

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Podatelna

14-04-2009

Di. 2675 příl. 4

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky



VÝCHOVNĚ LÉČEBNÉ PŘÍSTUPY K UŽIVATELŮM NÁVYKOVÝCH LÁTEK SE ZAMĚŘENÍM NA NÍZKOPRAHOVÉ PROGRAMY


Autor: Johana Dyntarová

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

©Praha 2009

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci „Výchovné a léčebné přístupy k uživatelům návykových látek se zaměřením na nízkoprahové programy“ vypracovala pod vedením doc. PaedDr. Evy Šotolové, Ph. D. samostatně na základě vlastních zjištění a za použití pramenů uvedených v seznamu.

Praha, 5. dubna 2009

A handwritten signature in cursive script, appearing to read "Johana Dvorniková", written over a horizontal dotted line.

podpis

Poděkování

Chtěla bych poděkovat paní PaedDr. Evě Šotolové za trpělivé vedení práce, za čas, který mi věnovala a za podnětné připomínky k textu. Dále bych chtěla poděkovat vedení Kontaktního centra a Terénních programů o.s. Sananim v Praze a všem, kteří mi projevovali podporu.

**Výchovně léčebné přístupy k uživatelům návykových látek
se zaměřením na nízkoprahové programy.**

The educational – curative approaches to drug users with a focus
on low – threshold programs.

Anotace

Předmětem této práce je analýza problematiky drogových závislostí, konkrétně výchovně léčebných přístupů k uživatelům návykových látek se zaměřením na nízkoprahové programy. Práce je rozdělena do dvou pomyslných částí – teoretického základu a výzkumné části.

Pod teoretický základ jsou zahrnuty čtyři kapitoly. V první kapitole je vymezen pojem drogová závislost dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) a Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM IV) a jsou zde popsány teoretické modely závislosti a teoretické přístupy uplatňující se v pomoci uživatelům drog. Tato kapitola je také zaměřena na přístupy uplatňující se v psychoterapii drogových závislostí. Druhá kapitola podává přehled o systému péče v oblasti drogových závislostí v České republice. Kapitola číslo tři shrnuje drogovou situaci v České republice v roce 2007. Čtvrtá část je věnována nízkoprahovým programům, zaměřuje se na přístupy a metody práce těchto programů. Poslední kapitola vychází z praktického výzkumu. Je zaměřena na klientelu nízkoprahových programů (kontaktního centra a terénních programů) pro uživatele návykových látek o.s. Sananim. Cílem je zmapování klientely daných programů na základě dotazníkového šetření. Výsledkem je studie klientely kontaktního centra ve srovnání s klientelou terénních programů.

Použitá slova:

Drogová závislost, uživatel návykových látek, psychoterapie, nízkoprahové programy, přístup Harm Reduction

Annotation

The purpose of the diploma thesis is the analysis of the drug addiction problems, specifically the educational-curative approaches to drug users with a focus on low-threshold programs. The work is divided into two parts – theoretical basis and practical part.

The theoretical part includes four chapters. In the first chapter we can find the definition of the drug addiction concept according to the International Classification of Diseases (MKN-10) and Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV). The theoretical models of addiction and theoretical approaches used in assistance to drug users are described in this chapter as well. There is also focus on approaches used in psychotherapy of drug addictions. The second chapter gives an overview of the care system in the field of drug addictions in the Czech Republic. Chapter number three summarizes the drug situation in the Czech Republic in 2007. The fourth part is devoted to low-threshold programs and focusing on approaches and methods of work of these programs. The last chapter is based on the practical research. It is aimed at clientele of low-threshold programs o.s. Sananim (contact centre and street programs), who are the drug users. The purpose of the research is, based on the questionnaire survey, to monitor clientele of the programs. The result is a study of the contact centre clientele compared with the clientele of street programs.

Terminology:

Drug addiction, drug user, psychotherapy, low – threshold programmes, Harm Reduction approach

Obsah

Úvod	1
1 Drogové závislosti.....	3
1.1 Drogové závislosti dle Mezinárodní klasifikace nemocí a Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch	3
1.2 Teoretické modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog	5
1.2.1 Biomedicínský model	5
1.2.2 Bio-psycho-sociální model.....	6
1.2.3 Holistický – celostní model.....	6
1.2.4 Morální a spirituální přístup	7
1.2.5 Přístup ochrany veřejného zdraví („Public Health“)	8
1.2.6 Přístup minimalizace poškození („Harm Reduction“).....	8
1.2.7 Sociální a sociálně-pedagogický přístup	8
1.3 Přístupy uplatňující se v psychoterapii drogových závislostí	9
1.3.1 Psychoterapie – vymezení pojmu.....	9
1.3.2 Psychodynamický přístup	10
1.3.3 Přístup rodinné terapie.....	10
1.3.4 Behaviorální přístup	11
2 Systém péče v oblasti drogových závislostí v České republice.....	13
2.1 Terénní programy.....	13
2.2 Nízkoprahová kontaktní centra	15
2.3 Detoxifikační jednotky.....	17
2.4 Substituční léčba	19
2.5 Ambulantní léčba	20
2.6 Denní stacionáře.....	21
2.7 Střednědobá ústavní léčba.....	22
2.8 Terapeutická komunita.....	23
2.9 Doléčovací programy	25
3 Drogová situace v České republice v roce 2007.....	27
3.1 Postoje k drogám a uživatelům drog.....	27
3.2 Rozpočty a financování.....	27
3.3 Užívání drog v obecné a školní populaci	27
3.4 Problémové užívání drog	28

3.5	Profil uživatelů drog v léčebných zařízeních	28
3.6	Léčba	29
3.7	Zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog	30
3.8	Opatření zaměřená na zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog	31
3.9	Sociální souvislosti a důsledky užívání drog	32
3.10	Drogové trhy	32
4	Přístupy a metody práce uplatňující se v nízkoprahových programech	33
4.1	Nízkoprahový program – nízkoprahový přístup	33
4.2	Nízkoprahové programy v České republice	34
4.3	Přístup Harm Reduction	35
4.4	Jednotlivé aktivity (přístupy a metody práce) uplatňující se v nízkoprahových programech	38
4.4.1	<i>Kontaktní práce s uživateli drog</i>	38
4.4.2	<i>Výměnný program stříkaček a jehel</i>	39
4.4.3	<i>Pracovní programy pro uživatele drog</i>	39
4.4.4	<i>Nápojový a vitaminový servis, základní hygienický servis</i>	40
4.4.5	<i>Základní zdravotní ošetření</i>	40
4.4.6	<i>Sociální práce s uživateli drog</i>	40
4.4.7	<i>Poradenství</i>	41
5	Šetření klientely nízkoprahového Kontaktního centra a Terénních programů o.s. Sananim	47
5.1	Cíle šetření	47
5.2	Metody šetření	47
5.3	Charakteristika sledovaného souboru	48
5.4	Interpretace výsledků dotazníkového šetření	53
5.5	Závěr šetření	65
	Závěr	67
	Seznam literatury	69
	Přílohy	71

Úvod

Snahou této práce je podat ucelený pohled na problematiku drogových závislostí z hlediska výchovně léčebných přístupů. Zaměření tématu práce na nízkoprahové programy jsem nezvolila náhodně, již čtvrtým rokem pracuji v nízkoprahovém Kontaktním centru o.s. Sananim.

S tématem závislosti se každý z nás setkal již v prvních momentech svého života. Bez absolutní závislosti na organismu matky bychom se nemohli vyvinout. Dále po porodu je každý jedinec závislý na péči matky či jiné blízké osoby. Nehledě na to, že jsme od narození závislí na spoustě dalších neovlivnitelných okolnostech a faktorech jako je vzduch, voda, sluneční energie apod. V období puberty pak vyvstává značná touha po vymanění se ze závislosti, jedinec touží po tom být nezávislý. Bohužel však někdy boj za nezávislost končí jinou závislostí, třeba právě závislostí na návykových látkách.

Drogy vstupují do našich životů nejrůznějšími cestami, v rozličných formách a při nesčetných příležitostech. Setkání s drogou u někoho projde bez vážnějších následků, ale někomu takové setkání s drogou může změnit celý život. Užívání drog představuje vážné riziko změn základních životních hodnot, oslabování volních stránek osobnosti, narušování interpersonálních vztahů a krizové situace v rodině závislého.

Mnozí lidé drogově závislé odsuzují a s tím je spojené to, že odsuzují i některé služby věnující se problematice drogových závislostí, aniž by věděli, jaké je jejich přesné poslání. Nejednou jsem se setkala s názorem, že si drogově závislí za svou závislost mohou sami a my jim ještě pomáháme. Ano, do jisté míry si drogově závislí lidé za svou závislost mohou sami, užili drogu, i když mohli tušit, že se droga časem může obrátit proti nim. Jenže fenomén závislosti je velmi složitým procesem a na vzniku drogové závislosti se podílí ještě celá řada dalších příčin, faktorů a pohnutek (biologických, psychologických, sociálních), které již bohužel nejsou tak snadno ovlivnitelné.

Stejně tak, jako je složitý proces vzniku závislosti, je složité najít optimální a vyvážené přístupy k uživatelům drog. V přístupech k uživatelům návykových látek nelze používat obecně u všech uživatelů drog stejné techniky, intervence či způsoby léčby. Je třeba volit individuální přístup, tedy respektovat individuální potřeby každého jedince.

Velmi důležitou roli v oblasti drogové problematiky hraje primární, sekundární a terciární prevence. Primární prevence předchází užívání návykových látek u osob, které dosud s drogou nepřišly do kontaktu. Sekundární prevence předchází vzniku a rozvoji

závislosti u osob, které již drogu užívají. Neméně důležitou je terciární prevence, která je uplatňována právě v nízkoprahových programech, o kterých pojednává část této práce. Terciární prevence se snaží předejít vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. Terciární prevence uplatňuje přístup Harm Reduction a je možno ji chápat jako resocializaci či sociální rehabilitaci, ale také jako opatření zaměřená především na snížení přenosu infekčních nemocí při nitrožilním užívání drog.

1 Drogové závislosti

Tato část práce poskytuje stručnou definici drogových závislostí dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10) a Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM – IV), dále popisuje jednotlivé modely závislosti a přístupy uplatňující se v teoretických výkladech drogové závislosti a v práci s ohroženými či uživateli.

1.1 Drogové závislosti dle Mezinárodní klasifikace nemocí a Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch

Ke klasifikaci duševních poruch a poruch chování se v současné době užívají nejčastěji dva klasifikační systémy. Jedním z nich je Mezinárodní klasifikace nemocí MKN – 10 publikována WHO (Světovou zdravotnickou organizací) v roce 1992 – v ČR je platná od roku 1993. MKN – 10 se používá jako oficiální klasifikace ve většině zemí Evropy. Mimo Evropu je běžně užíván Diagnostický a statistický manuál duševních poruch DSM – IV vydaný roku 1994 Americkou psychiatrickou společností [Smolík, 1996]. Uvedené systémy obsahují přesně definovaná diagnostická kritéria.

MKN – 10

MKN – 10 se účinky psychoaktivních látek zabývá v sekci „Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek“. Diagnostické jednotky této skupiny se označují kódem F10 až F19, podle toho, o jakou skupinu látek se jedná.

Definice syndromu závislosti (F1x.2) dle MKN – 10: „Seskupení behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, které se vyvinou po opakovaném užívání psychoaktivní látky. V typickém případě zahrnují silnou touhu získat látku, obtíže s kontrolou jejího užívání, trvalé užívání i přes nebezpečné konsekvence a dávání značné přednosti užívání látky před jinými aktivitami a povinnostmi, zvýšená tolerance a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může vzniknout v souvislosti se specifickou látkou (např. tabákem, alkoholem nebo diazepamem), skupinou látek (např. opioidy), nebo se širokou škálou farmakologicky různých psychoaktivních látek“ [Smolík, 1996, s. 119].

„Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- 1) silná touha nebo pocit puzení užívat látku;

- 2) potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky;
- 3) somatický odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro tu kterou látku nebo z užívání stejné (nebo velice příbuzné) látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky;
- 4) průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami;
- 5) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku;
- 6) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím (depressivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení“ [Nešpor; Csémy, 1996, s. 32 – 33].

DSM – IV

Drogové závislosti jsou v klasifikaci DSM – IV řazeny v oddílu „Poruchy spojené se substancemi“ a závislost na návykových látkách je definována jako maladaptivní model užívání návykové látky vedoucí ke klinicky významnému postižení nebo k nepohodě [Smolík, 1996].

Kalina [2001] uvádí, že pro stanovení diagnózy je třeba, aby se během jednoho roku objevily nejméně tři z následujících projevů:

- 1) tolerance, projevující se buď potřebou nápadně zvýšených dávek k dosažení intoxikace (žádaného účinku) nebo nápadně sníženým účinkem při užívání stejného množství návykové látky;
- 2) příznaky z odnětí drogy, projevující se buď abstinenčními příznaky typickými pro danou návykovou látku nebo užitím stejné nebo velmi podobné látky pro potlačení nebo prevenci abstinenčních příznaků;
- 3) časté užití návykové látky ve větším množství, než bylo zamýšleno;
- 4) přítomnost trvalé touhy nebo neúspěšné snahy o snížení nebo kontrolu užívání;
- 5) trávení velkého množství času při aktivitách nutných k získání nebo užívání návykové látky nebo ke vzpamatování se z jejích účinků;
- 6) neprovozování nebo omezení důležitých společenských, profesních nebo rekreačních aktivit v důsledku užívání návykové látky;

- 7) pokračování v užívání návykové látky, přestože je známa existence trvalých nebo vracejících se fyzických či psychologických problémů, pravděpodobně spojených s užitím návykové látky

Definice škodlivého užívání podle DSM – IV je v mnoha směrech podobná definici dle MKN – 10, nezahrnuje však craving (bažení), naproti tomu klade větší důraz na zhoršené sebeovládání ve vztahu k návykové látce [Nešpor in Kalina et al., 2003a].

Uvedené Klasifikační systémy volí rozdílné názvy pro „drogu“. MKN – 10 používá pro látky vyvolávající závislost termín „psychoaktivní látka“, DSM – IV zahrnuje pod pojem „substance“ jakoukoli látku, která je předmětem abúzu (včetně těch, které závislost nevyvolávají). Syndrom závislosti na psychoaktivní látce resp. závislost na substanci jsou dobře definované nosologické jednotky, pro které se obecně užívá názvu „drogové závislosti“.

1.2 Teoretické modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog

Mezi nejdůležitější modely a přístupy uplatňují se ve světě při výkladech a řešení drogových závislostí patří: biomedicínský model, bio-psycho-sociální model, holistický neboli celostní model, morální a spirituální přístup, přístup ochrany veřejného zdraví („Public Health“), přístup minimalizace poškození („Harm Reduction“), sociální a sociálně-pedagogický přístup.

1.2.1 Biomedicínský model

Biomedicínský model dominoval v oblasti závislostí po dlouhá desetiletí, asi do roku 1960. V této době byly nezákonné drogy odborným problémem, jímž se na straně poptávky zabývali výhradně lékaři – psychiatři.

V biomedicínském modelu je drogová závislost nemocí v lékařském slova smyslu, tedy chorobnou poruchou mozkových funkcí, do jisté míry s dědičnými dispozicemi. Pokládá se za nemoc chronickou, obtížně léčitelnou, s častými recidivami, a nejspíš vůbec nevléčitelnou. I přesto, že drogová závislost není úplně vyléčitelná, je léčitelná a může dojít k úpravě stavu za podmínky specifické diety, tzn. trvalé abstinence. Další užití drogy se pokládá za recidivu nemoci. Tomuto pojetí odpovídaly i převládající léčebné metody: ústavní izolace, detoxikace, léčba prací. Velmi výlučné bylo ambulantní léčení individuální

psychoterapií. V současné době je biomedicínský přístup částečně překryt přístupem bio-psycho-sociálním, některé charakteristické rysy se však udržují [Kalina, 2003a].

1.2.2 Bio-psycho-sociální model

Bio-psycho-sociální model vstoupil do psychiatrie po II. světové válce, rozmach však zaznamenal až v šedesátých letech, což je období, kdy se drogy stávají společenským problémem. Bio-psycho-sociální model nabízel v této situaci přínosné odpovědi a řešení [Kalina, 2003a].

„V bio-psycho-sociálním modelu se model biomedicínský rozšiřuje o rozměr psychických funkcí, mezilidských vztahů, jejich dynamického vývoje a vzájemného podmiňování. Nemoc (a tedy i drogová závislost) vzniká v průběhu vývoje osobnosti ve vzájemné interakci biologických, psychologických a vztahových faktorů. Podstatnými pojmy jsou *dispozice* (např. genetické či biologické, případně dispozice psychologické získané v raném dětství), *zranitelnost* (která se vyvíjí na podkladě dispozic v dalším průběhu života) a *spouštěče* (např. životní události nebo nároky vývojového období), které vedou k *manifestaci* poruchy“ [Kalina, 2003a, s. 78].

Protože popisovaný model obsahuje vývojové hledisko, dokáže se vyrovnat se vžitou představou o trvalé nevléčitelnosti závislosti. Nabízí možnost úzdravy: „za příznivých vnitřních a vnějších podmínek může člověk svoji závislost „přerůst“ – vlastně se tedy uzdravit a být nadále zdravým člověkem, nikoli pouze abstinujícím alkoholikem či toxikomanem“ [Kalina, 2003a, s. 79]. Nelze však počítat s tím, že vyléčení umožní bezrizikové kontrolované užívání.

Bio-psycho-sociální model implikuje i přístup k práci s uživateli drog a ohroženými skupinami. Léčba závislosti vyžaduje týmovou práci vycházející z mezioborového přístupu a zahrnuje všechny součásti bio-psycho-sociálního modelu. To znamená detoxifikaci, farmakoterapii, psychoterapii (individuální, skupinovou, komunitní), sociální práci.

1.2.3 Holistický – celostní model

„Holistický či celostní přístup je charakterizován jistým vykročením z bio-psycho-sociálního modelu do oblasti alternativních terapií, jako je akupunktura, akupresura, aromaterapie, používání léčivků, masáže (zejména japonské shia-tsu či thajské) či holotropní dýchání. Obvykle se přitom neopouští základní rámec

bio-psycho-sociálních přístupů“ [Kalina, 2003a, s. 81]. Za holistický model Kalina [2003a] považuje i model bio-psycho-socio-spirituální. Zmiňuje, že potřeba morálky a upamatování se na spirituální rozměr a potřeby člověka patří k normálnímu životu, k překonávání krize a uzdravování z nemoci – tedy i k léčbě drogových závislostí.

1.2.4 Morální a spirituální přístup

Dle Kaliny [2003a] morální a spirituální přístup vychází ze stále ve společnosti značně rozšířeného pojetí drogové závislosti jako morálního debaklu.

Morální a spirituální přístup „v praxi aplikuje sociální a sociálně-pedagogické postupy spojené s křesťanskou morálkou a věroukou (morální převýchova, morální resocializace). V katolické církvi je morální přístup k závislým a uvedený typ práce tradicí Salesiánského řádu, velmi živě se jej však ujímají i protestantské církve a protestantská náboženská společenství v USA i v Evropě. Z těchto okruhů se přenesl do svépomocných hnutí Anonymních alkoholiků a Anonymních narkomanů“ [Kalina, 2003a, s. 80].

„Nejznámějším příkladem je hnutí Anonymních alkoholiků (AA). Hnutí AA hovoří o intenzivních pocitech odcizení a ztrátě smyslu života lidí, následkem čehož upadají do zmatku ve svých osobních cílech. Popisuje úpadek jejich hodnotového systému hlavně v oblasti morálky a zmatek v přesvědčení. Spirituální dimenze, se kterou jedinci ztratili spojení, se pro ně otevírá přípuštěním vlastní bezmoci a přijetím poznání své závislosti. Pomocí důkladné revize sebe sama dosahuje zvýšeného sebeuvědomění, které podporuje převzetí přiměřené odpovědnosti za sebe sama a spolupráci s vyšší mocí, kterou může symbolizovat i společenství těch, kteří jsou ve stejné situaci a kteří vytvářením vzájemně podpůrné sítě dosahují abstinence jakožto prostředku k uzdravení“ [Frouzová in Kalina et al., 2003a, s. 126].

Pominou-li se extrémní (přístupy, které za jedinou cestu z drogové závislosti pokládají náboženské obrácení, oddanost určité víře a život a práci v úzkém společenství podobně věřících pod trvalým duchovním vedením a které mají často sektářský charakter nebo alespoň nádech), mají morální a spirituální přístupy k problematice závislostí a léčbě závislých stále co dodat [Kalina, 2003a].

1.2.5 Přístup ochrany veřejného zdraví („Public Health“)

Přístup ochrany veřejného zdraví je přístupem vycházejícím z epidemiologie, sociologie a veřejné politiky. Tento přístup vznikl a vyvíjel se především v souvislosti s šířením viru HIV. Nesleduje zájem individuálního klienta, ale ochranu populace, především před přenosem závažných infekčních chorob jako je AIDS, a hepatitidy B a C. Jeho hlavním zájmem je rizikové chování uživatelů drog, tedy nitrožilní užívání drog a rizikový pohlavní styk, což jsou významné kanály, jimiž se infekce HIV šíří. Z tohoto se odvíjí metodické postupy jako výměna injekčního materiálu, distribuce kondomů a edukačních materiálů, testy na HIV, očkování drogové populace proti hepatitidám apod. Nicméně dominance přístupu ochrany veřejného zdraví může vést k zanedbání individuálních potřeb a perspektiv problémového uživatele, k rezignaci na léčení, sociální opatření atd. [Kalina, 2003a].

1.2.6 Přístup minimalizace poškození („Harm Reduction“)

V rámci přístupu Harm Reduction se využívá některých metod zároveň sloužících k ochraně veřejného zdraví, ale na rozdíl od výše uvedeného přístupu „Public Health“ jde o přístup především individuální, zaměřený na individuální potřeby a perspektivy klienta.

Cílem tohoto přístupu není okamžitá, prvořadá a výlučná prosazování abstinence klienta od drog, nicméně tuto perspektivu nevyklučuje. Akceptuje, že klient v dané době drogy užívá a nechce nebo nemůže přestat, protože třeba nemá ani dostatečnou motivaci k tomu, aby o to usiloval a nastoupil léčbu. V bio-psycho-sociálním smyslu se snaží zachovat klienta při životě a v maximálně možném zdraví a to může později vést k rozumnějšímu rozhodování klienta¹ [Kalina, 2003a].

1.2.7 Sociální a sociálně-pedagogický přístup

„V modelu drogové závislosti tyto přístupy zdůrazňují vnější faktory: nepříznivé sociální prostředí, nevhodnou výchovu, chybění či ztrátu sociálních dovedností, schopností a možností integrovat se do komunity. Používanými metodami jsou zejména:

- sociální a výchovné poradenství, vedení, intervence a asistence;
- resocializace, reedukace a rekvalifikace;

¹ Blíže k přístupu Harm Reduction viz kapitola 4.3 Přístup Harm Reduction

- nácvik soběstačnosti, sebeobsluhy, sociální komunikace a pracovních dovedností, často využívající chráněného prostředí (chráněné bydlení, chráněné dílny).

Sociální či sociálně-pedagogický přístup těží z rozvoje aplikovaných sociálních a pedagogických věd a je rovněž výrazem emancipace nezdravotnických profesí. Při nedostatku lékařů a klinických psychologů v oboru léčení závislostí a při trvajících společenských předsudcích proti „přidělení diagnózy“ nepřekvapuje, že se sociálně-pedagogické přístupy ve světě i u nás dokáží uplatnit jako zcela samostatné řešení pro široký okruh uživatelů drog, především mladistvých klientů nebo naopak chronických toxikomanů. Jejich metody se však mohou integrovat i do rámce bio-psycho-sociálního modelu a lze je do jisté míry pokládat za širší součást „hlavního proudu“. V sociální a sociálně-výchovné oblasti je také hlavní těžiště dobrovolné práce, svépomoci a charity, která se často obejde zcela bez účasti profesionálů“ [Kalina, 2003a, s. 80].

1.3 Přístupy uplatňující se v psychoterapii drogových závislostí

Tato část je zaměřena na způsoby, jakými k léčbě závislostí přistupují vůdčí psychoterapeutické školy.

