odpověděl, že ho sem donutili jít rodiče asi před dvěma lety. („Když už nevěděli, co se mnou, zavolali sem do káčka a tady jim řekli, že mě sem mají nějak dostat. No tak sem přišel jednou a pak už se to vezlo. Chodil jsem na terapie. Jinak mi doporučili i Detox a léčbu. Chodil jsem sem docela často a doporučili mi i psychiatra. Jinak ale žádný služby nevyužívám, i když o nich vím.“) Dále jsem se ptala, zda si myslí, že má o těchto službách dostatek informací. Klient uvedl, že díky terapiím se vždy dozví vše nového od pracovníků k-centra. Dále jsem se klienta ptala na to, zda by něco na službách k-centra změnil. Klient uvedl, že se mu líbí, že je zde substituční léčba. Sám řekl, že si myslí, že je to velká záchrana pro hodně lidí. („Je to super. Na

tomhle můžeš zase začít fungovat. Nemusíš zvyšovat dávku jako u heroinu, naopak můžeš postupně snižovat.“) Klient ještě uvedl, že by též uvítal slinné testy.

## **6. rozhovor**

### **Klient K. J. – K-centrum Písek**

Věk: 29 let

Pohlaví: muž

Vzdělání: základní

Respondentovi jsem položila otázku, zda žije se svou rodinou a zda vyrůstal v úplné rodině. Klient uvedl, že vyrůstal v úplné rodině, ale nyní už s rodiči nebydlí. Přespává u různých kamarádů. Na další otázku, kdy začal užívat drogy a které všechny zkusil, klient uvedl, že pít alkohol začal v šestnácti letech, v sedmnácti letech poprvé zkusil marihuanu a o rok déle vyzkoušel i pervitin, který s přestávkami užívá dodnes. V další otázce mě zajímalo, zda klient pracuje. Klient uvedl, že nepracuje a ani se mu nechce. Dále jsem se ptala, zda je zaregistrován na úřadu práce. Klient uvedl, že ho z úřadu práce vyhodili, jelikož neplnil podmínky. Na otázku jak často užívá drogy injekčně, respondent odpověděl, že někdy více, někdy méně, v průměru ale tak jednou za čtrnáct dní. V další otázce jsem se respondenta ptala, v jaké příležitosti nejčastěji užívá drogy injekčně. Nejčastěji užívá drogy s přáteli. Dále jsem se ptala, zda někdy sdílel s někým injekční stříkačku. Respondent odpověděl, že se mu již stalo, že sdílel jednu stříkačku, ale nebylo to více než třikrát.

Dále jsem se respondenta ptala na to, od koho se dozvěděl o kontaktním centru a jeho službách. Odpověděl, že se o k-centru dozvěděl od svých přátel. Na otázku, zda si myslí, že má o těchto službách dostatek informací, respondent uvedl, že o všem novém ho informují kamarádi nebo pracovníci k-centra. Dále jsem se respondenta ptala, kdy poprvé užil některé služby a jaké. Uvedl, že poprvé asi před čtyřmi roky, když zjistil, že je možnost si zde vyměnit špinavé jehly za čisté. Další otázka byla, jak často využívá služeb kontaktního centra. Klient odpověděl, že přibližně jednou za měsíc. Respondenta

jsem se ptala, zda by chtěl něco na službách k-centra změnit. Odpověděl, že by chtěl, aby se prodloužila doba pobytu v kontaktních místnostech a aby se smělo v kontaktní místnosti kouřit. Jinak se mu líbí přístup pracovníků.

## **7. rozhovor**

### **Klientka S. V. - K-centrum Písek**

Věk: 18 let

Pohlaví: žena

Vzdělání: základní (studentka střední školy)

Na otázku, zda klientka žije se svou rodinou a zda je její rodina úplná klientka uvedla, že žije se svou matkou. („Naši jsou rozvedení, takže bydlím jen s mámou a s bratrem, tomu je teď deset.“) Na další otázku, kdy začala užívat drogy a které všechny zkusila, mi klientka odpověděla, že kouřit cigarety začala v šestnácti a v sedmnácti poprvé zkusila pervitin. Jinak vyzkoušela různé drogy, ale jen příležitostně. Na otázku jak často užívá drogy injekčně, respondentka uvedla, že tak jednou, někdy dvakrát za měsíc. Na další otázku, v jaké příležitosti nejčastěji užívá drogy injekčně a zda někdy sdílela s někým injekční stříkačku, respondentka uvedla, že buď sama anebo s kamarády v partě, a že stříkačku nikdy s nikým nesdílela.

Dále jsem se respondentky ptala na to, od koho se dozvěděla o kontaktním centru a jeho službách. Odpověděla, že od kamarádů z party. Na další otázku, zda si myslí, že má o těchto službách dostatek informací, respondentka uvedla, že si myslí, že je dostatečně informovaná. Dále jsem se respondentky ptala, kdy poprvé užila některé služby a jaké. Odpověděl, že poprvé asi před půl rokem. Využila výměnný program. Další otázka byla, jak často využívá služeb kontaktního centra. Klientka odpověděla, že tak jednou za měsíc. („Líbí se mi, že je tu všechno zadarmo. Můžu si tu dát polívku nebo kafe a ještě k tomu i popovídat o svých problémech.“) Respondentky jsem se ptala, co by změnila na poskytovaných službách v k-centru. Odpověděla, že by se jí líbilo, kdyby měla možnost dostat v k-centru například antikoncepci. Těhotenský test

prý už využila, když jednou přišla do k-centra a svěřila se pracovníci k-centra, že si není jistá, jestli není těhotná. Ta jí tento test nabídla. Dále by respondentka uvítala, kdyby se prodloužila doba pobytu v kontaktní místnosti.

## **8. rozhovor**

### **Klient M. N. – K-centrum České Budějovice**

Věk: 25 let

Pohlaví: muž

Vzdělání: vyučen

Na otázku, zda je respondentova rodina úplná a zda žije se svou rodinou, respondent uvedl, že se jeho rodiče rozvedli, když mu bylo devět let. Dětství prý měl normální, ale otec ho někdy bil. Ve škole se učil průměrně. S otcem se příliš nestýká. Nyní bydlí ve vlastním pronajatém bytě. V další otázce jsem se zaměřila na to, zda má nějakou práci. Klient uvedl, že zaměstnání má a jeho nadřízený mu sdělil, že by měl se svou závislostí něco dělat a že mu pomůže. Na další otázku, kdy začal užívat drogy a které všechny zkusil, klient uvedl, že drogy už prý pro něj nejsou to, co dříve. Nyní bere drogy asi sedm let, z toho čtyři roky užívá heroin a příležitostně Subutex. Nejdříve, jak se přiznal vyzkoušel marihuanu, poté „šňupal“ stimulancia. Bylo to pro zpestření na akcích (pro výdrž, lepší vnímání prostředí atd.). Na otázku jak často užívá drogy injekčně, klient uvedl, že denně. Na další otázku, v jaké příležitosti nejčastěji užívá drogy injekčně a zda někdy sdílel s někým injekční stříkačku, odpověděl, že jako asi každý závislý člověk, u kterého se objeví první abstinční příznaky, i on se ne jednou podělil o svou injekční stříkačku s přáteli. To se neobešlo bez následků a dostal hepatitidu typu B. Když ho pustili z nemocnice, abstinování mu vydrželo asi čtyři měsíce.

Dále jsem se respondenta ptala na to, od koho se dozvěděl o kontaktním centru a jeho službách. Klient odpověděl, že se o k-centru dozvěděl od známých. Na další otázku, zda si myslí, že má o těchto službách dostatek informací, klient uvedl, že má o poskytovaných službách dostatek informací. Dále jsem se respondenta ptala, kdy

poprvé užil některé služby a jaké. Respondent odpověděl, že před třemi lety přišel s tím, že chce přestat s drogami, ale že sám vydrží abstinovat nejvíce dva dny. Měl strach, že když s užíváním drog nepřestane, začne se jeho situace zhoršovat. Již teď na sobě pozoroval změny. Připadá si osamělý, neklidný, někdy zmatený, nejistý. Mívá depresivní myšlenky.

