

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
PEDAGOGICKÁ FAKULTA  
ÚSTAV SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÝCH STUDIÍ

Mgr. Katarína MARTINKOVÁ  
Speciálně pedagogická andragogika

**VÝZNAM DOLÉČOVACÍHO PROGRAMU PRO SOCIALIZACI  
OSOB OHROŽENÝCH DROGOVOU ZÁVISLOSTÍ**

Závěrečná práce

Vedoucí práce: Mgr. Michal RŮŽIČKA, Ph.D.

Olomouc, 2009

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci vypracovala sama a že jsem uvedla veškerou použitou literaturu a prameny.

.....

V Olomouci, 11. června 2009

Děkuji Mgr. Michalu Růžičkovi, Ph.D. za odborné vedení a podnětné připomínky při tvorbě závěrečné práce. Děkuji Mgr. Pavlu Kleinovi za odborné konzultace v oblasti problematiky drogové závislosti. Dále děkuji pracovníkům a klientům doléčovacích center P-centrum v Olomouci, Jamtana v Brně, ADVAITA, o.s v Liberci, Magdaléna o.p.s. v Praze – Podolí, Centra sociálních služeb v Děčíně a Renarkon o.p.s. v Ostravě za ochotu při získávání informací potřebných k výzkumu.

.....

V Olomouci, 11. června 2009

## OBSAH

Úvod.....	6
1. Závislost, závislá osobnost.....	7
2. Historie toxikomanie.....	11
3. Systém prevence a léčby závislosti v ČR.....	13
3.1. Prevence.....	13
3.2. Detoxifikace.....	13
3.3. Ambulance.....	14
3.4. Ústavní léčba.....	14
3.5. Terapeutické komunity.....	15
3.6. Kontaktní centra a terénní programy.....	16
3.7. Doléčovací program.....	17
3.8. Substituční léčba.....	18
4. Přehled nejužívanějších drog.....	19
4.1. Pervitin.....	19
4.2. Heroin.....	20
4.3. Alkohol.....	21
4.4. Benzodiazepamy.....	22
4.5. Subutex.....	23
5. Následná péče.....	25
5.1. Historie vzniku doléčovacích center v ČR.....	25
5.2. Doléčovací centra a současnost.....	27
5.3. P-centrum.....	31
5.3.1. Historie P-centra.....	31
5.3.2. P-centrum dnes.....	32
5.3.3. Doléčovací program.....	33
5.4. Podané ruce, o.s.....	36
5.4.1. Historie Podaných rukou, o.s.....	36
5.4.2. Doléčovací centrum Jamtana.....	37
6. Výzkum.....	39
6.1. Vymezení cíle.....	39
6.2. Formulace hypotéz.....	40
6.3. Užití metody k získání výzkumu.....	40
6.4. Popis výzkumu.....	41

6.5. Výsledky výzkumu.....	42
6.6. Diskuse.....	52
6.7. Závěr výzkumu.....	53
Závěr.....	55
Seznam literatury.....	56
Příloha	
Anotace	

## ÚVOD

Drogová problematika je téma neustále propírané a diskutované, přesto je i po již desítkách let, kdy se s ní potýká celý svět, tak trochu na okraji, o lidech ohrožených drogovou závislostí se mluví s opovržením, přestože potřebují pomoc stejně jako jiný člověk, který se dostane do maléru nebo člověk, jehož postihne nemoc. Člověk závislý je podle mezinárodní klasifikace nemocí člověk nemocný a i když, jak se domnívá většina společnosti, si ve většině případů za své onemocnění „může sám“, měla by mu být poskytnuta obdobná odborná pomoc jako jiným nemocným lidem. Závislost je nemoc s významnými sociálními příčinami i následky a je provázena mnoha somatickými a psychickými komplikacemi. O tom, jak fungují léčebny návykových nemocí, již dnes většina populace ví. Cílem této práce je však upozornit na nutnou doléčovací péči o osoby ohrožené drogovou závislostí, na význam doléčovacích center a potřebu státní i veřejné podpory těchto zařízení.

Drogově závislí lidé bývají mnohdy i řadu let na spodině společnosti. Nepracují, potýkají se s kriminální činností (za první shánění peníze na obstarání drogy, za druhé držení drogy v množství větším než malém je trestné, stejně tak je trestné řízení motorového vozidla pod vlivem drogy), ztratí často svou rodinu i přátele. Ti, kteří si uvědomí, že jejich způsob života je řízenou sebedestrukci, případně, že ohrožují i své okolí, požádají o pomoc nebo si nechají pomoci. Z nejhorsího je mohou s dostatečnou spoluprací dostat léčebny nebo terapeutické komunity. Ale abstinující závislý člověk rychle spadne do svého problému znovu, pokud nebude přijat do společnosti. A to, jak se píše dále v definici závislosti mezinárodní klasifikace nemocí, mnohem rychleji a s horším průběhem. Pak začne koloběh asociálního života nanovo. Je tedy v zájmu společnosti vytvářet a podporovat centra, kde lidem opustivším léčebnu, pomohou s doplněním vzdělání, rekvalifikací, vytvořením pracovních návyků nebo návratem do pracovního procesu, s nalezením bydlení, s obnovením kontaktů s rodinou, naučí ho, jak trávit volný čas, kde nalézt přátele a jak si je udržet.