1.3.1 Psychoterapie – vymezení pojmu

Miovský, Bartošíková [in Kalina et al., 2003b] hovoří o psychoterapii jako o odborném užívání psychologických postupů a prostředků při prevenci, léčbě a rehabilitaci poruch zdraví. Psychoterapie je součástí bio-psycho-sociálního přístupu ke zdraví a často do léčebné péče zahrnuje nejen klienta, ale i osoby pro něj důležité, zvláště jeho rodinu. Psychoterapie má jako interdisciplinární obor velmi široké možnosti využití. Od její aplikace se očekává odstranění nebo zmírnění psychologicky ovlivnitelných potíží a nejlépe též příčin těchto obtíží. V jejím průběhu dochází ke změnám v prožívání a chování klienta. Cíle psychoterapie se různí podle způsobu jejího použití, dle jednotlivých psychoterapeutických přístupů a škol a dle povahy problému.

V psychoterapii drogových závislostí existují 4 vůdčí teoretické a praktické přístupy (spirituální, psychodynamický, přístup rodinné terapie a behaviorální přístup), které se vzájemně liší pojetím poruchy ve vztahu k droze a k abstinenci, a tudíž i druhem

léčby. Tyto přístupy vznikaly v úzké souvislosti s praxí a jen málo z nich vycházelo z výsledků výzkumů [Frouzová in Kalina et al., 2003a].

Spirituální přístup byl popsán již v předchozí kapitole, proto ho v této kapitole necháme stranou.

1.3.2 Psychodynamický přístup

Psychoanalytické teorie zneužívání návykových látek se dle Leedse a Morgensterna [in Rotgers, 1999] teoreticky a prakticky soustředí na zvědomování nevědomého. Mezi nevědomý materiál zahrnují jak vnitřní pudy, tak i reprezentaci vztahů k druhým. „Braní drog je jakýmsi produktem konfliktu mezi potlačenou myšlenkou a obranou vůči ní a léčba vychází z představy, že zvědomíme-li opět to, co jsme potlačili na určitém stupni vývoje, můžeme si dnes ve svém vědomí s problémem nebo zážitkem poradit lépe“ [Frouzová in Kalina et al., 2003a, s. 126].

Těžištěm psychoanalytické terapie tedy nejsou symptomy, ale osoba, kterou se pokouší změnit. Terapeutické úsilí směřuje ke změně stávajících charakteristických způsobů jednání, cítění a vztahování se k druhým. Průběh terapie spočívá v postupném procesu odkrývání významu postojů, gest, pozic, pocitů, povahy vztahu s ostatními a způsobů myšlení o věcech, které si daný člověk možná pamatuje jen mlhavě, ale ze kterých se často cítí již po mnoho let zmaten, popleten, rozrušen nebo v rozpacích. Toto poznání by nemělo být považováno za konec terapie, naopak, mělo by být počátečním momentem dalšího zkoumání ostatních stránek pacientova prožívání [Keller in Rotgers, 1999].

1.3.3 Přístup rodinné terapie

Frouzová [in Kalina et al., 2003a] popisuje přístup rodinné terapie jako koncept vycházející především z teorie systémů, kde symptomový člen ukazuje na poruchu celého systému a jako takový je také třeba léčit. Může jít o druh vztahů, vzájemných podpor patologických vzorců chování a výchovy dětí, či komplementárních obran nedovolujících změnu.

Existují dva základní typy intervencí zaměřených na rodinu: párová terapie a rodinná terapie. Párová terapie je zaměřena jen na drogově závislou osobu a jednoho dalšího člena rodiny (manžel/manželka nebo partner), častěji je využívána u dospělých

drogově závislých osob. Do rodinné terapie již jsou zapojeni i ostatní členové rodiny (děti, prarodiče). Tato terapie je běžnější u adolescentů. Terapeut praktikující rodinnou terapii jedná se dvěma nebo více pacienty, je tedy vystaven dvěma nebo více různým skupinám pocitů a hledisek. Důležitá je pozornost terapeuta, který udržuje rámec celé konzultace. Jedná se o nesnadný přístup doporučovaný tam, kde současné interpersonální konflikty nebo problémy komunikace přímo přispívají ke škodlivému užívání návykových látek [McKay in Rotgers, 1999].

1.3.4 Behaviorální přístup

Behaviorální a kognitivně-behaviorální přístupy představují v oblasti léčby závislostí dominantní přístup založený na psychologických principech učení. Rotgers [1999] formuluje sedm obecných předpokladů charakterizujících behaviorální přístup k terapeutické změně:

- Lidské chování je spíše výsledkem procesu učení než výsledkem determinace genetickými faktory.
- Stejné procesy učení, které vytvářejí problémové chování, mohou být použity k jeho změně.
- Chování je z větší části určeno působením situačních a environmentálních faktorů.
- Skryté procesy, jako myšlení a prožívání, lze ovlivňovat prostřednictvím aplikace principů učení.
- Rozhodující součástí změny chování je projevení nových modelů chování v přirozeném prostředí.
- Každý klient je jedinečný a musí být hodnocen jako jedinec v daném kontextu.
- Základním kamenem adekvátní léčby je důkladná behaviorální diagnostika.

Z obecného hlediska je tedy cílem těchto terapeutických postupů „změna konkrétního chování, které brání nezávislému fungování člověka. Změna může být na úrovni fyziologické, emocionální, kognitivní i motorické. Cílem intervencí může být: a) zmírnění intenzity, frekvence nebo trvání takového chování, které působí problémy pacientovi nebo jiným lidem, b) vytvoření nových dovedností pacienta, c) zvýšení intenzity, frekvence nebo trvání chování, které sice v repertoáru pacienta je, ale tím,

že není dostatečně využíváno, působí problémy“ [Miovský; Bartošíková in Kalina et al., 2003b, s. 39].

K obohacení behaviorálního přístupu přispělo spojení behaviorální terapie s kognitivní terapií. Kognitivně behaviorální terapie (KBT) tak v sobě integruje ovlivňování myšlení s ovlivňováním chování.

Mezi základní metody behaviorální terapie patří např. operační podmiňování. Operačního podmiňování se účinně využívá u klientů s častým a intenzivním problémovým chováním. Je využito metody zpevnování žádoucího a nezpevnování nežádoucího chování a tak dochází k jeho vyhasínání. Patří sem např. averzivní terapie [Miovský; Bartošíková in Kalina et al., 2003b]. Averzivní terapie je klasickým příkladem negativního podmiňování. Usiluje o to, aby vystavení se návykové látce bylo spojeno s nepříjemným tělesným stavem, který se navozuje podáním farmak jako je apomorfín, disulfiram – Antabus, uvádí Kalina [2008].

Řada technik v behaviorální terapii je zaměřena na vegetativní projevy. Patří sem relaxační postupy, krátké relaxace nebo postupy zaměřené na zvládnutí akutních stavů úzkosti či paniky, dále sem patří metody odpoutání pozornosti, modelování nového chování apod. Další techniky behaviorální terapie jsou zaměřeny na trénink určitého chování. Sem patří různé nácviky jako např. behaviorální nácviky sebekontroly, nácviky asertivity nebo zvládnutí zátěže a nácviky sociálních dovedností.

Behaviorální přístup patří dnes k velmi rozšířenému přístupu v různých léčebných systémech a zařízeních pro drogově závislé. Behaviorálními metodami lze v relativně krátké době dosáhnout poměrně výrazných výsledků, nicméně bez kombinace především s dynamicky orientovanými přístupy, bývají tyto výsledky spíše krátkodobé a jejich efekt se rychle vytrácí [Miovský; Bartošíková in Kalina et al., 2003b].

2 Systém péče v oblasti drogových závislostí v České republice

Pro uživatele návykových látek v České republice existuje relativně ucelený systém péče zajišťován jak státními zařízeními, tak nestátními neziskovými organizacemi. Systém péče zahrnuje terénní programy, nízkoprahová kontaktní centra, detoxifikační jednotky, substituční léčbu, ambulantní léčbu, denní stacionáře, střednědobou ústavní léčbu, terapeutické komunity a neméně důležité doléčovací programy. Tento systém je dále doplněn dalšími zařízeními reagujícími na potřeby specifických cílových skupin (např. zařízení pro mladistvé, matky s dětmi apod.).

2.1 Terénní programy

„Terénní práce je postavena na přístupu Public Health (ochrana zdraví veřejnosti) a přístupu Harm reduction (snižování zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním návykových látek). Oba dva tyto přístupy umožňují pracovat s klientem bez ohledu na fázi rozvoje závislosti, ve které se klient aktuálně nachází, a zároveň i bez ohledu na úroveň jeho motivace ke změně životního stylu směřující k úplné abstinenci“ [Richterová – Těmínová in Kalina et al., 2008, s. 370].

Terénní práce (streetwork) je specifickou formou sociální služby poskytovanou přímo na ulici (tzv. otevřená drogová scéna). Dále je nabízena i na bytech, kde se uživatelé drog sdružují (tzv. uzavřená drogová scéna).

Specifickou je terénní práce i v přístupu ke klientovi. Potenciální zájemce o službu je pracovníkem aktivně vyhledán a osloven. Je na klientovi, zda se nabízené služby rozhodne využít nebo ji odmítne. Služba je klientům poskytována anonymně a jejím základním předpokladem je navázat s klientem takový kontakt, který je pro něj bezpečný a zároveň mu umožňuje služby využívat [Richterová – Těmínová in Kalina et al., 2008].

Cílovou populaci terénních programů dle Hrdiny a Korčíšové [in Kalina et al., 2003b] tvoří:

- tzv. experimentátoři – tzn. uživatelé drog většinou v počátečních stádiích drogové závislosti;
- “děti ulice” žijící buď přímo na ulici nebo přechodně na drogových bytech;

- pravidelní uživatelé drog, kteří nejsou motivováni ke kontaktu s pomáhající institucí;
- problémoví uživatelé drog v rozvinutém stupni závislosti, kteří se s jinou službou nejsou schopni kontaktovat

Richterová – Těmínová [in Kalina et al., 2008] klientelu terénních programů rozvádí ještě o uživatele, kteří považují kontakt s pomáhající institucí pro sebe za velmi rizikový nebo jim v kontaktu brání neznalost jazyka (Romové, ruskojazyčná populace, závislé matky s dětmi, atd.).

Mezi základní cíle terénní práce patří:

- minimalizace negativních důsledků užívání drog nejen pro samotné uživatele, ale i pro společnost, tzn. udržet nízký výskyt HIV/AIDS positivity, snížit výskyt hepatitid B a C a předcházet dalším onemocněním souvisejícím s užíváním drog, snížit počet úmrtí v souvislosti s užíváním drog, předcházet kriminalitě, učit uživatele drog “bezpečnějšímu” užívání návykových látek, udržovat nejvíce exponovaná místa na drogové scéně v čistotě (sběr použitých stříkaček);
- motivace uživatelů drog ke změně životního stylu směrem k abstinenci, tzn. motivovat klienty ke kontaktu s dalšími službami pro uživatele drog a k řešení jejich sociální situace;
- monitoring drogové scény v daném regionu za účelem vytváření účinných strategií pomoci dané cílové skupině.

Používanými prostředky a metodami práce jsou:

- výměna injekčního materiálu a distribuce zdravotnického materiálu;
- poradenství (základní zdravotní poradenství, sociální poradenství, krizová intervence – poradenství zaměřené na zvládnutí akutních problémů, motivační trénink – zaměřen na rozvoj motivace klienta ke změně životního stylu);
- poskytování informací souvisejících s užíváním návykových látek;
- monitoring drogové scény a sběr použitého injekčního materiálu.

Terénní programy jsou zajišťovány pracovníky nejlépe multidisciplinárního týmu pokrývajících poradenskou, zdravotní i sociální služby. Velký důraz je kladen na profesionalitu a osobnostní kvality pracovníka. Pracovník musí být komunikativní,

důvěryhodný, tvořivý, flexibilní a musí umět dobře držet hranice. Velmi důležité je další vzdělávání pracovníků a možnost využít týmové i případové supervize². Nutné je klást důraz na bezpečnost práce a na prevenci syndromu vyhoření [Richterová – Těmínová in Kalina et al., 2008].

Terénní práce je dále zajišťována pracovníky z řad externích terénních programů. Jedná se o stabilizované uživatele drog, kteří jsou pro tuto práci vyškoleni v zásadách bezpečného užívání a k dodržování těchto zásad motivují další klienty. Externí terénní pracovníci často zajišťují práci na bytech, tedy na skryté drogové scéně. Na bytech poskytují služby injekčního výměnného programu a sběru infekčního materiálu.

2.2 *Nízkoprahová kontaktní centra*

„Filosofie práce kontaktních center vychází jednak z přístupu Public Health a Harm reduction, stejně jako terénní práce, jednak z humanistických přístupů orientovaných na člověka (člověk má v sobě pozitivní potenciál ke změně a vývoji)“ [Richterová – Těmínová in Kalina et al., 2008, s. 372].

Kontaktní centra jsou určena k včasné krizové intervenci, poradenství, zdravotní a sociální pomoci uživatelům návykových látek s nízkou motivací k léčbě. Abstinence není podmínkou spolupráce klienta se zařízením. Respektování volby klienta je základním principem kontaktní práce. Ať se tedy klient rozhodne pro abstinenci či ne, vždy je možné mu nabídnout terapeutickou intervenci, odbornou péči a pomoc. Klienti mají možnost do kontaktního centra přijít anonymně, je tak odbourána stigmatizace z návštěvy odborné instituce a mezi klientem a pracovníky dochází k navazování kontaktu a budování důvěry. Služby kontaktního centra reflektují poptávku klientely centra a jsou různě pozměňovány v souvislosti se změnami a tendencemi na drogové scéně [Libra in Kalina, 2003b].

Cílovou skupinou kontaktních center jsou závislí a problémoví uživatelé tvrdých drog (především injekční uživatelé) s různou motivací ke změně, v různém stádiu užívání

² Supervizí rozumíme bezpečnou, laskavou a obohacující zkušenost. Supervizor má být průvodcem, který pomáhá supervidovanému jedinci, týmu, skupině či organizaci vnímat a reflektovat vlastní práci a vztahy, nacházet nová řešení problematických situací. Supervize může být zaměřena na prohloubení prožívání, lepší porozumění dané situaci, uvolnění tvořivého myšlení a rozvoj nových perspektiv profesního chování. Současně může být supervize také modelem učení. Cílem supervize tak může být vyšší uspokojení z práce, zvýšení její kvality a efektivity, prevence profesního vyhoření. Dobrá supervize může být prospěšná nejen supervidovanému, ale především jeho klientům [Český institut pro supervizi, 2006].

a v různé fázi rozvoje závislosti. Další cílovou skupinou jsou blízcí uživatelů přicházející si do kontaktního centra pro podporu, provázení a pomoc.

Mezi základní cíle kontaktního centra patří:

- minimalizace zdravotních a sociálních rizik u uživatelů návykových látek, současně ochrana populace drogami nezasažené;
- motivace klientů ke změně životního stylu směřující k abstinenci;
- navázání kontaktu se skrytou populací uživatelů drog a vytvoření vzájemné důvěry mezi ní a pracovníky kontaktních center;
- prohloubení navázaného kontaktu a jeho zaměření na změnu rizikových vzorců chování klientů (sdílení náčiní používaného k aplikaci drog, nechráněný sex apod.);
- pomoc klientům v získání, udržení a posílení motivace směřující ke změně životního stylu, k léčbě (abstinenci);
- příprava klientů na spolupráci s návaznými léčebnými institucemi;
- zajištění základního zdravotního, hygienického a potravinového servisu, pracovních programů apod., tedy podmínek potřebných k “přežití”;
- sociální stabilizace klientů;
- pomoc v krizi;
- pomoc rodinám a jiným blízkým osobám uživatelů;
- zvýšení informovanosti a vzdělávání klientů, zároveň zvýšení informovanosti odborné i laické veřejnosti.

Používané prostředky a metody práce jsou:

- kontaktní práce spočívající v navázání kontaktu s uživatelem návykových látek, postupném prohlubování kontaktu a budování důvěry klienta k odborné instituci;
- výměnný program a další aktivity harm reduction. jejichž cílem je prevence výskytu infekčních nemocí (výměna injekčního materiálu, informace o bezpečnějším užívání, distribuce zdravotnického materiálu);
- vzdělávání a předávání informací (o účincích drog, rizicích spojených s jejich užíváním, o bezpečnějších způsobech užívání drog, bezpečném sexu, infekčních

nemocech, o navazujících službách, možnostech léčby, také o sociálních službách atd.;

- základní zdravotní servis spočívající v ošetření typických komplikací spojených s injekčním užíváním drog (při vážnějších komplikacích zprostředkování kontaktu do návazných zdravotnických zařízení), dále je zajištěno testování na HIV, hepatitidu C a graviditu;
- základní poradenství (zdravotní, sociální, předléčebné), během kterého se prohlubuje navázaný kontakt s důrazem na změnu rizikových vzorců chování klienta;
- strukturované poradenství a motivační trénink zaměřující se na rozvoj motivace klienta ke změně a na samotný proces změny směřující k abstinenci;
- poradenství pro rodinné příslušníky a blízké
- krizová intervence
- sociální práce (pomoc při hledání zaměstnání, vyřizování dokladů, při vyřizování úředních záležitostí, trestněprávních záležitostí apod.);
- další poskytované služby (potravinový a vitaminový servis, hygienický servis, praní prádla).

Kontaktní centra v menších městech poskytují většinou širší škálu služeb, které vyplývají buď z potřeb regionu nebo klientů.

Tým pracovníků kontaktního centra by měl být tvořen s ohledem na multidisciplinaritu. Většinou jsou v týmu zastoupeni sociální a zdravotní pracovníci, pedagogové a psychologové. Stejně jako u terénních programů je velký důraz kladen na osobnost pracovníka, jeho flexibilitu, tvořivost a na jeho schopnost držet hranice. Vzhledem k náročnosti práce je zapotřebí zajistit týmu přístup k supervizi a dalšímu potřebnému vzdělávání [Richterová – Těmínová in Kalina et al., 2008].

2.3 Detoxifikační jednotky

„Smyslem detoxikace je zbavit organismus návykové látky. To se může dít buď bez použití léků nebo za farmakologické podpory cílené na překonání odvykacích příznaků (někdy se v takovém případě hovoří o detoxifikaci nebo medikované detoxikaci). Detoxikace i detoxifikace má připravit klienta na další léčbu“ [Kalina et al., 2001, s. 28]. Dalším z důvodů detoxifikace je nebezpečnost pacienta sobě nebo svému okolí na základě

duševní choroby, nejčastěji to bývá u toxických nebo alkoholových psychóz [Nešpor; Csémy, 1996].

Jedná se tedy o léčebnou metodu, jejímž smyslem je zastavit užívání drogy u závislé osoby a při níž jsou minimalizovány symptomy odvykacího syndromu a riziko poškození. Ústavní detoxifikaci vyžaduje před nástupem klienta většina pobytových léčebných zařízení. „Pobyt na detoxifikační jednotce se ukončí až několik dní po té, co odvykací příznaky bezpečně odezní a léky jsou vysazeny, jinak je vysoké riziko relapsu³ a pokud si propuštěný klient vezme dávku drogy, na niž byl předtím nastavený, může dojít k vážným až smrtelným komplikacím z předávkování“ [Kalina et al., 2001, s. 28].

Detoxifikační jednotky jsou nejčastěji součástí zařízení pro léčbu závislosti (psychiatrických léčeben), nebo jsou to samostatné jednotky v rámci nemocnic. Další možností je ambulantní detoxifikace. K této formě se přistupuje spíše u klientů v substitučních programech⁴ [Richterová – Těmínová in Kalina et al., 2008]. Nešpor; Csémy [1996] uvádí ještě detoxifikaci v domácím prostředí, která je možná spíše u lehčích forem závislosti nebo intoxikací. U nás není příliš rozšířená.

Používané prostředky a metody práce jsou dle Richterové – Těmínové [in Kalina et al., 2008] následující:

- celkové zhodnocení stavu pacienta, včetně laboratorního vyšetření;
- farmakoterapie (je vždy na uvážení ošetřujícího lékaře, zda farmakoterapie bude využito);
- psychoterapie (využíváno je především podpůrné psychoterapie, motivačního tréninku, relaxačních technik a rodinné terapie);
- sociální práce (zajišťování další léčby, kontaktu s rodinou, s úřady);
- denní strukturovaný program (edukační činnosti, motivační trénink a další formy intervence).

³ Relaps = znovuužití návykové látky v době abstinence

⁴ Blíže o substitučních programech viz následující kapitola 2.4 Substituční léčba

2.4 *Substituční léčba*

Substituční léčba je typem léčby závislosti na opiátech. Při této léčbě je užívání původní drogy nahrazeno lékařsky předepsanou látkou – lékem podobných vlastností a účinků, avšak s výrazně menšími riziky. Cílem substituce je „snížit užívání ilegálních drog a tím i redukovat kriminální chování klientů. Dalším důležitým cílem je minimalizovat zdravotní poškození klienta (užívání substituční látky per os⁵) a klienta sociálně stabilizovat. Naplnění těchto cílů by mělo vést k abstinenci klienta a ke změně jeho životního stylu“ [Richterová – Těmínová in Kalina et al., 2008, s. 377].

„Substituční léčba je obecně určena pro závislé uživatele, pro něž je těžké přestat drogu zcela užívat. Je žádoucí, aby substituční látky měly delší dobu působení než droga, kterou nahrazují, tím prodloužily dobu do nástupu abstinčních příznaků a tedy snížily frekvenci užívání. Pacient se tak může soustředit na běžné životní aktivity, aniž by musel neustále shánět a užívat drogy“ [Verster; Buning, 2003, s. 14].

Popov [in Kalina et al., 2003b] do cílové skupiny substitučních programů řadí klienty s těžkou a dlouhodobou závislostí na vysokých dávkách opiátů, klienty s opakovaně neúspěšnými pokusy o léčbu, opiátové klienty s HIV pozitivitou a těhotné, pokud není možná šetrná detoxifikace a léčba orientovaná k abstinenci bez substituce.

Substituční léčba probíhá v ambulantních zdravotnických zařízeních. Jako substituční látka se u nás používá metadon, což je syntetický opiát podávaný v podobě tinktury. Dále je možné zahájit substituci buprenorfinem (Subutex), který je podáván v podobě tablet. Vzhledem k tomu, že je Subutexu již delší dobu zneužíváno nitrožilním užíváním a následným prodejem na černém trhu, byl vyvinut nový substituční preparát s názvem Suboxone. Suboxone kromě buprenorfinu obsahuje ještě látku naloxon, která při injekční aplikaci zablokuje opioidní receptory, tudíž už se na ně buprenorfin nedostane. Takovéto užití Suboxonu nemá tedy pro užívajícího očekávaný efekt. Pokud je však Suboxon užit ústně, naloxon se nevstřebává a opioidní receptory jsou bez problému obsazeny buprenorfinem.

Doba trvání substituční léčby může být velmi různá v rozmezí několika týdnů až let. V průběhu substituční léčby dochází ke stabilizaci zdravotního stavu, sociální situace klienta a klient postupně snižuje dávky substituční látky až k úplnému vysazení. Doba substituční léčby však závisí na individuální situaci klienta a stanoví se na základě podmínek zařízení, ve kterém substituční léčba probíhá. Někdy může být substituce časově

⁵ Per os = perorálně neboli ústně

neomezená, zvláště v případě uživatelů drog s velmi dlouhou dobou užívání, kdy se nepředpokládá taková změna životního stylu a motivace k abstinenci.

Mezi používané metody a formy práce Richterová – Těmínová [in Kalina et al., 2008] zahrnuje:

- podávání substituční látky (klient přichází pro substituční preparát každý den do zařízení nebo v případě jeho stabilizace je mu preparát vydáván na delší období domů);
- pravidla a režim, za jejichž nedodržení může být klient z programu vyloučen;
- psychoterapie a poradenství (provádí se individuální nebo skupinová psychoterapie vycházející z kognitivně-behaviorálních přístupů, zaměřena je na vytváření náhledu, motivace a na prevenci relapsu);
- sociální práce směřující k sociální stabilizaci klienta;
- práce s rodinou směřující k vytvoření podpůrného prostředí pro klienta a navázání zdravých vztahů s rodinou;
- pracovní terapie směřující k umístění klienta na pracovním trhu.