Nechtěl absolvovat standardní léčbu, myslí si, že se člověk v léčbě spíše ještě více zkaží. S lékařem, který spolupracoval s kontaktním centrem se domluvili, že mu napíše Subutex. S pracovníkem k-centra se domluvili na pravidelné docházky na terapie, min. jednou týdně. Dostal oznámení, že po každém kontaktu s terapeutem obdrží potvrzení pro zaměstnavatele i lékaře. Klient dochází do kontaktního centra doposud. Substituci si ale již musel zařídit jinde, jelikož k-centrum v Českých Budějovicích již tuto službu neposkytuje. Snaží se abstinovat, ale ještě stále se pohybuje ve společnosti svých „starých“ přátel a tak si někdy s nimi „dá“.

Jeho stav se ale i přesto značně zlepšil. Cítí se lépe, nejspíš i proto, že si má s kým promluvit, když ho něco tíží. Terapeut mu radí, jak se má v které situaci zachovat. Sám cítí, že je dobře, že kontaktní centrum poskytuje tyto služby. Rád by ale, aby se klientům mohli pracovníci více věnovat. („Vždycky, když sem přijdu, je tu plno lidí, zvláště v zimě. Člověk pak nemá moc prostor, i když by si zrovna nutně potřeboval promluvit.“)

## **9. rozhovor**

### **Klientka T. V. – K-centrum České Budějovice**

Věk: 24 let

Pohlaví: žena

Vzdělání: středoškolské

Na otázku, zda klientka vyrůstala v úplné rodině a zda se svou rodinou žije, klientka uvedla, že pochází z úplné rodiny. Má mladší sestru, které je patnáct let a ještě studuje. V další otázce jsem se zaměřila na to, zda má nějakou práci. Klientka opověděla, že je na mateřské dovolené, ale před tím byla zaregistrovaná na úřadu práce. Pracovala jen

krátkou dobu hned po škole. Na další otázku, kdy začala užívat drogy a které všechny zkusila, klientka uvedla, že experimentovat s drogami začala asi v patnácti letech. Nejdříve vyzkoušela marihuanu, poté zneužívala pervitin. Následně začala intravenózně užívat pouze heroin. Její rodiče nic do této doby netušili. Školu a poté i zaměstnání zvládala i přes svoji závislost. Když už přestávala situaci zvládat, opustila domov a začala žít společně s jinými toxikomany. Díky neustálému nedostatku financí, si klientka začala na heroin shánět peníze příležitostnými krádežemi. Několikrát se snažila neúspěšně ambulantně léčit a když se jí to nedařilo, byla dvakrát nedobrovolně převezena na detoxifikaci. Na otázku jak často užívá drogy injekčně, klientka uvedla, že nyní již neužívá, ale dříve denně. Na další otázku, v jaké příležitosti nejčastěji užívala drogy injekčně a zda někdy sdílela s někým injekční stříkačku klientka odpověděla, že nejčastěji s přáteli nebo sama, několikrát sdílela injekční stříkačku se svým partnerem.

Dále jsem se respondentky ptala na to, od koho se dozvěděla o kontaktním centru a jeho službách. Klientka uvedla, že se o kontaktním centru dozvěděla od streetworkera. Na otázku, zda si myslí, že má o těchto službách dostatek informací, respondentka uvedla, že nejspíš ano. Ale přiznala se, že se již o některé služby nezajímá. Dále jsem se respondentky ptala, kdy poprvé užila některé služby a jaké. Do kontaktního centra v Českých Budějovicích začala docházet, když jí bylo 21. Po nějaké době začala mít klientka podezření, že je těhotná. V lékárně si koupila těhotenský test. Byl pozitivní. Tou dobou byla závislá na opiátech zhruba šest let. Pracovníci k-centra ji poslali k lékaři. Ten jí nedoporučil náhlé vysazení heroínu a postupně ji převedl na substituční léčbu metadonem. Během těhotenství se vrátila zpět k rodičům. Nyní je v osmém měsíci těhotenství a již vysadila i metadon. Kouří tak 3-5 cigaret denně. Služby v kontaktním centru se jí zdají dobré, ale někdy by si potřebovala více promluvit. Nyní dochází do k-centra jednou měsíčně na terapii. Respondentky jsem se ptala, co by na poskytovaných službách změnila. Uvedla, že by byla ráda, kdyby jí zde v k-centru mohli například poskytnout těhotenský test nebo antikoncepci. Také by ocenila, kdyby zde přistupovali ke klientům více individuálně.

## 10. rozhovor

### **Klient D. L. – K-centrum České Budějovice**

Věk: 37 let

Pohlaví: muž

Vzdělání: vyučen

Na otázku, zda je respondentova rodina úplná a zda žije se svou rodinou, respondent uvedl, že dětství prožil na malé vesničce, kde bydlel se svými rodiči a pěti sourozenci v rodinném domě. Z tohoto období svého života si odnesl hodně hezkých vzpomínek. Základní školu absolvoval s průměrnými známkami, ve škole ho to moc nebavilo. Dostal se na SOU, kterou sice dokončil, ale již v té době začal mít problémy s drogami. Již dlouho užívá heroin. Před pár lety se se svým bratrem a přítelkyní, kteří jsou také závislí, přestěhovali do podnájmu. V další otázce jsem se klienta ptala na to, zda má nějakou práci. Klient uvedl, že když dokončil SOU, hned nastoupil do zaměstnání. Své závislosti se ale nezbavil. Nyní je zaměstnaný jako automechanik. Na další otázku, kdy začal užívat drogy a které všechny zkusil, klient uvedl, že v sedmnácti letech poprvé ze zvědavosti vyzkoušel heroin. Na další otázku, v jaké příležitosti nejčastěji užívá drogy injekčně a zda někdy sdílel s někým injekční stříkačku, odpověděl, že nejčastěji s přáteli a již sdílel injekční stříkačku se svým bratrem a jeho přítelkyní. Dále klient uvedl, že drogy užívá tak 3 – 4x týdně.

Dále jsem se respondenta ptala na to, od koho se dozvěděl o kontaktním centru a jeho službách. Klient uvedl, že přišel do kontaktního centra asi před dvěma lety. Sám chtěl něco se svou závislostí udělat. Jeho kamarád mu doporučil kontaktní centrum, protože už tam sám několikrát byl. Na otázku, zda si myslí, že má o těchto službách dostatek informací mi odpověděl, že má dostatek informací. Další otázka byla, jak často využívá služeb kontaktního centra. Klient uvedl, že tak jednou týdně. Chtěl by se svou závislostí něco dělat. S bratrem vychází celkem dobře, ale i přesto, že se snaží s drogami přestat, mu to zatím nevychází. Sám konstatoval, že nejspíš proto, že bydlí s lidmi, kteří zatím přestat nechtějí a většinou ho stáhnou. Nelíbí se mu být závislý, protože na sobě cítí

změny, jak tělesné, tak psychické. Je podrážděný, někdy zmatený. Také mu vadí, že většinu peněz, které vydělá musí dát na drogy. Do kontaktního centra chodí nyní posedět do kontaktní místnosti a někdy i na výměny použitého injekčního materiálu. Respondenta jsem se ptala, co by chtěl změnit na službách k-centra. Respondent uvedl, že by byl rád, kdyby k-centrum poskytovalo i substituční léčbu.

## **11. rozhovor**

### **Klientka M. S. – K-centrum České Budějovice**

Věk: 27 let

Pohlaví: žena

Vzdělání: vyučen

Na otázku, zda je klientčina rodina úplná a zda žije se svou rodinou, uvedla, že měla celkem hezké dětství. Když jí bylo asi sedmnáct, začal se vztah jejích rodičů hroutit. Jelikož má mladšího bratra, chtěla doma zůstat. Dokončila si SOŠ s maturitou, kde již měla první kontakt s marihuanou, a přihlásila se na vyšší odbornou školu. Tu ovšem nedokončila. Asi dva měsíce byla hlášena na Úřadě práce, ale poté si našla zaměstnání. Kvůli malému platu nakonec po roce odešla a opět byla vedena v evidenci ÚP. Jelikož tam pro její kvalifikaci ani po půl roce práci nenašli, vzala místo barmanky v nonstop baru. Nyní bydlí s přáteli v bytě. Na otázku jak často užívá drogy injekčně, klientka uvedla, že denně. Na další otázku, v jaké příležitosti nejčastěji užívá drogy injekčně a zda někdy sdílela s někým injekční stříkačku klientka uvedla, že nejčastěji s přáteli a že nikdy nesdílela injekční stříkačku s nikým.