O významu těchto center tedy nemůže být pochyb. Jsou důležité jak pro osoby závislé, tak pro ostatní společnost, neboť ona je prostřednictvím nich chráněna před negativními důsledky závislostního chování (infekční nemoci, krádeže, výdaje za opakovanou léčbu závislých...). Součástí této práce je zhodnocení významu doléčovacích center z pohledu jejich klientů, tedy závislých lidí, kteří služeb doléčovacích center osobně využili.

# 1. ZÁVISLOST, ZÁVISLÁ OSOBNOST

Abychom mohli sledovat proces léčby závislosti, musíme si ujasnit samotný pojem „závislost“. Podle Kaliny (2003 (a)) je závislost vyústění abúzu, který se stal výlučnou a dominantní činností, jež má zajistit pocit uspokojení. Jedná se o proces pozvolný, daným člověkem zpravidla nereflaktovaný nebo reflaktovaný jen částečně. Od určitého momentu člověk zaměňuje změnu prožívání za skutečnou změnu reality. Věří tomu, že nemá problém, neboť situaci jako problémovou neprožívá. Změní se jeho úsudek, myšlení i jednání. To ale nadále ovlivňuje výchozí situaci, která se zhoršuje a vede tak k pokračování abúzu. Závislý si pak aplikuje drogu dříve než by se mohly dostavit pocity viny nebo studu za vzniklou situaci. Ukazuje se, že podobné psychologické zákonitosti jako má drogová závislost má i gambling, workaholismus, poruchy příjmu potravy, závislost na sexu, televizi, PC. U všech se jedná o nutkavou potřebu jednání, které vede ke krátkodobému uspokojení i přes často závažné důsledky na zdraví, sociální zázemí, chod rodiny nebo finanční stránku.

Vzhledem k tématu této práce se budeme nadále zabývat především závislostí drogovou. Český psycholog Eduard Urban (Hartl, Hartlová, 2000) popisuje **drogu** jako látku, která je používána a zneužívána pro změnu nálady, vědomí, povzbuzení či tlumení somatopsychických funkcí. Při opakovaném užívání může dojít k závislosti a dochází ke vzniku tolerance. Nejrozšířenější drogou je alkohol, nikotin a kofein, v užším slova smyslu pervitin a heroin.

Psychologický slovník (Hartl, Hartlová, 2000) závislost definuje jako stav chronické nebo periodické otravy opakovaným použitím přirozené nebo syntetické drogy, která poškozuje postiženého i společnost. Jde o zvláštní patologický vztah mezi organismem a látkou, vznikající opakovaným užitím látky, který posléze vede k periodicky se opakující intoxikaci spojené se silnou touhou až nutkáním opakovaně látku užívat.

Pro úplnost uvedeme také definici závislosti z 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí (Nešpor, 2007): *„skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje“.*

Proč lidé drogy užívají je doslova filosofická otázka. Neexistuje na to jednoznačná odpověď, neznáme jednoznačnou příčinu. Jde o souhrn celé řady faktorů, které umožní drogu vyzkoušet a posléze dají vzniknout závislosti. Ale zároveň přijít na to, který faktor hrál u toho kterého jedince převládající roli, je nutné pro úspěšnou léčbu. Vznikem závislosti se zabývalo

a zabývá mnoho autorů po celém světě. Výsledkem je několik vzájemně různých i podobných teorií, které se jev závislosti snaží vysvětlit.

Z pohledu analytické psychologie, jak píše Presl (1995), souvisí závislost s procesem individuace – sebeuskutečnění. Droga přenáší závislého do jiného světa a může ji tak, alespoň po nějakou dobu, vnímat jako element kreativní a osvěžující.

Existují také modely biologické, které vycházejí z představy jakési komplementarity mezi drogou a jedincem. O tomto pohledu napsal například David Allen Deans ze Státní kalifornské univerzity v roce 1997 (Deans, [cit. 2008-08-30]). Ve svém článku Drug addiction píše, že zneužívání drog je poháněno motivačními a citovými aspekty naší povahy. A v podstatě nejdůležitější fyziologické vztahy pro zvážení v psychologii jsou vzájemné vztahy centrálního nervového a endokrinního systému. Neurotransmitery a hormony řídí vše motivační a citové v lidském vědomém a nevědomém prožitku. Neurotransmitery v mozku a hormony v endokrinním systému kontrolují a řídí naše vnímání, poznávání a projevy. Regulují naše fyzické a duševní procesy a naše přirozené (bio)rytmy. Naše motivační vnitřní síla a citové odezvy jsou analogické vzájemným vztahům, jež existují mezi CNS a endokrinním systémem. Tudíž jakákoli změna v těchto systémech po vystavení droze může být vodítkem k porozumění motivací, jež vedou k experimentování a závislosti. Neurotransmitery a hormony řídí vnitřní rovnováhu (homeostázu) organismu. Některé látky v jídle nebo droze mohou napodobovat, zvyšovat nebo blokovat působení některého přirozeného neurotransmiteru a mohou tak měnit homeostatické vztahy v našem těle. Jedny teorie předpokládají, že drogy mění vyrovnaný stav homeostázy a je velmi obtížné jej zpět dosáhnout. Deans naopak předpokládá, že někteří lidé jsou ve stavu homeostatické nerovnováhy ještě před užitím drogy a tato jim napomáhá rovnováhu dosáhnout. Problémem je ale rostoucí tolerance a stále obtížnější dosahování rovnováhy. Novým cílem závislého člověka se stává vyhnout se abstinčním příznakům. Do léčby závislých pak musí být podle Deanse mimo jiné zahrnuta terapie, která podpoří fyziologickou rovnováhu mezi systémy.

