

UNIVERZITA KARLOVA

Husitská teologická fakulta

Sociální a charitativní práce

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Sociální práce s uživateli návykových látek

Social works with substance users

Vedoucí práce:

PhDr. Jiří Šedivý

Autor:

Natálie Šimsová

2024

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Sociální práce s uživateli návykových látek“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne: 11.12.2024

Natálie Šimsová

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat panu PhDr. Jiřímu Šedivému za vstřícný přístup a užitečné rady při vedení mé bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří věnovali svůj čas účasti na výzkumu.

Anotace

Bakalářské práce „Sociální práce s uživateli návykových látek“ se ve své teoretické části soustředí na charakteristiku a roli jednotlivých nízkoprahových služeb v systému péče o uživatele návykových látek, kontaktní práci, přístupy Public Health a Harm Reduction a zahraniční praxi aplikačních místností. Dále se bakalářská práce zaměřuje na charakteristiku a roli v systému péče jednotlivých služeb pro uživatele návykových látek, orientovaných na léčbu závislostí a na abstinenci. Praktická část zahrnuje poznatky z kvantitativního výzkumného šetření veřejnosti.

Klíčová slova

návykové látky - sociální práce - Harm Reduction - služby - závislost - léčba - abstinence

Anotation

The bachelor's thesis „Social works with substance users“ focused in its theoretical part on the characteristics and role of individual low-threshold services in the system of care for substance users, contact work, Public Health and Harm Reduction approaches and the foreign practice of drugs consumption rooms. Furthermore, the bachelor's thesis focused on the characteristics and role in the system of care of individual services for substance users, oriented towards the treatment of addiction and on abstinence.

Keywords

addictive substances - social work - Harm Reduction - services - addiction - treatment - abstinence

Obsah

Seznam zkratk.....	5
Úvod.....	7
1 Nízkoprahové služby pro uživatele návykových látek.....	9
1.1 Terénní programy.....	9
1.2 Nízkoprahová kontaktní centra.....	11
1.2.1 Kontaktní práce.....	12
1.2.2 Public Health a Harm Reduction.....	13
1.2.3 Aplikační místnosti – zahraniční praxe.....	15
2 Služby pro uživatele návykových látek zaměřené na léčbu závislosti a abstinenci.....	21
2.1 Lékařská ambulantní péče o závislé.....	21
2.2 Denní stacionáře.....	23
2.3 Detoxifikační jednotky.....	24
2.4 Střednědobá ústavní léčba.....	25
2.5 Terapeutické komunity.....	26
2.6 Následná péče a doléčovací programy.....	28
2.7 Substituční léčba.....	30
3 Praktická část.....	33
3.1 Cíle výzkumu.....	33
3.2 Metodika výzkumu.....	34
3.3 Popis výzkumného vzorku.....	34
3.4 Výsledky výzkumu a jejich analýza.....	35
Závěr.....	61
Seznam použité literatury.....	62
Seznam příloh:.....	64
Otázky použité v dotazníku:.....	65

Seznam zkratek

AT – Alkoholismus a toxikomanie

Úvod

Téma „Sociální práce s uživateli návykových látek“ jsem si pro svou bakalářskou práci zvolila hned z několika důvodů.

V rámci studia jsem mněla možnost absolvovat praxe v nízkoprahovém kontaktním centru a v terénním programu pro uživatele návykových látek. Z těchto dvou praxí jsem si odnesla nejen mnoho teoretických znalostí, ale hlavně praktické zkušenosti, jelikož mi bylo umožněno se v průběhu stáží aktivně zapojit do práce s klienty. Tato cílová skupina mě zaujala natolik, že bych se jí profesně chtěla i v budoucnu věnovat.

Dále také považuji téma užívání návykových látek za velice aktuální, ovšem značnou část veřejně dostupných a medializovaných informací hodnotím naopak jako velice neaktuální, často až zastaralé, plné předsudků a stigmatizace cílové skupiny uživatelů návykových látek, což ještě více ztěžuje efektivní předcházení problémům a řešení negativních dopadů na jedince i celou společnost.

Ze strany veřejnosti často slyším kritiku na služby pro uživatele návykových látek a obzvláště na ty, které vychází z principů Harm Reduction. Stále se ještě setkávám s názory, že se jedná o „podporu užívání návykových látek“, „zbytečně investované peníze“ a že pokud se bude uživatelům poskytovat nadále takováto pomoc, nebudou namotivováni k léčbě. Tyto služby ale průkazně nepomáhají pouze jejich klientele, ale i celé společnosti.

Ačkoliv se nedá popřít, že je vhodné umístění služeb pro uživatele návykových látek komplikované (například s ohledem na okolí jejich působení, jelikož se v blízkosti těchto služeb shromažďují klienti a v osobách pohybujících se v dané lokalitě to může vyvolávat opodstatněné i neopodstatněné obavy), tak by právě i lepší informovanost o problematice a o prospěšnosti těchto služeb mohla pomoci v podpoře budování lépe dostupné péče. Příkladem je hlavní město Praha, které se dlouhodobě potýká s nedostatečným množstvím kontaktních center v porovnání s množstvím uživatelů návykových látek.

V teoretické části si kladu za cíl popsat úlohu jednotlivých složek systému péče o uživatele návykových látek a jakou roli v nich mají sociální pracovníci a pracovníce.

První kapitola se zaměřuje na nízkoprahové služby pro uživatele návykových látek a na to, co to vlastně znamená, když je služba nízkoprahová. Jednotlivými službami jsou terénní programy a kontaktní centra. V této kapitole se věnuji i kontaktní práci, která je jednou z hlavních činností zmíněných nízkoprahových služeb, přístupům Public Health a Harm reduction, jejichž principy jsou s nízkoprahovými službami nedílně spojené a na závěr Aplikačním místnostem. Aplikační místnosti u nás v systému péče stále chybí. Proto se tato podkapitola zabývá praxí ze zahraničí a dostupnými důkazy o efektivitě jejich činnosti.

Druhá kapitola se věnuje službám pro uživatele návykových látek zaměřeným na léčbu závislostí a abstinenci. Do těchto služeb patří lékařská ambulantní péče o závislé, denní stacionáře, detoxifikační jednotky, střednědobá ústavní léčba, terapeutické komunity, následná péče a doléčovací programy a substituční léčba.

Praktická část zahrnuje poznatky z dotazníkového šetření veřejnosti. Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, do jaké míry jsou respondenti obeznámeni o existenci jednotlivých složek systému péče o uživatele návykových látek. Dále výzkum zahrnuje i několik vedlejších cílů.

1 Nízkoprahové služby pro uživatele návykových látek

Nízkoprahové sociální služby a zařízení, jsou klientům dostupné bez nutnosti předchozího objednání. Pokud klienti nechtějí, nemusí udávat ani vlastní totožnost.¹ Dále se nízkoprahové služby vyznačují dostupností časovou (jsou k dispozici tehdy, když to klienti nejvíce potřebují) i místní (vyskytují se v přirozeném prostředí klientů) a finanční dosažitelností (služby jsou poskytovány zdarma nebo za symbolickou částku).²

V nízkoprahových službách nejsou na klienty kladeny předběžné, mnohdy pro ně nesplnitelné požadavky (například aktuální abstinence).

„V praxi to znamená, že nízkoprahové služby pracují s klientem tam, kde právě je, v tom stavu, v jakém je, a za podmínek, na nichž se s ním dohodnou podle jeho potřeb. Proto jsou služby vybudované na těchto principech pozitivně přijímány“ HR-DINA (2003, s.265).³

1.1 Terénní programy

Terénní práce (streetwork), je forma sociální služby poskytována přímo na ulici.⁴ Práce je vykonávána tedy v přirozeném prostředí klientů.⁵ Pro klienta bývá často vůbec první službou, se kterou se setkává.

Cílovou populaci terénních programů tvoří převážně klientela obtížně dosažitelná (tzv. skrytá populace). Do „skryté populace“ mohou patřit většinou mladí lidé v počátcích experimentů s návykovými látkami (tzv. experimentátoři)⁶, „rekreační“ neboli „víkendoví“ uživatelé, kteří nejsou na drogách závislí, neužívají je denně, ale

¹ MATOUŠEK, O., *Slovník sociální práce*. Portál, 2003, ISBN 80-7178-549-0.

² KLÍMA, P., *Kontaktní práce*. Česká asociace streetwork, 2009, ISBN 978-80-254-4001-8.

³ KALINA, K., *Drogy a drogové závislosti 1*. Úřad vlády ČR, 2003, ISBN 80-86734-05-6.

⁴ KALINA, K., *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády ČR, 2003, ISBN 80-86734-05-6.

⁵ Darmoděj, o.s., *Manuál pro pracovníky v sociálních službách pracující s osobami závislými na návykových látkách a s návykovým jednáním*. Jeseník, 2013, ISBN nevedeno.

⁶ KALINA, K., *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády ČR, 2003, ISBN 80-86734-05-6.

jejich užívání je relativně pravidelné⁷, „děti ulice“ (nacházejí přechodné zázemí na drogových bytech), pravidelní uživatelé drog, jejichž sociální či zdravotní situace není ještě motivací ke kontaktu s pomáhající institucí, ale i uživatelé drog v rozvinutém stupni závislosti, kteří často nejsou sami schopni služby vyhledat a využít.

Terénní práce vychází z principů Public Health (ochrana zdraví veřejnosti) a pragmatického přístupu Harm Reduction. Pragmatický přístup umožňuje i práci s klienty, kteří se neztotožňují s cílem abstinence. Úplně základním principem je nízkoprahový přístup. Ten zajišťuje maximální možnou dostupnost nabízených služeb.

Některé terénní programy využívají současných i bývalých členů cílové skupiny jako dobrovolníků nebo placených pracovníků, či externích pracovníků.

Cílem terénních programů je minimalizovat negativní důsledky užívání návykových látek nejen pro samotné uživatele, ale i pro celou společnost, čehož se snaží dosáhnout nabízenými službami. Jedná se o výměnu injekčního materiálu, jejíž součástí je i motivace klientů k bezpečné likvidaci použitého injekčního náčiní. Navíc právě výměnný program bývá často pomocným nástrojem pro navázání kontaktu s klientem.⁸ Dále poskytují informace například o účincích drog, infekčních chorobách, poradenství, krizovou intervenci, vitaminový servis, základní zdravotní ošetření a další.⁹ Součástí terénní práce je i monitoring drogové scény a sběr dat.¹⁰

I přesto, že je terénní práce jednoznačně prospěšná, tak je na ní a na samotné principy Harm Reduction částí společnosti neprávem pohlíženo jako na podporu užívání návykových látek.¹¹

Pro efektivitu práce je důležitá i návaznost v systému péče. Terénní služby by měly být v kontaktu s dalšími nízkoprahovými zařízeními, jako jsou například

⁷ BEDNÁŘOVÁ, Z. a PELECH, L., *Slabikář sociální práce na ulici*. Doplněk, 2003, ISBN 80-7239-148-8.

⁸ KALINA, K., *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády ČR, 2003, ISBN 80-86734-05.

⁹ NEDĚLNÍKOVÁ, D. e. a., *Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2006, ISBN neuvedeno.

¹⁰ KALINA, K., *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády ČR, 2003, ISBN 80-86734-05.

¹¹ NEDĚLNÍKOVÁ, D. e. a., *Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2006, ISBN neuvedeno.

kontaktní centra, ale je potřeba mít vybudovanou i širokou síť dalších odborníků, kteří jsou schopni řešit specifické problémy klientů. Jedná se o gynekology, chirurgy a další.

Terénní služby musí pružně reagovat na změny ve vývoji drogové scény.¹²

1.2 Nízkoprahová kontaktní centra

Nízkoprahovým kontaktním centřům se říká také K-centra, hovorově „Káčka“.

Hlavním cílem jejich činnosti je snižování zdravotních a sociálních rizik uživatelů nealkoholových návykových látek.¹³ Konkrétně jde o kontaktní práci, výměnný program, základní zdravotní péči, základní poradenství, krizovou intervenci, práci s rodinnou či partnery klientů, strukturované poradenství a motivační trénink, sociální práci a doplňkové služby (například hygienický, potravinový a vitaminový servis).¹⁴

Klient se na kontaktní centrum může obrátit bez doporučení, anonymně a kdykoliv v době, kdy je zařízení otevřené.¹⁵ Umožněním anonymního kontaktu se odbourává stigmatizace plynoucí z návštěvy odborné instituce. Nabízené služby reflektují poptávku klientů a mění se v závislosti na vývoji drogové scény.

Abstinence není podmínkou pro možnost využívání kontaktních center¹⁶ (avšak mezi pravidla patří zákaz manipulace s drogami v zařízení).¹⁷ Důležitý je princip respektu volby klienta.

Hlavní klientelu k-center tvoří závislí a problémoví uživatelé drog.

Pracovní tým zařízení by měl být sestavený tak, aby byly zastoupeny profese, kvalifikace a dovednosti odpovídající různorodé skladbě programu a zároveň aby byl flexibilní a schopný dostát nárokům nízkoprahové práce.

¹²KALINA, K., *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády ČR, 2003, ISBN 80-86734-05.

¹³BEDNÁŘOVÁ, Z. a PELECH, L., *Slabikář sociální práce na ulici*. Doplněk, 2003, ISBN 80-7239-148-8.

¹⁴KALINA, K., *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády ČR, 2003, ISBN 80-86734-05.

¹⁵MATOUŠEK, O., *Slovník sociální práce*. Portál, 2003, ISBN 80-7178-549-0.

¹⁶KALINA, K., *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády ČR, 2003, ISBN 80-86734-05.

¹⁷MATOUŠEK, O., *Slovník sociální práce*. Portál, 2003, ISBN 80-7178-549-0.

Kontaktní centra jsou vázána povinnostmi předávat údaje hygienickým stanicím, spolupracují s praktickými lékaři, s ambulantními psychiatry, s detoxifikačními programy, s terapeutickými komunitami, se stacionáři, s právními poradnami, s probační a mediační službou a se zařízeními sociální péče.

K problematickému vnímání kontaktních pracovníků ze strany veřejnosti se LIBRA (2003, s.170) vyjadřuje výrokem: „Veřejnost má místy sklony považovat kontaktní pracovníky za skryté podporovatele neodpovědných „feťáků“, kteří nepřípadně matou své klienty či utrácejí peníze z daní „řádných občanů“. Proto jsou nutná opakovaná „mission statement“ – tedy prohlášení o cílech a postojích organizace – ve věci postoje k závislostem, aktivní politika. Cílem je jasně sdělit, že principiální nesouhlas s podporou návykového chování se nerovná diskriminaci a ostrakizaci jakýchkoliv sociálních skupin a jejich vyloučení ze služeb. Že množství lidí zneužívajících návykové látky jsou řádnými a úspěšnými (prospěšnými) členy společnosti. Že profesionálním přístupem je zaujímat postoje a vytvářet programy na základě racionální analýzy a ověřování efektivity. Domnívám se, že na místě je i požadovat odpovídající společenské ocenění této nelehké práce, dobrá práce se totiž nechválí sama.“¹⁸

1.2.1 Kontaktní práce

KLÍMA (2009, s.127) ve své knize označuje kontaktní práci za „specifický přístup v pomáhajících profesích akcentujících zaměření na člověka jako celistvou bytost“.¹⁹

Kontaktní práce vznikla na počátku 90. let minulého století jako výsledek snahy vykonávat sociální práci mimo působení státem provozovaných institucí (úřadů a ústavů).²⁰

Kontaktní práce je jednou z hlavních činností v nízkoprahových sociálních službách pro uživatele návykových látek. Probíhá jak v nízkoprahových kontaktních centrech, tak i přímo v terénu. Primárním účelem kontaktní práce je navázání kontaktu s klientem a komunikace, která je založena na principech otevřenosti a důvěry.

¹⁸ KALINA, K., *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády ČR, 2003, ISBN 80-86734-05.

¹⁹ KLÍMA, P., *Kontaktní práce*. Česká asociace streetwork, 2009, ISBN 978-80-254-4001-8.

²⁰ KAISEROVÁ, I., DROBIL, O., KUTÁLKOVÁ, P., MATOUŠEK, P., VAŠAT, J., *Kontaktní práce v teorii i praxi*. MAKAI atelier, s.r.o., 2022, ISBN 978-80-11-01945-7.

