

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

**Analýza dostupnosti specifických služeb pro drogově závislé
v chebském regionu**

Bakalářská práce

Vedoucí práce

Mgr. Pavel Vácha

Autor práce

Tereza Vrbatová

2009

ABSTRACT

This bachelor degree thesis deals with an analysis of availability of specific services for drug addicts in the region of Cheb and it is divided into two parts: theoretical and practical.

The theoretical part describes the current status of issues relating to the topic, based on information available from literature and other sources. The first chapter of the theoretical part contains an overview of the history of addiction treatment in the Czech Republic. The next chapter focuses on the definition of addiction, according to the International Classification of Diseases (MKN-10) and the American Psychiatric Association (DSM-IV). Subsections of that chapter identify specific differences between diagnostic criteria applied by the two manuals. The third chapter contains a description of five stages of drug addiction, as defined by Kamil Kalina. The chapter also identifies the current prevalence of drug abuse, occurrence of infectious diseases and adequate specific services for the individual stages. The theoretical part also mentions a model of how drug addictions develop, which determines specific approaches to the assistance provided to drug users. Another chapter of this bachelor degree thesis deals with methods of drug prevention and its structure, followed by chapters specifically describing individual components of the system of care of drug addicts in the Czech Republic. Each component is also described from the viewpoint of its availability in the region of Cheb. The information has been obtained from a secondary analysis of data provided by individual facilities and from annual reports of the town of Cheb.

The purpose of the thesis was to analyze availability of specific services (including Harm reduction) in the region of Cheb, to map the level of utilization of the specific services by drug addicts in the location and to evaluate effectiveness of the services provided in the region. The practical part contains an interpretation of results of a quantitative research conducted in the region of Cheb. The research used the method of semi-controlled interviews with a target group of non-alcohol drug addicts. The respondents were selected based on quota sampling. The group consisted of 15 respondents in total, while 3 of them had been approached through the K-center Cheb

Kotec o. s., 4 respondents through a street work program and the remaining 8 respondents had been found by the so-called “gatekeepers“. The research has shown that the specific services have been used more by intravenous drug addicts in comparison with those using non-invasive, less risky methods. The most sought-after are the services which minimize risks of drug abuse, in comparison with treatment interventions. Statements of the respondents have also indicated a lower local availability of certain specific services, particularly the methadone center and street work. The discussion chapter compares the obtained results with those found in literature referred to in the theoretical part of the thesis. The conclusions contain recommendations which are based on outcomes of the research.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Analýza dostupnosti specifických služeb pro drogově závislé v chebském regionu vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b) zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na internetových stránkách.

V Českých Budějovicích

.....

Podpis

Poděkování:

Chtěla bych na tomto místě poděkovat vedoucímu práce Mgr. Pavlovi Váchovi za odborné metodické vedení, cenné rady, podněty a pomoc při psaní této práce a za věnovaný čas a trpělivost.

Obsah

ÚVOD

1 Současný stav	9
1.1 Historie léčby závislosti v ČR	9
1.2 Závislost na droze	11
1.2.1 Diagnostická kritéria závislosti dle MKN – 10	12
1.2.2 Diagnostická kritéria závislosti dle DSM - IV	14
1.3 Stádia závislosti na droze	14
1.3.1 Experimentální užívání drogy	15
1.3.2 Příležitostné užívání drogy	16
1.3.3 Pravidelné, škodlivé užívání drogy	18
1.3.4 Problémové užívání drog	19
1.3.5 Stádium závislosti na droze	20
1.3.5.1 Motivační trénink	22
1.4 Modely závislosti a koncepty přístupů v pomoci uživatelům drog	23
1.4.1 Biomedicínský model	23
1.4.2 Bio – psycho – socio - spirituální/ existenciální model	24
1.4.3 Public health – přístup ochrany veřejného zdraví	25
1.4.4 Harm reduction – přístup minimalizace škod (poškození)	26
1.5 Protidrogová prevence a její struktura	28
1.6 Jednotlivé složky systému péče	31
1.6.1 Nízkoprahová kontaktní centra	32
1.6.2 Terénní práce (Streetwork)	34
1.6.2.1 Návaznost v systému péče	38
1.6.3 Lékařská ambulantní péče	38
1.6.4 Denní stacionáře	40
1.6.5 Detoxifikační jednotky	41
1.6.6 Střednědobá ústavní léčba	41
1.6.7 Terapeutická komunita – rezidenční léčba	42
1.6.8 Programy metadonové a jiné substituce	44
1.7 Blížší charakteristika Chebského regionu	45
2 Cíle práce a hypotézy	47
2.1 Cíle práce:	47
3 Metodika	48
3.1 Použité metody	48
3.2 Charakteristika cílového souboru a jeho rozdělení	49
3.3 Charakteristika doplňkového souboru	50
4 Výsledky	52
4.1 Základní údaje cílového souboru	52
4.1.1 Věk respondentů v jednotlivých podsouborech	52

4.1.2 Zastoupení pohlaví v jednotlivých podsouborech.....	53
4.1.3 Primární droga udávaná respondenty v jednotlivých podsouborech.....	53
4.1.4 Další (sekundární) drogy udávané respondenty v jednotlivých podsouborech	53
4.1.5 Doba užívání primární drogy respondenty z jednotlivých podsouborů.....	54
4.1.6 Způsob aplikace primární drogy.....	54
4.2 Znalosti respondentů o poskytovaných specifických službách.....	55
4.2.1 Znají služby K-centra.....	55
4.2.2 Znají služby terénního programu.....	56
4.2.3 Mají informace o léčbě.....	56
4.2.4 Znají pojem terapeutická komunita.....	57
4.2.5 Znají substituční terapii.....	57
4.3 Využívání konkrétních specifických služeb jednotlivými podsoubory respondentů.....	58
4.3.1 Využívají výměnný program.....	58
4.3.2 Využívají zdravotní servis a screeningové testy infekčních nemocí.....	59
4.3.3 Využívají hygienický servis.....	60
4.3.4 Využívají kontaktní místnost.....	60
4.3.5 Využívají vitaminový a potravinový servis.....	60
4.3.6 Využívají individuálního poradenství.....	60
4.4 Faktory vedoucí respondenty k nevyužití služeb.....	61
4.5 Chybějící služby dle subjektivních potřeb respondentů.....	62
5 Diskuze.....	64
6 Závěr.....	69
7 Seznam použité literatury:.....	70
8 Klíčová slova.....	74
9 Přílohy.....	75

ÚVOD

V současné době, lze drogový problém označit za globální, to znamená, že dopady spojené s výrobou, distribucí a samotným užíváním návykových látek, se týkají každé země světa a zasahují do všech oblastí lidského života. Jejich vliv je patrný v oblasti zdraví (tělesného i psychického), sociálních vztahů, ekonomické úrovně i míry kriminality. Tento stav vytváří tlak na jednotlivé země, sestavit koncepci protidrogové politiky, která by účinně pomáhala v řešení takto závažného problému. Česká republika v tomto směru zastává 2 rozdílné postoje. Na jedné straně se v rámci represe snaží o potlačení nabídky drog na jejím území, na straně druhé vytváří složitou koncepci ochrany veřejného zdraví zaměřenou především na prevenci, léčbu a resocializaci. Všemi třemi složkami koncepce ochrany veřejného zdraví prostupuje snaha o minimalizaci rizik spojených s užíváním návykových látek a způsobem jejich aplikace, které výrazným způsobem ovlivňují uživatele, ale i obecnou populaci. Především intravenózní uživatelé představují nesmírná rizika a to především v přenosu infekčních chorob (HIV/AIDS, Hepatitidy aj.) a to nejen do drogou zasažené populace.

Tato práce se snaží zmapovat úroveň dostupnosti specifických služeb pro drogové uživatele v chebském regionu, zaměřených především na sekundární a terciární prevenci. Zásadním ukazatelem míry dostupnosti jsou pro tuto práci subjektivní názory uživatelů návykových látek a to z řad již stávajících klientů nabízených služeb, tak i uživatelů z tzv. skryté populace. Práce byla vytvořena, aby poukázala na možná zlepšení v dostupnosti služeb i jejich konkrétní nabídky v tomto regionu.

1 Současný stav

1.1 Historie léčby závislosti v ČR

Vznik historicky prvního zařízení specializovaného na závislosti v České republice, zprvu pouze na závislosti alkoholového typu, je datován na 10. září 1948, kdy profesor Jaroslav Skála zřídil v Praze specializované zdravotnické zařízení zvané *U Apolináře*, které poskytovalo svým klientům střednědobou ústavní péči na bázi terapeutické komunity.(15) Střednědobou léčbou obvykle označujeme léčbu trvající minimálně 3 a nejvýše 6 měsíců, v terapeutických komunitách je však délka klientovi léčby poněkud delší, nejčastěji se jedná o 6 – 8 měsíců.(28) Pražský Apolinář se stal vzorem při zakládání dalších podobných zařízení, která vznikala především v rámci psychiatrických léčeben. S profesorem Skálou se tedy započal prudký rozvoj ústavní péče pro pacienty se závislostmi na alkoholu. V souvislosti s ústavní péčí se začala rozvíjet také péče ambulantní, vznikali *AT* (alkohol a toxikomanie) *ambulantní ordinace*, jichž fungovalo až do počátku 90. let více než 160 v celé ČR, od roku 1989 se jich však řada zrušila díky probíhající restrukturalizaci zdravotnických zařízení. Apolinář stál také u zrodu prvního ambulantního zařízení, zřízeného pouze pro léčbu nealkoholových závislostí, v roce 1978 jej založil Mudr. Rubeš jakožto *Středisko drogových závislostí* (FNII). (15)

Mudr. Presl a PhDr. Douba byli ve středisku FNII od roku 1982 zaměstnání. V rámci změny společenského systému, spojeného s pádem komunismu a otevřením československých hranic, si uvědomili, že je potřeba vytvořit systém, zajišťující komplexní prevenci a péči o uživatele drog a jejich blízké. Oba si přáli navázat na odkaz FNII, avšak také zmírnit vliv státní drogové politiky, který až přespříliš redukoval péči na medicínský model (viz níže). V roce 1991 tak vzniká nadace *DROP - IN* a hned o rok později (duben 1992) první nestátní zdravotnické zařízení pro potřeby uživatelů drog a jejich rodin *DROP – IN o.p.s.*, koncipované jako nízkoprahové středisko.(9) Označení nízkoprahovosti zaručuje klientům poskytnutí služeb bez

jakéhokoli doporučení, takzvaně rovnou z ulice, kontaktní (nizkoprahová) práce zachovává klientovu anonymitu a probíhá v neformálním prostředí. Nizkoprahová střediska vznikla za účelem lepší dostupnosti služeb, přiblížení se klientům, kterým by v kontaktu s jinými službami s tzv. vysokým prahem mohly bránit psychologické či administrativní bariery.(6) V roce 2007 existovalo přesně 109 nizkoprahových zařízení, příloha č. 1 dokládá, že v chebském regionu se nachází pouze jedno jediné. (29) Přibližně ve stejné době jako nadace a nizkoprahové zařízení Drop – in vzniká občanské sdružení *Sananim*, které v roce 1991 jako vůbec první v ČR otevřelo jedinečné zařízení typu terapeutické komunity pod názvem Terapeutická komunita Němčice, toto zařízení poskytuje dlouhodobou léčbu osobám závislým na nealkoholových drogách.(27) Dlouhodobou léčbou se vždy myslí léčba ústavní či rezidentní, v klasickém pojetí trvá tato léčba 1 rok, převážně u závislých na heroinu byla kratší doba léčby vnímána jako neúčinná a ještě dnes se můžeme setkat s léčebnými programy trvajících 18-24 měsíců, a to přestože výzkumy prokazují, že trvá-li léčba déle než jeden rok, může míra její efektivity klesat.(5) Po čtyřleté praxi s TK Němčice rozjíždí občanské sdružení *Sananim* další terapeutickou komunitu tentokrát se střednědobým léčebným programem (viz výše), TK Karlov.(27) Z výroční zprávy o stavu ve věcech drog z roku 2007 vyplývá, že v průběhu následujících let vzniklo dalších 13 podobných zařízení. Celková kapacita, kterou v tomto roce společně pokrývali poptávku po léčbě, činila 169 lůžek.(29)

MuDr. Jiří Presl z nadace Drop-in se také zasloužil o počátky substituční léčby v ČR. V roce 1992 přivezl ze Švýcarska několik kilogramů metadonu, aby jej nabídl jako náhradní látku svým nejvíce problémovým pacientům, u nichž ostatní dostupné způsoby léčby nezabraly. Tento počín se ale nelíbil celním ani zdravotním úřadům, přesto všechno ale po čase ministerstvo zdravotnictví svolilo, aby Presl v substituci experimentálně pokračoval po dobu jednoho roku. Bohužel na závěr experimentu nedošlo k potřebné evaluaci a ani ke svolení v substituci pokračovat, všichni Preslovi pacienti se proto vrátili k ilegálním drogám, braunu a heroinu, nebo k divoké substituci. Divoká substance je lék, schopný navázat se na opiátové receptory a zabránit tak abstinčním příznakům, aniž by tak ale došlo ke změněnému stavu vědomí, jako takový lék se od 70. let používal nejčastěji Diolan®, který obsahuje etylmorfin.(7) Ten

samý lék byl také podáván v historicky prvním programu substituční léčby v ČR, který byl ve středisku Drop-in spuštěn v roce 1993.(9) Od roku 2001, kdy expertní pracovní skupina Ministerstva zdravotnictví vytvořila standardy substituční léčby, počet center vzrůstá, (32) v roce 2007 bylo evidováno 15 center substituční léčby, jejímiž klienty se v tom samém roce stalo celkem 1064 osob. (29)

1.2 Závislost na droze

Závislost je možno vydefinovat jako chronickou poruchu, progredujícího charakteru a rozvíjející se na základě přirozené touhy člověka změnit své prožívání. V případě, že tato touha přejde v nutkavost, otevírají se možnosti pro vznik chorobných znaků. Tyto znaky je možné pozorovat především jako ztrátu kontroly nad nutkavým chováním, udržováním stávajícího vzorce chování i přes veškeré důsledky, které z něho vyplývají. U drog vyvolávajících závislost spatřujeme nebezpečnost hlavně v extrémně silné hloubce změněného prožívání. Čím rychlejší a očekávanější působení drogy, tím markantnější vznik zpětné pozitivní vazby a dychtění po zopakování zážitku.(14)

Jelikož je závislost vnímána jako nemoc, definuje ji mezinárodní klasifikace nemocí ve své desáté revizi (MKN – 10) a slušelo by se pro úplnost ji uvést i v této práci. MKN - 10 definuje syndrom závislosti pod písmenem F1x.2, přičemž na místo x je vždy doplněna příslušná látka, na které závislost vznikla. Přesná definice syndromu závislosti je pak uváděna takto: „ Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více.“ Definitivně stanovit diagnózu závislosti lze jen v případě, že se v průběhu předešlých 12 měsíců objevili alespoň tři zjevů, které jsou dále uvedeny. Tyto kritéria pro diagnostikování závislosti jsou rovněž součástí MKN – 10, avšak existuje i jiný diagnostický manuál dle Americké psychiatrické asociace (DSM – IV), který se v některých bodech s kritérii MKN – 10 rozchází, a proto si jej dále také uvedeme.(22)

1.2.1 Diagnostická kritéria závislosti dle MKN – 10

Jak je již výše uvedeno, pro diagnózu syndromu závislosti je nutné, aby se v průběhu jednoho roku vyskytly nejméně tři znaky závislosti vydefinované v 10 revizi mezinárodní klasifikace nemocí, vytvořené experty Světové zdravotnické organizace (WHO). Pro lepší pochopení jednotlivých bodů, je každý z nich doplněn o přímé citace.(22)

a) **Silná touha nebo pocit puzení**

Touha nutící jedince látku opakovaně užít (carving).

„Touha po droze byla častá a silná, byl jsem ochoten udělat cokoliv“ (závislý na heroinu, 42 let)

b) **Potíže v sebeovládání**

Sebeovládání při užívání látky, a to sebeovládání spojené se začátkem, koncem i množstvím užití látky.

„Kontrolu jsem nad sebou neměl vůbec žádnou, a co se týká braní – to jsem si dával dávky, že jsem padal do bezvědomí. Vůbec jsem neměl kontrolu nad tím, co dělám, prostě jsem to risknul.“ (závislý na heroinu, 21 let)

c) **Tělesný (somatický) odvykací stav**

Tento stav nutí jedince užít látku opakovaně, aby se tak zbavil nepříjemných (bolestivých) fyzických následků spojených s předešlým užitím látky. Po užití určité látky či skupiny látek vznikne vždy jiný, pro ni typický, odvykací stav.

„Měl jsem hrozný křeče, potil jsem se, měl jsem průjem, zvracel jsem, byla mi zima a potom naopak hrozně horko, bolely mě klouby“ (závislý na heroinu, 21 let)

„Odvykací příznaky se u mě projevovaly nervozitou, pak pocitem na zvracení, střídavě horko a zima po těle, bolestivé křeče svalů a nejhorší pro mě byla úzkost, která jako by vycházela ze srdeční krajiny.“ (závislý na heroinu, 28 let)

d) Průkaz tolerance k účinku látky

To znamená, že jedinec je nucen užívat čím dál vyšší množství drogy, aby dosáhl účinku, který se dostavoval po užití nižší dávky.

„Moje tolerance strašně rychle stoupala a vždycky to u mne za dva měsíce dopadlo tak, že jsem se drogou akorát udržoval, aby mi nebylo špatně.“ (závislý na heroinu, 25 let)

e) Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů.

Jedinec zanedbává vše, co ho doposud bavilo. Množství času, které vynakládá na zajištění drogy, jejího užívání a následného zotavení se z účinku, se zvětšuje.

„ To dá rozum, že když člověk celý den prospí, že už toho moc nestihne.“ (závislý na pervitinu, 23 let)

„Jasně jsem zanedbával plno věcí, neměl jsem žádné záliby, zanedbával jsem svůj vztah s mou dívkou a rodina byla na posledním místě, protože první byla droga.“ (závislý na heroinu, 22 let)

„Prostě jsem sháněl pořád peníze, abych si mohl dát svoji dávku.“ (závislý na heroinu, 22 let)

f) Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků

Tento znak závislosti lze brát v úvahu jako diagnosticky validní pouze v případě, že je jedinec o škodlivých následcích informován. Například jedná se o znak závislosti až ve chvíli, kdy je pacient lékařem informován, že si škodlivým užíváním drogy ničí játra, a on přesto v užívání pokračuje.