Dále jsem se klientky ptala na to, od koho se dozvěděla o kontaktním centru a jeho službách. Do kontaktního centra začala i se svými přáteli docházet na výměny injekčního materiálu asi před třemi lety. Na otázku, zda si myslí, že má o těchto službách dostatek informací, respondentka uvedla, že ano. Heroin poprvé zkusila ve 22 letech. Heroin byl pro ni v zaměstnání k dostání velice snadno. Další otázka byla, jak často využívá služeb kontaktního centra. Klientka uvedla, že někdy i každý den. Její

otec ji vyhodil z domu a tak nemá kde se svým přítelem bydlet. Její přítel nyní nepracuje. Chtěla by s ním začít žít normálně, bez drog a lépe. Nyní je v kontaktu pouze s bratrem a s prarodiči, které občas navštěvuje. Respondentky jsem se též zeptala, zda by chtěla v poskytovaných službách něco změnit. Ta uvedla, že by byla ráda, kdyby probíhala substituční léčba v rámci k-centra. Dále by byla ráda, kdyby se prodloužila doba pobytu v kontaktní místnosti.

## **12. rozhovor**

### **Klient P. M. – K-centrum České Budějovice**

Věk: 22 let

Pohlaví: muž

Vzdělání: vyučen

Klient na otázku, zda vyrůstal v úplné rodině a zda se svou rodinou bydlí, uvedl, že ano. Jeho dětství bylo normální. Prázdniny většinou trávil i se svým bratrem u babičky. Ve škole mu to šlo průměrně. Učení ho moc nebavilo. Přihlásil se na Střední odborné učiliště. Zde potkal kamarády, kteří měli již nějaké zkušenosti s drogami. Chtěl zapadnout mezi ně, a tak když v kroužku kolovala marihuanová cigareta, většinou neodmítal. Když kamarádi přinesli něco tvrdšího, nejdříve se bál. Nakonec ale neodolal a zkusil pervitin. Jak sám říká, byl to pro něj úžasný pocit. Měl pocit, že vše zvládá. Po nějaké době začal s intravenózním užíváním. V další otázce jsem se klienta ptala na to, zda má nějakou práci. Klient uvedl, že ano. Jeho rodiče zatím netuší, že bere drogy. Na další otázku, v jaké příležitosti nejčastěji užívá drogy injekčně a zda někdy sdílel s někým injekční stříkačku, odpověděl, že nejčastěji bere drogy se svými přáteli, přibližně 2x týdně, a injekční stříkačku již sdílel s několika kamarády.

Dále jsem se respondenta ptala na to, od koho se dozvěděl o kontaktním centru a jeho službách Klient přišel poprvé do kontaktního centra asi před rokem se svými kamarády vyměňovat špinavé jehly. Na otázku, zda si myslí, že má o těchto službách dostatek informací, odpověděl, že asi ano. Klientka jsem se dále ptala, jak často služby v k-

centru využívá. Odpověděl, že tak jednou týdně. Jak sám uvedl v kontaktním centru se ho pracovníci snaží přesvědčit k abstinenci. Je rád, že sem může přijít a že si může popovídat, ale zatím nic řešit nechce. Peníze má, rodiče mu nějaké dávají a něco sám vydělá. Na otázku, co by změnil na poskytovaných službách, respondent uvedl, že by chtěl, aby se prodloužila doba v kontaktní místnosti.

### **13. rozhovor**

#### **Klient S. T. – K–centrum České Budějovice**

Věk: 42 let

Pohlaví: muž

Vzdělání: vyučen

Na otázku, zda klient pochází z úplné rodiny, klient uvedl, že se jeho rodiče rozvedli, když mu bylo šest let. Asi před půl rokem se přestěhoval z malého města na Moravě do jižních Čech za práci. Toto městečko má velkou drogovou tradici. Do té doby žil s matkou, která pracovala na tři směny jako dělnice. Když byl malý, byl doma často sám, až moc brzy se naučil postarat sám o sebe. V pubertě se dostal velmi brzy do party mladých lidí, kteří trávili svůj čas krádežemi, kouřením marihuany a občas i něčím silnějším. Přítomnost drog, dny plné rizik a dobrodružství v partě byly vzrušující. Zpětně si klient vybavuje, že si občas nevěděl se svou svobodou rady. Na drogách byl aktivně tři roky. V partě se objevil „vaříč“ a jeho život od té doby ovládal pouze heroin a někdy i pervitin. Klient je vyučený kuchař, ale tato práce ho nebaví, má raději fyzicky náročnější práci, takže nyní pracuje jako dělník. Asi před deseti měsíci se rozhodl se sebou něco udělat, když se mu stalo, že ho matka nepustila domů. Moc jí tam toho už nenechal a nechtěla, aby vzal ještě víc věcí. Nyní bydlí na ubytovně. Klienta jsem se ptala, v jaké příležitosti nejčastěji užívá nebo užíval drogy injekčně a zda někdy sdílel injekční náčiní s jiným člověkem, klient uvedl, že drogy užívá denně, nejčastěji s kamarády v partě, popřípadě i sám a již se mu stalo, že sdílel injekční stříkačku s jiným člověkem. Také mi v této souvislosti sdělil, že prodělal hepatitidu C.

Respondenta jsem se ptala na to, od koho se dozvěděl o kontaktním centru a jeho službách. . Toto zařízení znal již z míst svého původního bydliště a tak toto centrum vyhledal brzy poté, co se přestěhoval do jižních Čech. Bylo to něco, co znal, jediné místo, kam se byl ochoten obrátit. Ocítl se před prahem v dost zoufalé situaci, naštěstí s dobře placenou prací, ale bez střechy nad hlavou. Potřeboval pomoci nejen s abstinenčními příznaky a velkou touhou po droze, ale i s mnoha jinými záležitostmi. Byl bez drogy asi dva dny, chtěl se dozvědět, kde by mu mohli předepsat Subutex, udělají testy na HIV a hepatitidy, kde si má vyřídit nový OP a kde jsou tady nějaké ubytovny. Chtěl pomoci sám se sebou ve městě, kde nikoho neznal, ale kde chce začít znovu. Cítil se osamělý. Klient si postupně zařídil nový OP a zaregistroval se u lékaře, který mu udělal testy na infekční nemoci. Naštěstí byl výsledek negativní. Klient začal docházet na psychiatrii, kde mu lékař předepsal Subutex. Na otázku, zda si myslí, že má o těchto službách dostatek informací, respondent uvedl, že si myslí, že ano. Do k - centra dochází pravidelně na terapii. Na detoxifikaci a další léčbu nastoupit nechtěl, nechtěl přijít o práci. Občas to pro něj je hodně těžké. Z výplaty mu toho moc nezbývá, velké dluhy musel začít postupně splácet. Potkává také několik lidí, kteří ho v jeho snaze „nebrat“ moc nepodporují. Na otázku, zda se nyní cítí lépe, klient uvedl, že postupně začal dělat první krůčky. Má to těžší o to, že tu nemá nikoho blízkého, o koho by se mohl opřít. Potřebuje návod na „normální život“. Respondent chce také časem překonat svůj strach a na víkend odjel navštívit svou matku. Doufá, že ho přijme zpět už ji nezklame. Nechce zklamat sám sebe. Klient sám uznal, že nejspíš bude potřebovat ještě dlouhý čas na to, aby si dal život do pořádku. Klient uvádí, že k-centrum navštěvuje celkem často, hlavně z toho důvodu, aby si urovnal myšlenky. Cítí se tu velmi dobře a také cítí, že mu sociální pracovníci chtějí pomoci. Na otázku, co by změnil na poskytovaných službách v k-centru, klient uvedl, že by ocenil, kdyby pracovníci ke klientům přistupovali více individuálně. Byl by také rád, kdyby k-centrum poskytovalo substituční léčbu.