Taková komunikace má za cíl vybudovat si u klientů důvěru v zařízení nebo program a v odbornou pomoc obecně. Součástí kontaktní práce je i poučení klientů o účincích drog, rizicích spojených s užíváním návykových látek a závislostí, o bezpečnějších metodách aplikace drog, hygieně, bezpečném sexu a podobně. Navázaného kontaktu může pracovník využít k motivaci ke změnám v rizikovém chování výměnnou injekčního materiálu, odkázáním na odborné zařízení a tak dále. I když je kontaktní poradenství často nesystematické a může být i jednorázové, má u konkrétních klientů význam v definování určitého problému (zdravotního, psychologického, sociálního, právního). Pomáhá s navržením možností řešení a odkazuje ke zdrojům odborné pomoci.

1.2.2 Public Health a Harm Reduction

Přístup Public Health (veřejné zdraví) se zaměřuje na ochranu a podporu zdraví celé společnosti. V oblasti užívání návykových látek se soustředí konkrétně na prevenci šíření nemocí (HIV, hepatitidy typu B a C) nesterilním intravenózním užíváním drog a nechráněným pohlavním stykem.²¹ Pro zlepšení situace je nezbytné pochopení a snaha o řešení širších sociálních a ekonomických faktorů, které přispívají k užívání návykových látek, jako jsou chudoba, psychické problémy a nedostatečná vzdělanost. Tento holistický přístup vůči problematice cílí k podpoře zdravého chování a snižování rizikových faktorů spojených s užíváním drog.²²

Harm Reduction (v překladu „snižování škod“ nebo také „snižování rizik“) je přístup vycházející z oblasti Public Health. Vznikl jako reakce na vysoký nárůst šíření viru HIV v 80. letech minulého století. Příchod tohoto přístupu vyvolal v části společnosti značný nesouhlas s jeho realizací.

Harm Reduction je přístup charakteristický pragmatičností. Z historické zkušenosti není absolutní eliminace návykových látek a jejich užívání možná. Místo toho se tedy Harm Reduction snaží s užíváním drog pracovat tak, aby byly negativní důsledky co nejvíce omezeny. Snaží se hledat rovnováhu mezi zájmy klienta a zájmy

²¹ KALINA, K. a kol., *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Úřad vlády ČR, 2001, ISBN 80-238-8014-4.

²² SIMOENS, S., SABBE, B., De MAESENEER, J., & ANNEMANS, L. (2021). *A comprehensive approach to understanding substance use disorder and recovery: Former patients' experiences and reflections on the recovery process four years after discharge from SUD treatment*. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*. <https://doi.org/10.1007/s40737-021-00233-9>

celé společnosti. Intervence jsou plánovány na základě reálných potřeb, aby byly co nejefektivnější. To v praxi znamená, že jsou potřeby zjišťovány komunikací přímo s uživateli návykových látek i s odborníky. Dalším z hlavních principů Harm reduction je uplatňování nízkoprahového přístupu. Tradiční zařízení požadují rozhodnutí k abstinenci jako podmínku přijetí do služby a její dodržování jako podmínku absolvování léčby. Takové služby se označují za „vysokoprahové“ a kladou na klienty tedy vysoké, pro některé z nich z nich v danou chvíli nesplnitelné nároky. Z toho přímo vyplývá, že pro část klientely jsou takové služby prakticky nedosažitelné.²³

V praxi nízkoprahových služeb zahrnuje výkon Harm reduction základní zdravotní ošetření, řešení akutní intoxikace, hygienický servis, potravinový servis, distribuci Harm reduction materiálu, vrstevnickou (peer) distribuci Harm reduction materiálu a různé Harm reduction intervence, které jsou obvykle součástí i dalších služeb (například poradenských).

Distribuce Harm reduction materiálu se týká především výměnného programu aplikačních pomůcek (jehly, stříkačky). Zahrnuje výdej čistého i příjem použitého injekčního materiálu. Součástí je i nabídka dalšího vybavení pro bezpečnější aplikaci (například desinfekční materiál, bavlněné filtry, voda určená pro injekční aplikaci, alobal, náplastí a další) a poučení o bezpečné likvidaci použitého materiálu. Vydávány jsou i pomůcky pro bezpečnější pohlavní styk (prezervativy, lubrikační gely, menstruační houbičky a podobně). Výdej i příjem materiálu musí být evidován.

Díky hygienickému servisu mají klienti možnost využít sprchy v zařízení, praní a sušení prádla, stříhání vlasů a vousů, poskytnutí oblečení, menstruačních hygienických pomůcek a holítek.

Poskytnutí první pomoci při akutní intoxikaci zahrnuje kontrolu životních funkcí, zajištění podmínek pro zklidnění se, odvedení pozornosti od negativních podnětů, podání nalaxonu, informační servis, poradenství a stabilizaci klienta.

Vrstevnická (peer) distribuce Harm reduction materiálu realizuje výměnný program prostřednictvím osob užívajících návykové látky. Tyto osoby se totiž pohybují na poli drogové scény, která zůstává mimo dosah služeb terénních programů a

²³ KALINA, K., *Drogy a drogové závislosti 1*. Úřad vlády ČR, 2003, ISBN 80-86734-05-6.

K-center. Služby s peer pracovníky udržují pravidelný kontakt, který kromě poskytování potřebného materiálu zahrnuje i získávání informací o klientele. Nedílnou součástí je i systematické vzdělávání těchto pracovníků.

Do základního zdravotního ošetření spadají ošetření různých zánětů, bércových vředů, řezných ran, popálenin a tak dále. Ošetření je vykonáno pouze s pomocí volně prodejného zdravotního materiálu. Patří sem i poskytnutí první pomoci a přivolání rychlé záchranné služby. Pracovníci by se měli snažit klienta motivovat k využití odborné lékařské pomoci.²⁴

Podle nejnovějšího vydání „Global State of Harm reduction“ z roku 2023 poskytuje celosvětově 109 zemí služby Harm Reduction. Výzvou zůstává šíření HIV a virových hepatitid. Aby bylo možné na tuto výzvu lépe reagovat, musí mít služby Harm Reduction dostatek zdrojů.

Represivní zákony mají negativní dopad na poskytování těchto služeb. Snížení trestních postihů spojených s drogami a zajištění práv kriminalizovaného obyvatelstva by mělo mít pozitivní dopad na dostupnost služeb. Zdraví, spravedlnost a lidská práva zůstávají i nadále hůře dostupné pro zranitelné skupiny obyvatel. Stigma a diskriminace celosvětově brání rovnému přístupu uživatelů návykových látek k potřebné péči.²⁵

1.2.3 Aplikační místnosti – zahraniční praxe

Aplikační místnosti jsou zařízení učená pro supervidovanou aplikaci nelegálních návykových látek pod dohledem odborně vyškoleného personálu.

Tato zařízení mají v některých státech Evropy tradici již po desetiletí.

Epidemie výskytu a šíření viru HIV spojené s vysokým počtem uživatelů heroínu a injekční aplikací návykových látek v 80. letech minulého století byly impulzem pro postupný rozvoj škály opatření, cílících na minimalizaci negativních dopadů v Evropě. Kromě již existujících terénních služeb, peer edukace, podpory zdraví,

²⁴ Vláda České republiky. (2023). *Seznam a definice výkonů: metodika revize 2-3*. https://vlada.gov.cz/assets/ppov/zavislosti/vyrocnizpravy/Seznam-a-definice-vykonu_metodika_revize-2-3_zari-2023_v02.pdf

²⁵Harm Reduction International. *Global Overview 2023*. https://hri.global/wp-content/uploads/2023/11/HRI_global-overview_2023_FINAL.pdf.

výměnného programu a substituční léčby se v 90. letech dále rozvíjela představa o možnosti zavedení vyhrazených míst pro uživatele drog, kde by si lidé mohli návykové látky aplikovat pod dohledem. I přesto, že si v Evropě postupně politika Harm Reduction získala mnoho příznivců, představa takových zařízení budila dojem příliš kontroverzního řešení a obavy, že by zavedení mohlo společnost nabádat k užívání drog, oddalování doby zahájení léčby, zhoršit problémy související s drogovými trhy a tak dále.

Realizace aplikačních místností byla ale i přes to v některých zemích zahájena, jako reakce na stále se zhoršující zdravotní situaci a narušování veřejného pořádku, související s otevřenou drogovou scénou a distribucí drog ve městech, kde již sice byla vybudována síť služeb pro uživatele návykových látek, ale nedařilo se jejich prostřednictvím situaci řešit.

První aplikační místnost byla otevřena ve švýcarském Bernu roku 1986. V následujících letech se přidalo Německo, Nizozemsko, Španělsko, Norsko, Lucembursko, Dánsko a Řecko.

Aplikační místnosti se většinou umísťují do lokalit, kde dochází k častému užívání drog na veřejnosti. Cílí hlavně na uživatele návykových látek, kteří nemají možnost dodržování hygieny při nitrožilní aplikaci (jedná se například o osoby bez přístřeší). Důvody pro využití služby mohou být ale různé. Například využití z důvodu skrytí užívání drog před ostatními členy společné domácnosti.²⁶

Aplikační místnosti si kladou za cíle své působnosti pozitivní vliv na oblast ochrany zdraví a veřejného pořádku a bezpečnosti. Konkrétněji snížení veřejného pohoršení z pohozeného injekčního materiálu ve veřejném prostranství, injekční aplikace návykových látek na veřejnosti, pouličního prodeje drog, snahu o minimalizaci předávkování (fatálních i nefatálních), snížení nákazy infekčními onemocněními přenosnými krví, zlepšení přístupnosti zdravotních, léčebných a dalších služeb.

²⁶ Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost. *Zaostřeno na drogy: 04/15 Aplikační místnosti: Přehled informací o intervenci a jejích výsledcích*. Úřad vlády České republiky, 2015, ISSN 2788-2594. Dostupné z: [04/15 Aplikační místnosti: Přehled informací o intervenci a jejích výsledcích - drogy-info.cz](https://drogy-info.cz)

Pro dosažení co nejvyšší efektivity musí být služby v kontaktu s velkým procentem osob z dané cílové skupiny.²⁷

Většina aplikačních místností je součástí nějakého nízkoprahového zařízení. Aplikace drogy pod profesionálním dohledem není tedy ve valné většině jedinou nabízenou službou. Mezi další výkony patří poskytnutí stravy, možnosti použití sprchy, vydání čistého ošacení, distribuce preventivního materiálu (například kondomů). Zařízení vydávají také příruční kontejnery na použitý injekční materiál. Klienti mohou využít i poradenských služeb.

Samostatné specializované aplikační místnosti poskytují omezenější množství služeb. Jedná se pouze o služby úzce související s aplikací pod odborným dohledem, tudíž distribuce injekčního materiálu, poradenství související se zdravotním stavem a bezpečnějším užíváním drog, krizovou intervencí a prostory, kde mohou klienti zůstat pod dohledem po aplikaci návykové látky. Mobilní služby (existující například v Barceloně a Berlíně) jsou sice geograficky flexibilnější, ale mají obvykle nižší návštěvnost, než kamenná zařízení.

U prvních aplikačních místností otevřených ve Švýcarsku, Německu a Nizozemí byla důsledně orgány zodpovědnými za oblast veřejného zdraví a policií kontrolována efektivita. Vyhodnocovalo se srovnání situace před a po otevření aplikačních zařízení a výstupy byly předávány zodpovědným činitelům na místní i celostátní úrovni.

Nejrůznější výzkumy a studie ukázaly přínosy těchto služeb. Byla prokázána nižší míra rizikového chování při injekční aplikaci drog v souvislosti s využíváním aplikačních místností (například omezení sdílení aplikačního náčiní), což snižuje míru chování, jež by zvyšovalo šanci přenosu chorob (avšak přesná data snížení výskytu viru HIV a hepatitidy typu C v souvislosti s aplikačními místnostmi jsou těžko dokazatelná z důvodu omezeného pokrytí cílové skupiny a také proto, že je obtížné oddělit výsledky efektivity aplikačních místností od výsledků efektivity ostatních služeb a zařízení z oblasti péče o uživatele drog).

²⁷ JANÍKOVÁ, Barbara. *Aplikační místnosti*. Zaostřeno na drogy [online]. 2011. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/zaostreno-na-drogy/2011-zaostreno-na-drogy/01-11-aplikacni-mistnosti/>

Některé studie naznačují, že při dostatečném pokrytí mohou aplikační místnosti pomáhat snižovat drogová úmrtí v rámci jednotlivých měst. Studie realizované v Sydney ukázaly, že v době provozní doby aplikačních místností byl zaznamenán nižší počet výjezdů rychlé záchranné služby v souvislosti s případy předávkování drog.

Využívání aplikačních místností má rovněž vliv na vyšší míru podstoupení detoxifikace a léčby drogové závislosti (včetně substituční léčby). Například jedna studie realizovaná v Kanadě zjistila souvislost navštěvování zařízení pro aplikaci ve Vancouveru s vyšším počtem klientů navštěvujících střediska adiktologické léčby, vyšší využívaností detoxifikačních jednotek a metadonové terapie.

Evaluační studie ukázaly pozitivní vliv na komunity, ve kterých se aplikační zařízení nacházejí. Existence těchto zařízení je spojována s úbytkem případů veřejné intravenózní aplikace drog a menším množstvím volně pohozených injekčních stříkaček. Například v Barceloně byl zaznamenán čtyřnásobný pokles počtu odhozených stříkaček po zavedení aplikačních zařízení. V roce 2004 jich bylo nalezeno průměrně 13 000 měsíčně, zatímco v roce 2012 průměrně 3 000.

V Sydney zkoumali vliv aplikačních místností na drogově motivovanou majetkovou a násilnou kriminalitu v okolí působení těchto zařízení, prostřednictvím analýzy časové řady policií evidovaných případů krádeží a loupeží. Nebyl zaznamenán ani pokles, ani nárůst.

Stejně tak nebyl zaznamenán ani markantní nárůst obvinění z distribuce drog, krádeží a napadení a dalších trestných činů spojených s užíváním drog. Tento výzkum byl realizován ve Vancouverské čtvrti Downtown Eastside, rok před a rok po uvedení lokální aplikační místnosti do provozu.

Ve Švýcarsku a Španělsku dokonce uzavřeli některé aplikační místnosti primárně z důvodu snížení četnosti nitrožilní aplikace heroínu a tudíž snížení potřeby takových služeb.

V oblastech, které zaevidovaly nárůst užívání drog inhalací (kouření cracku, kokainu a podobně) se nabízené služby (původně zaměřené jen na injekční aplikaci) rozšířily i na supervidovanou inhalaci.

Z výše uvedených informací lze tedy souhrnně říci, že působení aplikačních místností má pozitivní dopady na bezpečnější a hygieničtější užívání návykových látek (zejména u klientů, kteří navštěvují zařízení dlouhodobě a pravidelně), na lepší přístupnost ke zdravotním a sociálním službám, na omezení veřejného užívání drog a problémů s tím spojených. Zároveň dle výše zmíněných informací nebylo prokázáno, že by existence zařízení pro bezpečnější injekční aplikaci vedla k nárůstu užívání návykových látek nebo ke zvýšení frekvence intravenózní aplikace drog. Služby nemají za následek ani oddalování zahájení léčby, naopak spíše přispívají k jejímu zahájení. Také nemají negativní vliv na četnost drogové kriminality v okolí zařízení.

Prostřednictvím aplikačních místností lze navázat a udržovat kontakt s těžko dosažitelnou klientelou problémových uživatelů nelegálních návykových látek, kteří nejsou připraveni s užíváním přestat nebo nemají o abstinenci ani osobní zájem. V řadě evropských zemí jsou tyto služby nedílnou součástí nízkoprahových zařízení a služeb v rámci systému adiktologické péče.

Aplikační zařízení společně s dalšími nízkoprahovými službami mají také jako první příležitost k bližšímu poznání nových vzorců užívání nelegálních návykových látek a hrají tak velkou roli při včasné identifikaci aktuálních a vznikajících trendů drogové scény, jelikož jsou v blízkém kontaktu s nejrizikovějšími příslušníky dané cílové skupiny.²⁸

Co se týká zavedení aplikačních místností v České republice, existuje několik překážek. Pro možnost zavedení těchto zařízení by se musely provést změny v existujících zákonech nebo by se musela vytvořit pro tyto služby specifická výjimka.