„Prodělal jsem žloutenky B a C i psychózu, a přesto mě to neodradilo a spíš naopak, abych zaplašil nepříjemné myšlenky na svůj dezolátní stav.“ (závislý na heroinu a pervitinu, 35 let)

„Drogy jsem bral, přestože jsem dobře věděl, že si ničím játra.“ (závislý na heroinu po žloutence typu C, 21 let)

1.2.2. Diagnostická kritéria závislosti dle DSM - IV

Kritéria Americké psychiatrické asociace (DSM – IV) mají ke kritériím vytvořeným Světovou zdravotnickou organizací v MKN – 10 velice blízko. Uvedeme tedy z celkových 7 bodů pouze ty, které se s kritérii MKN – 10 neshodují. Jedná se především o 3. bod, tedy o **přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu**. Mohlo by se zdát, že se jedná o průkaz tolerance uvedený mezi kritérii v MKN – 10, avšak průkaz tolerance je mezi diagnostickými kritérii DSM – IV reprezentován 1. bodem, tedy **růstem tolerance**. V případě třetího bodu jde spíše o nezvládnutí dodržení původního úmyslu drogu například pouze vyzkoušet. Dalším odlišným bodem oproti MKN – 10 je 4. bod, tedy **dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímané látky**. Další body, tedy bod 1., 2., 5., 6. a 7. Jsou s kritérii v MKN – 10 prakticky totožné, jen body číslo 6 a 7 jsou poněkud přesněji vydefinovány. Jedná se o **zanedbávání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky, nebo jejich omezení a o pokračující užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a které jsou působeny nebo zhoršovány užíváním látky**. Definice závislosti dle DSM – 4 byla vytvořena dříve a desátá revize MKN se jí velice přiblížila. Tento fakt je nutné vnímat pozitivně, neboť kritéria uvedená Americkou psychiatrickou asociací jsou definována poněkud přesněji, avšak důležité je podotknout, že diagnostický manuál DMS – IV zcela vypustil znak touhy (bažení) po droze, který je z teoretického i praktického hlediska velmi důležitý. (22)

1.3 Stádia závislosti na droze

Míru závislosti se pokusil formulovat Kamil Kalina, jeden z předních adiktologů v České republice, který je také současným výkonným místopředsedou rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) a ředitelem sekce protidrogové politiky

sekretariátu RVKPP.(29) Kalina definoval pět stádií míry závislosti dle četnosti, intenzity a následků užívání. V sociální práci s drogovými uživateli se setkáváme převážně s klienty spadajícími do 3. až 5. skupiny.(21)

1.3.1 Experimentální užívání drogy

Experimentální užívání drog je charakteristické občasným užíváním a nepravidelností. Případné následky se většinou vůbec nedostaví.(21) Tomáš Záborský toto užívání omezuje ve své publikaci „ *Drogová epidemiologie*“ maximálním počtem 5 užití za život. Fakt, že k užití drogy dojde, je podnícen zvědavostí, když je experimentátorovi droga nabídnuta.(33) Mezi další faktory, které jedince provokují k experimentu s drogou, můžeme zařadit nudu, touhu zlepšit vlastní výkonnost nebo také náladu, vyřešit si drogou své problémy, nebo je spíše díky ní odsunout a uniknout tak z bezvýchodné situace. Droga může být také pro experimentátora způsobem, jak na sebe upozornit, nebo se udržet v partě.(15) Označení experimentátora je poněkud nepřesné, avšak mezi odborníky běžně užívané. Takový člověk občasně a nepravidelně „ zkouší“ různé typy drog a to ze zvědavosti, není pravdou, že by ho k experimentu dovedly problémy v jiných oblastech jeho života, například rodinné či pracovní problémy. (14) Ve stádiu experimentálního užívání nedochází k žádnému omezení na zdraví, pracovní způsobilost, výkonnost a finanční situace jedince jsou také užitím drogy nedotčeny. (33) V roce 2004 proběhla zatím poslední celopopulační studie na území České republiky zaměřená na užívání nelegálních drog s názvem *Celopopulační studie o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel v ČR*. Její výsledky jsou publikovány ve výroční zprávě Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR 2004 – 2006. Z těchto výsledků je patrné, že alespoň jednou v životě užilo nelegální drogy celkem 22% osob z dospělé populace, tedy osoby nacházející se ve věku 18 až 64 let. Nejčastěji udávanými látkami jsou ve 21 % konopné látky, v 7% extáze a 3,5 % lidí udalo jako svou „zkoušební“ drogu lysohlávky a jiné přírodní halucinogeny. V současné době probíhá *Evropské výběrové šetření o zdraví*, do něhož jsou zapojeny všechny

členské státy EU a které se také zavázali je zrealizovat v průběhu let 2007 – 2009. Dotazník, který byl pro účely tohoto šetření vytvořen, obsahuje také otázky týkající se užití nelegálních drog, a měl by tak přinést přínosné informace o současném stavu prevalence experimentálního užívání nelegálních drog v ČR. (29) Sklony k experimentování s alkoholem a drogami jsou nejčastěji zaznamenávány v období adolescence, díky vlivu vrstevníků.(25) V tomto období se jedinec snaží „prorůst“ do společnosti, dochází k tzv. psychosociálnímu moratoriu, tedy období hledání, nezávazného experimentování a vyhledávání méně formálních skupin. Tyto subkultury, které se velice rychle sdružují, ale také mění, využívají drog ke svému vyjádření a určitým rituálům. Dospívající, který se nachází v hluboké nejistotě, je tak často puzen k experimentu s drogou, aby tak prokázal svou sounáležitost se skupinou.(14) Poslední studie ESPAD (Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách) probíhající v roce 2007 a zaměřena právě na věkovou skupinu školáků a adolescentů udává, že jakoukoliv nelegální drogu v životě zkusilo 21,1 % respondentů, z toho konopné látky 19,5 % (což je téměř 93% respondentů), halucinogenní houby 2,8 %, LSD nebo jiné halucinogeny 1,9 %, extázi 1,0 % dotázaných. Těkavé látky zkusilo 2,8 % respondentů.(29)

Toto vytváří prostor pro intervenci tzv. peer programů, tedy programů, které pro primární prevenci využívají vlivu vrstevníků. Smysl takové prevence je v tzv. denormalizaci, tedy ve změně současného vnímání drog mladými lidmi, kteří se v dnešní době staví k užívání drog, jako k něčemu normálnímu. Díky primární prevenci by mladí měli začít vnímat život bez drog jako zdravější a současně hlavně atraktivnější. Peer programy jsou nenásilná forma, jak oslovit populaci experimentátorů, kteří jinak aktivně nevyhledávají specifické služby.(15)

1.3.2 Příležitostné užívání drogy

V tomto stupni se již jedná o pravidelné užívání drogy, avšak nedochází k němu častěji než jedenkrát za týden. Uživatelé se k droze obrací ve svém volném čase a vnímají ji jako součást svého životního stylu.(21) Droga zde představuje prostředek

k odreagování.(33) Psychika a sociální rovina uživatele nebývá nijak narušena. Následek užívání se dostavuje vždy bezprostředně.(21) Příležitostní nebo také rekreační uživatelé, si drogu většinou neaplikují intravenózně, spíše ji šňupají nebo ji např. v případě extáze užívají per orálně (ústý). Riziko, které tento způsob užívání návykových látek přináší, je spatřováno v překročení příležitostné aplikace a přestupu k pravidelnému či dokonce problémovému užívání. Jak poznamenal na příklad Tomáš Zábanský, člen centra adiktologie při Karlově Univerzitě, každý rekreační uživatel alkoholu se nemusí hned stát alkoholikem, ale u každého závislého na alkoholu předcházelo stádium příležitostného popíjení.(3) Jednou z nejčastějších rekreačních drog je extáze (MDMA) užívaná na tanečních „parties“, velice rozšířena je hlavně na tzv. „technoscéně“. Prvně tuto látku syntetizoval v 50. letech Alexander Shulgin a od 70. let našla své uplatnění jako taneční droga v USA, přes Velkou Británii pak postupně expandovala až do Evropy. Z chemického hlediska je MDMA odvozena od amfetaminu.(14) Stejně jako pervitin má tedy stimulační účinky a jak opět podotýká Zábanský, většina rekreačních uživatelů se k prvnímu styku s pervitinem dostávají právě na diskotékách a tanečních parties. Přestoupí-li rekreační uživatel z extáze k pervitinu, je pak o krok blíž k problémovému tedy intravenóznímu užití této látky.(3) Jak vyplývá z výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR z roku 2007 se akceptovatelnost a celková atraktivita MDMA zvyšuje (29) a to i přesto, že při jejím užití může dojít k přehřátí organismu (hypertermii) a tedy i ke spuštění kaskády dějů vedoucích někdy až ke smrti, velmi zjednodušeně se jedná o hrubé narušení vnitřního prostředí organismu a metabolický rozvrat. Se stále rostoucí popularitou extáze je důležitý rozvoj specifické intervence, jako je Harm Reduction, probíhající přímo v místě taneční party. Jedná se jmenovitě například o poskytnutí místnosti pro ochlazení, tzv. cooling, a dostatek chladných nealkoholických nápojů, hlavně minerální vody, která klientovi poskytuje adekvátní příjem iontů. Dalším důležitým bodem programu Harm Reduction je možnost nechat si otestovat chemické složení drogy ještě před jejím užitím, klient se tak vyvaruje aplikaci nebezpečných příměsí. V některých zemích jako jsou Velká Británie nebo Itálie, je tato specifická intervence typu Harm Reduction povinně vyžadována úřady, bez přítomnosti těchto opatření nedojde

k povolení taneční akce.(14) V České republice je z pohledu příznivců taneční hudby dostupnost těchto aktivit a intervencí nedostatečná, celé 4/5 respondentů v průzkumu prováděném pro výroční zprávu o stavu ve věcech drog v ČR pro rok 2007 vyjádřili svoji nespokojenost s aktuálním stavem souvisejícím s poskytováním služeb Harm Reduction v průběhu parties. Jako reakce na toto nedostatečné pokrytí poptávky po službách se v roce 2008 rozjel projekt Safer Party Tour (29), který pokračuje také v letošním roce, díky tomuto projektu budou služby dostupné na všech větších letních open air festivalech.(26)

1.3.3 Pravidelné, škodlivé užívání drogy

Aplikace je pravidelná, v týdnu vícenásobná. Stává se neodmyslitelnou součástí životního stylu a její následky mají na uživatele škodlivý účinek.(21) Důvodem užívání drogy je zvyk.(33) Škodlivé dopady pravidelného užívání mohou být tělesné, psychické nebo vyvolávají nepříznivé sociální důsledky. Podle MKN-10 není škodlivé užívání, vedené pod kódem Fx.1, možno diagnostikovat, je-li už přítomen syndrom závislosti typický pro poslední stádium, stádium závislosti. Americká DSM-IV uvádí definici problémového užívání v širším rozsahu, aby se dle DSM-IV dalo škodlivé užívání diagnostikovat, postačí existence pouze jediného z následujících kritérií. Pravidelný uživatel drog musí selhávat v důsledku drogového užívání v některé své životní roli, opakovaně se chovat rizikově po aplikaci drogy (např. řídit automobil), v jeho anamnéze se také může vyskytnout opakovaný konflikt s represivními složkami státu (policie, soudy) vyvolaný užitím návykové látky, a jako poslední kritérium uvádí DSM-IV stálé pokračování v užívání i přes existenci trvajících sociálních a mezilidských problémů. Jelikož dopady, které pravidelné užívání návykových látek přináší, jsou nezanedbatelné a jedince mohou v životě velice omezovat, je důležité poskytnout jim včasnou a krátkodobou intervenci, jejíž součástí by mělo být doporučení přestat se zneužíváním drog, poskytnutí svépomocné příručky, důkladná spolupráce s rodinou a v neposlední řadě posilování motivace klienta. Je důležité klientovi také doporučit

krizovou telefonní pomoc a poskytnout mu příslušná telefonní čísla, v případě, že se vyskytne silné bažení po droze. (14)

1.3.4 Problémové užívání drog

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA), zřízené v roce 1993, uvádí definici problémového užívání jako *intravenózní užívání drog (IUD) anebo dlouhodobé a pravidelné užívání, opiátů, kokainu a drog amfetaminového typu*. Dlouhodobost a pravidelnost jsou kritéria, která toto stádium úzce spojují s předcházejícím, tedy pravidelným užíváním. Nachází – li se jedinec ve stádiu problémového užívání, pak se k pravidelnosti v úzu drogy již přidává také značný negativní dopad na jeho soukromý popř. pracovní život.(21) Uživatel má nad drogou stále menší kontrolu.(33) Dochází k rizikovému způsobu aplikace drogy (do žíly, tzn. intravenózně) a s ním spojeným výskytem zdravotních obtíží. (21) Nemoc (závislost) se rozvíjí a pro zbavení se návyku je obvykle nutné, aby zasáhla odborná pomoc.(33) *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice z roku 2007* udává odhadovaný počet problémových uživatelů. Podle této zprávy má celkový počet problémových uživatelů drog mírně stoupající tendenci. V reálných číslech je udáváno 30,9 tisíc takovýchto uživatelů, 20,9 tisíc tvoří uživatelé pervitinu a přibližně 10 tisíc připadá na uživatele opiátů. Mezi problémovými uživateli opiátů nalezneme 5,75 tisíc uživatelů heroinu a 4,25 tisíc jedinců konzumujících Subutex®, tyto odhady udávají mírný pokles oproti předchozímu roku. Z výše udaných celkových počtů, tedy 30, 9 tisíc problémových uživatelů drog, si 29, 5 tisíc drogu aplikuje injekčně (intravenózně), z toho vyplývá, že téměř v 95, 5% dochází k aplikaci rizikovým způsobem a tedy zvýšené pravděpodobnosti přenosu infekčních onemocnění, jakými jsou virové hepatitidy a onemocnění AIDS. Karlovarský kraj, jehož je chebský region součástí, hlásí 900 problémových uživatelů, z nichž celých 100% aplikuje drogu rizikově.(29) Tato čísla jasně ukazují na potřebnost efektivních služeb Harm reduction a Public health, která jsou poskytována jak ambulantně nízkoprahovými centry, tak jejich terénními programy. Proti virové hepatitidě typu A a B je možné se nechat očkovat, a

jelikož intravenózní uživatelé drog jsou vystaveni velice vysokému riziku přenosu těchto onemocnění, mělo by být důrazné poučení o vakcinaci součástí poradenství v kontaktních centrech.(14)

1.3.5 Stádium závislosti na droze

Tolerance k užívané látce vysoce vzrůstá, je tedy nutné dávky zvyšovat, aby bylo možno dosáhnout kýženého pocitu a prožívání (pokud dávka zůstává, účinek se nedostavuje). Dochází ke cravingu (bažení po droze), tomuto bažení uživatel podřizuje veškerý svůj život.(21) Droga se stává uživatelovou jedinou potřebou, která ho nutí stále více riskovat, aby ji naplnil.(33) Následky se silně negativně projevují ve zdravotní, psychické i sociální sféře uživateleova života.(21) Zdravotní a sociální rizika, která přicházejí společně se závislostním užíváním návykových látek, jsou značná. Typickým příkladem drogy s neakceptovatelným rizikem je heroin. Závislost na něm vzniká pravidelně a velice rychle, již po několika týdnech. Následky, které způsobuje, se odrážejí v těžkém poškození osobnosti a sociálním úpadku. Jedinec zneužívající heroin nezřídka zajišťuje finance potřebné k zakoupení dávky prostřednictvím kriminality či prostituce, hlavně prostituující ženy se tak stávají skupinou přinášející vysoká rizika pro společnost v oblasti přenosu infekčních chorob, jako je AIDS a virové hepatitidy.(15) Vymanit se ze závislosti, degraduje-li jedinec až na dno společnosti, již není téměř bez výjimky možné bez odborné léčby.(33) Také zdravotní rizika spojená s nitrožilním užíváním jsou značná, uživatel je více ohrožen nákazou HIV, VHC či VHB. Další rizika vyplývají z častějšího předávkování. Bližší popis závislosti naleznete v předešlé kapitole 1.3 Závislost na droze a v jejích podkapitolách.

Bio-psycho-sociální model, později doplněný také o spirituální úroveň, uvádí vzájemný vztah mezi drogou, prostředím a uživatelem. Tyto tři vrcholy trojúhelníku společně s rizikovými faktory, ovlivňují případný vznik závislosti.(15)

a) Droga

- Každá droga či skupina drog má jiný charakter, účinky, tradiční způsob aplikace. Z toho vyplývá také rozlišný potenciál drog pro rozvoj závislosti. Drogu dále posuzujeme z pohledu tzv. primární drogy a drog sekundárních. Primární droga je taková, kterou jedinec v užívání preferuje. Zbylé užívané látky, jsou sekundárními drogami.

b) Člověk (uživatel)

- Nelze říci, že by existoval typ osobnosti, který by primárně před vznikem závislosti chránil, nebo by ji naopak předurčoval. Závislost může vzniknout a každého jedince, avšak pravděpodobnost vzniku je ovlivněna rizikovým charakterovými vlastnostmi jedince. V krátkosti lze říci, že se jedná o osobnosti, které inklinují k problémům a to ve dvou extrémech. Prvním typem jsou osoby s vyšší mírou citlivosti, zranitelnosti a úzkostné osoby. Druhým typem struktury osobnosti zvyšující riziko vzniku závislosti, jsou naopak osoby extrovertní, vysoce iritabilní až agresivní.

c) Prostředí

- Jako prostředí chápeme vše, co nás obklopuje. Tento prostor můžeme dále rozdělit do tří úrovní
- 1) Společnost:
 - o Důležitý je postoj společnosti k drogám, její nastavené normy. Svoji roli hraje také míra dezorganizace společnosti, oslabení rodin, rozvodovost, orientace na konsumní a výkonový způsob života, dostupnost drog a naproti tomu koncepce drogové politiky.
- 2) Rodinné prostředí:
 - o Určující je zejména rodinný systém norem a hodnot, celková atmosféra rodiny, míra lásky a péče, kterou si v rodině prokazují. Klíčovou osobou v rodinném prostředí je matka, ta bývá u závislých jedinců často ochránářská (hyperprotektivní) nebo naopak hostilní. Vyšší riziko vykazuje samozřejmě dostupnost drog v rodině, tedy přítomnost užívajících rodičů.

- 3) Vrstevnické prostředí:
 - o Referenční skupina (kamarádi, parta, škola) je často založena na hodnotách podléhajících módě a životnímu stylu. Má často mnohonásobně vyšší vliv na jedince než droga sama. Tohoto efektu využívají vrstevnické preventivní programy, kdy osobou poskytující informace o škodlivosti užívání drog a vytvářející povědomí normality života bez nich, je přímo člen referenční skupiny. (15)
 - o

1.3.5.1 Motivační trénink

Významným základem pro intervenci s uživateli, u nichž už závislost propukla, je posilování motivace prostřednictvím motivačního tréninku, který může vyústit ve změnu chování, prožívání a myšlení. Může tedy klienta přivést k rozhodnutí podstoupit léčbu. Jedná se tedy o metodu předléčebného nebo léčebného poradenství, která je důležitou součástí práce v nízkoprahových kontaktních centrech, poradnách a ambulantních centrech. Jako metoda pro zvýšení motivace klienta k abstinenci vznikl tzv. motivační trénink, který předpokládá dovednost profesionálního pracovníka vést motivační rozhovor a fakt, že uživatelé jsou schopni motivace k léčbě, jen jejich připravenost ke změně je nestabilní, závislá na množství vnitřních faktorů a vnějších podmínek. Během motivačního tréninku prochází uživatel celkem pěti fázemi. (25)

Fáze *prekontemplace*, která předchází samotnému uvažování o změně chování, je typická pro klienty, se kterými se setkáváme v předléčebném poradenství. Nevnímají žádný problém v souvislosti se svým užíváním návykových látek, o kterém tvrdí, že ho mají pod kontrolou, případně si problém dokážou dobře racionalizovat. V této fázi by bylo zcela zbytečné vést klienta k abstinenci, spíše podněcujeme k využívání služeb Harm reductin (služeb minimalizujících rizika)

V další fázi, fázi *kontemplace*, je klient schopen přehodnotit, co mu droga přináší a co naopak bere. Objevují se pochybnosti, zda je správné pokračovat v užívání drog a obavy spojené s očekávaným vývojem v užívání. Klient se tak nachází na vahách

při uvažování o změně. Tento rozpor měl být v průběhu motivačního tréninku zdůrazňován.