2.5 *Ambulantní léčba*

Ambulantní léčba je léčba prováděná bez vyčlenění klienta z původního prostředí. „Při ambulantní léčbě pacient/klient dochází do zařízení, kde se léčba poskytuje, přičemž délka kontaktu, frekvence kontaktů a doba docházení je individualizovaná, přizpůsobena jeho potřebám a zakotvena v jeho ústní či písemné dohodě (kontraktu) s terapeutem nebo se zařízením. Nejčastější formou ambulantní léčby jsou individuální rozhovory (poradenské nebo terapeutické) v délce obvykle 30 – 60 minut a s frekvencí 1 – 2x týdně. Mimořádná situace (počátek léčby, krize) může vyžadovat denní kontakt, jehož délka může být kratší. Při stabilizovaném stavu se naopak intervaly mezi návštěvami prodlužují (např. 1x za 14 dní)“ [Kalina et al., 2001, s. 14]. Ambulantní léčba může probíhat také skupinovou formou, kdy se „ambulantní skupiny obvykle scházejí 1x týdně na dobu 1,5 hod“ [Kalina et al., 2001, s. 14].

Ambulantní léčba je vhodná pro uživatele návykových látek s lehčím stupněm závislosti, s minimem somatických a psychických komplikací, větší schopností sebekontroly a s vysokou motivací ke změně. Další podmínkou pro úspěšnost ambulantní léčby je sociální stabilita klienta a podpora jeho nejbližšího okolí. Do klientely

ambulantních zařízení však patří i klienti nemotivovaní, klienti experimentující a klienti se soudně nařízenou léčbou.

Základním cílem ambulantní léčby je změna životního stylu klienta, jejíž součástí je abstinence od návykových látek. Avšak vzhledem k různorodé klientele sleduje ambulantní léčba i řadu jiných cílů, kterými může být stabilizace klienta, příprava na léčbu v pobytovém zařízení, snížení frekvence užívání apod.

Používanými prostředky a metodami práce jsou:

- celkové zhodnocení stavu klienta (základní laboratorní a somatické vyšetření);
- farmakoterapie používaná se buď na počátku ke zmírnění příznaků po vysazení drogy (ambulantní detoxifikace) nebo v průběhu pro zmírnění doprovodných psychických příznaků (úzkost, deprese, atd.);
- psychoterapie (skupinová a individuální psychoterapie a relaxační techniky), využíváno je především metody kognitivně behaviorální terapie;
- rodinná terapie a poradenství zaměřené na úpravu rodinných vztahů, s čímž souvisí vytvoření podpůrného prostředí pro zvládnutí abstinence;
- poradenství a motivační trénink vedoucí ke změně životního stylu;
- sociální práce zaměřená na sociální stabilizaci klienta;
- kluby, volnočasové aktivity, svépomocné skupiny směřující k podpoře klienta v novém životním stylu [Richterová – Těmínová in Kalina et al., 2008].

2.6 *Denní stacionáře*

Denní stacionář je ambulantní zařízení s intenzivním denním programem. Podstatou intenzivní denní péče je strukturovaný program. Principy tohoto programu jsou převzaty nejen z terapeutických komunit, ale i z denních center pro duševně nemocné. Strukturovaný program by měl pokrývat minimálně 4 – 5 hodin denně po 5 dní v týdnu. Program je založen na skupinové terapii a nezbytnou součástí je prevence relapsu a práce s rodinou. Důraz se klade na klientovu nezávislost a odpovědnost. Po dobu léčby se klientovi umožňuje zachovat si síť rodinných a sociálních vztahů, pokud existují [Kalina, 2003b].

Denní stacionář je určen pro klienty v různé fázi rozvoje závislosti s relativně stabilním sociálním zázemím, kteří uvažují o změně svého životního stylu. Mohou jimi být problémoví uživatelé a závislí na různých typech návykových látek, experimentátoři,

dlouhodobí uživatelé THC, klienti s duální diagnózou⁶, matky – uživatelky se svými dětmi, ale i rodiče, příbuzní a partneři [Richterová – Těmínová in Kalina et al., 2008].

Délka programu v denním stacionáři je jasně definována. Jde o střednědobou léčbu v trvání 3 – 6 měsíců, většina denních programů pro závislé vychází ze standardní délky 10 – 14 týdnů s možností prodloužení na základě individuálního kontraktu.

Denní intenzivní léčba by měla klienta směřovat k dosažení a udržení abstinence, ke změně v sebepojetí a vztazích. Dále by měla být klientovi oporou v osobním zrání, ve zlepšení sociálního fungování a v osvojení základních dovedností každodenního života [Kalina, 2003b].

Používané metody a formy práce jsou:

- režim a pravidla vytvářející pevnou strukturu;
- skupinová psychoterapie využívající prvků kognitivně-behaviorální terapie a dynamické psychoterapie, je využíváno různých technik a přístupů (arteterapie, muzikoterapie, psychodrama apod.);
- komunitní setkání, kde klienti mají prostor k řešení důležitých problémů léčby;
- individuální terapie a poradenství;
- sociální práce;
- pracovní terapie;
- sportovní, zátěžové a volnočasové aktivity [Richterová – Těmínová in Kalina et al., 2008].

2.7 *Střednědobá ústavní léčba*

„Za střednědobou léčbu se obvykle pokládá léčba v trvání 3 – 6 měsíců. U nás tento typ léčby poskytují nejčastěji specializovaná oddělení psychiatrických léčeben nebo klinik, což umožňuje současně se zaměřit na doprovodné somatické i psychické problémy pacienta/klienta. Ve strukturovaném programu převažují léčebné aktivity nad aktivitami rehabilitačními či resocializačními. Dolní hranice trvání střednědobé léčby, tj. 3 měsíce, se v odborné literatuře pokládá za minimum pro dosažení trvalejšího účinku. S pojmem *střednědobá léčba* se setkáváme i v terapeutických komunitách, kde je horní hranice trvání

⁶ Nositelem „duální diagnózy“ je osoba s diagnostikovaným problémem zneužívání alkoholu nebo drog a kromě něj má diagnostikovanu ještě další diagnosu, obvykle psychiatrickou (např. poruchy nálad, schizofrenii, poruchu osobnosti) [Kalina et al., 2001].

posunuta nad 6 měsíců (za střednědobou léčbu v terapeutických komunitách se pokládá např. program v délce 6 – 8 měsíců)“ [Kalina et al., 2001, s. 104].

Dvořáček [in Kalina et al., 2003b] poukazuje na to, že cíle střednědobé ústavní léčby musí být adekvátní délce programu a potřebám pacienta. Relativně vysoký počet klientů terapeutický program nedokončí, a proto by dané zařízení mělo být schopné nabídnout spolupráci směřující k cílům dílčím či přechodným, tedy pro danou chvíli reálnějším (např. stabilizace s dalším doporučením).

Základním cílem je změna životního stylu pacienta vedoucí k trvalé abstinenci. Postupné cíle však jsou velmi individuální a Dvořáček vyjmenovává tyto: stabilizace sekundárních problémů spojených se závislostí; vybudování náhledu (přijmout závislost za svůj problém, který je potřeba řešit); postupné řešení důsledků drogové kariéry; přebudování motivace (z původně vnější na vnitřní); zvnitřnění abstinčních norem; zvnitřnění struktury dne a týdne; identifikace rizik relapsu a hledání strategií pro minimalizaci těchto rizik; zlepšení sebepojetí a prožívání.

Používané metody a formy práce jsou:

- strukturovaný program;
- režim a pravidla jako základní struktura obsahující pravidla, která specifikují odměny a sankce;
- léčebné společenství vytvářející pro terapii bezpečné a podnětné prostředí s množstvím interakcí a zpětných vazeb;
- komunitní setkání (prostor pro řešení důležitých problémů léčby);
- skupinová a individuální psychoterapie kombinující především kognitivně-behaviorální terapii a psychoterapii humanistických směrů;
- rodinná a partnerská terapie zaměřující se na úpravu vztahů a vytvoření podpůrného rodinného prostředí;
- pracovní terapie;
- volnočasové aktivity a sport [Richterová – Těmínová in Kalina et al., 2008].

2.8 Terapeutická komunita

Terapeutická komunita (dále TK) je specializovaným rezidenčním (pobytovým) zařízením, zaměřeným na léčbu vedoucí k abstinenci a na sociální rehabilitaci. TK poskytuje střednědobou a dlouhodobou odbornou péči v trvání 6 – 18 měsíců. K léčbě

v TK jsou indikovány osoby závislé na návykových látkách s dlouhodobou a těžkou drogovou kariérou a závažnou životní historií (traumatizace, zneužívání, dissociální chování, kriminalita apod.), poměrně časté je i poškození somatické (hepatitidy typu B a C). Věkové rozmezí klientů je většinou od 18 do 35 let.

Základními principy TK jsou:

- motivovanost klienta k vlastní změně, která je základem úspěšné léčby a resocializace;
- maximální přiblížení podmínek života v TK realitě běžného života;
- trénink odpovědnosti (naučit se přijímat odpovědnost);
- dobrovolnost vstupu do TK i odchodu z TK;
- skupinový (komunitní) průběh terapie, protože pro člověka je přirozený život ve společnosti, kde se formují základní vztahy;
- postupný přechod z terapie do běžného života;
- upevnění, zakotvení a umožnění vytvořit si vnitřní strukturu na základě strukturovaného života v komunitě;
- terapeutický tým v roli průvodce a poradce, nikoli experta na klientův život.

Léčba v TK je označována jako „léčba vedoucí k abstinenci“, abstinence ale není cílem léčby v TK, je pouze cestou, podmínkou, součástí léčby a nezbytným prostředkem k tomu, aby se klient v budoucnu mohl zapojit do normálního života. Cílem léčby v TK je změna životního stylu na základě osobnostního růstu. Dílčí cíle léčby v TK jsou:

- dodání síly klientům, aby v budoucnu byli odolnější vůči selháním;
- změna vzorců sebedestruktivního myšlení a chování;
- učení se odpovědnosti jak za sebe, tak za druhé;
- vytvoření smyslu, citlivosti pro lidské společenství;
- získání základních sociálních a komunikačních dovedností, také dovedností řešit konflikty;
- osvojení si pracovních a hygienických návyků;
- změna negativního sebepojetí;
- poskytování prostředí pro osobnostní růst, rozvíjení sebe sama a přebírání odpovědnosti;
- uvědomění si důležitosti svého zdraví a jeho zlepšení.

Prostředkem k dosažení vytyčených cílů je samotný život v komunitě založený na společném rozhodování, otevřené komunikaci a konfrontaci. Tento život má maximální snahu přiblížit se reálnému životu, který má také svá pravidla, řád, režim a uskutečňují se v něm reálné i přenosové vztahy. Dalšími prostředky jsou důležité složky strukturovaného programu, ve kterých se uplatňuje jak psychoterapie, tak výchova. Jsou zaměřeny:

- na vývoj osobnosti a emocí na základě skupinové psychoterapie, dynamicky orientované a individuální terapie, rodinné terapie a dalších speciálních postupů (arteterapie, psychodrama, tanec atd.);
- na chování, přičemž je využíváno zpětných vazeb a intervencí, konfrontačních skupin, struktury, pravidel, řádu a hierarchie;
- na duchovní rozměr osobnosti a etiku za pomoci vzdělávání (semináře), diskusí a tématických skupin;
- na dovednosti přežít a být profesně zajištěn (sociální učení, práce, komunikační dovednosti a asertivní trénink).

Pobyt klienta v TK je strukturován do několika (většinou 4) fází – „nulté“, první, druhé a třetí. Každá fáze má svá pravidla, práva a povinnosti. Jednotlivé fáze se od sebe liší mírou přijímané odpovědnosti a jsou také výrazem toho, že klient v léčbě postupuje a pracuje na vlastní změně. Úspěšné nebo neúspěšné přestupy z jedné fáze do další tak plní hodnotící roli.

Léčba v TK je neúčinnější tehdy, pokud klient dokončí celý program. Klienti se během pobytu v TK připravují na další život. Ve třetí fázi již většinou docházejí do zaměstnání, najdou si bydlení a mají možnost dojednat si následnou péči v některém z doléčovacích programů [Adameček; Těmínová; Kalina in Kalina et al., 2003b].

2.9 Doléčovací programy

Doléčovací programy jsou ambulantní zařízení zaměřující se na udržení změny v chování a ve způsobu života klienta, které získal během léčebného procesu nebo abstinence. Doléčování může mít formu ambulantních skupin jednou týdně nebo se může jednat o intenzivní strukturovaný program doplněný o volnočasové aktivity.

Hlavním cílem doléčovacích programů je pomoci vytvořit klientovi podmínky pro jeho abstinenci po ukončení léčby, tedy udržet změny v životním stylu a v chování i v době, kdy je klient ve svém běžném prostředí, bez ochranných křídel léčebné instituce.

Doléčovací programy jsou tedy určeny klientům, kteří mají po léčbě a aktuálně abstínují. Dále jsou určeny pro klientům, kteří abstínují samovolně a jsou motivováni svou abstinencí nadále udržet. Doléčovací programy jsou určeny i rodičům, příbuzným a partnerům, kteří v tomto období potřebují podporu.

Používané metody a formy práce jsou:

- skupinová a individuální psychoterapie zaměřená na podporu abstinence klienta a na stabilizaci klientovy emotivity;
- prevence relapsu (vybavit klienta takovými dovednostmi a vědomostmi, aby byl schopen předcházet relapsu);
- sociální práce zaměřená na sociální stabilizaci klienta;
- lékařská péče (např. zajištění psychiatrické péče, léčby hepatitidy C);
- práce s rodinou klienta a rodinná terapie;
- volnočasové aktivity;
- práce, chráněná pracovní místa a rekvalifikace;
- chráněné bydlení (indikováno u klientů, kteří nemají samostatné „bezpečné“ bydlení nebo není možný či žádoucí návrat k rodičům) [Richterová – Těmínová in Kalina et al., 2008].

3 Drogová situace v České republice v roce 2007

Údaje v této kapitole jsou čerpány z „Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007“. Tuto zprávu vydává každoročně od roku 2001 Úřad vlády České republiky – Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti.

3.1 *Postoje k drogám a uživatelům drog*

V posledních 10 letech se významně změnily postoje veřejnosti k uživatelům drog – stále sice převládá názor, že uživatele drog je třeba trpět, ale za podmínky, že se budou léčit (63,4 %). Roste však počet respondentů, kteří se přiklání k názoru, že je třeba uživatele drog tolerovat a chránit přitom ostatní (32,2 % oproti 19,9 % v r. 1996). Starší respondenti a častěji ženy se přiklánějí k represivnějšímu postoji, mladší ročníky a muži jsou k uživatelům drog tolerantnější. Názory na řešení problematiky drog zůstávají stejné – polovina respondentů by volila postihy uživatelů drog, polovina se přiklání spíše k preventivním opatřením.

3.2 *Rozpočty a financování*

V roce 2007 dosáhly výdaje z veřejných rozpočtů na protidrogovou politiku 557,6 mil. Kč. Z toho bylo 160,8 mil. Kč (28,8 %) vydáno na prosazování práva, 152,6 mil. Kč (27,4 %) na léčbu, 141,0 mil. Kč (25,3 %) na Harm reduction, 48,7 mil. Kč (8,7 %) na primární prevenci a 20,5 mil. Kč (3,7 %) na následnou péči.

3.3 *Užívání drog v obecné a školní populaci*

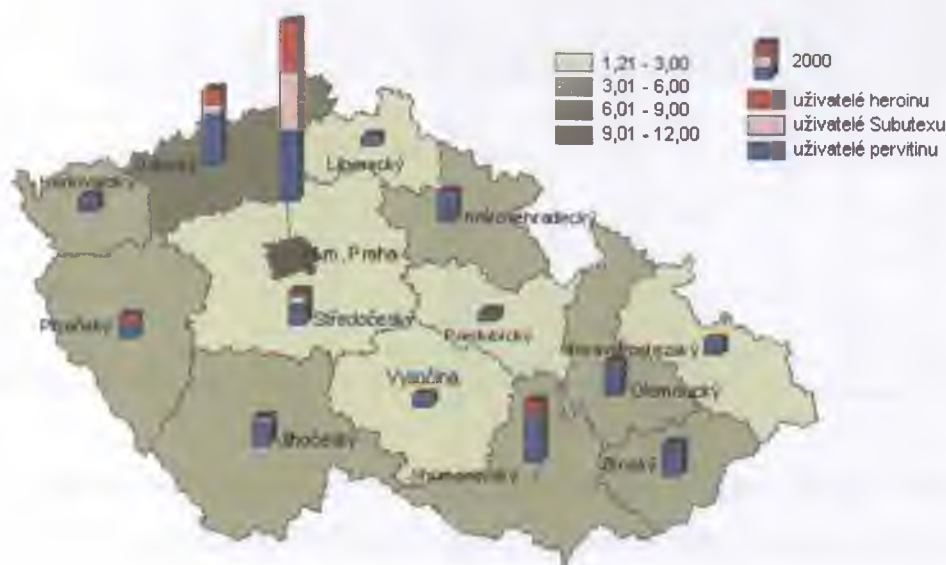
V roce 2007 se ČR zapojila do mezinárodní školní studie ESPAD mezi 16letými studenty. Přibližně 35 % žáků posledních ročníků základních škol a 45 % studentů prvních ročníků středních škol má alespoň jednu zkušenost s nelegální drogou. Mezi žáky ZŠ je relativně vysoký výskyt zkušeností s těkavými látkami.

V dospělé populaci (18 – 64 let) má alespoň jednu zkušenost s nelegální drogou přibližně 22 % osob. Nejčastěji užívanými nelegálními drogami jsou konopné látky (21%), dále extáze (7 %), lysohlávký a jiné přírodní halucinogeny (3,5 %). Zkušenosti dospělé populace, žáků i studentů s opiáty a kokainem jsou v ČR dlouhodobě na velmi nízké úrovni.

3.4 Problémové užívání drog

Odhadovaný počet problémových uživatelů⁷ návykových látek v ČR v roce 2007 oproti roku 2006 mírně stoupl z cca 30 tisíc na cca 30,9 tisíc. Tento počet zahrnuje cca 20,9 tisíc uživatelů pervitinu a cca 10 tisíc uživatelů opiátů (z toho 5,75 tis. heroinu a 4,25 tis. Subutexu). Většina uživatelů opiátů i pervitinu (cca 29,5 tis. osob) užívá drogy injekčně. Nejvíce problémových uživatelů drog se vyskytuje v Praze (10 tis.) a v Ústeckém kraji (4,1 tis.), jsou to zároveň kraje s nejvyšším počtem odhadovaných problémových uživatelů opiátů. Vzrostl průměrný věk uživatelů všech skupin drog.

Obr. č. 1 Počet problémových uživatelů drog na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let a počet problémových uživatelů opiátů a pervitinu v krajích ČR v r. 2007



3.5 Profil uživatelů drog v léčebných zařízeních

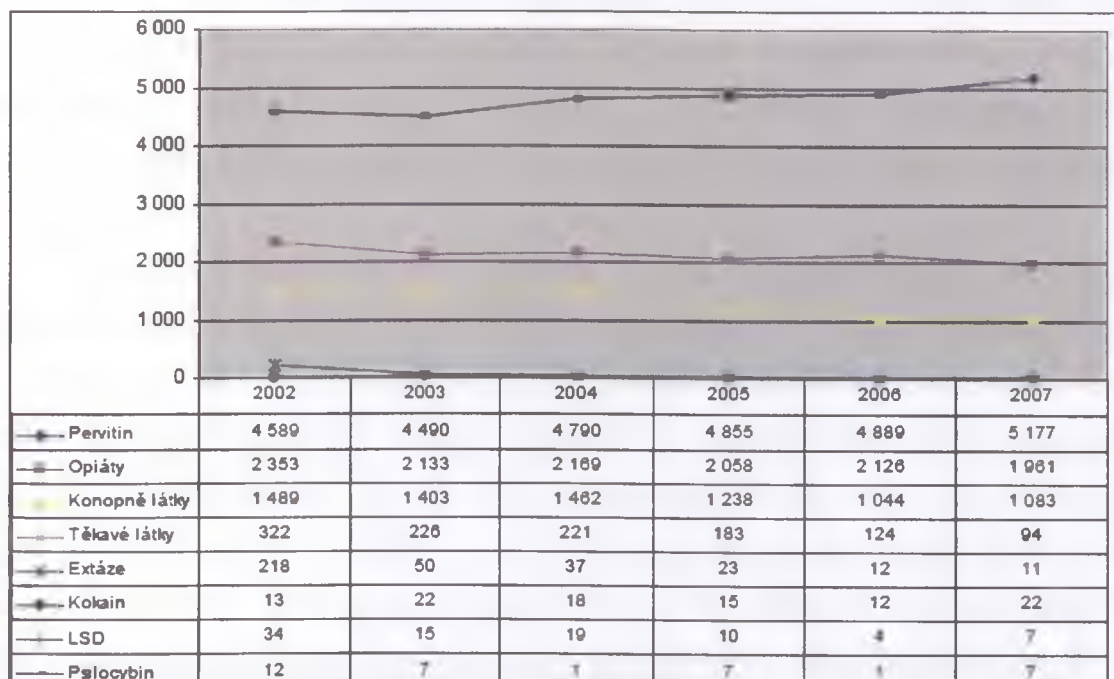
Údaje na následujících řádcích pochází z 228 center: 68 nízkoprahových, 110 ambulantních a 50 lůžkových zařízení. Nejnavštěvovanějším typem zařízení byla tradičně nízkoprahová centra. V roce 2007 mírně vzrostl počet uživatelů drog žádajících o léčbu, zejména u uživatelů pervitinu a konopných drog. U uživatelů opiátů zájem o léčbu

⁷ Problémové užívání drog je podle EMCDDA (Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost) definováno jako injekční užívání drog a/nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů a/nebo drog amfetaminového typu a/nebo kokainu.

klesl. Léčebné služby vyhledalo celkem 8 487 uživatelů drog, tj. o 1 % více než v r. 2006, z toho 4 346 osob požádalo o léčbu poprvé, tj. o 2,2 % více než v r. 2006.

Počet žadatelů o léčbu byl relativně nejvyšší v Praze, Ústeckém a Jihomoravském kraji. Nejčastější primární drogou žadatelů o léčbu byl ve všech krajích pervitin. Podíl uživatelů opiátů byl tradičně nejvyšší v Praze, Ústeckém a Středočeském kraji.

Obr. č. 2 Počet všech žadatelů o léčbu podle užívané drogy v r. 2002–2007



Průměrný věk žadatelů o léčbu se dlouhodobě zvyšuje. Mezi všemi žadateli o léčbu v r. 2007 byli nejstarší uživatelé opiátů (průměrný věk u heroinu 28,1 roku, podíl mužů 69,9 %) pervitinu (25,0; 63,9 %), těkových (23,7; 86 %) a konopných látek (21,0; 75,2 %). Poměr mužů a žen byl v r. 2007 mezi všemi žadateli 2,1 : 1 a mezi prvožadateli 2,0 : 1.

3.6 Léčba

V roce 2007 došlo k poklesu počtu ambulantních zdravotnických zařízení oboru psychiatrie vykazujících poskytování péče uživatelům drog a klesl také počet uživatelů drog v kontaktu s nimi. Poprvé po 5 letech došlo k poklesu počtu hospitalizovaných uživatelů drog v psychiatrických lůžkových zařízeních, a to zejména díky poklesu počtu hospitalizací na psychiatrických odděleních nemocnic. Naopak se zvýšil počet

hospitalizací v psychiatrických léčebnách a to u všech tří hlavních skupin drog (opiáty/opioidy, pervitin a kombinace látek).

Ambulantní léčbu uživatelů legálních i nelegálních drog vykázalo v roce 2007 celkem 372 ambulantních zdravotnických pracovišť (nejedná se však výhradě o tzv. AT ambulance specializované na léčbu závislostí), léčeno zde bylo 16 854 uživatelů drog mimo alkoholu, z toho 15 684 uživatelů drog mimo tabáku.

V psychiatrických lůžkových zařízeních bylo v r. 2007 uskutečněno celkem 14 554 hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním návykových látek, z toho 9 816 pro poruchy vyvolané užíváním alkoholu (od r. 2005 dochází k výraznému poklesu) a 4 738 hospitalizací pro poruchy vyvolané užíváním dalších psychoaktivních látek (mimo tabáku).