Zároveň jsou překážkou obavy společnosti, etická dilemata a lokalizační bariéry, jelikož málo místních samospráv vidí důležitost a možnou přínosnost takového typu zařízení a ve většině případů by nejspíše ani nebylo povoleno aplikační místnosti otevřít.

²⁸ Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost. *Zaostřeno na drogy: 04/15 Aplikační místnosti: Přehled informací o intervenci a jejích výsledcích*. Úřad vlády České republiky, 2015, ISSN 2788-2594. Dostupné z: [04/15 Aplikační místnosti: Přehled informací o intervenci a jejích výsledcích - drogy-info.cz](http://drogy-info.cz)

I přes všechny výše popsané překážky byl u nás v České republice (přesněji v Brně), spuštěn pilotní projekt, v rámci kterého je ve městě k dispozici aplikační sanitka. Službu provozuje společnost Podané ruce.²⁹

²⁹ ZEMANOVÁ, M. *Legalizace aplikačních místností v ČR jako součást prevence drogové trestné činnosti [online]*. Hradec Králové, 2024 [cit. 2024-08-01]. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta. JUDr. Miroslav Antl. Dostupné z: [STAG101724.pdf \(theses.cz\)](#).

2 Služby pro uživatele návykových látek zaměřené na léčbu závislosti a abstinenci

2.1 Lékařská ambulantní péče o závislé

Odborná lékařská ambulantní péče je určena osobám, které mají ve spojitosti s užíváním návykových látek problémy jak zdravotní, tak sociální.³⁰ Do ambulantních zařízení docházejí klienti pouze na vymezený čas, bez možnosti přenocování.³¹

Zařízení tohoto typu by měl řídit kvalifikovaný lékař s praxí v oboru a pokud možno i s atestací z oboru AT. Terapeutický tým by se měl skládat v ideálním případě z vedoucího lékaře, sekundárního lékaře, klinického psychologa, zdravotních sester, sociálního pracovníka a administrativního pracovníka.

Ordinace AT je v provozu po celou pracovní dobu. O víkendech i svátcích dle potřeby (například kvůli realizaci metadonového programu).

Cílovou populací ambulantní péče o závislé jsou všechny potřebné osoby bez omezení věku, pohlaví, vzdělání či zaměstnání. Mezi klientelu mohou patřit například i žáci základních a středních škol, vysokoškoláci, pracující i nezaměstnaní a osoby v důchodovém věku či pobírající invalidní důchod.

Přístup do ordinace AT nemají pouze klienti s rozvinutou závislostí na návykových látkách, ale i experimentátoři, víkendoví uživatelé bez závislosti a problémoví uživatelé. Klient nemusí být ani sám z vlastní vůle motivovaný k léčbě a abstinenci. Mezi klientelu patří například i osoby, kterým byla léčba nařízena soudem. Ordinaci AT mohou navštívit také blízcí osoby, která má problém s užíváním návykových látek. Mezi cílovou populaci dále patří i gambleři, u kterých je patologické hráčství spojeno s užíváním návykových látek.

Klienti, kteří by se obávali stigmatizace plynoucí z návštěvy ordinace AT (například „označkování“ nálepkou „alkoholika“ či „toxikomana“) mohou požádat o

³⁰ KALINA, K., *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády ČR, 2003, ISBN 80-86734-05.

³¹ MÁTEL, A., *Teorie sociální práce I*. Grada, 2019, ISBN 978-80-271-2220-2.

anonymní vyšetření a ošetření a budou nadále vedeni pod heslem nebo jménem, které si sami určí.

Ordinace AT se zabývají širokým spektrem návykových látek. Patří sem alkohol, tabák, léky, inhalační drogy a všechny ilegální návykové látky.

Každý nový klient je komplexně vyšetřen lékařem. Vyšetření se týká jak somatického, tak i psychického stavu klienta. Nedílnou součástí vyšetření je anamnéza, skládající se ze dvou částí (objektivní a subjektivní). Informace objektivní anamnézy uvádí doprovázející osoba, partner, rodič, škola.

Dále klient podstoupí klinické vyšetření, které se týká osobnosti, somatického a psychického stavu. Charakteristické prvky osobnosti stanovuje klinický psycholog, ostatní vyšetření provádí lékař. Orientační psychiatrické vyšetření se zabývá převážně aktuálním stavem pacienta, jeho stavy pod vlivem návykové látky, psychickým stavem při odeznívání návykové látky a carvingem. Je třeba věnovat se i odvykacím stavům.

K navázání prvního kontaktu s klientem dochází již při osobní anamnéze, která se nejdříve zaměřuje na obecné problémy a postupně se dostává k tématu užívání návykových látek. Klient je při takto pozvolném přístupu k citlivým tématům otevřenější vůči spolupráci a postupně se seznamuje s jednotlivými pracovníky a s prostředím služby. K pracovníkům i k prostředí si klient potřebuje vytvořit kladný vztah, aby se do zařízení mohl vracet bez obav.

Už při prvním komplexním vyšetření je potřeba provést psychosociální zhodnocení stavu klienta a stanovení diagnózy. Počítá se ale samozřejmě s tím, že se může psychosociální stav v průběhu léčby měnit. Stejně tak se i upřesňuje a doplňuje diagnóza. Terapie se v procesu léčby upravuje podle individuálních potřeb klienta.

Léčebná péče o pacienta je neoddělitelná od poradenství a preventivních aktivit. Pracovníci ordinace AT mohou vykonávat primární prevenci podle požadavků škol a institucí. Taková primární prevence je sice jen příležitostná, ale přesto efektivní, jelikož je podložena znalostmi terénu. Sekundární prevence je nedílnou součástí léčebné péče. U všech uživatelů návykových látek má za úkol zabránit vzniku, rozvoji či zhoršení problémů souvisejících s užíváním. Není tedy zcela možné oddělit od sebe péči preventivní a léčebnou, proto se nazývá léčebně preventivní péčí.

V léčbě je vždy třeba ke každému pacientovi přistupovat individuálně a terapii přizpůsobit druhu užívané látky, stavu, ve kterém se pacient aktuálně nachází a dalším okolnostem.

Ordinace AT je povinná vést zdravotnickou dokumentaci klienta. Ta musí zachycovat i následnou péči po předešlé komplexní léčbě.

Další návaznosti v systému péče jsou především směrem k ústavní léčbě, avšak právě vhodná ambulantní péče může její potřebu snížit či zkrátit dobu jejího trvání. Dále mohou být prospěšné návaznosti na terapeutické komunity, chráněné dílny, chráněné bydlení a další.³²

2.2 Denní stacionáře

Stacionáře pro závislé uživatele návykových látek nabízí ambulantní možnost léčby. Jsou určeny klientům motivovaným k abstinenci a jejímu dlouhodobému udržení. Poskytují poradenské služby i pro členy jejich rodiny a blízké osoby. Vhodní pro tento druh zařízení jsou spíše klienti bez výrazných somatických a psychických obtíží.³³

Podstatou denních stacionářů je strukturovaný program. Klienti mají nastavený časový rozvrh, pravidla, která musí v zařízení dodržovat a vyváženou skladbu aktivit (skupinové terapeutické aktivity, sportovní, kulturní a pracovní aktivity a další).

Cílem aktivit denního stacionáře je dosažení a udržení abstinence, navození změn v sebepojetí a vztazích, poskytnutí podpory v seberozvoji, zvládnutí výzev vývojového stádia, ve kterém se klient nachází a zlepšení sociálních dovedností.³⁴

Důležitá část efektivní práce s drogově závislými spočívá ve snaze o sociální integraci. V pomoci klientovi, aby se znovu začlenil do společnosti.³⁵ Přístup k léčbě a sociální rehabilitaci je vždy celistvý.

³² KALINA, K., *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády ČR, 2003, ISBN 80-86734-05.

³³ BEDNÁŘOVÁ, Z. a PELECH, L., *Slabikář sociální práce na ulici*. Doplněk, 2003, ISBN 80-7239-148-8.

³⁴ KALINA, K., *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády ČR, 2003, ISBN 80-86734-05.

³⁵ FISCHER, S. a ŠKODA, J., *Sociální patologie*. Grada, 2009, ISBN 978-80-247-2781-3.

Jelikož klient během léčby zůstává často ve spojení s původním prostředím, musí se z toho plynoucí rizika vyvážit intenzitou programu.

Denní stacionáře nejsou vhodné pro všechny osoby užívající návykové látky. Vhodnou klientelou jsou lidé se zázemím, jelikož je potřeba, aby byl klient schopen z místa bydliště denně docházet do zařízení. Dále nemůže být klient ve stavu, který vyžaduje hospitalizaci, je potřeba motivace k pravidelné účasti, neměl by při vstupu do programu vykazovat závažné abstinenční příznaky, a tak dále.

Role sociálního pracovníka zahrnuje práci se stabilizací sociálních podmínek klientů (přizpůsobení sociálních podmínek léčbě a následné abstinenci), podporu v řešení finančních záležitostí, bydlení, dluhů, pomoc s vyřízením dokladů a pomoc s životem ve společnosti. V případě potřeby spolupracuje sociální pracovník s probační službou a dalšími odborníky a institucemi.

Terapeutický tým je tvořen z psychiatrů, psychologů, psychoterapeutů, sociálních pracovníků, pedagogů se speciálním zaměřením a dalších odborníků se zdravotnickým a humanitním zaměřením.

Docházení do denního stacionáře nemusí být vždy dostačující alternativou rezidenční léčby. Například u klientů s dlouhodobou závislostí na návykových látkách nebo u klientů nezralých a nedostatečně motivovaných. Avšak denní program se u klientů se závažnějšími potížemi může doplňovat s ústavní léčbou. Může jí předcházet, navazovat na ní, nebo obojí.³⁶

2.3 Detoxifikační jednotky

Detoxifikace slouží ke zmírnění abstinenčních příznaků při zbavování se závislosti. Pouze sama o sobě není léčbou závislosti, ale připravuje klienta na abstinenci a je důležitým předpokladem pro další kroky ke komplexní a efektivní léčbě.³⁷

³⁶ KALINA, K., *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády ČR, 2003, ISBN 80-86734-05.

³⁷ GOSSOP, M., *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog*. Úřad vlády ČR, 2009, ISBN 978-80-87041-81-9.

Někteří klienti podstupují detoxifikaci i z jiných důvodů, než je motivace k abstinenci a jejímu dlouhodobému udržení. Častým důvodem bývá snížení tolerance³⁸ (kvůli toleranci dochází ke snižování účinků drogy při opakovaném užívání³⁹) na návykovou látku a získání zázemí, které detoxifikační jednotky na přechodnou dobu zajišťují.

Do denního programu klientů jsou zahrnuty i strukturované aktivity (edukační terapie, motivační trénink). Cílem je získat a upevnit motivaci k léčbě a ovlivnit postoje pacienta ke změně.

Tým detoxifikačních jednotek tvoří lékaři, zdravotní pracovníci, sociální pracovníci a terapeuti. Sociální pracovník má nejčastěji na starosti zprostředkovávání adekvátní navazující léčby, pomoc v pracovních a právních záležitostech, kontaktování rodinných příslušníků, pomoc při jednání s úřady, záležitosti týkající se dokladů, zdravotního pojištění, a tak dále.

Detoxifikační jednotky obvykle předávají své klienty kontaktním centrům (při nedokončení detoxifikace), programům zajišťujícím intenzivní ambulantní péči orientovanou na abstinenci, do ústavní léčby (krátkodobé či střednědobé) a do terapeutických komunit.⁴⁰

2.4 Střednědobá ústavní léčba

Střednědobá ústavní léčba trvá většinou v rozmezí tří až šesti měsíců. Poskytovately jsou standardně zdravotnická zařízení.⁴¹

V tomto případě úplně neplatí, že by delší trvání léčby automaticky znamenalo lepší výsledky. Například kolektiv autorů sdružení SANANIMU (2007, s. 21) ve své knižní publikaci uvádí že: „Pro každého se hodí jiný typ léčby. Existují pacienti, u kterých dlouhodobá léčba není úspěšná, naopak je může dokonce poškodit a další vývoj komplikovat. Je proto vždy třeba dobře zvážit, co je pro daného jedince

³⁸ KALINA, K., *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády ČR, 2003, ISBN 80-86734-05.

³⁹ KALINA, K. a kol., *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Úřad vlády ČR, 2001, ISBN 80-238-8014-4.

⁴⁰ KALINA, K., *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády ČR, 2003, ISBN 80-86734-05.

⁴¹ KALINA, K., *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády ČR, 2003, ISBN 80-86734-05.

vhodné, a podle toho léčbu vybírat. Takovou rozvahu by měl činit zkušený terapeut ve spolupráci s klientem.⁴²

Tým ústavní léčby zahrnuje lékaře, zdravotní pracovníky, klinické psychology, odborně vzdělané psychoterapeuty, sociální pracovníky a pracovní terapeuty.

I když je hlavním a původním cílem ústavní léčby trvalá a důrazně dodržovaná abstinence, měl by být přístup pracovníků vyvážený takovým postojem k případným relapsům, který by v pacientovi neprohluboval pocity viny a nezhoršoval klientovu situaci.

Cíle pobytu mohou být individuální, ale mezi nejčastější patří stabilizace sekundárních problémů spojených s užíváním návykových látek, uznání své závislosti, důsledků s ní spojených, uznání potřeby léčby, postupné řešení následků užívání návykových látek, internalizace s abstinencí, osvojení si režimu, řešení i takových problémů, které se závislostí přímo nesouvisí (například zahájení léčby psychických poruch), zjištění rizik vedoucích k relapsu a nalezení strategie, jak se jim vyhnout, změny v prostředí, ze kterého klient přichází (například změna zaměstnání, rizikových známostí, rizikových lokalit pro trávení času, a tak dále), zlepšení sebehodnocení a prožívání.

Vzhledem k tomu, že velká část pacientů pobyt nedokončí nebo trpí dalšími psychickými či sociálními obtížemi, je třeba, aby byla tato zařízení schopna klienta odkázat na další služby, které mu pomůžou dosáhnout v dané chvíli reálnějších cílů (edukace v Harm reduction, substituční léčba, a tak dále).

Strukturovaný program zahrnuje psychoterapeutické skupiny a komunitní sezení. Skupinová terapie kombinuje více prvků psychoterapeutických přístupů, hlavně kognitivně-behaviorální a humanistické směry. Součástí je zapojování blízkých osob pacientů do terapie. Střednědobá léčba zahrnuje i individuální psychoterapii. Volnočasové aktivity jsou také vedeny jak ve skupinové, tak i v individuální formě.

⁴² Kolektiv autorů sdružení SANANIM. *Drogy - otázky a odpovědi*. Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-223-2.

Střednědobá ústavní léčba je jen jednou etapou terapeutického procesu. Je proto důležité naplánovat před propuštěním následnou péči. Možnostmi mohou být terapeutické komunity, doléčovací centra, stacionáře a další.

2.5 Terapeutické komunity

Terapeutické komunity mají pobytovou formu a zaměřují se na abstinenci a sociální rehabilitaci.

Mezi hlavní principy terapeutických komunit patří vlastní motivovanost klientů, která je základem pro úspěch léčby a resocializace. Život v komunitě se co nejvíce přibližuje životu v reálném světě, je kladen velký důraz na trénink odpovědnosti, klienti mají nárok rozhodovat se sami o svém životě, proto je pobyt v komunitě i odchod z ní zcela dobrovolný, terapie probíhají převážně skupinově, přechod z komunity do běžného života by vzhledem k náročnosti měl být postupný, důležitým prvkem léčby je strukturovaný režim, pracovníci jsou pouze poradci a průvodci, experty na vlastní život jsou klienti sami.⁴³ Terapeutické komunity se orientují i na práci s rodinnými příslušníky klientů.⁴⁴

Pracovní tým terapeutických komunit je multidisciplinární. Jedná se o odborníky z odvětví psychoterapie, sociální práce, speciální pedagogiky a lékařství. Přínosem pro komunitu může být i pracovník se specializovaným výcvikem, například v arteterapii, rodinné terapii a podobně. Především v případě komunit, by terapeut neměl být pasivní a submisivní. Měl by působit autenticky, mít smysl pro humor, věřit si, být stabilní, kreativní a schopný přiznat svou omylnost. Vztah pracovního týmu a klientů je pro terapeutické komunity velmi důležitý. Vzhledem k dlouhodobé léčbě bývá vztah autentičtější. Ani jedna strana ovšem nesmí v tomto vztahu překračovat hranice. Mezi pracovníky najdeme i bývalé uživatele návykových látek.