## 14. rozhovor

### **Klient V. P. – K-centrum České Budějovice**

Věk: 31 let

Pohlaví: muž

Vzdělání: vyučen

Klient mi na otázku, zda vyrůstal v úplné rodině a zda se svou rodinou stále žije odpověděl, že nyní žije se svým bratrem a s jeho manželkou. Kvůli problémům ve škole a kvůli útěkům z domova soud rozhodl o tom, že musí do Výchovného ústavu. Asi v šestnácti letech, když studoval učiliště, z ústavu utekl. Přibližně rok se toulal po Praze, kde bydlel po známých a tam vyzkoušel poprvé drogy. V této době získal asi největší zkušenosti s pervitinem. Po nějaké době se mu tento život přestal líbit. Rozhodl se, že se vrátí. Chtěl se alespoň vyučit a zkusit žít normálně. Marihuanu vyzkoušel již ve dvanácti letech. Když mu bylo osmnáct, z ústavu ho pustili a on se vrátil zpět domů. Jelikož s matkou nikdy dobrý vztahy neměl, šel, jak již zmínil ke svému bratrovi. Vycházel s ním celkem dobře. Založili spolu vlastní firmu. Klient začal vydělávat velmi slušné peníze. Koupil si vlastní auto. Našel si nové přátele. S kamarády si sem tam koupili pro lepší náladu marihuanu, někdy i něco tvrdšího. Jak už to bývá, to, co bylo dříve jen pro zábavu, se stalo pravidelností. Heroin si začal aplikovat intravenózně jak to již někdy bývá, při abstinenčním příznaku, si s kamarády jehlu půjčili. Klient onemocněl hepatitidou C. Klienta jsem se zeptala, v jaké příležitosti nejčastěji bral drogy, klient odpověděl, že s kamarády.

Klienta jsem se ptala, co podnikl poté, co ho pustili z nemocnice. Uvedl, že se v té době rozhodl, že bude abstinovat. V nemocnici mu doporučili kontaktní centrum. Když ho z nemocnice pustili, navštívil kontaktní centrum (asi před dvěma lety), aby se zeptal na možnost léčby. Tam mu zprostředkovali detoxifikaci i následný pobyt na psychiatrii. Detoxifikaci snášel celkem dobře. Léčbu vydržel až do konce. Klienta jsem se ptala, jaké služby využívá nejčastěji. Klient uvedl, že dříve si nejčastěji měnil injekční materiál, nyní dochází na skupinové terapie – asi jednou za čtrnáct dní. Bratr i jeho

manželka mu hodně pomáhají. Terapie mu prospívá a je rád, že je tu někdo, kdo se mu snaží pomoci. Zatím abstinuje a doufá, že vydrží. Respondenta jsem se dále ptala, co by chtěl změnit na poskytovaných službách v k-centru. Uvedl, že je se stávajícími službami spokojen.

## STATISTIKA PROGRAMŮ KONTAKTNÍHO A DOLÉČOVACÍHO CENTRA PRO DROGOVOU ZÁVISLOST V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

Tabulka č.1: Počet klientů a kontaktů

Počet klientů kontaktního centra (jednotlivých uživatelů drog, kteří využili v daném období alespoň jednu služeb programu)	318
- z toho injekčních uživatelů drog	243
- z toho mužů	193
- z toho se základní drogou heroin	12
- z toho se základní drogou pervitin	145
Průměrný věk klienta	25
Počet neuživatelů, kteří využili alespoň jednu služeb programu	36
Počet kontaktů celkem	3570
-z toho s uživateli drog	3556
Počet prvních kontaktů	65
- z toho s uživateli drog	65
Počet výměn – výkonů ve výměnném programu	2733
Počet vydaných injekčních jehel	56889

Zdroj: Výroční zpráva 2006, o. s. Háječek

Z výše uvedené tabulky č.1 vyplývá, že za rok 2006 mělo kontaktní centrum v Českých Budějovicích 318 klientů, kteří využili služeb kontaktního centra, z toho injekčních uživatelů bylo 243, z toho mužů bylo 193. 12 klientů k-centra užívá heroin, 145 klientů k-centra užívá pervitin. Průměrný věk klienta je 25 let. Počet neuživatelů drog, kteří využili služeb k-centra je 36. Počet kontaktů s k-centrem celkem bylo 3570, z toho s uživateli drog 3556. Počet prvních kontaktů s k-centrem za rok 2006 bylo 65, z toho s uživateli drog 65. Počet výměn injekčního materiálu činil 2733 a počet vydaných injekčních jehel byl 56889 kusů.

Tabulka č.2: Služby/výkony

Služba	Počet výkonů
Kontaktní místnost (počet návštěv)	2454
Hygienický servis (využití sprchy, pračky)	720
Potravinový servis	2904
Zdravotní ošetření	23
Individuální poradenství	182
Skupinové poradenství	15
Krizová intervence	68
Reference do léčby	27
Reference do programů substituce	20
Asistenční služba	20
Výkon obecně prospěšných prací	7
Poradenské telefonáty	38

Zdroj: Výroční zpráva 2006, o. s. Háječek

Jak z výše uvedené tabulky č.2 vyplývá, byl počet návštěv v kontaktní místnosti v kontaktním centru v Českých Budějovicích celkem 2454, hygienický servis (sprcha, pračka) byl využit 720x, potravinový servis využili klienti 2904x, zdravotní ošetření bylo poskytnuto 23x, 182 služeb bylo poskytnuto v rámci individuálního poradenství, 15 v rámci skupinového poradenství a 68 v rámci krizové intervence. 27x byly poskytnuty reference do léčby a 20x reference do programů substituce. Asistenční služba byla poskytnuta 20x. Výkon obecně prospěšných prací vykonávali klienti v rámci k-centra celkem 7x a poradenské telefonáty byly poskytnuty 38x.

## STATISTIKA PROGRAMŮ K-CENTRA V PÍSKU ZA ROK 2006

Tabulka č.3: Počet klientů a kontaktů

Počet klientů kontaktního centra (jednotlivých uživatelů drog, kteří využili v daném období alespoň jednu služeb programu)	129
- z toho injekčních uživatelů drog	86
- z toho mužů	62
- z toho se základní drogou heroin	9
- z toho se základní drogou pervitin	72
Průměrný věk klienta	24
Počet neuživatelů, kteří využili alespoň jednu služeb programu	43
Počet kontaktů celkem	901
-z toho s uživateli drog	764
Počet prvních kontaktů	29
- z toho s uživateli drog	20
Počet výměn – výkonů ve výměnném programu	676
Počet vydaných injekčních jehel	9244

Zdroj: Výroční zpráva 2006, Arkáda – sociálně psychologické centrum

Z tabulky č.3 vyplývá, že za rok 2006 mělo kontaktní centrum v Písku 129 klientů, kteří využili služeb kontaktního centra, z toho injekčních uživatelů bylo 86, z toho mužů bylo 62. 9 klientů k-centra užívá heroin, 72 klientů k-centra užívá pervitin. Průměrný věk klienta je 24 let. Počet neuživatelů drog, kteří využili služeb k-centra je 43. Počet kontaktů s k-centrem celkem bylo 901, z toho s uživateli drog 764. Počet prvních kontaktů s k-centrem za rok 2006 bylo 29, z toho s uživateli drog 20. Počet výměn injekčního materiálu činil 676 a počet vydaných injekčních jehel byl 9244 kusů.

Tabulka č.4: Služby/výkony

Služba	Počet výkonů
Kontaktní místnost (počet návštěv)	219
Hygienický servis (využití sprchy, pračky)	0
Potravinový servis	248
Zdravotní ošetření	2
Poradenství	229
Krizová intervence	31
Reference do léčby	19
Reference do programů substituce	25
Asistenční služba	2
Poradenské telefonáty	9

Zdroj: Výroční zpráva 2006, Arkáda – sociálně psychologické centrum

Z výše uvedené tabulky č.4 vyplývá, že počet návštěv kontaktní místnosti v kontaktním centru v Písku byl 219, hygienický servis (sprcha, pračka) v roce 2006 nebyl k dispozici, potravinový servis využili klienti 248x, zdravotní ošetření bylo poskytnuto 2x, 229 služeb bylo poskytnuto v rámci poradenství, a 31 v rámci krizové intervence. 19x byly poskytnuty reference do léčby a 25x reference do programů substituce. Asistenční služba byla poskytnuta 2x a poradenské telefonáty byly poskytnuty 9x.