Pobytovou léčbu (v délce 7–13 měsíců) v roce 2007 poskytovalo 11 terapeutických komunit. Celkem je v ČR 15 komunit (od 4 nejsou data k dispozici). Jejich kapacita byla 169 lůžek (z toho 12 pro mladistvé a 9 pro matky s dětmi). Pobyt v nich absolvovalo 472 uživatelů drog (z toho 19 matek s dětmi), jejichž průměrný věk byl 24,2 roku. Celkem 347 (73,5 %) klientů užívalo před léčbou drogy injekčně, 291 (61,7 %) klientů užívalo pervitin a 74 (15,7 %) opiáty. V souvislosti s užíváním konopných látek se léčilo 13 (2,8 %) klientů. Léčebný program úspěšně dokončilo 124 (26,3 %) klientů a průměrná délka úspěšné (dokončené) léčby byla 285 dní. Předčasně ukončilo léčbu 164 (34,7 %) klientů, z toho 22 % po uplynutí 2/3 léčby. Průměrná délka léčby všech klientů byla 186 dní.

Stoupá počet pacientů v substituční léčbě. V r. 2007 bylo v ČR registrováno 15 center substituční léčby. V těchto centrech bylo léčeno celkem 1 064 osob (z toho 620 metadonem a 444 Subutexem). Dále bylo zaregistrováno 32 zdravotnických zařízení poskytujících substituční léčbu (13 psychiatrických a 12 AT ordinací, 5 ordinací praktického lékaře pro dospělé, 1 interní ambulance a 1 zdravotnické středisko vazební věznice).

3.7 Zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog

V r. 2007 bylo zjištěno 213 úmrtí na předávkování nelegálními drogami, těkavými látkami a psychotropními léky (212 v r. 2006). Z toho 40 předávkování bylo pouličními drogami, tj. ilegálními omamnými a psychotropními látkami a těkavými látkami (37 v r. 2006) a 173 psychotropními léky.

Zůstal velmi nízký počet smrtelných předávkování hlavními skupinami pouličních drog tradičně se na předávkováních podílejících. Bylo zaznamenáno 14 případů předávkování opiáty, 11 pervitinem a 14 těkavými látkami. Vyskytlo se 1 úmrtí s nálezem metadonu, s nálezem buprenorfinu (Subutexu) žádné. V posledních třech letech jsou hlášena ojedinělá předávkování extází a kokainem.

Výskyt HIV u injekčních uživatelů je stále výrazně pod 1%, nicméně v roce 2007 počet nově infikovaných vzrostl (12 nových případů u injekčních uživatelů drog) a ve srovnání s roční incidencí minulých let se jedná o trojnásobný výskyt. K 31. 12. 2007 bylo v ČR evidováno celkem 1 042 HIV pozitivních osob, z toho je 53 injekčních uživatelů drog a u 16 dalších osob jde současně o injekční užívání drog a homo/bisexualitu. Podíl injekčních uživatelů drog činí celkem 6,6 %.

Prevalence virové hepatitidy typu C u injekčních uživatelů vyšetřených v roce 2007 v nízkoprahových programech byla pod 20 %. Od května 2008 v Praze probíhá mezi injekčními uživateli epidemie hepatitidy typu A – zatímco v roce 2007 bylo v celé ČR hlášeno 5 případů u injekčních uživatelů, v období od ledna do srpna 2008 to bylo 75 případů. Jako reakce na tuto epidemii bylo v Praze v červenci 2008 zahájeno očkování uživatelů drog proti VHA.

3.8 Opatření zaměřená na zdravotní souvislosti a důsledky užívání drog

Opatření směřující ke snižování zdravotních rizik spojených s užíváním drog provádějí především nízkoprahová zařízení pro uživatele drog, jejichž dostupnost, kapacita i využití od druhé poloviny 90. let roste.

Oproti roku 2006 došlo v roce 2007 k dalšímu nárůstu počtu distribuovaných injekčních jehel a stříkaček ve výměnných programech na 4,5 mil. kusů (v roce 2006 to bylo 3,9 mil. kusů). Další cca 1,5 mil. kusů bylo prodáno injekčním uživatelům drog v lékárnách. Nejvíce výkonů ve výměnných programech (počet výměn) bylo provedeno v Praze (cca 121 tis.).

V roce 2007 klesl počet testů provedených uživatelům drog na HIV. Velmi výrazně klesl počet testů na hepatitidu typu C, což bylo zapříčiněno absencí rychlých testů na VHC z kapilární krve. V roce 2008 se absenci rychlých testů částečně podařilo nahradit nabídkou rychlých testů na VHC z krevního séra.

3.9 Sociální souvislosti a důsledky užívání drog

K nejvýznamnějším sociálním problémům uživatelů drog patří rodinné a pracovní problémy, také nezaměstnanost, nízké vzdělání a špatná bytová situace, která může vést až k bezdomovectví.

Počet drogových trestných činů je v ČR v posledních letech relativně stabilní. Počet stíhaných osob za drogové trestné činy byl v roce 2007 nejnižší za poslední 4 roky, pohyboval se v rozmezí 2023 – 2282 osob. Z drogových trestných činů bylo obžalováno 2042 osob, což je o 12 % méně než v roce 2006 a je to celkově nejnižší počet obžalovaných osob od roku 2000. Za drogové trestné činy bylo pravomocně odsouzeno 1382 osob, což se významně neodlišuje od hodnot posledních 5 let. V roce 2007 narostl podíl osob stíhaných a také podíl obžalovaných a odsouzených za drogové trestné činy podle § 187 (držení drog pro vlastní potřebu). 50 – 70 % drogové kriminality bylo páčáno v souvislosti s pervitinem, následovaly drogy konopné (20 – 30 %). Za drogové trestné činy je nejčastěji ukládán podmíněný trest odnětí svobody.

3.10 Drogové trhy

Nejdostupnější drogou v ČR je marihuana. Roste domácí produkce marihuany s vyšším obsahem THC pěstované v umělých podmínkách a stále častěji ve velkém. Vysoká je i dostupnost pervitinu. Postupně se zvyšuje čistota i dostupnost kokainu. V roce 2007 byl zaznamenán dosud největší objem zachyceného kokainu. Dostupnost heroinu se nezměnila. Extáze je běžně dostupná především v prostředí noční zábavy. Cena většiny drog zůstává stabilní.

4 Přístupy a metody práce uplatňující se v nízkoprahových programech

4.1 *Nízkoprahový program – nízkoprahový přístup*

Nízkoprahový program (služba, zařízení) je takový program, kde se uplatňuje nízkoprahový přístup, který je základní strategií přístupu „Harm Reduction“ (snižování poškození drogami). Nízkoprahový přístup naplňuje takový program, který je přístupný komukoli bez dalších nároků či omezení. Cílem je tímto způsobem oslovit a vejít do kontaktu s co největším počtem osob. Služeb nízkoprahového programu tedy může využít kdokoli, aniž by se musel předem objednat. Během kontaktu je klientům zajištěna anonymita, nejsou zjišťovány ani jejich národnosti. Pracovník nízkoprahové služby je často prvním odborníkem, se kterým uživatel drog hovoří o své situaci. Na přicházející osoby (především jde o aktuální uživatele drog) nejsou kladeny předběžné a pro ně mnohdy nereálné požadavky, např. aktuální abstinence nebo omezení frekvence či způsobu užívání. Nízkoprahová služba musí být dostupná v čase a prostoru, jinak by se dost pravděpodobně se svými potenciálními klienty mýjela. Většina programů je proto zajištěna v odpoledních a večerních hodinách, tedy v době, kdy je možno zachytit větší množství uživatelů.

Nízkoprahové programy pracují s velmi různorodou skupinou uživatelů. Každý uživatel má odlišné potřeby kladoucí nárok na pracovníky těchto programů. Ke každému klientovi je třeba zachovat individuální přístup, což je důležitý znak nízkoprahovosti. Pracovníci musí mít dostatečné komunikační schopnosti a dovednosti ve specifických intervencích s touto klientelou. Zjišťují potřeby každého uživatele, se kterým přijdou do kontaktu a na základě informací od klienta dále volí způsob intervence, společně s klientem hledají možná řešení.

Při prvním kontaktu v nízkoprahovém zařízení by měly být klientovi předány základní informace o programu (navázání důvěry) s cílem nabídnout mu důvod, proč a za jakých podmínek může program využívat nadále. Klienta tak do budoucna můžeme udržet v kontaktu s programem, je tak umožněno nabízet mu intervence směřující k bezpečnějšímu životnímu stylu.

Na základě nízkoprahových programů mohou být klienti přeposláni do dalších služeb, především substitučních programů, ambulantních a rezidenčních léčebných programů. Dále klientům v případě potřeby zprostředkovávají odbornou lékařskou pomoc

(chirurgickou, hepatologickou, gynekologickou, apod.) či sociální služby (pomoc při vyřizování dokladů, při shánění práce, bydlení, apod.). V nízkoprahových programech tak tedy vzniká možnost nabízet uživatelům včasné řešení jejich situace dříve, než by např. pominul zájem o léčbu či by se zdravotní a sociální problémy vystupňovaly natolik, že by jejich řešení vyžadovalo mnohem náročnější a intenzivnější způsoby řešení. Shrneme-li klientelu nízkoprahových služeb, můžeme říci, že jsou to klienti, kteří:

- neakceptují jiné služby;
- aktuálně nechtějí přestat s užíváním;
- jsou akutně v krizi;
- hledají pomoc (službu), ale neví, jak do ní vejít nebo kam se obrátit;
- obvykle spadají do kategorie závislých a problémových uživatelů (většinou drogu aplikují injekčně);
- jsou příbuznými, přáteli uživatelů, také náhodní kolemjdoucí, sousedé, apod.

Mezi základní cíle nízkoprahových programů patří:

- zvyšování informovanosti klientů o účincích drog;
- snižování počtu předávkování;
- omezení šíření infekčních onemocnění (především hepatitid), také udržení nízkého výskytu HIV mezi uživateli drog;
- zvyšování motivace klientů k méně rizikovému chování a ke změně životního stylu směrem k abstinenci.

Nízkoprahové programy jsou důležitou součástí systému péče o uživatele drog. Služby vybudované na těchto principech jsou klienty pozitivně přijímány, je s nimi v kontaktu cca 60 % problémových uživatelů drog [Janíková in Kalina et al., 2008].

4.2 Nízkoprahové programy v České republice

V ČR je stabilní síť nízkoprahových programů. Tvoří ji kontaktní centra a terénní programy (streetwork)⁸. V roce 2007 bylo těchto programů celkem 109.

⁸ Blíže o terénních programech a nízkoprahových kontaktních centrech viz kapitola 2 Systém péče v oblasti drogových závislostí v České republice

Cílovou populací nízkoprahových zařízení jsou problémoví uživatelé drog, experimentátoři a jejich blízcí, některá zařízení poskytují služby také rekreačním uživatelům tanečních drog. Průměrný věk uživatelů drog využívajících těchto služeb je 26 let.

Obr. č. 3 Nízkoprahová zařízení v ČR v r. 2007



Během posledních 5 let vzrostl podíl problémových uživatelů, kteří jsou s nízkoprahovými zařízeními v kontaktu z cca 60 % na cca 70 %. Nejvyšší počet kontaktů vykázaly v r. 2007 nízkoprahové programy v Praze a dále v krajích Ústeckém, Jihomoravském a Olomouckém [Mravčík et al., 2008].

Janíková [in Kalina et al., 2008] hovoří o úzkém propojení řady programů kontaktních center s terénními programy a programy specifické primární prevence. Je to časté zejména v menších městech, kde víceúčelové služby vznikaly spontánně z důvodů specifik drogových scén menších měst, především se jedná o širokou nabídku služeb pro menší počet klientely. Dále Janíková [tamtéž] uvádí, že pro nízkoprahové služby je důležitá spolupráce spolu s ostatními institucemi nejen v rámci regionu.

4.3 Přístup Harm Reduction

Nízkoprahové programy pro uživatele drog vycházejí z přístupu minimalizace poškození – Harm Reduction (dále HR), jehož základní charakteristikou je pragmatičnost.

Tento přístup akceptuje, že látky měnící vědomí jsou běžným prvkem lidské společnosti. Neusiluje tedy o absolutní eliminaci drog a jejich užívání, ale snaží se s touto skutečností pracovat tak, aby negativní důsledky takového chování byly co nejmenší. Zaměřuje se hlavně na stabilizaci životního stylu klienta s cílem zlepšit kvalitu jeho života, zdravotního stavu a tělesné i duševní pohody. Vychází přitom z klientových potřeb, na jejichž tvorbě se sám klient může podílet. Je to tedy přístup upřednostňující zdraví a osobní zodpovědnost před perzekucí. Jakákoli změna směřující ke snížení poškození je považována za správnou.

V přístupu HR se uplatňují následující principy a strategie:

- 1) HR je alternativou k tradičním a jednostranným modelům užívání drog a závislosti – HR nabízí alternativu k zužujícím přístupům (převýchova, důsledná abstinence, analýza a odstranění „příčin“) morálního modelu užívání drog a tradičního modelu závislosti jako nemoci. HR nabízí mnoho nástrojů a postupů, jak snížit škodlivé konsekvence závislého chování, přičemž akceptuje fakt, že lidé užívají drogy a chovají se rizikově i v jiných situacích. Vizi idealistické společnosti bez drog pokládá za nepravděpodobnou.
- 2) HR považuje abstinenci za ideální výsledek, akceptuje však také alternativy pracující s neabstinujícím klientem – Riziko poškození z užívání drog se snaží snížit dvěma způsoby:
 - zachovává zdravotní stav;
 - předává informace a klienty motivuje k zodpovědnosti za své chování a k postupné změně chování k méně rizikovému.
- 3) HR uplatňuje nízkoprahový přístup – Nízkoprahové služby pracují s klientem tam, kde právě je, ve stavu, v jakém je, a za podmínek, na nichž se s ním dohodnou podle jeho potřeb [Hrdina in Kalina et al., 2003a].

Přístup HR vychází z předpokladu, že rizikům spojeným s užíváním drog je možné zabránit nebo je alespoň výrazně redukovat, použijeme-li vhodně zvolené intervence. Poškození, která se přístup HR snaží minimalizovat, omezit nebo jim zcela předejít, jsou dle Kaliny [2003a] zejména následující:

- život a zdraví ohrožující infekce šířící se sdílením injekčního náčiní při nitrožilní aplikaci drog a nechráněným pohlavním stykem (HIV, hepatitidy);

- další tělesné komplikace způsobené dlouhodobým injekčním užíváním látky znečištěné různými příměsemi, ztrátou vody z organismu, přehřátím při „tanečním“ užívání stimulačních drog apod. (abscesy, záněty, postižení nebo zhroucení funkcí vnitřních orgánů);
- dlouhodobé působení vysokých dávek;
- předávkování;
- sociální debakl spojený se ztrátou lidské důstoinosti.

Richterová – Těmínová [2001] shrnuje cíle přístupu HR následovně:

- odstranění opakovaného používání náčiní k aplikaci drog (u injekčních uživatelů);
- používání méně rizikových způsobů aplikace drog;
- zlepšení informovanosti klientů o rizicích spojených s užíváním drog (druhy drog, jejich účinky, způsoby aplikace);
- zlepšení informovanosti klientů o bezpečném sexu;
- změna rizikového chování uživatelů drog k méně rizikovému;
- minimalizace, redukce nebo odstranění rizika somatického poškození;
- informovanost o poskytování první pomoci (včetně resuscitace);
- informovanost o systému fungování orgánů státní správy a orgánů činných v trestním řízení;
- upevňování či znovuvytváření hygienických návyků;
- redukce trestné činnosti;
- navázání klienta ke kontaktu s odborným zařízením.

Dále Richterová – Těmínová [2001] popisuje prostředky k dosažení cílů přístupu HR:

- šíření informací o rizicích spojených s užíváním drog i nechráněným sexem písemnou, obrazovou i verbální formou;
- výměna injekčních stříkaček a jehel;
- motivační trénink, motivační rozhovory;
- poskytování materiálu potřebného k bezpečnější aplikaci drog;
- motivační trénink ke změně rizikového chování (bezpečnější užívání drog, bezpečnější sex);

- základní zdravotní ošetření a reference klienta do specializovaných zdravotnických zařízení;
- zprostředkování detoxifikace a následné péče, reference klienta do léčebných zařízení;
- testy na HIV, hepatitidy, syfilis ;
- distribuce kondomů;
- nápojový, vitaminový a hygienický servis.

Do rámce HR můžeme v podstatě zahrnout i substituční programy minimalizující rizika spojená s nitrožilní aplikací drog a zároveň omezující trestnou a jinou činnost (např. prostituci) uživatelů drog za účelem získat drogu.

Při práci v rámci HR bychom ale stále měli mít na zřeteli citlivé vedení klientů k tomu, že je sice lepší užívat drogy bezpečně, mnohem lepší by však bylo neužívat drogy vůbec.

4.4 Jednotlivé aktivity (přístupy a metody práce) uplatňující se v nízkoprahových programech

4.4.1 Kontaktní práce s uživateli drog

Kontaktní práce je jednou ze základních aktivit nízkoprahových programů. Je prostředkem pro navazování kontaktů s uživateli drog na základě nabízených typů služeb (výměnný program apod.). Kontaktní pracovník je ten, kdo do jisté míry rozhoduje, zda první zkušenost klienta s terénním programem či kontaktním centrem bude pozitivní nebo negativní. Ovlivňuje tedy skutečnost, zda uživatel o nabízenou službu projeví opětovně zájem či zůstane u jednorázového kontaktu. Kontaktní pracovník má možnost klienty s odlišnými normami a pravidly vycházejícími z podmínek života na drogové scéně konfrontovat se světem pravidel a norem služby, kterou chtějí využívat.

Základní používanou metodou v kontaktní práci je rozhovor s klientem. Cílem rozhovoru může být předání nezbytných informací o rizicích spojených s užíváním drog, o možnostech léčeb apod. Nicméně řeč nemusí být pouze o drogách, i „běžný“ rozhovor

s klientem může být prostředkem k navázání důvěry a k vytvoření prostoru pro budoucí spolupráci.

4.4.2 Výměnný program stříkaček a jehel

Výměna stříkaček a jehel je služba nabízená injekčním uživatelům drog v rámci přístupu Harm Reduction. Hlavním argumentem výměny injekčního náčiní je prevence šíření infekčních onemocnění. Je důležité, aby injekční uživatel měl možnost vyměnit si použité injekční náčiní za sterilní. Použité náčiní klienti vhazují do speciálních kontejnerů k tomu určených, které jsou posléze odborně likvidovány.

Při výměně klient k čistým jehlám dostává stejný počet desinfekčních alkoholových polštářků (k očištění místa vpichu před aplikací), ampulky sterilní vody, bavlněné filtry (pro natahování látky do stříkačky), buničinu (k ošetření místa vpichu) a polštářkovou náplast. Uživatelé heroinu mohou dostat kyselinu askorbovou (pro přípravu dávky k aplikaci).

Je nezbytné, aby všichni klienti byli pracovníky informováni o rizicích injekční aplikace (zvláště při používání již použitého náčiní) a v souvislosti s tím i o jiných, méně rizikových způsobech aplikace. V neposlední řadě musí být klientům dostupné veškeré informace o rizicích nechráněného pohlavního styku i jiných formách sexuálních kontaktů [Richterová – Těmínová, 2001].

Poradenství a vzdělávání poskytované v rámci HR nezbytně zahrnuje i rady, návody a vysvětlení, jak drogu aplikovat, jak používat a dezinfikovat náčiní a další technické informace. K tomuto jsou klientům poskytovány tištěné materiály (viz příloha 1). Jedná se o materiály zcela specifické, a proto jejich distribuce musí být omezena na okruh klientů, kterým jsou určeny. Dostanou-li se mimo tento okruh (např. do škol), vyvolávají senzaci, pobouření a obviňování, že se touto cestou mládež navádí k braní drog [Kalina, 2003a].

4.4.3 Pracovní programy pro uživatele drog

Pracovní zařazení je jedním z důležitých prvků stabilizace klienta. Klienti s rozvinutou závislostí většinou nejsou schopni pravidelně docházet do zaměstnání. V nízkoprahových programech mají možnost nechat se zaměstnat v chráněných podmínkách (např. pomoc při úklidu kontaktního centra, externí terénní práce). Cílem zaměstnávání klientů je trénink jejich zodpovědnosti, obnovení základních pracovních

návyků a možnost vydělat si peníze legální cestou. Zároveň se tak klienti částečně pracovně integrují.

4.4.4 Nápojový a vitaminový servis, základní hygienický servis

Uživatelé drog mají často velmi špatnou životosprávu a narušený imunitní systém. Nabídkou nápojů (čaj, šťáva) a vitaminů se alespoň částečně snižuje zdravotní a sociální poškození klientů. Dále tato nabídka zvyšuje atraktivnost zařízení pro klienty.

Většina klientů nízkoprahových programů má velmi špatné sociální, rodinné či pracovní zázemí, s čímž souvisí i špatné hygienické návyky. Zejména těmto klientům je v kontaktních centrech poskytnuta možnost základní hygieny (WC, sprcha).

4.4.5 Základní zdravotní ošetření

Jedná se o základní zhodnocení stavu klienta, základní ošetření, případně doporučení klienta do specializovaného zdravotnického zařízení. Nejčastěji pracovníci provádí ošetření po injekční aplikaci drogy, převazy po chirurgickém ošetření a péči o kožní záněty. Ženám jsou poskytovány těhotenské testy. Klienti se závažnějšími zdravotními komplikacemi jsou přeposíláni převážně na chirurgická, kožní, infekční a gynekologická pracoviště. V případě potřeby se zařízení snaží klienta do zdravotnického zařízení doprovodit.

V rámci zdravotního ošetření jsou klienti testováni na HIV, virové hepatitidy a syfilis. Dle zjištěných skutečností jsou klienti odkazováni na specializovaná pracoviště.

4.4.6 Sociální práce s uživateli drog

Sociální práce je zaměřena jak na jednorázovou pomoc, tak na dlouhodobou případovou práci vedoucí ke stabilizaci sociální situace klienta.

V rámci jednorázové pomoci nabízí nízkoprahové programy asistenci při zprostředkování zaměstnání, ubytování, komunikace s úřady (např. při zařizování dokladů) a také se soudy, státní správou a Probační a mediační službou ČR. Dále tato pomoc spočívá v předávání kontaktů na další instituce, různá léčebná zařízení apod.

Dlouhodobá případová práce je prováděna především u klientů s určitou perspektivou jejich postupné stabilizace, ať již v rámci bezpečnějšího užívání drog nebo

v ideálním případě iniciativy vedoucí k úplné abstinenci. Tato práce pak většinou zahrnuje některé prvky jednorázové sociální práce.

4.4.7 Poradenství

Poradenství je směřováno ke dvěma skupinám klientů. Jednou skupinou jsou uživatelé drog, druhou skupinu tvoří osoby přicházející s uživateli drog do styku, tzn. rodiče, partneři, přátelé, spolužáci, ale také pedagogové, kurátoři apod.

Poradenství pro uživatele drog zahrnuje:

- poskytování informací o rizicích spojených s užíváním drog a o rizicích přenosu infekčních onemocnění;
- poskytování zdravotních informací;
- informace o možnostech substituce, detoxifikace a následné léčby;
- informace o sociálních institucích;
- případovou práci;
- diferenciálně diagnostický filtr;
- motivační rozhovory směřující k abstinenci, kontakt před léčbou;
- telefonické poradenství.

Poradenství pro osoby přicházející do styku s uživateli drog zahrnuje:

- poskytování obecných informací o drogách a závislosti, možnostech přístupu k uživatelům drog;
- poskytování krizové intervence;
- rodičům je možno poskytnout následnou péči v návazné instituci;
- telefonické poradenství.

Právní poradenství

Značná část uživatelů drog se během své drogové kariéry a v souvislosti s užíváním drog dostane do konfliktu se zákonem. Cílem právního poradenství je zvýšit informovanost klientů o možnostech aktivního řešení aktuální situace a také informovanost o jejich právech. Včasnou intervencí a řešením trestní situace lze předejít kriminální recidivě,

vazebnímu stíhání či nepodmíněnému trestu odnětí svobody. Cílem je také informovat klienty o možnosti kontaktu s pracovníky programu během výkonu vazby a výkonu trestu.