Třetí stádium *determinace* přináší zhoršení situace. Ztráty převládají nad zisky a klienti jsou ochotni přiznat přímou souvislost s užíváním drog. V této fázi jsou připraveni ke změně a jsou také nejvíce ochotni spolupracovat, případně přistoupit na léčbu. Je důležité právě v této fázi na motivaci ze strany pracovníka nepolevovat.

Klient vstupuje do čtvrtého stádia, stádia *akce*, kdy se aktivně pokouší o změnu svého návykového chování.

V poslední fázi *meintenance* se klient pokouší o udržení změny, vkročil do běžného života bez drog. Jedná se o kritickou fázi, neboť klient přestává být neustále podporován terapeutu. Hrozí riziko relapsu, návratu k předchozímu stavu, které je ovšem hrozbou během celého motivačního tréninku.(14)

1.4 Modely závislosti a koncepty přístupů v pomoci uživatelům drog

Přístupů a modelů, k nimž se ve světě odborníci a pracovníci s uživateli drog kloní, je celá řada. V této kapitole proto bakalářská práce uvádí jen ty klíčové, cílené směrem k poptávce po drogách. (14)

1.4.1 Biomedicínský model

Strategie biomedicínského modelu se držela na pomyslné špičce v oblasti práce s drogovou klientelou dlouhá desetiletí. Největší rozkvět a slávu zažívala hlavně v období, kdy byly drogy vnímány jako odborný problém, který tak spadal zásadně do kompetencí lékařů. Do poloviny 20. století byly těmito odborníky neurologové. V druhé polovině tohoto století se z neurologie vyčlenila psychiatrie a pacienty s chorobami vyvolanými drogovými závislostmi stáhla s sebou.(17)

Biomedicínský model vnímá závislost jako chronické onemocnění s ne příliš příznivou prognózou, spíše ji označuje jako chorobu nevléčitelnou. Systém poukazuje

na opakující se recidivy. Jako recidivu nemoci vnímá každé další užití drogy. Jediná možnost léčby je doživotní abstinence. Závislý nepřestává být závislým, ale stává se abstinujícím. Tomuto modelu vzniku závislosti samozřejmě odpovídaly adekvátní přístupy k léčbě. Osoby závislé na drogách byly izolovány v ústavu od okolního prostředí, byli podrobena detoxikaci (14), tedy odstranění návykové látky z těla za pomoci psychofarmak, ale i bez nich, s cílem překonat tak odvykací syndrom.(4) Léčba probíhala tradičně formou ergoterapie, tedy prací. (14)

1.4.2 Bio – psycho – socio - spirituální/ existenciální model

Tento model zohledňuje faktory biologické, psychologické, sociální a také spirituální, je tedy svým charakterem multidimenzionální a proto také mnohem obsažnější a komplikovanější než model biomedicínský. Jeho význam lze také spatřovat v zaměření na identifikaci faktorů, které se zásadním způsobem podílejí na změně závislého chování. Tento pohled umožňuje odborníkům vstoupit do jejich řetězců. (25)

V posledních letech je patrný deficit v naplňování hlavně spirituální složky. Tento deficit je vyvolán patrně celou řadou faktorů. Jedná se hlavně o převážně konzumní uspořádání společnosti a tím alarmující absenci duchovních hodnot. Navíc mladí lidé, kteří začínají s drogami experimentovat, tak často činí z touhy poznat samy sebe. S tím souvisí vznik novodobých rituálů, kdy např. účastníci tanečních parties, užívají stimulační látky a jiné taneční drogy za účelem dosažení skupinové transcendence v novodobých chrámech diskoték. To, čeho nakonec dosáhnou, se ale nazývá závislost, tedy pravý opak prvotně hledané svobody.(14)

Léčba se vždy rovněž zaměřuje na dimenzi biologickou, psychologickou, sociální a spirituální. V rámci biologických předpokladů se léčba orientuje na medicínsky ovlivnitelné nemoci, které otevřely cestu k nadužívání drog či abusus dále udržují, jak je tomu při opakovaných relapsech zapříčiněných tělesnými komplikacemi při odvykání. Nesouhlasí-li klient s léčbou, snaží se tento přístup alespoň o elementární péči o zdraví převážně předcházením vážným infekčním onemocněním formou

výměnných programů, kdy jsou klientům vyměňovány použité jehly a stříkačky za nové. V souvislosti s psychologickou dimenzí se pátrá po existenci vztahu mezi psychologickými problémy jedince a rozvojem abusu. Následná léčba pak souvisí s typem odborného výcviku terapeutického personálu, nejčastěji však probíhá formou terapeutické komunity a skupinové psychoterapie. Na úrovni terciární prevence se psychologická pomoc dotýká komplexu doléčovacích aktivit, individuálního a skupinového poradenství a edukace rodiny. Ne málo významná součást této pomoci je také psychologická podpora klienta, který se nachází v terminální fázi vývoje závislosti, kde již medicínská pomoc nestačí. Jedná se také o terminální stadia onemocnění AIDS. V těchto případech dochází k propojení psychologické a spirituální dimenze v rámci snahy dojít smíření s fyzickou smrtí. Sociální dimenze je v léčbě reflektována sociální prací s klienty zaměřena na uplatnění klienta, jde o pomoc při hledání zaměstnání či kontakt s úřady. Tato intervence výrazně ovlivňuje prognózu výsledků léčby. V rámci terciární prevence, se pomoc uplatňuje v rámci vyhledání chráněného zaměstnání, zajištění zdravotního pojištění, chráněného bydlení a poskytnutí právního poradenství. Zastoupení v léčbě nachází spirituální oblast zejména využitím změněného stavu vědomí na nedrogové bázi, jedná se o meditační techniky, holotropní dýchání, jógu, transovní rituály. Mezi léčebné programy, které považují spiritualitu za primární dimenzi lidské existence, se řadí programy vycházející s jungiánských tradic či transpersonální psychologie. Řadíme se ale také religiózní programy, reprezentované např. hnutím Teen Chalange. Nejblíže Chebskému regionu se toto hnutí nachází v Plzni.(14)

1.4.3 Public health – přístup ochrany veřejného zdraví

Public health se opírá o poznatky z drogové epidemiologie, sociologie a veřejné politiky. Jako přístup není zaměřen na jednotlivého klienta, ale jeho zájmem je sledovat ochranu obyvatelstva. Zaměřuje se převážně na snížení rizika přenosu infekčních onemocnění, jakými jsou AIDS a virové hepatitidy typu B a C (virové záněty jater).

Vznik Public health je důsledkem rychle se rozšiřujícího počtu osob nakažených virem HIV, je tedy logické že se soustřeďuje především na významné cesty přenosu tohoto viru, jako je sdílení jehel mezi intravenózními (nitrožilními) uživateli a rizikové chování v provozování pohlavního styku. Metodami přístupu ochrany veřejného zdraví jsou tedy výměna jehel a stříkaček, poskytování prezervativů a vzdělávacích materiálů, dále nabízí provedení slinových testů na HIV a očkuje populaci drogových uživatelů proti virovým hepatitidám.(14) Výměnný program, distribuce kondomů a edukačních materiálů, spolu s orientačními testy pozitivivity viru HIV, spadají do kompetencí nízkoprahových kontaktních center. Takové centrum, je v chebském regionu zastoupeno Kontaktním centrem Kotec o. s.. Případné očkování proti hepatitidě A a B zajišťuje územní pracoviště krajské hygienické stanice v Chebu.

Přístup Public health se však nesmí stát převládajícím, jeho dominance by mohla přinášet rizika spojená s podceněním sociální práce s individuálními potřebami drogových uživatelů. Tento stav by mohl vést k rezignaci na léčbu závislosti.(14)

1.4.4 Harm reduction – přístup minimalizace škod (poškození)

Metodologické postupy Harm reduction se někdy kryjí s metodami Public health, avšak přístup minimalizace poškození je striktně individuální, sleduje zásadně potřeby a perspektivy jednotlivého klienta.(17) Přesto, ale není jeho cílem dosáhnout u uživatele abstinence, ta se stává jen jednou z perspektiv a její prosazování není prvořadým účelem Harm reduction.(13) Přístup minimalizace škod je vykonáván v režii nízkoprahových zařízení, to znamená, že pro přijetí klienta není abstinence podmínkou při nastoupení léčby jako je tomu u zařízení tzv. vysokoprahových, které jsou často pro mnoho klientů takřka nedosažitelné. Usiluje se o maximálně možné zdraví s ohledem na faktory biologické, psychické a sociální. Škody, které se snažíme zmírnit, nebo chceme úplně zabránit jejich vzniku, jsou hlavně onemocnění AIDS, hepatitidy a jiné záněty, abscesy, poškození vnitřních orgánů a jejich funkcí, dehydratace, přehřátí (při užívání stimulačních látek na tanečních parties), předávkování apod..(17) Výměna jehel a

substituční terapie léčby jsou neúčinnějšími opatřeními ke snížení škod spojených s drogami. Tato opatření jsou často doplněna dalšími podpůrnými službami pro uživatele drog, jako je zdravotnická a drogová edukace, HIV screening a screening jiných pohlavních chorob, psychologické poradny, a lékařská doporučení.(23) Pokud dokážeme klienta udržet při životě a současně v tom nejlepším možném zdravotním stavu, existuje možnost, že se v budoucnu rozhodne nastoupit léčbu, tedy existuje reálná možnost, že se nám podaří klienta nemotivovat ke změně rizikového chování a k rozhodnutí tuto změnu si udržet.(17)

Poradenství a vzdělávání v rámci přístupu minimalizace poškození v sobě nese hlavně informace technického charakteru. Klientům jsou předávány rady, jak správně dezinfikovat náčiní a jak následně drogu správně aplikovat. Za tímto účelem je vydávána řada tiskopisů, jejich rozšiřování však musí být důsledně hlídáno a materiály smí být poskytovány pouze klientům, tedy již stávajícím uživatelům, kteří jsou v kontaktu s nízkoprahovým zařízením či terénním programem. Pokud by nebyla dodržena tato zásada, došlo by k pobouření veřejnosti a případnému zprostředkování informací jak užít drogu ještě nezasažené mladé populaci.(17)

Substituce, tedy nahrazení opiátů metadonem, nebo užívání původní látky pod dozorem je dalším výrazným rysem přístupu Harm reduction.(18) Na tomto poli se objevují výsledky v omezení užívání nelegálních drog, udržení klientů v léčbě, snížení počtu intravenózních klientů a tedy i přenosu viru HIV. Substituce poskytuje také více možností ve spolupráci při řešení psychosociálních problémů.(25) Nejblíže chebskému regionu se nachází substituční metadonové centrum v Karlových Varech. Preparát Subutex je předepisován v ordinacích psychiatrů.

V roce 2008 probíhal v Praze pilotní projekt výdejních automatů pod názvem NON STOP 24. Automaty byly instalovány v Praze 5, v místech, kde se nejčastěji vyskytují intravenózní uživatelé drog. Účelem tohoto projektu bylo zvýšit dostupnost injekčního a dalšího zdravotnického materiálu zejména pro tzv. skrytou populaci, tedy uživatele, které je obtížné kontaktovat (hard-to-reach). Další cílovou skupinou tohoto projektu byli vysoce rizikový uživatelé (high-risk), vyznačující se vysokou mírou rizikovitosti z pohledu možného šíření nákazy infekčními chorobami. Těmito osobami

jsou převážně cizinci pocházející z rizikových zemí, kde je prevalence těchto chorob vysoká. Ze závěru projektu vyplývá, že se podařilo kontaktovat dosud nepodchycené uživatele. Poptávka po službě se v průběhu projektu zvyšovala. Ačkoli je tento projekt hodnocen kladně a splnil svůj cíl, tedy přiblížit služby více klientům, kteří z mnoha důvodů nevyhledávají služeb nízkoprahových center, přináší také rizika. Vzniká obava, že výdejní automaty mohou poskytovat informace o způsobu aplikace a injekční materiál také dosud nezasažené mladé populaci.(35)

1.5 Protidrogová prevence a její struktura

V širokém pojetí je protidrogová prevence chápána jako intervence směřující k eliminaci výskytu drog, jejich šíření a minimalizaci negativních účinků spojených s jejich užíváním. Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje tři základní druhy prevence.(34)

1) primární prevence:

Jedná se o činnost, která směřuje k předcházení prvního kontaktu s drogou nebo se alespoň snaží oddálit kontakt s drogou do pozdějšího věku, kdy je lidské tělo již vyzrálejší a relativně odolnější.(22) Primární prevence je ale také snaha, aby se mezi rizikovou populací nezvyšovalo užívání drog. Jinak řečeno, jde o snahu snížit počty mladých lidí užívajících návykové látky a zároveň co nejvíce eliminovat případná rizika spojená s užíváním. Aktivita, které v tomto směru primární prevence vykazuje, se zaměřují buďto na celou populaci, například pomocí vzdělávání v masmédiích, na jednotlivé komunity pomocí jednotlivých programů například ve školách, nebo také rizikovou populaci, jakou jsou například děti ulice či děti již stávajících uživatelů drog apod..(34) Primární prevenci v oblasti drogové problematiky lze také rozdělit do dvou skupin a to na primární prevenci nespécifickou a specifickou.

a) nespecifická prevence (indirect approaches):

Nespecifická prevence je neoddelitelnou částí primární prevence. Ve své podstatě se jedná o veškeré aktivity směřující k harmonickému vývoji osobnosti a rozvíjení nadání a schopností. Aktivity nejsou přímo spjaty se zneužíváním drog, ale kvalitním vyplněním volného času mladistvých dosahují snížení rizika vzniku nežádoucích forem chování. Mezi typickou nespecifickou prevencí patří zájmové kroužky či sportovní aktivity pro děti.(34)

b) specifická primární prevence (direkt approaches):

Zaměřuje se na specifickou formu nežádoucího chování a snaží se mu cíleně předcházet či omezit jeho nárůst a výskyt. Vyhledává vulnerabilní cílové skupiny a hledá způsoby, jak předcházet užívání drog nebo alespoň toto chování posunout do vyššího věku. Vulnerabilita, tedy zranitelnost, skupiny je posuzována z hlediska věku nebo jiného faktoru, který je pro zneužívání drog relevantní.(34) Specifické programy jsou obvykle realizovány v rámci výchovně vzdělávacího procesu na školách. Samotnou realizaci projektu pak zajišťují specializovaná pracoviště pro primární prevenci, specializovaná pracoviště z oblasti sekundární a terciární prevence, samotné školy, pedagogicko-psychologické poradny, nebo jiná zařízení, která se specializují na práci s dětmi.(15) Preventivní programy na školách byly zajišťovány v chebském regionu občanským sdružením Kotec a jeho Prev-Centrem, které se v minulém roce na základě vyšší poptávky po preventivních programech přestěhovalo z původního sídla v Chebu do města Aš. Finanční dotace poskytované ministerstvem školství a karlovarským krajem byly koncem loňského roku naprosto nedostačující, to mělo za následek vyšší nárok na finanční spoluúčast škol. Tato situace s sebou přinesla podstatné omezení programů z 21 na pouhé 4. Ostatní školy si spoluúčast nemohly dovolit. Ačkoli Prev-centrum nechtělo programy omezit, bylo nakonec donuceno se takto zachovat. Neboť prostředky, získané dotačním řízením, naprosto nedostačovali nárokům na provoz a personální řízení.

2) sekundární prevence:

Sekundární prevence je zacílena na již stávající uživatele drog. Snaží se předejít vzniku závislosti a jejímu rozvoji. Pro sekundární prevenci se často užívají také pojmy poradenství a léčba.(34) Prostřednictvím dostupných a kvalitních programů léčby a resocializace dosahuje sekundární prevence účinné pomoci problémovým uživatelům vést smysluplný a spokojený život. Programy zajišťující léčbu a resocializaci lze rozdělit na dva základní typy podle tzv. míry prahovosti.

a) *Nízkoprahové programy:*

Nevyžadují na klientech bezpodmínečnou abstinenci pro vstup do programu.(33) Aby nízkoprahová zařízení zajistila co možná nejvyšší dostupnost pro klienty, jsou služby, které poskytují bezplatné. Navíc zaručují klientům anonymitu, k využívání služeb není podmínkou doložit identifikační údaje. Pokud chce klient nadále zůstat anonymní, je mu pro potřeby zařízení přiděleno identifikační číslo, kterým se prokazuje např. při výměně injekčního materiálu. Identifikační čísla jsou důležitá pro další statistické výstupy jednotlivých zařízení v jejich výročních zprávách. Nízkoprahová zařízení nabízejí klientům léčbu somatických poškození prostřednictvím služeb Harm reduction, psychologické a sociální poradenství a pokud klient projeví zájem, tak také léčbu k abstinenci. Svým zaměřením představují významný mezistupeň mezi životem bez kontaktu se specifickými službami a přechodem do druhého typu programů tzv. vysokoprahových.(33)

b) *Vysokoprahové programy:*

Vstup do vysokoprahových programů je již svázán s řadou podmínek, které musí uživatel splňovat. Základní podmínkou je abstinence. Dokáže-li klient vyabstinovat, je mu nabídnuta psychiatrická/psychologická pomoc, v některých případech také sociální servis. Tyto intervence směřují k posílení abstinenciho chování a návyků. Z výše uvedeného vyplývá, že jsou vysokoprahové programy spíše doléčováním.(33)

3) terciární prevence:

Terciární prevence je snaha, co nejvíce snížit riziko vzniku vážného nebo trvalého poškození zdraví a minimalizovat škodlivé dopady užívání drog v sociální oblasti.(34) Zaměřuje se na uživatele drog, kteří nejsou ochotni či schopni se drog vzdát.(13) Pod pojmem terciární prevence uvádějí někteří autoři (Kalina, 2001) také resocializaci či sociální rehabilitaci klientů, kteří podstoupili abstinenci, či substituční léčbu. Podle Zábranského je toto přiřazení neadekvátní. Resocializace se svým charakterem ztotožňuje s léčebnou modalitou „*per se*“, a tak je dle Zábranského spíše přiřazována do prevence sekundární. Mezi typické aktivity terciární prevence je zahrnováno (33):

- Vzdělávání klientů o zásadách hygieny, možnostech zdravotní péče a rizicích souvisejících s různými způsoby aplikace.
- Poskytování nutriční a vitaminové podpory (potravinové a vitaminové programy).
- Aktivní podpora uživatelů, vedoucí ke změně rizikového způsobu užívání drog.
- Poskytování a výměna sterilního injekčního materiálu a ostatních pomůcek, potřebných pro užívání drog
- Testování drog za účelem zjištění obsažených látek (kontrola kvality).

1.6 Jednotlivé složky systému péče

V následujících kapitolách jsou stručně popsány jednotlivé složky systému péče v České republice v porovnání s aktuálním stavem v chebském regionu. Za základní složky či součásti systému péče se pokládají terénní a nízkoprahové služby; ambulantní péče a léčba, včetně intenzivní ambulantní péče v denních stacionářích; ústavní detoxifikace, léčba krátkodobá a střednědobá; dlouhodobá – rezidenční péče v terapeutických komunitách; doléčování včetně chráněného bydlení, chráněné práce apod. a dlouhodobé – udržovací substituční programy.(8) Zdravotnická a sociální zařízení poskytující péči uživatelům drog, mají také svůj legislativní rámec.