## Popis výzkumného souboru

Tabulka č.5: Zastoupení respondentů ve zkoumaném souboru dle věkových skupin

	Muži	Ženy	Celkem
16 -20	2	1	3
21 - 25	4	1	5
26 - 30	2	1	3
31 - 35	1	0	1
36 - 40	1	0	1
41 - 45	1	0	1
Celkem	11	3	14

Zdroj: Vlastní výzkum

Z tabulky č.5 vyplývá, že ve zkoumaném vzorku jsou zastoupeni ve věku 16 – 20 let dva muži a jedna žena, ve věku 21 – 25 let čtyři muži a jedna žena, ve věku 26 – 30 let dva muži a jedna žena, ve věku 31 – 35 let jeden muž a žádná žena, ve věku 36 – 40 let jeden muž a žádná žena a ve věku 41 – 45 let jeden muž a žádná žena. Celkem je ve zkoumaném souboru 14 respondentů.

Tabulka č.6: Způsob života respondentů

	muži	ženy	celkem
bez přístřeší	1	0	1
squatt	0	0	0
byt s přáteli	2	1	3
doma s rodiči	4	2	6
vlastní byt	2	0	2
ubytovna	2	0	2
neuvedeno	0	0	0
celkem	11	3	14

Zdroj: Vlastní výzkum

Z tabulky č.6 vyplývá, že 1 respondent nemá kde bydlet a přespává u přátel. Žádný respondent nebydlí ve squatt. 3 respondenti bydlí v bytě s přáteli, z toho je 1 žena. 6 respondentů bydlí stále doma s rodiči, z toho jsou 2 ženy. 2 respondenti žijí ve vlastním bytě a 2 respondenti bydlí na ubytovně. Celkem odpovědělo 14 respondentů.

Tabulka č.7: Rodinná situace respondentů

	muži	ženy	celkem
svobodný/á	9	2	11
žije s partnerem/partnerkou	2	1	3
ženatý/vdaná	0	0	0
rozvedený/á	0	0	0
ovdovělý/á	0	0	0
celkem	11	3	14

Zdroj: Vlastní výzkum

Z výše uvedené tabulky č.7 vyplývá, že 11 dotázaných respondentů je svobodných, z toho je 9 mužů. 3 respondenti žijí se svou partnerkou či partnerem, z toho jsou 2 muži.

Tabulka č.8: Vzdělání respondentů

		muži	ženy	celkem
ukončená základní škola		1	0	1
učební obor bez maturity	- začal a pokračuje	1	0	1
	- úspěšně dokončil	7	1	8
střední škola s maturitou	- začal a nedokončil	0	0	0
	- začal a pokračuje	1	1	2
	- úspěšně dokončil	1	1	2
ukončená vysoká škola		0	0	0
celkem		11	3	14

Zdroj: Vlastní výzkum

Z tabulky č.8 vyplývá, že 1 dotazovaný respondent má ukončené pouze základní vzdělání. 1 respondent zatím studuje učební obor bez maturity. 8 respondentů, má ukončen učební obor bez maturity, z toho je 7 mužů. 2 respondenti zatím studují střední školu s maturitou, z toho je jeden muž. 2 respondenti úspěšně dokončili střední školu s maturitou, z toho je jeden muž. Nikdo z respondentů nestudoval ani nestuduje vysokou školu. Celkem bylo dotázáno 14 respondentů.

Tabulka č.9: Ekonomická aktivita respondentů

	muži	ženy	celkem
student	2	1	3
ekonomicky aktivní			
- stále zaměstnaný	5	1	6
ekonomicky aktivní			
- příležitostně zaměstnaný	3	0	3
nezaměstnaný	1	1	2
celkem	11	3	14

Zdroj: Vlastní výzkum

Z výše uvedené tabulky č.9 vyplývá, že 3 respondenti stále studují, z toho jsou 2 muži. 6 respondentů má stálé zaměstnání, z toho je 5 mužů. 3 respondenti mají příležitostné zaměstnání. 2 respondenti jsou nezaměstnaní, z toho je 1 muž. Dotázáno bylo 14 respondentů.

Tabulka č.10: Trvání injekčního užívání drog

	muži	ženy	celkem
neužívá injekčně	1	1	2
užívá méně než 6 měsíců	0	0	0
užívá 6 – 12 měsíců	2	0	2
užívá déle než 1 rok	2	0	2
užívá déle než 2 roky	6	2	8
celkem	11	3	14

Zdroj: Vlastní výzkum

Z výše uvedené tabulky č.10 vyplývá, že 2 respondenti již neužívají drogy injekčně, z toho je 1 muž. Žádný z dotazovaných respondentů neužívá drogy méně než 6 měsíců. 2 dotazovaní respondenti užívají drogy 6 – 12 měsíců. 2 respondenti užívají drogy injekčně déle než 1 rok. 8 respondentů užívá drogy déle než 2 roky, z toho je 6 mužů. Celkem bylo dotazováno 14 klientů.

Tabulka č.11: Frekvence injekčního užívání drog

	muži	ženy	celkem
neužíval/a v posledním měsíci	2	1	3
1 – 3x za měsíc	3	1	4
1x týdně	0	0	0
2 – 6x týdně	2	0	2
denně	4	1	5
jinak	0	0	0
celkem	11	3	14

Zdroj: Vlastní výzkum

Z výše uvedené tabulky č.11 vyplývá, že v posledním měsíci neužívali injekčně drogy 3 respondenti, z toho byli 2 muži. 1x týdně neužívají injekčně drogy žádní respondenti. 2 – 6x týdně užívají injekčně drogy 2 respondenti. Denně užívá drogy 5 respondentů, z toho jsou 4 muži. Jinak neužíval žádný respondent. Dotazováno bylo 14 respondentů.

Tabulka č.12: Sdílení injekčního náčiní

	muži	ženy	celkem
sdílel/a	8	1	9
nesdílel/a	3	2	5
celkem	11	3	14

Zdroj: Vlastní výzkum

Výše uvedená tabulka č.12 uvádí, že z dotazovaných respondentů sdílelo injekční stříkačku 9 respondentů, z toho bylo 8 mužů. 5 klientů injekční stříkačku nikdy nesdílelo, z toho byli 3 muži. Dotazováno bylo celkem 14 respondentů.

Tabulka č.13: Při jaké příležitosti respondenti užívají nebo užívali drogy

	muži	ženy	celkem
sám/a	4	1	5
ve dvojici se sexuálním partnerem	2	0	2
ve dvojici s přítelem/kamarádem	5	2	7
celkem	11	3	14

Zdroj: Vlastní výzkum

Z tabulky č.13 vyplývá, že 5 respondentů užívá nebo užívali drogy o samotě, z toho jsou 4 muži. 2 respondenti užívají nebo užívali drogy ve dvojici se sexuálním partnerem a 7 respondentů užívali nebo užívají drogy se svými přáteli, z toho je 5 mužů. Dotazováno bylo 14 respondentů.

## Využívání nízkoprahových služeb a zkušenost s nimi

Tabulka č.14: Frekvence využívání služeb poskytovaných k-centry

	muži	ženy	celkem
vůbec	0	0	0
1x za měsíc a méně	3	2	5
1x týdně	7	0	7
2 – 3x týdně	0	0	0
denně	0	1	1
nezodpovězeno	1	0	1
celkem	11	3	14

Zdroj: Vlastní výzkum

Z výše uvedené tabulky č.14 vyplývá, že služby k-centra využívá 5 klientů 1x za měsíc, z toho 3 muži. 7 mužů využívá služby 1x týdně, jedna žena denně a jeden respondent neodpověděl. Celkem bylo dotázaných 14.

Téměř všichni respondenti využili jako první zařízení nízkoprahové centrum (13 respondentů), pouze ve 2 případech se jednalo o služby terénního pracovníka. Všichni respondenti si vyměňují nebo vyměňovali injekční materiál v k-centru nebo si ho kupují v lékárně. Respondenti využívají služeb výměnných programů v průměru 2,5 let.