Důležité je, aby klienti terapeutických komunit začali abstinenci vnímat jako nedílnou součást svého následného života a ztotožnili se s ní. Prostřednictvím

⁴³ KALINA, K., *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády ČR, 2003, ISBN 80-86734-05.

⁴⁴ BEDNÁŘOVÁ, Z. a PELECH, L., *Slabikář sociální práce na ulici*. Doplněk, 2003, ISBN 80-7239-148-8.

osobnostního růstu by měl klient směřovat ke změně životního stylu, která bude trvalá i po odchodu z terapeutické komunity. Dále by měla léčba v terapeutické komunitě klientům dodat sílu, pomoci jim změnit vzorce sebedestruktivního myšlení a chování, naučit je odpovědnosti, životu ve společenství, pomoci jim k získání sociálních a komunikačních dovedností, zlepšit jejich schopnost řešit konflikty, v případě potřeby dohnat osvojení si hygienických a pracovních návyků, působit na změnu v sebepojetí, zlepšení fyzického zdraví a uvědomění si jeho důležitosti. Terapeutické komunity poskytují prostředí, ve kterém mohou klienti osobnostně růst, přebírat odpovědnost a rozvíjet se.

Klienti terapeutických komunit jsou povinni dodržovat daný režim, pravidla a časovou strukturu. Terapeutické komunity jsou typické tím, že po klientech vyžadují změnu v chování ihned po příchodu. Je přirozené, když se změnám klient brání. Časový harmonogram se podobá tomu v běžném životě. V pracovní dny probíhá větší množství aktivit, o víkendech mají klienti více volného času. Mezi úplně hlavní pravidla patří zákaz užívání návykových látek a zákaz jakéhokoliv násilí. Klienti musí dodržovat ale i spoustu dalších pravidel, jejichž porušení může vést k vyloučení nebo k udělení sankcí. Soubor pravidel musí být jasně formulovaný, jednoznačný, všem srozumitelný a ne příliš rozsáhlý. Mezi jednotlivé aktivity programu patří setkání komunity, skupinové, individuální, rodinné a pracovní terapie, vzdělávání, volnočasové, sportovní, zátěžové a jiné rehabilitační aktivity.

Sociální pracovníci v terapeutických komunitách pomáhají klientům v návaznosti a přístupu k jiným institucím. Pracují s klienty na řešení problémů z oblasti sociálně a pracovně právní a z oblasti práva (trestního, občanského, rodinného). Klient je v řešení svých problémů aktivní a musí si uvědomit, že je řešení jeho problémů reálné. Sociální pracovník by se měl snažit vyhnout tomu, aby byli klienti závislí na sociálním systému.

Léčba v terapeutické komunitě může být účinná pro klienty nezralé, dlouhodobě závislé, se závažnými problémy souvisejícími s jejich minulostí (traumata, zneužívání, kriminalita, a tak dále).⁴⁵

⁴⁵ KALINA, K., *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády ČR, 2003, ISBN 80-86734-05.

2.6 Následná péče a doléčovací programy

Hlavními cíli následné péče jsou udržení změn životního stylu, sociální rehabilitace, integrace a udržení abstinence. Jedná se o systém služeb pobytových i ambulantních.⁴⁶ V procesu následné péče mohou být velkým přínosem i svépomocné skupiny.⁴⁷

Tým programů je nutné sestavovat dle potřeb klientů, jelikož v následné péči je možná i více než v jakýchkoliv jiných službách pro tuto cílovou skupinu nutné, aby byl tým pracovníků multidisciplinární. Zároveň se ale tyto služby musí snažit o naplnění jedné z hlavních zásad a tou je vedení klienta k postupnému snižování závislosti na daném programu. Každý program následné péče musí mít vybudovanou síť odborníků i mimo daný program. Následné péči se často věnují samotní bývalí uživatelé návykových látek. Ti se nejčastěji zabývají oblastí socioterapie.

Programy následné péče mají několik hlavních složek své činnosti. Psychoterapie se zabývá především stabilizací abstinence od návykových látek. Mohou se ale řešit i traumatické zážitky z dob užívání, dětství, poruchy osobnosti a podobně. U této cílové skupiny bývá symptomatologie velice rozsáhlá. Psychoterapie v rámci programů bývá ale spíše jen podpůrná a v případě potřeby hlubší terapie je třeba klienta odkázat na jiné služby. Dále je jednou z klíčových složek programu prevence relapsu. Jejím cílem je pomoci klientovi se zvýšením sebekontroly, stabilizací životního stylu, zvládnutím rizikových situací a s integrací. Sociální práce má v těchto programech důležitou roli právě v intervencích zaměřených na stabilizaci životního stylu. U klientely se můžeme setkat se širokou škálou sociálně právních problémů. Dobrý sociální pracovník je tedy nenahraditelným členem týmu.

Dále tyto služby pomáhají se zprostředkováním zaměstnání a rekvalifikace. Pokud klient není schopen zapojit se do běžného pracovního procesu, je možné využít chráněných dílen. Tam si klienti osvojí základní pracovní návyky, případně se rekvalifikují.

⁴⁶ CHOMYNOVÁ, P., DVOŘÁKOVÁ, Z., GROHMANNOVÁ, K., ORLÍKOVÁ, B., GALANDÁK, D., ČERNÍKOVÁ. *Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2023*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2024, ISBN 978-80-7440-336-1.

⁴⁷ KALINA, K. a kol., *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Úřad vlády ČR, 2001, ISBN 80-238-8014-4.

Nezbytnou součástí následné péče je i řešení zdravotních důsledků závislosti. Mezi nejčastější zdravotní problémy klientů patří hepatitida typu B a C, HIV a AIDS, gynekologické a dentální potíže. Je tedy nezbytné pomoci klientům zprostředkovat adekvátní lékařskou péči.

Do následné péče spadá i práce s rodinou klienta. Zapojením rodiny do léčby se zvyšuje pravděpodobnost efektivity. Důležité je obnovení důvěry rodičů, změna postojů a vzorců chování rodiny. Existují i podpůrné skupiny pro rodiče dětí léčících se ze závislosti.

V rámci následné péče je užitečné nabízet i alternativy trávení volného času. Nabídka volnočasových aktivit může klientům pomoci naučit se užívat si života i bez drog.

Pro klienta, který doposud abstinoval pod dohledem léčebného zařízení je zvládnání abstinence v běžném životě velkou výzvou a těžkým úkolem. Klient se musí učit pracovat s cravingem, který bývá po propuštění ze zařízení většinou silnější než v průběhu pobytu.⁴⁸ Craving, neboli v překladu bažení, znamená silnou touhu po užití návykové látky. Je jedním ze základních poznávacích znaků závislosti na droze.⁴⁹ Klienty je tedy dobré učit vyhýbání se a zvládnání rizikových situací. Klient by si také měl budovat dobré sociální vztahy i mimo prostředí následné péče. Nevyhovující sociální život je totiž jedním z největších úskalí následné léčby. Při plánování jakékoliv práce s klientem se musí brát neustále v potaz to, že by všechny aktivity následné péče měly být zaměřeny na zlepšení samostatnosti a posílení kompetencí žít vlastní život. Postupné snižování intenzity podpory klienta doléčovacího programu je nezbytné v procesu léčby.

2.7 Substituční léčba

Jedná se o jeden z hlavních komponentů léčby závislosti na návykových látkách. Při substituci se užívaná návyková látka ilegálního původu nahradí bezpečnější

⁴⁸ KALINA, K., *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády ČR, 2003, ISBN 80-86734-05.

⁴⁹ KALINA, K. a kol., *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Úřad vlády ČR, 2001, ISBN 80-238-8014-4.

látkou předepisovanou lékařem v souladu se zákonem.⁵⁰ Je určena pro léčbu závislosti na opioidech, nebo v případě kombinované závislosti s dominantní závislostí na opioidech.

Substituční léčba efektivně potlačuje abstinenci příznaky a craving, což pacientům umožňuje zlepšit kvalitu života. Léčba není předem časově omezená, může probíhat jak ambulantně, tak i v rámci pobytové léčby. Pacient, který je léčený substituční léčbou a neužívá žádné jiné návykové látky je považován za abstinujícího.⁵¹

Nejpopulárnější látkou používanou při substituční léčbě je metadon. I metadon může mít nežádoucí vedlejší účinky, tudíž ani substituční léčba není zcela bez rizika. Nejzávažnějšími vedlejšími účinky jsou útlum dýchání a oběhové selhání. Dále se mohou objevit závratě, zvracení, útlum, nauzea a pocení, neuropsychické poruchy (euforie, slabost, poruchy vidění, bolesti hlavy, dysforie, desorientace, nespavost), poruchy trávicího traktu, poruchy kardiovaskulárního systému, poruchy urogenitálního systému a alergie.⁵² Dalšími používanými substitučními látkami jsou buprenorfin a naloxon (ve směsi s buprenorfinem).

Mezi cíle substituční léčby patří zlepšení či udržení psychického a fyzického stavu pacienta, alternativa pro rizikové formy aplikace návykové látky a užívání nelegálních návykových látek, redukce a omezení rizikového a kriminálního chování a zlepšení sociálního statusu.

Substituční léčbu dělíme na základní a rozšířenou. Základní substituční léčba je zaměřená jen na předepisování a podávání substituční látky pod odborným dozorem. Tato forma se poskytuje v případech, kdy není pro danou osobu indikována rozšířená léčba, nebo není možná (nedostupnost v dané lokalitě). Rozšířená substituční léčba zahrnuje další formy péče. Může se jednat o poradenství, psychoterapii, adiktologickou léčbu, sociální práci, ošetrovatelské služby, volnočasové aktivity, léčbu a zprostředkování léčby dalších onemocnění a tak dále.

⁵⁰ KALINA, K., *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády ČR, 2003, ISBN 80-86734-05.

⁵¹ Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP. *Standard substituční léčby (verze 3.3.) [Online]*. 2020. Dostupné z: https://snncls.cz/wp/wp-content/2020/10/SSL_3.3.pdf

⁵² KALINA, K., *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády ČR, 2003, ISBN 80-86734-05.

V první řadě musí být pacient zařazený do substituční léčby na základě stanovení diagnózy závislosti na opioidech, podle platné verze mezinárodní klasifikace nemocí (může se jednat i o závislost na opioidech v kombinaci s jinými látkami). Podstoupí celkové posouzení zdravotního stavu, což zahrnuje psychiatrické vyšetření, laboratorní vyšetření (ve většině případů toxikologická vyšetření na výskyt infekčních onemocnění) a další dle potřeby (například vyšetření interní, gynekologické, a tak dále). Přednost v zařazení do programu mají těhotné ženy, osoby HIV pozitivní, osoby trpící akutní nebo chronickou formou virové hepatitidy (především u typu C) a při neodkladné potřebě péče z důvodu fyzického či psychického onemocnění. Po celou dobu trvání substituční léčby je pacient průběžně hodnocen. To zahrnuje toxikologické testy, sledování sociálního stavu a kvality života pacienta.

Další fází léčby je nastavení úvodní dávky substituční látky. Ta bývá totiž pro každého klienta zcela individuální. Další úprava množství látky se také liší případ od případu a závisí na stavu pacienta. V této fázi léčby je pacient pravidelně kontrolován.

Poté přichází udržovací fáze substituční léčby, jejíž délka není předem časově omezená. V některých případech může být udržovací léčba i trvalá. Účinnost léčby se hodnotí podle dodržení abstinence od užívání návykových látek, míry přítomnosti cravingu, kvality života a úspěšnosti reintegrace. Na efektivitě léčby se většinou podílí i podpora terapeutická.

Poslední fází substituční léčby je její ukončení. Pacient musí s ukončením souhlasit (pokud není z léčby vyloučen kvůli vážnému a opakovanému porušování léčebného režimu), ale na rozhodnutí se mohou podílet i další osoby (například terapeut a sociální pracovník). V tuto chvíli je vhodné klienta co nejvíce podpořit, aby se snížily šance relapsu. Vysazování substituční látky je postupné. Závisí na typu podávané látky i individuálních okolnostech pacienta. I v případech nedobrovolného ukončení léčby ze strany pacienta je vhodné ho co nejvíce v rámci možností podpořit (prevence relapsu, vyjednání následné péče nebo určení podmínek návratu do programu).⁵³

⁵³ Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP. *Standard substituční léčby (verze 3.3.) [Online]. 2020.* Dostupné z: https://snncls.cz/wp/wp-content/2020/10/SSL_3.3.pdf

3 Praktická část

3.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, do jaké míry jsou respondenti obeznámeni o existenci jednotlivých složek systému péče o uživatele návykových látek.

Další otázky se zabývají vedlejšími cíli výzkumného šetření.

První tři otázky zkoumají vzorek respondentů (jejich věkovou kategorii, nejvyšší dosažené vzdělání, a zda mají osobní zkušenosti s nelegálními návykovými látkami).

Otázky čtyři až dvanáct zkoumají hlavní cíl výzkumu. Tedy výše zmíněné povědomí o existenci jednotlivých složek systému péče o uživatele návykových látek.

Otázka třináct zkoumá, kolik respondentů zná osobně někoho, kdo služeb pro uživatele návykových látek využil nebo využívá a otázka čtrnáct zkoumá, kolik respondentů samo využilo těchto služeb.

Otázky patnáct a šestnáct zkoumají, jak respondenti hodnotí efektivitu služeb v celospolečenském kontextu (zvláště služby zaměřené na Harm Reduction a zvláště služby zaměřené na léčbu drogových závislostí).

Dále otázky sedmnáct až devatenáct zkoumají, zdali si respondenti myslí, že je alkohol méně nebezpečný, než nelegální návykové látky, jestli by souhlasili s legalizací aktuálně nelegálních návykových látek a zdali si myslí, že je možné užívat nelegální návykové látky rekreačně.

Poslední tři otázky, tedy otázky dvacet až dvaadvacet jsou otevřené a dobrovolné. Dávají respondentům prostor pro vyjádření se k problematice užívání návykových látek. Konkrétně tyto otázky zkoumají, jaké jsou podle respondentů nejčastější faktory zvyšující pravděpodobnost užívání návykových látek, jaké mají návrhy pro zlepšení primární prevence a co by podle nich mohlo pomoci v řešení negativních důsledků užívání návykových látek.

3.2 Metodika výzkumu

Výzkum jsem se rozhodla realizovat pomocí kvantitativních metod. K získání dat jsem použila vlastní dotazník, který obsahuje 19 otázek uzavřených a 3 otázky otevřené. Otevřené otázky byly dobrovolné.

Sběr dat probíhal online, respondenti odpovídali přes zasláný odkaz. Dotazník byl vytvořen na webové platformě Survio.cz.

Online forma dotazování má hned několik výhod. Umožňuje respondentům odpovídat na otázky zcela anonymně, v soukromí a kdykoliv se jim to zrovna hodí. Odpovědi respondentů nejsou nijak ovlivněny přítomností tazatele a dotazník má šanci dostat se k většímu a rozmanitějšímu množství osob.