Zdravotnická zařízení jsou vymezena zákonem č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Zařízení, poskytující sociální služby, se týká zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Z pohledu této práce je důležité, aby jednotlivé služby splňovali kvantitativní kritéria, která se společně s kvalitativními kritérii podléhají na efektivitě systému péče. Jako kvantitativní kritéria chápeme vnější strukturu systému péče, jeho celkový rozsah, který se může lišit mezi jednotlivými regiony s ohledem na kumulaci jevu ve velkoměstech, a dostupnost – léčebná péče musí být místně i časově dostupná v závislosti na místních potřebách. (15)

1.6.1 Nízkoprahová kontaktní centra

Pojem nízkoprahové („low threshold“) centrum vychází z úrovně dostupnosti této služby, která svým charakterem překonává psychologické a administrativní bariéry a umožňuje tak uživatelům, kteří nejsou v kontaktu s jiným zdravotnickým či sociálním zařízením, přístup ke službám. Pro navázání kontaktu s nízkoprahovým zřízením nepotřebuje klient žádná doporučení, přichází tedy rovnou z ulice. Služby jsou poskytovány zcela anonymně v neformálním prostředí. Z výše uvedeného vyplývá, že poskytnutí služeb je podmíněno pouze užíváním drog a klientovo ochotou službu čerpat. Služba má tedy tzv. nízký práh.(38) Nízkoprahová centra začala v České republice vznikat v polovině devadesátých let 20. století. Mohou mít stacionární či mobilní podobu. Centra mobilního charakteru v sobě nesou výhodu přemístění dle aktuální potřeby tam, kde je problematika nejžhavější. (21)

Kontaktní centra jsou specifickou formou nízkoprahového zařízení. Poskytují anonymní pomoc uživatelům návykových látek za účelem minimalizace rizik spojených s jejich způsobem života.(20) Ve standardech sociálních služeb, vydaných ministerstvem práce a sociálních věcí, je kontaktní práce vydefinována jako komplex nízkoprahově organizovaných služeb, které mají za cíl vytvářet podmínky pro navázání kontaktu s jednotlivci či sociálními skupinami, které nemohou nebo nechtějí vyhledávat

standardní pomoc vysokoprahových zařízení, ale u nichž předpokládáme potřebnost a účinnost této intervence.(15) Průměrný věk klientů v ČR v roce 2007 vzrostl na 27 let.(29)

Kontaktní centra zajišťují včasnou krizovou intervenci, monitoring skryté populace uživatelů, sociální poradenství (pro uživatele i pro členy jejich rodin), socioterapii, edukaci klientů vedoucí ke snižování zdravotních a sociálních rizik, zprostředkování lékařského vyšetření, výměnný program (poskytnutí sterilního injekčního materiálu a sběr toho infekčního), distribuci kondomů, screeningové testování na HIV, potravinový a vitaminový program (polévka, čaj), hygienický servis (sprchování, možnost vyprat si prádlo), provozování krizové telefonní linky a také vedou evidenci zájemců o následnou léčbu závislosti, zprostředkovávají přijetí uživatelů do léčebných programů. (2, 15, 20)

Jednou ze základních metod práce v kontaktním zařízení je motivační trénink (viz stádium závislosti). V podstatě se jedná o styl vedení rozhovoru, během něž má klient prostor přemýšlet o vlastních pohnutkách, které ho vedou k užívání návykových látek či k abstinenci.(2) Během motivačního pohovoru má sociální pracovník možnost přivést klienta k získání, udržení či posílení motivace k dalšímu kroku v léčbě. Vstoupí-li klient na základě motivačního rozhovoru do léčebného terapeutického procesu, vystupuje tak současně z anonymity a posunuje se v systému péče na vyšší práh. (15)

Součástí služeb, které jsou poskytované kontaktními centry, je také zhodnocení celkového psychosociálního stavu klienta, na jehož základě sociální pracovník spolu s klientem vytváří individuální plán péče a cílů kontaktní práce. Pracovník a klient spolu uzavírají kontrakt a průběžně ho společně revidují.(15) Kontaktní centrum má stanovené tyto principy služby:

- dodržování lidských práv a základních svobod,
- motivace k samostatnosti a aktivnímu přístupu k životu,
- dobrovolná účast klientů,
- anonymita a diskrétnost,
- rovný přístup ke klientům,
- nízkoprahovost,

- schopnost reagovat na potřeby klientů,
- profesionalita personálu,
- individuální přístup ke klientům,
- poskytované služby jsou zdarma.

Služby nízkoprahového centra jsou v chebském regionu zastoupeny občanským sdružením Kotec a jeho kontaktním centrem, které sídlí v Chebu. Do jeho spádové oblasti spadají kromě města Cheb, také obce Aš a Mariánské Lázně.

1.6.2 Terénní práce (Streetwork)

Streetwork je specifická forma sociální služby.(15) Je poskytována především uživatelům návykových látek, kteří nejsou v kontaktu s jinými formami péče.(32) Elich (1993) ji nazývá tzv. navštěvující sociální práci, která nečeká, až ji klient vyhledá sám, ale která sama přijde a nabídne se v místech, kde problém vzniká.(15) Jedná se tedy o mobilní terénní sociální práci, která vyhledává uživatele drog a osoby žijící rizikovým způsobem života, u kterých předpokládáme, že sociální práci potřebují, avšak doposud nenavázali kontakt s jinou příslušnou institucí. Streetwork zahrnuje aktuální nízkoprahovou nabídku sociálních služeb.(20) To znamená, že v přirozeném prostředí poskytuje sterilní injekční materiál, kondomy a informace o bezpečných způsobech injekční aplikace.(32) Terénní sociální práce jako služba zajišťuje klientům anonymitu a také potřebnou dostupnost. Důležitým indikátorem je časová a místní dostupnost terénního programu, ten by měl být přizpůsoben dennímu rytmu uživatelů. To předpokládá fungování i ve večerních či nočních hodinách a lokalizaci do míst otevřené drogové scény. (15)

Mezi nízkoprahovými programy, tedy programy namířenými k toxikomanům ještě nerozhodnutým s užíváním skoncovat, je streetwork sociální práci s nejnižším prahem, to znamená, že poskytuje nejvyšší míru dostupnosti.(2) Co se týče anonymity, je velice důležitá z důvodu zachování důvěry, ta je základním kamenem terénní sociální práce a při zjišťování totožnosti klienta sociálním pracovníkem by došlo k jejímu

narušení. Slovo streetwork vychází z angličtiny a v překladu znamená práci na ulici, je však paradoxem, že pro označení sociální práce na ulici se v anglicky mluvících zemích neužívá. Pro tyto země je typické užívání názvu youth work, což vychází především ze zaměření na cílovou skupinu mládeže. Dalšími názvy terénní sociální práce jsou také detatched work a field work, jejich původ nalzáme v místě a způsobu výkonu terénní sociální práce.(20)

Vyhledávací funkce terénní práce je charakteristická především aktivní depistáží, tedy aktivním vyhledáváním potenciálních klientů, navazováním kontaktu se členy cílové populace a mapováním lokality, včetně získávání a vyhodnocování informací o příčinách, charakteru a intenzitě rizikového chování v dané oblasti.

3 typy navozování kontaktu:

- Aktivní (ofenzivní, tzv. studený) kontakt, kdy streetworker sám osloví cílovou skupinu. Iniciativa vychází tedy od sociálního pracovníka.(15, 20) Přímé oslovení klientů streetworkerem přináší mnoho otázek o osobě pracovníka a je tedy lepší tento způsob navození kontaktu volit v případě, že klientům něco nabízíme, např. letáky nebo čistý injekční materiál. Je důležité uvědomit si, že bychom mohly někoho špatně odhadnout a mylně ho považovat za potenciálního klienta. Terénní pracovník by tedy měl dosahovat jistých kvalit v oblasti komunikačních schopností, důvěryhodnosti, respektu a věrohodnosti. Měl by projevit pochopení pro problémy spojenými s užíváním drog. Někdy je také k oslovení cílové populace využíván současný nebo bývalý uživatel návykových látek (tzv. indigentní terénní pracovník), který získá důvěru klientů mnohem snadněji a rychleji. Jeho znalost problematiky vnímají uživatelé jako důvěryhodnější.(15)
- Pasivní (defenzivní) typ, během něhož pracovník tráví dlouhou dobu v daném teritoriu a blízkosti cílové skupiny. Získává si její důvěru a

vyčkává, až bude skupinou osloven. To znamená, že iniciátorem prvního kontaktu je skupina, avšak sociální pracovník ji cíleně zaktivizoval.(20)

- Snowballing (kontakt přes třetí osobu). Tento způsob navázání prvního kontaktu s cílovou skupinou je relativně nejjistější, nezpůsobuje nedorozumění ani potíže, neboť k cílové skupině nás přivede již stávající klient terénního programu. Další výhodou tohoto typu je záruka důvěryhodnosti, kterou díky doporučení získáváme.(15,20)

Další funkce streetworku, je tzv. doprovodná funkce, která má dvě roviny. Jde jednak o podporu a asistenci při zvládání života, neboli doprovázení klienta krizovými životními obdobími při jeho plné akceptaci. Nejedná se tedy o žádné moralizování či aplikaci autoritativních výchovných metod, ale naopak o nedirektivní sociální práci, během které se sociální pracovník (streetworker) snaží dovést klienta k začlenění do společnosti. Na druhé straně je doprovodná funkce chápána jako skutečné doprovázení klienta při vyřizování např. úředních záležitostí.(2) Je důležité nezapomínat, že klient má stejně jako při jakékoli jiné sociální práci právo na sebeurčení, to spočívá v uznání jeho vlastního potenciálu samostatně řešit svůj problém. V tradičních metodách sociální práce je právo na sebeurčení zajištěno tím, že klient sám rozhodne, zda sociálního pracovníka vůbec osloví, v terénní sociální práci je však klient osloven sociálním pracovníkem. Právo na sebeurčení tak streetworker zajišťuje tím, že klientovi ponechá prostor, aby se rozhodl, zda nabídnutou pomoc využije.(15)

Konkrétním cílem terénního programu je, kromě navázání kontaktu se skrytou populací, také působení na tuto skupinu s úmyslem minimalizace negativních důsledků užívání návykových látek. Jako další efekt této intervence vzniká také protekce proti negativním dopadům v běžné společnosti. Streetwork si tak klade za cíl hlavně (15):

- Udržet nízký výskyt HIV/AIDS positivity
- Eliminovat výskyt hepatitidy B a C
- Snížit počet úmrtí následkem předávkování
- Prevenci kriminality

- Motivovat klienta ke změně životního stylu směrem k abstinenci
- Učit uživatele méně rizikovému chování („bezpečnější braní“, chráněný pohlavní styk)
- Motivovat klienta k účasti na výměnném programu, nebo alespoň bezpečné likvidaci injekčního materiálu
- Udržet nejvíce exponovaná místa drogové scény v čistotě
- Navodit důvěru a motivovat uživatele ke kontaktu s dalšími složkami péče

K běžným typům služeb poskytovaných terénními programy patří:

- (a) výměna injekčních jehel a stříkaček,
- (b) distribuce dalšího náčiní pro méně rizikovou aplikaci: sterilní vodu, dezinfekční tampóny, bavlněné filtry, případně i aluminiovou fólii pro úplný odklon od nitrožilního užívání,
- (c) distribuce kondomů,
- (d) základní zdravotní ošetření,
- (e) základní, tzv. kontaktní poradenství a informace,
- (f) distribuce zdravotně výchovných informačních materiálů, letáků, brožurek, svépomocných časopisů apod.

Stále častější jsou terénní programy zabývající se cílovou skupinou uživatelů „tanečních drog“, která má svoje specifická zdravotní rizika.(16)

Z prostudovaných materiálů poskytnutých K-centrem v Chebu, vyplynulo, že tato služba není v celém chebském regionu dostatečně zajištěna. Důvodem byl nedostatek pracovníků z finančních důvodů. Bližší informace jsou předmětem praktické části této práce.(15)

1.6.2.1 Návaznost v systému péče

Je nezbytně nutné, aby i zařízení prvního kontaktu měla vybudovanou záchranou sociální síť a spolupráci s ostatními zařízeními, jako např. s kontaktními centry a metadonovými programy. Terénní práce je také záchranou sítí pro klienty, jež vypadli z programu vysokoprahových zařízení, jako je např. ústavní léčba nebo rezidenční léčba v terapeutických komunitách. Vysokoprahová zařízení by měla poskytovat informace o službách a dostupnosti nízkoprahových zařízení pro případ, že by nějaký jejich klient z léčby vypadl.(15)

1.6.3 Lékařská ambulantní péče

Ambulantní léčba nevyčleňuje klienta z jeho původního prostředí. Klient za službou dochází do zařízení, kde je poskytována. Délka kontaktu, jeho frekvence a celková doba léčby je individuální, vyplývá s kontraktu klienta s terapeutem. Ambulantní léčba je vhodná pro pacienty/klienty s nižším potenciálem pro relaps, větší schopností sebekontroly a motivací ke změně a s podpůrným nebo alespoň neškodícím sociálním zázemím.(16)

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA) uvádí, že tato forma pomoci uživatelům, je dostupná v ambulantních léčebných střediscích, které svoji strukturou odpovídají českým AT (alkohol a toxi) ordinacím pro prevenci a léčbu závislostí. Dalšími zařízeními, které EMCDDA uvádí, jsou střediska strukturované denní péče, ty v našich podmínkách odpovídají denním stacionářům, střediska zdravotně sociálních služeb, která nejsou zatím v ČR zřízena (při jejich případném vzniku, by tato střediska poskytovala uplatnění studentům Zdravotně sociální fakulty), a jako poslední se v Evropě nacházejí nízkoprahové agentury, u nás mají podobu kontaktních center. Jak je již výše uvedeno, kontaktní centrum se pro chebský region nachází ve městě Cheb.(15)

Do roku 1992 byla poptávka po tomto typu služby v ČR plně pokryta, existovalo zde kolem 160 zařízení. Na začátku 90. let však došlo k privatizaci ambulantních zařízení, což mělo za následek, že se řada lékařů (privátních psychiatrů), přestala touto problematikou zabývat, hlavně z důvodu náročnosti práce a nedostatečného finančního ohodnocení. V r. 2007 došlo k poklesu počtu ambulantních zdravotnických zařízení vykazujících poskytování AT péče a klesl také počet pacientů registrovaných v živé kartotéce ambulantních zařízení pro poruchy spojené s užíváním drog – týkalo se to všech skupin látek včetně opiátů s výjimkou stimulancií (pervitinu); počet pacientů užívajících více látek v kombinaci zůstal přibližně stejný. V tomto roce ČR evidovala 372 zařízení. Redukce lékařských ambulantních zařízení negativně ovlivnila dostupnost této specializované péče o pacienty s abúzem návykových látek.(15) Tato situace je také stávajícím stavem v Chebském regionu, kde z komunitního plánování města Cheb vyplynul nedostatek v kapacitě klinických psychologů a psychiatrů. Také se prokázalo, že zcela chybí AT poradna

Formy ambulantní léčby (16):

- individuální rozhovory (poradenské nebo terapeutické) v délce obvykle 30-60 minut a s frekvencí 1-2x týdně. Při mimořádné situaci, kdy klient nastupuje léčbu v době akutní krize, může situace vyžadovat denní kontakt v kratší délce trvání jednoho sezení. Jakmile dojde ke stabilizaci, intervaly se opět prodlouží
- Skupinové rozhovory v intervalu 1X týdně po dobu 1,5 hodiny
- Farmakoterapie (ambulantní detoxifikace) – na počátku intervence ke zmírnění příznaků z vysazení drogy
- Sociální práce
- Rodinná terapie
- Klubové a volnočasové aktivity
- Pracovní a právní poradenství

1.6.4 Denní stacionáře

Denní stacionář, je službou nacházející se na půli cesty od ambulantní péče k péči ústavní. Tato forma specifické služby pro uživatele návykových látek se objevila relativně nedávno, a tudíž nejsou denní stacionáře příliš rozšířené. V roce 2001 se jich na území ČR nacházelo 6, standardům však odpovídalo pouze jedno zařízení. Tento stav převládá do dnes.(15) Nedostatečná celorepubliková dostupnost této léčebné intervence koresponduje také se stavem v chebském regionu.

Denní stacionáře poskytují péči přes den, obvykle jen v pracovní dny, klient v zařízení nepřespává. Z uvedeného vyplývá, že tento typ služby není určen každému klientovi, ten musí být v první řadě schopen abstinence bez vyčlenění z původního prostředí, to mu dovoluje zachovat síť rodinných a sociálních vztahů (pokud existují) i v průběhu léčby.(16) Dalším nemálo významným kritériem, je fakt, že je klient zajištěn v oblasti bydlení, navíc musí být schopen ze svého bydliště denně dojíždět. Výše uvedené podmínky už sami napovídají, že nejčastější výběrovou cílovou skupinou denních stacionářů, jsou klienti se středním (nikoli vysokým) stupněm závislosti. Navíc musejí mít do jisté míry zachovalou psychickou a sociální integritu.(15)

Cíle denní léčby:

- Dosažení a udržení abstinence
- Změna v sebepojetí a vztazích
- Podpora osobního zrání, adekvátně zvládnuté výzvy vývojového období klienta
- Zlepšení sociálního fungování
- Osvojení základních dovedností denního života, potřebných např. pro zaměstnání

Účinnost léčby zvyšuje detoxifikace před nástupem, předléčebné poradenství, případně navazující doléčovací program.(15)

1.6.5 Detoxifikační jednotky

Smyslem této léčebné metody je zastavit užívání drogy prostřednictvím minimalizování symptomů odvykacího syndromu.(16) Detoxifikace probíhá tradičně v detoxifikačních jednotkách, které jsou součástí střednědobé nebo dlouhodobé léčby, dále na lůžku všeobecné či psychiatrické nemocnice, nebo jako samostatné zařízení, poskytující léčbu ambulantní formou.(15, 16) Detoxifikace je nejčastěji indikována pro nebezpečnost klienta k sobě samému nebo k okolí z důvodu akutní intoxikace, dále jako podmínka nástupu vyšší formy odvykací léčby (střednědobá a dlouhodobá léčba). Symptomy odvykacího syndromu je možné eliminovat za pomoci farmakoterapie či bez ní. Vedle farmakoterapie poskytují detoxifikační jednotky také psychoterapii, pracovní-právní poradenství a pomoc při výběru a zprostředkování návazné péče. Detoxifikační střediska nejčastěji předávají pacienty (15):

- Kontaktním centřům a zařízením poskytujícím služby harm reduction – pacienti, kteří detoxifikaci nedokončí
- Programům intenzivní ambulantní péče orientované k abstinenci, kde je detoxifikace podmínkou k nástupu
- Do krátkodobé nebo střednědobé ústavní péče – detoxifikace je podmínkou při nástupu, pokud tato zařízení nemají vlastní detoxifikační jednotku
- Do terapeutických komunit – detoxifikace taktéž vyžadována jako podmínka nástupu

1.6.6 Střednědobá ústavní léčba

Cílem střednědobé léčby je trvalá a důsledná abstinence od drog. K tomuto cíli je klient směřován v průběhu 3-6 měsíců. V České republice je tento typ léčby prováděn některými psychiatrickými léčebnami a jeho charakter vychází z apolinářského modelu, jako k prostředku ke zvýšení subjektivní kvality života a co nejdůslednějšímu převzetí původních životních rolí.(15) Ve strukturovaném programu převažují léčebné aktivity

nad aktivitami rehabilitačními či resocializačními. Tyto aktivity v sobě zahrnují postupné individuální cíle v práci s klienty.(16)

Postupné individuální cíle v práci:

- Stabilizace sekundárních problémů spojených se závislostí
- vybudování náhledu – klient uzná závislost jako svůj problém včetně uznání potřeby dlouhodobě se léčit
- řešení důsledků drogové kariery
- přebudování motivace (původně motivován tlakem z vnější – následné zvnitřnění)
- zvnitřnění abstinčních norem
- zvnitřnění struktury dne a týdne
- současné řešení problémů, které přímo nesouvisí se závislostí
- identifikace rizik relapsu – vytvoření strategií pro jejich minimalizaci
- změny v původním prostředí – nevhodné zaměstnání, rizikový známí aj.
- přiměřené zlepšení sebehodnocení
- přiměřené zlepšení prožívání

Kontaktní centrum v Chebu své klienty odesílá nejčastěji na střednědobou ústavní léčbu do léčebny v Červeném Dvoře.