Na otázku, co respondenty přilákalo do nízkoprahového centra, jich 10 odpovědělo, že přišli na výměnu, 3 respondenti vyhledali substituční léčbu a jeden dochází na terapie.

Respondenti navštěvují k-centrum nejen z důvodu výměny injekčního materiálu, ale také proto, že je to místo, kde si mohou odpočinout, dát si polévku nebo čaj a mohou si popovídat. 1 respondent nechce kontaktní místnost navštěvovat, aby se zde neseťkával s ostatními uživateli.

## **Souhrn**

Všichni respondenti využívají služeb poskytovaných k-centry. Poprvé respondenti využili těchto služeb většinou v doprovodu kamaráda, důvodem byla většinou výměna injekčního materiálu, potravinový servis a hledání pomoci.

## **Informovanost o nízkoprahových službách**

O možnosti výměny injekčních stříkaček se klienti většinou dozvěděli od svých kamarádů a známých (8 respondentů). 2 respondenti se o možnosti výměny injekčního materiálu dozvěděli od terénního pracovníka. Ostatní respondenti na otázku neodpověděli (4 respondentů).

Respondenti se dále domnívají, že jsou dostatečně informovaní o poskytovaných službách. Tyto informace získali převážně od svých známých a kamarádů od pracovníků nízkoprahových služeb, ostatní odpovědi byly ojedinělé.

Jeden respondent se o těchto službách dozvěděl od lékaře, jednoho přivedli rodiče a jeden se o těchto službách dozvěděl z propagačního letáčku. Několik klientů odpovědělo, že je informují jak kamarádi, tak i pracovníci k – center.

## **Souhrn**

Respondenti se domnívají, že o službách mají dostatek informací. Ty získaly převážně od svých kamarádů a známých – uživatelů a pracovníků k – center.

## **Atraktivita nízkoprahových služeb**

13 respondentů považuje nabídku nízkoprahových služeb za zajímavou. Nejvíce si cení toho, že si zde mohou zdarma vyměnit injekční materiál, odpočinout si a popovídat si a mohou sem přijít, když mají problém. 1 respondent nepovažuje služby centra za zajímavé a hlavně se nechce setkávat s jinými uživateli.

Respondenti jsou nejčastěji nespokojeni s délkou pobytu v kontaktní místnosti. Rádi by délku pobytu v kontaktní místnosti prodloužili.

## **Souhrn**

Pro většinu respondentů jsou služby atraktivní.

### **Spokojenost s nízkoprahovými službami**

Ve většině případech respondenti vyjádřili spokojenost se stávající nabídkou služeb. Vždy se vyjádřili k tomu, které služby využívají nejvíce a právě kvůli nim nízkoprahové centrum navštěvují. Respondenti též oceňují možnost poradenství.

9 respondentů by chtělo prodloužit dobu, kdy mohou být v kontaktní místnosti a 4 respondenti navrhli zavedení substituční léčby (substituce není součástí k-centra v Českých Budějovicích). Respondenti, respektive respondentky by ocenily možnost dostat v k-centru antikoncepci a respondentka z k-centra v Českých Budějovicích by uvítala možnost dostat v k-centru těhotenský test. Jednomu respondentovi také není příjemná registrace a nedůvěřuje anonymitě kódu. Několik respondentů by též uvítalo zavedení aplikační místnosti.

## **Souhrn**

Většina klientů je se službami v k-centru spokojená, několik klientů by chtělo prodloužit dobu pobytu v kontaktní místnosti.

### **Spokojenost s přístupem personálu**

Cílově je většina respondentů s přístupem personálu spokojená. Kladou zejména důraz na pomoc, podporu, zájem, důvěru, příjemné vystupování a individuální přístup. Individuálního přístupu se ovšem nedostává klientům z k-centra v Českých Budějovicích.

## **Souhrn**

Klienti jsou s přístupem personálu spokojeni.

## 5. Diskuze

Vzhledem k tomu, jak citlivé otázky jsem respondentům pokládala, existuje i při nejspolehlivějším zaručení anonymizace riziko zkreslení reálného stavu. Působí tu proti sobě dva faktory. Za prvé je to přirozená obava respondenta ze zneužití údajů, souvisejících s „protispolečenským“ chováním a jednáním a snaha o disimulaci (a z toho vyplývající riziko podcenění reálného stavu). Za druhé je to snaha některých respondentů zvýšit své hodnocení „světáckým“ chováním (a z toho vyplývající riziko přecenění reálného stavu, zejména v mladších věkových kohortách). Musím říci, že rozhovory většinou probíhaly bez problémů a respondenti byli spontánní a neměli problémy světit mi i citlivé údaje.

Návštěvnost kontaktních místností v k-centrech v Písku a v Českých Budějovicích je následující: V Českých Budějovicích byl celkový počet návštěv 2454, v Písku 219. Počet injekčním uživatelů drog činí v Českých Budějovicích 243, v Písku pak 86. To znamená, že v Českých Budějovicích mají 3x více klientů, ale 10x větší počet návštěv kontaktní místnosti než v Písku. (viz tab. č. 1, 2, 3, 4)

Respondenti jsou převážně spokojeni s tím, že si mohou v kontaktní místnosti posedět a že si zde mohou popovídat s pracovníky k – center, ale téměř všichni by si přáli možnost prodloužení pobytu v kontaktní místnosti, která nyní činí jednu hodinu. (viz rozhovory)

Kalina uvádí, že mezi hlavní aktivity nízkoprahového centra patří kontaktní práce. Základem je navázání kontaktu s klientem, navození vzájemné důvěry a zajištění základních problémů a potřeb. Je realizovaná v kontaktní místnosti, která svým interiérem nabourává vžitě představy o charakteru zdravotnické instituce, vyhledávání a podchycení skryté toxikomanské populace. (13)

Výměnný program je služba poskytovaná k-centry, která je nejvíce využívaná. Klienti ji v Českých Budějovicích využili celkem 2733x (počet vyměněných jehel činil 56889) a v Písku 676x (počet vyměněných jehel činil 9244). Je tedy zřejmé, že v kontaktním centru v Českých Budějovicích připadá na jednoho klienta v průměru 234 vyměněných injekčních stříkaček za rok, na rozdíl od kontaktního centra v Písku, kde je

jich pouze 107, to znamená více než dvojnásobný počet injekčních stříkaček na klienta v k-centru v Českých Budějovicích než v Písku. (viz tab. č. 1, 3)

Tato skutečnost pasuje k-centrum v Českých Budějovicích spíše do pozice „továrny na výměnu injekčních stříkaček“, než na nízkoprahové zařízení, jehož posláním je klienta motivovat ke snížení užívání drog.

Výměnný program je u většiny dotazovaných respondentů hlavním důvodem první návštěvy nízkoprahového centra. Všichni respondenti tuto možnost oceňují a uvědomují si rizika spojená s injekčním užíváním drog. (viz rozhovory)

9 respondentů ze 14-ti dotázaných již v minulosti použilo injekční náčiní po jiném uživateli či dokonce toto náčiní předali jinému uživateli. To znamená více než polovina dotazovaných respondentů. (viz tab. č. 12)

To je velmi alarmující. Nízkoprahová centra by se měla zaměřit více na individuální práci s klientem a každému klientovi opakovaně podávat informace o bezpečném braní drog.

