

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**Pedagogická fakulta**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**2010**

**Lucie Melzerová**

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

**Nízkoprahová zařízení  
pro osoby závislé  
na návykových látkách**

Autor: Lucie Melzerová

Vedoucí práce: Doc. PaedDr. Eva Šotolová, Ph.D.

Praha 2010

Charles University in Prague

Faculty of Education

Special Education Department

**Low-threshold institutions  
for persons dependent  
on addictive substances**

Author: Lucie Melzerová

Labor Leader: Doc. PaedDr. Eva Šotolová, Ph.D.

Prague 2010

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s použitím odborné literatury a pramenů uvedených v seznamu, který tvoří přílohu této práce.

V Praze 08.04.2010

.....

Lucie Melzerová

## **Poděkování**

Děkuji tímto Doc. PaedDr. Evě Šotolové, Ph.D. za cenné připomínky, rady a čas, který mi věnovala při vypracování diplomové práce.

## **Anotace**

Diplomová práce se zabývá výchovně léčebnými přístupy k osobám závislým na návykových látkách, konkrétně nízkoprahovými programy pro drogově závislé.

V teoretické části jsou definovány pojmy Public Health, Harm Reduction, nízkoprahová zařízení a podrobně rozebrány jsou internetové a telefonické poradny, kontaktní centra a streetwork. Práce celkově je zaměřena především na nízkoprahové programy, jejich historii, odborný tým a klienty.

Empirická část se dotýká života drogově závislých a jejich „drogové kariéry“, která se promítá do oblastí jako jsou rodinné a partnerské vztahy, zdraví, bydlení, finanční situace, kriminalita, pokusy o léčbu a další. Informace byly získávány na základě dotazníkového šetření a informací získaných z přímých zkušeností s klienty.

## **Klíčová slova**

historie nízkoprahových zařízení, internetové poradenství, kontaktní centra, nízkoprahovost, protidrogová politika, přístup Harm Reduction, přístup Public Health, telefonické poradenství, terciární prevence, streetwork, výměnné programy ve věznicích, zdravotní politika

## **Annotation**

This thesis deals with education and treatment approaches for persons dependent on addictive substances, specifically low-threshold programs for drug addicts.

In the theoretical part of the defined terms Public Health, Harm Reduction, low-threshold institutions are discussed in detail online and telephone counseling centers, contact centers and street work. Work is generally focused on low-threshold programs, their history, professional team and clients.

The empirical part is touching lives of drug addicts and their "drug career", which is reflected in areas such as family and partner relationships, health, housing, financial situation, crime, attempts at treatment, and more. Information was obtained on the basis of questionnaires and information gained from direct experience with clients.

## **Key word**

history of low-threshold institutions, internet consulting, contact centers, low threshold, drug policy, access Harm Reduction, access Public Health, telephone counseling, tertiary prevention, street work, exchange programs in prisons, health policy

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>1. PROTIDROGOVÁ POLITIKA</b> .....	<b>11</b>
<b>1.1. Zdravotní politika</b> .....	<b>13</b>
<b>1.2. Terciární prevence</b> .....	<b>15</b>
<i>1.2.1. Přístup Public Health (PH)</i> .....	<i>16</i>
<i>1.2.2. Přístup Harm Reduction (HR)</i> .....	<i>16</i>
<i>1.2.3. Nízkoprahová zařízení</i> .....	<i>19</i>
<b>2. HISTORIE NÍZKOPRAHOVÝCH ZAŘÍZENÍ</b> .....	<b>21</b>
<b>2.1. Historie metody streetwork</b> .....	<b>22</b>
<i>2.1.1. Historie Harm Reduction a výměnných programů ve věznicích</i> .....	<i>24</i>
<b>2.2. Historie kontaktních center</b> .....	<b>25</b>
<b>3. TELEFONICKÉ A INTERNETOVÉ PORADENSTVÍ</b> .....	<b>1</b>
<b>3.1. Krizová intervence</b> .....	<b>3</b>
<b>4. STREETWORK</b> .....	<b>5</b>
<b>4.1. Streetwork ve věznicích</b> .....	<b>9</b>
<b>4.2. Tým terénního programu</b> .....	<b>11</b>
<b>5. K-CENTRA</b> .....	<b>13</b>
<b>5.1. Tým K-centra</b> .....	<b>15</b>
<b>6. SANANIM</b> .....	<b>16</b>
<b>6.1. Streetwork</b> .....	<b>17</b>
<b>7. DROP IN</b> .....	<b>19</b>
<b>7.1. Nízkoprahové středisko</b> .....	<b>19</b>
<i>7.1.1. Cíl šetření</i> .....	<i>21</i>
<i>7.1.2. Charakteristika souboru</i> .....	<i>21</i>
<i>7.1.3. Metody šetření</i> .....	<i>23</i>
<i>7.1.4. Interpretace výsledků šetření</i> .....	<i>23</i>
<i>7.1.5. Závěr šetření</i> .....	<i>36</i>
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>40</b>
<b>RESUMÉ</b> .....	<b>43</b>



<u>SUMMARY.....</u>	<u>44</u>
<u>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</u>	<u>45</u>
<u>SEZNAM PŘÍLOH.....</u>	<u>48</u>
<u>Kodex práv klienta (DROP IN).....</u>	<u>48</u>

## ÚVOD

Téma nízkoprahová zařízení pro osoby závislé na návykových látkách jsem si vybrala proto, že mě drogová problematika zajímá a měla jsem i možnost se s tématem více seznámit díky stážím, které jsem absolvovala. Navíc je to velmi aktuální problém, takže informací není nikdy dost.

V teoretické části jsou vymezeny nejdůležitější pojmy, které se tohoto tématu týkají a specifikovány konkrétní nabízené služby.

V praktické části je především představena klientela Nízkoprahového střediska DROP IN, konkrétně nastíněna práce zařízení a také přiblížena práce streetworkerů z terénních programů SANANIM.

Pojmy jako je drogová závislost, typy drog, primární či sekundární prevence a podobné oblasti, které se přímo netýkají vybraného tématu nebudou v této práci rozebírány. Zaměříme se pouze na to, s čím téma této diplomové práce úzce souvisí. Okrajově se dotkneme například protidrogové politiky, dále terciární prevence, historie, zaměříme se na přístup Public Health a Harm Reduction, ze kterých dané programy a zařízení vycházejí, a dále podrobněji přiblížíme zařízení a služby, které sem díky nízkoprahovosti patří (telefonické a internetové poradny, Streetwork, K-centra).

Toto téma se velmi úzce vztahuje ke speciální pedagogice, a to od primární, přes sekundární, až po terciární prevenci. V těchto službách a programech velmi často pracují právě i speciální pedagogové.

Drogová problematika je neustále velmi diskutovanou oblastí. Je problémem globálním (potýká se s ní celý svět) a historickým (návykové látky a závislosti tu vždy byly, jsou a budou, není možné se jich zbavit, vymýtit je).

*„Užívání drog poškozuje zdraví a kvalitu života nejenom uživatelů drog, jejich blízkým, ale v důsledku negativních zdravotních, sociálních, ekonomických a bezpečnostních dopadů, které s užíváním drog souvisejí, ohrožuje i zdravý vývoj společnosti. Užívání drog představuje závažné riziko: změny základních životních hodnot, oslabování vůle, narušování mezilidských vztahů a rozklad rodin, ohrožení pořádku ve městech, veřejného zdraví a bezpečnosti, nárůst společenských nákladů obecně.“ (Kalina, 2003, s.25)*

Pokud budeme podle Miovského (2002) vycházet z bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislostního užívání nelegálních drog (resp. příčin tohoto chování), můžeme na stejném modelu hledat i jeho důsledky. Dlouhodobé užívání drog má vliv na fyzické zdraví jedince, na jeho psychiku a na jeho sociální fungování. *„Propad v sociálním fungování však není zpravidla důvodem k opuštění od užívání drog, ale naopak jakýmsi hnacím motorem pro další prohlubování závislosti. Závislý člověk si částečně uvědomuje důsledky svého života na drogách a jedinou možností jak redukovat nepříjemné pocity s tím spojené, je další užívání návykových látek. To však jen prohlubuje sociální propad. Uživatel postupně ztrácí kontakt s „normálním světem“. Sociální vazby jsou postupně přetrhávány.“ (Miovský, 2002, s.61)* Právě proto by tu měla fungovat nízkoprahová zařízení, která navazují kontakt s takovými lidmi a nabízejí jim své služby. Důležité je, aby byla pro každého potřebná pomoc kdykoli dostupná, protože šance, že se z drog dostane, existuje vždy a nikdy není všechno ztraceno.

Základním předpokladem pro tuto práci je tzv. pragmatický přístup k uživatelům návykových látek. Tento přístup umožňuje práci s klienty ve všech stupních drogové závislosti, akceptuje i uživatele drog a drogově závislé, kteří nejsou ochotni a schopni úplně abstinovat. Předpokládá se, že celé řadě komplikací spojených s užíváním drog se dá zabránit, pokud se podaří uživatele oslovit a ovlivnit. Vychází se z toho, že většina lidí, kteří zneužívají drogy, jsou motivováni k tomu, aby se svou životní zkušeností něco dělali až poté, co zjistí, že už jim drogy nedávají to co dříve, nebo že jejich negativní prožitky v souvislosti s užíváním návykových látek převažují nad prožitky pozitivními. A je důležité, aby v této chvíli ještě byli schopni po psychické i zdravotní stránce nějaké změny.

# 1. PROTIDROGOVÁ POLITIKA

*„Protidrogová politika je komplexní a koordinovaný soubor preventivních, vzdělávacích, léčebných, sociálních, regulačních, kontrolních a dalších opatření včetně vymáhání práva uskutečňovaných na mezinárodní, národní, krajské a na místní úrovni. Jejich konečným cílem je snížit užívání všech typů drog a/nebo potencionální rizika škody, které jednotlivcům a společnosti mohou v důsledku jejich užívání nastat.“ (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2005, s.13)*

Podle Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (2006) se v Evropě stále uplatňuje řada různých přístupů k drogové problematice, které lze rozčlenit do tří základních typů:

- a) terapeutický model považuje závislost na drogách především za nemoc a zaměřuje se na její léčbu a vyléčení; má k drogové problematice primárně symptomatický přístup
- b) cílem modelu sociální kontroly je bezdrogová společnost, klade důraz na abstinenci; klíčovým nástrojem národní drogové politiky je sociální kontrola a represe
- c) model omezování škod akceptuje užívání drog jako sociální realitu; na závislost na drogách je pohlíženo jako na přechodnou fázi v životě dané osoby a cílem omezování škod je pomoci tuto fázi překonat bez poškození nebo alespoň poškození v maximální možné míře redukovat.

Zřídka se ale tyto modely vyskytují takto odděleně. Většina států zpravidla kombinuje výše uvedené přístupy, i když některý z nich může převažovat.

Vláda ČR jako účinnou strategii k řešení problémů spojených s užíváním drog uznává komplexní, multidisciplinární a vyvážený přístup. Národní strategie

protidrogové politiky na období 2005-2009 popisuje tento přístup jako takový, „který vychází ze široké celospolečenské, meziresortní, mezioborové a mezisektorové spolupráce na všech úrovních a je postavený na komplexním, výzkumem podloženém a vyváženém uplatňování tří základních strategií moderní protidrogové politiky. Těmi jsou snižování nabídky drog (kontrola prodeje a distribuce legálních a potlačování nezákonné distribuce ilegálních drog), snižování poptávky po drogách (primární prevence, léčba a resocializace uživatelů) a snižování rizik s jejich užíváním spojených (HR). Tyto strategie jsou vzájemně nezastupitelné a doplňují se.“ (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2005, s.14) Protidrogovou politiku proto i nadále tvoří čtyři základní pilíře – primární prevence, léčba a resocializace, snižování rizik a snižování dostupnosti drog.

Národní strategie protidrogové politiky na období 2005-2009, schválená usnesením vlády č. 1305/2004, je v pořadí čtvrtou strategií za dobu existence České republiky. „Národní strategie protidrogové politiky 2005 až 2009 je klíčový dokument vlády ČR, který aktualizuje předcházející strategie v souladu se současným stavem vědeckého poznání o fenoménu užívání drog, o jeho důsledcích a o účinných řešeních s ním souvisejících problémů. Vláda v něm definuje základní východiska a směry řešení problému užívání drog a doporučený základní rámec pro tvorbu a uskutečňování protidrogových strategií všech článků veřejné správy na úrovni resortů, krajů a obcí.“ (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2005, s.8)

Podle Sekretariátu Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky má Národní strategie protidrogové politiky na období 2005-2009 následující funkce:

- vytyčit základní principy a cíle a stanovit priority národní protidrogové politiky ČR pro všechny články veřejné správy a občanské společnosti
- vymezit institucionální a organizační rámec protidrogové politiky i odpovědnosti a kompetence všech hlavních článků veřejné správy v ní
- nabídnout institucím a organizacím zapojeným do realizace národní protidrogové politiky, aby si našly své místo a roli při naplňování protidrogové strategie

- propojovat veřejnou správu, státní i nestátní, dobrovolnické i svépomocné organizace na všech úrovních realizace protidrogové politiky
- pro potřeby spolupráce na národní i na mezinárodní úrovni informovat o podobě, cílech a o prioritách směřování národní protidrogové politiky ČR.

V roce 2009 bude vyhodnocena realizace národní strategie 2005-2009. Na základě tohoto hodnocení bude připravena strategie protidrogové politiky na období od roku 2010.

Klíčovými partnery institucí veřejné správy jsou odborné společnosti a nestátní neziskové organizace. Dvě nejvýznamnější organizace v ČR jsou Společnost pro návykové nemoci České lékařské společnosti J.E.Purkyně a A.N.O. Asociace nestátních organizací zabývajících se prevencí a léčbou drogových závislostí. Podílejí se především na plánování a realizaci opatření a aktivit protidrogové politiky, na jejich vyhodnocování a na zvyšování kvality a efektivity jimi provozovaných služeb, jež jsou finančně zajišťovány z veřejných zdrojů. Současně provozují jednotlivé služby prevence, léčby a resocializace a snižování rizik spojených s užíváním drog, které tvoří komplexní systém nabídky pomoci různým cílovým skupinám ohroženým užíváním drog.

## **1.1. Zdravotní politika**

S protidrogovou politikou velmi úzce souvisí i veřejná zdravotní politika. Dva z největších problémů veřejné zdravotní politiky, kterým čelí všechny společnosti, spolu souvisejí: jedná se o epidemii HIV/AIDS a pandemií škodlivého užívání psychoaktivních látek (např. alkohol a ilegální drogy). Přes výrazný nárůst povědomí o HIV/AIDS a poznatků o tom, jak lze omezit jeho přenos, se virem HIV na světě nakazí stále velmi mnoho lidí (viz příloha č. 1, příloha č. 2).

Rada EU v doporučení (2003) navrhla členským státům následující cíle:

- Členské státy by pro dosažení vysoké úrovně ochrany zdraví měly učinit cílem veřejné zdravotní politiky prevenci drogové závislosti a snížení souvisejících rizik a v souladu s tím vypracovat a provádět komplexní strategie.

- Členské státy by měly s cílem výrazně snížit výskyt zdravotních poškození spojených s drogami (jako jsou HIV, žloutenka typu B a C, tuberkulóza) a počtu úmrtí souvisejících s drogami zajistit dostupnost celé řady různých typů služeb a zařízení zaměřených zejména na snížení rizik, jako nedílné součásti komplexní strategie prevence a léčby drogové závislosti.
- Členské státy by měly zvážit vypracování vhodného systému evaluace, určeného ke zvýšení účinnosti a efektivity prevence drogové závislosti a snížení zdravotních rizik souvisejících s drogami.

*„Globální postoj k řešení epidemie HIV zaznamenal zásadní posun směrem k masivnímu nárůstu intervencí v oblasti prevence, léčby a péče. Významným krokem v tomto směru byl především bezprecedentní úkol, který si vytyčilo světové společenství při Zvláštním zasedání Organizace spojených národů o HIV/AIDS v roce 2001 a jehož cílem je do roku 2015 zastavit a zvrátit epidemii HIV/AIDS. Aby měl tento projekt co největší dosah, byly na jeho financování vyčleněny další prostředky ze Světového fondu pro boj proti HIV/AIDS, tuberkulóze a malárii.“ (Světová zdravotnická organizace, 2005, s.11)*

Předpokladem všech komplexních a účinných programů prevence HIV je zpřístupnění sterilních injekčních jehel a stříkaček injekčním uživatelům návykových látek a propagace jejich používání. Pro tento účel byla vypracována široká škála opatření (např. programy výměny injekčních jehel a stříkaček, strategie dezinfekce opětovně používaných nebo sdílených jehel a stříkaček, jejich distribuce, prodej nebo výměna v lékárnách, distribuce ve výdejních automatech nebo jinou formou, programy na podporu vhodnějšího způsobu likvidace použitých injekčních jehel a stříkaček). Značné úsilí bylo vynaloženo rovněž na zvyšování informovanosti, změnu postojů a omezování rizikového chování. Ke snížení rizika ale nedojde, pokud zpřístupnění sterilního injekčního náčiní nebude doprovázeno také snahou o změnu chování. *„Dokud se nepodaří vyvinout účinnou a široce dostupnou vakcínu proti HIV, zůstanou nejúčinnějším dostupným nástrojem zabraňujícím šíření tohoto viru v rámci komunity injekčních uživatelů drog (i mimo ni) i nadále opatření, jejichž cílem je zvýšení dostupnosti*

*sterilních injekčních jehel a stříkaček.“ (Světová zdravotnická organizace, 2005, s.13)*

## **1.2. Terciární prevence**

Jak píše Hejda (2000), vláda v oblasti terciární prevence iniciuje a podporuje programy zaměřené na minimalizaci zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog, především pak programy prevence šíření infekčních onemocnění mezi uživateli návykových látek (HIV, hepatitida A, B, C). Podporuje také vznik dlouhodobých resocializačních programů a programů následné péče pro závislé osoby. Rozvíjí také síť sociálních asistentů zaměřených na práci v terénu a sociální práci s rizikovou mládeží.

Pod pojmem terciární prevence v drogové problematice rozumíme předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání návykových látek.

*„V tomto smyslu je terciární prevencí:*

- a) resocializace či sociální rehabilitace u klientů, kteří prošli léčbou vedoucí k abstinenci nebo se zapojili do substituční léčby a abstinují od nelegálních drog,*
- b) intervence u klientů, kteří aktuálně drogy užívají a nejsou rozhodnutí užívání zanechat, souborně zvané Harm Reduction.“ (Kalina, 2003, s.147)*

Terciární prevence využívá zejména přístupů z úrovně sociální pomoci (chráněné zaměstnání, zdravotní pojištění, chráněné bydlení, právní poradenství apod.), dále zdravotní pomoci (předcházení vážným přenosným onemocněním, poskytování informací o možných komplikacích typu abscesů, flebitid a trombóz žilního systému, včetně léčby těchto komplikací u postižených jedinců) a také psychologické pomoci (komplex doléčovacích aktivit, individuální a skupinové poradenství, motivační trénink, prevence relapsu, rodinné poradenství a edukace rodiny).