1.6.7 Terapeutická komunita – rezidenční léčba

Rezidenční léčba v terapeutických komunitách je definována jako specializované pobytové zařízení, které vede klienty k abstinenci od drog a provádí sociální rehabilitaci. Léčba v terapeutické komunitě trvá zhruba 6-18 měsíců, jiné zdroje uvádějí 8-18 měsíců (15, 32). Cílovou skupinou této služby jsou osoby se středním až těžkým stupněm závislosti na návykových látkách.(15) Jedna terapeutická komunita čítá většinou kolem 10-20 klientů ve věku 18-35 let.(15, 32) Celkem je v ČR 15 terapeutických léčeben. Základním cílem rezidenční léčby v terapeutické komunitě je

příspěť k nalezení a přijetí smyslu života, k nalezení své vlastní svobody a odpovědnosti, k poznání a přijetí sebe sama, svých možností a limitů, příspěť k osobnímu růstu, vývoji a víře v sebe, k nalezení svého místa ve společnosti, k pozitivnímu a tvořivému přístupu k životu, ke spokojenému a radostnému životu a také příspěť k získání a rozšíření znalostí, schopností a dovedností, jak individuálních cílů dosáhnout. Většina komunit v České republice je umístěna na venkově, naproti tomu komunity v západní Evropě se nacházejí ve městech. Městské komunity nabízejí výhodu průběžného vystavování klienta přirozenému prostředí, jeho zpětné zařazení do společnosti je pak patrně jednodušší, avšak komunity na venkově, jako je tomu v České republice, využívají toho, že je klient nucen přerušit veškeré vztahy s prostředím, v němž se rozvinula jeho závislost.(24)

1.6.7.1 Režim a pravidla terapeutické komunity

Režim je tvořen souborem pravidel, tedy dohodnutých způsobů jednání, chování a komunikace.(15, 24). Každé pravidlo, které je nastoleno, musí mít svůj jasný důvod, záměr a smysl. Klíčová pravidla terapeutické skupiny lze rozdělit na zákaz užívání drog, alkoholu či jiných látek, které ovlivňují vědomí, zákaz užívání násilí a výhrůžek a zákaz provozování pohlavního styku s dalším členem terapeutické skupiny. Porušení těchto tří pravidel má za následek vyloučení z komunity.(15) Definování klíčových pravidel není u všech terapeutických komunit jednotné, v některých můžeme zaznamenat např. pravidlo podřízení se skupině či pravidlo aktivního přístupu k terapii apod. (24)

Zákaz užívání drog má pro terapii zásadní význam. Klienti byli do nástupu k léčbě zvyklí z negativních situací utíkat pomocí drog, to už však nemohou a tak se u nich projevuje množství pocitů jako reakce na tuto skutečnost. Za pomoci skupiny a terapeutů si postupně své emoce uvědomují a učí se dokázat je vyjádřit slovy. (15)

Režim dne během týdne a víkendu se v terapeutických komunitách snaží rozvrhnout stejně jako je tomu v běžném životě. Pracovní dny jsou naplněné pracovní terapií, na víkend pak připadá o trochu více volného času.(15) Režim ve své

pravidelnosti a jasnosti nese důležitou roli v tvorbě pozadí celého terapeutického procesu. Díky pravidelnosti, stereotypu a rytmu, který udává, je vytvořen rámec k přijetí zvyků a řádu společenství, jimž se komunita zavázala, že se jimi bude řídit. Ideálním stavem je, když se veškerá starost o režim stane samozřejmostí klientů a terapeuti se jím nemusejí vůbec zajímat. V určité podobě k tomu dochází během přejímání komunitních funkcí či rolí, např. když klient převezme funkci „kuchaře“, „zdravotníka“ či „šéfa domu“.(24)

1.6.8 Programy metadonové a jiné substituce

Substituce je terapeutický postup, při kterém je návyková látka lékem s výhodnějším – bezpečnějším profilem.(15) Původní návyková látka je ilegálního původu, krátkodobého účinku, může obsahovat neznámé toxické příměsi, často také v neznámé koncentraci. Uživatelé ji většinou aplikují rizikově – intravenózně, nesterilně. Substituční látka s sebou nepřináší tak značná rizika, je užívána perorálně a předepisována lékařem podle příslušných předpisů o léčbě v souvislosti se zákonem o zacházení s omamnými a psychotropními látkami.(16) Indikována je klientům závislým na opioidech a užívajícím nitrožilně, dále neintravenózním uživatelům závislým na opiátech déle než 6 měsíců. Léčba nesmí zvýšit poškození související s drogami a měla by pomoci dosáhnout stanovených cílů.(15)

Formy substituční léčby:

- Krátkodobá (1-2 týdny) – nejčastěji během hospitalizace
- Střednědobá (několik týdnů až měsíců) – prodloužená detoxifikace během ústavní léčby – vhodné pro klienty s vysokou tolerancí či závislostí na několika návykových látkách, při postupném vysazování těchto látek
- Dlouhodobá (řada měsíců či let) – realizována ambulantně, tzv. udržovací substituce u klientů závislých na opioidech (metadon, buprenorfin/ Subutex)

Cíle substituční léčby:

- Skončit s intravenózní aplikací drog
- Omezit užívání ilegálních drog
- Omezit rizika spojená se získáváním a užíváním drog
- Snížit kriminalitu
- Stabilizace užívání drog (např. chaotického už.)
- Stabilizovat či omezit užívání drog vůbec
- Přestat s užíváním heroínu (nebo jiných ilegal. opiátů)
- Zkvalitnit vztahy s okolím
- Udržet či získat zaměstnání
- Pokračovat či zahájit studium

Specializovaných substitučních center je v ČR celkem 15, nejbližší se nachází v Karlových Varech, tedy přibližně 50 km od centra chebského regionu.

1.7 Bližší charakteristika Chebského regionu

Okres Cheb, který je nejzápadnějším okresem Karlovarského kraje a současně České republiky, dostal současnou územní podobu v roce 1960 sloučením dřívějších okresů Aš, Cheb a většiny okresu Mariánské Lázně. Od této doby má rozlohu 933 km², což představuje 1,2 % území České republiky. Chebsko sousedí s Bavorskem a Saskem. Počet obyvatel spadajících do okresu Cheb, Aš a Mariánské lázně dosahuje 91 849 osob. Nezaměstnanost v tomto regionu dosahuje průměru v České republice (9%). Sousedství s Německem přináší hlavně městu Cheb vyšší výskyt prostituce, ve městě se také nacházejí sociálně vyloučené lokality.(1)

Chebské K-centrum nabízí své služby veřejnosti už pět let. V roce 2008 ho navštívilo 201 osob, z nichž 144 byli klienti užívající drogy, druhou skupinu tvořili příbuzní a přátelé uživatelů. Téměř 80% drogových klientů užívá primárně pervitin, 9% heroin a 7% marihuanu. Věkový průměr klientů je 30 let. Během minulého bylo v K-centru Cheb vyměněno 25 408 injekčních stříkaček, proběhlo více než 1 700 kontaktů s

klienty a uskutečněno bylo 190 poradenských sezení. Oproti roku 2007 proběhlo o 50% více výměn. Dochází ke snížení počtu klientů, a to z toho důvodů, že v týmu chybí streetworker (v Mariánských Lázních dočasně nahrazován streetworkery z Tachovského K-centra), který aktivně oslovuje cílovou skupinu. Daný fakt zřejmě ovlivňuje i mírný pokles prvních kontaktů s klienty. Dochází však k intenzivní práci s již oslovenými klienty, a proto je zaznamenán vysoký nárůst počtu výkonů v kontaktním centru.

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce:

Cílem mé bakalářské práce bylo zanalyzovat dostupnost specifických služeb (včetně Harm reduction) v chebském regionu, dále zmapovat místní úroveň využívání specifických služeb samotnými uživateli drog a na závěr zhodnotit míru efektivity poskytovaných služeb ve zmíněném regionu.

3 Metodika

3.1 Použité metody

Byla provedena sekundární a obsahová analýza dostupných dat a dokumentů za účelem stanovení využitelnosti služeb uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních. Tato data jsou součástí teoretické části práce.

Dále bylo provedeno kvalitativní šetření metodou dotazování. Jako technika sběru dat byl zvolen polořízený rozhovor s cílovou skupinou za účelem evaluace poskytovaných specifických služeb. Takto získaná data byla na základě polořízeného rozhovoru konzultována s doplňkovým souborem s cílem jejich verifikace. Kvalitativní výzkum využívá především induktivní přístup, kdy na základě sesbíraných dat a vysledovaných pravidelností jsou vysloveny pracovní hypotézy, které mohou být dalším sběrem dat ověřovány (Jandourek). Hypotézy budou stanoveny na základě výzkumu. Respondenti cílového souboru byli vyhledáni v K-centru, na ulici v průběhu terénní práce a v jejich přirozeném prostředí.

Polořízený rozhovor byl předem rozdělen do pěti okruhů. Na počátku každého rozhovoru byli respondenti dotazováni na své základní identifikační údaje, primární a sekundární drogu a také na způsob aplikace. Dalším okruhem otázek došlo ke zmapování celkového přehledu respondentů o nabízených specifických službách a také o původu získání těchto informací. Rozhovor se dále zaměřil na aktuální využívání nabízených specifických služeb jednotlivými respondenty, důvody, pro které určité služby nevyužívají a jejich vlastní postřehy, které považují za možné chybějící služby, zvyšující dostupnost specifických služeb pro drogové uživatele v chebském regionu.

Každý rozhovor probíhal neformálně, to znamená, že jsem se snažila se během rozhovoru vyjadřovat jazykem respondentů, pro získání důvěryhodnosti a předcházení nedorozumění vyplývajícího z nejednotné terminologie. Interview bylo vedeno v prostředí, které si každý jednotlivý respondent určil sám, z důvodu zachování pocitu jeho bezpečí a tím získání dat s minimálním zkreslením. Rozhovor s každým

respondentem jsem vedla osobně a nahrávala jsem ho se souhlasem respondentů na diktafon. Před zahájením každého rozhovoru došlo k upozornění respondentů na anonymitu jejich odpovědí. Dále byli všichni respondenti ujištěni, že data nebudou nijak zneužita a budou použita jen pro zpracování této bakalářské práce. Se všemi těmito upozorněními souhlasili všichni zúčastnění respondenti.

3.2 Charakteristika cílového souboru a jeho rozdělení

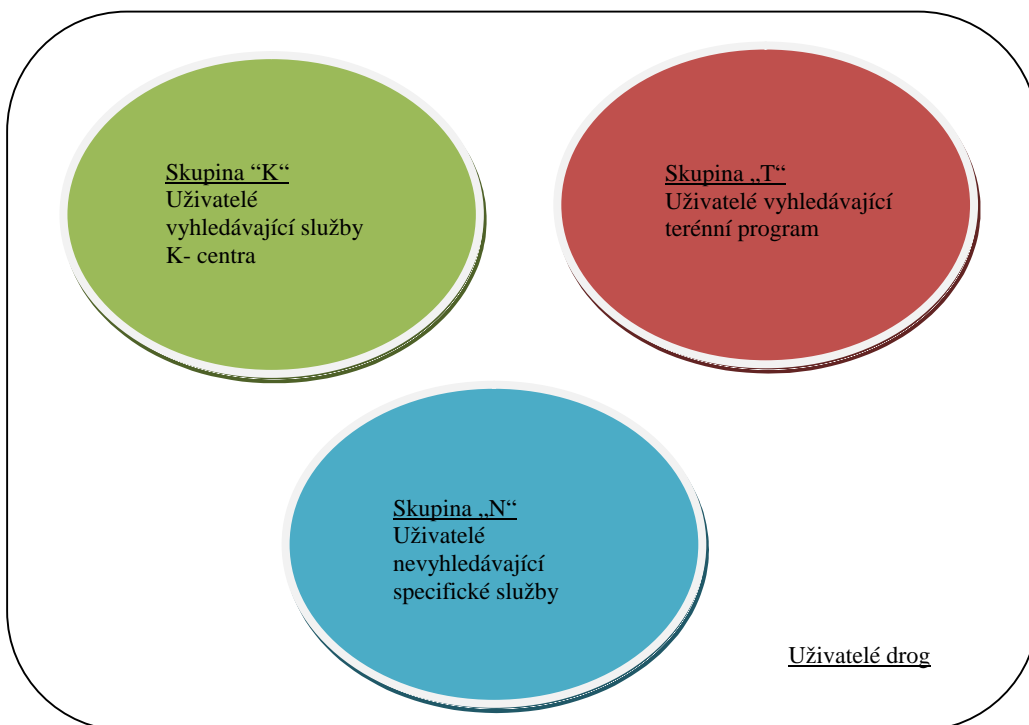
Cílový soubor je tvořen osobami, které zneužívají tzv. tvrdé drogy (nejvíce pervitin a heroin). Pro porovnání obsahuje základní soubor osoby aplikující si drogu, jak injekčně (s vysokou mírou společenské nebezpečnosti), tak bez použití jehly (šňupáním). Respondenti byli vybíráni na základě kvótního výběru, přičemž základním kritériem byla příslušnost k sociální skupině uživatelů návykových látek. Dále se při výběru dbalo na dodržení zastoupení respondentů v obou pohlavích a zároveň v míře využívání specifických služeb. Celkově bylo osloveno 8 žen a 8 mužů, přičemž jeden z mužů se odmítl rozhovoru účastnit s odvoláním na své předešlé zaměstnání. V konečné fázi tedy tvoří výzkumný soubor 15 respondentů, 8 žen a 7 mužů, s nimiž byl rozhovor realizován.

Výzkum probíhal formou terénního šetření v chebském regionu, tedy ve městech Cheb, Mariánské Lázně a Aš, v období březen – květen 2009. S ohledem na dostupnost specifických služeb v těchto městech byli respondenti rozděleni do tří skupin, tedy podsouborů „K“, „T“ a „N“. Skupinu „K“ tvoří respondenti, kteří jsou v kontaktu s nízkoprahovým zařízením K-centrum Cheb Kotec o. s. a případně také s dalšími zařízeními s vyšší prahovostí. Respondenti ze skupiny „T“ jsou uživatelé vyhledávající pouze terénní program výše zmíněného občanského sdružení. Poslední podsoubor, skupina „N“, zahrnuje uživatele, kteří nevyhledávají kontakt s žádnými specifickými službami. Pro názornější ukázkou jsem vytvořila rozdělení respondentů do skupin (viz Schéma 1). Pro lepší přehlednost byli respondenti po rozdělení do

podskupin také očíslování (K1-K6, T7- T10 a N11-N15). Dále jsou pro potřeby výzkumu jednotliví respondenti uváděni pod těmito značkami.

Pro vyhledání respondentů ze skupiny „N“ byly nezbytně nutné mé osobní kontakty na uživatele drog, kteří mě přivedli mezi své známé a zpřístupnili mi tak vstup do subkultury uživatelů. Tito lidé tak pro mne vykonali funkci „dveřníků“. Při získávání respondentů ze skupiny „K“ a „T“ se „dveřníky“ stali přímo pracovníci občanského sdružení Kotec, kteří mě přivedli a představili respondentům, jak na kontaktní místnosti v K-centru, tak v terénu v průběhu terénního programu.

Schéma 1: Rozdělení respondentů do skupin



3.3 Charakteristika doplňkového souboru

Doplňkový zdroj informací, vedle polostrukturovaných rozhovorů s uživateli drog, představovali zaměstnanci nízkoprahového centra Kotec o. s. Cheb a pracovníci terénního programu Kontaktního centra Kotec o. s. Tachov v celkovém počtu 4

respondentů. 2 respondenti byli kontaktní pracovníci nízkoprahového zařízení v Chebu a 2 respondenti byli terénními pracovníky nízkoprahového zařízení v Tachově.

4 Výsledky

4.1 Základní údaje cílového souboru

Základní údaje respondentů z jednotlivých podsouborů jsou blíže uváděny v následujících kapitolách. Pro lepší přehlednost byly vytvořeny také tabulky obsahující bližší charakteristiky respondentů jednotlivých podsouborů. Součástí tabulek je číslo respondenta, pohlaví, věk, zneužívaná primární droga, délka jejího zneužívání a způsob aplikace. Tyto tabulky (č. 1-3) jsou zařazeny do kapitoly příloh k bakalářské práci. Součástí příloh jsou také grafy 1, 2 a 3, které zobrazují rozložení respondentů dle typu užívaných drog v návaznosti na zastoupení pohlaví ve všech podsouborech. Během získávání těchto dat jsem u podsouboru uživatelů drog, nevyhledávajících žádné specifické služby zpozorovala jistou nervozitu, která se týkala především zodpovídání otázek zjišťujících užívanou drogu, dobu jejich užívání a způsob aplikace. Na respondentech bylo patrné, že mají strach, aby informace nepřišli do rukou policii či jiným represivním složkám ČR. Respondenty jsem proto v průběhu celého rozhovoru několikrát ujišťovala, že se tak nestane.

4.1.1 Věk respondentů v jednotlivých podsouborech

Mezi respondenty využívajícími služeb kontaktního centra („K“) dosahoval nejmladší respondent 23 let a nejstarší 40 let. Mediánní věk tohoto podsouboru je 27 let. Nejmladšímu respondentovi z podsouboru „T“, využívající služeb terénního výměnného programu, bylo 17 let, nejstaršímu 25 let. Mediánní hodnota této skupiny je 19, 5 roku. V podsouboru „N“, respondentů nevyužívajících žádné specifické služby, dosahoval nejmladší oslovený respondent 18 a nejstarší 23 let. Mediánní věk posledního podsouboru je 21 let. Z výše uvedeného vyplývá, že nejstarší skupina respondentů se nachází v podsouboru „K“, za nimi následují uživatelé nevyhledávající specifické

služby („N“) a nejmladšími respondenty byli uživatelé využívající terénní program („T“)

4.1.2 Zastoupení pohlaví v jednotlivých podsouborech

V cílovém souboru bylo zastoupeno celkově 7 mužů a 8 žen. Podsoubor „K“ reprezentují 2 ženy a 5 mužů, podsoubor „T“ 3 ženy a 1 muž a poslední podsoubor respondentů, nevyhledávající žádné specifické služby, reprezentují 2 ženy a 3 muži. Ve skupině uživatelů vyhledávající služby terénního programu byl osloven k provedení výzkumu ještě jeden muž, ten se však odmítl rozhovoru zúčastnit.