Dále „existují modely, které jako základní faktor působící vznik závislosti udávají specifickou souhru okolností, bez které by závislost nevznikla. Tato souhra okolností spojená s přítomností určité drogy působí na organismus jedince tak silně, že bariéry prevence se bortí a vzniká závislost“ (Presl, 1995).

Některé modely vidí jako základ závislosti učení nežádoucích postojů. Například: v průběhu manželské krize potomek experimentující s drogami nevědomky vyvolává situace, kdy díky drogám upoutá pozornost na sebe. Tím se zdánlivě krize rodičů uklidní. Ale nezmizí a vypluje na povrch znovu později a potomek reaguje osvědčeným způsobem- za pomoci drogy (Presl, 1995) .

Ať už jde o model jakýkoli, vždy můžeme říci, že ke vzniku závislosti přispívají svým



dílem droga samotná (její přítomnost), vlivy prostředí a dědičnost, čili osobnostní charakteristiky.

K přítomnosti drogy není co dodat. K droze buď přístup je nebo není. Poměrně snadný přístup je k alkoholu, tabáku, ale také k marihuaně. Také opatřit si některé léky nebývá složité. Co se týká dalších druhů drog, je jejich opatření náročnější a záleží na tom, zda člověk chce nebo nechce. Kdo drogu chce vyzkoušet, cestu si k ní najde. Samozřejmě je možný i náhodný kontakt s drogou na diskotéce, od pouličního dealera v blízkosti škol nebo parků, nebo od kamaráda, o kterém jsme dosud netušili, že experimentuje s drogami.

Prostředím se myslí hlavně prostředí primární rodiny, především je velká role připisována mateřské osobě. D. A. Deans (Deans, [cit. 2008-08-30]) rozlišuje tři typy pouta, které se vytvoří během těhotenství a časného natálního období mezi matkou a dítětem a teoretizuje, že typ dětské vazby může souviset se závislostním chováním v pozdějším životě. Pevné, bezstarostné pouto je produktem matky, která je citlivá, přístupná a důsledná. Vyhýbavá vazba je produktem matky, která je pasivní, náročná a nadměrně stimulující. Projevuje se netrpělivě a neuvědomuje si dětské potřeby a podněty. A konečně matka, která je proměnlivá, na jednu stranu citlivá, na druhou hysterická, vytváří pouto ambivalentní. Takto připoutaní jedinci potřebují v životě pokyny a důslednost. Budou od drog a alkoholu abstinovat a jen zřídka půjdou za umírněným užíváním návykových látek. Tito lidé jsou pevně motivováni k udržení kontroly nad svým životem a to drogy nenabízejí. Většina lidí byla ke své matce připoutána prvně zmíněným typem vazby-bezpečně. Tito lidé mají vyvážené porozumění pro prozkoumávání v jistých a bezpečných hranicích. Jsou to představitelé experimentálních a společenských konzumentů návykových látek. Je to tedy únikově připoutané dítě, které bývá vysoce náchylné k závislosti. Jeho antiautoritativní názory ukazují jeho obranný postoj ke společenským tlakům. Společenská omezení chápe jako ohrožení své individuality. Návykovou látku může použít ke zdolání nebo vyhnutí se těmto společenským restrikcím.

Ke stejným závěrům po létech praxe došli i pracovníci DROP-INu, jak uvádí Presl (1995). Zjistili, že takzvaný hyperprotektivní model matky je pro vznik závislosti vysoce rizikový. Tyto matky vidí svého potomka stále jako malé dítě a v době dospívání nejsou schopny vidět jeho měnící se potřeby, především potřebu osamostatňování se, individuace. K uvolnění tohoto tlaku a ze snahy o sebeprosazení sahá člověk ke drogám.