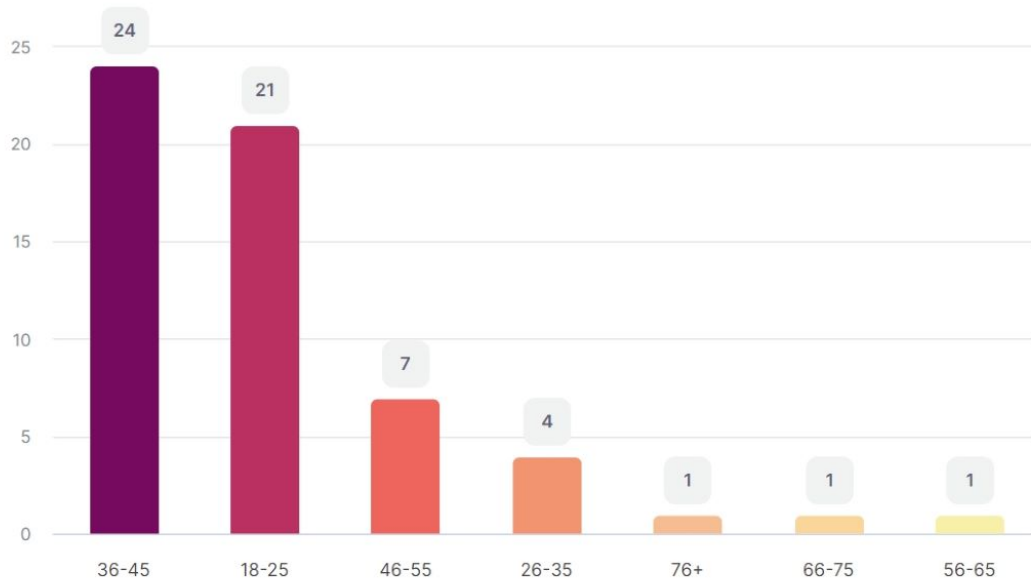
3.3 Popis výzkumného vzorku

Dotazník byl určen pro všechny skupiny osob z laické veřejnosti. Snažila jsem se tedy záměrně nerozesílat dotazník sociálním pracovníkům, adiktologům, psychologům a podobně.

Dotazník otevřelo 185 osob, z toho 59 osob dotazník vyplnilo a odeslalo. Úspěšnost vyplnění je tedy 31,9%.

3.4 Výsledky výzkumu a jejich analýza

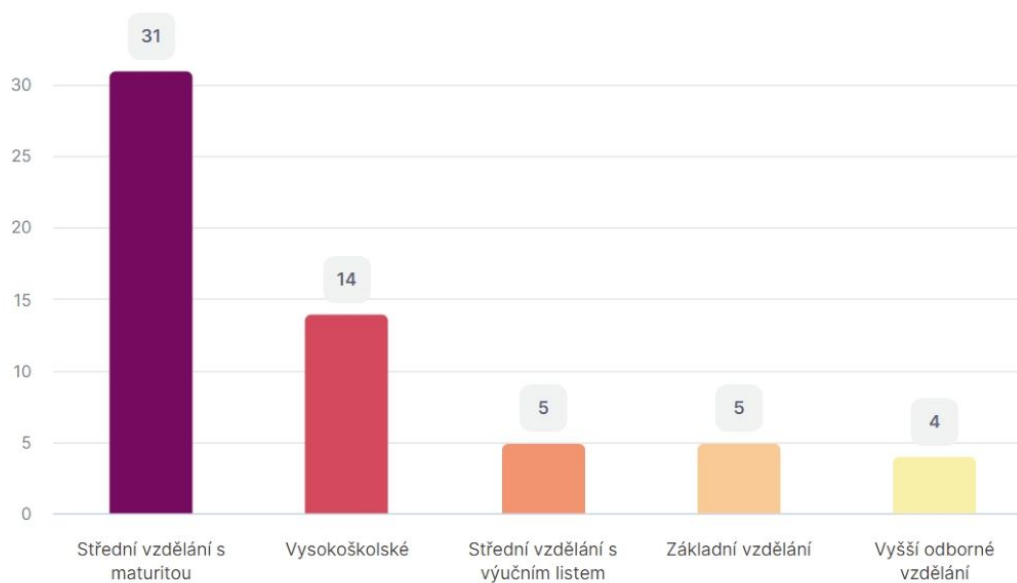
1. Do které věkové kategorie spadáte?



Graf č.1 - vlastní výzkum

První otázka zkoumá zastoupení věkových kategorií ve vzorku respondentů. Výsledky ukázaly, že 24 respondentů (tedy nejvíce) spadá do věkové kategorie 36-45. Dále 21 respondentů spadá do věkové kategorie 18-25, 7 respondentů do věkové kategorie 46-55, 4 respondenti do věkové kategorie 26-35, 1 respondent do věkové kategorie 76+, 1 respondent do věkové kategorie 66-75 a 1 respondent do věkové kategorie 56-65.

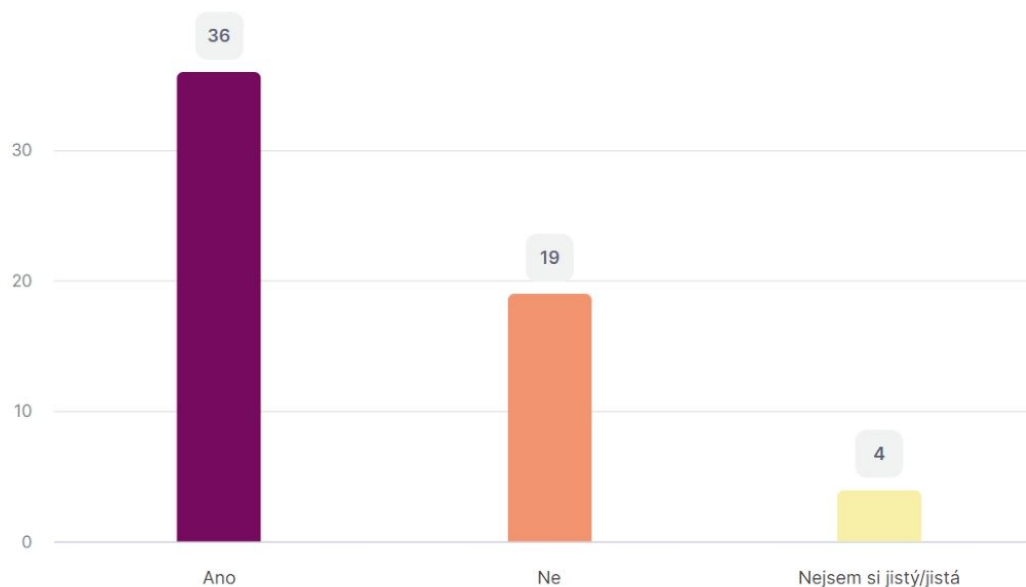
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Graf č.2 - vlastní výzkum

Druhá otázka zkoumá nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Výsledky ukázaly, že 31 respondentů (tedy nejvíce) uvedlo, že jejich nejvyšším dosaženým vzděláním je střední vzdělání s maturitou. 14 respondentů uvedlo vysokoškolské vzdělání, 5 respondentů uvedlo jako své nejvyšší dosažené vzdělání střední vzdělání s výučním listem, také 5 uvedlo základní vzdělání a 4 respondenti uvedli vyšší odborné vzdělání.

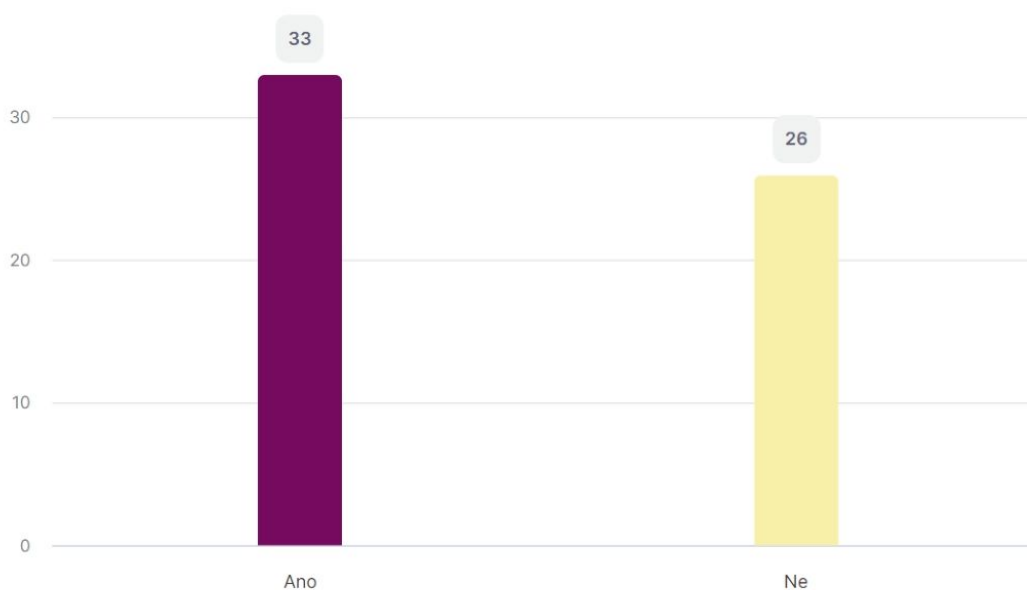
3. Máte nějaké osobní zkušenosti s nelegálními návykovými látkami?



Graf č.3 - vlastní výzkum

Třetí otázka zkoumá, kolik respondentů má nějaké osobní zkušenosti s nelegálními návykovými látkami. 36 respondentů (tedy nejvíce) uvedlo, že mají osobní zkušenosti s nelegálními návykovými látkami. 19 respondentů uvedlo, že žádné osobní zkušenosti s nelegálními návykovými látkami nemají. 4 respondenti si nebyli jistí, jestli mají či nemají osobní zkušenosti s nelegálními návykovými látkami.

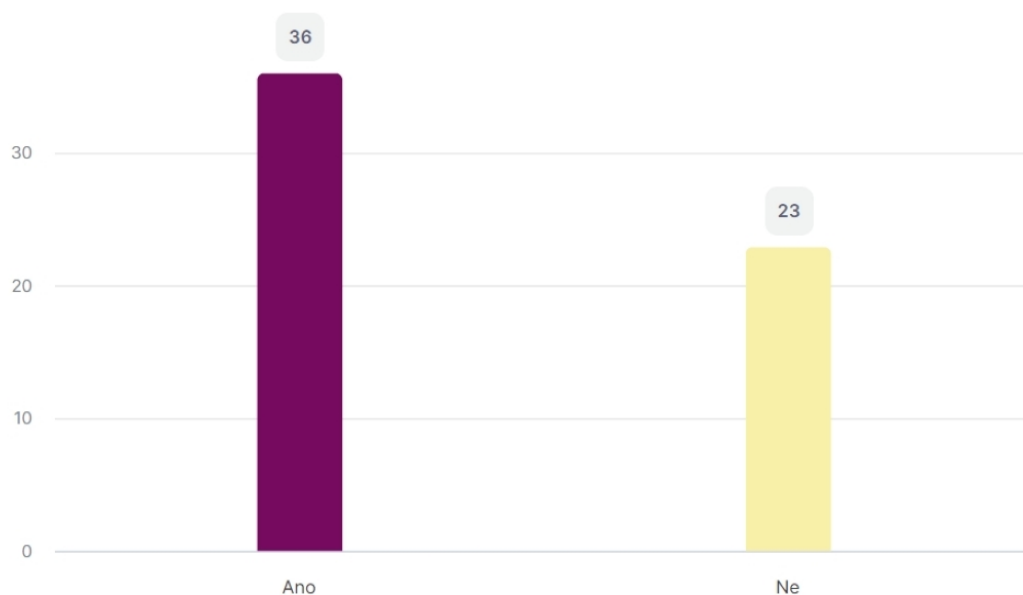
4. Slyšel/a jste někdy o terénních programech pro uživatele návykových látek?



Graf č.4 - vlastní výzkum

Čtvrtá otázka zkoumá, kolik respondentů někdy slyšelo o terénních programech pro uživatele návykových látek. Výsledky ukázaly, že 33 respondentů (tedy více z nich) o těchto programech slyšelo. 26 respondentů odpovědělo, že o terénních programech pro uživatele návykových látek nikdy neslyšeli.

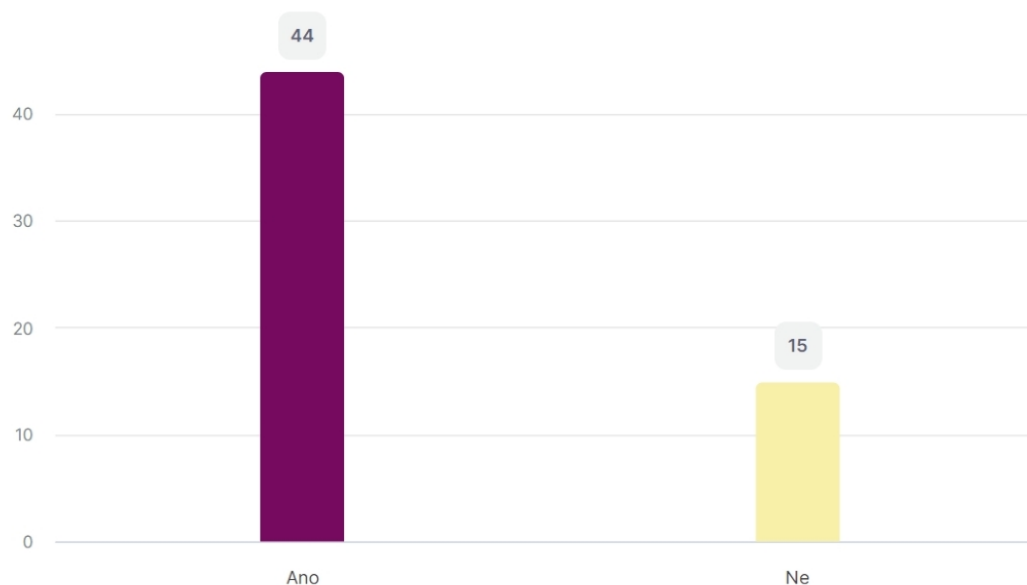
5. Slyšel/a jste někdy o nízkoprahových kontaktních centrech pro uživatele návykových látek?



Graf č.5 - vlastní výzkum

Pátá otázka zkoumá, kolik respondentů někdy slyšelo o nízkoprahových kontaktních centrech pro uživatele návykových látek. Výsledky ukázaly, že 36 respondentů (tedy více z nich) o těchto centrech slyšelo. 23 respondentů odpovědělo, že o nízkoprahových kontaktních centrech pro uživatele návykových látek nikdy neslyšeli.

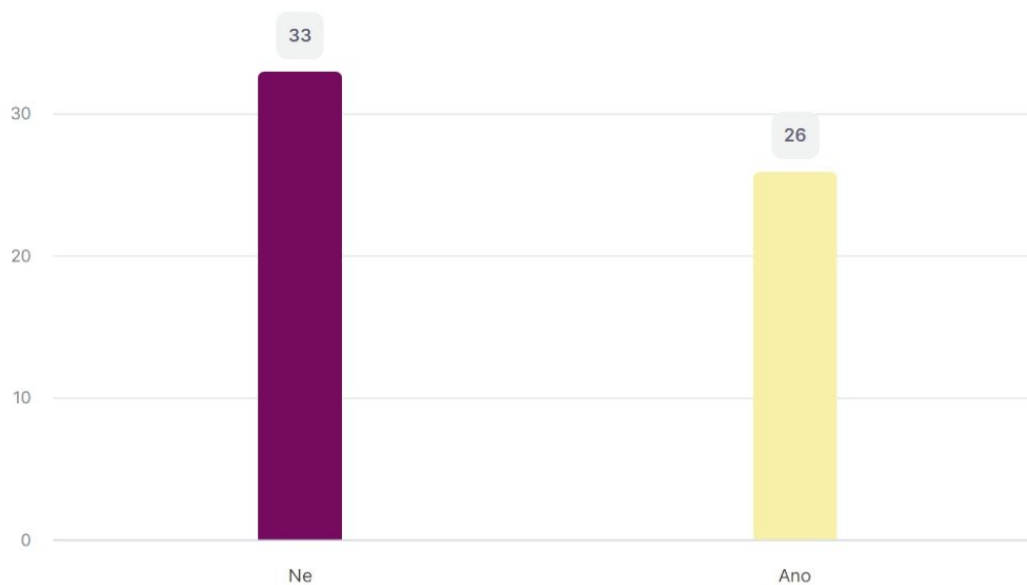
6. Slyšel/a jste někdy o lékařské ambulanci pro drogově závislé?



Graf č.6 - vlastní výzkum

Šestá otázka zkoumá, kolik respondentů někdy slyšelo o lékařské ambulanci pro drogově závislé. Výsledky ukázaly, že 44 respondentů (tedy více z nich) o této péči slyšelo. 15 respondentů odpovědělo, že o lékařské ambulanci pro drogově závislé nikdy neslyšeli.