4.1.3 Primární droga udávaná respondenty v jednotlivých podsouborech

Na otázku, jakou drogu užívají respondenti jako hlavní (primární = droga, která je preferována a užívána nejčastěji z aktuálně uváděných užívaných drog - Kalina), udalo ve skupině „K“ 5 respondentů pervitin, 2 respondenti vypověděli, že pervitin kombinují také s heroinem. 1 respondent uvedl kombinaci heroinu s kodeinem a morfinem. Jen jedna respondentka neuvedla žádnou primární drogu z důvodu, že právě v této době abstínuje a v kontaktním centru využívá pouze služeb poradenství. Všichni respondenti podsouboru „T“ a „N“ užívají primárně pouze pervitin. Z toho vyplývá, že úzus drog opiátového typu se vyskytuje pouze u podsouboru respondentů využívajících kontaktní centrum.

4.1.4 Další (sekundární) drogy udávané respondenty v jednotlivých podsouborech

V případě podsouboru „K“ se k užívání sekundárních drog vyjádřili pouze dva respondenti, kteří uvedli, že kouří marihuanu. Ostatní uživatelé k této otázce nepodali žádnou odpověď. Dle mého názoru, jde o zkresení vzniklé převážně vlivem očekávání.

Respondenti předem předpokládali, že svoji otázku směřují pouze na primární drogu, která souvisí s jejich návštěvami kontaktního centra. Respondenti z řad podsouboru „T“ byli k této otázce sdílnější. Udali jako sekundární drogu ve 4 případech marihuanu a ve 2 případech extázi. Užívání taneční drogy extáze je odvislé od častějších návštěv tanečních akcí, které souvisí s nižším věkem této skupiny. V posledním podsouboru uživatelů nevyhledávajících specifické služby zazněla 5 krát marihuana, 4 krát LSD, 2 krát extáze a jednou užívání lysohlávek. Tato data svědčí o vyšší míře experimentování, než je tomu u předešlých skupin. Souvislost to má především s věkovým rozmezím této skupiny, které je z celého cílového souboru nejnižší. Odpovědi respondentů jsou blíže znázorněny v grafech č. 1, 2 a 3.

4.1.5 Doba užívání primární drogy respondenty z jednotlivých podsouborů

Respondenti podskupiny „K“ zneužívají primární drogu od 2 do 17 let. Střední hodnota udává v této skupině 8,5 roku aplikování drogy. Uživatelé vyhledávající terénní pracovníky se k aplikaci primární drogy uchylují nejméně 2 a nejvíce 6 let. To znamená, že z hlediska mediánu, užívají 3 roky. Poslední podskupina respondentů nevyhledávajících žádné specifické služby, užívá minimálně 2 a maximálně 5 let, tedy se nejčastěji uchylují k aplikaci po dobu 4 let. Z těchto dat je zřejmé, že víceletými uživateli primární drogy, jsou klienti Kontaktního centra (K6: „Pamatuju si, když se ještě nedali koupit stříkačky ani v lékárně. Tenkrát jsme pro ně jezdili buď do Německa, nebo se prostě jedna používala víckrát“.). Respondenti podsouboru „T“ a „N“ užívají přibližně stejně dlouhou dobu.

4.1.6 Způsob aplikace primární drogy

5 ze 6 respondentů, kteří jsou klienty Kontaktního centra v Chebu, aplikují drogu rizikovým způsobem, tedy nitrožilně. Poslední z respondentů nevedl žádný způsob aplikace, z důvodu, že právě v této době abstinuje a v kontaktním centru

využívá pouze služeb poradenství (K5: „Jsem 2 měsíce z léčebny, takže teď jsem čistá a do Káčka jezdím jen na poradenství.“). Všichni uživatelé, z podsouboru „T“ vyhledávající terénní pracovníky, uvedli jako způsob aplikace nitrožilní podání drogy. U těchto respondentů se předem předpokládalo, že budou všichni aplikovat nitrožilně. V posledním podsouboru („N“) se k injekčnímu užívání uchylují 3 respondenti, zbylý dva volí způsob šňupání.

4.2 Znalosti respondentů o poskytovaných specifických službách

Druhý okruh otázek byl zaměřen na zmapování znalostí respondentů o poskytovaných specifických službách. Respondentům byly pokládány otázky, zda vědí o poskytovaných službách pro uživatele návykových látek, co konkrétně vědí a kde tyto informace získali. Od podsouboru „K“ se očekávaly širší a hlubší znalosti vzhledem k jejich pravidelnému kontaktu s K-centrem v Chebu a také víceleté historii užívání návykových látek v porovnání s ostatními skupinami („T“ a „N“). Celkem vyšlo z odpovědí 5 okruhů. Názorně shrnuje informovanost respondentů o specifických službách v návaznosti na jejich využívání graf č. 4 uvedený mezi přílohami bakalářské práce.

4.2.1 Znají služby K-centra

Podsoubor „K“ je plně informován o službách K-centra, což vyplývá již z faktu, že jsou jeho klienty. Respondenti podsoubor „T“ se vyjádřili, že jsou o existenci kontaktního nízkoprahového zařízení a jeho službách obeznámeni ve 2 případech. Ačkoli kontaktní centrum nevyužívají, mají o něm informace 4 respondenti ze 6 z podsouboru uživatelů, nevyhledávajících žádné specifické služby. Po zjištění těchto dat je logické pátrat po důvodech, které vedou respondenty ze skupiny „C“, aby služby kontaktního centra nevyužívali. Otázky směřující ke zjištění těchto důvodů jsou součástí 4. výzkumného okruhu.

4.2.2 Znají služby terénního programu

Klienti kontaktního centra („K“) prokázali znalost terénního programu ve 4 ze 6 případů. Již samotná charakteristika podsouboru „T“ nasvědčuje, že o existenci a podstatě terénní práce s uživateli drog, vědí všichni respondenti této skupiny. Velmi zarážející je však úroveň povědomí o této specifické službě mezi respondenty, kteří nejsou v kontaktu s žádnou formou pomoci uživatelům drog. Z rozhovoru s respondenty podsouboru „N“ vyplynulo, že žádný z nich nemá potřebné informace o streetworku.

3 respondenti si po dlouhé úvaze vzpomněli, že o něčem takovém, jako je výměna injekčního materiálu na ulici, někdy v minulosti slyšeli, avšak nebyli schopni říci, zda program v chebském regionu probíhá. Zbylý 2 respondenti se o streetworku dozvěděli poprvé v životě ode mne. Tento stav svědčí o nedostatečném rozšíření informací o této službě.

N12: „ Nejsem si jistá, jestli vím, přesně co to je. Nikdy jsem ani žádného streetworkera nepotkala“

N15: „ O tom žádný informace nemám. To teď slyším poprvý.“

4.2.3 Mají informace o léčbě

Mezi klienty kontaktního centra se znalosti o případné léčbě potvrdily u tří respondentů. Všichni tři měli dostatečné informace o podmínkách nástupu do léčby i zařízeních, která léčebnou intervenci nabízejí. Tyto znalosti plynou z faktu, že již léčbu podstoupili. Informace před nástupem léčby jim byly poskytnuty K-centrem v Chebu a odborem sociální péče o dítě v Aši.

K2: „ Tyhle informace mám. Prošel jsem si terapeutickou komunitou Černošín a taky resocializačním střediskem ve Šluknovském výběžku.“

K5: „ Jsem teď dva měsíce z léčebny. Byla jsem v Karlově, tam mi to zařídili na sociálce v Aši.“

K6: „ Znáám léčebnu Červený Dvůr a terapeutickou komunitu Němčice, obojí z vlastní zkušenosti.“

V rámci podsouboru klientů terénního programu prokázala dostatečné informace o případné léčbě pouze jedna respondentka. Tyto informace získala od své matky, která jí jeden čas hrozila soudem o nařízení ústavní výchovy, pokud se nepodrobí léčbě (T7: „Máma mě do tý léčby tlačila, jinak prej půjdu do past'áku.“). Povědomí o léčbě skupiny uživatelů, vyhledávajících terénní program, svědčí o nízké úrovni motivace k léčbě. Zbývající respondenti vypověděli, že informace nemají, protože se léčit nechtějí, nebo si myslí, že jsou si schopni pomoci sami. Mezi uživateli drog, kteří nejsou v kontaktu ani s K-centrem ani s terénními pracovníky, se našel také pouze 1 respondent, disponující informacemi o léčbě. Na základě vlastní zkušenosti vypověděl, že zná detoxifikační oddělení psychiatrické léčebny Dobřany, kde se podrobil nucené detoxikaci. Ostatní respondenti z tohoto podsouboru neměli logicky žádné informace, což podle mě vyplývá již z jejich neochoty být v kontaktu se zařízením s nižším prahem a tedy vyšší mírou anonymity, oproti vysokoprahovým léčebným zařízením.

4.2.4 Znájí pojem terapeutická komunita

Pojem terapeutické komunity (TK) byl známý 3 respondentům z podsouboru „K“, všichni tito respondenti mají s terapeutickou komunitou osobní zkušenost. Jedná se konkrétně o TK Černošín, Němčice a Karlov. Zbýlých 12 respondentů o TK nikdy neslyšeli a nemají tak ani žádné bližší informace o charakteristice této intervence ani o podmínkách, které jsou vyžadovány pro vstup do TK. Absence znalosti terapeutické komunity u podsouboru „T“ a „N“, vyplývá ze stejných důvodů, jako je tomu v případě informovanosti o léčbě obecně, popsané v předešlé kapitole.

4.2.5 Znájí substituční terapii

Pojem substituční terapie a podmínky určující, zda je klient vhodný pro tento typ léčby, byly známy pouze jedinému respondentovi z celého cílového souboru. Tento

respondent (K6) získal informace na základě vlastního zařazení do programu substitučního metadonového centra v Karlových Varech. V ostatních podsouborech se nenašel žádný respondent, který by věděl, co znamená substituční terapie a znal by podmínky, které je nutné splnit pro účast na této léčebné intervenci. Znalost, i jen pojmu substituční terapie, jediným respondentem, poukazuje na nedostatečně rozšířené informace o této intervenci v celé populaci chebského regionu, ne jen populaci uživatelů drog, evidovaných v tomto územním celku.

4.3 Využívání konkrétních specifických služeb jednotlivými podsoubory respondentů

V této části výzkumu jsem se zaměřila na zmapování konkrétních služeb nabízených kontaktním centrem a terénním programem v závislosti na jejich využívání respondenty z jednotlivých podsouborů. Jediný podsoubor, na který se tento okruh otázek nevztahoval, tedy skupina respondentů nevyhledávající žádné specifické služby pro drogové uživatele („T“), byl v této části výzkumu opomíjen. Z výpovědí zbylých 10 respondentů z podsouboru „K“ a „T“ vzešlo celkem 7 služeb, které pravidelně využívají.

4.3.1 Využívají výměnný program

Služba, jež umožňuje uživatelům bezplatně získat čistý injekční materiál pro potřeby aplikace, je zřejmě nejsilnějším argumentem, vedoucí respondenty k vyhledání nízkoprahového zařízení nebo terénních pracovníků. Z 10 dotázaných vypovědělo 9 klientů, že výměnný program využívají pravidelně. Jen jeden respondent z podsouboru „K“ výměnný program nevyužívá. Jedná se o respondentku aktuálně abstinující.

K6: „Pamatuju si ještě doby, kdy se výměny nedělali. Ty děcka dneska neví, jaký maj možnosti, jakej je to luxus, a kolikrát se bojí chodit si měnit.“

Tazatel: „Jak sis teda obstarával čistý stříkačky?“

K6: „, My jsme si pro jehly jezdili třeba do Německa, tam se na to koukali jinak, tady nám před těma 17 lety nechtěli prodat jehly ani v lékárnách. Tak se prostě normálně pučovaly mezi lidma, to se ještě ani moc nevědělo jaký to má rizika. Na to sem taky dojel.“

Tazatel: „Dojel? Můžeš mi to blíž vysvětlit.“

K6: „, Jsem nositelem žloutenky typu C.“

4.3.2 Využívají zdravotní servis a screeningové testy infekčních nemocí

Servis nabízející zdravotní ošetření a screeningové testy virových hepatitid a HIV využili v plné míře všichni respondenti („K“, „T“), kromě respondentky K5, která již před léčbou volila způsob aplikace šňupáním a nikdy se tak necítila ohrožena těmito nemocemi. Všichni respondenti také poukázali na stávající nepokrytou poptávku po těchto testech.

K1: „, Já si tady беру kondomy a svoje „nadobíčko“ s nikým nesdílím, ale s tímhle způsobem života, člověk nikdy neví, kde se s něčím potká. Je špatně, že teď ty testy nejsou.“

K6: „, No jo využíval jsem a využíval bych dál, ale teď tady ty testy nejsou k dispozici. Test na „Céčko“ si už dělat nemusím, ale na HIV bych je ocenil. Někdy se třeba stane, že po ruce není kondom, znáš to ne?

Po skončení rozhovorů byl vznesen dotaz na respondenty doplňkového souboru (pracovníky K-centra), zda skutečně nejsou v současné době screeningové testy k dispozici. Pracovníci tuto informaci potvrdili. Zdravotní ošetření je aktuálně zajišťováno jednou zdravotní sestrou, která do centra dochází. Testy je však v současnosti obtížné sehnat pro více zařízení v celé ČR, jak pracovníci vypověděli, předcházející testy nevyhovovaly normě, a tak byla jejich distribuce do centra zastavena. I oni však tuto situaci vnímají značně negativně.

4.3.3 Využívají hygienický servis

Z výpovědí respondentů jde hlavně o možnost osprchovat se. Tento servis využívají konkrétně 2 klienti kontaktního centra, oba dva jsou aktuálně bez přístřeší.

4.3.4 Využívají kontaktní místnost

Možnost setkávat se s ostatními uživateli a posedět s nimi v teple K-centra využívají 2 respondenti.

Tazatel: „Jak často sem chodíš?“

K1: „Jsem tady každé den“

Tazatel: „Co tě sem táhne každé den? To si vždycky přijdeš jen vyměnit?“

K1: „Ne, to ne. Taky se tu scházím se známýma. Ráda je vídám každé den.“

Tazatel: „Chodíš sem taky, aby ses viděla s třeba s P. (pracovnice centra)?“

K1: „Jako jen tak pokecat? To ani ne.“

4.3.5 Využívají vitaminový a potravinový servis

Těchto služeb využívají 3 ze 6 klientů K-centra. 2 tito klienti nemají v současnosti zajištěné ubytování, nemají ani patřičné finance na obživu. Z hlediska těchto faktorů vnímají potravinový a vitaminový servis velmi kladně.

4.3.6 Využívají individuálního poradenství

Tuto službu využívá z respondentů jedna klientka K-centra. V současnosti je po léčbě a prostřednictvím individuálního poradenství se snaží zlepšit v aktivním hledání zaměstnání. Součástí jejích sezení je také prevence relapsu.

4.4 Faktory vedoucí respondenty k nevyužití služeb

Rozhovory s respondenty z podsouboru „K“ a „T“ byly prováděny až ve chvíli, kdy došlo k uspokojení jejich potřeb, to znamená, že klienti byli ochotní se rozhovoru zúčastnit až po naplnění zakázky, se kterou přišli službu navštívit. Jednalo se konkrétně o výměnu použitého injekčního materiálu za čistý. Fakt, že klienti K-centrum či terénní pracovníky za tímto účelem navštívili, svědčí o tom, že se nacházeli ve stavu, kdy mají dostatek (Měli si co dát, a tak přišli pro „nádobíčko“). Rozhovory s těmito respondenty, jsou tedy značně ovlivněné stavem celkové pohody těchto klientů. Z rozhovorů s respondenty jednotlivých podskupin vyplynulo 6 nejdůležitějších faktorů, které ovlivnili jejich rozhodnutí, některých konkrétních služeb nevyužít. Velice důležité pak byly důvody, pro které služby nevyhledávají respondenti podsouboru „N“.

Faktory:

- **Strach z vystoupení z anonymity** – projevovali všichni respondenti podsouboru „N“. Strach vyplýval z odhalení pracovníky nízkoprahového centra či z odhalení okolím, které by je mohlo případně v okolí k-centra či s terénním pracovníkem spatřit.
- **Nedůvěra v pracovníky** – tento faktor byl také značný u podsouboru „N“, vyskytl se u 4 z 5 respondentů. (N11: „Jsou to nějaký študáci, nikdy to na vlastní kůži nezažili.“)
- **Způsob aplikace** – 2 respondenti z podsouboru „N“, nechtějí vyhledávat služby kontaktního centra nebo jeho terénního programu z důvodu, že nežívají rizikovým způsobem.
- **Naplnění potřeb klienta** – Jedná se o plný podsoubor respondentů z terénního programu a kontaktního centra, všichni vypověděli, že dostávají, co potřebují a víc nechtějí – opět je nutné poukázat na rozpoložení respondentů v době, kdy rozhovor probíhal. Jejich odpovědi by byli patrně jiné, kdyby byli tázáni v době, kdy nemohou drogu sehnat, nemají na ni prostředky.

- **Neexistence služby** (ve smyslu místní dostupnosti) – Tento faktor je spojen také se vzdáleností a možnostmi za službou dojíždět. Jeden respondent z podsouboru „K“ uvedl, že byl nucen opustit program substituční terapie, protože nebyl schopen dojíždět 3x denně z Chebu do Karlových Varů do substitučního metadonového centra (vzdálenost 50km, cesta vlakem 55 minut). Jeden respondent podsouboru „N“, také uvedl, že ho ve využívání služeb omezuje neexistence terénního programu v Aši (N13: „ Pro mě je to do Chebu daleko, navíc nemám ani auto.“). Nedostupné jsou také v současné době screeningové testy infekčních onemocnění.
- **Časová dostupnost** – Polovina respondentů podsouboru „K“ by případně využívali terénního programu, probíhal-li by také v pozdních večerních hodinách

4.5 Chybějící služby dle subjektivních potřeb respondentů

Pouze 4 respondenti z celkového cílového souboru si myslí, že jsou služby dobře nastaveny, nic jim proto nechybí, žádným způsobem by nabízené služby nedoplňli. Z odpovědí ostatních respondentů vyplynulo, že by se dalo podstoupit kroky k celkovému zlepšení služeb v 5 oblastech. Jedná se o:

- **Využití indigentních pracovníků** – 4 respondenti si myslí, že současní uživatelé by měli lepší přístup k populaci uživatelů a proto by materiál určený k výměně měli distribuovat oni. Navíc by také využili již vyléčených uživatelů, kteří jsou podle jejich slov více důvěryhodní
- **Rozšíření časové dostupnosti k-centra a terénního programu** – 3 respondenti podsouboru „K“ by uvítali provoz k-centra také o víkendu, 2 z důvodu využití hygienického servisu a 1 z důvodu udržení každodenního kontaktu. 1 respondent skupiny „K“ a jeden ze skupiny „T“ se také vyslovili pro rozšíření terénního programu do večerních hodin.