*„Za významnou považujeme i psychologickou podporu v terminálních fázích vývoje závislosti, kdy medicínská pomoc již selhává, nebo není jedincem*

*akceptovaná. Zvláštní úlohu pak vidíme v pomoci nemocným s terminálním vývojem choroby AIDS a umírajícím. V tomto aspektu se propojuje psychologická pomoc s dimenzí spirituální, jejíž snahou je najít smíření s fyzickou smrtí.“ (Kalina, 2003, s.148)*

### **1.2.1. Přístup Public Health (PH)**

Přístup ochrany veřejného zdraví – Public Health – vychází z epidemiologie, sociologie a veřejné politiky. Nesleduje ani tak zájem individuálního klienta, jako ochranu populace, především před přenosem závažných infekčních chorob (AIDS, hepatitidy B a C). Problém jednotlivce je zde chápán jako problém celku. Tento přístup vznikl a vyvíjel se v souvislosti se šířením viru HIV. Cílem bylo snížit riziko šíření HIV plynoucí z injekčního užívání drog a rizikového sexu. *„Tento cíl má daleko širší význam než jen ochrana problémových uživatelů drog: je to právě rizikový sex, který překračuje hranice mezi drogovou komunitou a širší společností a jeho prostřednictvím může docházet k šíření virových infekcí do nedrogové populace.“ (Kalina, 2003, s.264)*

Z tohoto přístupu vznikly postupy jako výměna jehel a stříkaček, distribuce kondomů a edukačních materiálů (vzdělávání v oblasti bezpečného sexu, nácvik čištění „nádobíčka“), slinové testy na HIV, apod. Public Health vychází z předpokladu, že informovaní klienti mohou na základě svých znalostí sami rozhodnout, co je pro ně nejlepší.

### **1.2.2. Přístup Harm Reduction (HR)**

*„Opatření Harm Reduction jsou důležitým nástrojem ochrany veřejného zdraví, protože opětovné užívání a sdílení jehel nebo jiného vybavení pro přípravu a injekční aplikaci drog je vysoce rizikové z hlediska přenosu viru HIV a hepatitidy C.“ (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006, s.19)*

Světová zdravotnická organizace (WHO) používá pro HR v souvislosti s injekčním užíváním návykových látek tuto definici:

V oblasti veřejného zdraví je termín Harm Reduction užíván pro snahu předcházet negativním zdravotním důsledkům souvisejícím s určitým typem chování nebo tyto důsledky minimalizovat. Cílem Harm Reduction v rámci komplexních



intervencí vztahujících se k injekční aplikaci drog je předcházet přenosu HIV a jiných infekcí, k němuž dochází sdílením nesterilního injekčního vybavení a přípravků určených k výrobě drog.

Základní charakteristikou tohoto pohledu na drogovou závislost je pragmatičnost. HR neusiluje o absolutní eliminaci drog a jejich užívání, které je podle historické zkušenosti neodstranitelné, ale snaží se s ním pracovat tak, aby negativní důsledky takového chování byly co nejmenší. Svým působením se zaměřuje především na stabilizaci životního stylu klienta. Vychází přitom z klientových potřeb. Má na zřeteli zlepšení kvality života, zdravotního stavu a tělesné i duševní pohody.

*„Model Harm Reduction upřednostňuje zdraví a osobní zodpovědnost před perzekucí. Upřednostňuje léčbu ve všech jejích možnostech a to i přístupy založené na totální abstinenci, před kriminalizací závislých. Jakákoliv pozitivní změna směrem ke snížení poškození je považována za krok správným směrem. Model HR má rovněž na zřeteli ochranu celé společnosti před nežádoucími dopady užívání drog a souvisí tedy se strategií ochrany veřejného zdraví (Public Health), která je zaměřená spíše na celou populaci než jedince.“ (Kalina, 2003, s.263-264)*

Ve strategii minimalizace poškození – Harm Reduction – jde především o individuální přístup zaměřený na individuální potřeby a perspektivy klienta. HR nemá za cíl abstinenci klienta od drog. Akceptuje, že klient v dané době užívá drogy a nechce či nemůže přestat (nemá k tomu třeba ani dostatečnou motivaci) a snaží se zachovat klienta při životě a maximálně možném zdraví (v bio-psycho-sociálním smyslu).

Podle Kaliny (2003) jsou poškození, která se snažíme minimalizovat, omezit či zmírnit jejich riziko nebo jim zcela předejít, následující:

- život a zdraví ohrožující infekce, které se šíří sdílením injekčního náčiní při nitrožilní aplikaci drog a nechráněným pohlavním stykem (AIDS, hepatitidy)
- další tělesné komplikace, např. abscesy, záněty, postižení vnitřních orgánů nebo zhroucení jejich funkcí, což je častým důsledkem dlouhodobého nitrožilního užívání nebo nitrožilního užívání látky znečištěné různými příměsemi
- dlouhodobé působení vysokých dávek

- předávkování (může být způsobeno neodhadnutelným množstvím účinné látky v produktech získávaných na nezákonném trhu)
- sociální debakl a ztráta lidské důstojnosti.

*„Politika Harm Reduction neomlouvá užívání nelegálních drog, avšak vychází z toho, že omezit šíření krví přenášených chorob a snížit počet úmrtí z předávkování ve společnosti je naléhavějším úkolem a dosažitelnějším cílem než zastavit užívání nelegálních drog. (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006, s.30)*

Poradenství a edukace v rámci HR zahrnuje rady, návody a vysvětlení, jak drogu aplikovat, jak používat a dezinfikovat náčiní a podobné informace. Tištěné materiály, které tyto informace obsahují, jsou zcela specifické a jejich distribuce musí být omezena na okruh klientů, kterým jsou určeny. Jejich cílem je pomoci uživatelům návykových látek, aby nezačínali s injekční aplikací, aby ji ukončili nebo aby snížili frekvenci injekční aplikace a zvýšili její bezpečnost.

*„Do rámce Harm Reduction patří i v podstatě podávání náhradní drogy (substituce, např. metadon) nebo původní drogy (heroin) pod lékařským dozorem, což omezuje u závislých prostituci a trestnou činnost pro získání drogy či finančních prostředků na ni.“ (Kalina, 2003, s.80)* Tím se ale v této práci nebudeme podrobněji zabývat, protože to nepatří k nízkoprahovým službám.

Harm Reduction uplatňuje nízkoprahový přístup, to znamená, že na klienty nejsou kladeny předběžné a pro ně mnohdy nereálné požadavky (např. aktuální abstinence nebo omezení frekvence či způsobu užívání). Klienty ani neidentifikuje, nezjišťuje jejich národnost. Harm Reduction počítá s prostředím, ve kterém se uživatel drog pohybuje. Jen tak mohou být zvolené intervence účinné. 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 klienty pozitivně přijímány. Naproti tomu: *„tradiční zařízení požadují rozhodnutí k abstinenci jako podmínku nástupu do léčby a abstinenci jako podmínku jejího absolvování. Takové léčebné programy jsou označovány jako „vysokoprahové“. Vzhledem ke svému „vysokému prahu“ (velkým nárokům na klienta) jsou pro mnoho klientů prakticky nedosažitelné.“ (Kalina, 2003, s.265)*

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

I když si v současné době stále více států uvědomuje ekonomický, sociální a zdravotní přínos aktivit Harm Reduction pro společnost i jednotlivce, je politika HR stále viděna jako kontroverzní téma a vedou se o ní diskuze v jednotlivých zemích i v mezinárodním odborném tisku. *„Zastánci HR dokládají, že toto „nezavírání očí“ před realitou užívání drog umožňuje zachránit mnoho životů a průběžně pracovat na motivaci k abstinenci léčbě.“ (Kalina, 2003, s.19)*

### **1.2.3. Nízkoprahová zařízení**

V případě nízkoprahových zařízení pro uživatele návykových látek se jedná o institut tzv. prvního kontaktu s klientem. Podoba a průběh prvního kontaktu jsou velmi zásadní, protože mohou velmi výrazně ovlivnit vytváření klientova postoje k dalším službám v systému péče o uživatele drog. Pokud se například klient při své první návštěvě nízkoprahového zařízení setká s nedostatkem respektu či pochopení ze strany personálu, může to být na dlouhou dobu jeho poslední návštěva v organizaci takového typu. Tím se zvyšuje riziko, že klient nebude v kontaktu s žádným zařízením, což může vést k tomu, že se bude při užívání návykových látek chovat rizikově a ohrožovat tak sebe i své okolí. Je tedy velmi důležité, aby v nízkoprahových zařízeních pracovali zkušení odborníci s dobrými komunikačními dovednostmi.

Cílovou populaci nízkoprahových zařízení tvoří nejen uživatelé drog, ale také jejich rodiče, příbuzní, partneři či jinak blízké osoby. Dolní věková hranice cílové populace je stanovena na 15 let.

Mezi hlavní metody práce nízkoprahových zařízení patří kontaktní práce, poradenské služby, zdravotní služby, služby Harm Reduction (výměnný program injekčního materiálu, informace o bezpečnějším způsobu užívání a bezpečnějším sexu), testování infekčních chorob, hygienický servis, potravinový servis, vitaminový servis, popř. pracovní programy.

Důležitá je především metoda kontaktní práce. „Cílem kontaktní práce je navázat a prohloubit kontakt s uživateli návykových látek a následně je motivovat ke změně rizikového chování. Kromě toho lze prostřednictvím kontaktní práce nabízet kontaktovaným klientům také základní servis k „přežití“, aby po svém případném rozhodnutí pro změnu životního stylu byli co nejméně fyzicky i sociálně zdevastováni.“ (Adiktologie: Nízkoprahová zařízení pro uživatele drog [online]. 2006-2009 [cit. 2010-02-03]. Dostupný z WWW: <http://www.adiktologie.cz/articles/cz/71/640/Nizkoprahova-zarizeni-pro-uzivatele-drog.html>)

Všechny další jmenované služby slouží jako prostředky, které pracovníci nízkoprahových zařízení při kontaktní práci využívají. Kontaktní práci napomáhá především již dříve zmiňovaná nízkoprahovost služby (tj. její dostupnost v čase a prostoru).

## 2. HISTORIE NÍZKOPRAHOVÝCH ZAŘÍZENÍ

*„Přístup Harm Reduction (HR) provází lidskou společnost od jejích počátků, i když definován byl až v 80. letech 20. století v souvislosti s drogovou problematikou (konkrétněji – s novým přístupem k uživatelům drog). V historii najdeme tisíce příkladů toho, jak se lidé snažili snížit poškození a minimalizovat důsledky rizikového chování v různých oblastech lidského života. Jakmile se však filozofie snižování rizik, charakteristická pro lidskou společnost obecně, začala prosazovat ve spojení s drogami a závislostmi obecně, vyvolalo to značné emoce a nesouhlas laické i odborné veřejnosti.“ (Kalina, 2003, s.263)*

Principy HR se uplatňují především ve službách poskytovaných uživatelům drog a podnítily vznik nízkoprahových kontaktních zařízení, výměnných programů a substitučních programů.

Globalizace drogové problematiky přinesla epidemický charakter zdravotních a sociálních důsledků zneužívání drog. Velkou úlohu začal hrát princip HR s nástupem epidemie HIV/AIDS a hepatitidy B a C na počátku 80. let 20. století.

*„Po vypuknutí epidemie hepatitidy B a hepatitidy C (a jak bylo zjištěno později, i HIV) mezi injekčními uživateli drog (IUD) ve skotském Edinburghu v letech 1982 až 1984 se jistý lékárník rozhodl poskytovat těmto uživatelům drog sterilní injekční náčiní; úřady však toto počínání brzy zakázaly.*

*Poté, co vypukla epidemie hepatitidy B mezi IUD v Amsterdamu v roce 1983, požádala jedna z organizací sdružující IUD městské zdravotnické orgány, aby jim začaly poskytovat sterilní injekční náčiní. Tato žádost byla sice zprvu zamítnuta, ale zamítavé rozhodnutí bylo brzy odvoláno, což umožnilo vznik prvního oficiálního programu výměny jehel a stříkaček ve světě. Vzhledem k šířící se pandemii HIV/AIDS bylo brzy zřejmé, že existence tohoto programu je opodstatněná, a krátce na to byly obdobné programy zavedeny i v mnoha jiných*

oblastech světa.“ (Světová zdravotnická organizace, 2005, s.13) Od konce 90. let je strategie HR uváděna jako jeden ze čtyř pilířů evropské drogové politiky.

## 2.1. Historie metody streetwork

Ohlédneme-li se do historie sociální práce na ulici, zjistíme, že tato metoda má hluboké kořeny. Prvotní aktivity jsou patrné již u křesťanských duchovních, kteří se v rámci své pastorační činnosti obraceli k lidem, kteří je potřebovali. Církev poskytovala nejen hmotnou, ale i duchovní oporu.

*„Ve 14. století metodou sociální práce na ulici pracuje Jan Milíč z Kroměříže, který se především věnuje vychovatelské a osvětové činnosti mezi mládeží a „veřejnými nevěstkami“.“ (Bednářová, Pelech, 2000, s. 9)*

Do 20. století prodělal společenský systém vývoj, který změnil jak společenské hodnoty, tak možnosti a projevy životního stylu, na což musely pochopitelně reagovat i prostředky pomoci potřebným. Význam sociální práce a pomoci postupně rostl se zdůrazňováním humanistických principů, lidských práv a svobod. V souvislosti s průmyslovou revolucí se těžiště společenského života přeneslo do měst, kde se vinou životního stylu začalo koncentrovat nejvíce potřebných. Velká města se tím stala centry sociálně patologických jevů. Od těchto trendů se začaly odvíjet i konkrétní formy a metody sociální práce.

Vznik metody sociální práce na ulici (streetwork) je datován na počátek 20. století. *„Streetwork se zrodil v USA jako reakce na selhání tradičních přístupů sociální práce, ke kterému došlo v souvislosti s rychle se šířícím sociálním úpadkem celých městských čtvrtí velkých amerických měst a následkem vzniku gangů dětí a mladistvých.“ (StreetWork: Historie terénní sociální práce [online]. 2006-2010 [cit. 2010-01-023]. Dostupný z WWW: [http://www.streetwork.cz/index.php?option=com\\_content&task=view&id=702](http://www.streetwork.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=702))*

Sociální pracovníci hledali účinné způsoby řešení problémů, a proto opustili instituce a vydali se za klienty přímo do jejich sociálního prostředí. To znamenalo nejen změnu v přístupu ke klientovi, ale i změnu v samotných prioritách, cílech a specifikách sociální práce.

Ve 40. letech se ukázalo jako vhodné zavedení terénních programů pracujících metodou streetwork přímo na ulici. Výkonné pravomoci se přesunuly od státu na obce. Obce začaly zaměstnávat tzv. detašované pracovníky (detached workers – v angličtině je dosud pojem „detached work“ totožný s naším výrazem „streetwork“). Ti kontaktovali skupiny přímo na ulici a snažili se u nich podnítit změnu v jednání a chování.

S nárůstem problematiky band mladých delikventů v 50. a 60. letech 20. století se v USA přikročilo k dalšímu intenzivnímu vývoji terénní sociální práce směrem k rozšíření nabídky mobilních sociálních služeb. Streetwork se začal uplatňovat např. ve specifických klubových scénách.

50. a 60. léta byla charakteristická masovou vlnou obliby konzumace drog, a to zejména psychedelik typu LSD. Konzervativní veřejnost požadovala nastolení pořádku. Terénní práce jako jeden z nástrojů prevence byl odsunut do pozadí a v popředí se ocitla represivní opatření.

V 70. letech se stále ještě setkáváme častěji s represivní strategií. V těchto letech je ale model terénní sociální práce na ulici importován z USA do Evropy.

Na konci 60. a začátkem 70. let se začal v Německu objevovat zájem o zavedení metody sociální práce na ulici – „Straßensozialarbeit“. V oblasti sociální politiky týkající se problematické a rizikové mládeže se začala objevovat nutnost zavedení odlišných metod práce především pro dospívající mládež z tzv. okrajových, patologicky se projevujících skupin. Němečtí odborníci zabývající se touto problematikou podnikli řadu výzkumných pobytů a studijních cest do USA, Nizozemí, Velké Británie, Francie a Skandinávie, jelikož s touto metodou neměli žádné zkušenosti. Tyto cesty s sebou přinesly inovaci metod práce (orientace na změnu přístupů u samotných zaměstnanců státní správy a na zavedení praktické sociální práce na ulici). Z amerických projektů byla převzata forma práce s delikventní mládeží a později i forma sociální práce na ulici s drogově závislými.

Po rozšíření drogové scény na konci 60. a začátku 70. let 20. století se sociální práce na ulici začala věnovat drogové problematice mládeže. V Hamburгу vznikla poradna pro drogově závislé, od roku 1983 se pracovalo

metodou streetwork s drogově závislými v okolí centrálního nádraží. Po pádu berlínské zdi se terénní sociální práce rozšířila i do východní části Německa.

*„V České republice se služby nestátních neziskových organizací (NNO), které reagují na potřeby uživatelů drog i na potřeby společnosti ohrožené tímto problémem, rozvíjejí od počátku 90. let 20. století podle podobného scénáře jako v zemích EU. Vývoj služeb se profiluje podle vývoje drogové scény a také podle zakázky ze strany státu (tedy podle formulované národní protidrogové strategie). Vzniká síť léčebných zařízení, která nabízejí krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou léčbu, a to v ambulantní i rezidenční podobě. Zároveň vznikla díky aktivitám NNO, které pracují v drogové oblasti, síť K-center (nízkoprahová kontaktní centra pro uživatele nelegálních drog), která nabízejí širokou škálu programů Harm Reduction.“ (Miovský, Spirig, Havlíčková, 2002, s.87)*

Do Čech se streetwork dostává až v roce 1990, kdy je založeno občanské sdružení Sananim, první nestátní organizace pro drogově závislé. Terénní program se vyčlenil jako samostatný projekt o čtyři roky později a v roce 2005 obdržel certifikát odborné způsobilosti. Dále pak ve zřizování terénních programů pokračovala i další zařízení (např. DROP IN).

### **2.1.1. Historie Harm Reduction a výměnných programů ve věznicích**

*„Existence nelegálních drog a riziko vyplývající z jejich problémového užívání výrazně změnilo situaci ve vězeňství v celé Evropě i v ostatních státech světa. Vzhledem ke stoupajícímu výskytu nakažlivých chorob souvisejících s užíváním drog, jako je tuberkulóza a sexuálně přenosné nemoci, vzhledem k příchodu nové smrtící epidemie HIV/AIDS a stále větší pozornosti věnované prevalenci hepatitidy C, jsou v posledních zhruba dvou desetiletích všechny státy nuceny hledat optimální způsoby, jak zmírnit jejich negativní zdravotní, sociální a ekonomické dopady.“ (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006, s.13)*

V roce 1992 dr. Franz Probst, lékař v mužské věznici Oberschongrun ve švýcarském kantonu Solothurn, začal rozdávat vězňům sterilní injekční materiál.



Věděl totiž, že více než 20% vězňů v tomto zařízení injekčně užívá drogy a že tito muži nemají přístup ke sterilním stříkačkám a z nouze proto užívají stříkačky společné. Když byla činnost dr. Probsty odhalena ředitelem věznice, který o tom nebyl do té doby patřičně informován, namísto toho, aby Probsty ihned propustil, vyslechl jeho argumenty o prevenci HIV a hepatitidy a o vzniku abscesů v místě vpichu a vyžádal si od úřadů svého kantonu souhlas k distribuci injekčních stříkaček. První distribuce injekčního materiálu uvnitř věznice tak začala jako akt lékařské neposlušnosti.