Třetím výše zmiňovaným faktorem vzniku závislosti jsou jisté osobnostní předpoklady. Podle Bergeta (1995) „*je osobnost definována určitým množstvím strukturálních prvků, trvalých a definitivně dotvořených po ukončení krize dospívání.*“ Hluboká struktura osobnosti člověka se nikdy nemění. Jak Berget dále uvádí, vyvstává otázka, zda existuje zvláštní strukturální uspořádání, jež by se dalo označit jako „toxikomanská osobnost“, tedy osobnost, jež je doslova předurčena k tomu, aby se stala závislou. Četní autoři i široká veřejnost se domnívá, že ano. Ale jiné studie ukazují, že s toxikomany se můžeme setkat ve všech možných typech struktur osobnosti a že spíše než doslova o toxikomanské osobnosti bychom měli mluvit o osobnosti inklinující k drogám, tedy více ohrožené než osobnosti jiné. Tyto studie popisují osobnosti náchylné k drogám jako ty, které mají samy o sobě velmi záporné mínění a jsou nejméně odolné vůči tlaku skupiny, především skupiny s níž se setkaly v době deprese. Zvýšeně ohrožené jsou také osobnosti extrovertní, se sklony k impulzivité a dramatizování, se zvýšenou sebestředností a sníženou schopností koncentrace. Popsané osobnosti, pokud se setkají s drogou v prvním případě povzbudivého, v druhém případě tlumivého charakteru, ochotně užijí tuto drogu k řešení svých potíží (Presl, 1995). Mezi prvky příznivými pro vznik závislosti na toxické látce patří rovněž záliba některých osobností v exotice, a také víra v magický lék, jež může jedince zbavit jakékoli fyzické nebo morální nedostatečnosti. (Berget, 1995).

## 2. HISTORIE TOXIKOMANIE

Zneužívání nejrůznějších přírodních omamných látek je staré jako lidstvo samo. Lidé odnepaměti věřili, že rozmanité látky dovedou navodit zapomenutí, nesmrtelnost, vracejí mládí, povzbuzují lásku, dovolují stýkat se s nadpřirozenými bytostmi atd. Velký význam měly drogy, především afrodiziaka a hypnotika, v čarodějnictví. Jedním z nejstarších zdrojů drog, známým přes pět tisíc let, je konopí indické. Již staří Číňané produkty z této rostliny používali k odstranění únavy. Asi čtyři tisíce let (podle Kaliny, K. 2003(a) je to více než šest tisíc let) jsou známy narkotické účinky opia, obsaženého v máku. Peruánští a bolivijské indiáni věděli již před pěti tisíci lety o účincích „božské rostliny“ koky. Nejprve se užívala jen při náboženských obřadech, později se rozšířila i do běžného života k zahnání hladu a navrácení síly. Takřka odjakživa připravují lidé povzbuzující nápoje s obsahem kofeinu (především káva a čaj). Od roku 1492 v Evropě, ale o tisíce let dříve na americkém kontinentu lidé žvýkají, kouří a šňupou tabák. V Asii a východní Africe je rozšířeno spíše žvýkání listů pepře betelového s arekovým ořechem (navozuje dobrou náladu, rozveseluje, podněcuje myšlení, tiší hlad a žízeň, pomáhá při bronchitidě, jako projímadlo a proti cizopasníkům). Od samého úsvitu dějin je lidstvu znám také alkohol. Již staré báje a pověsti o něm hovoří jako o daru bohů. I v Bibli (Řehan, 1994) jsou popsány účinky alkoholu na člověka- Noe, poté, co přežil potopu, vysadil vinice, vyrobil víno a opil se tak, že nahý ležel v chýši na podlaze. K různým kultovním účelům se užívali nejrůznější halucinogenní látky z muchomůrek a jiných hub, z kaktusů a dalších rostlin.

Vědecké výzkumy, potřeba tišit bolest vojáků a hledání léků na nejrůznější nemoci vedly k objevům a vzniku dalších drog, které byly nejprve pro své účinky opěvovány a později, když se projevíly jejich nežádoucí účinky (především návykovost), byly naopak zatracovány. Jedná se např. o morfium, kodein, heroin, LSD, amfetamin, fenmetrazin a další (Janík, Dušek, 1975).

V Evropě a potažmo na území České republiky byli ještě v nedávné historii klinicky popsání toxikomani omezeni na některé zvláštní sociální kruhy. Šlo nejčastěji o zámožné lidi, o umělce nebo mladé povaleče, „synáčky z dobrých rodin“, nebo deprimované intelektuály, hledající lék proti své úzkosti, považovaný za „luxusní“. Při válkách nebo koloniálních taženích to také byli bývalí vojáci, hlavně bývalí parašutisté nebo ranění, kteří po celou dobu měli volný přístup k opiátům, na nichž se rychle stali závislí. Také morfinisté nebyli z těchže důvodů vzácní mezi lékaři a pomocným lékařským personálem nebo mezi bývalými úředníky z kolonií. Takzvaný „společenský“ alkoholismus byl často spjat se závislostí na některých toxických látkách. Průměrný věk těchto toxikomanů byl velice proměnlivý. Svět fyzicky pracujících byl postižen velmi málo, stejně jako mladší subjekty. Postupně se pak začala toxikomanie rozšiřovat mezi

studenty, kteří hledali nenalezitelný mysticismus (Berget, 1995).