Kontakt před léčbou – předléčebné poradenství

Kontakt před léčbou začíná ve chvíli, kdy se klient rozhodne pro léčbu a požádá o její zprostředkování. Kontakt s klientem probíhá v rámci poradenských konzultací a s klientem v tomto období pracuje jeden pracovník, který v rámci poradenských kontaktů posiluje klientovu motivaci k léčbě, provádí diferenciálně diagnostický filtr a v řešení různých témat zohledňuje aktuální potřeby klienta. Pracovník s klientem sestavuje přesný plán a strukturu kontaktu a stanovuje podmínky, na základě kterých bude klient doporučen do léčby. Pokud klient dochází na smluvená sezení a dodržuje podmínky kontaktu, je mu vystaveno doporučení do léčby a zajištěn nástupní termín do léčby. Do tohoto data klient zůstává v kontaktu [Richterová – Těmínová, 2001].

Předléčebné poradenství posiluje účinnost léčby tím, že zlepšuje přístupnost léčení, podporuje motivaci klienta, vytváří podmínky pro indikaci vhodného typu léčby, urychluje vstup klienta do léčby a zvyšuje schopnost klienta se v léčbě udržet, zapojit se a prosperovat. Efektivní poradenství by mělo splňovat následující složky:

- zhodnocení potřeb a problémů klienta;
- specifikaci cílů klienta a vytvoření plánu k dosažení těchto cílů;
- řešení dostupných problémů zdravotních, sociálních, vztahových apod.;
- psychologickou podporu;
- motivační trénink;
- edukace zaměřenou na omezení rizik z užívání drog;
- stabilizaci užívání drog nebo jeho snížení;
- nasměrování klienta do vhodného typu léčebného zařízení;
- monitorování léčebného procesu a pokroků;
- v případě vypadnutí z léčby zajištění dalšího kontaktu [Kalina, 2001].

Motivační rozhovor – motivační trénink

„Motivační rozhovor je speciální metoda, která pomáhá lidem poznat svůj existující nebo blížící se problém a něco s ním udělat. Je zvláště účinná v případě lidí, kteří se změnou váhají nebo jsou velmi nerozhodní. Je zaměřena na to, aby pomohla překonat ambivalenci a pomohla člověku postoupit na cestě ke změně. A to v mnohých případech stačí. Jak se jednou pohnou z místa, netrpí už více konfliktem mezi různými motivačními faktory, mají dostatek vlastních schopností a možností, aby učinili trvalou změnu. Potřebuje jen relativně rychlé posílení své vlastní motivace. Pro ostatní je motivační

rozhovor pouhou předeherou k samotné léčbě. Vytváří se přitom otevřený pohled na změnu a připravuje se tak cesta k další důležité terapeutické práci“ [Miller; Rollnick, 2003, s. 46]. Při motivačním rozhovoru terapeut nepřijímá autoritativní roli. Odpovědnost za změnu je na klientovi samotném. Klient má plnou svobodu v tom, zda se rozhodne řídit se naší radou či ne. I přesto však má poradce velký vliv na to, jestli se klient změní nebo ne. Při motivačních rozhovorech postupujeme spíše přesvědčováním než donucováním, klienta více podporujeme, nežli argumentujeme. Na základě pozitivní atmosféry je klient veden ke změně. Cílem je zvýšit klientovu vnitřní motivaci natolik, až se změna vynoří v něm samém [Miller; Rollnick, 2003].

V rámci kontaktní práce s klientem je motivační rozhovor používán jako možná součást kontaktu při využití jakékoli nabízené služby (výměnný injekční program, zdravotní ošetření, atd.). dále je motivačního rozhovoru využíváno v rámci motivačního tréninku, který Richterová – Těmínová definuje jako „plánovaný a strukturovaný proces terapeutické intervence zaměřený na postupné zvyšování motivace klienta pro žádoucí změnu chování“ [Richterová – Těmínová, 2001, s. 36].

Motivace společně se stupněm závislosti, kvalitou osobnosti jedince a kvalitou jeho okolí je jedním z faktorů rozhodujících o úspěšnosti léčby. Jedinec při zahájení a udržování změny prochází modelem pěti stádií, popsáním Prochaskou a DiClementem na počátku osmdesátých let. DiClemente [in Miller; Rollnick, 2003] model pěti stádií změny rozděluje následovně:

- Fáze prekontemplace: V tomto stádiu neexistuje záměr změnit chování, uvědomění si problému je nízké nebo žádné.
- Kontemplace (uvažování): V této fázi si již jedinec problém uvědomuje a zabývá se možnostmi, jak by tento problém mohl zvládnout, vzrůstá motivace ke změně. U závislých na drogách to znamená výrazně prožívanou ambivalenci k droze.
- Rozhodnutí: Fáze rozhodování je provázena snahou učinit správné kroky k zastavení problémového chování a k nastoupení pozitivní cesty. Klient podniká první kroky, někdy dochází k zesílení ambivalence. Úkolem terapeuta je posilovat motivaci.
- Akce: Jedná se o stádium realizací plánů, změn chování apod. Klienti v této fázi potřebují podporu a oceňování úspěchů.

- **Udržení:** Udržení je stádium, kdy je nové chování pevně etablováno a hrozba návratu ke starým návykům nebo relapsu už není tak častá a intenzivní. K **relapsu** (selhání, návratu k předchozímu chování) však může dojít v každé etapě tohoto modelu. Úkolem odborníka je pomoci klientovi začlenit relaps do cyklu změny.

Ve stádiu prekontemplace bychom měli klientům nabízet především služby minimalizující rizika spojená s injekčním užíváním drog, s klienty bychom se měli snažit udržet kontakt. Ve stádiu kontemplace se můžeme pokoušet o zdůrazňování rozporů a klienty motivujeme k drobným změnám, které v případě realizace a udržení mají pozitivní vliv na klientovo sebevědomí. Ve fázi rozhodování klienti spolupracují nejvíce, proto je zde velmi potřebná motivace ze strany terapeuta. Důvěryhodný vztah s terapeutem může hodně přispět ve stádiu akce.

Terapeut musí umět pracovat s klientem ve všech stádiích změny a vždy vychází z možností klienta. Navrhuje, motivuje a podporuje klienta k takovým cílům, které odpovídají etapě, ve které se klient nachází nebo etapě bezprostředně následující [Richterová – Těmínová, 2001].

Krizová intervence

„Podle současných psychologických koncepcí představuje krize přechodný stav vnitřní nerovnováhy způsobený kritickými událostmi nebo takovými životními událostmi, které vyžadují zásadní změny a řešení“ [Špatenková, 2004, s. 15]. Krize je časově ohraničenou subjektivní záležitostí. Hloubka a rozsah psychických změn vyvolaných kritickou událostí není závislá jen na intenzitě působícího faktoru, ale především na individuálních vlastnostech jedince, který danou událost prožívá. Každý člověk totiž vnímá a hodnotí tutéž událost jinak, záleží na jeho zkušenostech, vědomostech, dovednostech, psychické odolnosti a schopnostech řešit náročné životní situace [Špatenková, 2004].

„Krizová intervence je odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Krizová intervence pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování. Krizová intervence se zaměřuje jen na ty prvky klientovy minulosti či budoucnosti, které bezprostředně souvisejí s jeho krizovou situací. Krizový pracovník klienta podporuje v jeho kompetenci řešit problém tak, aby dokázal aktivně

a konstruktivně zapojit své vlastní síly a schopnosti a využít potenciálu přirozených vztahů. Krizová intervence se odehrává v rovině řešení klientova problému a překonávání konkrétních překážek“ [Vodáčková, 2004, s. 60].

Krizová intervence je terapií i vyšetřením zároveň, spočívá v nabídce patřičné pomoci. Cílem je umožnit klientovi správný odhad problému, pomoci mu při vyjadřování problému, podpořit ho a zároveň podpořit účelné řešení problému a tak navrátit klientovi sebedůvěru.

Telefonické poradenství a telefonická krizová intervence

Poradenství a krizová intervence po telefonu je podstatnou součástí poradenských služeb Kontaktních center. Cílem telefonického poradenství a krizové intervence po telefonu je umožnit vyslovit věci nahlas, zajistit bezpečí v krizi a stabilizovat stav volajícího. Dále by tento kontakt měl klientovi poskytnout podporu a oporu, prostor pro vypovídání se, ventilaci, uklidnění a uvolnění. Měl by umožnit rozumové uchopení a pochopení problému, poskytnout pomoc v orientaci a zprostředkovat informaci a radu [Richterová – Těmínová, 2001].

5 Šetření klientely nízkoprahového Kontaktního centra a Terénních programů o.s. Sananim

5.1 Cíle šetření

Mezi cíle šetření patří zmapování a následné srovnání aktuální klientely nízkoprahového Kontaktního centra o.s. Sananim s aktuální klientelou Terénních programů o.s. Sananim. V obou případech se jedná o klientelu velmi specifickou z hlediska životního stylu spojeného s pravidelným užíváním drog. Analýza se zaměřuje na rovinu užívání drog, dále mapuje aktuální sociální, zdravotní a trestněprávní aspekty života klientů.

5.2 Metody šetření

Data potřebná pro tuto práci byla získána v nízkoprahových zařízeních o.s. Sananim, tedy v Kontaktním centru a v Terénních programech o.s. Sananim v Praze. Zajišťování dat pro práci probíhalo dotazníkovou metodou. Byly použity dotazníky z „Průřezové dotazníkové studie o uživatelích návykových látek v hl. m. Praze“, která probíhala v květnu 2008 ve všech pražských nízkoprahových zařízeních poskytujících služby uživatelům drog.

V průběhu jednoho měsíce se šetření zúčastnilo 125 klientů Kontaktního centra a 134 klientů Terénních programů. Klienti měli možnost poskytnout data anonymně, případně s uvedením kódu, který jednotlivá zařízení používají pro evidenci klientely. Na otázky odpovídali klienti zařízení samostatně, v případě potřeby jim byl k dispozici pracovník daného zařízení. Z původního dotazníku (viz příloha č. 2) obsahujícího 23 otázek bylo pro účely této práce použito 16 otázek (otázky 5 – 16, dále otázky 18, 20, 22 a 23). Byly sledovány následující oblasti:

- **pohlaví, dovršený věk a národnost** klientů;
- **trvalé bydliště** dle občanského průkazu;
- **hlavní finanční příjem**, přičemž bylo zjišťováno, zda klienti mají stálé řádné zaměstnání či pracují brigádně, příležitostně nebo mají práci na černo a zda pobírají či nepobírají sociální dávky, klienti mohli uvést i jiný zdroj příjmu;

- **způsob bydlení** – otázka byla směřována na to, zda klienti bydlí v bytě se sociálním zázemím nebo pobývají v bytě/prostoru bez zázemí či jsou bez domova;
- **nejčastěji užívané drogy** – u každého respondenta byla sledována hlavní droga a další užitá droga v posledním měsíci, klienti mohli označit více možností;
- celková **délka užívání drog** a z toho doba injekčního užívání drog;
- **nejčastěji využívané služby** daného zařízení/programu – klienti mohli označit maximálně 3 možnosti z nabízených, kterými byla výměna, rozhovor s pracovníkem, poradenství, zdravotní ošetření, posezení v kontaktní místnosti a hygienický servis, zároveň bylo zjišťováno, jak často klienti služeb Kontaktního centra nebo Terénních programů využívají;
- **počet testovaných a netestovaných klientů na HIV a žloutenku typu C**;
- **zdravotní potíže** vyskytující se u klientů v souvislosti s užíváním drog, pokud se u klientů nějaké zdravotní potíže vyskytly, měli uvést jaké;
- **trestněprávní aspekty** – v této otázce byli klienti dotázáni na to, zda byli někdy pravomocně odsouzeni ať k výkonu trestu odnětí svobody, k podmíněčnému trestu či alternativnímu trestu obecně prospěšných prací.

5.3 *Charakteristika sledovaného souboru*

Občanské sdružení Sananim

Občanské sdružení Sananim vzniklo ve spolupráci s SPM Klíčov v roce 1990. Dnes je o.s. Sananim v České republice jedním z nejstarších 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, Kontaktní centrum, Specializované ambulantní služby Cadas (Centrum ambulantní detoxifikace a substituce), Denní stacionář, terapeutické komunity Karlov a Němčice, Doléčovací centrum s chráněným bydlením, Drogové informační centrum, Centrum pro osoby v konfliktu se zákonem (Cokuz), Pracovní a sociální agenturu a Poradnu pro rodiče. Dále poskytuje řadu rozšiřujících a doplňujících projektů či programů.

Hlavními cíli o.s. Sananim je poskytování efektivní a profesionální pomoci osobám ohroženým drogovou závislostí; profesionalizace poskytovaných služeb a rozvoj systému v oblasti poskytování specifických služeb; spolupráce na místní i centrální úrovni

při plánování a realizaci protidrogové politiky včetně zahraniční spolupráce a změny pohledu veřejnosti na problematiku drogových závislostí; vzdělávání laiků, profesionálů a paraprofesionálů v oblasti 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, ale také od českých a zahraničních nadací, fondů a programů. Na financování zdravotní péče ve Specializovaných ambulantních službách Cadas se částečně podílí i Všeobecná zdravotní pojišťovna, její úhrady však pokrývají pouze 19 % rozpočtu zařízení.

V současné době činnost sdružení zabezpečuje 142 stálých zaměstnanců a 40 externistů.

Kontaktní centrum o.s. Sananim Praha

Kontaktní centrum o.s. Sananim (dále KC Sananim) je nízkoprahovým zařízením působícím zejména v oblasti sekundární a terciární prevence zneužívání návykových látek. Zařízení si klade za cíl poskytovat služby prvního kontaktu (často je prvním zařízením, se kterým klient přichází do styku), diferenciatně diagnostického filtru a poradenských služeb s důrazem na minimalizaci zdravotních a sociálních rizik, která s sebou zneužívání návykových látek přináší. Základní cíle KC Sananim korespondují se základními cíli kontaktního centra zmíněnými v kapitole 2.2 Nízkoprahová kontaktní centra.

KC Sananim bylo uvedeno do provozu v květnu 1993. Je držitelem certifikátu odborné způsobilosti pro poskytování kontaktních a poradenských služeb, vydaného Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Zařízení je zdravotnickým zařízením poskytujícím služby na základě zákona 160/1992 Sb. a 379/2005 Sb. a sociální službou dle zákona 108/2006 Sb.

Klientelu KC Sananim tvoří především uživatelé návykových látek starší patnácti let (experimentátoři, problémoví uživatelé či osoby se střední až těžkou závislostí) a také jejich rodiče, příbuzní, přátelé, partneři a známí.

Základními principy práce jsou **nízkoprahovost, anonymita, individuální přístup, respektování svobodné vůle klienta** (klient má právo rozhodnout se pro abstinenci, nebo pro život s drogou; i když neabstinuje, je možné mu nabídnout určité formy péče), **veřejný přístup** (veškeré služby KC Sananim jsou přístupné všem klientům bez ohledu na pohlaví, věk, rasu, politické přesvědčení, náboženské vyznání, společenské postavení, psychický či fyzický stav a socioekonomické možnosti; služby jsou

rovněž dostupné bez ohledu na typ užívané návykové látky, historii užívání či způsob její aplikace), **bezplatnost** (všechny služby poskytované KC Sananim jsou bezplatné).

Mezi služby KC Sananim patří speciální adiktologické služby, zdravotnické služby a sociální služby (dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách). Speciální adiktologické služby zahrnují: programy snižování zdravotních a sociálních rizik (výměnný program injekčních stříkaček, informace o bezpečném brání a bezpečném sexu); motivační trénink a předléčebné poradenství; diagnosticko – diferenciální filtr a zprostředkování všech typů ambulantní i rezidenční léčby (včetně detoxifikace); odborné konzultace a stáže pro odborníky a studenty. Mezi zdravotnické služby patří základní zdravotní ošetření a testy na infekční nemoci. Do sociálních služeb spadá kontaktní práce, základní nápojový, vitaminový a hygienický servis; sociální a trestně – právní poradenství (pomoc při komunikaci s úřady atd.); osobní asistence; krizová intervence a poradenství pro rodiče, partnery nebo přátele drogou ohrožených nebo uživatelů.

Klienti, kteří kontaktují KC Sananim poprvé, jsou ústně seznámeni s nabídkou služeb, přičemž se zdůrazňuje skutečnost, že se jedná o službu anonymní. U klientů, kteří KC kontaktují se zakázkou zprostředkování léčby či v situaci, která si vyžaduje jejich okamžitou hospitalizaci, je třeba získat i jejich národní. Toto se děje vždy s jejich vědomím a souhlasem. Spolu s informacemi o nabídce služeb jsou klienti informováni také o pravidlech poskytování těchto služeb a o pravidlech zařízení, které je nutno při návštěvě KC dodržovat (pravidla jsou vyvěšena v kontaktní místnosti). Stanovená pravidla doprovází systém negativních sankcí při jejich porušení.

Kontrakt o využití většiny služeb KC je ústní, podmíněný pouze klientovým souhlasem. Podoba souhlasu s poskytovanými službami může být i písemná a to když klient vstupuje do programu kódování, kdy s ním pracovník KC vyplní vstupní dotazník. Následně klient obdrží identifikační kartu s kódem. Písemný kontrakt je dále sepisován v indikovaných případech s klienty využívajícími služeb individuálního poradenství.

Kontaktní místnost je otevřena každý den v roce. Veškeré služby kontaktní místnosti má klient možnost využít v individuálně domluveném časovém rozsahu. Tato doba je obvykle 30 minut. Hlavním důvodem omezení doby pobytu v KC Sananim je vysoká návštěvnost, denně toto KC navštíví průměrně 80 klientů. V opodstatněných případech lze samozřejmě učinit výjimku a klientovi pobyt v KC prodloužit. Kapacita kontaktní místnosti je 6 osob.

Složení týmu KC Sananim je multidisciplinární, tvoří ho sociální pracovníci, psychologové, adiktologové, speciální pedagog, zdravotní sestra. Tato multidisciplinarita týmu umožňuje nabízet klientům veškeré služby programu v patřičné kvalitě.

Terénní programy o.s. Sananim Praha

Terénní programy o.s. Sananim (dále TP Sananim) jsou nízkoprahovým zařízením, které se zaměřuje především na práci s uživateli drog na otevřené drogové scéně na frekventovaných místech v centru Prahy. Otevřená drogová scéna, kde TP pracují, je situována na Hlavním nádraží a v okolí stanice metra Muzeum. Kromě těchto míst terénní pracovníci působí rovněž v lokalitě Prahy 13, kde je drogová scéna spíše uzavřená. TP poskytují informace, sterilní zdravotnický materiál a poradenství ke zlepšení sociální a zdravotní situace uživatelů drog a motivují uživatele drog k pozitivní změně chování a k léčbě závislosti. Svou činností chrání většinovou společnost před infekčními chorobami. Základní cíle TP Sananim korespondují se základními cíli TP zmíněnými v kapitole 2.1 Terénní programy.

TP Sananim vznikly v roce 1994 zejména jako reakce na potřebu kontaktu se skrytou drogovou scénou v Praze a staly se tak pilotní službou svého druhu v ČR. TP Sananim jsou držiteli certifikátu odborné způsobilosti pro poskytování služby terénní programy, vydaného Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Zařízení je provozováno na základě zákona 379/2005 Sb. a je sociální službou dle zákona 108/2006 Sb.

Klienty TP jsou intravenózní uživatelé drog z otevřené drogové scény, a to jak příslušníci majoritní společnosti, tak příslušníci menšin (Romové, Slováci a další cizinci, především ruskojazyční). TP Sananim mají specializované subtýmy pro ruskojazyčné uživatele návykových látek; pro stabilizované uživatele návykových látek, kteří mají zájem pracovat a řešit svou sociální situaci; pro uživatele návykových látek, kteří jsou ochotní a schopní přenášet informace a provozovat výměnný program na skryté drogové scény.

Hlavními principy terénní práce jsou anonymita, bezplatnost, respekt k důstojnosti, lidským právům a k právu na vlastní rozhodnutí. Terénní práce vychází z individuálních potřeb klientů.

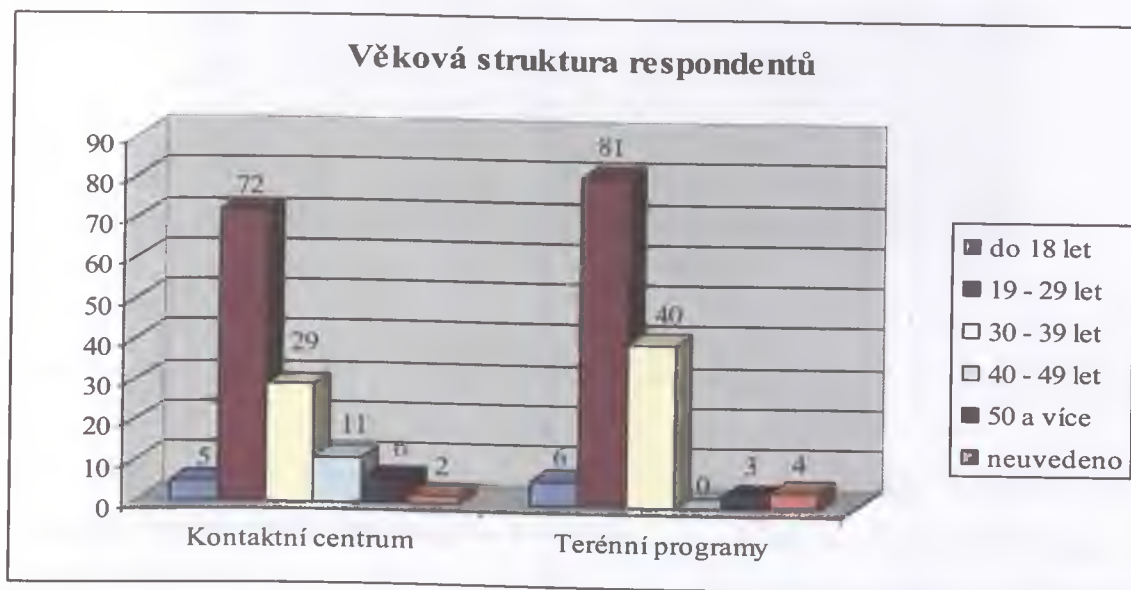
Mezi základní služby TP Sananim patří distribuce kondomů a zdravotnického materiálu, první pomoc a minimální zdravotní ošetření, poradenské služby a krizová intervence; motivační trénink; distribuce informačních materiálů včetně časopisu Dekontaminace; zprostředkování služeb jiných zařízení a sociální poradenství.

Terénní práce probíhá ve všední dny od 14.00 do 19.00 hodin na veřejných prostranstvích především v centru Prahy. Terénní pracovníky je možné kontaktovat i přes mobilní telefon. Část programu zajišťují externí terénní pracovníci, kteří navštěvují místa, kam se profesionální terénní pracovníci nedostanou (například byty injekčních uživatelů drog). Služby TP jsou poskytovány bezplatně.

Terénní programy zajišťují profesionální terénní pracovníci (speciální pedagogové, sociální pracovníci, zdravotní sestra) a externí terénní pracovníci (aktivní uživatelé, kteří procházejí odborným školením a mají zájem pracovat).