Dle Kaliny je hlavní příčinou rychlého šíření HIV/AIDS a jiných infekčních chorob především sdílení použitého, tedy kontaminovaného injekčního náčiní. Je to důsledek sociální podpory, kterou si klienti navzájem poskytují. Nejenže velmi často sdílejí bydlení, jídlo nebo oblečení, ale pomáhají si také s denními problémy spojenými s životním stylem intenzivního užívání. V případě nedostatku jsou sdíleny i takové komodity jako drogy, stříkačky a lžičky. Přímým důsledkem zjištění souvislosti mezi rizikovým chováním klientů a šířením epidemie HIV/AIDS byl rostoucí počet nízkoprahových zařízení a programů založených na principech harm reduction. Mezi tyto programy patří i výměnné programy. (12)

Výměnné programy by měly fungovat na principu harm reduction – mírnění škod, což je, jak uvádí Zábranský strategie terciární drogové prevence a jejím hlavním cílem je snížit škody z užívání látek u jedinců a stejně tak ve společnosti. Preventivní intervence se týkají především rizikových způsobů, kterými jsou drogy užívány. (34)

To volně navazuje na základní poradenství. Kalina uvádí, že je to prohloubení navázaného kontaktu s důrazem na změnu rizikových vzorců chování klienta. Týká se hlavně zdravotního stavu klienta, zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním

drog, minimalizace těchto rizik, dále informací o možnostech léčby a sociální rehabilitace, informací o léčebných a jiných odborných zařízeních, zprostředkování léčby. Dále jsou poskytovány služby základního právního a sociálního poradenství, poradenství v náročných životních situacích. (13)

Několik klientů též využilo krizové intervence, když se ocitli v náročné životní situaci. Tito klienti nemuseli být pouze injekční uživatelé drog, ale i příbuzní (např. rodina) drogově závislých. (viz tab. č. 2, 4)

Jak Kalina uvádí, cíle krizové intervence jsou jednak aktuální, tzn. uklidnit klienta, stabilizovat jeho stav, snížit nebezpečí, že se krize bude nadále prohlubovat a jednak perspektivní, tzn. propracovat s klientem blízkou budoucnost, hledat v případě nutnosti další možnosti řešení. V průběhu krizové intervence nabízí pracovník klientovi pomoc, která má cíl: 1) usnadnit komunikaci, 2) umožnit klientovi správný odhad problému a jeho účelné řešení, 3) pomoci klientovi při vyjadřování emocí, 4) pomoci klientovi opět získat sebedůvěru, 5) zmapovat možnosti podpory v okolí klienta. (12)

Další velmi využívanou službou je individuální a skupinová terapie. Dle Kaliny probíhá terapeutická činnost především u klientů, kteří již mají vybudovanou důvěru, podařilo se zajistit motivaci ke změně postojů. Velmi často je spojená s přípravou klienta k nástupu do léčby či k zásadní změně postojů vůči braní drog. Terapeutická činnost je orientována jak pro populaci klientů tak i pro populaci rodičů. Individuální forma má především zpočátku motivační a podpůrný charakter, který když se podaří zvládnout může směřovat klienty do svépomocných či terapeutických skupin, které vykazují dle výzkumů jednu z nejefektivnějších forem působení. (13)

Za rok 2006 bylo v Českých Budějovicích uskutečněno pouze 182 individuálních poradenství, v porovnání s Pískem, kde jich bylo 229. Faktem je, že i většina respondentů z Českých Budějovic není spokojena s individuálním přístupem pracovníků. (viz tab. č. 2, 4)

Empirickým pozorováním jsem došla k závěru, že je tento problém spojen s nedostatečnou kapacitou odborných pracovníků v k-centru v Českých Budějovicích na počet klientů. Pracovníci se pak logicky nemohou dostatečně věnovat každému klientovi.

Zprostředkování detoxikace a léčby je dle Kaliny vyvrcholením působení pracovníků nízkoprahových center. Je odrazem změny postojů a chování klienta a velmi často navazuje na dlouhodobou práci a motivační trénink v rámci nízkoprahového zařízení. Úzce souvisí s vlastním motivačním tréninkem, který se nejčastěji projeví v prvních týdnech léčby, především v rámci detoxikace, která je pro osoby drogově závislé velmi nepříjemná a často bolestivá ač dochází k tlumení abstinčních příznaků odpovídající medikací. (13)

Za rok 2006 poskytli v k-centru v Českých Budějovicích celkem 27x reference do léčby, v Písku jich bylo 19. (viz tab. č. 2, 4)

Několik klientů této služby využilo, ale pouze jeden svou léčbu dokončil. Nyní dochází do k-centra na individuální terapie. (viz rozhovory)

V k-centru v Písku funguje lépe vyhledávání klientů a jejich motivace k léčbě. Pravděpodobně je to zapříčiněno menším počtem klientů a tím větší možností pracovníků přistupovat ke každému klientovi více individuálně.

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti uvádí, že substituční léčba je jednou z nejúčinnějších terapií závislosti na opiátech, zároveň funguje jako první kontakt závislého se zdravotní pomocí, z níž může potom plynule přestoupit do dalších – abstinčně orientovaných, léčebných programů. (17)

Za rok 2006 mělo k-centrum v Českých Budějovicích 20 klientů v substituční léčbě. V Písku jich měli 25. To znamená na 243 injekčních uživatelů drog v k-centru v Českých Budějovicích 20 klientů v substituční léčbě a na 86 injekčních uživatelů v k-centru v Písku 25 klientů v substituční léčbě (viz tab. č. 2, 4).

Na základě empirického pozorování je tento problém opět spojen s nedostatečným počtem odborných pracovníků v k-centru v Českých Budějovicích. Navíc v rámci k-centra v Českých Budějovicích již v roce 2007/2008 substituční léčba nefunguje.

Mezi poskytované služby k – center by měly být i tzv. doplňkové služby. Mezi ně patří hygienický servis, potravinový a vitaminový servis. Hygienický servis (tzn. sprcha, pračka, WC) využili klienti v Českých Budějovicích celkem 720x. V Písku v roce 2006 nebylo sociální zařízení součástí poskytovaných služeb. Potravinový servis

(tzn. polévka, káva, čaj) využili klienti v Českých Budějovicích 2904x, v Písku pak 248x. To znamená opět 3x častější využití této služby v Českých Budějovicích, než v Písku. Vitaminový servis je v obou k-centrech součástí výměnného programu. (viz tab. č. 2, 4)

Dotazovaní respondenti většinou oceňují tyto služby. Některým se často nedostává financí a tak uvítají, když mohou přijít do k-centra a dát si alespoň polévku, vysprchovat se a vyprat si oblečení. (viz rozhovory)

Informovanost uživatelů drog o nízkoprahových službách je jeden z hlavních bodů efektivního fungování těchto poskytovaných služeb. Jedním z hlavních cílů nízkoprahových služeb je kontaktovat cílovou populaci, vyhledávat skrytou populaci a motivovat ji k využívání nízkoprahových či léčebných služeb.

Dotazovaní respondenti se domnívají, že o službách mají dostatek informací. Ty získaly převážně od svých kamarádů a známých – uživatelů a pracovníků k – center. (viz rozhovory)

Spokojenost respondentů s poskytovanými službami je relativně velká. Několik klientů zmínilo, že by ocenili, kdyby se prodloužila doba pobytu v kontaktní místnosti. Jedna respondentka v Českých Budějovicích by uvítala možnost těhotenských testů a všechny respondentky (ženy) by uvítaly možnost dostat v k-centru antikoncepci, na kterou jim za normálních okolností již nezbyvají finanční prostředky. Několik klientů se kladně vyjádřilo k možnosti zřízení aplikační místnosti. (viz rozhovory)

Na základě rozboru semistrukturovaných rozhovorů, sekundární analýzy dat a zúčastněného pozorování jsem stanovila tyto hypotézy.

H1: Klienti v k-centru v Českých Budějovicích jsou méně spokojeni s individuálním přístupem pracovníků než klienti v Písku.

H2: Nejvíce využívanou službou v k-centrech je výměnný program a potravinový servis.

## 6. Závěr

Při současné dynamice nárůstu osob zneužívajících drogy existuje reálné nebezpečí, že i v budoucnu se stávající hladina poptávky po drogách nejen udrží, ale bude nadále i vzrůstat – pravděpodobně nikoliv „skokovým“ způsobem jako na počátku dekády, nicméně lineárně. To nutně povede i ke zvyšování počtu problémových a následně drogově závislých osob.

Zde je nutné podotknout, že v případě nedostatečné kapacity léčebných a resocializačních zařízení a špatné úrovně a dostupnosti poskytovaných služeb v kontaktních centrech, by se mohl tento problém ještě více prohloubit.