Společenským problémem se drogy, hlavně ve vyspělém světě, stávají až mezi lety 1960 a 1990. Do té doby byly ve světě pokládány za odborný problém, kterým se zabývala poměrně úzká skupinka specialistů- policistů a lékařů. Začaly se dotýkat mnoha společenských vrstev a profesí. Od roku 1990 je drogový problém Organizací spojených národů zařazen do skupiny problémů globálních. A jako takový se ve větší míře dotýká i České republiky. Rychle se v 90. letech rozšiřuje její úloha na světovém drogovém trhu ze země tranzitní na spotřebitelskou. Bylo nutné rozpracovat a zkoordinovat postupy protidrogové politiky z hlediska represe, prevence, léčby a resocializace závislých.

V souvislosti s výše uvedeným je zřejmé, že nejprve se v naší zemi začal řešit problém závislosti na alkoholových drogách. První protialkoholní léčebna byla otevřena v roce 1909 ve Velkých Kunčicích. Zanikla ale s příchodem 1. sv. války. Další léčebna byla otevřena v roce 1924 v Tuchlově. Její činnost pro změnu ukončila 2. sv. válka. V roce 1948 bylo založeno první specializované lůžkové oddělení pro studium a léčbu alkoholismu při Psychiatrické klinice lékařské fakulty UK – Apolinář. V roce 1951 Pražský magistrát schválil zřízení protialkoholní noční záchranné stanice pro intoxikované osoby. Toto zařízení se stalo vzorem pro podobná zařízení v dalších evropských státech , ale i pro USA nebo Kanadu. Apolinář později rozšířil svou působnost i na léčbu závislostí na nealkoholových drogách. Po roce 1989 začínají vznikat podobná zařízení také v nestátním a neziskovém sektoru. První byly organizace DROP-IN a SANANIM (Kalina, 2003a).

Formy pomoci závislým nebo ohroženým osobám popisuje následující kapitola.

### **3. SYSTÉM PREVENCE A LÉČBY ZÁVISLOSTÍ V ČR**

Tak jako neexistují žádné zaručeně účinné metody prevence (drogy se užívaly, užívají a užívat budou), neexistují ani zaručené metody léčby. Každý člověk je jedinečný, stal se závislým vlivem působení určitých faktorů a na každého platí jiné postupy léčby. Základním předpokladem úspěšnosti léčby je to, aby se závislý sám rozhodl pro léčbu, aby byl přesvědčen o její nezbytnosti, měl dostatečnou motivaci. V dalším stadiu je nutné tuto motivaci posilovat, nalézt způsoby, jak v budoucnu předcházet užití drogy a také jak zmírnit, či odstranit důsledky jejího braní. Jednotlivé stupně a druhy prevence a pomoci by na sebe měly navazovat a být vzájemně provázány, aby byla člověku, jež je drogovou závislostí ohrožen, poskytnuta komplexní péče.

#### **3.1. Prevence**

Prevence užívání drog má tři roviny.

- Primární prevence- plošné působení na dosud drogami nezasáženou populaci = besedy, přednášky, komponované programy, zážitkové programy.
- Sekundární prevence- pomáhá těm, kteří s drogami experimentují nebo je berou a jsou motivováni ke změně, v návratu do života bez drog = předcházení rozvoje závislosti a léčba závislých.
- Terciální prevence- co možná největší zmírnění důsledků, které braní drog způsobuje = osvěta, výměna stříkaček, substituce, vitamíny, šatstvo, terapeutická práce s nejbližšími těch, kteří drogy berou, ale odmítají léčbu.

#### **3.2. Detoxifikace**

Léčebný postup, kdy se organismus závislého člověka pod lékařským dohledem zbavuje účinků drogy. Trvá 1 – 3 týdny a na ni by měla navazovat léčba v ambulanci, terapeutické komunitě nebo léčebně. Detoxifikační jednotky jsou součástí zařízení k léčbě závislostí, samostatné jednotky v nemocnicích nebo součást zařízení poskytujících ambulantní služby (Kalina, 2003(b)).

### 3.3. Ambulance

Ambulantní léčbu zajišťují ordinace AT (AT= alkohol a jiné toxikomanie) a nízkoprahová centra (K-centra, Denní centra, Doléčovací centra). Přístup ke službám ambulantních pracovišť mají nejen závislí, ale i experimentátoři, konzumenti, víkendoví uživatelé bez závislosti a problémoví uživatelé. Nezáleží na tom, zda jsou motivováni k abstinenci nebo ambulanci navštívili pod nějakým ultimatem. Do AT ordinací patří i pacienti, jimž byla léčba uložena soudem jako ochranná protialkoholní nebo protitoxikomanická léčba, nebo léčba alternativní ukládaná místo trestu. Samozřejmě vítáni jsou také rodiče, příbuzní, partneři, spolužáci apod. člověka, jenž má problémy s užíváním návykové látky. Mezi cílovou skupinu patří také gambleři (mimo to, že gambling sám o sobě je formou závislosti, bývá patologické hráčství často spojeno s užíváním návykové látky). Ambulance ohroženým osobám a jejich blízkým poskytují péči preventivní, léčebnou i následnou. Mají klíčovou roli ve zdravotní péči o uživatele návykových látek a závislé osoby. Mají oboustrannou vazbu na ústavní léčbu, terapeutické komunity, chráněné dílny, chráněné bydlení (Kalina, 2003(b)).