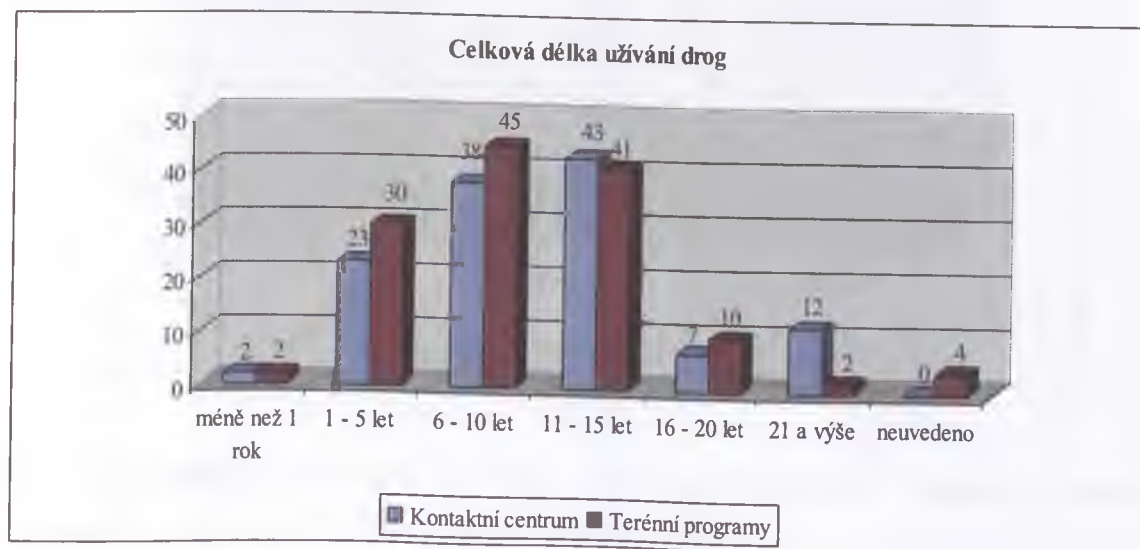
5.4 Interpretace výsledků dotazníkového šetření

Graf č. 1 Věková struktura respondentů

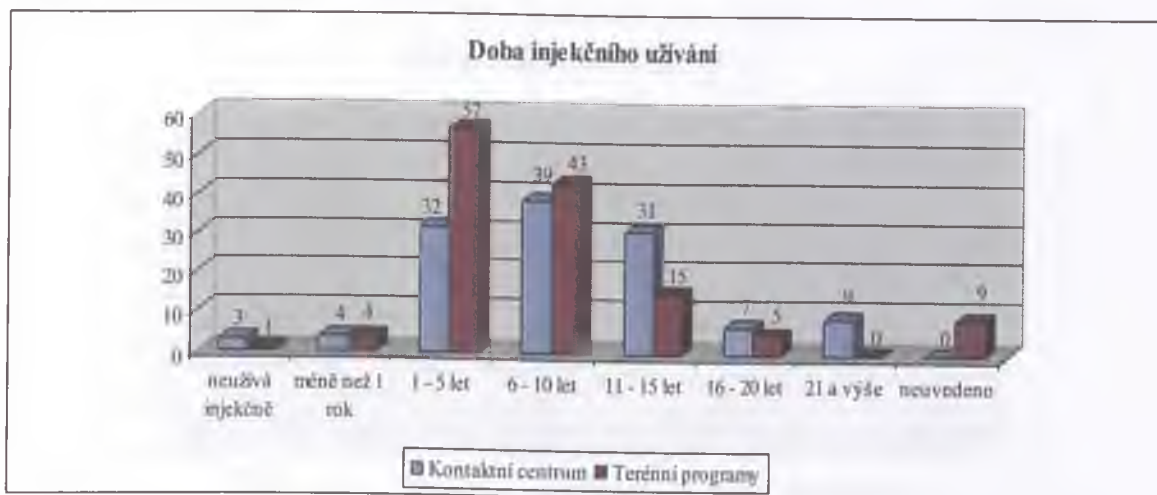


Respondenti byli dotazováni na dovršený věk. V grafu bylo věkové rozvrstvení rozděleno do několika kategorií. Nejvíce klientů KC i TP spadá do kategorie 19 – 29 let, v KC se jedná o 72 a v TP o 81 dotazovaných. 29 klientů KC a 40 klientů TP spadá do kategorie 30 – 39 let. Průměrný věk klientů KC je 29,8 let, průměrný věk klientů TP je 27,8 let. V KC jednoznačně převažují klienti starší 40 let. V obou zařízeních byl zaznamenán nízký počet mladistvých klientů – v KC i v TP pouze 4%.

Graf č. 2 Celková délka užívání drog

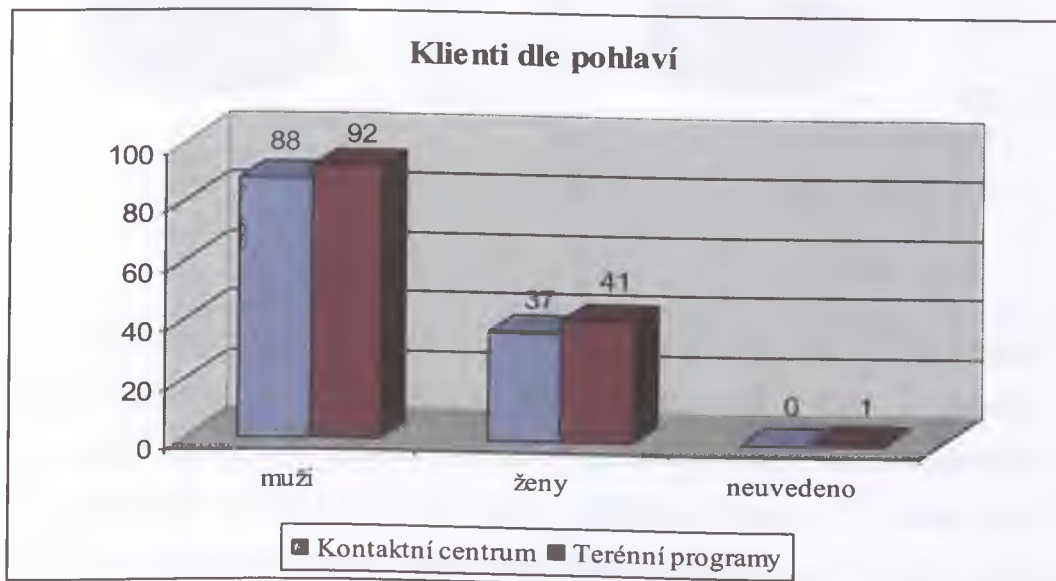


Graf č. 3 Doba injekčního užívání



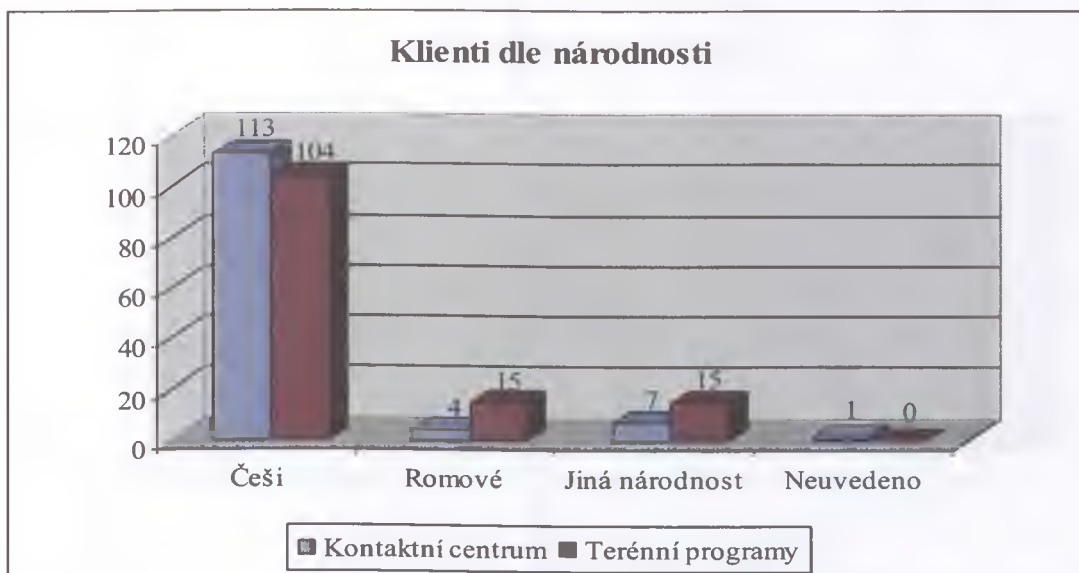
Délka užívání drog byla v grafech také rozdělena do několika kategorií. V obou zařízeních jsou nejpočetnější kategorie 6 – 10 let a 11 – 15 let. 6 – 10 let užívá drogy 30% klientů KC a 35% klientů TP. V kategorii 11 – 15 let se jedná o 34% klientů KC a 31% klientů TP. V KC oproti TP převažují klienti s delší drogovou kariérou. Klienti KC drogy užívají v průměru 11, 2 let, z toho injekčně užívají v průměru 9, 4 let. Průměrná doba užívání drog u klientů TP je 9, 5 let a průměrná doba injekčního užívání je 6, 4 let.

Graf č. 4 Klienti dle pohlaví

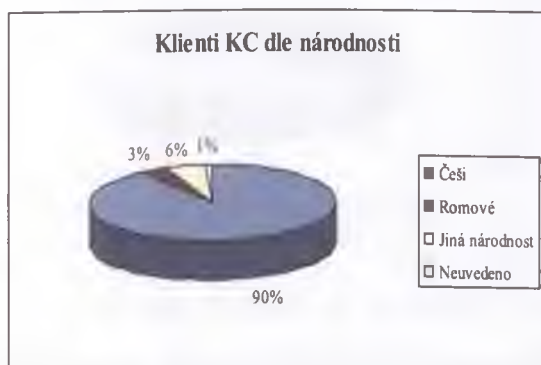


Zastoupení mužů a žen je v KC i v TP téměř vyrovnané. Překvapivě vysoké je zastoupení žen v TP.

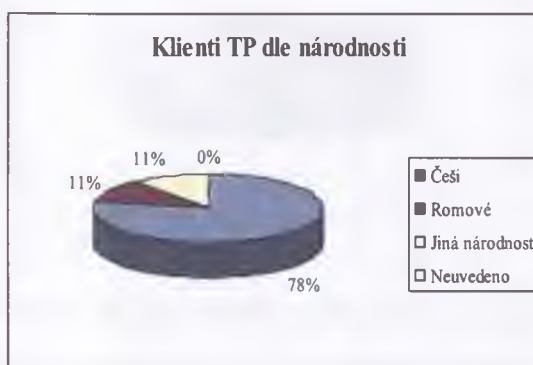
Graf č. 5 Klienti dle národnosti



Graf č. 6 Klienti KC dle národnosti

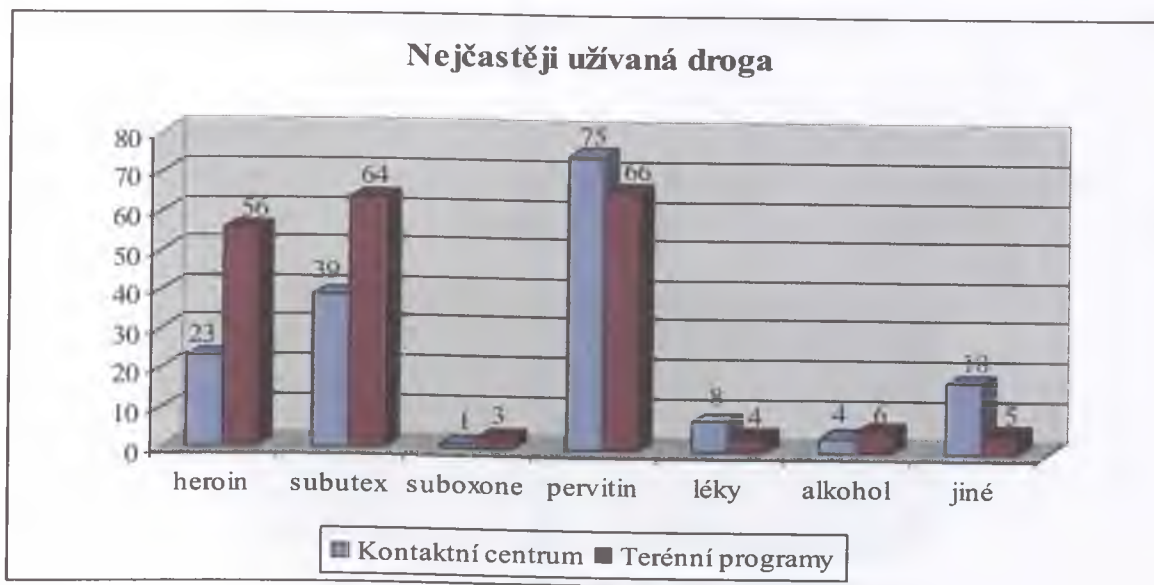


Graf č. 7 Klienti TP dle národnosti

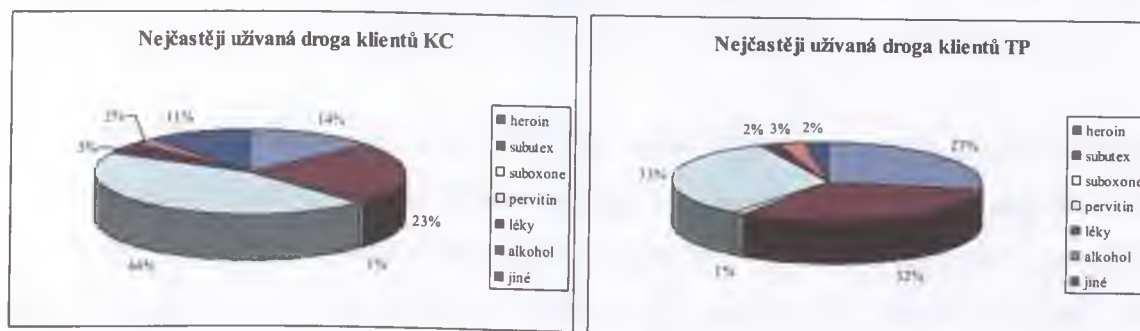


Klientelu KC tvoří z 90% Češi, klientelu TP Češi tvoří v 78% případů. Z šetření vychází výrazně vyšší výskyt minorit v TP. Nejvíce zastoupenou národnostní menšinou jsou Romové, v TP bylo zjištěno 11% Romů oproti 3% v KC. Jinou národnost v TP uvedlo 15 respondentů (11%), bylo mezi nimi 5 Slováků, 3 Rusové, 3 Gruzínci a 4 Ukrajinci. V KC jinou národnost uvedlo 7 respondentů (6%), jednalo se o 6 Slováků a 1 Ukrajince.

Graf č. 8 Nejčastěji užívaná droga



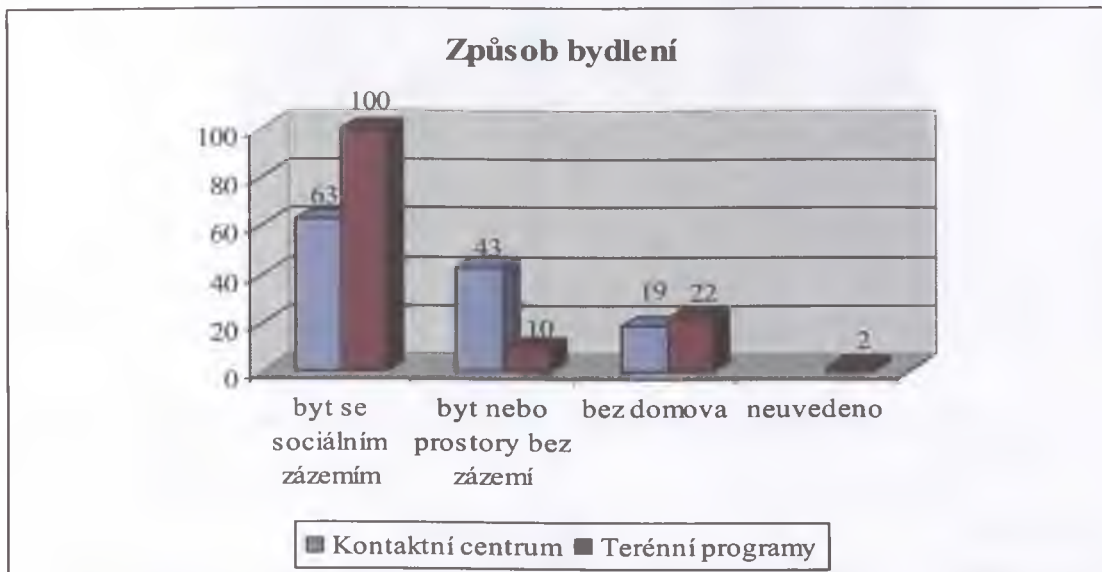
Graf č. 9 Nejčastěji užívaná droga klientů KC **Graf č. 10 Nejčastěji užívaná droga klientů TP**



Klienti v otázce na nejčastěji užívanou drogu mohli zatrhnout více možností. Nejčastější drogou klientů KC je pervitin, byl označen v 75 případech, tedy u 44% odpovědí. Naopak v TP převažuje užívání opiátů (60% odpovědí) – 32% odpovědí připadá na subutex, 27% odpovědí na heroin a 1% na suboxone (je zřetelná malá rozšířenost této substituční látky). Opiáty byly označeny „pouze“ u 38% odpovědí klientely KC. 8 klientů KC a 4 klienti TP uvedli užívání léků. Nejčastěji zneužívanými léky mezi klienty KC i TP jsou benzodiazepiny, diazepamy a barbituráty. Podobnou měrou jako léky bylo uvedeno užívání alkoholu. Jako jiné drogy klienti KC a TP uváděli konopí (10x), metadon (4x), toluen (4x), makovinu (2x) a ve 2 případech také nikotin. Mezi dalšími drogami užitými v posledním měsíci u klientů KC i u klientů TP převládá pervitin. 125 klientů KC uvádí

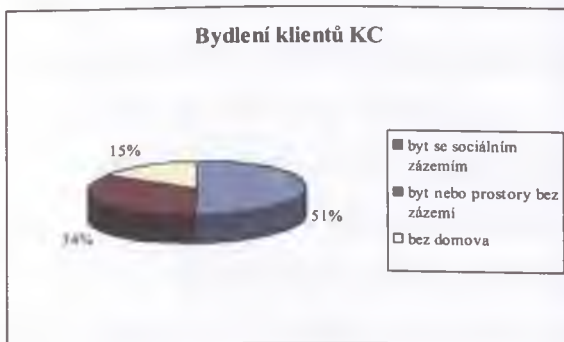
168 užívaných drog jako primárních a 134 klientů TP zmiňuje užívání 204 drog jako primárních, což značí poměrně vysoký výskyt polymorfní závislosti.⁹

Graf č. 11 Způsob bydlení

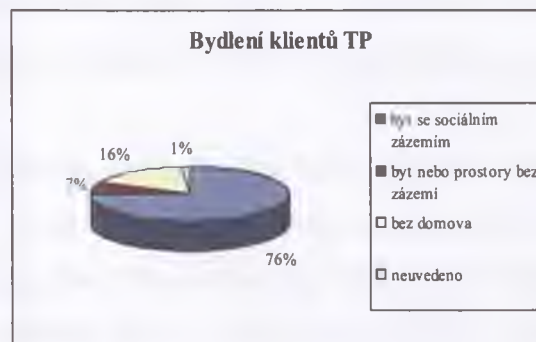


61% klientů KC a 66% klientů TP žije trvale v Praze. Bydlení v bytě se sociálním zázemím, tedy v bytě u rodičů, ve vlastním bytě, v bytě partnera nebo v pronájmu, uvedlo 51% klientů KC a překvapivě celých 76% klientů TP. V bytě nebo prostoru bez zázemí, tedy ve squatu nebo v zahrádkářské kolonii bydlí pouhých 7% klientů TP oproti 34% klientů KC. Klientů bez domova je v obou programech vyrovnaný počet, 15% klientů KC a 16% klientů TP. 2 klienti TP neuvedli žádnou z nabízených možností bydlení.

Graf č. 12 Bydlení klientů KC

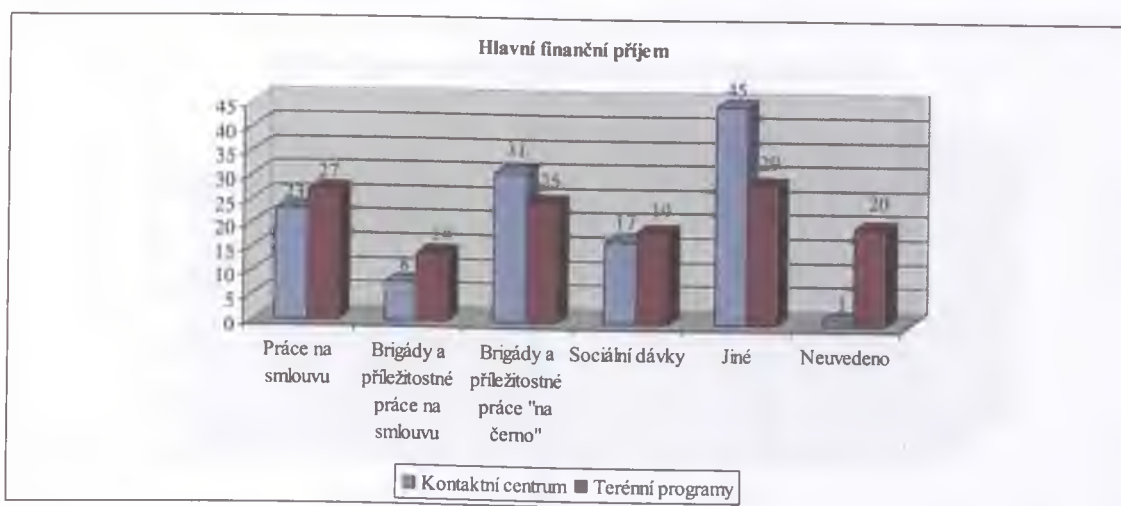


Graf č. 13 Bydlení klientů TP

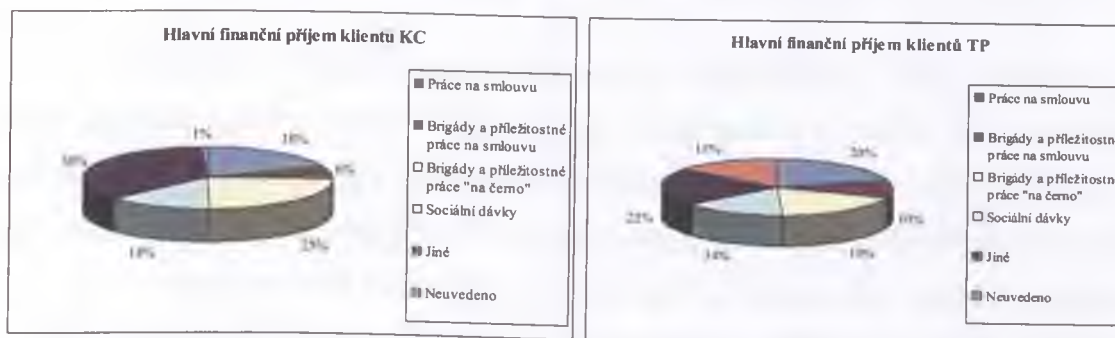


⁹ polymorfní závislost = závislost na několika látkách současně

Graf č. 14 Hlavní finanční příjem



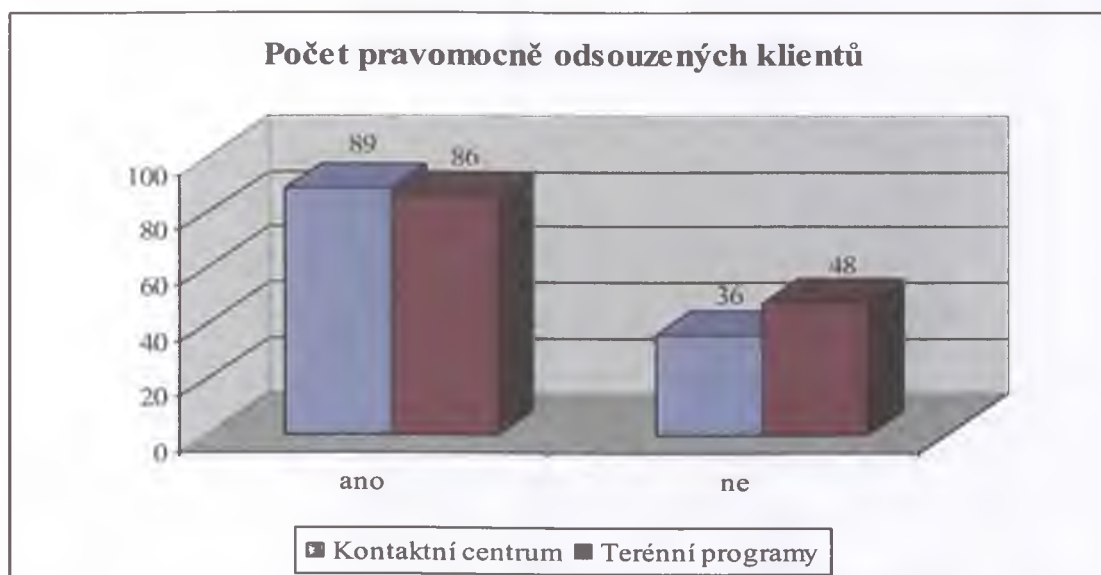
Graf č. 15 Hlavní finanční příjem klientů KC **Graf č. 16 Hlavní finanční příjem klientů TP**



Řádně na smlouvu pracuje 18% klientů KC a 20% klientů TP. Brigády a příležitostné práce na smlouvu převažují u klientů TP, kde tento zdroj příjmu uvedlo 10% klientů, v KC tomu bylo u 6% klientů. Naopak u klientů KC převažují brigády a práce „na černo“, tento zdroj uvedlo 25% klientů oproti 19% klientů v TP. V KC dále značně převažují jiné zdroje obživy, které uvedlo 36% klientů (22% v TP). Pobírání sociálních dávek je v obou programech procentuelně vyrovnané (14%). U 20 (15%) klientů TP nebyl v dotazníku hlavní zdroj příjmu uveden, což je vzhledem ke vzorku dotazovaných poměrně vysoké číslo neuvedených odpovědí.