*„Historie odborného zkoumání drogové problematiky ve vězeňství v České republice začíná v 60. letech 20. století. Pokračuje i po roce 1989, kdy se vězni snaží vedle zneužívání léčiv získat klasické drogy: pervitin, heroin, halucinogenní látky atd. Stoupá korupční tlak na vstupující osoby včetně personálu. Obchod s drogami je, stejně jako v minulosti, jednou z hlavních součástí černého obchodu mezi vězni. (Miovský, Spirig, Havlíčková, 2002, s.11)*

Kvůli drogovým závislostem se ve věznicích objevují sociálně patologické jevy. Některé probíhají převážně latentně a skrytě, jiné se ale projevují prostřednictvím šikany, agresivity, hromadné nekázně.

S nárůstem drogové kriminality roste potřeba přijímat a realizovat důsledná opatření. *„Aktivity vězeňství směřují zhruba ke třem cílům, a to zabránit průniku omamných a psychotropních látek do vězeňských objektů, rozvinout systém primární, sekundární a terciární prevence a drogové závislosti jednotlivců také řešit a léčit. Ústředním motivem Souboru protidrogových opatření ve výkonu vazby a trestu odnětí svobody je proto ochrana vězněných osob před destruktivním vlivem drog a podpora jejich individuálního rozhodnutí pro život bez drog.“ (Miovský, Spirig, Havlíčková, 2002, s.11)*

## **2.2. Historie kontaktních center**

*„Historicky můžeme pozorovat postupnou specializaci oboru návykových nemocí v rámci oborů péče o duševní zdraví v průběhu druhé poloviny 20.století. Tento obor se stává interdisciplinárním, zasahuje i do resortu sociálních věcí, školství a řady dalších oborů. (Kalina, 2003, s. 165)*

V tehdejší Československu před rokem 1989 existovala síť tzv. AT ordinací (pro alkoholismus a jiné toxikomanie), psychiatrická lůžková zařízení, specializované protialkoholní léčebny, záchytné stanice. Po roce 1989 řada AT ordinací zanikla (z důvodu restrukturalizace). Systém péče se ale začal rozšiřovat o nestátní a nezdravotnická zařízení v oblasti užívání návykových látek.

Podle Kaliny (2003) se důraz přesouval od medicínského modelu (léčby závislých) v tradičních institucích (kombinace výchovných prostředků, farmakoterapie, tréninku) na primárně preventivní programy, psychosociální souvislosti, scénáře tohoto typu chování. Důraz byl kladen především na potřebu včasného kontaktu. Začala být více zohledňována psychosociální a Public Health problematika počátku závislosti. Hledala se zařízení s nízkým prahem, kterými lze vstoupit do programů vedoucích k léčbě, ale i k včasnému varování a snížení rizika důsledků návykového scénáře.

*„Už před politickými změnami existovala u nás zařízení koncipovaná otevřeně a komplexněji, na místě je třeba jmenovat aktivity Střediska drogových závislostí (dnes o.p.s. DROP IN).“ (Kalina, 2003, s. 165)*

A 90. léta znamenala období nárůstu obdobných zařízení. V Národních strategiích protidrogové politiky byl vysloven požadavek zabezpečit odpovídající primární zdravotní péči závislým a problémovým uživatelům, byla definována potřeba včasné intervence, poradenství, krizové intervence, terénní práce, propojenosti s léčebnými programy a programy resocializace. Přístupy prevence, léčby a postupů Harm Reduction nikdy nebyly a nejsou odděleny, je zdůrazňována potřeba propojenosti péče a multidisciplinarity v přístupech (i ve složení týmu). Byl formulován princip nízkoprahovosti a definovány programy terénní práce, výměnné programy, kontaktní centra, poradenství. Tyto programy byly označeny za potřebné a účinné.

### 3. TELEFONICKÉ A INTERNETOVÉ PORADENSTVÍ

*„Poradenství obecně je činnost, při které na jedné straně vystupuje vyškolený odborník (poradce) nabízející a realizující specifické služby, na straně druhé uživatel (klient), který tyto služby dobrovolně využívá. Cílem poradenství je zlepšení životní situace klienta. ... Je důležité mít na vědomí, že jde o formu sociální či psychologické pomoci, nikoli kontroly. Z toho plyne, že poradenství nemůže být nuceno, ale je nabízeno jako možnost, pro kterou se uživatel svobodně rozhoduje nebo ji odmítá. Stejně tak by poradce neměl klienta vést k řešení, které neodpovídá jeho zájmům.“ (Kalina, 2003, s.269)*

Podle Kaliny (2003) můžeme oblasti poradenství rozlišit takto:

- poradenství psychologické (vnitřní a interpersonální problémy)
- poradenství právní (informace o zákonných právech, nárocích a povinnostech a pomoc při jejich naplňování)
- poradenství zdravotní (zdravotní informace a rady týkající se specifických chorob a postižení)
- praktické životní poradenství (otázky bydlení, hospodaření, trávení volného času, užívání obecných zdrojů, vzdělávání, práce, bezpečí apod.)

Poradenská činnost v oblasti závislostí poskytovaná prostřednictvím telefonu nebo internetu je jednou z důležitých forem prevence i léčby závislostí.

Podle Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti můžeme organizace poskytující poradenskou činnost v oblasti závislostí prostřednictvím telefonu nebo internetu rozdělit do dvou skupin:

- a) subjekty, pro které je telefonické nebo internetové poradenství hlavní formou činnosti, zpravidla se orientují na krizovou intervenci po telefonu či prostřednictvím internetu a v případě potřeby klienta orientují na specializovaná pracoviště (linky důvěry, různé specializované linky pomoci, krizové linky, poradenské linky a internetové poradny)
- b) subjekty specializované na drogovou prevenci a léčbu, pro které je telefonické nebo internetové poradenství jednou z forem činnosti.

Subjekty schopné poskytovat poradenskou činnost v oblasti závislosti prostřednictvím telefonu nebo internetu jsou v České republice zastoupeny ve všech krajích. Většina z nich má oblastní působnost, to znamená, že poskytují služby klientům v rámci regionu, ve kterém sídlí. Většina subjektů má statut neziskových organizací. Působí zde však i organizace ve správě státu, krajů, měst, obcí a církevní zařízení.

Dle šetření Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (2006) má optimální forma telefonické pomoci v oblasti závislosti z hlediska aktuálních potřeb jejích potenciálních uživatelů následující podobu:

- telefonický kontakt je obecně znám, to znamená dobře propagován, aby informace o něm byla maximálně rozšířená,
- pomoc je dostupná nepřetržitě, v kteroukoli denní a noční dobu a ze všech míst v ČR,
- klient se dovolá i tehdy, nemá-li k dispozici dostatek finančních prostředků,
- pracovník poskytující telefonickou pomoc je schopen řešit případy osob v náročných životních situacích, tzn. že je školen v telefonické krizové intervenci, má rovněž hluboké znalosti v oblasti prevence a léčby závislostí, k dispozici má kontakty na zařízení drogové prevence a léčby v místě bydliště klienta či v jeho širším okolí,
- zaznamenávány jsou základní údaje o žadateli a obsahu jeho požadavku; tyto údaje jsou sumarizovány a vyhodnocovány v časových úsecích tak, aby bylo možné usuzovat na trendy v dané oblasti.

V posledních letech došlo k výraznému rozvoji využívání elektronických médií a k rozšíření internetové komunikace vůbec. Pro člověka, který potřebuje získat informace nebo radu od profesionálního poradce, je to jeden z nejméně náročných způsobů, jak se k odborné pomoci dostat.

Jedná se jak o možnost komunikace prostřednictvím klasické elektronické pošty nebo nově přes chat či ICQ, tak o variantu kontaktu s tzv. internetovou poradnou (webové poradny, on-line poradny).

*„Internetová drogová poradna je webová stránka, kterou připravuje tým odborníků s cílem objektivně a co nejrychleji zodpovědět aktuální otázky a pomoci návštěvníkům stránek s řešením jejich problémů. I když internetové poradenství nemůže nikdy nahradit osobní konzultaci nebo terapii, může představovat první krok k účinnější pomoci poskytnuté „naživo“. Odborníci v on-line drogové poradně poradí těm, kdo se jen chtějí něco o drogách a nebezpečí s nimi spojeném dozvědět, i těm, kteří s drogami experimentují nebo je dlouhodobě užívají. Informace zde naleznou také rodiče a přátelé, kteří se s problémy spojenými s užíváním drog setkávají u svých blízkých.“ (Kolektiv autorů SANANIM, 2007, s.7-8)* Odborníkům jsou zde kladeny otázky týkající se zdravotních, sociálních, právních a dalších aspektů užívání drog. Na stránkách jsou také informační texty o drogách, jejich účincích, rizicích a možnostech pomoci a léčby a spousta dalších informací a kontaktů. Důležité je i to, že je návštěvníkům stránek dostupný archiv již zodpovězených dotazů, kde si mohou vyhledat dotazy s tématikou, která je zajímavá.

První českou internetovou drogovou poradnou je poradna občanského sdružení SANANIM, která je dostupná na stránkách [www.drogovaporadna.cz](http://www.drogovaporadna.cz). Na dotazy zde odpovídá tým odborníků složený především ze zaměstnanců organizace (psychologů, sociálních pracovníků, psychiatrů, pedagogů) a dále ze specializovaných externích odborníků (právníci, specializovaní lékaři). Jednou z důležitých předností této internetové poradny je její anonymita. Další velkou výhodou je její snadná dostupnost, a to i z míst, kde jsou zařízení poskytující adekvátní služby těžce dostupná.

### **3.1. Krizová intervence**

*„Základními principy programů krizové intervence je pomoci efektivně, v co nejméně restriktivním prostředí (sociální kontext je součástí problému).“ (Kalina, 2003, s.277)*

Základními prvky programu služeb krizové intervence by podle Kaliny (2003) měly být:

- nízký práh či aktivní vyhledávání ohrožených – tým programu je pohyblivý a mobilní

- spíše asistence a pomoc v průchodu problémem na místě, ustavení rovnováhy, využití krize jako příležitosti k učení novým dovednostem
- intervence musí být rychlá, nelze ji zajistit bez možnosti rychle reagovat
- mělo by být jasné, pro jaké cílové skupiny je program navrhován a pro jaké typy problémů jsou jeho pracovníci trénováni.

Cíle krizové intervence jsou:

- a) aktuální – uklidnit klienta, stabilizovat jeho stav, snížit nebezpečí, že se krize bude nadále prohlubovat
- b) perspektivní – propracovat s klientem blízkou budoucnost, hledat další možnosti řešení.

Jak píše Kalina ve své knize (2003), v průběhu krizové intervence nabízí pracovník klientovi pomoc s cílem usnadnit komunikaci (jak mezi klientem a pracovníkem, tak ale převážně mezi klientem a jeho okolím), umožnit klientovi správný odhad problému a jeho účelné řešení, dále pomoci klientovi při vyjadřování emocí, pomoci klientovi opět získat sebedůvěru, v neposlední řadě také zmapovat možnosti podpory v okolí klienta (jak laické, tak profesionální). Je nutné využít zvýšené otevřenosti pro vnější pomoc a možnost změn. Jakmile akutní krize odezní, motivace a připravenost ke změnám se zmenšuje.

Mezi nejčastější případy krizové intervence u uživatelů návykových látek patří akutní zoufalá úzkost, bilanční úvahy o sebepoškození či sebevražedném jednání, onemocnění závažnou infekční chorobou (HIV, hepatitida), úzkost spojená s nepříjemnou zkušeností změněného stavu vědomí, krize ve vztazích (milostných, rodinných), vyvrcholení problémů ve škole či zaměstnání, úmrtí člena party (např. na předávkování), odsouzení za trestnou činnost (provázené společenským stigmatem), pozice oběti násilí (fyzického, sexuálního, psychického), krize středního věku spojená s bilancí závislostního chování.

## 4. STREETWORK

Terénní práce (streetwork) vychází z principů Public Health (ochrana zdraví veřejnosti) a pragmatického přístupu Harm Reduction (snižování zdravotních a sociálních poškození spojených s užíváním návykových látek).

Základním principem je nízkoprahový přístup. Dalšími principy jsou anonymita, bezplatnost, respekt k důstojnosti, lidským právům, k právu na vlastní rozhodnutí. Práce vychází z individuálních potřeb klientů.

Jak píše Kalina (2003), terénní práce je specifická forma sociální služby poskytovaná přímo na ulici. Terénní pracovník působí přímo na ulici, na veřejných prostranstvích, kde se zdržují uživatelé drog. Je třeba prosadit zde pravidla fungování, tj. získat statut terénního pracovníka, a předejít tak problémům okolo jeho identity (např. záměna s dealerem, uživatelem či policistou). Možným řešením tohoto potenciálního problému je viditelné označení streetworkera (např. logem organizace nebo programu, identifikačním průkazem) a informování klientů. Velmi důležitá je důkladná znalost lokality a jejích zvyklostí; to je předpokladem pro další práci streetworkera.

Podle Rhodese (1999) jsou hlavní důvody pro streetwork následující:

- cílové skupiny populace se nedaří účinně oslovit existujícími způsoby intervence
- existující metody intervence neposkytují takové služby, které cílové skupiny populace potřebují
- sociální prevence.

Terénní programy stojí na pomyslném začátku v systému péče o uživatele návykových látek a často jsou prvním zařízením/službou, se kterými se uživatel setkává. Z toho také vyplývá cílová populace terénních programů. Terénní práce se zaměřuje především na klienty, kteří se chovají rizikovým způsobem a nejsou motivováni ke změně tohoto chování a chaotického životního stylu. Patří sem např. bezdomovci, „děti ulice“, prostitutky a prostituti, migranti, příslušníci etnických menšin, uživatelé drog.

*„Jde o klientelu obtížně dosažitelnou (tzv. skrytá populace), s minimální motivací službu vyhledat a řešit často závažné problémy zdravotní, sociální, psychologické či právní povahy.“ (Kalina, 2003, s.159)*

Podle Kaliny (2003) na drogové scéně do „skryté populace“ patří:

- tzv. experimentátoři, tj. většinou mladí lidé, v počátečních stádiích drogových experimentů,
- „děti ulice“, které nacházejí přechodný azyl na drogových bytech,
- pravidelní uživatelé drog, jejichž sociální či zdravotní situace ještě není debaklová a kteří nejsou tudíž motivováni ke kontaktu s pomáhající institucí,
- problémoví uživatelé drog v rozvinutém stupni závislosti – mají sice někdy zájem o pomáhající aktivity, ale nejsou často schopni je vyhledat a využít.

Terénní program má možnost kontaktu se všemi těmito zástupci a navíc má možnost vyhledávat uživatele, jejichž postavení ve společnosti může být složité, tudíž i možnosti řešení situace jsou komplikovanější. Aktivně vyhledává např. uživatele z řad národnostních menšin (především romské – v Praze funguje i vyloženě romský terénní program), dále cizince žijící legálně nebo nelegálně na území České republiky (zejména občany Ruska, Slovenska a další), děti do 15 let, uživatele z asociálních rodin.

Pro navázání kontaktu je ze strany streetworkera nezbytná otevřenost a upřímnost. První informace, které klient dostane, by měly obsahovat vysvětlení, kdo streetworker je, proč přichází a co může nabídnout. Je důležité všechny tyto informace poskytnout klientovi v pro něj přístupné formě. *„V počátku budování vztahu mezi klientem a streetworkerem je důležité plné akceptování klienta a jeho chování, a to i v případě, že se jedná o chování nevhodné (např. trestná činnost). Streetworker toto chování nekritizuje, ale snaží se ho pochopit. Později, když se vztah prohloubí, klienti většinou sami požadují, aby streetworker k jejich chování zaujal stanovisko. Pokud se podaří navázat hlubší kontakt mezi klientem a streetworkerem, vzniká prostor, ve kterém je možné ovlivňovat chování klienta a motivovat ho ke změně.“ (Kalina, 2003, s.162)*



Hlavním cílem terénních programů je tedy navázat se všemi těmito klienty vztah postavený na vzájemné důvěře a následně je pak motivovat ke změně rizikového chování a k udržení této změny. Svými intervencemi působí také směrem ke stabilizaci životního stylu (v ideálním případě směrem k úplné abstinenci). Cílem terénních programů je minimalizování negativních důsledků užívání drog nejen pro samotné uživatele, ale i pro společnost.

To vše by bylo velmi obtížné, kdyby terénní pracovníci neměli uživatelům co nabídnout. „*Služby (například výměnný program), které terénní programy nabízejí a poskytují klientům, usnadňují jejich pracovníkům navázání kontaktu. Sterilní injekční stříkačky tedy nejsou jen preventivním materiálem, ale také prostředkem k navázání kontaktu.*“ (Kalina, 2003, s.159)

Mezi základní poskytované služby patří:

- výměnný program injekčních stříkaček a jehel („výměnný“ znamená, že klientovi je poskytován tento zdravotní materiál v případě, že přinese použité jehly a stříkačky; díky tomu se zamezuje situaci, kdy klient použité „nádobíčko“ odhodí; klient má možnost získat sterilní jehly a stříkačky a nemusí užívat injekční náčiní společně s dalšími uživateli, což by vedlo ke zvýšení rizika nákazy infekčními nemocemi)
- sběr použitých injekčních stříkaček na veřejných místech
- distribuce kondomů, dezinfekčních tamponů, filtrů, sterilní vody, alobalu, kyseliny askorbové; čas, který klient s pracovníkem při výměně stráví, dává prostor pro komunikaci a budování vzájemného vztahu a otevírá tak prostor pro získávání informací týkajících se klientovy sociální situace, zdraví, rizikového chování aj.
- poradenství ohledně zdravotních rizik spojených s užíváním drog, poskytování informací o bezpečném braní (snaží se informovat klienty o bezpečnějších, méně ohrožujících způsobech aplikace drog, upozorňovat je na nebezpečí kombinací drog apod. – je to založené na principu: „když už bereš, tak ber tak, aby sis pokud možno ublížil co nejméně“), o bezpečném sexu, motivační trénink ke změně životního stylu směrem k abstinenci

- zdravotní ošetření (např. při abscesech, poraněních atd.), zároveň jsou také poskytovány informace o nebezpečí při zanedbání péče
- sociálně-právní poradenství (často klienti nemají občanský průkaz, neplatí zdravotní pojištění, hledají ubytování, volná pracovní místa, potřebují odkaz na probační službu, pomoc v oblasti trestně právní atd.)
- reference do sociálních, zdravotnických či léčebných zařízení a institucí, krizová intervence
- testy HIV, VHC, těhotenské testy
- distribuce letáků o nebezpečí spojeném s užíváním drog (informace o účincích drog, o jejich působení, důsledcích, rizicích aplikace, abusu a závislosti, informace o relativně bezpečnějších způsobech užívání drog, hygienických návycích, bezpečném sexu, přenosných nemocích atd.); také bezplatná distribuce časopisu Dekontaminace, který je zaměřen na poskytování výše zmíněných informací a navíc také o síti léčebných zařízení, informací o drogové scéně, novinek z oblasti adiktologie, o rizicích a účincích nových drog; je dosažitelný pouze uživatelům drog a odborné veřejnosti
- monitoring drogové scény a sběr dat.

*„Terénní programy by měly být ve velmi úzkém kontaktu s dalšími nízkoprahovými službami jako jsou např. kontaktní centra a metadonové programy, a spolupracovat s nimi. Měly by pružně reagovat na vývoj drogové scény. Terénní programy musí mít vybudovanou síť odborníků, kteří jsou schopni řešit specifické problémy klientů.“ (Kalina, 2003, s.163)*

Jak zmiňují Stimson, Alldritt a Dolan (1998; in Kalina, 2003): *„Mnoho studií a výzkumů potvrdilo, že výměnné programy mohou snížit HIV séroprevalenci (tj. celkový počet HIV pozitivních osob v populaci), snížit více než jednorázové užití jehly a umožnit mnoha klientům přístup ke zdravotním a dalším službám.“*

## 4.1. Streetwork ve věznicích

V poslední době roste počet trestných činů v souvislosti s užíváním drog a tím tedy i počet uživatelů návykových látek ve vazbách a ve výkonu trestu. Rovněž narůstá počet soudně nařízených ambulantních a ústavních léceb.