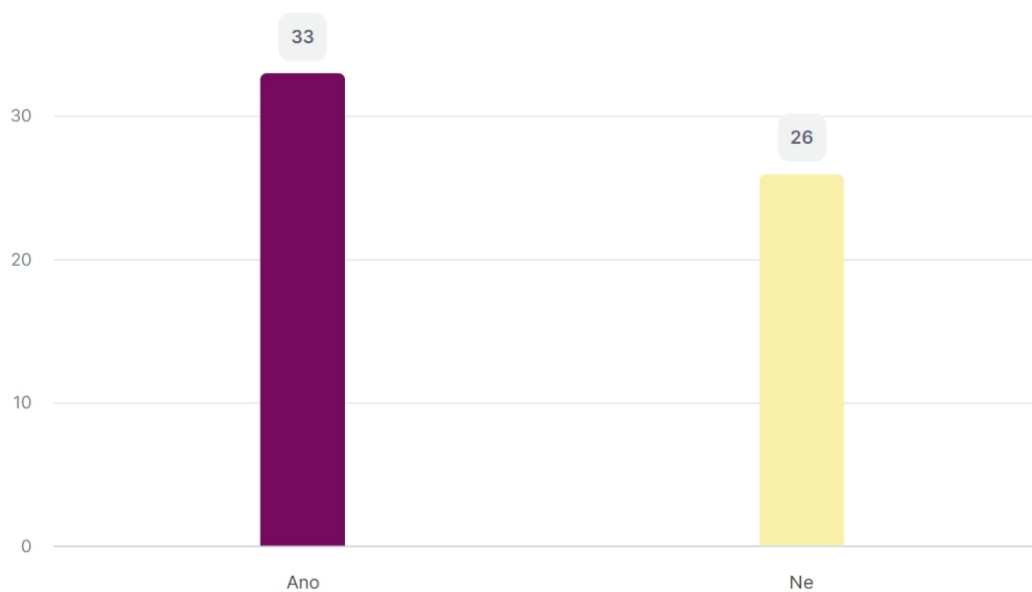
7. Slyšel/a jste někdy o denních stacionářích pro drogově závislé?



Graf č.7 - vlastní výzkum

Sedmá otázka zkoumá, kolik respondentů někdy slyšelo o denních stacionářích pro drogově závislé. Výsledky ukázaly, že 33 respondentů (tedy více z nich) o těchto stacionářích nikdy neslyšelo. 26 respondentů odpovědělo, že o denních stacionářích pro drogově závislé někdy slyšeli.

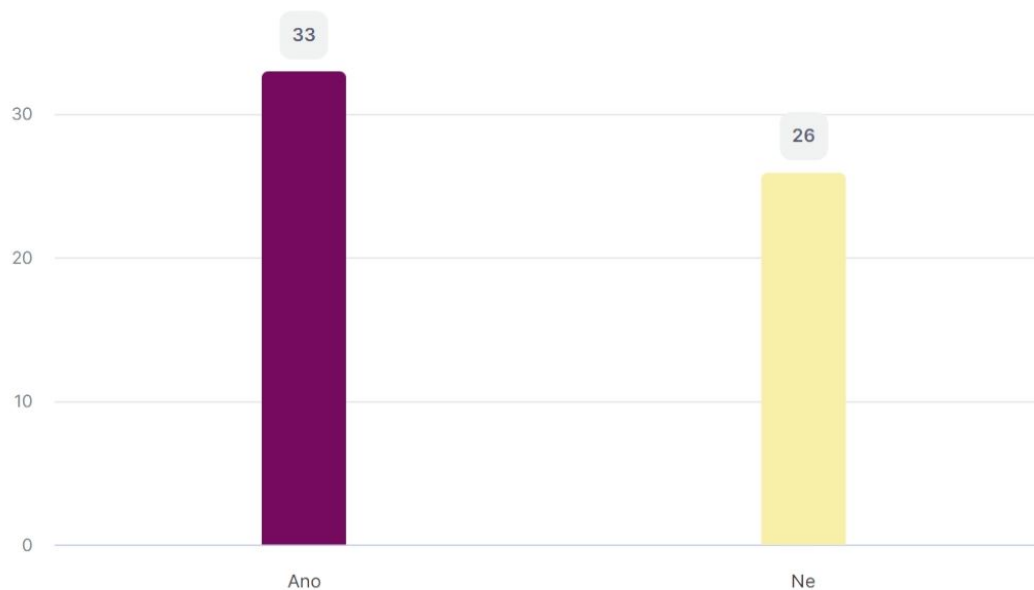
8. Slyšel/a jste někdy o detoxifikačních jednotkách?



Graf č.8 - vlastní výzkum

Osmá otázka zkoumá, kolik respondentů někdy slyšelo o detoxifikačních jednotkách. Výsledky ukázaly, že 33 respondentů (tedy více z nich) o těchto jednotkách slyšelo. 26 respondentů odpovědělo, že o detoxifikačních jednotkách nikdy neslyšeli.

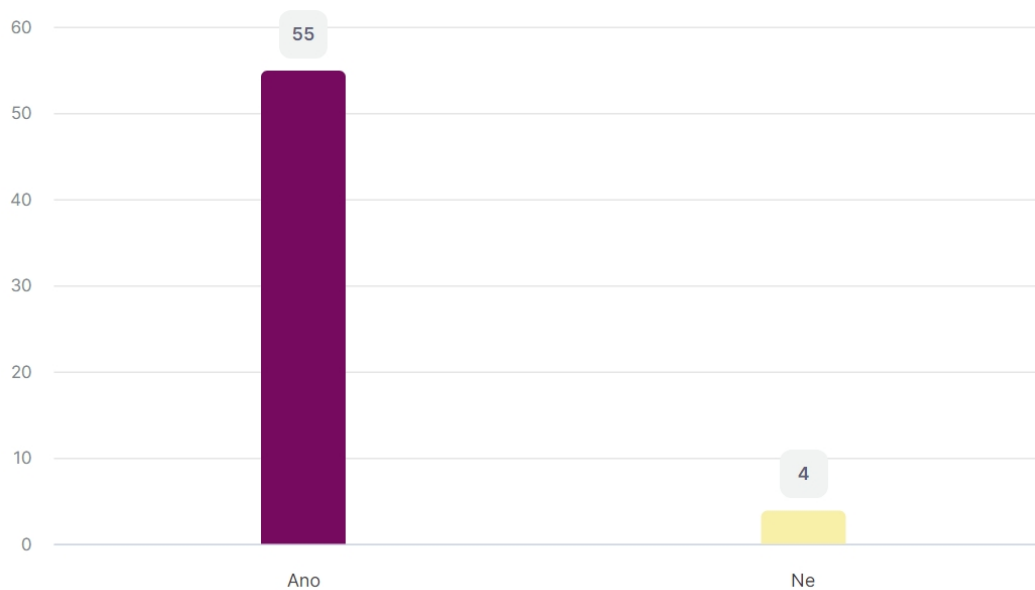
9. Slyšel/a jste někdy o střednědobé ústavní léčbě pro drogově závislé?



Graf č.9 - vlastní výzkum

Devátá otázka zkoumá, kolik respondentů někdy slyšelo o střednědobé ústavní péči pro drogově závislé. Výsledky ukázaly, že 33 respondentů (tedy více z nich) o této léčbě slyšelo. 26 respondentů odpovědělo, že o střednědobé ústavní léčbě pro drogově závislé nikdy neslyšeli.

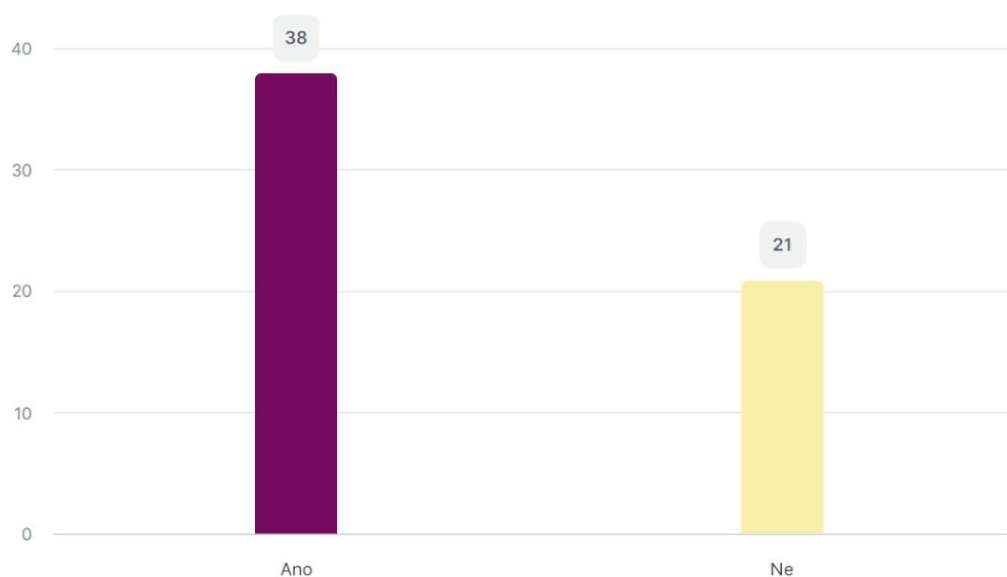
10. Slyšel/a jste někdy o terapeutických komunitách pro drogově závislé?



Graf č.10 - vlastní výzkum

Desátá otázka zkoumá, kolik respondentů někdy slyšelo o terapeutických komunitách pro drogově závislé. Výsledky ukázaly, že 55 respondentů (tedy většina z nich) o těchto komunitách slyšelo. Pouze 4 respondenti odpověděli, že o terapeutických komunitách pro drogově závislé nikdy neslyšeli.

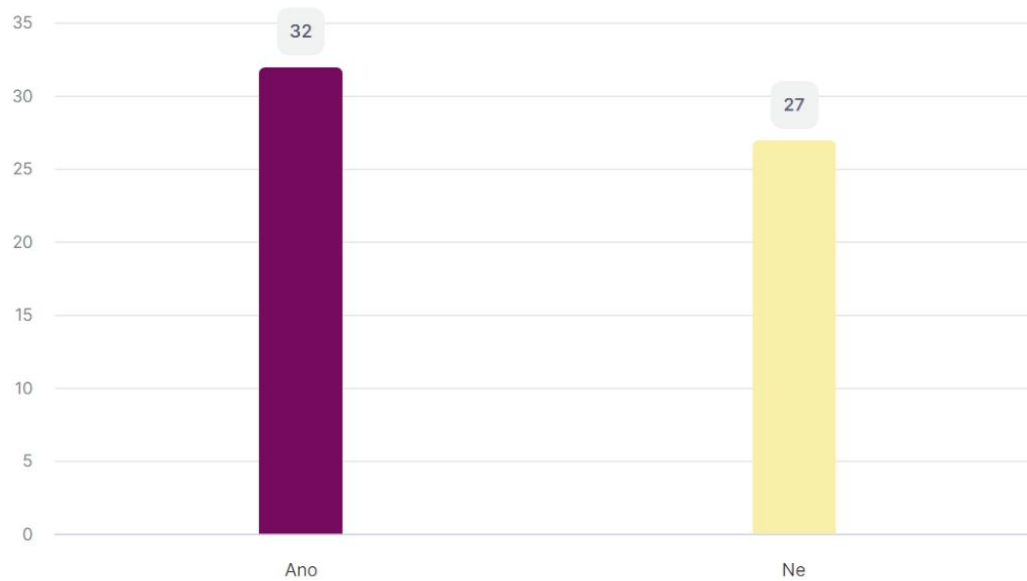
11. Slyšel/a jste někdy o následné péči a doléčovacích programech pro drogově závislé?



Graf č.11 - vlastní výzkum

Jedenáctá otázka zkoumá, kolik respondentů někdy slyšelo o následné péči a doléčovacích programech pro drogově závislé. Výsledky ukázaly, že 38 respondentů (tedy více z nich) o těchto programech a péči slyšelo. 21 respondentů odpovědělo, že o následné péči a doléčovacích programech pro drogově závislé nikdy neslyšeli.

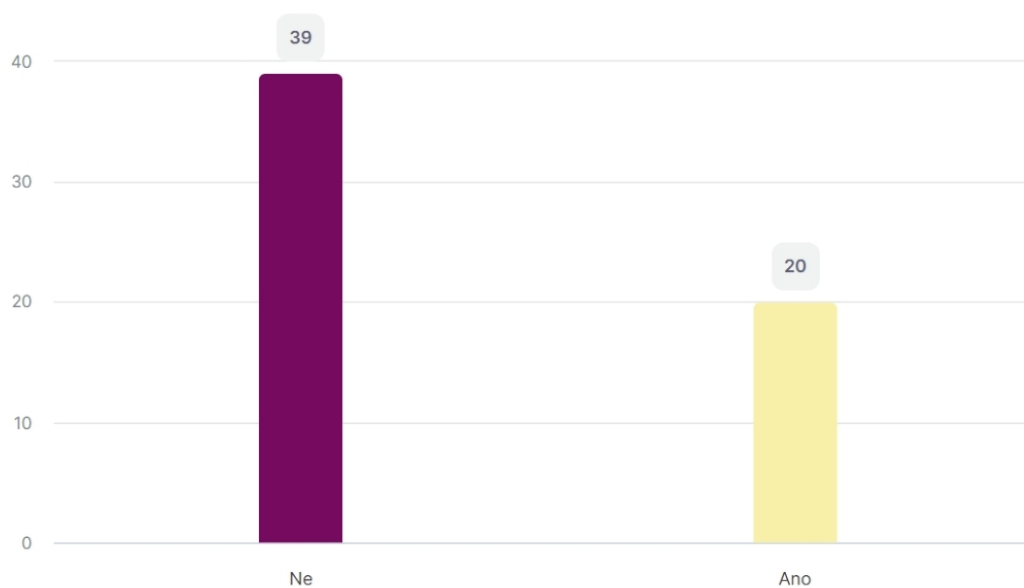
12. Slyšel/a jste někdy o substituční léčbě?



Graf č.12 - vlastní výzkum

Dvanáctá otázka zkoumá, kolik respondentů někdy slyšelo o substituční léčbě. Výsledky ukázaly, že 32 respondentů (tedy více z nich) o této léčbě slyšelo. 27 respondentů odpovědělo, že o substituční léčbě nikdy neslyšeli.

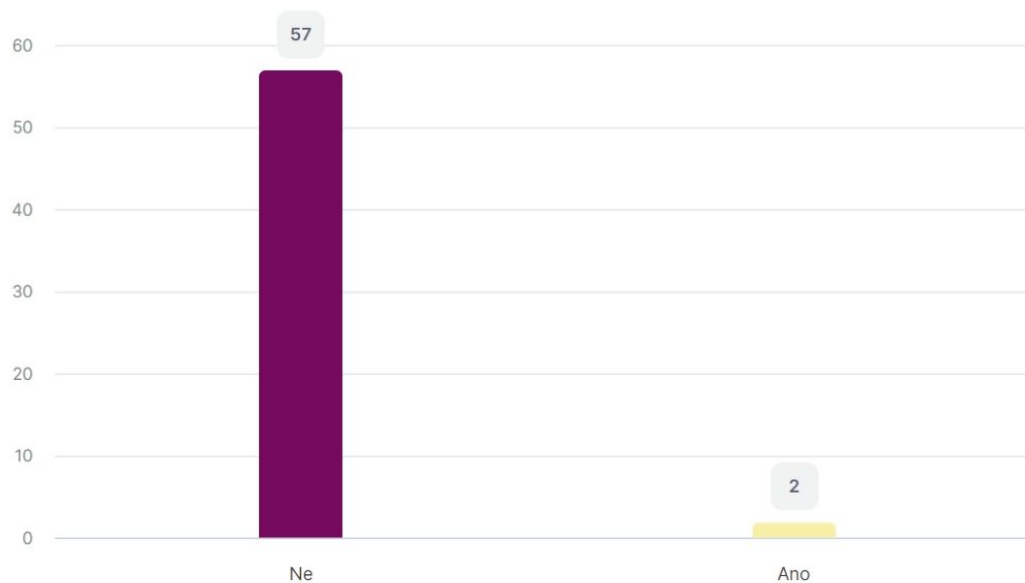
13. Znáte osobně někoho, kdo využil nebo využívá služby pro uživatele návykových látek?