### 3.4. Ústavní léčba (psychiatrické léčebny, léčebny návykových nemocí)

Tento typ léčby skýtá pro narkomana bezpečnější ochranné prostředí, kde má nižší dostupnost návykových látek, nedostává se tak často do situací, které v běžném životě fungují jako spouštěče (např. hádku s rodiči řeší dávkou drogy), je zde k dispozici odborná péče a organizovaný program. Léčebné programy využívají především různých forem psychoterapie, pracovní a sociální rehabilitace, popř. v omezené míře i podpůrné farmakoterapie.

Délka léčby je určována podle individuální situace jedince, kdy se bere do úvahy řada faktorů jako např. délka drogové kariéry, délka abstinence, předchozí recidivy, celkový zdravotní a psychický stav pacienta, jeho vlastní přístup k léčbě, sociální zázemí...

V závislosti na předchozím uvedeném může být ústavní léčení:

- krátkodobé (několikatýdenní, zpravidla šestitýdenní)
- střednědobé (několikaměsíční, zpravidla tříměsíční)
- dlouhodobé (zpravidla šest až devět měsíců, někdy i déle) ([cit. 2009-01-28]).

V ČR je 22 zařízení pro léčbu závislostí (psychiatrické léčebny, psychiatrické kliniky, léčebny návykových nemocí, centra pro drogově závislé): Bílá voda, Červený Dvůr, Dobřany, Havlíčkův Brod, Horní Beřkovice, Hradec Králové, Nechanice, Jemnice, Lojovice, Opava,

Plzeň, Praha 8, Praha 9, Želiv, Brno, Šternberk, Pardubice, Jihlava, Kroměříž, Lnáře, Kosmonosy, Černčice ([cit. 2009-02-02], Seznam zařízení, 2003).

### 3.5. Terapeutické komunity

TK je zvláštní formou intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti, většinou různého věku, pohlaví a vzdělání, spolu určitou dobu žijí (většinou je TK situována mimo město) a kromě skupinových sezení sdílejí další společný program s pracovní a jinou různorodou činností, což umožňuje, aby do tohoto malého modelu společnosti promítali problémy ze svého vlastního života, zejména své vztahy k lidem. Komunita podněcuje získání náhledu na vlastní problémy a na vlastní podíl na vytváření těchto problémů, má umožnit korektivní zkušenost a podporuje nácvik vhodnějších adaptivnějších způsobů chování. Terapie v TK se zaměřuje na vývoj osobnosti, na emoce, chování, duchovní rozměr osobnosti, na etiku a společné hodnoty a na dovednosti přežít a být profesně zajištěn (Kalina, 2003(b)). Z toho důvodu, že během dlouhodobého pobytu v komunitě, má osobnost člověka prostor k dozrání, je tento způsob léčby velice významný a úspěšný především pro dospívající a mladé lidi, pro něž se jejich drogová minulost stane opravdu jen vzpomínkou, ([cit. 2009-01-28]).

Kořeny TK sahají hluboko do historie a mají původ v náboženství. Ze středověku existují doklady o společenstvích, která usilovala o nápravu svých hříchů pomocí jasných zákonů a přísných sankcí. V novověku pak existovala religiózní organizace Oxfordská skupina, která se zaměřila na duchovní přerod lidstva. Touto skupinou se později inspirovali Anonymní alkoholici, jež převzali ideu sebezpytování, přiznání si vlastních chyb, odčinění a práce pro druhé. Ve 20. století vznikaly nejprve v Anglii, ale v zápětí také v Americe a Evropě včetně České republiky, komunity pro psychiatrické pacienty a pro drogově závislé osoby (Kalina, 2003(b)).

V ČR vznikala nejprve oddělení zdravotnických zařízení založená na principech TK a to již od roku 1949 zásluhou Jaroslava Skály. První TK byla založena v roce 1954 v Lobči a v 60. a 70. letech vznikly další v Sadské, Brně, Kroměříži, Opavě, Horních Beřkovicích a Dobřanech (Kalina, 2003(b)). Nejprve byly TK pro osoby závislé na alkoholu. Dnes se zaměřují na osoby závislé na nealkoholových drogách nebo druh závislosti nerozlišují. Délka léčby trvá zpravidla od 6 do 18 měsíců a je určena lidem starším 18 let, kteří jsou závislí a chtějí se své závislosti zbavit. Cílem je pomoci uživatelům služeb terapeutické komunity překonat drogovou či jinou závislost a najít cestu k trvalé abstinenci a postupnému návratu do plnohodnotného života