- **Rozšíření místní dostupnosti** – Dle odpovědí respondentů již předešlého okruhu otázek, kdy jsem se snažila vypátrat důvody vedoucí k nevyužívání služeb, je patrné, že pro uživatele z chebského regionu je snížena místní dostupnost substituční terapie. Metadonové centrum je v Karlových Varech a ambulantních specialistů, předepisujících Subutex, je dle výpovědí pracovníků nedostatek. Přiblížení této služby by uvítali dva respondenti podsouboru „K“. Uživatelé žijící trvale v Aši se také shodli, že je potřeba zavést program terénní péče v místě jejich bydliště (N13: „Ten terén bych využíval, kdyby byl v Aši. To bych si měnil sám a ne přes kámoše.“).
- **Testování chemického složení drogy** – Z výpovědí všech respondentů vyplynulo, že se často obávají o čistotu drogy, kterou aplikují.
K3 „ Už jsem měl třikrát velký problém. Jednou předávkování a dvakrát nečistej pervitin. Tohle by se mělo hlídat.“
N11: „ Jo už se mi stalo, že sem koupil omítku, a nebo cukr. To je pro mě největší hrozba, mělo by se to dát někde otestovat, než si to člověk dá. Na pohled nepoznáš, jaký to má příměsí.“
N15: „Já si nepíchám, ale mám kamarády, o který mám strach. Pořád se člověk někde dočítá, že umřel feťak na nějaký svinstvo. Přála bych si, aby se to dalo testovat.“
- **Screeningové testování inf. nemocí** – Tyto testy jsou v současnosti nedostupné v celém regionu, ačkoli poptávka po nich je, jak vyplývá z rozhovorů (10 resp.), vysoká.

5 Diskuze

Cílem této bakalářské práce bylo zanalyzovat míru dostupnosti jednotlivých specifických služeb, zaměřených na cílovou skupinu uživatelů návykových látek, v regionu Cheb, do jehož spádové oblasti se řadí také města Aš a Mariánské Lázně. Klíčovým kritériem pro posouzení míry dostupnosti se staly subjektivní názory uživatelů drog z tohoto regionu. Pro získání dat, tedy těchto subjektivních názorů, byl veden položený rozhovor s uživateli, kteří v určité míře služeb využívají, nebo naopak nejsou v kontaktu s žádným zařízením či terénním pracovníkem. Takto zvolený soubor respondentů umožnil autorovi porovnat rozdíly mezi aktuálním a ideálním stavem kvantitativních kritérií efektivního systému péče o osoby závislé na návykových látkách, jimiž je právě rozsah a dostupnost těchto služeb, jak je uvádí Kalina.(15) Položený rozhovor byl s respondenty veden neformálně, tedy s využitím jazyka cílového souboru. To mělo podpořit tazatelovu důvěryhodnost a také eliminovat případná nedorozumění plynoucí z nepochopení odborných termínů. Prostředí, ve kterém byl rozhovor realizován, si každý respondent volil sám, tak aby se v něm cítil příjemně a bezpečně, opět z důvodu eliminace zkreslení. Nejčastěji byl tedy rozhovor veden mimo zařízení, na veřejném prostranství, kde se tazatelovi a respondentovi aktuálně dostávalo soukromí. Jen v případě uživatelů, kteří využívají služeb terénního programu, byl u rozhovoru přítomen streetworker. Stalo se tak pokaždé na žádost respondenta, ačkoli mu bylo předem nabídnuto přesunout se do ústraní. Předpokládám proto, že v souvislosti s přítomností terénního pracovníka, mohlo dojít k jistým zkreslením, například při zodpovídání otázek, týkajících se případných nedostatků v poskytovaných službách. Ve většině případů totiž klienti terénních pracovníků odpovídali, že jsou se službou spokojeni a nic významného jim nechybí.

Z prvního okruhu otázek, které se snažili zmapovat základní charakteristiku respondentů, je patrné, že nejvyšší věkovou skupinou jsou klienti kontaktního zařízení, přičemž z výzkumu vyplynulo, že se klienti nejčastěji vyskytují ve věku 27 let. Tento údaj souhlasí s celorepublikovými údaji, uváděnými ve Výroční zprávě o stavu ve

věcech drog v ČR pro rok 2007, stejně tak s údaji výroční zprávy K-centra Cheb pro rok 2008. Vyšší věk těchto klientů souvisí zřejmě s délkou drogové kariery, přičemž z výzkumu vyplynulo, že nejčastěji užívali 8,5 roku, to je dokonce o 4,5 roku více, než byl zjištěný stav u uživatelů, kteří specifické služby nevyhledávají. Jak dlouho je primární droga užívaná a způsob její aplikace drogy jsou zřejmě jedny z nejsilnějších podnětů pro vyhledání specifické služby pro drogové uživatele. Jak vyplývá i z odpovědí respondentů, nitrožilní aplikace drogy výrazně ovlivňuje rozhodnutí uživatele vyhledat kontakt s pracovníky nízkoprahových zařízení, případně jejich terénních programů. 12 z celkově 15 respondentů aplikují drogu nitrožilně, zbylí respondenti inklinují ke sniffingu (šňupání), nebo aktuálně abstinují. Získaná data se shodují s daty plynoucími z výzkumu, uvedeném ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog.(29) Jako nejčastější primární droga se prokázal pervitin, opiáty užívali jen klienti K-centra. Vyšší prevalence užívání pervitinu než opiátů u zkoumaného souboru potvrzuje údaje z Výroční zprávy o stavu ve věcech drog.(29) Mezi respondenty nevyužívající služby se objevilo široké spektrum sekundárních drog, jednalo se především o drogy sezónní (LSD, lysohlávky) a taneční (extáze), což souvisí s nižším věkem této skupiny a tudíž častějším experimentováním v oblasti drog. Taktéž podloženo výroční zprávou Národního monitorovacího střediska.(29)

Z druhého okruhu otázek, jimiž se tazatel snažil zmapovat celkovou informovanost respondentů o poskytovaných službách, vyplynulo několik zásadních skutečností. V první řadě bych chtěla poukázat na naprosto nulové informace o terénním programu mezi uživateli, kteří nejsou v kontaktu s K-centrem ani terénním pracovníkem. Tento stav je nutno spojovat s místem bydliště většiny respondentů z podsouboru „N“ (Cheb, Aš) a aktuálně nedostatečným pokrytím terénní práce v těchto městech, což plyne z rozhovorů s pracovníky, kteří tento stav potvrdili. Uživatelé z tzv. skryté populace proto nemohou být ve svém prostředí kontaktováni streetworkery a nemohou se tak o službě dozvědět. Toto popisuje Kalina a Matoušek, jako aktivní (vyhledávání) a také pasivní (nechávání se vidět) navazování kontaktu streetworkera s novým klientem.(15, 20) Podobně se projevila také informovanost cílového souboru o případné léčbě (včetně rezidenční léčby), kde dostatečné informace mají pouze 3

respondenti, kteří se již léčebné intervence účastnili. U ostatních je neznalost důsledkem nulové či nízké motivace k léčbě. Jak uvádí Rotgers, nacházejí se tito uživatelé ve stádiu prekontemplace, kdy neuvažují o změně svého chování.(25) Terapie pomocí metadonové či jiné substituce byla respondentům známa pouze v 1 případě a to přesto, že v ČR probíhá bezmála 15 let (9) a od roku 2001 je evidováno 15 substitučních center, jejichž počet neustále vzrůstá.(29)

Třetí oblast rozhovoru se zaměřovala na zmapování jednotlivých konkrétních služeb, kterých respondenti pravidelně využívají. Logicky byly otázky týkající se tohoto okruhu vypuštěny z rozhovoru, který byl veden s respondenty podsouboru „N“, neboť již z jejich charakteristiky vyplývá, že nevyužívají žádné služby. Jako nejsilnějším argumentem pro kontakt s pracovníkem nízkoprahového zařízení či terénního programu, se potvrdila možnost výměny injekčního materiálu, která přivádí uživatele do kontaktu s pracovníky v 9 z 10 případů. Tyto výsledky potvrzují, data ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog (29), které udávají značné převýšení služeb harm reduction nad léčebnými či poradenskými intervencemi. Mezi další služby, které respondenti využívají, se zařadil hygienický servis, kontaktní místnost, potravinový a vitaminový servis a v jednom případě také poradenství. Tyto se však týkali jen klientů K-centra. Společně s klienty terénních pracovníků, pak využívají možnosti testovat se na infekční onemocnění. Avšak v době, ve které byl výzkum prováděn, nebyly tyto testy k dosažení. To potvrdili také pracovníci. V souvislosti se současnou prevalencí infekčních onemocnění v ČR a faktem, že intravenózní uživatelé jsou více ohroženi infikováním těmito nemocemi, je nepokrytá poptávka alarmující.(29)

Jestliže v předešlém okruhu otázek byl opomíjen podsoubor respondentů nevyhledávajících žádné služby, pak v okruhu následujícím se naopak otázky vztahovali především k těmto uživatelům. Okruh byl koncipován tak, aby respondenti ve svých odpovědích zmínili faktory, které je ovlivňují směrem k nevyužití specifických služeb. Z jejich odpovědí vyplynulo celkem 6 takovýchto faktorů. Uživatelů, kteří již jsou stávajícími klienty jakékoli formy specifické služby, se týkaly 2 faktory. V první řadě klienti nebyli nuceni rozšiřovat svoji zakázku z důvodu spokojenosti a naplnění všech pocíťovaných potřeb. Polovina respondentů podsouboru „K“ by případně využívala

terénního programu, probíhal-li by také v pozdních večerních hodinách. Tento faktor vyplývá z podstaty časové dostupnosti, která je (jak uvádí Kalina) součástí kvantitativních kritérií efektivního systému péče.(15) Respondenti podsouboru „N“ se ve svých odpovědích shodovali nejčastěji na faktoru strachu, který je omezuje ve využívání služeb. Tito uživatelé nemají zájem, aby pracovníci věděli o jejich drogovém problému, popřípadě, aby je s drogami spojovala široká veřejnost, která by je mohla při kontaktu s pracovníkem či v blízkosti centra spatřit. 2 respondenti nenavazují kontakt, neboť neshledávají, že by jim služby měli co nabídnout. Tito uživatelé ještě nespádají do kategorie problémového uživatele, jak ji uvádí Matoušek a Kalina, nejsou uživateli opiátů a drogu aplikují šňupáním.(21). Jejich charakteristiku dále rozvíjí Nešpor, kdy tvrdí, že tito uživatelé se nacházejí ve fázi prekontemplace, tedy nestojí o změnu svého chování. Častým faktorem se také stala nedůvěra, kdy si 4 z 5 respondentů podsouboru „N“ myslí, že studium adiktologie není dostačující pro práci se závislými jedinci, a uvítali by proto v regionu přítomnost indigentního pracovníka.(15) V neposlední řadě byli respondenti „N“ ovlivněni praktickou neexistencí služby. Konkrétně se tyto odpovědi týkaly obyvatelů Aše, kde v období sběru dat nebyla v provozu služba terénního programu. Nepřítomnost streetworkera v Aši poukazuje na nedostatečnou místní dostupnost služby.(15)

Nadcházející data, která se směřují ke zlepšení celkové dostupnosti v regionu, tedy aby služby fakticky existovali a byly časově a místně dostupné (Kalina). Kalina dále uvádí, že celkový rozsah se může lišit mezi jednotlivými regiony s ohledem na kumulaci problému např. ve velkoměstech. V tomto směru je patrné, že v některých částech chebského regionu, nejsou služby v dostatečné míře pokryté. Jedná se především o terénní program v Aši, substituční terapii dostupnou nejbližší v Karlových Varech. Respondenti se v průběhu výzkumu také shodli na výhodách využití bývalých uživatelů drog v zařízeních prvního kontaktu. Shodují se tak s Bartošíkovou, která uvádí, že bývalý uživatelé, kteří již nějakou dobu abstínují, jsou v problematice dobře orientováni, jsou více citliví ke stavům, které klienti prožívají, udávají pozitivní příklad, získávají vyšší důvěru. Klienti podle Bartošíkové také vnímají bývalého uživatele v roli pracovníka na stejné úrovni, jako vnímají sami sebe, navíc nemusí takovýto pracovník

zkoumat drogovou scénu a zvyky komunity uživatelů, neboť tyto znalosti již má. Z výzkumu se výhody těchto pracovníků, popsané Bartošíkovou potvrdily. Dle mého názoru byly rozhovory s uživateli přínosem pro stávající zařízení poskytující specifické služby v chebském regionu. Respondenti během něj poukázali na řadu nedostatků, které by se dali odstranit. Jakým způsobem přistoupit ke změně stávajícího stavu, by mělo být předmětem širšího výzkumu, vycházejícího z této studie.

6 Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo zanalyzovat dostupnost specifických služeb (včetně Harm reduction) v chebském regionu, dále zmapovat místní úroveň využívání specifických služeb samotnými uživateli drog a na závěr zhodnotit míru efektivity poskytovaných služeb ve zmíněném regionu. Výzkum byl prováděn kvalitativní metodou, technikou sběru dat byl položený rozhovor s respondenty. Data pro výzkum jsem sbírala v nízkoprahovém zařízení v Chebu a v přirozeném prostředí uživatelů. S rozhovory s uživateli a s pracovníky, jsem zjistila, jaké specifické služby jsou v regionu nabízeny, v jaké míře jich uživatelé využívají a jaké doplnění služeb by případně ocenili. Tím jsem naplnila stanovené cíle.

Výzkumem bylo zjištěno, že existují mírné nedostatky v dostupnosti poskytovaných služeb. A sice konkrétně je nedostatečně realizován program terénní práce ve městě Aš. V celé oblasti regionu jsou aktuálně nepokryty poptávky po screeningových testech virových hepatitid a HIV. Klienti také vnímají negativně vzdálenost od substitučního metadonového centra v Karlových Varech. V neposlední řadě bylo výzkumem poukázáno na vyšší ochotu uživatelů spolupracovat při naplnění svých zakázek s indigentskými pracovníky, tedy současnými či bývalými uživateli. V tomto směru bych doporučila nízkoprahovému zařízení provést hlubší kvantitativní šetření, které by poptávku po indigentském pracovníkovi potvrdilo, případně vyvrátilo. Pro hlubší šetření by jako podklad mohl sloužit tento výzkum. Hypotézy pro případný kvantitativní výzkum bych stanovila takto:

H1: Uživatelé návykových látek jsou ve vyšší míře ochotni navázat kontakt s indigentským terénním pracovníkem.

H2: Pozitivní příklad indigentského terénního pracovníka vede klienta ke změně návykového chování.

7 Seznam použité literatury:

- 1) Administrativní rozdělení okresu [online]. 2009 , 13.5.2009 [cit. 2009-07-20]. Dostupný z WWW: <[http://www.kvary.czso.cz/xk/redakce.nsf/i/mapa_cheb/\\$File/mapa_cheb.jpg](http://www.kvary.czso.cz/xk/redakce.nsf/i/mapa_cheb/$File/mapa_cheb.jpg)>.
- 2) BEDNÁŘOVÁ, Zdena, PELECH, Lubomír. *Slabikář sociální práce na ulici*. 1. vyd. Brno: DOPLNĚK, 2003. 104 s. ISBN 80-7239-148-8.
- 3) Centrum adiktologie : Langer: Pervitin je stále častější rekreační drogou mladých Čechů [online]. 15. 9. 2008 , 17. 9. 2008 [cit. 2009-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.adiktologie.cz/articles/cz/59/1384/Langer-Pervitin-je-stale-castejsi-rekreacni-drogou-mladych-Cechu.html?acc=enb>>.
- 4) DROGY-INFO : Detoxikace [online]. 23.4.2003 , 4.10.2005 [cit. 2009-08-10]. Dostupný z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/d/detoxikace>.
- 5) Drogy-info.cz : DLOUHODOBÁ LÉČBA (LONG TERM TREATMENT) [online]. 23.4.2003 , 4.10. 2005 [cit. 2009-07-30]. Dostupný z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/d/dlouhodobal_lectba_long_term_treatment>.
- 6) Drogy-info.cz : KONTAKTNÍ CENTRUM (DROP-IN CENTRE) [online]. 23.04. 2003 , 4.10. 2005 [cit. 2009-07-29]. Dostupný z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/k/kontaktni_centrum_drop_in_centre>.
- 7) Drogy-info.cz : Substituční léčba v ČR - něco z historie [online]. 15.8. 2008 [cit. 2009-07-30]. Dostupný z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/substucni_lectba/substucni_lectba_v_cr_neco_z_historie>.
- 8) Drogy-info.cz : systém péče [online]. 23.4.2003 , 4.10.2005 [cit. 2009-08-12]. Dostupný z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/s/system_pece>.
- 9) DROP-IN [online]. [1999] [cit. 2009-07-23]. Dostupný z WWW: <<http://www.dropin.cz/dropin.shtml>>.

- 10) HÁLA, Jaroslav. *Psychosociální práce s maladjustovanými osobami*. 1. vyd. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2005. 49 s. ISBN 80-7040-815-4.
- 11) HAMPL, K. Komplexní přístup k léčbě (nejen) závislostí. *Adiktologie : Odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí*. 2006, roč. 6, č. 2, s. 108. ISSN 1213-3841
- 12) *Informační portál a databáze služeb sociální prevence pro osoby ohrožené sociálním vyloučením : Zákonné normy* [online]. [2006] [cit. 2009-04-03]. Dostupný z WWW: <<https://sluzbyprevence.mpsv.cz/index.php?ses=&id=58>>.
- 13) *International Harm Reduction Association* [online]. 2006 , 2006 [cit. 2009-03-31]. Dostupný z WWW: <<http://www.ihra.net/Whatisharmreduction>>.
- 14) KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. 1. vydání
- 15) KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : Mezioborový přístup*. 1. vyd. [s.l.] : Úřad vlády České Republiky, 2003. 332 s. ISBN 80-86734-05-6
- 16) KALINA, Kamil, et al. *Glosář z oblasti drog a drogových závislostí*. [s.l.] : [s.n.], 2001. 98 s. ISBN 80-238-8014-4.
- 17) Kolektiv autorů. *Rozvoj odborné přípravy a vzdělání terénních sociálních pracovníků vedoucí k začlenění sociálně vyloučených osob a skupin: Odborný manuál projektu*. 1. vyd. Kotec, 2007
- 18) KUCHÁROVÁ, Barbora, OLÁH, Michal. Streetwork a harm reduction v pomoci závislému klientovi OZ Prima v Bratislave. *Sociální Práce: Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci : Sociální práce s lidmi se závislostí*. 2007, č. 3, s. 139. ISSN 1213-6204. Dostupný z WWW: <www.socialni prace.cz>.
- 19) KVĚTENSKÁ, Daniela. Nový systém sociálních služeb. In *Proměny klienta služeb sociální práce*. 1. vyd. Hradec Králové : Gaudamus, 2006. s. 475. ISBN 80-7041-716-1.
- 20) MATOUŠEK, Oldřich, et al. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.