Speciální populací využívající také služeb výměnných terénních programů (streetwork) jsou tedy osoby v nápravných zařízeních. Uživatelé návykových látek nemusejí nutně přestat brát drogy jen proto, že jsou ve vězení. Často drogy užívají nadále (pravidelně nebo příležitostně) po celou dobu výkonu trestu.

*„Bez ohledu na jejich nezákonnost, tresty za jejich užívání a nemalé finanční a personální zdroje nasazené ve vězeňství s cílem zabránit jejich pronikání do věznic, zůstává skutečností, že nelegální drogy se do věznic dostávají a vězni je užívají. Stejně jako v prostředí mimo věznici jsou drogy ve věznicích přítomné, protože se na jejich prodeji dají vydělat peníze.“ (Světová zdravotnická organizace, 2005, s.26)*

Sdílení jehel mezi intravenózními uživateli návykových látek je vysoce rizikovou činností z hlediska možnosti přenosu HIV a hepatitidy C (VHC), z důvodu přítomnosti krve v jehlách po vpichu. Věznice jsou podle Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti z hlediska přenosu HIV extrémně rizikovým prostředím vzhledem k přeplněnosti, omezenému přístupu ke zdravotní péči, užívání ilegálních drog, nebezpečným způsobům injekční aplikace, nechráněnému sexu a tetování. Pro osoby užívající injekčně drogy pobyt ve věznici zvyšuje riziko nákazy HIV a VHC právě sdílením jehel. Počet osob sdílejících injekční stříkačky je ve věznicích vždy vyšší než mezi injekčními uživateli drog v běžné populaci. Protože je obtížnější propašovat do věznice jehly než drogy, jehel bývá obvykle nedostatek. Proto vězni užívající injekčně drogy z nouze jehly sdílejí a injekční stříkačky používají opakovaně. *„Jehla může kolovat mezi (často vysokým) počtem lidí, kteří si injekčně aplikují drogy, nebo může být uschována na všeobecně dostupném místě, kde ji vězni mohou použít podle potřeby. Jehlu také může vlastnit jeden vězeň, který ji za peníze půjčuje ostatním, nebo ji používá výhradně sám, ovšem opakovaně po dobu několika měsíců, dokud se nezničí. Někdy je náčiní používané k injekční aplikaci drog vyrobené podomácku, kdy se náhražky jehel zhotovují z běžně dostupného*

*materiálu, což často vede k poškození cév, vzniku jizev a k infekcím v místě vpichu a jinde.“ (Světová zdravotnická organizace, 2005, s.27)*

Neschopnost zajistit vězňům přístup k základním preventivním opatřením proti HIV a VHC je podle mezinárodních zákonů porušením práva vězňů na zdraví. Navíc je to problém neslučitelný s mezinárodními úmluvami, které se zabývají otázkou práv vězňů, vězeňskou zdravotní péčí a HIV/AIDS ve věznicích (např. doporučených postupů WHO pro řešení infekce HIV a AIDS ve věznicích, dokumentů UNAIDS), včetně Základních zásad OSN pro zacházení s vězni.

Například projekt WHO „Zdravé věznice“ navrhuje pro své účely následující definici:

Termín Harm Reduction ve vztahu k ochraně veřejného zdraví ve věznicích označuje přístup, jehož cílem je předcházet negativním zdravotním dopadům souvisejícím s určitým typem chování (např. injekční aplikaci drog), s pobytem ve vězení a s přeplněností věznic, jakož i negativním dopadům na duševní zdraví, popřípadě tyto dopady snižovat.

*„Zavádění opatření Harm Reduction je pro vězeňské systémy relativně novou zkušeností, která je často vnímána jako ohrožení drogové politiky ve věznicích, tradičně orientované na naprostou abstinenci, a jako podryvání bezpečnostních opatření vězeňských systémů. Toto vnímání je však důsledkem neschopnosti chápat opatření Harm Reduction ve smyslu poskytování efektivnější léčby a péče vězňům se speciálními potřebami. Důvodem, proč je nutno opatření Harm Reduction vnímat v širším kontextu, je fakt, že se jedná o významný příspěvek ke zdravotní péči o drogově závislé vězně a ke snižování zdravotních rizik pro personál.“ (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2006, s.20)*

Tyto služby jsou nabízeny uživatelům návykových látek, kteří jsou ve vazbě nebo ve výkonu trestu a nemohou osobně kontaktovat kontaktní či léčebné zařízení. Služba je také určena klientům s již nařízenou ústavní nebo ambulantní léčbou, kteří jsou aktuálně propuštěni z vazby nebo výkonu trestu.

Mezi základní poskytované služby patří:

- asistence v oblasti sociální práce – minimalizace sociálních rizik souvisejících s užíváním drog, stabilizace sociálních podmínek klienta pro

jeho následnou abstinenci (v ideálním případě), podpora vlastní aktivity klienta k řešení jeho sociální situace

- kontakt před léčbou – když se klient rozhodne pro léčbu a požádá o její zprostředkování, je důležité sestavit s klientem přesný plán kontaktu
- diferenciatně diagnostický filtr – probíhá na obdobných principech a za obdobných pravidel jako individuální práce s klientem (individuální sociální práce a motivační trénink), je potřeba co nejpřesněji naplánovat další postupy a vytvořit společně s klientem plán úkolů, které je potřeba splnit (např. napsání životopisu, spolupráce s probačním pracovníkem, kontaktování určitého zařízení apod.)
- poradenství
- kontakt se státními institucemi a soudy, s jinými sociálními pracovníky, s probační a mediační službou
- kontakt s rodinnými příslušníky.

## **4.2. Tým terénního programu**

Velice důležité je, aby byl tým multidisciplinární. Drogová závislost je problém multifaktoriální, také zvládání problémů s drogami se odehrává v různých rovinách. Proto také v péči o drogově závislé nestačí využívat odbornosti jen jedné profese a je vždy výhodou, pokud se může utvořit tým složený z lidí různého zaměření.

Jak uvádí Kalina (2003), velký důraz je v terénních programech kladen na osobnostní kvality pracovníka. Důležitější než formální vzdělání (to si pracovník může doplnit postupně; s výjimkou zdravotních sester a sociálních pracovníků) jsou komunikační dovednosti, schopnost tvořivě myslet a nekonvenčně jednat. Při výběru zaměstnanců jsou hlavními kritérii komunikativnost, důvěra, respekt, věrohodnost a pochopení pro problémy spojené s užíváním návykových látek.

Terénní práce je fyzicky i duševně náročná, probíhá v situacích, které jsou potenciálně nebezpečné. Je proto nezbytné poskytnout pracovníkům možnost řádného proškolení a soustavnou supervizi. Dále je třeba věnovat pozornost bezpečnosti práce a prevenci syndromu vyhoření (burn-out).

Část programu mohou zajišťovat externí terénní pracovníci – současní nebo bývalí členové cílové skupiny (např. injekčních uživatelů drog). Užívá se pro ně pojem „indigentní terénní pracovník“ (ex-user). „*Externí pracovníci pracují především na uzavřené drogové scéně, tedy v tzv. drogových bytech, kam se profesionální terénní pracovníci nedostanou buď z důvodů utajení těchto bytů (byty vaříčů drog), nebo protože pohyb profesionálů zde je ohrožující.*“ (Kalina, 2003, s.160) Ex-useři se mohou dobře uplatnit jak v zařízení prvního kontaktu, tak v ostatních typech péče o drogové klienty.

Kalina (2003) ve své knize zmiňuje výhody a nevýhody práce ex-userů:

výhody:

- dobrá znalost problematiky na základě vlastních zkušeností (drogové scény, zvyků komunity uživatelů návykových látek)
- zvýšená citlivost ke stavům, které prožívají klienti
- pozitivní příklad pro klienty
- snazší navázání kontaktu s klienty („mluví jejich jazykem“)
- mohou být klienty vnímáni jako důvěryhodnější a více na stejné úrovni (díky vlastní zkušenosti)

nevýhody:

- větší kontakt s rizikovou populací a situacemi, což může být pro ex-usera osobně náročné
- hranice mezi terapeutem a klientem mohou být méně jasné (oproti jiným členům týmu)
- nevyjasněná motivace k práci (může se objevit až po čase)
- větší orientovanost na sebe s menší schopností týmové práce
- při nedostatečné době abstinence se do práce mohou promítat vlastní nedořešené problémy
- nedostatek přiměřeného sebehodnocení (někdy vyplývající z menší vzdělanosti).

## 5. K-CENTRA

Kontaktní centra (K-centra) jsou nízkoprahová zařízení, která poskytují své služby anonymně (čímž dochází k odbourání stigmatizace z návštěvy odborné instituce, navázání kontaktu a následné budování důvěry mezi klientem a pracovníky zařízení), bezplatně, na základě individuálního přístupu. Rozsah služeb se u jednotlivých center může lišit. Kontaktní centra jsou určena k včasné krizové intervenci, poradenství, zdravotní a sociální pomoci osobám s nízkou motivací k léčbě. Cílovou skupinou jsou drogoví uživatelé starší 15 let. Služby jsou poskytovány také rodičům, příbuzným, přátelům, partnerům či známým uživatelů.

*„Návštěvu kontaktních center doporučujeme tehdy, když toxikoman není zatím schopný ani ochotný k systematictější práci na změně a usilujeme o zabránění co největším škodám. Nabízíme to, o co toxikoman při svém životním stylu stojí (injekční stříkačky, jídlo, teplo, možnost převléknutí a umytí apod.) a využíváme kontaktu k podchycení, diagnostice, motivování ke změně a s jeho souhlasem pak zařazení do adekvátního léčebného programu.“ (Kalina,1995, s.56)*

Uživatelé návykových látek se ocitají v nevýhodném postavení kvůli stigmatizaci ze strany většinové populace a jsou kráceni na svých právech. Proto je důležité vytvořit podmínky pro naplnění jejich práv v takovýchto zařízeních. Je kladen důraz na to, aby klient měl možnost volby a je nezbytné ji respektovat. Klient má právo rozhodnout se pro abstinenci, nebo pro život s drogou. I když neabstinuje (abstinence není podmínkou spolupráce klienta se zařízením), je možné mu nabídnout určité formy péče a pomoci.

Základní služby poskytované K-centrem:

- kontaktní práce (navázání kontaktu s klientem, vytvoření vzájemné důvěry, zjištění základních problémů a potřeb), využití kontaktní místnosti (klient se může ohřát, odpočinout si, provést osobní hygienu, popovídat si)
- výměnný program stříkaček a jehel a dalšího materiálu (dezinfekce, filtry, ...), informace o „bezpečném“ užívání drog
- základní zdravotnický servis (ošetření drobných poranění, abscesů, aj.)

- hygienický servis (možnost provést základní osobní hygienu, vyprat si)
- testy HIV, prevence HIV/AIDS, hepatitidy B, C
- poskytování kondomů, těhotenských testů, informace o bezpečném sexu
- vitamínový a potravinový servis (voda, čaj, polévka – bývá omezeno, někde se úplně ruší)
- sociální práce (pomoc při hledání ubytovacích možností, při hledání brigády, vyřizování dokladů)
- poradenství, motivační trénink (před nástupem do léčby)
- krizová intervence
- telefonické poradenství, telefonická krizová intervence, konzultace (pro experimentátory, uživatele drog, rodiče a blízké osoby, zdravotníky, pedagogy, sociální pracovníky)
- pracovní programy
- asistence při jednání s úřady, policií, soudy, při kontaktu s rodinou
- probační práce (ochranná ambulantní léčba)

Nabízené služby reagují na poptávku a potřeby klientely a mění se v souvislosti se změnami a tendencemi na drogové scéně. Služba pravidelně reviduje postupy práce a pravidla.

Podle Kaliny (2003) jsou kontaktní centra „dveřmi do systému služeb“. Kontaktní centra spolupracují s hygienickými stanicemi, praktickými lékaři, ambulantními psychiatry, programy detoxifikace, terapeutickými komunitami, stacionáři, psychiatrickými léčebnami a odděleními, s právními poradnami, probační a mediační službou, se zařízeními sociální péče. Je třeba, aby práce prostupující hranice různých organizací z různých resortů byla propojená a koordinovaná. To však bývá nejtěžší klíčovou položkou.

Jeden z největších problémů v této oblasti (a to i v programech streetwork) je hledání forem spolupráce s policií. Často dochází ke konfliktu loajality vůči klientům a vůči represivním postojům policie. Nezbyvá než jednat o konkrétních problémech s konkrétními policisty a snažit se dosáhnout nějaké shody, nějaké domluvy. *„Prostor, ve kterém pracovníci kontaktních center a policisté operují, se překrývá. Kontaktní pracovník se může ocitnout „v nesprávný čas na nesprávném místě“ a uvést se do podezření z podpory trestné činnosti. Pracovní*



*strategie by měla jasně obsahovat pravidla pro komunikaci s policií chránící oprávněnou integritu klienta, pravidla prokázání se policii, pravidla „kryjící záda“ především terénním pracovníkům.“ (Kalina, 2003, s.170)*

## **5.1. Tým K-centra**

*„Mezioborový tým má být sestaven tak, aby byly zastoupeny profese, kvalifikace a dovednosti odpovídající různorodé skladbě programu a zároveň aby byl pružný a schopný dostát často konfrontačním a frustrujícím nárokům nízkoprahové práce.“ (Kalina, 2003, s.167)*

Tým by měl sdílet společný cíl, společnou vizi, jeho členové by měli respektovat vytyčený cíl a být loajální k poslaní a rozhodnutí týmu. Je zde podporována spolehlivost a smysl pro závazky. Pokud jsou členové týmu spolehliví i jeden vůči druhému a plní svoje závazky, je naděje, že takto budou zacházet s klienty. V týmu musí panovat vzájemná důvěra a respekt (vzájemně se na sebe mohou spolehnout). Důvěra a respekt v týmu předpokládá otevřenou komunikaci. Každý má v týmu svoje místo, každý může být jiným způsobem přínosem a ostatní jsou si toho vědomi. Jsou jasně stanovené pravomoci a zodpovědnosti. Nezbytné je dodržování etických kodexů (viz příloha č. 3).

Vzdělávání pracovníků kontaktních center by mělo zahrnovat oblast prevence, léčení závislostí, sociální práce, rodinné terapie, individuální a skupinové terapie, krizové intervence, motivačního tréninku. Nedílnou součástí je také supervize, protože jsou tyto týmy značně ohroženy syndromem vyhoření (emoční vyčerpání při intenzivní práci s lidmi bez dostatečného ocenění).

*„Kromě syndromu vyhoření by si drogové týmy měly také pohlídat, aby jim určitý pocit výlučnosti nebránil udržet si dobré vztahy s okolím, se širším sociálním prostředím, jako je občanská komunita nebo místní instituce, které zrovna ne moc ochotně spolupracují. Mohlo by se stát, že ve svých postojích pak tým zrcadlí svoji klientelu.“ (Kalina, 2003, s.126)*

I v tomto typu služby bývají zaměstnání specialisté, většinou jako externí pracovníci. Nejčastěji jsou to sociální pracovníci, lékaři – specialisté (psychiatrii, infekcionista, gynekologové), praktičtí lékaři, psychologové, psychoterapeuti, speciální pedagogové, zdravotní sestry.

## 6. SANANIM

Informace v následující kapitole jsou čerpány z webových stránek [www.sananim.cz](http://www.sananim.cz) a z vlastních zkušeností po absolvované stáži.

Občanské sdružení SANANIM je v ČR jedním z nejstarších (funguje od roku 1990) a dnes i největších nestátních poskytovatelů služeb v oblasti prevence, péče a léčby závislostí na nealkoholových drogách. V současné době sdružení provozuje jedenáct hlavních zařízení – Terénní programy (vč. Romského terénního programu), Kontaktní centrum, Specializované ambulantní služby CADAS, Denní stacionář, terapeutické komunity Karlov a Němčice, Doléčovací centrum s chráněným bydlením (i pro matky s dětmi), Drogové informační centrum, Centrum pro osoby v konfliktu se zákonem, Pracovní a sociální agenturu, Poradnu pro rodiče. Zároveň také poskytuje řadu rozšiřujících a doplňujících projektů či programů – telefonické poradenské a informační služby (Drogová poradna, Promile INFO, Alkotest aj.), projekty zaměřující se zejména na oblast vzdělávání, primární prevence, publikační činnost a zahraniční spolupráci. Významné jsou i všechny aktivity realizované v rámci samostatného právního subjektu (zřízeného a stoprocentně vlastněného sdružením) – SANANIM Charity Services s.r.o. (Café Therapy, Charity Shop). Činnost sdružení zabezpečují stálí zaměstnanci a externisté.

SANANIM mezi své klíčové cíle řadí především poskytování efektivní, profesionální pomoci osobám ohroženým drogovou závislostí v síti programů a služeb, které tvoří komplexní systém prevence, péče, léčby a resocializace a dále pak spolupráci na místní i centrální úrovni při plánování a realizaci protidrogové politiky včetně zahraniční spolupráce a změny pohledu veřejnosti na problematiku drogových závislostí.

Realizace všech programů a provoz zařízení je přibližně ze 75% finančně podporován státními dotacemi a dotacemi krajů či obcí. Ostatní prostředky, tedy asi 25%, sdružení získává od soukromých subjektů, vlastní činností a v neposlední řadě také od českých a zahraničních nadací, fondů a programů. Stabilní, adekvátní a kontinuální financování však zůstává i nadále klíčovým problémem ovlivňujícím každodenní provoz a zejména rozvoj organizace.

## 6.1. Streetwork

Samostatný projekt Terénních programů vznikl roku 1994 zejména jako reakce na potřebu kontaktu se skrytou drogovou scénou v Praze a stal se tak pilotní službou svého druhu v ČR. O tři roky později – 1997 – zahájil SANANIM program ve Vazební věznici Ruzyně. V roce 2002 se terénní programy rozšířily o program pro romské uživatele a roku 2004 o program pro rusky mluvící cizince.

Významně se tak změnila situace právě díky programům zaměřeným na romskou menšinu a rusky mluvící osoby. Dříve totiž tito uživatelé často vůbec nebyli v kontaktu s nízkoprahovými službami a jejich kontaktování nebylo příliš jednoduché; přitom se jedná o jednu z nejrizikovějších skupin obyvatel. Důvodem pro nevyužívání těchto služeb byla především neinformovanost o existenci a možnostech služeb pro uživatele návykových látek.

Další specializované subtýmy (zapojené v terénních programech) jsou pro stabilizované uživatele návykových látek, kteří mají zájem pracovat a řešit svou sociální situaci a pro uživatele návykových látek, kteří jsou ochotní a schopní přenášet informace a provozovat výměnný program na skryté drogové scéně.

Terénní práce probíhá ve všední dny od 14.00 do 19.00 hodin na veřejných prostranstvích především v centru Prahy.

V praxi pak výměna vypadá tak, že drogově závislý člověk přijde k terénnímu pracovníkovi, nahlásí mu kód, který slouží pouze ke statistickým účelům (avšak ne každý ho má zřízený) – takový kód se skládá z písmen jména klienta a jména jeho matky a z části data narození klienta i jeho matky. Klient pak odevzdá do plastového kontejneru použité injekční stříkačky (které se odborně likvidují) a dostane stejný počet stříkaček nových; distribuovány jsou injekční stříkačky a jehly různých typů. Dále k tomu dostane další potřebný materiál (sterilní voda, bavlněné filtry, kyselina, dezinfekce, alobal pro kuřáky pervitinu, popř. kondomy, náplasti, obvazy, mast na drobná poranění či abscesy apod.)