prostřednictvím změny životního stylu, učením se zvládat stresové situace, budováním zdravé sebedůvěry a převzetím zodpovědnosti za své jednání. V současné době v ČR funguje následujících 26 terapeutických komunit: TK Nová Ves , Teen Challenge- Třinec, Černošín, Praha 8 a Šluknov, Sananim- Němčice u Volyně, Sananim- Karlov, Sananim- Praha, ELIM - Albrechtice n. Vl., TK White Light 1- Ústěk, Magdaléna - Mníšek pod Brdy, Podcestný Mlýn - Dačice, TK sv. Zdislavy- Žibřidice , TK Renarkon - Čeladná, TK Medvědí Kámen – Houstoň, TK Sejřek – Nedvědice, TK Krok Kyjov, Fides Bílá Voda, Locus Liberec, Exodus Vlašim, TK Řevnice, Útočiště Sokolov, Pastor Bonus Světlá Hora, Helianna - Mnichovo Hradiště, Středisko křesťanské pomoci ECM – Plzeň, Husův domov – Dvůr Králové nad Labem ([cit. 2008-08-11](a), [cit. 2009-02-02], Seznam zařízení, 2003).

### **3.6. Kontaktní centra a terénní programy**

Tyto druhy sociálních služeb se nezaměřují na léčbu závislostí, ale na minimalizaci škod, které vznikají především na zdraví uživatelů drog, ale také na minimalizaci poškození zdraví ostatních lidí (AIDS, hepatitida) a snižování sociálních rizik. Cílem jejich aktivit je tedy především snaha o celkové zlepšení kvality života klienta spadajícího do cílové skupiny po sociální, zdravotní a psychické stránce a ochrana veřejnosti před negativními dopady spojenými s užíváním drog.

Služby jsou poskytovány aktivním uživatelům nealkoholových drog starším 15 let v jakékoli fázi drogové kariéry bez ohledu na to, zda se rozhodnou abstinovat nebo nadále drogu užívat, dále pak jejich rodinným příslušníkům, partnerům a jiným důležitým osobám.

Do kontaktních center dochází klienti za službami sami, v terénních programech jsou vyhledávání streetworkery a kontaktování ve svém „přirozeném“ prostředí. Klienty terénních programů jsou především lidé užívající nealkoholové drogy injekčním a rizikovým způsobem a osoby s minimální motivací službu vyhledat. Úkolem terénních pracovníků je mimo jiné usilovat o motivaci uživatelů nealkoholových drog směrem k zodpovědnějšímu chování vůči sobě a svému okolí.

Základními poskytovanými službami jsou:

- navázání kontaktu a vytvoření vztahu vzájemné důvěry s klientem
- snižování rizik spojených s užíváním nealkoholových drog a zlepšení zdravotního a psychosociálního stavu klienta



- motivace klienta k abstinenci a návštěvě dalších specializovaných zařízení
- snižování dopadů užívání nealkoholových drog na širokou veřejnost sběrem použitých stříkaček a jejich bezpečnou likvidací, distribuci kondomů a náčiní na desinfekci (tzn. předcházení infekčním chorobám, hepatitidám, HIV/AIDS) ([cit. 2008-08-11](b)).

### **3.7. Doléčovací program**

Lidé, kteří prošli některou z forem léčby závislosti, potřebují často, aby se zvýšila úspěšnost léčby, i takzvanou následnou péči, kterou zajišťují doléčovací programy. Je prokázáno, že čím je delší kontakt klienta s psychosociálně orientovanou službou, tím trvalejší změny klient dosáhne (Kalina, 2003(b)). Podle poznatků z amerického (DATOS - Drug Abuse Treatment Outcomes Study) a anglického (NTORS - National Treatment Outcomes Research Study) národního výzkumu zvyšují programy následné péče úspěšnost léčby a udržení dosažených změn chování uživatelů drog, zejména pak abstinence až o 80 % (Radimecký, [cit. 2009-01-30]). Nejčastější okruhy problémů spojených se sociální rehabilitací jsou zpravidla narušená nebo neexistující síť blízkých vztahů, závislostí způsobená neschopnost vztahy vytvářet a udržet, nedostatečné schopnosti v oblasti komunikace, zdravého sebeprosazování, nízké vzdělání, nedostatečné nebo žádné profesní návyky a dovednosti, právní a finanční problémy a nízký socioekonomický statut, životní styl poskytující nedostatek příležitostí k pozitivnímu sebehodnocení a sociálnímu ocenění (Kalina, 2003(b)). Cílem těchto programů je tedy, kromě upevnění motivace nebrat drogu, integrace závislých osob do podmínek normálního života, tedy pomoc s nalezením, znovunalezením a zvládnutím jejich přirozených rolí, s obnovou nebo vytvořením sociální sítě a s profesním uplatněním. Napomáhají klientovi vytvořit si podmínky pro svojí abstinenci nalezením a stabilizací životního stylu, smyslem je udržet u klienta pozitivní změny v závislém chování a jednání klienta, které nastaly v průběhu předchozí pobytové léčby, tedy znovu vybudovat život bez elementu, na němž je závislý. Hlavními poskytovanými službami v doléčovacích programech jsou socioterapie, sociální práce, podpora v zaměstnání nebo nabídka rekvalifikace a často také po omezenou dobu chráněné bydlení. Základním principem nabízených služeb je individuální přístup ke klientovi. Programy jsou založeny na využívání pozitivního potenciálu mezilidských vztahů, společného sdílení činností a sociálního učení. Jsou zajišťovány individuálními a skupinovými činnostmi. Účast klienta v programu vyžaduje předchozí potvrzenou abstinenci (většinou tříměsíční) a je dána pevně stanovenými pravidly, které obsahují zásady prevence relapsu a pravidel společenského chování. Doléčovací službu poskytují AT poradny při psychiatrických odděleních nemocnic, denní