Jako jiné zdroje obživy uváděli dotazovaní nejčastěji krádeže a žebrání, dále byl jako jiný zdroj obživy v několika případech uveden sběr kovů, někteří respondenti uvedli rodiče. Ve 3 případech se jednalo o osoby samostatně výdělečně činné. Mezi další jiné zdroje obživy byly uváděny následující: invalidní důchod, prodej drog, přítel, dědictví, striptýz, prodej Nového prostoru. Vzhledem k tomu, že skutečný popis jiné výdělečné činnosti nebyl uveden u všech dotazníků, jedná se pouze o informativní data.

Graf č. 17 Počet pravomocně odsouzených



V minulosti bylo pravomocně odsouzeno 71% klientů KC a 64% klientů TP, což jsou poměrně vysoké počty. V případě, že dotazovaní v minulosti byli pravomocně odsouzeni, měli uvést, o jaký druh trestu se jednalo. Nejčastější odpovědí byl výkon trestu odnětí svobody jak u klientů KC (47 dotazovaných), tak u klientů TP (49 dotazovaných). Podmíněný trest uvedlo 28 klientů KC a 20 klientů TP. 7 klientů KC oproti 2 klientům TP uvedlo trest obecně prospěšných prací a 4 dotazovaní v KC byli v minulosti na vazbě. Dva klienti TP uvedli současně výkon trestu odnětí svobody i podmínku a další dva klienti TP uvedli současně podmínku a trest obecně prospěšných prací. Zbytek dotazovaných (5 v KC a 11 v TP) sice uvedlo, že byli v minulosti pravomocně odsouzeni, ale již neuvědli, o jaký trest se jednalo.

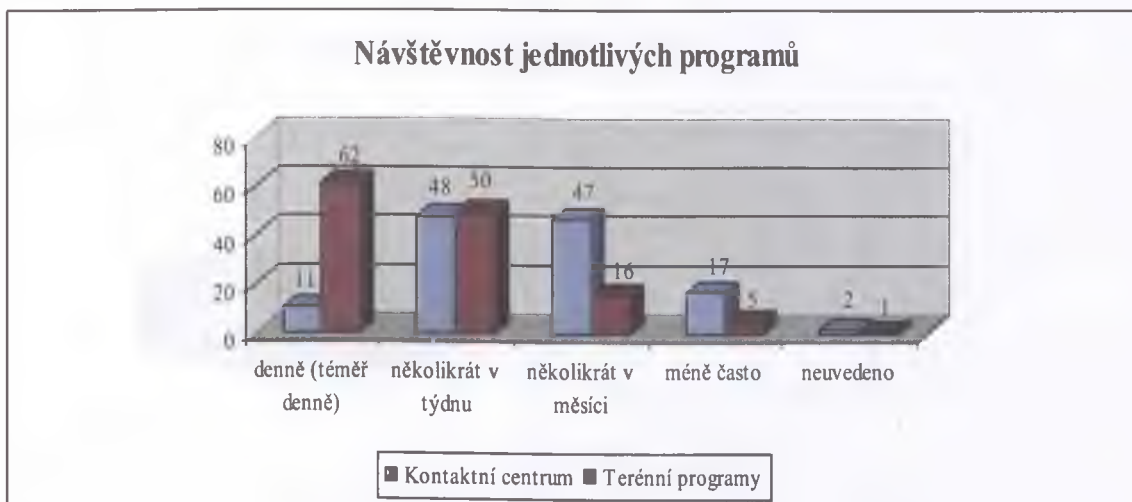
Graf č. 18 Pravomocně odsouzení v KC



Graf č. 19 Pravomocně odsouzení v TP

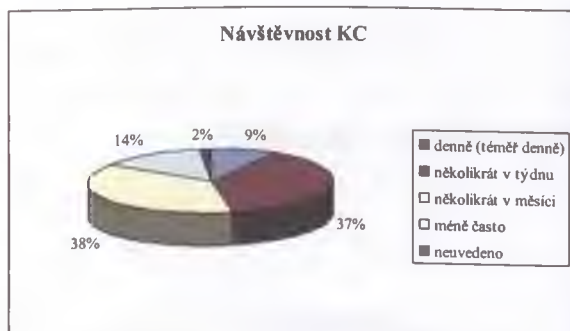


Graf č. 20 Návštěvnost jednotlivých programů

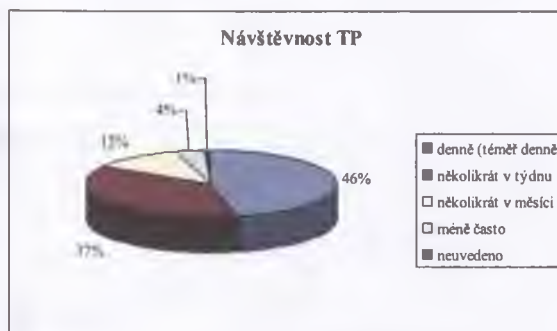


Z šetření vyplývá, že TP navštěvuje denně téměř polovina klientů (46%). KC navštěvuje denně pouhých 9% klientů. Několikrát v týdnu navštíví KC i TP shodně 37% klientů. Poměrně vysoká návštěvnost TP vyplývá především z toho, že TP působí v místech prodeje drog. V KC oproti TP převažují klienti využívající nabízených služeb několikrát do měsíce, přesně se jedná o 38% dotázaných v KC a 12% v TP. Méně často než několikrát v měsíci navštěvuje KC 14% klientů a TP 4% klientů. 1 klient TP a 2 klienti KC nevedli ani jednu z nabízených odpovědí.

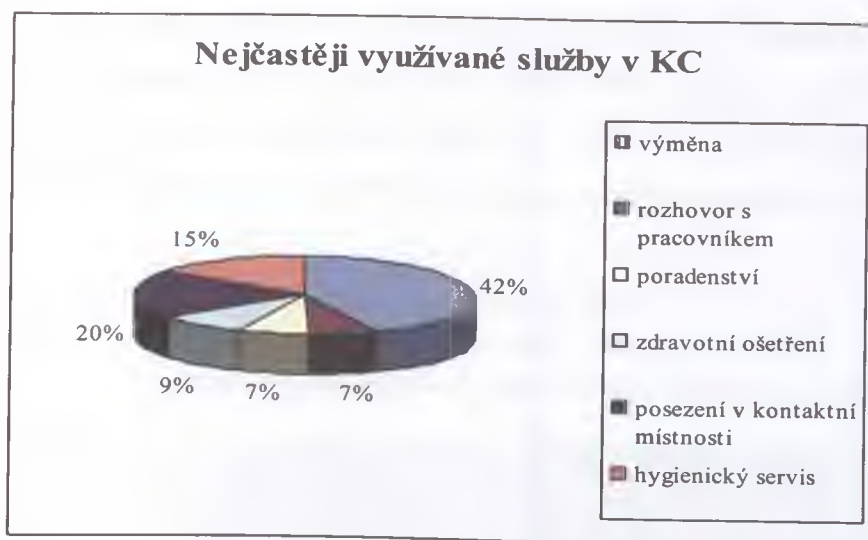
Graf č. 21 Návštěvnost KC



Graf č. 22 Návštěvnost TP



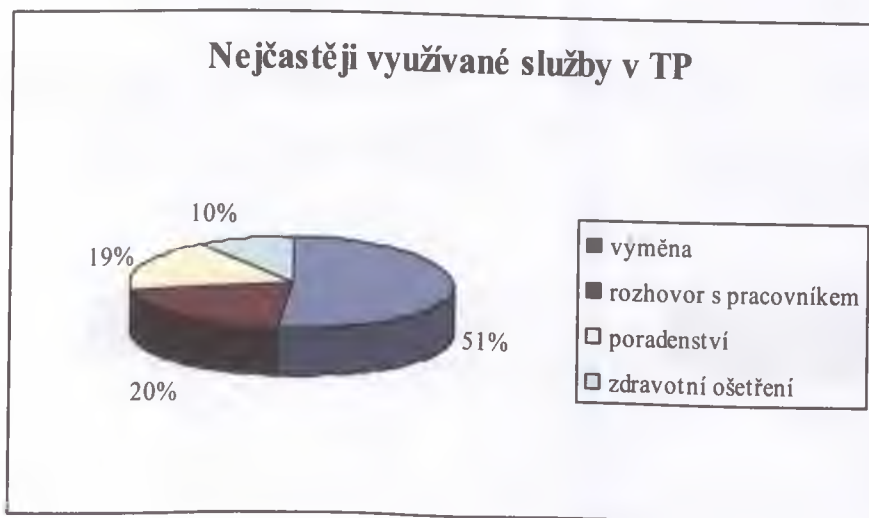
Graf č. 23 Nejvyužívanější služby v KC



Na otázku „Jaké služby v našem zařízení/programu nejčastěji využíváte“ měli dotazovaní na výběr z 6 odpovědí, mohli zatrhnout maximálně 3 možnosti. Vzhledem k nabízeným službám TP je logické, že se k TP vztahovaly pouze 4 odpovědi – posezení v kontaktní místnosti a hygienický servis TP neposkytují.

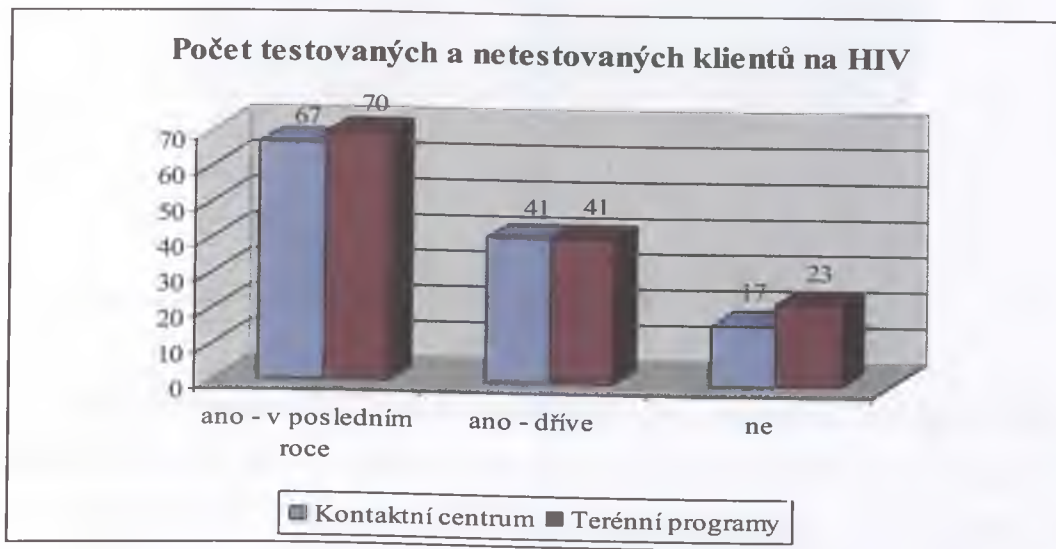
Nejvyužívanější službou v KC je výměna injekčního materiálu, tato odpověď byla uvedena ve 42% odpovědí. Dalšími poměrně hojně využívanými službami v KC jsou posezení v kontaktní místnosti a hygienický servis. Posezení v kontaktní místnosti bylo uvedeno ve 20% odpovědí a hygienický servis v 15% odpovědí. Rozhovor s pracovníkem a poradenství bylo vyrovnaně uvedeno v 7% odpovědí a zdravotní ošetření v 9% odpovědí. Do zdravotního ošetření v KC není zahrnuto testování, které pokrývá značnou část zdravotnické práce v KC.

Graf č. 24 Nejvyužívanější služby v TP



Nejvyužívanější službou v TP je stejně jako v KC výměnný injekční program uvedený v 51% odpovědí. Rozhovor s pracovníkem a poradenství bylo v TP uvedeno v téměř shodném procentu odpovědí (19% a 20%). Zdravotní ošetření bylo uvedeno v 10% odpovědí, což je téměř shodný údaj s KC. Jedná se o poměrně překvapivý údaj vzhledem k náročnosti některých druhů ošetření, které na ulici jednoduše udělat nelze.

Graf č. 25 Testování a netestování klienti na HIV



V obou zařízeních vyšly téměř shodné hodnoty. V posledním roce byla na HIV otestována více než polovina klientů KC (53%) i klientů TP (52%). Dříve než v posledním roce bylo na HIV otestováno 33% klientů KC a 31% klientů TP. Celkově je tedy v KC otestováno na HIV 86% klientů a v TP 83% klientů, což je poměrně vysoký podíl testovaných na HIV. Nikdy nebylo testováno 14% klientů KC a 17% klientů TP.

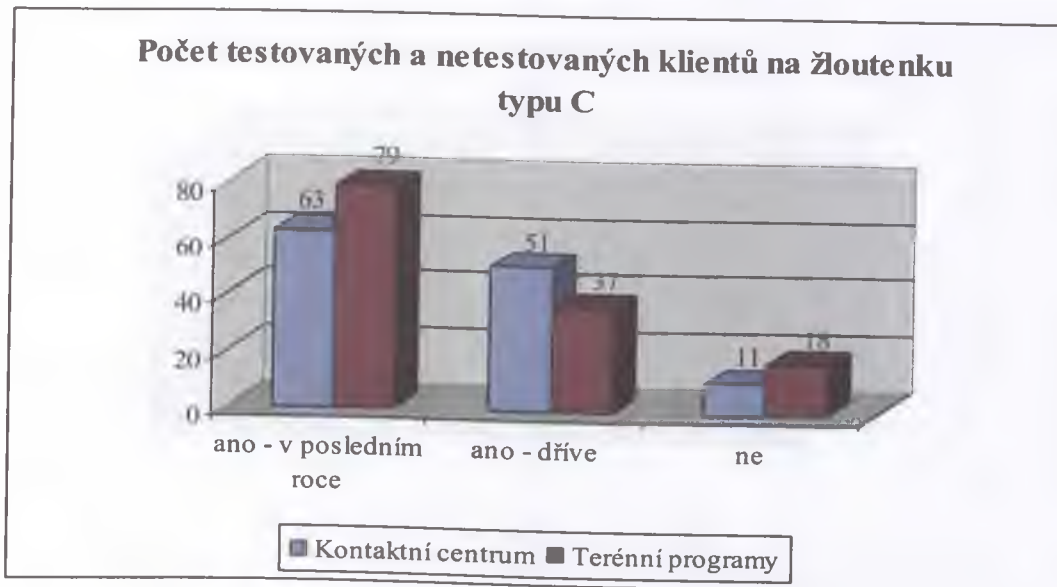
Graf č. 26 KC – testování na HIV



Graf č. 27 TP – testování na HIV

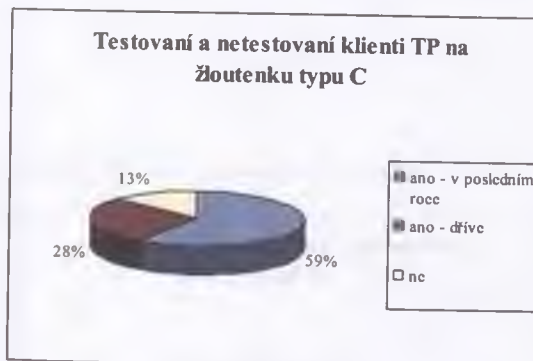
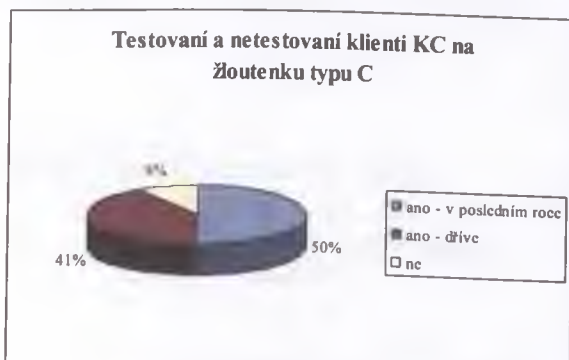


Graf č. 28 Počet testovaných a netestovaných na žloutenku typu C

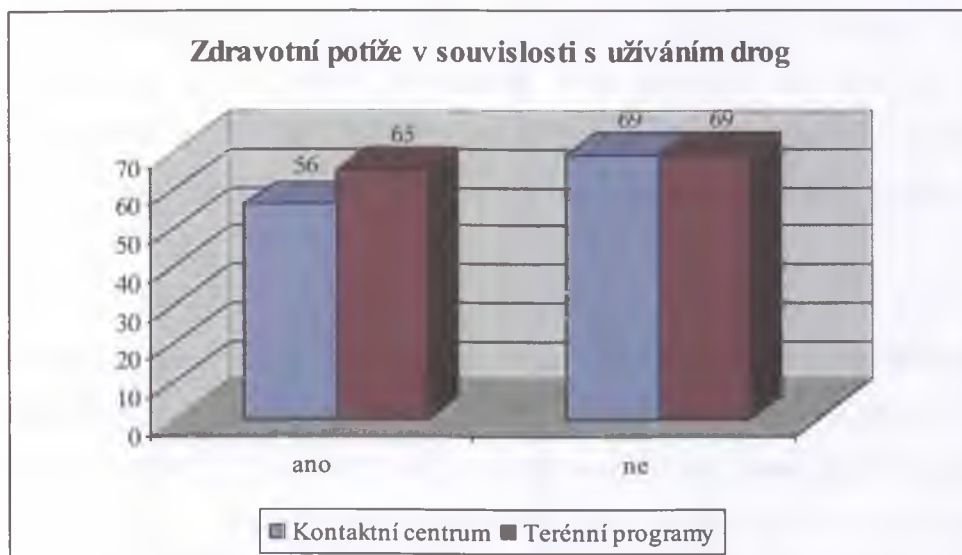


Na žloutenku typu C bylo v posledním roce otestováno 50% klientů KC a 59% klientů TP. Dříve než v posledním roce bylo v KC na žloutenku otestováno 41% klientů a v TP 28% klientů. Celkově je v KC 91% otestovaných klientů, v TP je tomu tak u 87% klientů. Z šetření tedy vychází obdobně jako u HIV poměrně vysoký podíl testovaných. Na žloutenku typu C nikdy nebylo testováno 9% klientů KC a 13% klientů TP.

Graf č. 29 KC – testování na žloutenku C **Graf č. 30** TP – testování na žloutenku C



Graf č. 31 Zdravotní potíže v souvislosti s užíváním drog



Zdravotní potíže v souvislosti s užíváním drog uvedlo 45% klientů KC a 49% klientů TP. V obou zařízeních tedy převažují klienti (55% v KC a 51% v TP), kteří zdravotní potíže ve spojitosti s užíváním drog neuvodli. Pokud dotazovaní uvedli odpověď ano, měli vypsát, o jaké zdravotní potíže se jednalo. Nejčastější zdravotní komplikací byl jak u klientů KC, tak u klientů TP uváděn absces, v pár případech klienti uvedli flegmónu, toxickou psychózu a také žloutenku typu B nebo C. Další možné komplikace spojené s užíváním drog (jako např. zánět žil, bolesti zubů, kloubů a další) byly uváděny okrajově. Nízký počet uvedené žloutenky typu C, kterou v KC uvedli pouze 3 dotazovaní a v TP dokonce jen 1 dotazovaný, je značně v kontrastu s počtem uváděných provedených testů na hepatitidu C (viz Graf č. 28, 29 a 30).

Graf č. 32 KC – zdravotní potíže



Graf č. 33 TP – zdravotní potíže



5.5 Závěr šetření

Předchozí dotazníkové šetření poskytlo zajímavé informace o nízkoprahových programech o.s. Sananim, konkrétně bylo zaměřeno na klientelu nízkoprahového Kontaktního centra (KC) a Terénních programů (TP) o.s. Sananim působících na území hl. m. Prahy. Oba dva tyto programy patří mezi nejvytíženější nízkoprahové programy v Praze a zároveň i v celé ČR.

Šetření ukázalo, že KC navštěvují starší klienti než TP (v průměru o dva roky) s delší drogovou kariérou (v průměru o 1,7 roku). Průměrný věk klientů KC je 29,8 let a drogy užívají průměrně 11,2 let. Průměrný věk klientů TP je 27,8 let a v průměru drogy užívají 9,4 let. V obou programech je nízké procentuální zastoupení klientů do osmnácti let – v KC i TP se jedná o 4% mladistvých klientů. Do KC i do TP dochází přibližně dvakrát více mužů než žen. Překvapivé je vysoké procentuální zastoupení žen v TP. V KC je hlavní užívanou drogou pervitin, v TP převládají klienti s primární drogou opioidního charakteru – subutexu a heroinu. Z šetření vychází poměrně vysoký výskyt polymorfni závislosti.

Trvale v Praze žije 61% klientů KC a 66% klientů TP, fakticky se ale v Praze zdržuje klientů více. Ostatní klientela pochází ze Středočeského kraje a jiných oblastí ČR. Převážnou většinu klientely obou programů tvoří Češi, výskyt minorit vychází výrazně vyšší v TP. V bytě se sociálním zázemím žije 51% klientů KC a celých 76% klientů TP, v obou programech je 15% klientů bez domova. Jako hlavní zdroj příjmu převažují v KC (u 36% klientů) i v TP (u 22% klientů) jiné zdroje obživy, mezi kterými byly nejčastěji uváděny krádeže. Řádně na smlouvu pracuje 18% klientů KC a 20% klientů TP. S hlavním zdrojem obživy dost pravděpodobně souvisí vysoké procento pravomocně odsouzených klientů – 71% klientů KC a 64% klientů TP. Nejčastěji byli klienti ve výkonu trestu odnětí svobody.

Co se týče bydlení, hlavního finančního příjmu a trestních záležitostí, z šetření vyplývá, že v KC je vyšší poměr klientů potýkajících se se sociálním vyloučením. Pro tyto klienty jsou služby KC bezpochyby atraktivní vzhledem k dalším nabízeným službám jako je hygienický, potravinový a zdravotní servis.

V TP 83% klientely vidáme denně či několikrát týdně, tímto tedy padá mýtus o nepravdivosti kontaktu s klientem v TP a pravidelnosti v KC. TP působí přímo v centru drogové scény v místech prodeje a nákupu drog, což je asi hlavním důvodem tak vysoké

návštěvnosti tohoto programu. V KC denně, či několikrát v týdnu vídáme „jen“ 46% klientely. V TP jsou klienti naučeni zcela využívat výměnný program, z dalších služeb je atraktivní rozhovor s pracovníkem a poradenství. V KC je využívání nabízených služeb (mimo jasně dominující výměnu) rozloženo relativně rovnoměrně, klienti využívají zejména posezení v kontaktní místnosti a hygienický servis. Využívání zdravotního ošetření bylo uvedeno v 10% odpovědí, což je téměř shodný údaj s TP. Jedná se o poměrně překvapivý údaj vzhledem k rozdílnosti zázemí pro ošetřování, které mají oba dva programy k dispozici. Možné vysvětlení se nabízí v tom, že do KC přicházejí klienti se závažnějšími zdravotními problémy, kterých se za den vyskytne zhruba stejně tolik jako drobných poranění, které mohou být ošetřeny rovnou v terénu. Do zdravotního ošetření v KC také není zahrnuto testování pokrývající značnou část zdravotnické práce v KC.