- 21) MATOUŠEK, Oldřich, KODYMOVÁ, Pavla, KOLÁČKOVÁ, Jana. *Sociální práce v praxi : Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha : Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
- 22) NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 3. dopl. vyd. Praha : Portál, 2007. 176 s. ISBN 978-80-7367-267-6
- 23) *Open society institute : Building global alliance for open society* [online]. 2009 [cit. 2009-03-31]. Harm Reduction in Practice. Angličtina. Dostupný z WWW: <http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/articles/what_20010101>.
- 24) RICHTEROVÁ-TĚMÍNOVÁ, Martina. Cíle léčby. In NEVŠÍMAL, Petr. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. : Česká praxe*. 1. vyd. Praha : Lidové noviny, 2007. s. 317.
- 25) ROTGERS, Frederick, et al. *Léčba drogových závislostí*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1999. 264 s. ISBN 80-7169-836-9.
- 26) Safer Party [online]. 2008 [cit. 2009-08-04]. Dostupný z WWW: <<http://www.saferparty.cz/>>.
- 27) Sananim : Historie občanského sdružení SANANIM [online]. 2007 [cit. 2009-07-30]. Dostupný z WWW: <<http://www.sananim.cz/sananim/historie.html>>.
- 28) Střednědobá léčba [online]. 23.04. 2003 , 4. 10. 2005 [cit. 2009-07-21]. Dostupný z WWW:<http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/s/strednedoba_lecba>.
- 29) Úřad vlády České republiky. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007. [s.l.] : [s.n.], 2008. 135 s. Dostupný z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/content/download/74993/326184/file/Vyrocnizprava_o_stavu_ve_vecech_drog_v_CR_v_r_2007_www.pdf>.
- 30) Úřad vlády České republiky. *Národní strategie protidrogové politiky na období 2005-2009*. [s.l.] : [s.n.], 2005. 30 s. Dostupný z WWW: <<http://www.vlada.cz/scripts/detail.php?id=7114>>. ISBN 80-86734-39-0.

- 31) Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR : Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek (NRULISL) [online]. 2007 [cit. 2009-04-03]. Dostupný z WWW: <http://www.uzis.cz/info.php?article=367&mnu_id=7300>.
- 32) VODÁČKOVÁ, Daniela, et al. *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 544 s. ISBN 80-7178-696-9.
- 33) ZÁBRANSKÝ, Tomáš. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 86 s. ISBN 80-244-0709-4.
- 34) *Základní pojmy z oblasti primární drogové prevence - souhrn* [online]. 2003 [cit. 2009-04-01]. Dostupný z WWW :<http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/prevence/zakladni_pojmy_z_oblasti_primarni_drogove_prevence_souhrn>.
- 35) *Zaostřeno na drogy 3 : Výdejní automaty na harm reduction materiál*. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. roč. 7, květen-červen 2009 3- . 2009- . Dostupný z WWW: <www.drogy-info.cz>. ISSN 1214-1089.

8 Klíčová slova

Specifické služby

Dostupnost

Problémový uživatel

Rizikové chování

Harm reduction

9 Přílohy

Příloha č. 1 : Nízkoprahová zařízení v ČR v r. 2007

Příloha č. 2: Administrativní rozdělení okresu

Příloha č. 3: Pomocné podotázky

Příloha č. 4: Charakter podsouboru „K“

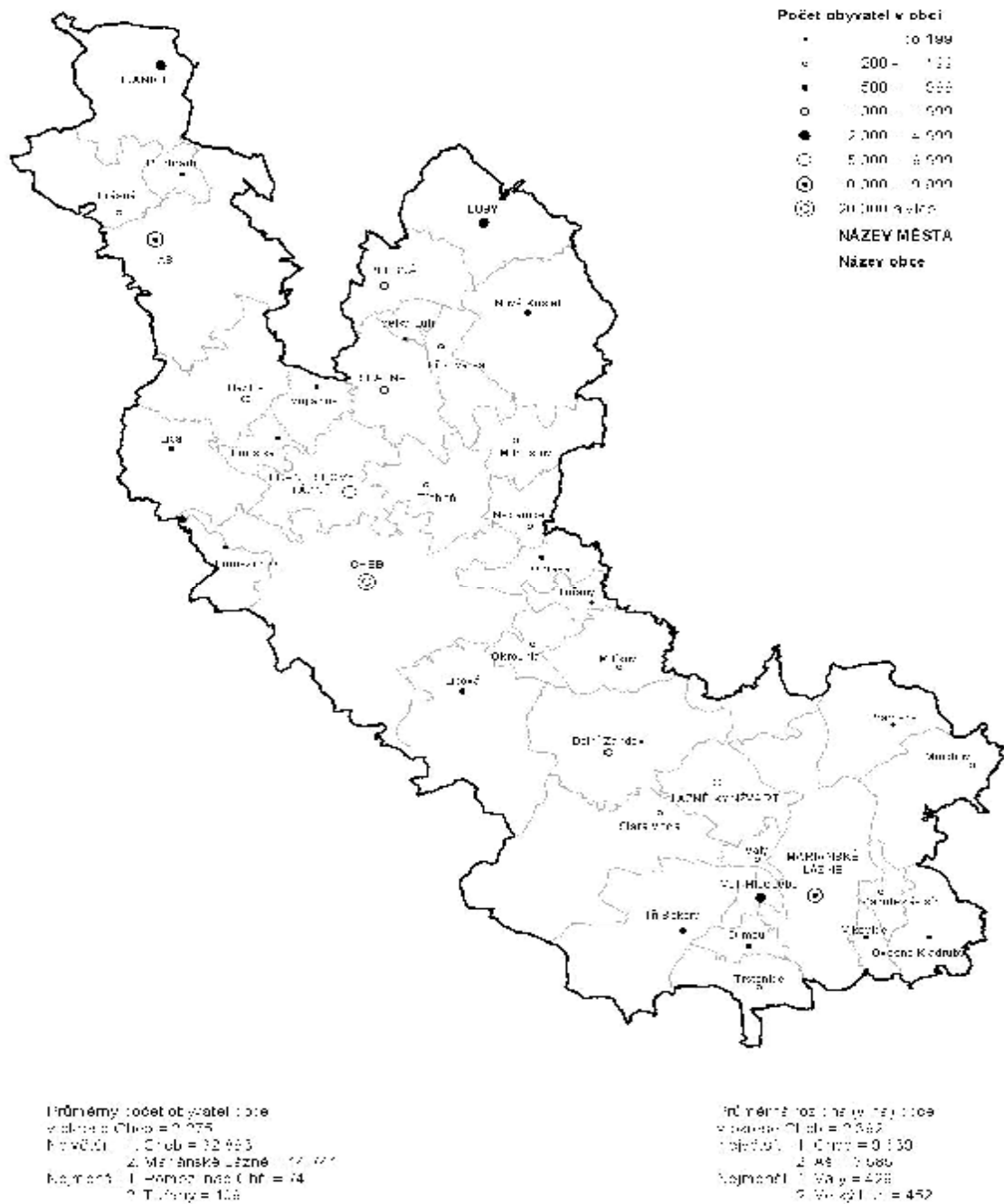
Příloha č. 5: Charakter podsouboru „T“

Příloha č. 6: Charakter podsouboru „N“

Příloha č. 7: Informovanost respondentů o specifických službách v návaznosti na jejich využívání

Příloha č. 2: Administrativní rozdělení okresu

ADMINISTRATIVNÍ ROZDĚLENÍ OKRESU - STAV K 1.3.2001



Zdroj: (1)

Příloha č. 3: Pomocné podotázky

I. Okruh: Co a jakým způsobem užíváte?

1. Jaký je váš věk?
2. Jaké užíváte návykové látky a jak dlouho?
3. Užíváte tyto látky nitrožilně?
4. Půjčujete si jehlu nebo jiné „nádobíčko“ se svým přítelem/přítečkyní nebo kamarády?
5. Informoval Vás někdo o rizicích takového chování?
6. Víte jak se těmto rizikům vyhnout?

II. Okruh: Víte o službách pro uživatele návykových látek, co o nich víte a jak jste se o nich dozvěděli?

7. Máte informace o výměnném programu?
8. Máte dostatek informací o nízkoprahových centrech? Podmínky přijetí, služby, které nízkoprahové centrum nabízí atd. . .
9. Byl/a jste někdy oslovena terénním pracovníkem/streetworkerem?
10. Pokud jste tohoto pracovníka vyhledal/a, kdo Vám ho doporučil, popř. kdo Vám na něj dal kontakt?
11. Máte dostatek informací o možnostech léčby?
12. Máte informace o podmínkách k nástupu do léčby?
13. Máte přehled o místech, kde léčbu nabízejí?
14. Máte informace o substituční terapii?

III. Okruh: Využíváte nabízené služby, a pokud jich využíváte, tak které konkrétně?

15. Využíváte služeb výměnného programu?
16. Pokud ano, kolikrát v týdnu tuto službu využijete?
17. Pokud jste nebyl/a osloven/a terénním pracovníkem/streetworkerem, vyhledal/a jste jeho službu sám/sama?

18. Jste s tímto pracovníkem v pravidelném kontaktu?
19. V čem Vám tento pracovník pomáhá?
20. Jste v kontaktu pouze se streetworkerem anebo také navštěvujete nízkoprahové zařízení?
21. Využil /a jste někdy služeb nízkoprahového zařízení? (Potravinový servis, hygienický servis, služby harm reduction – výměnný program, poradenství atd.)
22. Navštěvujete pravidelně kontaktní místnost v nízkoprahovém zařízení?
23. Pokud navštěvujete kontaktní místnost v nízkoprahovém zařízení, tak proč? Co Vám to přináší?
24. Už jste někdy podstoupil/a léčbu své závislosti?
25. Byl/a jste někdy v programu substituční terapie?

IV. Okruh: Pokud tyto služby nevyužíváte, tak z jakého důvodu?

26. Existují nějaká omezení, kvůli nimž nemůžete služby využívat častěji?
27. Pokud jste v kontaktu pouze se streetworkerem, tak z jakého důvodu nechcete nebo nemůžete využívat služeb nízkoprahového zařízení?
28. Vyhovuje Vám otevírací doba nízkoprahového zařízení?
29. Je nízkoprahové zařízení ve Vaší blízkosti?
30. Pokud není, je pro Vás možné ho navštívit? (Je myšlena možnost dojíždět)
31. Je pro Vás možné podmínky nástupu léčby splnit?
32. Jaké pro Vás bylo/je (popř. jaké by bylo) dodržovat podmínky pro substituční terapii (testy na drogy, alkoholové testy apod.)

V. Okruh: Jaké služby Vám chybí, potřebovali by jste je doplnit a proč?

33. Existuje nějaká služba, která Vám v tomto regionu chybí?
34. Pokud ano, jaká a proč?

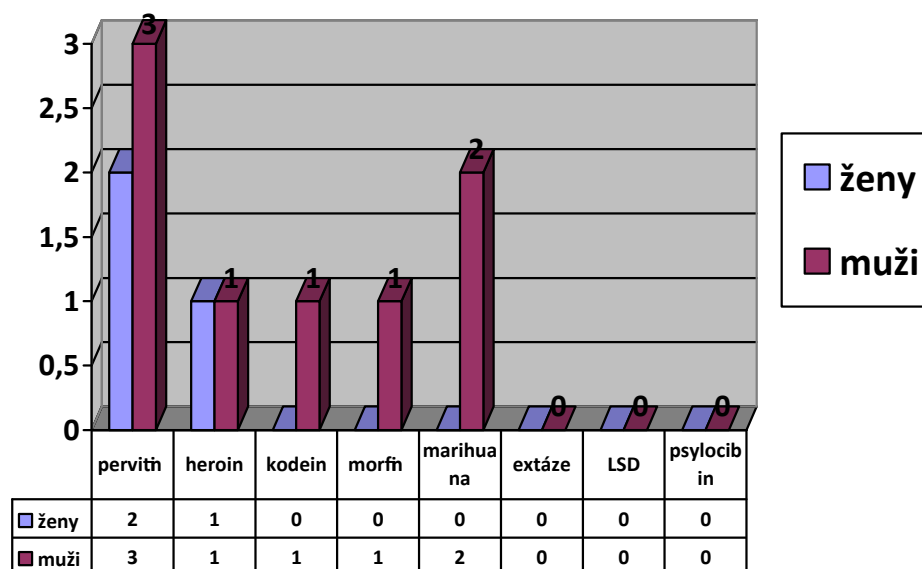
Přílohač. 4: Charakter podsouboru „K“

Tabulka č. 1: Bližší charakteristika výzkumného podsouboru „K“

Číslo respondenta	Pohlaví	Věk	Délka zneužívání primární drogy/ let	Primární droga	Způsob aplikace
K1	žena	27	11	pervitin, heroin	Intravenózní
K2	muž	26	12	pervitin	Intravenózní
K3	muž	40	6	pervitin	Intravenózní
K4	muž	23	2	pervitin	Intravenózní
K5	žena	27	3	-----	Neužívá
K6	muž	38	17	heroin, morfin, kodein	Intravenózní

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 1: Rozložení respondentů dle typu užívaných drog v návaznosti na zastoupení pohlaví v podsouboru „K“



Zdroj: Vlastní výzkum

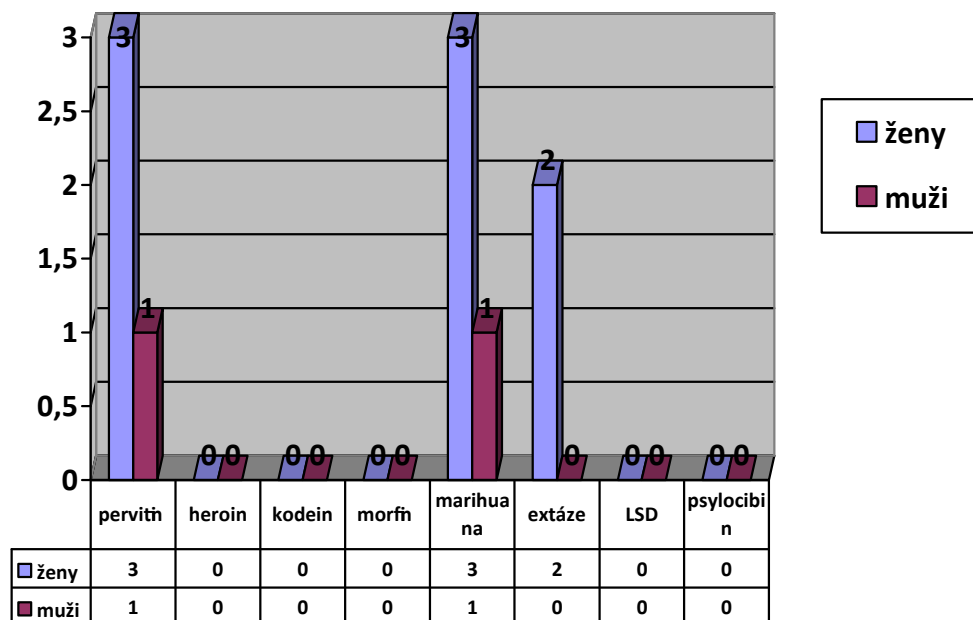
Příloha č. 5: Charakter podsouboru „T“

Tabulka č. 2: Bližší charakteristika výzkumného podsouboru „T“

Číslo respondenta	Pohlaví	Věk	Délka zneužívání primární drogy/ let	Primární droga	Způsob aplikace
T7	Žena	17	2	pervitin	Intravenózní
T8	Žena	17	2	pervitin	Intravenózní
T9	Žena	22	4	pervitin	Intravenózní
T10	muž	25	6	pervitin	Intravenózní

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 2: Rozložení respondentů dle typu užívané drogy v návaznosti na zastoupení pohlaví v podsouboru „T“



Zdroj: Vlastní výzkum

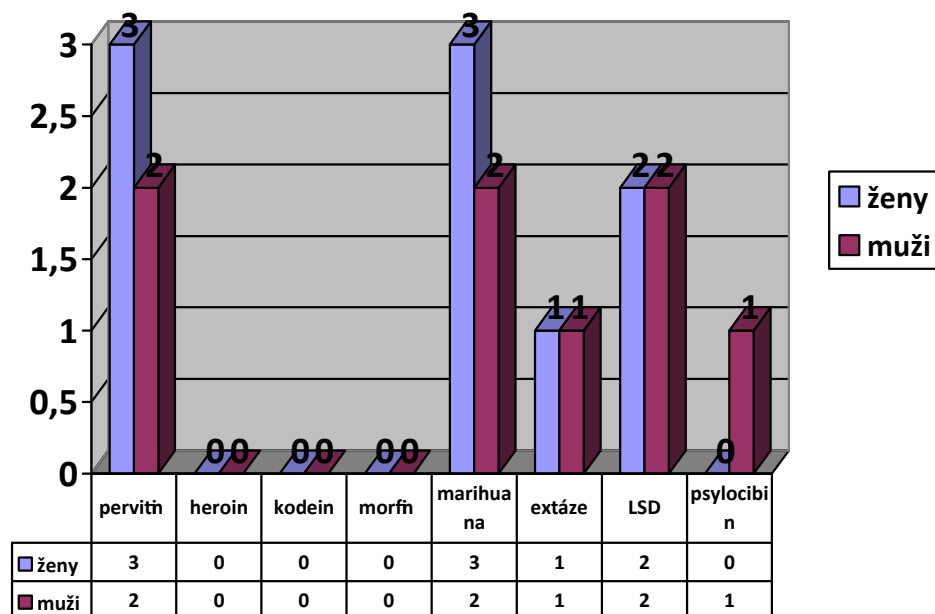
Příloha č. 6: Charakter podsouboru „N“

Tabulka č. 3: Bližší charakteristika výzkumného podsouboru „N“

Číslo respondenta	Pohlaví	Věk	Délka zneužívání primární drogy/let	Primární droga	Způsob aplikace
N11	Muž	23	5	pervitin	Intravenózní
N12	Žena	21	4	pervitin	Šňupání
N13	Žena	21	4	pervitin	Intravenózní
N14	Muž	18	3	pervitin	Intravenózní
N15	žena	22	2	pervitin	Šňupání

Zdroj: Vlastní výzkum

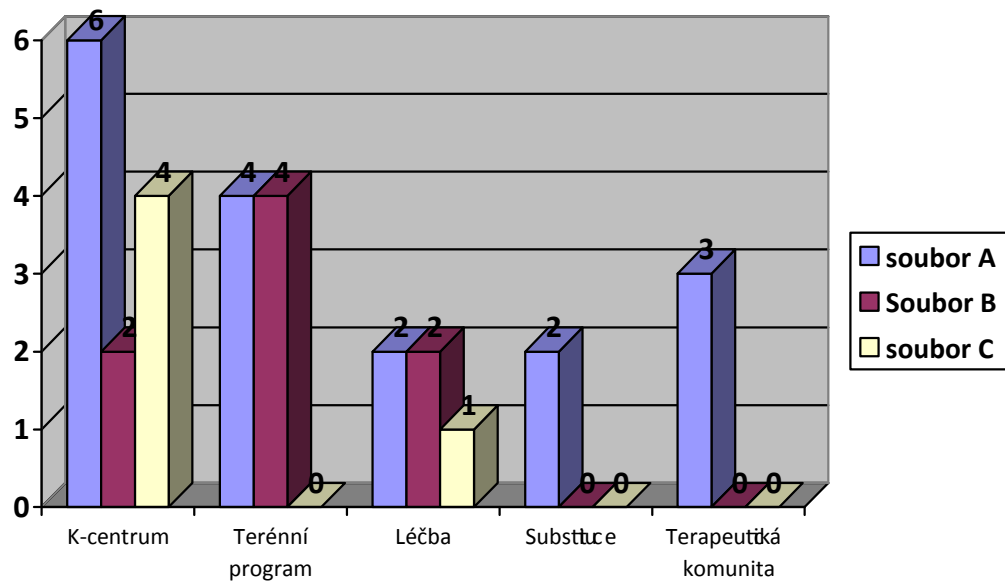
Graf č. 3: Rozložení respondentů dle typu užívané drogy v návaznosti na zastoupení pohlaví v podsouboru „N“



Zdroj: vlastní výzkum

Příloha č. 7

Graf 4.: Informovanost respondentů o specifických službách v návaznosti na jejich využívání



Zdroj: Vlastní výzkum