Cílem mého výzkumu bylo identifikovat okruhy problémů, které mohou být podnětem pro zlepšování poskytovaných služeb či zavádění chybějících programů. Z výzkumu vyplynulo, že vzhledem k potřebám a požadavkům drogově závislých klientů, jsou poskytované služby v kontaktních centrech celkem v návaznosti na současný stav drogové scény dostačující. Došla jsem k závěru, že kontaktní centra v menších městech, vzhledem k menšímu počtu drogově závislých klientů a lepším podmínkám, mají větší možnost poskytnout kvalitnější služby i individuální přístup ke klientům.

Kontaktní centra jako nízkoprahová zařízení sehrávají v systému péče o uživatele drog velmi důležitou roli, a proto je nezbytné, aby tato centra fungovala efektivně a na vysoké úrovni, jelikož služby, které tyto centra poskytují, chrání nejen uživatele drog, ale i celou společnost. Z tohoto důvodu je vhodné zvýšení individuální poradenské a motivační práce s klienty ve větších městech. Tím by bylo celé působení efektivnější v návaznosti na počet dokončených léčeb a následně abstinujících osob. Dále by došlo ke snížení rizik spojených s intravenózní aplikací drog a tím by byly značné finanční úspory, které by se mohly opakovaně investovat do celého systému záchytu a léčby drogově závislých a v neposlední řadě k navýšení mzdových prostředků pro pracovníky nízkoprahových zařízení, což by v konečném důsledku vedlo k celkovému zvýšení efektivity a stabilizaci lidských zdrojů.

Některé z požadavků či přání klientů představují bezpochyby zajímavý podnět k úvaze o současném spektru služeb, některé však také ukazují menší zakotvenost a

soudnost klientů, kteří by si samozřejmě přáli různé změny, avšak nejsou schopni příliš reálně reflektovat např. ekonomické limity.

## 7. Seznam použité literatury

1. Asociace nestátních organizací. Principy a zásady sociální a případové práce. Platný on-line: <http://www.sananim.cz/dis/index.html/>. Březen 7, 2008.
2. Bartlová, S. *Sociální patologie*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. 53 s.  
ISBN 80-7013-259-0.
3. Bednářová, Z., Pelech, L. *Sociální práce na ulici*. 1. vyd. Brno: Doplněk, 2000. 106 s. Co? Jak? Proč?.  
ISBN 80-7239-048-1.
4. Encyklopedie psychotropních rostlin (Enpsyro). *Zákony o drogách. Domácí Legislativa po roce 1990 (Trestní zákon § 187, §187a, §188, §188a)*  
Platný on-line: <http://www.biotox.cz/enpsyro/uvod.html>. Duben 19, 2008.
5. Ganeri, A. *Drogy, Od extáze k agonii*. Přel. L. Csémy 1. vyd. Praha: AMULET, 2001. 149 s. edice Albert. Přel. Z Druha, From Ectasy to agony.  
ISBN 80-86299-70-8.
6. Göhlert, Ch.- Fr., Kühn F. *Od návyku k závislosti*. Přel. D. Libelová. 1. vyd. Praha: Ikar, 2001. 144 s. Toxikomanie. Přel. Z Vom Missbrauch zur Sucht.  
ISBN 80-7202-950-9.
7. Grinspoon, L., Bakalar, B. J. *Marihuana zakázaná medicín*. Přel. MUDr. A. Rohan. 2. vyd. Bratislava: CAD PRESS, 1999. 176 s. Přel. z: Marihuana, the forbidden medicine  
ISBN 80-85349-57-4.
8. Hajný, M. *O rodičích, dětech a drogách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 136 s.  
ISBN 80-247-0135-9.
9. Hartnoll, R. *Drogy a drogové závislosti: Propojování výzkumu, politiky a praxe*. Úřad vlády České republiky, 2005. 1.. vyd. 96 s.  
ISBN 80-86734-45-5.
10. Havlík, J. et al. *Infekční nemoci. Příručka pro praktické lékaře*. 1. vyd.

- Praha: Galén, 1998. 221 s Folia practica. Sv. VII.  
ISBN 80-85824-90-6.
11. John, R., Presl, J. *Drogy!*. 1. vyd. Praha: Medea kultur, 83 s.
  12. Kalina, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2003. 318 s.  
ISBN 80-86734-05-6.
  13. Kalina, K. a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 2*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2003. 342 s.  
ISBN 80-86734-05-6.
  14. Kalina, K. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Viliamova, 2001. 231 s.  
ISBN 80-238-8014-4.
  15. Matoušek, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 384 s.  
ISBN 80-7178-548-2.
  16. Miovský, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém přístupu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 332 s.  
ISBN 80-247-1362-4.
  17. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. *Pomoc a podpora, substituční léčba*.  
Platný on-line: [http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc/substitutcni\\_lecba](http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc/substitutcni_lecba).  
Listopad 11, 2007.
  18. Nešpor, K., Dvořák, V. *Prevence trestné činnosti související s návykovými látkami*. vyd. Praha: Armex, 1998. 98 s.  
ISBN 80-902283-9-9.
  19. Nešpor, K. *Návykové chování a závislost*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 152 s.  
ISBN 80-7178-473-X.
  20. Nešpor, K. *Vaše děti a návykové látky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 160 s.  
ISBN 80-7178-515-6.
  21. Občanské sdružení SANANIM. *Pomoc a péče. Primární prevence*.

- Platný on-line: <http://www.drogovaporadna.cz>. Únor 9, 2008.
22. Petroš, O. *Drogy a legislativa*. Sekretariát RVKPP. O.s. Prev-centrum. Platný on-line: [http://www.drogyinfo.cz/index.php/info/drogy\\_a\\_zakon/drogy\\_a\\_legislativa.cz](http://www.drogyinfo.cz/index.php/info/drogy_a_zakon/drogy_a_legislativa.cz) Duben 5. 2008.
  23. Pöthe, P. *Dítě v ohrožení*. 2. vyd. Praha: G plus G, 1999. 186 s. ISBN 80-86103-21-8.
  24. Rada Evropské unie. *Protidrogový akční plán EU pro rok 2005-2012*. 1. vyd. Vydal: Úřad vlády České republiky, Odbor pro koordinaci protidrogové politiky, 2005. ISBN 80-86734-57-9.
  25. Rotgers, F. et al. *Léčba drogových závislostí*. Přel. M. Hajný, M. Slácalová. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 264 s. Přel. z: Treating Substance Abuse. ISBN 80-7169-836-9.
  26. Světová zdravotnická organizace. *Účinnost programů výměny sterilních jehel a stříkaček při snižování rizika nákazy HIV/AIDS mezi injekčními uživateli drog*. Úřad vlády České republiky, 2004. 1. vyd. 84 s. ISBN 80-86734-74-9.
  27. Sociální revue, *Etický kodex sociálních pracovníků České republiky. Sociální práce a společenské otázky*. <http://www.socialnirevue.cz/>
  28. Šácha, P. *Virová hepatitida C*. Platný on-line: <http://www.celostnimediceina.cz/virovahepatitida-c.html/>. Listopad 24, 2007.
  29. Trapková, B. *Základy prevence*. <http://www.sananim.cz/intro.php/>. Únor 4, 2008.
  30. Temkovičová, J. *Kontaktní a preventivní centrum pro drogovou závislost v Českých Budějovicích*. Diplomová práce, 2001. 54 s.
  31. Tyler, A. *Drogy v ulicích*. Přel. K. Klímovská, P. Pokorný, I. Sovová, L. Taišl. Praha: Ivo Železný, 2000. 426 s. Přel. z Street drugs.

ISBN 80-237-3606-X.

32. Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vyd. Praha: Portál, 2002. 444 s.

ISBN 80-7178-678-0.

33. Vodáčková, D. a kol. *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha: PORTÁL, 2002. 544 s.

ISBN 80-7178-696-9.

34. Zábanský, T. *Drogová epidemiologie*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2003.

ISBN 80-244-0709-4.

35. Zášková, H. *Děti, mládež a drogy na území města Ostravy*.

Ostrava: Filosofická fakulta Ostravské univerzity, 1997. 159 s.

ISBN 80-7042-468-0.

## ***8. Klíčová slova***

Kontaktní centrum

Uživatel drog

Poskytované služby

Droga