Graf č.13 - vlastní výzkum

Třináctá otázka zkoumá, kolik respondentů zná osobně někoho, kdo využil nebo využívá služeb pro uživatele návykových látek. 39 respondentů (tedy více z nich) odpovědělo, že nikoho takového osobně neznají. 20 respondentů odpovědělo, že osobně znají někoho, kdo těchto služeb využil nebo využívá.

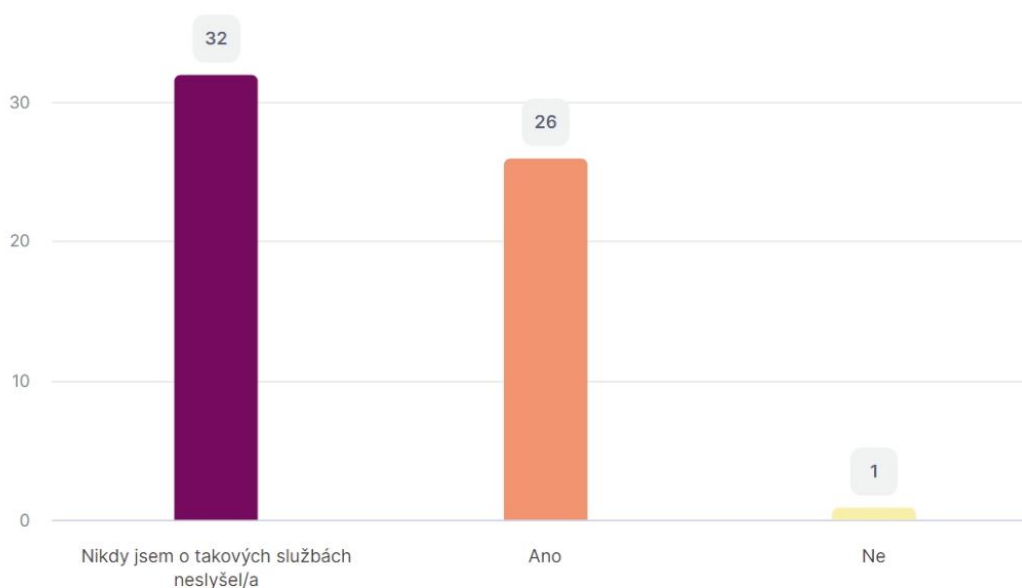
14. Využili jste někdy vy sami služeb pro uživatele návykových látek?



Graf č.14 - vlastní výzkum

Čtrnáctá otázka zkoumá, kolik respondentů někdy využilo služeb pro uživatele návykových látek. 57 respondentů (tedy většina z nich) odpovědělo, že těchto služeb nikdy sami nevyužili. Pouze 2 respondenti odpověděli, že využili služeb pro uživatele návykových látek.

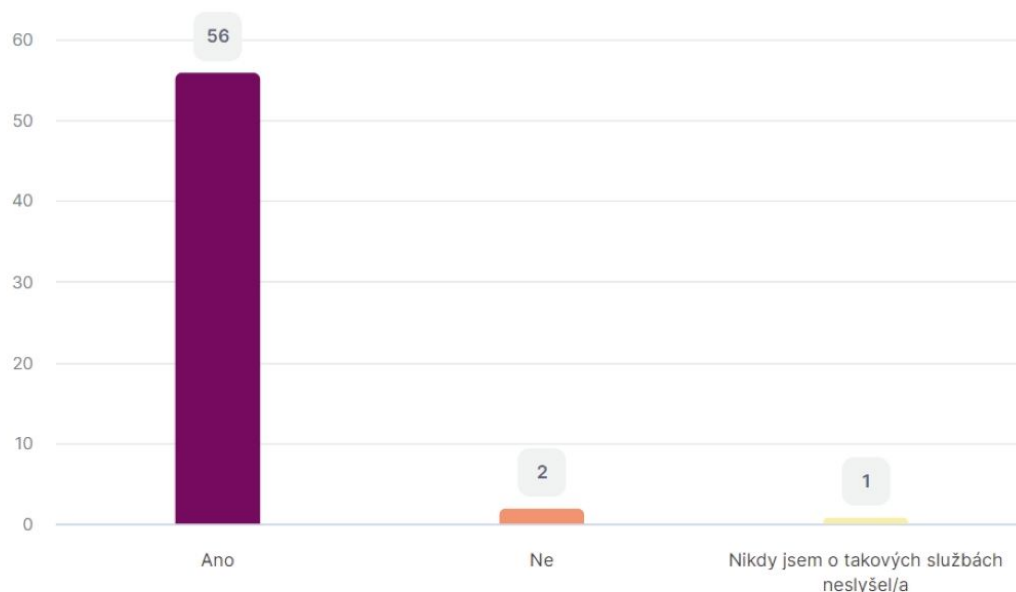
15. Myslíte si, že jsou služby zaměřené na „Harm Reduction“ prospěšné pro celou společnost?



Graf č.15 - vlastní výzkum

Patnáctá otázka zkoumá, jak respondenti hodnotí prospěšnost služeb zaměřených na „Harm Reduction“ v celospolečenském kontextu. 32 respondentů (tedy nejvíce z nich) odpovědělo, že o takových službách nikdy neslyšeli. 26 respondentů odpovědělo, že si myslí, že jsou služby zaměřené na „Harm Reduction“ prospěšné pro celou společnost a pouze 1 respondent odpověděl, že si myslí, že tyto služby pro celou společnost prospěšné nejsou.

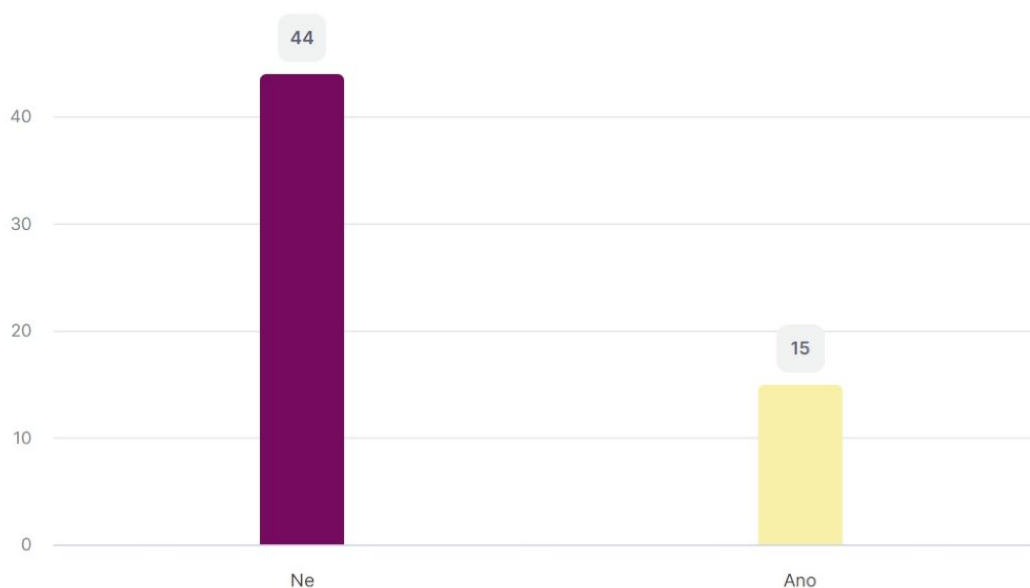
16. Myslíte si, že jsou služby zaměřené na léčbu drogových závislostí prospěšné pro celou společnost?



Graf č.16 - vlastní výzkum

Šestnáctá otázka zkoumá, jak respondenti hodnotí prospěšnost služeb zaměřených na léčbu drogových závislostí v celospolečenském kontextu. 56 respondentů (tedy většina z nich) odpovědělo, že si myslí, že jsou služby zaměřené na léčbu drogových závislostí prospěšné pro celou společnost a pouze 2 respondenti odpověděli, že si myslí, že tyto služby pro celou společnost prospěšné nejsou. O těchto službách nikdy neslyšel jen 1 respondent.

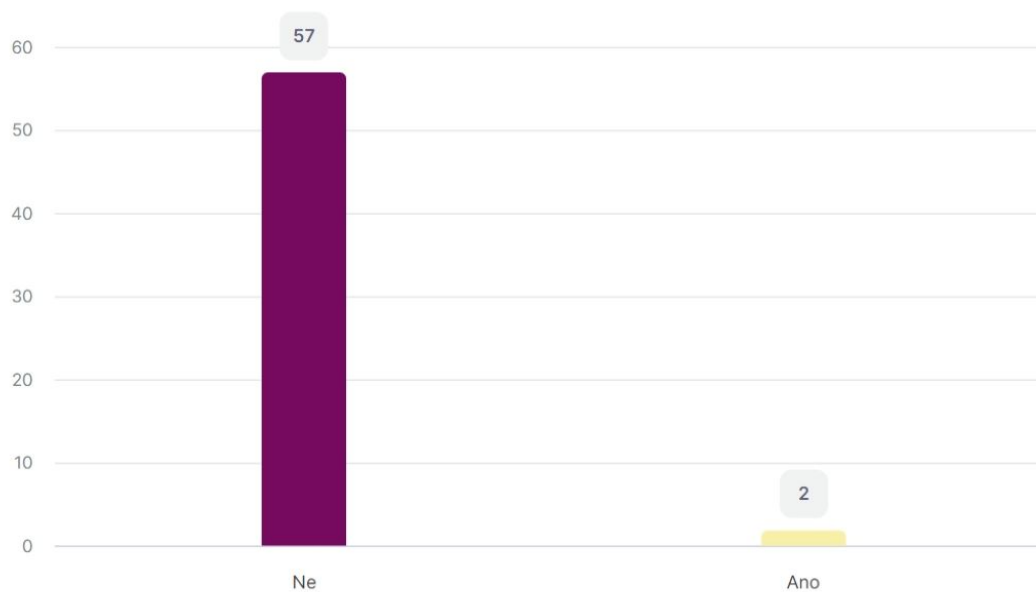
17. Myslíte si, že je alkohol méně nebezpečný, než nelegální návykové látky?



Graf č.17 - vlastní výzkum

Sedmnáctá otázka zkoumá, jestli respondenti považují alkohol za méně nebezpečný, než nelegální návykové látky. 44 respondentů (tedy většina) odpovědělo, že si nemyslí, že by byl alkohol méně nebezpečný, než nelegální návykové látky. 15 respondentů si myslí, že je alkohol nebezpečný méně, než nelegální návykové látky.

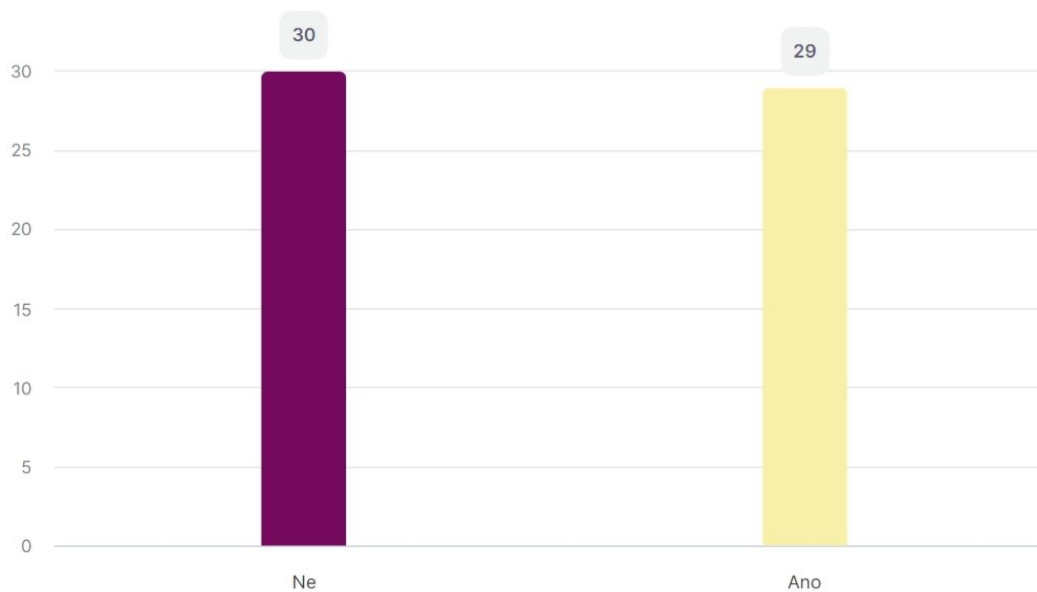
18. Souhlasil/a byste s legalizací všech aktuálně nelegálních látek?



Graf č.18 - vlastní výzkum

Osmnáctá otázka zkoumá, jestli by respondenti souhlasili s legalizací všech aktuálně nelegálních návykových látek. 57 respondentů (tedy většina z nich) by s legalizací nesouhlasilo. Pouze 2 respondenti by s legalizací všech aktuálně nelegálních návykových látek souhlasili.

19. Myslíte si, že je možné užívat nelegální návykové látky rekreačně?



Graf č.19 - vlastní výzkum

Devatenáctá otázka zkoumá, jestli si respondenti myslí, že je možné užívat nelegální návykové látky rekreačně. 30 respondentů odpovědělo (tedy více, ale pouze o jednoho), že si myslí, že užívat nelegální návykové látky rekreačně nelze, 29 respondentů odpovědělo, že si myslí, že to možné je.

20. Myslíte si, že existují faktory zvyšující pravděpodobnost rizikového užívání návykových látek? Pokud ano, vypište v případě zájmu ty, které jsou podle Vás nejčastější.

Dvacátá otázka byla otevřená a odpověď na ni dobrovolná. Přesto na ni 31 z 59 respondentů relevantně odpovědělo. Níže nejsou vypsány jen odpovědi, kde respondent uvedl pouze například „?“ či „Nevím“.

Dále jsem také u odpovědí na otázky 20 až 22 záměrně pro zachování autenticity opravila pouze chyby, které výrazně ztěžovaly srozumitelnost odpovědí (chybějící háčky a čárky, či vynechaná písmena ve slovech).

Relevantní odpovědi respondentů:

Respondent č.1: Špatné rodinné prostředí, trauma

Respondent č.3: Špatné zázemí, kontakt se závislými, emočně slabší lidé

Respondent č.4: Sociální bublina, rodina

Respondent č.6: Nuda

Respondent č.7: Ano, pokud užívá nelegální látky již rodič. Může to také souviset s traumatizujícím dětstvím.

Respondent č.8: Je jich nespočet, záleží na typu člověka a jeho schopnosti pracovat s návykovými látkami, případně jejich užíváním. Podle mých zkušeností patří mezi některé: rodina, zázemí, vývoj jedince, genetika, jednoznačně postoj společnosti k péči o závislé, nebo na jejím vztahu k problematice závislostí. Málo ambulantních, preventivních programů.

Respondent č.12: Stres, věk, situace v rodině nebo v práci

Respondent č.15: Vrozené dispozice, dědičnost. Míra odolnosti vůči stresu. Vnější faktory (vliv sociální skupiny).

Respondent č.16: Vliv okolního prostředí, problémy v rodině a v práci

Respondent č.17: Stres, nuda (hlavně u mladistvých a dětí), příklad z rodiny, nezáměr rodičů

Respondent č.18: Nekomunikuje a přiblížení tématiky v dětském věku, nepozornost rodičů- hledání své smečky, řešení traumat apod. vedoucí k úniku (k drogám) jinou cestou.

Respondent č.21: Kolektiv lidí

Respondent č.22: Rodinné zázemí - kuřáci. Školní parta. Neinformovanost. Děti/mládež nevidí do budoucna.

Respondent č.23: Rodina, prostředí, kde jedinec vyrůstá, kamarádi. Sociální vrstva, ve které se jedinec nachází (může být i z vysoké sociální vrstvy). Špatný psychologický stav je více náchylný k užívání návykových látek. Nevědomost kam to může vést, zvědavost, tlak na vysoký výkon v pracovním prostředí.

Respondent č.24: Soc. zázemí, zvědavost, neznalost sebe sama, parta...