Z šetření vyplývá poměrně vysoký podíl testovaných klientů na HIV (86% v KC a 83% v TP) i na hepatitidu typu C (91% v KC a 87% v TP). Na HIV i hepatitidu typu C se nechala v posledním roce otestovat více než polovina všech dotazovaných klientů v KC i TP, z čehož plyne, že klienti jsou naučeni nechat se pravidelně testovat na infekční choroby. Pro oba dva programy je výzvou do budoucna fakt, že 14% klientů KC a 17% klientů TP nikdy nebylo testováno na HIV a 9% klientů KC a 13% klientů TP nikdy nebylo testováno na žloutenku typu C.

V obou zařízeních převažují klienti (55% v KC a 51% v TP), kteří neuvedli žádné zdravotní potíže ve spojitosti s užíváním drog. Důvodem může být skutečnost, že opravdu žádné zdravotní problémy nemají a nebo mnohem reálnější skutečnost, že si zdravotní problémy spojené s užíváním drog příliš neuvědomují, pokud se však nejedná o jasně viditelný zdravotní problém jako je absces nebo flegmóna. Zdravotní potíže v souvislosti s užíváním drog uvedlo 45% klientů KC a 49% klientů TP. Nejčastěji byl uváděn právě absces. Nízký počet žloutenky typu C, kterou uvedli pouze 3 klienti KC a jen 1 klient TP, značně kontrastuje s počtem uváděných provedených testů na hepatitidu C.

Závěr

Cílem této práce bylo nabídnout ucelený přehled výchovně léčebných přístupů využívaných v oblasti drogových závislostí, přičemž se práce soustředila především na nízkoprahové programy.

První kapitola práce se věnuje pojmu drogové závislosti z hlediska definic drogových závislostí dle Mezinárodní klasifikace nemocí a Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch. Z uvedených definic a diagnostických vodítek je zřejmé, že závislost představuje životní styl zaměřený na drogu. Závislost může vzniknout jak na úrovni psychologické (potřeba užívat drogu opakovaně nebo trvale k vyvolání příjemných prožitků nebo k odstranění prožitků nepříjemných, stresujících), tak na úrovni biologické (adaptace organismu na návykovou látku spolu se zvyšováním tolerance na látku).

Dále se práce snažila podat stručný nástin teoretických modelů závislosti a také několika teoretických přístupů, které se při výkladech a řešení drogových závislostí uplatňují ve světě. Jednotlivé modely a přístupy se částečně překrývají.

Neméně důležitou kapitolou byla kapitola věnující se příspěvkům jednotlivých psychoterapeutických přístupů k léčení drogových závislostí. Jako nejvhodnější se ukázalo jednotlivé přístupy kombinovat tak, aby odpovídaly potřebám klienta a stadiu změny, ve kterém se nachází. Pro úspěšnou léčbu je nutné kombinovat behaviorální postupy s postupy vedoucími k hlubší intrapsychické změně (např. psychodynamický přístup).

Práce se dále zabývala údaji z Výroční zprávy ve věcech drog v ČR v roce 2007. Z těchto údajů je patrné, že se v posledních 10 letech významně změnily postoje veřejnosti k uživatelům drog, nicméně názory na řešení problematiky drog zůstávají stejné – stejnou měrou zaznívají hlasy pro postih uživatelů drog i pro preventivní opatření. Oproti roku 2006 v roce 2007 mírně vzrostl odhadovaný počet problémových uživatelů návykových látek z cca 30 tisíc na cca 30,9 tisíc. Jedná se o cca 20,9 tisíc uživatelů pervitinu a cca 10 tisíc uživatelů opiátů. Nízkoprahová centra, kterým je věnována značná část této práce, byla v roce 2007 tradičně nejnavštěvovanějším typem zařízení. V roce 2007 došlo ve výměnných programech k dalšímu nárůstu počtu distribuovaných injekčních jehel a stříkaček. Nejvýznamnějšími sociálními problémy uživatelů drog jsou rodinné a pracovní problémy. Relativně stabilní je v posledních letech počet drogových trestných činů. Za drogové trestné činy je nejčastěji ukládán podmíněný trest. odnětí svobody.

Nejdostupnější drogou v ČR je marihuana, roste její domácí produkce v ČR. Stále vysoká je i dostupnost pervitinu.

Pro uživatele návykových látek v ČR existuje relativně ucelený systém péče. Léčbu uživatelů návykových látek tvoří široké spektrum služeb, jejichž pojetí odpovídá komplexnosti problému závislosti na návykových látkách.

Jednou ze složek systému péče o drogově závislé jsou nízkoprahové programy, tedy terénní programy společně s nízkoprahovými kontaktními centry, uplatňující se z hlediska kontinuity péče o uživatele návykových látek především na začátku. V roce 2007 fungovalo v ČR těchto programů celkem 109. Nízkoprahové programy plní v systému péče zásadní roli. Na základě nízkoprahového přístupu zaručujícího anonymitu oslovují klientelu, která by s velkou pravděpodobností pomoc žádné jiné instituce nevyhledala a dost možná by to pro tuto klientelu znamenalo ještě větší zabřednutí do už tak dost destruktivního způsobu života. Na druhou stranu nízkoprahové programy hrají neméně významnou roli v ochraně veřejného zdraví, tím že se snaží o eliminaci rizikového chování uživatelů drog. V rámci přístupu Harm Reduction jsou klienti nízkoprahových programů vedeni k bezpečnějšímu sexuálnímu chování, čímž se snižuje riziko přenosu pohlavně přenosných chorob do běžné populace. Velmi významnou činností nízkoprahových programů je výměna injekčního materiálu, kdy klienti za jednu špinavou stříkačku či jehlu dostanou čisté sterilní náčiní. Tímto se chrání klienti samotní v rámci bezpečné aplikace, a zároveň je takto chráněna veřejnost před volně se povalujícími injekčními stříkačkami. Samozřejmě žádný z nízkoprahových programů nemůže zaručit, že se všichni klienti budou chovat přesně podle zásad výměnného injekčního programu. Vždy se najde někdo, kdo použitou stříkačku prostě jen tak pohodí, ale nízkoprahové programy se toto chování u klientů snaží eliminovat. Zde je také na místě zdůraznit význam terénních programů, mezi jejichž náplň práce patří právě i sběr použitých injekčních stříkaček a infekčního materiálu na volných prostranstvích. Při práci v nízkoprahových programech samozřejmě nesmí být opomenut jeden ze základních cílů těchto programů, kterým je zvyšování motivace klientů ke změně životního stylu směrem k abstinenci.

Praktická část této práce přinesla na základě dotazníkového šetření velmi zajímavé údaje o aktuální klientele nízkoprahového Kontaktního centra a Terénních programů o.s. Sananim. Sledovanými oblastmi byl věk, pohlaví, národnost, délka užívání drog, nejčastěji užívaná droga, způsob bydlení, hlavní finanční příjem, trestněprávní minulost klientů, návštěvnost jednotlivých programů, nejvyužívanější služby a zdravotní potíže související s užíváním návykových látek.

Seznam literatury

Český institut pro supervizi. *Co je supervize [online]*. c2006 [cit. 2009-03-02]. Dostupné na WWW: <http://www.supervize.eu/o-supervizi/co-je-supervize/>.

Kalina, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003a. 319 s. ISBN 80-86734-05-6.

Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003b. 343 s. ISBN 80-86734-05-6.

Kalina, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2008. 388 s. ISBN 978-80-247-1411-0.

Kalina, K. et al. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova, 2001. 118 s. ISBN 80-238-8014-4.

Kalina, K. Léčba drogově závislých. *Léčba drogově závislých [online]*. c2001 [cit. 2008-11-24]. Dostupné na WWW: <http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/lecba.html>.

Miller, W. R., Rollnick, S. et al. *Motivační rozhovory*. Tišnov : Sdružení SCAN, 2003. 311 s. ISBN 80-86620-09-3.

Mravčík, V. et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2008. 135 s. ISBN 978-80-87041-46-8.

Nešpor, K., Csémy, L. *Léčba a prevence závislostí: Příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. 199 s. ISBN 80-85121-52-2.

Richterová – Těmínová, M. *Operační manuál Kontaktního centra o.s. Sananim*. Praha: Sananim, 2001. 137 s.

Rotgers, F. et al. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, 1999. 260 s. ISBN 80-7169-836-9.

Smolík, P. *Duševní a behaviorální poruchy: Průvodce klasifikací: nástin nozologie: diagnostika*. Praha: Maxdorf, 1996. 504 s. ISBN 80-85800-33-0.

Špatenková, N. et al. *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada Publishing, 2004. 129 s. ISBN 80-247-0888-4.

Verster, A., Buning, E. *Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. 38 s. ISBN 80-86734-15-3.

Vodáčková, D., et al. *Krizová intervence : Krize v životě člověka: Formy krizové pomoci a služeb*. Praha : Portál, 2002. 543 s. ISBN 80-7178-696-9.

Přílohy

Příloha č. 1: Leták Harm Reduction

Příloha č. 2: Dotazník pro klienty Kontaktního centra/Terénních programů



Harm Reduction

Nejbezpečnější je drogy neužívat. Pokud si nemůžete pomoci, volte bezpečnější způsoby užívání. Lepší je šňupat nebo kouřit z alobalu než si píchat roztodivné směsi do žíly. Pokud si ale nemůžete pomoci, snažte se alespoň minimalizovat dopady na vaše zdraví. Poradíme vám jak.

Jak aplikovat bezpečně

Alkoholový desinfekční tampón je polštárek napuštěný alkoholem, který můžete dostat na ulici od teréňáků nebo v Káčku; jmenuje se to Alcohol Pads B. Braun (dříve to býval Con-zellin [konzelín]). Taky se dá použít Jodisol nebo čistý líh. Polštárek vyndejte z obalu a potřete místo, kam si chcete aplikovat. **Místo potřete jedním směrem a jen jednou**, abyste špínu nerozšmrldali. Když nemáte konzelín, nalijte trochu lihu na vatičku a udělejte to samé. Počkejte až ruka oschne, abyste si do žil nezanесли alkohol (ten vysouší žíly a ty potom praskají, a taky trochu pálí) a aplikujte.

Použitý desinfekční tampón ani vatičku už potom **nepoužívejte**, ale **vyhod'te** do koše – ne na zem. Po aplikaci vezměte sterilní čtvereček buničiny (tu můžete dostat také od teréňáků nebo v Káčku, stejně tak i náplasti) a silně zmáčkněte, abyste neměli modřiny. Když nemáte buničinu, dá se použít čistý papírový kapesník. Pak místo aplikace přelepte sterilní náplastí. Později je dobré místo vpichu promazat nějakou mastí (Heparoid, Ketonol), aby kůže zvláčněla.

Alkoholový desinfekční tampón ani líh nezničí virus HIV ani žloutenky B nebo C. Zničí ale bakterie, takže byste se měli vyhnout abscesům a místa po aplikaci by vám neměla hnisat. Jediný způsob, jak předejít žloutenkám a HIV, je nesdílet s nikým nejen jehly a stříkačky, ale veškeré nádobíčko (lžice, filtry ...).

Základ: (1) umyjte si ruce antibakteriálním mýdlem, (2) alkoholový tampón používejte jen před vpichem, (3) přetřete místo vpichu jedním směrem a jen jednou, (4) počkejte až alkohol zaschne, (5) alkoholový tampón je na jedno použití, (6) po aplikaci použijte sterilní čtvereček buničiny – místo silně zmáčkněte, (7) místo aplikace přelepte sterilní náplastí, (8) později natřete Heparoidem nebo Ketonalem, (9) na použitou stříkačku vraťte víčko a vyměňte ji v Káčku nebo u teréňáků, kteří ji nechají odborně zničit.

O žíly je třeba se starat

Každý má žíly. I když se to nezdá, protože ne každému jsou dobře vidět. Je jasné, že do viditelných žil se lépe „trefuje.“ Aby byly vaše žíly dobře vidět, je nutné, abyste „cvičili.“ Jasně, zní to divně. Ale stačí jednou denně 5 minut mačkat třeba tenisák. Hlavně pravidelně. Svaly ztvrdnou, zvětší se a vytlačí žíly, takže budou bezvadně vidět. Pak nebudete muset hledat svoje neviditelné žíly, vrtat jehlou v ruce a trefíte se hned napoprvé.

Žíly svádí krev z těla zpátky do srdce. V každé žíle jsou chlopně, které zabraňují krvi téct zpátky – např. když stojíte a máte ruku podél těla, krev by se teoreticky díky gravitaci měla hromadit ve vašich rukou. To se neděje pokud máte v pořádku žilní chlopně. Když si chlopně poničíte – rozpícháte je – tak budete mít ruce nafouklé a budou vypadat jako boxerské rukavice. Jak chlopně najdete? Když pomalu přejedete prsty po žíle směrem k dlani, v místě, kde se nahnutá krev zarazí, je chlopeň. Našlehávejte se před chlopeň nebo za ni. Jinak budete mít „boxerky.“

Dávku co nejvíce řed'te vodou, aby nebyla tak koncentrovaná a neničila vám žíly zevnitř. Samotný vpich veď'te tak, aby jehla s žílou svírala úhel 45° (tj. polovina pravého úhlu). Že je jehla v žíle poznáte aspirací (při povytažení pístu se v injekci objeví krev). Aplikujte vždy směrem k srdci – po proudu toku krve v žilách. Nášleh proti směru toku může způsobit, že se vytvoří sraženina, která naruší tok krve.

Místa, kam si šleháte, měňte – nepíchejte si pořád do stejného místa, aby se ranka po vpichu stihla zacelit.

Nádobíčko

Filtry

Filtr se používá k přefiltrování rozdělané drogy při natahování ze lžice do stříkačky. Pomocí filtru zbavíte roztok nečistot, pevných částic, které by v žíle a v krevním oběhu nadělaly paseku.

Všechny filtry nejsou stejné. Ideální filtr je sterilní, nevyžaduje žádnou manipulaci při úpravě do potřebné velikosti, má nelámavá vlákna a neobsahuje žádné příměsy a nečistoty. Můžete ho získat jak od terěňáků, tak v Káčku.

Když si filtr vyrábíte sami, lze použít: menstruační tampón, cigaretový filtr, smotek bavlny, štětíčku k čištění uší. Všechny musí být smotány, aby získaly správnou velikost, což je příležitost k ušpinění filtru a případné nákaze. Často používaný cigaretový filtr je složený z relativně neohybných vláken, která se při smotávání do potřebné velikosti lámou. Tyto malé úlomky a nečistoty z cigaretového filtru nasajete do stříkačky a stávají se součástí nášlehu. Pak se tato vlákna zachytí někde v těle, většinou v plicích, kde způsobují záněty (horečka z bavlny) a ucpání drobných cévek.

Pokud nemáte bavlněný filtr, použijte cigaretový, ale nesnažte se ho smotat do kuličky, použijte rovná nesmotaná vlákna, aby úlomků bylo co nejméně.

Voda

Abyste si mohli aplikovat intravenózně (do žíly), potřebujete tekutinu, ve které drogu rozpustíte. Vzhledem k tomu, že obsah nečistot v droze koupené na ulici nemůžete ovlivnit, je dobré ohlídat si aspoň další suroviny, které si budete do krve pouštět.

Pokud nemáte od teréňáka nebo z Káčka nejideálnější sterilní vodu v ampulích, tzv. vodu do injekcí, kupte si balenou vodu, která se prodává na pití, není dochucená a je bez bublinek. Voda z kohoutku by se měla před použitím převařit (10 – 15 minut). Destilovanou vodu nepoužívejte vůbec, do žíly rozhodně nepatří.

Všechno náčiní, které používáte při aplikaci drogy do žíly, by mělo být vaše vlastní, čisté a to, co je v přímém kontaktu s vaším krevním oběhem (jehla, voda, kyselina) dokonce sterilní.

Stříkačky a jehly

Stříkačky se rozlišují podle obsahu a jehly podle délky a tloušťky. Nejpopulárnější jsou teď inzulinčky Braun. Jsou to jednorázové injekční sety určené k aplikaci inzulínu pod kůži, proto mají krátkou a tenkou jehlu. To může být výhodou i nevýhodou zároveň. Při aplikaci inzulinčkou si méně poškozujete žílu i okolní tkáň, malinká jehla udělá malinkou díрку, která se snadněji zahojí. Nevýhodou je, že tyto jehly nejsou určeny pro nitrožilní aplikaci (na to jsou moc krátké a měkké), takže se snadno ztupí a také se můžou při natahování ze lžičky poškodit, třeba ohnout.

Výhodou nasazovacích jehel je zejména to, že si můžete nášleh ze lžice natáhnout bez jehly. Neznečistíte ji ani neohnete. Nejdůležitější ovšem je, aby vaše jehla byla na každou aplikaci nová a sterilní! Všechny jehly se každým vpichem ztupí a čím tupější jehla, tím větší díra v žíle, tím horší hojení.

Škrtidla

Správné použití škrtidla vám může hodně pomoci zpřístupnit žíly (a to i ty, které jsou dobře vidět). Přístupnější žílu snadněji nabodnete, a méně ji tak poškodíte. Drogu pouštějte do žíly pomalu a až po povolení škrtidla, tak ucítíte sílu a kvalitu drogy postupně a můžete přestat nebo pokračovat podle chuti. Tomu se říká prevence předávkování.

Škrtidlo by mělo být dostatečně široké, aby zaškrcení nebolelo, a dostatečně dlouhé, aby se dalo obsluhovat jednou rukou a aby bylo možné jeden z jeho konců držet v zubech. Mělo by být dostatečně pružné, aby šlo dobře zatáhnout i povolit. A také by mělo být možné ho lehce vyčistit – obzvlášť pokud ho někomu půjčujete. I krev na škrtidle může být zdrojem nákazy.

Ideální je tedy škrtidlo gumové, buď lékařské nebo jiné (ze staré bicyklové duše, pásek od oblečení, atd.)

Aplikace

Kyselina

Používá se k rozpuštění heroinu. V Káčku nebo od teréňáků můžete získat askorbovou balenou v malém množství do jednotlivých sáčků. Tato kyselina poškozují tělo nejméně. O něco

agresivnější je kyselina citrónová, kterou koupíte v drogeriích nebo potravinách. Prodává se ve větším balení a je rozhodně lepší než používaný tekutý citrónek. Ten je opravdu jen k ústnímu použití (může obsahovat různé plísně, které se usazují v tkáních a mohou vám způsobit třeba oslepnutí).

Kyselina se přisypává až poté, co na lžičce máte heroin a vodu. Má to tu výhodu, že můžete přisypávat jen po troškách, dokud se materiál nerozpustí. S kyselinou je totiž dobré **šetřit**, přidávejte ji tedy co nejméně. Je kyselá, což znamená, že mění pH (kyselost) toho, co do žíly dáváte. Čím kyselejší roztok, tím víc se žíly zevnitř vysušují a praskají.

Nášleh

Paže jsou považovány za „nejbezpečnější“ místa pro intravenózní aplikaci, protože nabízejí snadný přístup a relativně nekomplikovanou možnost jak žílu najít. Žíly jsou tu hned na povrchu – i u vás, u kterých nejsou moc vidět.

Nejrizikovější jsou třísla a krk, tam si opravdu nedávejte. Když už si aplikujete do žil v tříslech, buďte velmi opatrní. Hned v sousedství se nacházejí velké nervy a tepny. Můžete si tak způsobit velké zdravotní komplikace a z poškozené tepny můžete i vykrvácet.

Jestliže jste se rozhodli dávat si do krku, vybrali jste si tu nejnebezpečnější možnost. Také na krku se v těsné blízkosti žil nacházejí nervy, jejichž zasažení vám může způsobit různá brnění a bolesti. Dále zde jsou velké tepny, které vedou krev rovnou do hlavy. Při aplikaci do těchto míst buďte proto obzvláště opatrní na to, aby místo bylo čisté. Infekce se může velmi rychle dostat do mozku a způsobit smrt.

Kontaktní centrum SANANIM // Osadní 2, Praha 7, 170 00 // Tel.: +420 283 872 186

Příloha č. 2: Dotazník pro klienty Kontaktního centra/Terénních programů

DOTAZNÍK

1. Místo sběru dat.....
2. Klient odmítl vyplnit dotazník.....
3. Klient vyplnil dotazník někde jinde, kde:
 1. KC Sananim
 2. KC Drop – in
 3. KC Stage 5
 4. Terénní programy
 5. ESET – Help
4. Kód klienta.....
5. Pohlaví:
 1. muž
 2. žena
6. Věk (dovršený), prosím vypište.....
7. Hlásím se k národnosti:
 1. české
 2. romské
 2. jiné.....
8. Trvalé bydliště podle občanského průkazu:
 1. Praha, městská část.....(prosím vypište)
 2. Mimo Prahu.....(prosím vypište město, kraj nebo stát)
9. Posledních šest měsíců se zdržuji:
 1. v Praze, městská část.....(prosím vypište)
 2. Mimo Prahu.....(prosím vypište město, kraj nebo stát)
10. Označte, prosím, Váš hlavní příjem:
 1. práce na řádnou pracovní smlouvu
 2. brigády nebo příležitostné práce na řádnou smlouvu
 3. příležitostné práce nebo brigády na černo
 4. sociální dávky
 5. jiné.....
11. Označte, prosím, jakým způsobem bydlíte:
 1. byt se sociálním zázemím (u rodičů, vlastní byt, byt partnera, v pronájmu)
 2. bydlím v bytě nebo prostoru bez zázemí (squat, zahrádkářská kolonie)
 3. bez domova

12. Jakou drogu nejvíce užíváte? (i více možností)

1. heroin
2. subutex
3. suboxone
4. pervitin
5. léky.....
6. alkohol
7. jiné.....

13. Jakou další drogu jste užila/a v posledních 30 dnech? (i více možností)

1. heroin
2. subutex
3. suboxone
4. pervitin
5. léky.....
6. alkohol
7. jiné.....

14. Jak dlouho užíváte drogy?:.....,

z toho injekčně:.....

15. Jaké služby v našem zařízení/programu nejčastěji využíváte? (vyznačte maximálně 3 možnosti)

1. výměna
2. rozhovor s pracovníkem
3. poradenství
4. zdravotní ošetření
5. posezení v kontaktní místnosti (káva, čaj)
6. hygienický servis

16. Jak často využíváte služeb našeho zařízení/programu?

1. denně (téměř denně)
2. několikrát v týdnu
3. několikrát v měsíci
4. méně často

17. Jaké další služby ještě znáte a využíváte:

	Znám	Využívám občas *	Využívám často **
1. Jiné terénní programy			
2. Kontaktní centrum SANANIM			
3. Kontaktní centrum Drop - in			
4. Kontaktní centrum STAGE 5			
5. Eset - Help			
6. Noční výměna			
7. Šance (Lászlo)			
8. Rozkoš bez rizika			
9. Člověk v tísní			
10. Armáda spásy, Naděje, Charita			
11. Jiné.....			

* alespoň 1x v posledních 6 měsících

** několikrát v měsíci

18. Byl/a jste testován/a na HIV?

1. ano – v posledním roce
2. ano – dříve: v roce.....
3. ne

19. Kde jste byl/a testován/a na HIV?

1. ve vazbě nebo ve výkonu trestu
2. při nástupu na léčbu závislosti
3. v Kontaktním centru, Dům Světla, Bulovka,.....

20. Byl/a jste testován/a na žloutenku C?

1. ano – v posledním roce
2. ano – dříve: v roce.....
3. ne

21. Kde jste byl/a testován/a na žloutenku C?

1. ve vazbě nebo ve výkonu trestu
2. při nástupu na léčbu závislosti
3. v Kontaktním centru, Dům Světla, Bulovka,.....

22. Měl/a jste někdy zdravotní potíže v souvislosti s užíváním drog? (absces, flegmóna...)

1. ano, jaké:.....
2. ne

23. Byl/a jste někdy pravomocně odsouzen/a? (k výkonu trestu, k podmíněčnému trestu, OPP)

1. ano, o jaký trest se jednalo.....
2. ne

Ústřední knih.Pedf UK



2592092879