Vše se zaznamenává do archů (počet vyměněného materiálu, případné dotazy např. na léčebná zařízení, lékaře apod.), které se vyhodnocují.

Všechny terénní práce by měly být vyhodnoceny z hlediska fungování a efektivnosti vynaložených nákladů. Pro monitorování těchto údajů se většinou

používají denní záznamové listy nebo kontaktní listy, které se vyplňují zvláště pro každého klienta (osobní údaje, rodinná situace, vzdělání, ekonomická situace, užívání drog – současné: množství, frekvence užívání, způsob aplikace, kombinování drog, alkohol, cigarety, začátek užívání a jeho následný vývoj, výměna a sdílení jehel, přátelé užívající drogy, využívání nízkoprahových služeb, využívání substituční léčby, aj.).

Úspěch terénní práce často závisí na kvalitě týmu terénních pracovníků. Multidisciplinární tým je složený z pracovníků různých specializací tak, aby odborně a v odpovídající kvalitě pokryl všechny typy nabízených služeb.

Terénní pracovník musí být schopen efektivně komunikovat s cílovou populací. Důležitá je především důvěra, respekt a věrohodnost. Uživatelé návykových látek všude slyší nějaká doporučení a soudy a nepotřebují to ještě slyšet od terénního pracovníka, ten je tu proto, aby mu pomohl a ne aby ho soudil. Je důležité komunikovat jako rovný s rovným, na přátelské úrovni, reagovat přirozeně a bez přetvářky. Obě strany se od sebe mohou něco naučit.

Terénní práce je duševně, emočně i fyzicky velmi náročná. Mnoho terénních pracovníků mluví o syndromu vyhoření, je proto nutné poskytnout pracovníkům řádnou přípravu, výcvik a soustavnou supervizi.

Terénní práce probíhá v situacích, které jsou potenciálně nebezpečné. Důležitým aspektem při řízení terénní práce je proto bezpečnost pracovníků i klientů. Z pohledu klientů to znamená zachování anonymity a důvěrnosti informací a také například ochranu před policií (často se v praxi stává, že policie nechápe smysl práce terénních pracovníků a maří tak jejich snahu). Bezpečnost terénních pracovníků zaručuje práce ve skupinách, obvykle ve dvojicích a nošení identifikačních průkazů.

Problémem je i nepochopení společnosti. Stává se, že kolemjdoucí, kteří vidí streetworkery, kteří mění drogově závislým, se domnívají, že je terénní pracovníci podporují v užívání návykových látek, dokonce i že jim drogy prodávají. Tady by velmi pomohla osvěta veřejnosti. Lidé by tak zjistili, že tyto programy podporují zdravý životní styl osob závislých na návykových látkách a snaží se chránit i veřejnost.

## 7. DROP IN

I v této kapitole vycházíme z informací dostupných na webových stránkách [www.dropin.cz](http://www.dropin.cz) a z konkrétních praktických zkušeností z absolvované stáže.

Nadace Drop In vznikla na sklonku roku 1991 v souvislosti se změnou společenského systému a tím i možností zřídít systém komplexní prevence a péče o uživatele nelegálních drog a jejich rodinné příslušníky. U zrodu nadace stáli MUDr. Jiří Presl a PhDr. Ivan Douša, kteří chtěli zřídít instituci, která by svojí činností navazovala na původní státní Středisko drogových závislostí (kde oba pracovali), ale byla by méně ovlivněna systémem státní drogové politiky.

Roku 1999 se nadace Drop In změnila v nový právní subjekt – Středisko prevence a léčby drogových závislostí – DROP IN o.p.s., registrované nestátní zdravotnické zařízení.

DROP IN se zaměřuje na různé typy preventivní činnosti, ambulantní kontakt, první pomoc, poradenství a terapii drogových problémů. DROP IN prosazuje pragmatický pohled na řešení drogové problematiky a snaží se ovlivnit postoj společnosti k této problematice ve směru realistického pojetí dané oblasti.

DROP IN rozděluje svoji činnost do programů Streetwork, Mobil Street (terénní práce na toxikomanských bytech), Nízkoprahové středisko, Centrum metadonové substituce, Centrum pro rodinu, Centrum následné péče, XTC (práce s uživateli tanečních drog a testování tablet "Extasy").

### 7.1. Nízkoprahové středisko

V dubnu 1992 bylo otevřeno nestátní zdravotnické zařízení pro potřeby uživatelů drog a jejich rodin. Středisko bylo koncipováno jako nízkoprahové, tedy s co nejmenším vstupním prahem pro uživatele drog a vzniklo na základě transformace státního střediska pro drogové závislosti, které pracovalo od roku 1971.

Nízkoprahové středisko je místo prvního kontaktu při potřebě pomoci související s problematikou nealkoholových drog. Kontaktní středisko má nezastupitelnou úlohu v systému péče o uživatele návykových látek, navazuje na

terénní programy (vč. Mobil Street), což je důležitý krok k možnému navázání vztahu na bázi Harm Reduction, tedy snižování rizik poškození.

Návštěvní hodiny Kontaktního centra DROP IN jsou od pondělí do čtvrtka 9.00 - 17.30 hodin a v pátek 9.00 - 16.00 hodin.

Klientům Nízkoprahového centra jsou poskytovány služby Harm Reduction, tzn. výměna použitých injekčních stříkaček a jehel za sterilní (na stejném principu jako u streetworku), výdej dalšího již výše zmiňovaného materiálu pro bezpečnou aplikaci, šíření informací o bezpečnější aplikaci a bezpečném sexu, distribuce kondomů, těhotenských testů, dámských hygienických potřeb. K dispozici je také zdravotní sestra, která ošetří drobná poranění, popř. doporučí návštěvu některých lékařů.

Dále klienti mohou dostat denní dávku důležitých vitamínů, čaj, v dopoledních hodinách polévku nebo si mohou nechat zalít kávu či konzumovat vlastní potraviny. Je tu také místnost, kde si mohou odpočinout, ohřát se, popovídat s ostatními.

K dispozici mají klienti WC a sprchu, mohou provést osobní hygienu nebo si vyprat prádlo.

Pracovníci K-centra osobám závislým na návykových látkách též pomáhají při hledání ubytování, při hledání zaměstnání nebo brigády, při zprostředkování kontaktu s různými institucemi (zdravotními, sociálními, právními aj.). Mají možnost si zde zažádat o doporučení k lékaři, k detoxifikaci, do léčeben.

Často je Nízkoprahové centrum jediným místem, díky kterému mohou být jeho klienti nějak kontaktováni rodinnými příslušníky nebo institucemi. Většina osob nemá stálé bydlení nebo ho nemá vůbec a žije na ulici. To znamená, že jim do K-centra chodí pošta, kterou si tu mohou vyzvednout.

Veškeré tyto služby je možné využívat bezplatně a anonymně (také tady funguje kódování klientů jako u streetworku, které ale nemají všichni uživatelé služby zřízené).

I zde, stejně jako v terénních programech, se vedou zápisy o kontaktní práci a o klientech, které se vyhodnocují. V průběhu kontaktu jsou o klientech zjišťována statistická data týkající se zejména struktury klientely, věku, pohlaví,

zneužívané drogy, způsobu aplikace atd. Získaná statistická data jsou jedním z podkladů pro závěrečnou zprávu. V průběhu roku se vyhodnocují každý měsíc.

Nízkoprahové centrum poskytuje konzultace a poradenství (osobní i telefonické) pro experimentátory, pro uživatele drog, pro rodiče a blízké i pro širší veřejnost. Během roku je také zajišťována osvěta a informovanost účastníků velkých kulturních akcí, na kterých se scházejí lidé i potenciálně ohrožení nealkoholovými drogami.

I v této službě je požadován proškolený multidisciplinární tým, který je schopný pružně reagovat a je pravidelně supervidován.

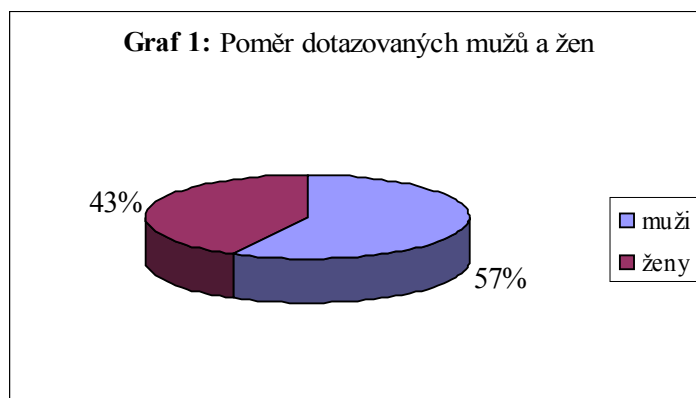
Právě v tomto zařízení proběhlo šetření k účelům této diplomové práce, které bude v následující části podrobně rozebráno.

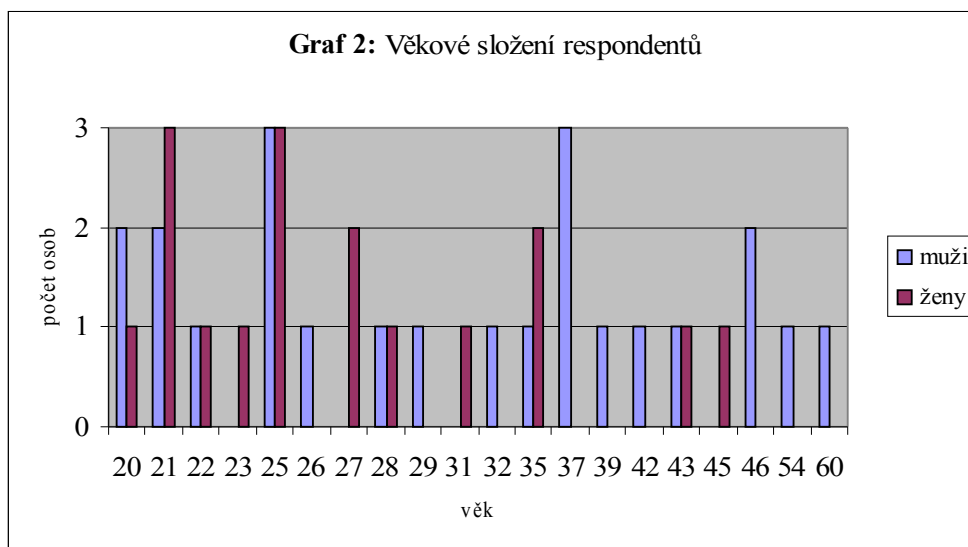
### 7.1.1. Cíl šetření

Cílem šetření je především určitá charakteristika a přiblížení klientely Nízkoprahového centra DROP IN. Šetření se dotýká života drogově závislých a jejich „drogové kariéry“, která se promítá do oblastí jako jsou rodinné a partnerské vztahy, zdraví, bydlení, finanční situace, kriminalita, pokusy o léčbu a další. Výsledky šetření analyzujeme a dáme do souvislostí a na základě toho vyvodíme závěry o nutnosti a užitečnosti takových služeb a zařízení.

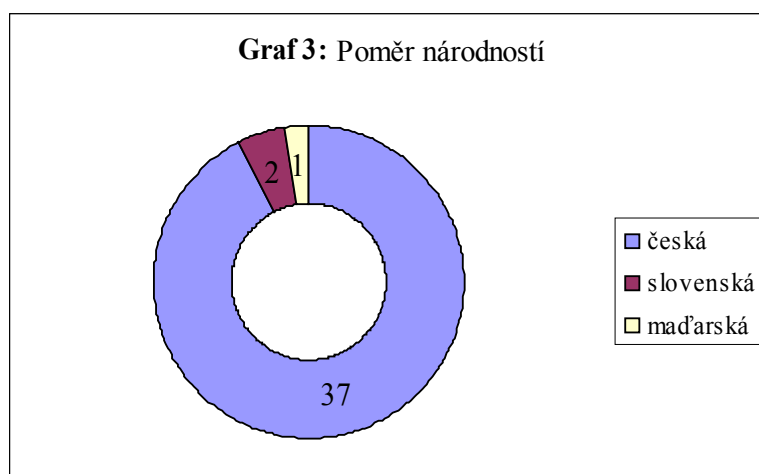
### 7.1.2. Charakteristika souboru

Dotazováno bylo 40 respondentů, klientů nízkoprahového střediska DROP IN. Ze 40 dotazovaných bylo 17 žen a 23 mužů (viz graf 1) ve věkovém rozmezí od 20 do 60 let (viz graf 2). Věkový průměr žen je 27,88 let a mužů 33,48 let.





Zajímala nás také národnost, protože na území hl.m. Prahy se na drogové scéně a v nízkoprahových programech pohybují i cizinci. Většina respondentů byla české národnosti. Zastoupena byla ale i národnost slovenská a maďarská (viz graf 3). Pokud bychom to rozdělili ještě na muže a ženy, pak bylo 16 žen národnosti české, 1 žena národnosti slovenské a mužů bylo 21 národnosti české, 1 muž národnosti slovenské a 1 muž národnosti maďarské. To dokazuje i výše uvedený fakt, že i když byly terénní služby rozšířené o romský terén a terén pro ruský mluvící osoby, nejsou tito lidé klienty K-center a spíše využívají služeb streetworku (i když nelze dělat striktní závěry, protože tyto specifické terénní programy nefungují příliš dlouho, takže do budoucna se to může změnit).





### 7.1.3. Metody šetření

K šetření byla zvolena metoda dotazníku (viz příloha č. 4). Vzhledem k oblasti, problematice a klientele zkoumání se dotazník jevil jako nejlepší možný způsob sběru dat. Bylo rozdáno 80 dotazníků a zpět vybráno 40 validních.

Dotazník byl anonymní, obsahoval 18 otázek a tabulku užívání drog, kterou bylo třeba systematictěji vyplnit. Otázky byly především uzavřené se širší škálou odpovědí, některé byly otevřené. V tabulce se objevovaly otázky otevřené, uzavřené se širší škálou odpovědí i uzavřené dichotomické.

Dotazník byl zaměřen především na užívání drog (druhy drog, frekvence užívání, polytoxikomanie, pokusy o léčbu), zdravotní stav, vzdělání, zaměstnání, finanční situaci, problémy se zákonem, rodinný stav, podmínky bydlení, mezilidské vztahy (rodinné, partnerské).

### 7.1.4. Interpretace výsledků šetření

První část dotazníku se věnuje užívání návykových látek. Z tabulky zjišťujeme údaje o druhu zneužívaných látek během života, o věku prvního užití té které látky, o frekvenci, délce doby užívání a způsobu aplikace drogy.

Tady je docela zajímavé porovnání mužů a žen zejména ve zkušenostech s různými druhy návykových látek. Počty osob u jednotlivých drog jsou totiž velmi podobné, pouze mezi muži je nejvyšší zkušenost se stimulancii a u žen s marihuanou. Co je také zajímavé, že průměrný věk prvního užití nějaké návykové látky je u žen ve většině případů nižší než u mužů, s výjimkou marihuany (viz tabulka 1a, 1b).

**Tab. 1a:** Užívání návykových látek – Muži

<b>Druhy návykových látek</b>	<b>Počet osob</b>	<b>Průměrný věk při prvním užití (v letech)</b>
Alkohol	19	14,58
Opiáty	12	20,33
Stimulancia	23	22
Marihuana	18	15,78
Halucinogeny	13	20

**Tab. 1b:** Užívání návykových látek – Ženy

<b>Druhy návykových látek</b>	<b>Počet osob</b>	<b>Průměrný věk při prvním užití (v letech)</b>
Alkohol	16	12,69
Opiáty	9	18
Stimulancia	14	18,29
Marihuana	16	16,81
Halucinogeny	11	16,45

Zkušenost se všemi druhy drog (nejsou do toho započítány léky) má 9 mužů a 5 žen. Zkušenost se zneužíváním léků má 7 mužů a 2 ženy a jedná se především o Rivotril, Tramal, Rohypnol, Diazepam.

Větší rozdíly již jsou ve frekvenci užívání návykových látek (viz tabulka 2a, 2b). Co se týká injekční aplikace, opiáty tímto způsobem užívá 9 mužů a 8 žen, u stimulancií je to 15 osob v případě mužů a 7 v případě žen.

**Tab. 2a:** Frekvence užívání drog – Muži

	<b>Občas (méně než 1x týdně)</b>	<b>Pravidelně (minimálně 1x týdně)</b>	<b>Denně</b>
<b>Alkohol</b>	6	5	8
<b>Opiáty</b>	2	6	4
<b>Stimulancia</b>	12	7	4
<b>Marihuana</b>	6	7	5
<b>Halucinogeny</b>	12	1	0

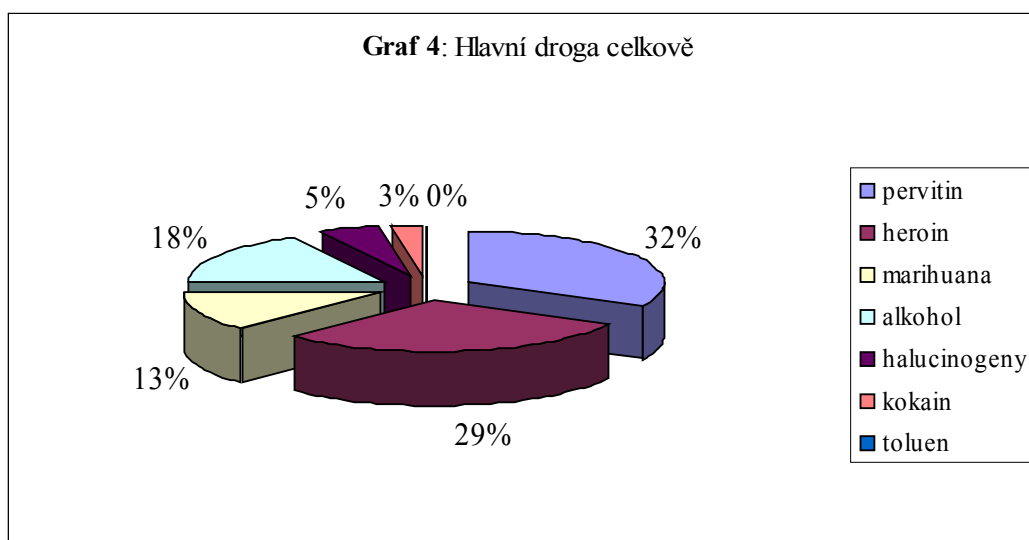
**Tab. 2b:** Frekvence užívání drog – Ženy

Dále nás zajímalo, kterou drogu respondenti v současnosti užívají jako

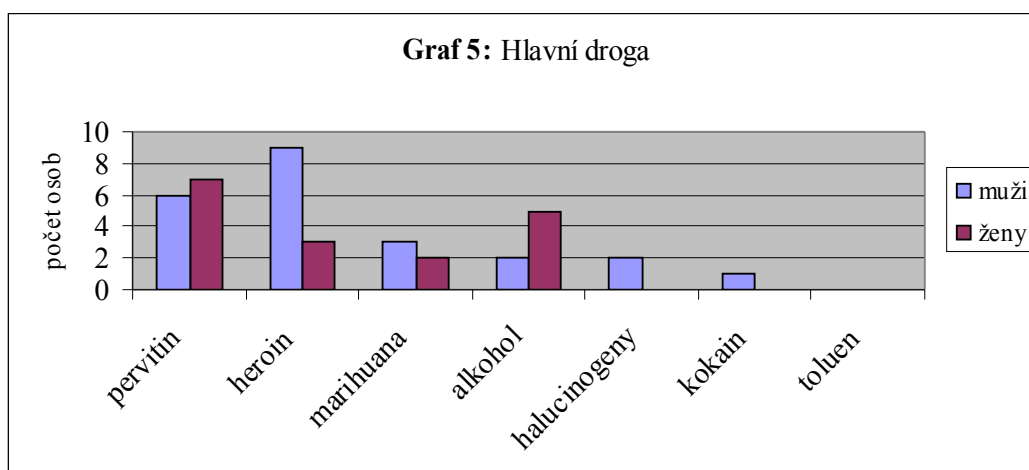
	<b>Občas</b> (méně než 1x týdně)	<b>Pravidelně</b> (minimálně 1x týdně)	<b>Denně</b>
<b>Alkohol</b>	13	2	2
<b>Opiáty</b>	1	2	6
<b>Stimulancia</b>	5	5	4
<b>Marihuana</b>	12	1	3
<b>Halucinogeny</b>	10	0	1

„hlavní“ drogu, popř. které další návykové látky užívají (polytoxikomanie).