Respondent č.25: Nedostatek informací

Respondent č.33: Když se to v jeho okolí normalizuje a vidí to jako jiné obyčejné věci.

Respondent č.34: Vzdělání, výchova, společnost ve které se ten člověk nachází a lidé v jeho blízkém okolí.

Respondent č.36: Psychické problémy, rodinné problémy, nezaměstnanost, atd.

Respondent č.37: Problémy v dětství...týrání, sexuální zneužívání, šikana, úmrtí blízkého člověka, odlišnost...obezita, handicap, nižší sociální postavení

Respondent č.38: Závislost po rodičích pokud je matka nebo otec narkoman či alkoholik.

Respondent č.40: Stres

Respondent č.43: Stres, ztráta práce

Respondent č.44: Zvyšující faktory jsou podle mě velká dostupnost

Respondent č.47: Ano

Respondent č.49: Láska ... to univerzum ... a to obecně

Respondent č.50: Alkohol, stres , patřit do nějakého spolku, prostě to zkusit, útěk z reality , samota a beznaděj...

Respondent č.51: Zvědavost, nuda, typ osobnosti...

Respondent č.53: Vliv rodiny, přátel, osobní problémy, řešení těžkých situací, věk

Respondent č.58: Rodinné předpoklady, lehký ovlivnitelný typ povahy

Respondent č.59: Špatné rodinné zázemí. Nezapadání do kolektivu (škola, práce,...). Touha někam patřit. Dostupnost návykových látek. Neřešení psychických problémů (úzkostí, depresí,...).

21. Co by podle Vás mohlo pomoci zlepšit primární prevenci v oblasti užívání návykových látek? V případě zájmu vypište konkrétní návrhy.

Jednadvacátá otázka byla otevřená a odpověď na ni dobrovolná. Přesto na ni 21 (méně než u předchozí otevřené otázky) z 59 respondentů relevantně odpovědělo. Níže nejsou vypsány jen odpovědi, kde respondent uvedl pouze například „?“ či „Ne-vím“.

Relevantní odpovědi respondentů:

Respondent č.1: Povědomí veřejnosti.

Respondent č.4: Informovanost

Respondent č.6: Lepší dostupnost sportovních aktivit nebo jiných zájmů pro děti a mladistvé

Respondent č.7: Možná větší osvěta pro rodiče,co se týká příznaků. Aby dokázali lépe rozeznat,že jejich dítě něco bere.

Respondent č.10: Vést lidi k práci se svými bloky. Z nich teprve vznikají všechny další závislosti.

Respondent č.15: Lepší dostupnost kvalitní psychologické a psychiatrické péče, hlavně u dětí a mladistvých.

Respondent č.16: Větší informovanost, otevřená diskuse v rodinách.

Respondent č.18: Pozornost a edukační programy včetně názorných ukázek drogově závislých, Komunikace otevřená, fokus na péči o dětskou psychiku..

Respondent č.22: Každý by měl povinně projít Revolution Train, vidět co se může stát z člověka na drogách. Seminář s lidmi co si tím prošli.. Lékařské záznamy jak se drogy podepíšou na orgánech.

Respondent č.23: Zákony, které by neumožňovaly návykové látky dostupné a netolerování hlavně drogově závislých v běžné společnosti. Je velmi náročné jít s dětmi po ulici, když si drogově závislý dá dávku v klidu přímo před námi a na dětských hřištích se válí stříkačky. Pokud se takto pomoc závislým bude neustále poskytovat, bude to horší. Bude to dělat čím dál víc lidí, protože o ně bude přeci postaráno. Důkazem taky je, že už se to děje. Závislých je víc a víc.

Respondent č.24: Nesnadná dostupnost drog

Respondent č.25: Informovanost, legalizace

Respondent č.28: Více informovat lidí co drogy doopravdy dělají, jaké mají účinky a případně následky.

Respondent č.34: Přednášky na základních školách, dostatečná medializace kampaní a projektů zaměřených na tuto problematiku (stejně jako jsou hodně rozšířené projekty ohledně šikany a kyberšikany). Způsobů je mnoho.

Respondent č.43: Programy na školách, programy pro občany

Respondent č.44: Nezlegalizování

Respondent č.49: Pravda. Ne hysterie.

Respondent č.51: Více peněz do prevence. Přednášková činnost vyléčených uživatelů.

Respondent č.55: Více pohovorů, workshopů do škol-klidně již 5. třída

Respondent č.57: Urcite je potrebne vela o uzivateloch drog hovorit. Vela osvety, ukazovat ludom pripady ako uzivatelia drog dopadli ako i pricinny preco drogy zacali brat

Respondent č.59: Zlepšit mezilidské vztahy

22. Co by podle Vás mohlo pomoci v řešení negativních důsledků užívání návykových látek? V případě zájmu vypište konkrétní návrhy.

Dvaadvacátá otázka byla otevřená a odpověď na ni dobrovolná. Přesto na ni 22 z 59 respondentů relevantně odpovědělo. Níže nejsou vypsány pouze odpovědi, kde respondent uvedl pouze například „?“ či „Nevím“.

Relevantní odpovědi respondentů:

Respondent č.1: Více léčebných komunit, pomoci v dalším životě, například začlenění do společnosti, zaměstnání

Respondent č.2: Edukace

Respondent č.4: Přestat Léčit Nahradit

Respondent č.7: Za mě jakákoli forma psychoterapie, aby se dokázalo odhalit, proč k tomu užívání dochází/ došlo v první řadě.

Respondent č.8: Postoj společnosti, rodina

Respondent č.10: Řešit důsledky je nekončící boj, který nikdy nepřinese opravdu uspokojivý výsledek. Důležité je řešit příčinu.

Respondent č.13: Určitě více se o tom bavit a říkat příklady, co se vše může stát.

Respondent č.15: Vše, co jste jmenovali na začátku dotazníku - na začátku substituční léčba, terapie, podpůrné soc. a psych. programy pro celé rodiny.

Respondent č.16: Širší existence služeb, které pomáhají závislým. Umožnění návratu do společnosti po léčbě, lepší následné začlenění

Respondent č.17: Menší benevolence

Respondent č.18: Terapie, rozklíčovat původní důvod, najít nový smysl života, zařazení do běžného života, komunity, podpora talentu apod.

Respondent č.19: Vést mládež k lepším věcem. Bez cenzury ukázat ve školách důsledky ale nezakazovat (zakázané ovoce nejlépe chutná). Nezlegalizovat většinu návykových látek.

Respondent č.22: Dostupná péče, informace kde tu péči lze dostat. I jako rodič dospělého uživatele mít možnost ho umístit pro pomoc.

Respondent č.23: Jak jsem psala, vůbec by nemělo být těmto lidem pomáháno, pokud nechtějí přestat. Výměna stříkaček zadarmo, rady, péče....Zmiňuji převážně drogově závislé. Jakmile se toto zjistí, člověk by měl být převezen do areálu do přírody a měl by začít pracovat. Podpora na ulicích k ničemu nevede. Drogově závislý nepřestane.

Respondent č.24: Izolace jedince

Respondent č.25: Harm reduction

Respondent č.27: Aby návykové látky nebyly vůbec.

Respondent č.30: Preventivní programy a částečná legalizace, tedy legalizace kontrolovaná státem u vybraných látek. Ne všechny látky jsou akceptovatelné.

Respondent č.34: Terapie, sport a pohyb, podpora blízkého okolí, ale i veřejnosti, změna životního stylu.

Respondent č.38: Větší medializace toho kam jít když jsem narkoman a chci pomoci, nikde na to nevidím žádnou reklamu, jako člověk si to vygooglí, ale určitě to víc zařadit jako diskuze na školách a kdyby se děti šly podívat popř. do léčebny a stacionáře.

Respondent č.43: Prevence, programy, informovanost

Respondent č.49: Ibogainové kliniky

Závěr

V teoretické části bakalářské práce jsem se věnovala jednotlivým složkám systému péče o uživatele návykových látek, které jsem rozdělila do dvou kapitol. První kapitola se zabývala nízkoprahovými službami, kontaktní prací, přístupy Public Health a Harm Reduction a v závěru zahraniční praxi aplikačních místností. Nedostupnost aplikačních místností v České republice vnímám jako veliký nedostatek v systému péče, zvláště když dlouholeté monitorování těchto služeb prokázalo jejich pozitivní vliv na zmírňování hned několika negativních jevů spojených s nitrožilním užíváním nelegálních návykových látek a jejich schopnost oslovení části klientely, která je pro ostatní služby téměř „nezachytitelná“. V druhé kapitole jsem se soustředila na služby pro uživatele návykových látek zaměřené na léčbu závislostí a abstinenci. Do těchto služeb patří lékařská ambulantní péče o závislé, denní stacionáře, detoxifikační jednotky, střednědobá ústavní léčba, terapeutické komunity, následná péče a doléčovací programy a substituční léčba. Tyto služby provází klienty v celém procesu léčby závislostí a podporují je i v následném přijetí abstinence jako součásti jejich života a ve společenském fungování.

Tvorbu teoretické části ztěžovalo velice obtížné hledání odborných literárních zdrojů (obzvláště těch tištěných), ze kterých by se dalo čerpat. Většina knih je staršího data a tím pádem často obsahují i informace, které již nejsou aktuální a zahrnují v sobě stereotypy o problematice a cílové skupině uživatelů návykových látek, kterým jsem se ve své práci snažila vyhnout. Proto jsem nakonec velkou část nalezených knižních zdrojů nemohla použít. Ačkoliv bylo původním cílem věnovat se celé problematice více do hloubky, i výsledný základní přehled systému péče hodnotím jako přínosný.

Pro praktickou část bakalářské práce jsem realizovala dotazníkové šetření laické veřejnosti, jehož hlavním cílem bylo zjistit, do jaké míry jsou respondenti obeznámeni o existenci jednotlivých složek systému péče o uživatele návykových látek. Dále výzkum obsahoval několik vedlejších cílů, z důvodu prostoru pro kladení širšího spektra otázek. V závěru dotazníku mohli respondenti dobrovolně odpovědět na

tři otevřené otázky. Odpovědi na otázky zahrnovaly i několik úplně rozdílných názorů, což jsem samozřejmě očekávala již při tvorbě dotazníku a ukázat právě diverzitu pohledů na problematiku bylo jedním z cílů

Seznam použité literatury

BEDNÁŘOVÁ, Z. a PELECH, L., *Slabikář sociální práce na ulici*. Doplněk, 2003, ISBN 80-7239-148-8.

Darmoděj, o.s., *Manuál pro pracovníky v sociálních službách pracující s osobami závislými na návykových látkách a s návykovým jednáním*. Jeseník, 2013, ISBN neuvedeno.

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost. *Zaostřeno na drogy: 04/15 Aplikační místnosti: Přehled informací o intervenci a jejích výsledcích*. Úřad vlády České republiky, 2015, ISSN 2788-2594. Dostupné z: [04/15 Aplikační místnosti: Přehled informací o intervenci a jejích výsledcích - drogy-info.cz](https://drogy-info.cz/04/15-Aplikační-místnosti-Přehled-informací-o-intervenci-a-jejích-výsledcích)

FISCHER, S. a ŠKODA, J., *Sociální patologie*. Grada, 2009, ISBN 978-80-247-2781-3.

GOSSOP, M., *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog*. Úřad vlády ČR, 2009, ISBN 978-80-87041-81-9.

Harm Reduction International. *Global Overview 2023*. https://hri.global/wp-content/uploads/2023/11/HRI_global-overview_2023_FINAL.pdf.

CHOMYNOVÁ, P., DVOŘÁKOVÁ, Z., GROHMANNOVÁ, K., ORLÍKOVÁ, B., GALANDÁK, D., ČERNÍKOVÁ, T. *Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2023*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2024, ISBN 978-80-7440-336-1.

JANÍKOVÁ, B. *Aplikační místnosti. Zaostřeno na drogy* [online]. 2011. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/zaostreno-na-drogy/2011-zaostreno-na-drogy/01-11-aplikacni-mistnosti/>

KAISEROVÁ, I., DROBIL, O., KUTÁLKOVÁ, P., MATOUŠEK, P., VAŠAT, J., *Kontaktní práce v teorii i praxi*. MAKAI atelier, s.r.o., 2022, ISBN 978-80-11-01945-7.

KALINA, K., *Drogy a drogové závislosti 1*. Úřad vlády ČR, 2003, ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K., *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády ČR, 2003, ISBN 80-86734-05.

KALINA, K. a kol., *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Úřad vlády ČR, 2001, ISBN 80-238-8014-4.

KLÍMA, P., *Kontaktní práce*. Česká asociace streetwork, 2009, ISBN 978-80-254-4001-8.

Kolektiv autorů sdružení SANANIM. *Drogy - otázky a odpovědi*. Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-223-2.

MÁTEL, A., *Teorie sociální práce I*. Grada, 2019, ISBN 978-80-271-2220-2.

MATOUŠEK, O., *Slovník sociální práce*. Portál, 2003, ISBN 80-7178-549-0.

NEDĚLNÍKOVÁ, D. e. a., *Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2006, ISBN neuvedeno.

SIMOENS, S., SABBE, B., De MAESENEER, J., & ANNEMANS, L. (2021). *A comprehensive approach to understanding substance use disorder and recovery: Former patients' experiences and reflections on the recovery process four years after discharge from SUD treatment*. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*. <https://doi.org/10.1007/s40737-021-00233-9>

Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP. *Standard substituční léčby* (verze 3.3.) [Online]. 2020. Dostupné z: https://smncls.cz/wp/wp-content/2020/10/SSL_3.3.pdf

Vláda České republiky. (2023). *Seznam a definice výkonů: metodika revize 2-3*. Dostupné z: https://vlada.gov.cz/assets/ppov/zavislosti/vyrocnizpravy/Seznam-a-definice-vykonu_metodika_revize-2-3_zari-2023_v02.pdf

ZEMANOVÁ, M. *Legalizace aplikačních místností v ČR jako součást prevence drogové trestné činnosti* [online]. Hradec Králové, 2024 [cit. 2024-08-01]. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta. JUDr. Miroslav Antl. Dostupné z: <STAG101724.pdf> (theses.cz).

Seznam příloh:

Příloha č.1: Otázky použité v dotazníku

Otázky použité v dotazníku:

1. Do které věkové kategorie spadáte?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Máte nějaké osobní zkušenosti s nelegálními návykovými látkami?
4. Slyšel/a jste někdy o terénních programech pro uživatele návykových látek?
5. Slyšel/a jste někdy o nízkoprahových kontaktních centrech pro uživatele návykových látek?
6. Slyšel/a jste někdy o lékařské ambulantní péči pro drogově závislé?
7. Slyšel/a jste někdy o denních stacionářích pro drogově závislé?
8. Slyšel/a jste někdy o detoxifikačních jednotkách?
9. Slyšel/a jste někdy o střednědobé ústavní léčbě pro drogově závislé?
10. Slyšel/a jste někdy o terapeutických komunitách pro drogově závislé?
11. Slyšel/a jste někdy o následné péči doléčovacích programech pro drogově závislé?
12. Slyšel/a jste někdy o substituční léčbě?
13. Znáte osobně někoho, kdo využil nebo využívá služby pro uživatele návykových látek?
14. Využili jste někdy vy sami služeb pro uživatele návykových látek?
15. Myslíte si, že jsou služby zaměřené na "Harm Reduction" prospěšné pro celou společnost?
16. Myslíte si, že jsou služby zaměřené na léčbu drogových závislostí prospěšné pro celou společnost?
17. Myslíte si, že je alkohol méně nebezpečný, než nelegální návykové látky?
18. Souhlasil/a byste s legalizací všech aktuálně nelegálních návykových látek?
19. Myslíte si, že je možné užívat nelegální návykové látky rekreačně?
20. Myslíte si, že existují faktory zvyšující pravděpodobnost rizikového užívání návykových látek? Pokud ano, vypište v případě zájmu ty, které jsou podle Vás nejčastější.
21. Co by podle Vás mohlo pomoci zlepšit primární prevenci oblasti užívání návykových látek? V případě zájmu vypište konkrétní návrhy.
22. Co by podle Vás mohlo pomoci v řešení negativních důsledků užívání návykových látek? V případě zájmu vypište konkrétní návrhy.