Celkově je hlavní drogou u 32% dotazovaných pervitin, poté heroin u 29% osob a na třetím místě je alkohol u 18% osob. Nejméně (resp. vůbec) je zneužíván toluen (viz graf 4).



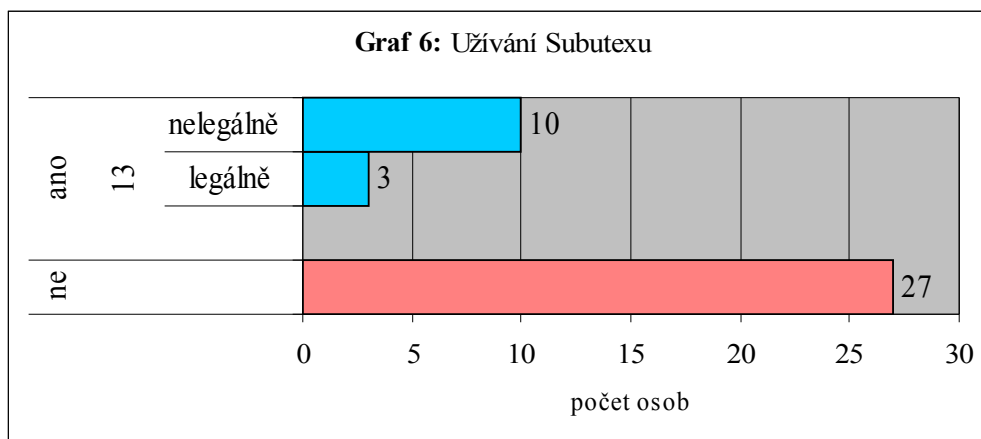
Rozdíl mezi muži a ženami je následující (viz graf 5): u mužů je hlavní drogou nejčastěji heroin, poté pervitin a marihuana. U žen je to pervitin, pak alkohol a heroin.



Ve většině případů dotazovaní zneužívají více návykových látek najednou (k jedné hlavní droze užívají jednu až další tři návykové látky). Pouze jednu návykovou látku užívá 11 lidí – v 7 případech jde o pervitin, v 1 případě o heroin, zbytek případů je alkohol.

Při hlavní droze pervitinu je nejčastěji kouřena ještě marihuana, a to u mužů i u žen. U žen v jednom případě dochází dokonce ke kombinaci pervitinu a toluenu či jiných těkavých látek. Pokud byla jako hlavní droga uvedena marihuana, byla nejčastěji v kombinaci u mužů s halucinogeny a u žen s pervitinem a alkoholem ve stejné míře. Konzumace alkoholu je spojena s marihuanou a v jednom případě i s kokainem (u ženy). Podle dotazníků velmi často dochází k polytoxikomanii heroin – pervitin, popř. heroin – marihuana, opět u mužů i u žen. Halucinogeny jako hlavní drogu uvedli pouze 2 muži, kteří k nim ještě zneužívají pervitin, marihuanu nebo alkohol. Kokain za hlavní drogu uvedl pouze jeden člověk, a to v kombinaci s marihuanou.

Stále častěji se dnes setkáváme se Subutexem (původně substituční látkou pro léčbu opiátové závislosti) na černém trhu a s jeho zneužíváním. Zajímalo nás proto, zda mají dotazované osoby zkušenost s užíváním Subutexu, ať už legálně či nelegálně (viz graf 6).



Ze 13 osob, které Subutex užívají, jsou 4 ženy, které všechny tuto látku užívají nelegálně. Zbytek (tj. 9 osob) tvoří muži, kteří danou látku ve 3 případech užívají legálně, všichni ostatní pak nelegálně.

S užíváním návykových látek velmi úzce souvisí celkový zdravotní stav. Zajímala nás tedy i tato oblast v problematice drogových závislostí.

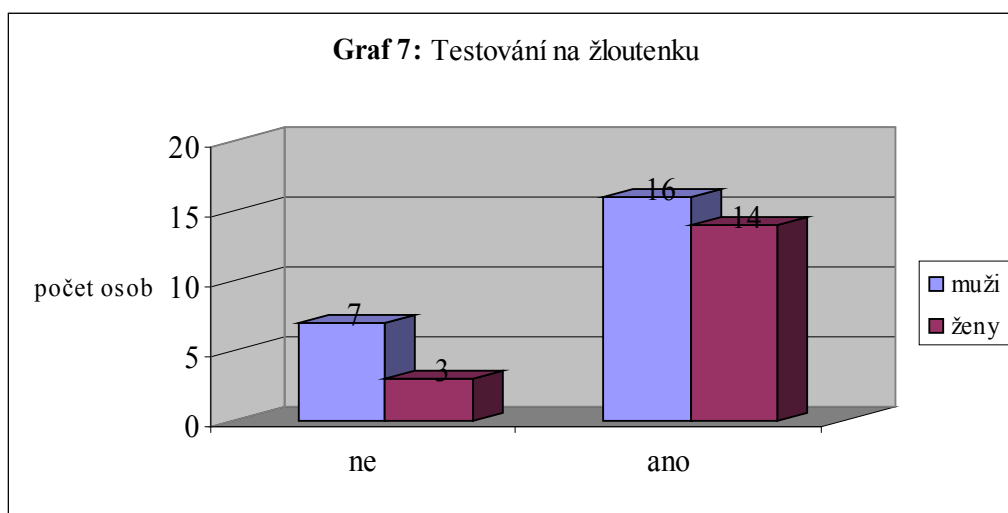
Respondenti mohli vybírat ze čtyř možností hodnocení jejich zdravotního stavu. Odpovědi byly následující: celkově má dobrý zdravotní stav 14 lidí, drobné problémy také 14 lidí, chronické problémy aktuálně pod kontrolou 10 lidí a vážné zdravotní problémy 2 lidé.

Tato otázka a sní související odpovědi jsou zpracovány i odděleně z hlediska mužů a žen (viz tabulka 3).

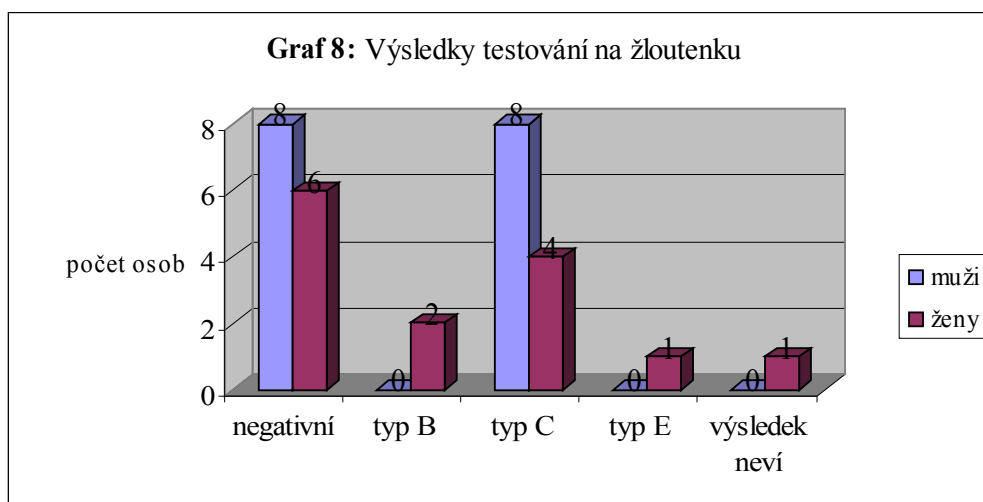
**Tab. 3:** Zdravotní stav

	<b>Dobry, žádná potíže</b>	<b>Drobné problémy</b>	<b>Chronické problémy</b>	<b>Vážné zdravotní problémy</b>
<b>Muži</b>	8	11	3	1
<b>Ženy</b>	6	3	7	1

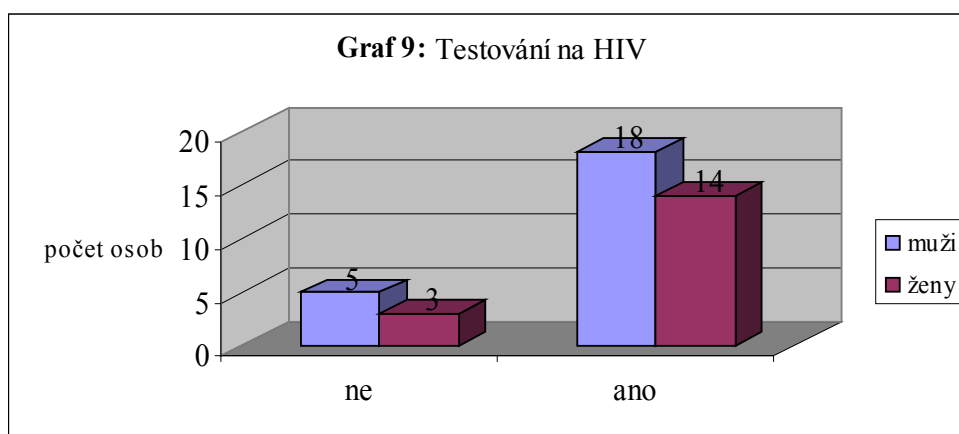
V souvislosti s užíváním návykových látek a zdravotním stavem nás zajímalo především testování na hepatitidy – kolik lidí testováno nebylo a kolik bylo (viz graf 7).



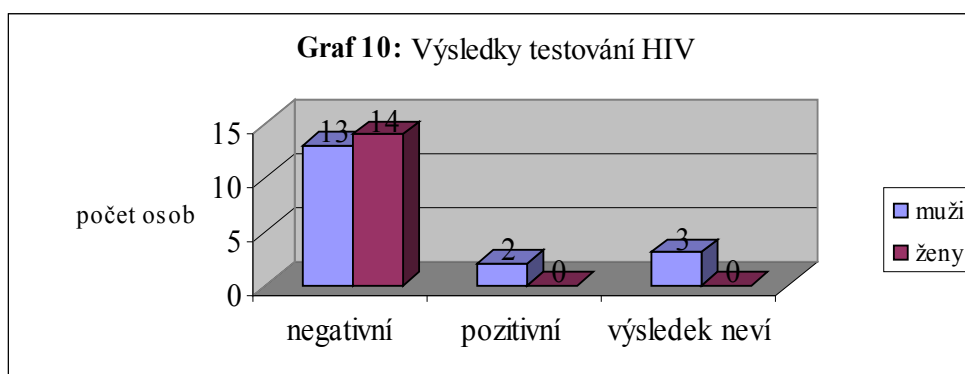
Z grafu tedy vyplývá, že na žloutenku nebylo testováno 10 dotazovaných. Ze zbylých 30 testovaných respondentů je 14 lidí negativních, 15 lidí pozitivních a 1 člověk výsledky neví (viz graf 8). Celkově je více testovaných mužů než žen.



Dále byla pozornost soustředěna také na testování HIV (viz graf 9). Obecně lze říci, že i tady bylo testováno více mužů než žen.



Celkově tedy nebylo na HIV testováno 8 lidí, 32 testováno bylo. Negativní výsledky mělo 27 lidí, pozitivní 2 lidé (pouze muži) a 3 lidé výsledky testů neví (viz graf 10).

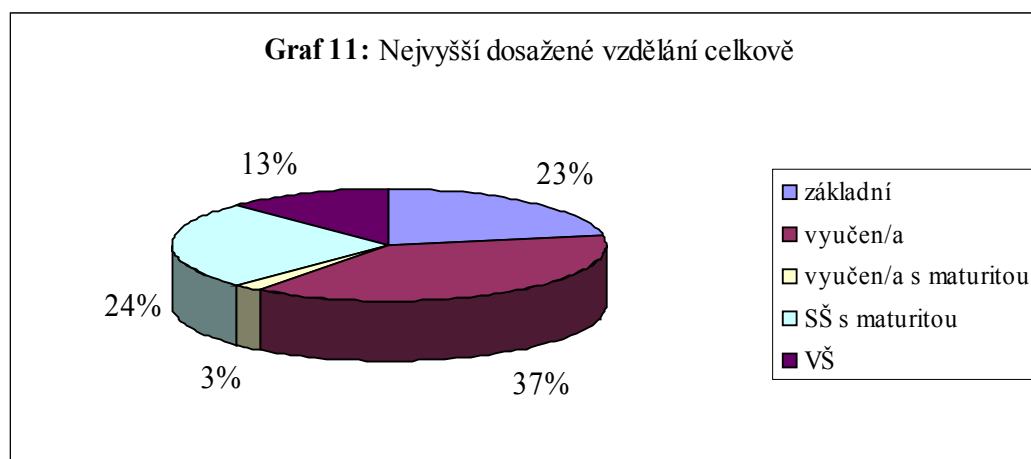


Další otázka dotazníku se týkala počtu absolvovaných pokusů o léčbu v jakémkoli zařízení (viz tabulka 4). Celkem zatím neprošlo žádnou léčbou (ani se o ni nepokusilo) 24 osob (což je 60% dotazovaných). Několikanásobné pokusy o léčení se vyskytují spíše u mužů.

**Tab. 4:** Absolvované pokusy o léčbu

Počet pokusů	0	1	2	3	4	5	6	mnoho
<b>Muži</b>	14	5	1	0	0	1	1	1
<b>Ženy</b>	10	3	1	2	1	0	0	0

Pokud se budeme zabývat otázkou dosaženého vzdělání respondentů (viz graf 11), zjistíme, že nejvíce jich je vyučených, následuje středoškolské vzdělání s maturitou a v těsném závěsu jsou lidé se základním vzděláním. Je zde i 5 lidí vysokoškolsky vzdělaných, což nám může pomoci při překonávání některých názorů laické veřejnosti, že návykovým látkám propadají pouze lidé s nižším vzděláním, s nižším sociokulturním postavením.



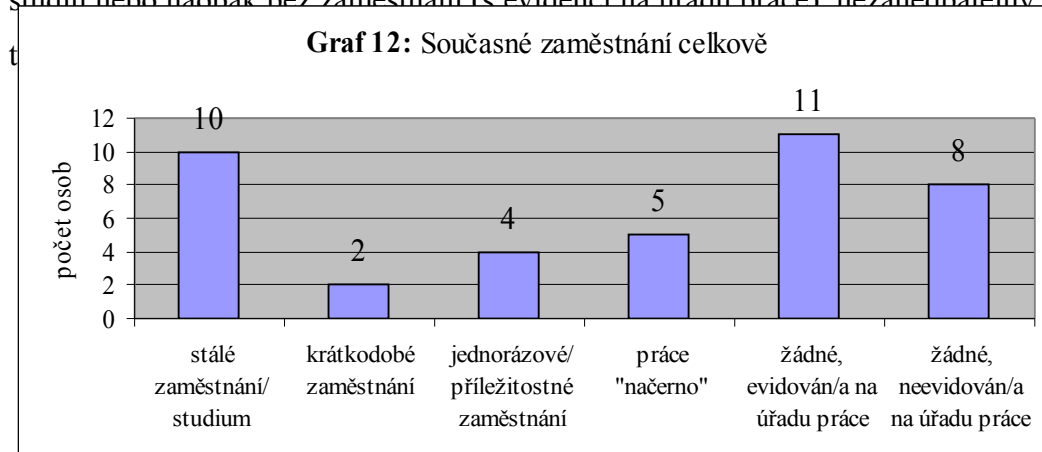
Když si i tuto problematiku rozdělíme na odpovědi mužů a žen, vidíme, že u mužů převládá především vyučení a na stejném místě je pak vzdělání základní a střední s maturitou. U žen převažuje středoškolské vzdělání s maturitou a následuje vzdělání základní a vyučení, také se stejnou frekvencí (viz tabulka 5).

**Tab. 5:** Nejvyšší dosažené vzdělání

	Základní	Vyučen/a	Vyučen/a s maturitou	SŠ s maturitou	VŠ
<b>Muži</b>	5	11	0	5	2
<b>Ženy</b>	4	4	1	5	3

Zajímaly nás i další informace o současné životní situaci klientů Nizkoprahového centra DROP IN. Bylo to například současné zaměstnání, finanční situace, problémy se zákonem, bydlení, vztahy s rodiči a partnerem či partnerkou. Jsou to totiž oblasti, ve kterých se užívání návykových látek musí zákonitě projevit, nemusí to být hned, ale po nějaké době určitě.

Tak například zaměstnání. Dotazované osoby měly na výběr hned několik možností odpovědí – od stálého zaměstnání/soustavného studia, přes brigády a příležitostné práce, až po nezaměstnanost s evidencí nebo bez evidence na úřadu práce. Celkově bylo nejvíce dotazovaných buď ve stálém pracovním poměru či studiu nebo naopak bez zaměstnání (s evidencí na úřadu práce) nezanedbatelný je



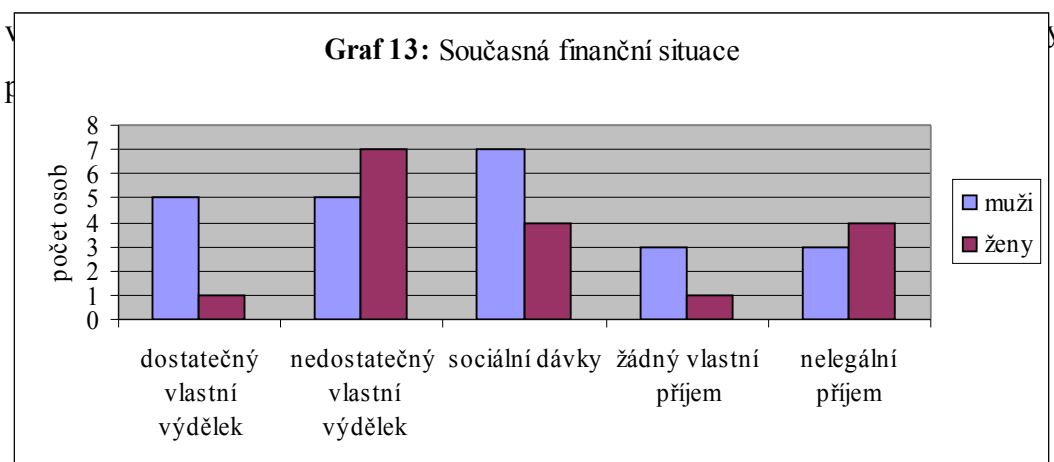


Při opětovném porovnání mužů a žen, je situace poměrně vyrovnaná, s tím rozdílem, že u žen se nevyskytuje krátkodobé ani jednorázové/příležitostné zaměstnání (viz tabulka 6).

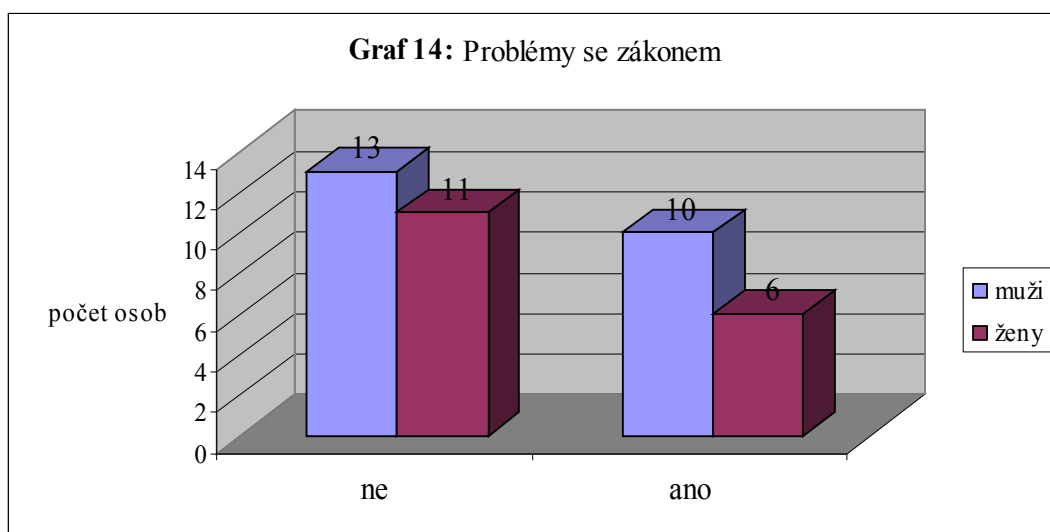
**Tab. 6:** Současné zaměstnání

	<b>Muži</b>	<b>Ženy</b>
<b>Stálé zaměstnání/ studium</b>	4	6
<b>Krátkodobé zaměstnání</b>	2	0
<b>Jednorázové/ příležitostné zaměstnání</b>	2	0
<b>Práce „načerno“</b>	4	3
<b>Žádné, evidován/a na úřadu práce</b>	6	5
<b>Žádné, nevidován/a na úřadu práce</b>	5	3

Na předchozí otázku navazuje otázka finanční situace (viz graf 13). V těchto odpovědích se logicky zrcadí odpovědi předešlé. Celkově dostatečný

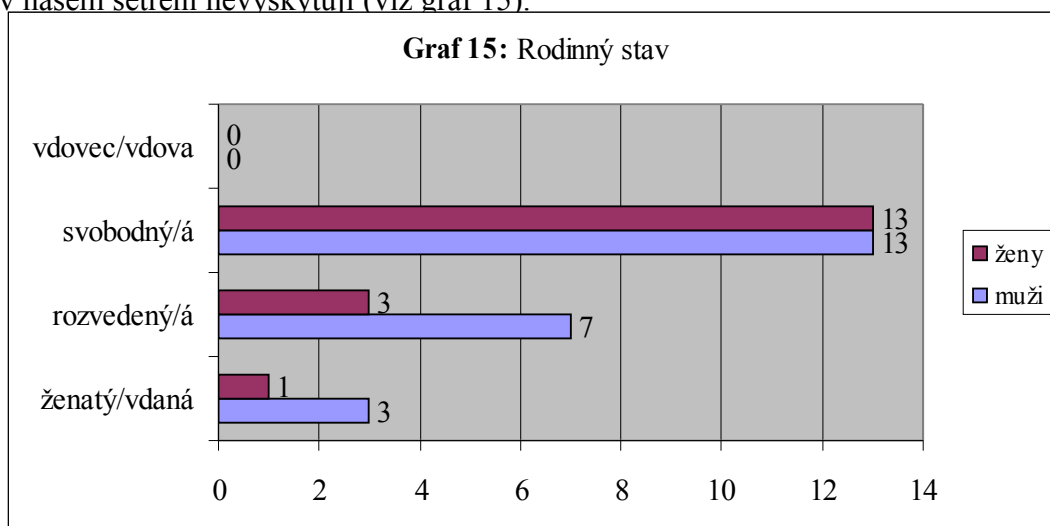


Dalším tématem otázky byly problémy se zákonem. Ze 40 dotazovaných má problémy se zákonem 16 osob, z toho je 6 žen (viz graf 14).

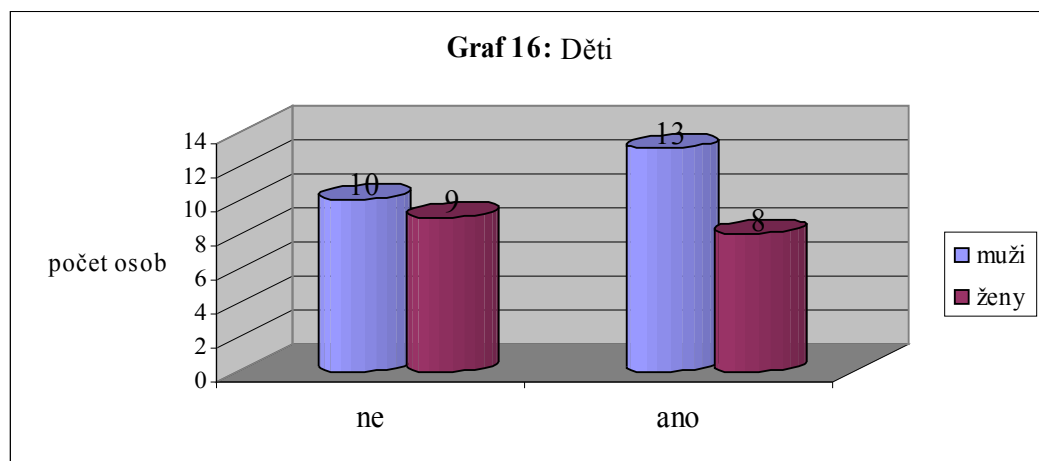


U mužů jde o 3 probíhající trestní stíhání a 7 případů podmíněného trestu. V případě žen, u 2 probíhá trestní stíhání, 3 mají podmíněný trest a 1 je v ochranné léčbě.

Respondenti jsou převážně svobodní (26 osob, tj. 65%), následují rozvedení (10 osob, tj. 25%), ženatí/vdané (4 osoby, tj. 10%), ovdovělé osoby se v našem šetření nevyskytují (viz graf 15).



Děti má 21 osob (viz graf 16). V 61% jde o jednoho potomka, 4 lidé mají dvě děti, 2 lidé mají tři děti, 1 člověk má čtyři děti a stejně tak 1 dotazovaný má 7 dětí. Z toho 3 respondenti mají děti a jsou ženatí/vdané, 10 respondentů má děti a jsou rozvedení a 8 lidí má děti a jsou svobodní.



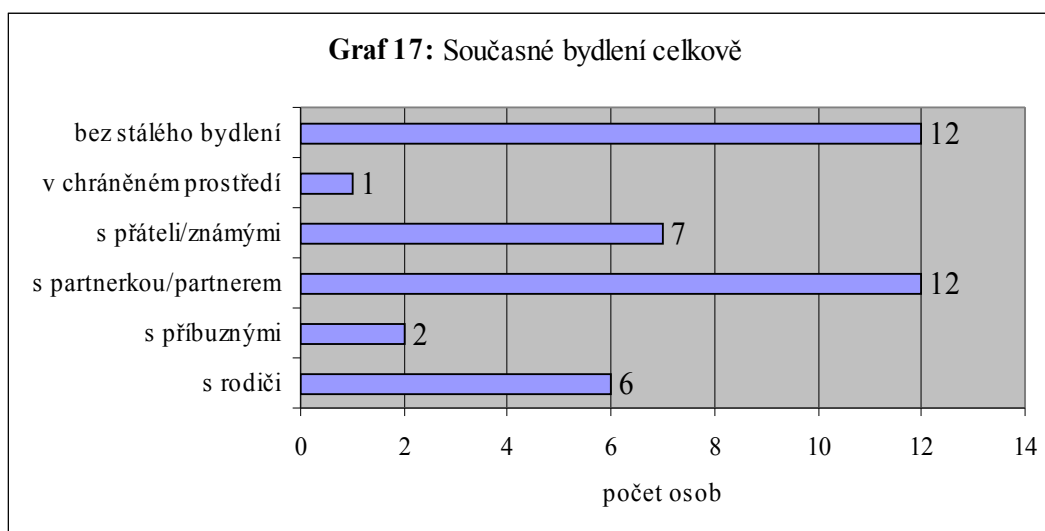
Problematika bydlení je znovu poměrně rozdílná mezi muži a ženami (viz tabulka 7). Zatímco většina mužů nemá stálé bydlení nebo bydlí u rodičů, převážná většina žen bydlí s partnerem.

**Tab. 7:** Současné bydlení

	<b>Muži</b>	<b>Ženy</b>
<b>S rodiči</b>	5	1
<b>S příbuznými</b>	2	0
<b>S partnerkou/ partnerem</b>	4	8
<b>S přáteli/ známými</b>	3	4

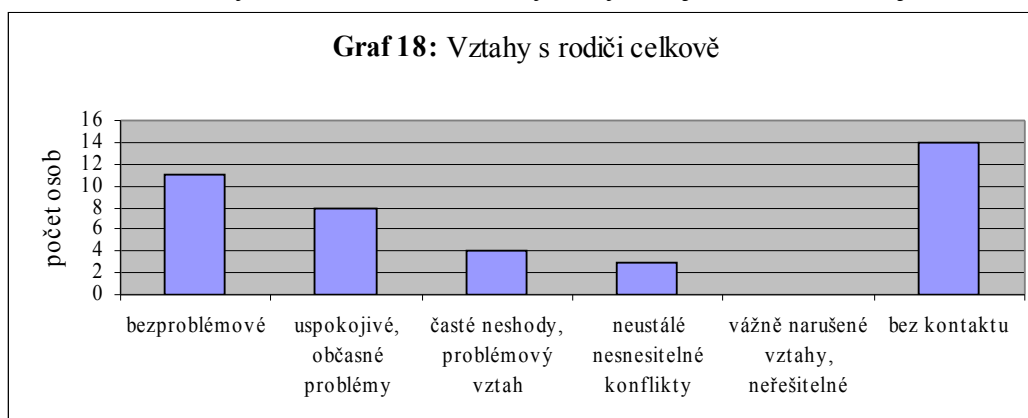
<b>V chráněném prostředí</b>	0	1
<b>Bez stálého bydlení</b>	9	3

Celkově je stejný počet osob, který je bez stálého bydlení, jako osob, které bydlí s partnerem či partnerkou. Další nejvíce zastoupenou možností je bydlení s přáteli či známými. Nejméně frekventovanou odpovědí je bydlení v chráněném prostředí a s příbuznými (viz graf 17).



U mladších osob užívajících návykové látky (většinou ještě studujících nebo zaměstnaných) se od předešlé otázky a odpovědi často odvíjí i odpovědi na otázku následující, a to vztah s rodiči (viz graf 18).

Nejčtenější odpovědí u této otázky je, že nejsou dotyční s rodiči v kontaktu. V tomto případě jde především o osoby starší, osoby jiné národnosti nebo o osoby, které začaly návykové látky užívat v poměrně dost nízkém věku. Další častou odpovědí jsou bezproblémové nebo uspokojivé vztahy s rodiči pouze s občasnými problémy. Zde se jedná, jak už bylo výše řečeno, spíše o mladší respondenty, kteří často ještě bydlí s rodiči a studují, popř. pracují. Je to nejspíše proto, že rodiče často ani netuší, že je jejich dítě závislé na návykových látkách, závislost nemusí být v takovém stádiu, aby to bylo nejbližšímu okolí zjevné.

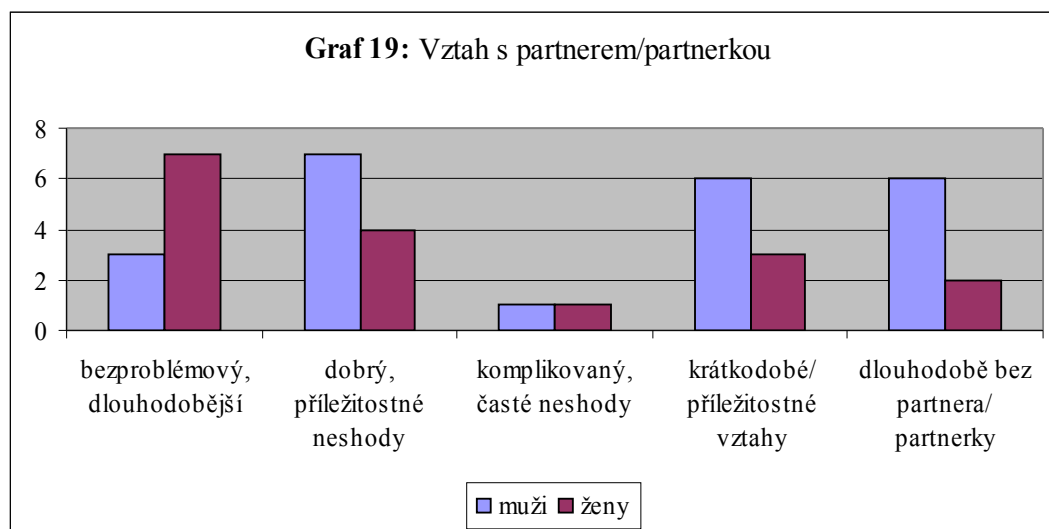


Častěji mají bezproblémové nebo uspokojivé vztahy s rodiči muži než ženy. Ženy jsou nejčastěji bez kontaktu (viz tabulka 8).

**Tab. 8:** Vztahy s rodiči

	<b>Muži</b>	<b>Ženy</b>
<b>Bezproblémové</b>	7	4
<b>Uspokojivé, občasné problémy</b>	5	3
<b>Časté neshody, problémový vztah</b>	1	0
<b>Neustálé nesnesitelné konflikty</b>	4	2
<b>Vážně narušené vztahy, neřešitelné</b>	0	0
<b>Bez kontaktu</b>	6	8

A co se týká partnerských vztahů, z dotazníkového šetření vyplývá, že většina dotazovaných má partnerský vztah a ve více než polovině je vztah dlouhodobější, bezproblémový (viz graf 19).



Pro představu jsou do příloh zařazeny i některé ukázky vyplněných dotazníků (viz příloha č. 5).

#### **7.1.5. Závěr šetření**

Dotazováno bylo 40 respondentů (klientů Nízkoprahového centra DROP IN), přičemž bylo 17 žen a 23 mužů. Celkový věkový průměr je 31,1 let. Zastoupena byla především národnost česká (92%), ale také slovenská (5%) a maďarská (3%). Respondenti jsou převážně svobodní (65%), následují rozvedení (25%), ženatí/vdané (10%), ovdovělé osoby se v našem šetření nevyskytují.

Děti má 21 osob. V 61% jde o jednoho potomka, 4 lidé mají dvě děti, 2 lidé mají tři děti, 1 člověk má čtyři děti a stejně tak 1 dotazovaný má 7 dětí. Z toho 3 respondenti mají děti a jsou ženatí/vdané, 10 respondentů má děti a jsou rozvedení a 8 jich má děti a jsou svobodní.

Při zjišťování údajů o druhu zneužívaných látek během života, o věku prvního užití té které látky, o frekvenci, délce doby užívání a způsobu aplikace drogy, byly zjištěny následující informace. Počty osob u jednotlivých skupin návykových jsou velmi podobné, pouze mezi muži je nejvyšší zkušenost se stimulancii a u žen s marihuanou. Co je také zajímavé, že průměrný věk prvního užití nějaké návykové látky je u žen ve většině případů nižší než u mužů, s výjimkou marihuany. Zkušenost s alkoholem během svého života má 35 osob, s opiáty 21 osob, se stimulancii 37 lidí, s marihuanou 34 lidí, s halucinogeny 24 dotazovaných. Zkušenost s užíváním všech druhů vyjmenovaných návykových látek má celkem 14 respondentů. Léky zneužívalo/zneužívá 9 osob (a to především Rivotril, Tramal, Rohypnol, Diazepam).

Co se týká injekční aplikace, opiáty tímto způsobem užívá 9 mužů a 8 žen, u stimulantů je to 15 osob v případě mužů a 7 v případě žen.

V současné době je „hlavní“ drogou u 32% dotazovaných pervitin, poté heroin u 29% osob a na třetím místě je alkohol u 18% osob, dále marihuana, heroin, kokain. Nejméně (resp. vůbec) je zneužíván toluen. U mužů je hlavní drogou nejčastěji heroin, poté pervitin a marihuana. U žen je to pervitin, pak alkohol a heroin.

Ve většině případů dotazovaní zneužívají více návykových látek najednou (k jedné hlavní droze užívají jednu až další tři návykové látky) – polytoxikomanie.

Pouze jednu návykovou látku užívá 11 lidí – u 7 osob jde o pervitin, v 1 případě o heroin, zbytek je alkohol. Při hlavní droze pervitinu je nejčastěji kouřena ještě marihuana, a to u mužů i u žen. Pokud byla jako hlavní droga uvedena marihuana, byla nejčastěji v kombinaci u mužů s halucinogeny a u žen s pervitinem a alkoholem. Konzumace alkoholu je spojena s marihuanou a v jednom případě i s kokainem (u ženy). Velmi často dochází k polytoxikomanii heroin – pervitin, popř. heroin – marihuana, opět u mužů i u žen. U halucinogenů jde ještě o užívání pervitinu, marihuany nebo alkoholu. Kokain za hlavní drogu uvedl pouze jeden člověk, a to v kombinaci s marihuanou.

Velmi často se setkáváme se Subutexem na černém trhu a s jeho zneužíváním. Zajímalo nás proto, zda mají dotazované osoby zkušenost s užíváním Subutexu, ať už legálně či nelegálně. Odpovědi byly následující: ze 13 osob, které Subutex užívají, jsou 4 ženy, které všechny tuto látku užívají nelegálně. Zbytek (tj. 9 osob) tvoří muži, kteří danou látku ve 3 případech užívají legálně, všichni ostatní pak nelegálně.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že užívání návykových látek postihuje nejrůznější oblasti života člověka – zdravotní stav, vzdělání, zaměstnání, finanční situace, bydlení, problémy se zákonem, vztahy partnerské a rodinné. Velmi také záleží v jakém věku člověk začne užívat návykové látky, popř. jak dlouhá je jeho „drogová kariéra“.

Co se týká zdravotního stavu, celkově dobrý uvedlo 14 lidí, drobné problémy také 14 lidí, chronické problémy aktuálně pod kontrolou 10 lidí a vážné

zdravotní problémy 2 lidé. Se zdravotním stavem osob závislých na návykových látkách se velmi úzce pojí HIV/AIDS a hepatitidy. Zajímalo nás proto také testování na tyto nemoci a výsledky testů. Celkově na hepatitidu nebylo testováno 10 lidí, 30 lidí bylo testováno – s výsledky: negativní 14 lidí, žloutenka typu B 2 lidé, typu C 12 lidí, typ E 1 člověk a výsledek neví také 1 člověk. Celkově je více testovaných mužů než žen. Na HIV nebylo testováno 8 lidí, 32 testováno bylo – s výsledky: negativní 27 lidí, pozitivní 2 lidé (pouze muži), výsledky neví 3 lidé. I tady bylo testováno více mužů než žen.

Další otázka dotazníku se týkala počtu absolvovaných pokusů o léčbu v jakémkoli zařízení. Celkem zatím neprošlo žádnou léčbou (ani se o ni nepokusilo) 24 osob (což je 60% dotazovaných). Několikanásobné pokusy o léčení se vyskytují spíše u mužů.

Pokud se budeme zabývat otázkou dosaženého vzdělání respondentů, zjistíme, že nejvíce jich je vyučených (37%), následuje středoškolské vzdělání s maturitou (24%), poté jsou lidé se základním vzděláním (23%), vysokoškolsky vzdělání (13%), na posledním místě jsou lidé vyučení s maturitou (3%).

U problematiky zaměstnání odpovídalo nejvíce dotazovaných, že jsou buď ve stálém pracovním poměru či studiu, nebo naopak bez zaměstnání (s evidencí na úřadu práce), nezanedbatelný je také podíl osob bez zaměstnání a bez evidence na úřadu práce. Při opětovném porovnání mužů a žen, je situace poměrně vyrovnaná, s tím rozdílem, že u žen se nevyskytuje krátkodobé ani jednorázové/příležitostné zaměstnání.

S předchozími odpověďmi souvisela otázka finanční. Dostatečný vlastní výdělek má 6 lidí, nedostatečný vlastní výdělek 12 lidí, sociální dávky pobírá 11 lidí, žádný vlastní příjem nemají 4 lidé a nelegální příjem 7 lidí.

Ze 40 dotazovaných má 16 osob problémy se zákonem, z toho je 6 žen. U mužů jde o 3 probíhající trestní stíhání a 7 případů podmíněného trestu. V případě žen, u 2 probíhá trestní stíhání, 3 mají podmíněný trest a 1 je v ochranné léčbě.

Problematika bydlení je znovu poměrně rozdílná mezi muži a ženami. Zatímco většina mužů nemá stálé bydlení nebo bydlí u rodičů, převážná většina žen bydlí s partnerem. Celkově je stejný počet osob, který je bez stálého bydlení,



jako osob, které bydlí s partnerem či partnerkou. Další nejvíce zastoupenou možností je bydlení s přáteli či známými. Nejméně frekventovanou odpovědí je bydlení v chráněném prostředí a s příbuznými.

Nejčtenější odpovědí u otázky týkající se vztahů s rodiči je, že nejsou v kontaktu. Jak už bylo výše řečeno, jde často o osoby starší, osoby jiné národnosti nebo o osoby, které začaly návykové látky užívat v poměrně dost nízkém věku. Další frekventovanou odpovědí jsou bezproblémové nebo uspokojivé vztahy s rodiči pouze s občasnými problémy. Častěji mají bezproblémové nebo uspokojivé vztahy s rodiči muži než ženy. Ženy jsou nejčastěji bez kontaktu.

A co se týká partnerských vztahů, z dotazníkového šetření vyplývá, že většina dotazovaných má partnerský vztah a ve více než polovině je vztah dlouhodobější, bezproblémový. Komplikovaný vztah s častými neshodami mají 2 lidé, krátkodobé, příležitostné vztahy 9 lidí a dlouhodobě bez partnera/partnerky je 8 lidí.

Je tedy zřejmé, že drogová závislost se promítá do nejrůznějších oblastí lidského života a člověk závislý na návykových látkách má ve svém životě řadu problémů. Cílem analýzy dotazníkového šetření je také upozornit na práci a význam nízkoprahových zařízení. Smyslem těchto služeb je právě pomoc s řešením těchto obtížných situací a životních etap. Význam takového zařízení spočívá v tom, že lidi s těmito potížemi neodsuzuje, ale nabízí jim pomocnou ruku. Závislí tak nekončí na ulici, bez financí, jen s drogou. Ale je ještě šance, že se ze své složité situace mohou dostat. Samozřejmě to záleží pouze na nich samotných, pomoc těchto programů a kontaktních pracovníků je jen jakousi „pomocnou berličkou“.

Tyto služby využívají i velmi mladí lidé, u kterých je předpoklad, že se do příliš těžké závislosti nedostanou (pouze experimentují, prochází nelehkým životním obdobím apod.) a je tedy třeba, aby až najdou svou identitu a místo ve společnosti a rozhodnou se pro život bez drog, toho ještě byli schopni a nebyli drogami zdevastováni, nenesli si doživotní následky. K tomu všemu mohou napomoci všechna výše zmiňovaná zařízení a programy.

A v neposlední řadě, nejde jen o pomoc lidem závislým na návykových látkách, jejich rodinám a blízkým, ale o pomoc celé společnosti. Nebýt těchto programů, vzrostla by dozajista kriminalita, ale především by stoupl počet onemocnění (HIV/AIDS, hepatitidy, pohlavně přenosné nemoci apod.), a to nejen v populaci drogově závislých, ale i v populaci běžné „nedrogové“.

## ZÁVĚR

Nízkoprahové programy pro osoby závislé na návykových látkách jsou stále velmi kontroverzním a nedoceněným tématem. Většina laické veřejnosti se stále ještě domnívá, že jde o podporování drogové závislosti a nezodpovědného života závislých lidí. Opak je ale pravdou. Za účelem osvětlení dané problematiky vznikla tato diplomová práce. Témata jako snižování rizik, politika veřejného zdraví, nízkoprahovost, pragmatičnost, K-centra, streetwork, poradenství, se prolínají celou diplomovou prací.

Teoretické vymezení první kapitoly diplomové práce se zabývá uvedením do problematiky protidrogové politiky, se kterou velmi úzce souvisí zdravotní politika, která se již delší dobu potýká s epidemií HIV/AIDS a pandemií škodlivého užívání psychoaktivních látek. Definována je terciární prevence, do které spadá přístup Public Health a přístup Harm Reduction. Public Health, jako přístup ochrany veřejného zdraví, nesleduje ani tak zájem jedince, jako ochranu populace, především před přenosem závažných infekčních chorob (AIDS, hepatitidy B a C). Harm Reduction znamená důležitý nástroj právě ochrany veřejného zdraví. Jde o minimalizaci poškození v souvislosti s užíváním návykových látek a jedná se tak o stěžejní službu poskytovanou nízkoprahovými zařízeními.

Historie nízkoprahových zařízení, konkrétně metody streetwork a kontaktních center, je obsahem druhé kapitoly. Vznik terénních programů je zachycen jak ve světě, tak v ČR.

Další – třetí – kapitola se věnuje telefonickému a internetovému poradenství, jako jedné z forem nízkoprahové služby. Pro člověka, který potřebuje získat informace nebo radu od profesionálního poradce, je právě tento druh poradenství jeden z nejméně náročných způsobů, jak se k odborné pomoci dostat.

Jedním ze základních předpokladů úspěšnosti takového poradenství je odbornost týmu a zvládnutí krizové intervence.

Čtvrtá kapitola se zabývá dalším typem nízkoprahové služby, a to streetworkem, metodou terénní práce. Streetwork vychází z principů Public Health a pragmatického přístupu Harm Reduction. Terénní programy mají nezastupitelnou úlohu v tom, že stojí na pomyslném začátku v systému péče o uživatele návykových látek a často jsou prvním zařízením/službou, se kterými se uživatel setkává. Hlavním cílem terénních programů je navázat vztah s klienty a následně je motivovat ke změně rizikového chování a k udržení této změny. Výměnné programy probíhají i ve věznicích. Velký důraz je kladen na multidisciplinaritu týmu.

V páté kapitole jsou předloženy informace o kontaktních centrech (K-centrech), která jsou určena k pomoci osobám s nízkou motivací k léčbě, ale také k podpoře rodičů, příbuzných, přátel, partnerů či známých uživatelů návykových látek. K-centra nabízejí řadu služeb, mezi které patří např. kontaktní práce, výměnný program stříkaček a jehel a dalšího materiálu, základní zdravotnický servis, hygienický servis, potravinový servis, poradenství, sociální práce a další.

Dále je ve zkratce popsáno občanské sdružení SANANIM a na základě zkušeností ze stáže i činnost streetworkerů. Stejně tak je tomu u Střediska prevence a léčby drogových závislostí – DROP IN o.p.s. a jeho Nízkoprahového střediska, kde bylo provedeno dotazníkové šetření.

Praktická část diplomové práce vychází z dotazníkového šetření a z konkrétních zkušeností ze stáže (pozorování, rozhovory s klienty, konzultace s odbornými pracovníky Nízkoprahového centra DROP IN). S ohledem na validitu šetření byly zpracovány dotazníky od 40 respondentů. Dotazníkové šetření má za cíl především určitou charakteristiku a přiblížení klientely Nízkoprahového centra DROP IN. Šetření se dotýká života drogově závislých a jejich „drogové kariéry“. Závěry šetření potvrdily, že se užívání návykových látek promítá do nejrůznějších oblastí života – rodinné a partnerské vztahy, zdraví, bydlení, finanční situace, kriminalita, pokusy o léčbu a další. Na základě výsledků

šetření si můžeme udělat obrázek o životní situaci osob užívajících návykové látky a vyvodit závěry o nutnosti a užitečnosti takových služeb a zařízení.

Lidé užívající návykové látky si ve své situaci pomáhají k obživě různými způsoby. Ženy často prostituují za peníze nebo za drogy. Většina osob se dopouští krádeží, někteří vyrábějí a prodávají drogy. Někteří využívají sociálních dávek a podpor – zejména dávek na děti a na svoji částečnou invaliditu. Velmi neradi vyhledávají lékařskou pomoc, a to ani když jim hrozí vážné zdravotní poškození (amputace, infekce..). Mají nedůvěru k úřadům a policii. Vše řeší ve své komunitě. Pro svoji odlišnost se stávají oběťmi pouličního násilí.

Nízkoprahová zařízení, která se snaží vstupní podmínky minimalizovat (klient může přijít anonymně, kdykoli během otevírací doby apod.), fungují s cílem nabídnout pomoc nebo alespoň kontakt těmto osobám.

Přesto se ale ukazuje, že pro řadu klientů jsou i nízkoprahová zařízení nedosažitelná. Terénní programy z tohoto poznání vycházejí a díky metodě streetwork opouštějí „zděnou instituci“ a vydávají se za klientem přímo na jeho scénu a zde ho oslovují.

Potenciální přínos pragmatického přístupu k drogové problematice pro veřejné zdraví je velmi vysoký. Nízkoprahové služby by neměly být považovány za jednoduché řešení ani všelék, který by mohl okamžitě vyřešit všechny problémy spojené s pozitivní změnou chování. Nízkoprahová zařízení by měla být chápána jako užitečná součást široké strategie na podporu zdravého způsobu života. Je třeba pečlivě zvážit potřeby konkrétní cílové populace a účinnost jiných dostupných metod intervence.

Je třeba vnímat změny na drogové scéně, mapovat životy drogově závislých a přizpůsobovat podle toho služby klientele. V těchto programech a zařízeních velmi často pracují také speciální pedagogové a tato diplomová práce může sloužit jako určitý přehled teoretických informací i poznatků z praxe.

Dané téma je velmi široké a dalo by se na něj pohlížet z mnoha úhlů. Snahou ale bylo přizpůsobit ho rozsahu doporučenému pro diplomovou práci.

## RESUMÉ

Diplomová práce „Nízkoprahová zařízení pro osoby závislé na návykových látkách“ se zabývala problematikou výchovně léčebných přístupů k osobám závislým na návykových látkách se zvláštním zřetelem na nízkoprahové programy, konkrétně internetové a telefonické poradny, kontaktní centra a streetwork.

Teoretická část diplomové práce objasňovala teoretické koncepty pro snadnější orientaci v následujících částech této práce. V rámci protidrogové politiky – celosvětově i v České republice – byla zmíněna zdravotní politika do které spadá terciární prevence, v jejímž rámci fungují nízkoprahová zařízení, která se řídí principy Public Health a Harm Reduction. Stěžejní částí teorie byly jednotlivé charakteristiky nízkoprahových zařízení, včetně jejich historie, nabízených služeb, složení týmu apod.

Cílem dotazníkového šetření bylo přiblížení klientely Nízkoprahového centra DROP IN. Šetření se dotýkalo života drogově závislých a jejich „drogové kariéry“. Závěry šetření potvrdily, že se užívání návykových látek promítá do nejrůznějších oblastí života – rodinné a partnerské vztahy, zdraví, bydlení, finanční situace, kriminalita, pokusy o léčbu a další. Na základě výsledků šetření byly vyvozeny závěry o nutnosti a užitečnosti daných služeb.

## **SUMMARY**

Diploma thesis "Low-threshold institutions for persons dependent on addictive substances" addressed the issue of education and medical treatment of persons dependent on addictive substances, with particular attention to low-threshold programs, namely Internet and telephone counseling centers, contact centers and street work.

The theoretical part of thesis clarify theoretical concepts for ease of reference in the following sections of this work. The drug policy –worldwide and in the Czech Republic – have been mentioned health policy for the tertiary prevention of falls in which the low-threshold institutions function devices, which are governed by the principles of Public Health and Harm Reduction. The central part of the theory of the individual characteristics of low-threshold institutions, including their history, services offered, team composition, etc.

The aim of the questionnaire approach to low-threshold center clientele DROP IN. The investigation has touched the lives of drug addicts and their "drug career". Findings confirmed that substance abuse is reflected in various areas of life – family and partner relationships, health, housing, financial situation, crime, attempts at treatment and more. Based on the results of the investigation, conclusions on the necessity and usefulness of the service.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BEDNÁŘOVÁ, Z., PELECH, L. *Sociální práce na ulici – streetwork*. Brno: Doplněk, 2000. ISBN 80-7239-048-1.
2. HEJDA, J. *Kriminologické, trestně právní a kriminalistické aspekty drogového problému v ČR a jeho řešení*. Jindřichův Hradec: RAIN, 2000. ISBN 80-245-0080-9.
3. IVERSEN, LESLIE L. *Léky a drogy*. Praha: Dokořán, 2006. ISBN 80-7363-061-3.
4. JANÍK, A., DUŠEK, K. *Drogy a společnost*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0087-3.
5. JURÁKOVÁ, I. *Trestněprávní postih toxikomanů*. Brno: Masarykova univerzita, 1999. ISBN 80-210-2234-5.
6. KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti – Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
7. KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti 2 – Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
8. KALINA, K. *Drogy v ordinaci praktického lékaře*. Praha: FILIA, 1996. ISBN 80-901966-5-9.
9. KALINA, K. *Drogy ze všech stran*. Praha: FILIA, 1995. ISBN 80-901966-1-6.
10. KALINA, K. a kol. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: FILIA, 2001. ISBN 80-238-8014-4.
11. Kolektiv autorů SANANIM. *Drogy – otázky a odpovědi*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-223-2.

12. MIOVSKÁ, L., MIOVSKÝ, M. a kol. *Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení*. Praha: Úřad vlády ČR, 2005. ISBN 80-86734-44-7.
13. MIOVSKÝ, M., SPIRIG, H., HAVLÍČKOVÁ, M. *Vězeňství a nelegální drogy*. Praha: Úřad vlády ČR, 2002. ISBN 80-86734-03-X.
14. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. *Poziční dokument o drogách, věznicích a harm reduction*. Praha: Úřad vlády ČR, 2006. ISBN 80-86734-76-5.
15. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. *Seznam a definice výkonů drogových služeb*. Praha: Úřad vlády ČR, 2006. ISBN 80-86734-81-1.
16. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. *Výměna jehel ve věznicích*. Praha: Úřad vlády ČR, 2006. ISBN 80-86734-79-X.
17. NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. Praha: KLP, 1997. ISBN 80-85917-36-X.
18. Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky. *Příručka k provádění výběru metodou sněhové koule: snowball sampling*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-08-0.
19. RHODES, T. *Terénní práce s uživateli drog : zásady a praxe*. Boskovice: Albert, 1999. ISBN 80-85834-71-5.
20. SADÍLEK, P., MRAVČÍK, V., ORLÍKOVÁ, B. *Poradenská činnost v oblasti závislosti poskytovaná prostřednictvím telefonu nebo internetu*. Praha: Úřad vlády ČR, 2006. ISBN 80-86734-89-7.
21. Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. *Národní strategie protidrogové politiky na období 2005-2009*. Praha: Úřad vlády ČR, 2005. ISBN 80-86734-39-0.
22. Světová zdravotnická organizace. *Účinnost programů výměny sterilních jehel a stříkaček při snižování rizika nákazy HIV/AIDS mezi injekčními uživateli drog*. Praha: Úřad vlády ČR, 2005. ISBN 80-86734-74-9.
23. TYLER, A. *Drogy v ulicích*. Praha : Ivo Železný, 2000. ISBN 80-237-3606-X.



### **Časopis:**

GABRHELÍK, R., MIOVSKÝ, M. Možnosti a meze současného využití sítě lékáren z hlediska jejich participace na nízkoprahových veřejnozdravotních intervencích v rámci adiktologických služeb. *Adiktologie: odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí*, 2009, roč. 9, č. 2, s.74-84. ISSN 1213-3841.

### **Použité internetové zdroje:**

A.N.O. <http://www.asociace.org/>

Centrum adiktologie [www.adiktologie.cz](http://www.adiktologie.cz)

Drogová poradna SANANIM [www.drogovaporadna.cz](http://www.drogovaporadna.cz)

Občanské sdružení SANANIM [www.sananim.cz](http://www.sananim.cz)

Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP <http://snncls.cz/page/2/>

Středisko prevence a léčby drogových závislostí - DROP IN o.p.s.  
[www.dropin.cz](http://www.dropin.cz)

*Adiktologie: Nízkoprahová zařízení pro uživatele drog* [online]. 2006-2009 [cit. 2010-02-03]. Dostupný z WWW:  
<<http://www.adiktologie.cz/articles/cz/71/640/Nizkoprahova-zarizeni-pro-uzivatele-drog.html>>.

AIDS-HIV. *Údaje ve světě*. . [online]. [cit. 2010-01-14]. Dostupný z WWW:  
<<http://www.aids-hiv.cz/>>.

Česká společnost AIDS pomoc: *Statistiky Česká republika*. [online]. 2007-2009 [cit. 2010-01-14]. Dostupný z WWW:  
<[http://aids-pomoc.cz/info\\_statistiky.htm#svet](http://aids-pomoc.cz/info_statistiky.htm#svet)>.

*Národní strategie protidrogové politiky na období 2001-2004* [online]. 2009 [cit. 2010-02-05]. Dostupný z WWW: <<http://www.evropskyrok.vlada.cz/cz/pracovni->

[a-poradni-organy-vlady/protidrogova-politika/dokumenty/narodni-strategie/narodni-strategie-protidrogove-politiky-na-obdobi-2001-2004-672/>](#).

StreetWork: *Historie terénní sociální práce* [online]. 2006-2010 [cit. 2010-01-023]. Dostupný z WWW: <[http://www.streetwork.cz/index.php?option=com\\_content&task=view&id=702](http://www.streetwork.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=702)>.

## SEZNAM PŘÍLOH

**Příloha č. 1** – Statistické údaje HIV/AIDS ve světě

**Příloha č. 2** – Pozitivní případy HIV v ČR podle způsobu přenosu

**Příloha č. 3** – Etické kodexy pracovníků a kodexy práv klientů

- Etický kodex občanského sdružení SANANIM
- Etický kodex terénního pracovníka (DROP IN)
- Poučení o právech a povinnostech klientů o.s. SANANIM
- Kodex práv klienta (DROP IN)

**Příloha č. 4** – Dotazník

**Příloha č. 5** – Příklady vyplněných dotazníků