stacionáře (kromě lidí, kteří opustili ústavní nebo jiný typ léčby, slouží také těm, kteří se na dlouhodobý léčebně-rehabilitační pobyt připravují), doléčovací a resocializační centra (viz. kapitola č. 5. Následná péče).

### **3.8. Substituční léčba**

Základní myšlenkou substituční léčby je nahradit braní ilegální nečisté drogy drogou chemicky čistou (látku s podobnými vlastnostmi a účinky) a podanou legálně v zařízení k tomu přizpůsobeném. Používá se tam, kde všechny jiné léčebné postupy selhaly. Pro uživatele opiátů je substituční léčba často nejúspěšnější. Člověk, který prošel několika léčbami, ale má natolik hluboko zakořeněný drogový životní stereotyp, že jeho jedinou starostí každý den je pouze to, kde a jak si drogu obstará, má možnost dostat drogu legálně a pravidelně a získat tak čas potřebný k nácviku jiného denního a životního rytmu. Má čas si uvědomit jak žije a dostává prostor na to, aby začal znovu žít normálně. Nahrazení nelegální drogy přispívá ke snižování trestné činnosti, chrání zdraví tím, že člověk přejde k méně rizikovému podávání drogy (perorální a sublingvální užívání je bezpečnější než injekční), člověk má větší šanci zůstat na živu (hrozba předávkování je snížena). Substituční léčba neznamena konec fyzické závislosti, ale umožňuje žít zdravějším způsobem života s legálním a stabilizujícím lékem. Někdy se podaří postupným snižováním dávek dovést závislého k abstinenci, někteří závislí potřebují pravidelnou dávku drogy k zajištění důstojného života po celý život, podobně jako diabetik potřebuje dávku inzulínu. Pokud není substituční terapie brána jako jediný krok k pomoci, ale je součástí komplexní léčby, bývá účinnější. Příklady opiátových agonistů (nahrazuje zneužívanou drogu a vytváří kontrolovanější typ závislosti) a antagonistů (blokuje účinky opiátů, snižují riziko recidivy) jsou metadon, buprenorfin, naloxon, naltrexon (Verster, Buning, 2003). Metadon lze získat jen ve specializovaných střediscích pro substituční léčbu, na rozdíl od subutexu (buprenorfin), který může předepsat kterýkoli lékař (Lidí v substituční léčbě na drogách v ČR přibývá [cit. 2009-03-18]).

O závislosti na subutexu pojednává kapitola 4.5.

## 4. PŘEHLED NEJUŽÍVANĚJŠÍCH DROG

Jak již bylo uvedeno v předchozích kapitolách, závislý může být člověk prakticky na čemkoli. Ať už se jedná o alkohol, chemickou nebo přírodní látku, o hru, práci, sex, nějakou činnost. O druzích a účincích drog existuje nepřeberné množství literatury. Proto a vzhledem k tématu této práce se budeme blíže zabývat pouze závislostmi, jimiž jsou nejčastěji postiženi lidé absolvující programy v doléčovacích centrech. Jedná se o závislost na pervitinu, heroinu, alkoholu, benzodiazepamech a subutexu.

### 4.1. Pervitin

*„Pervitin se vyskytuje zpravidla ve formě bílého prášku. Jeho aplikace je nejčastěji šňupáním nebo nitrožilně. V současnosti se hojně vyskytuje na tanečních akcích a proto spolu s extází patří do skupiny tanečních drog. Jeho účinky jsou však silnější než u extáze a také je u pervitinu mnohem vyšší potenciál vzniku závislosti. Největší riziko u pervitinu (podobně jako u heroinu) je to, že nikdy není jasné, kolik drogy je obsaženo v dávce a jaká je její kvalita. Další problémem je to, že uživatel musí dávku neustále zvyšovat, aby dosáhl stejných účinků. Další rizika jsou podobná jako u kokainu. Pervitin dnes představuje příčinu více než poloviny z počtu všech léčení závislostí na nealkoholových drogách v ČR a předávkování pervitinem se nemalou měrou (cca 35%) podílejí na celkové drogové úmrtnosti“ (Rozdělení a účinky drog [cit. 2009-02-25]).*

#### Očekávané, žádoucí účinky:

- pocity euforie a empatie, lásky, štěstí a míru
- stimulační působení zvýšená hovornost, pocit velkého množství energie

#### Účinky vedlejší a nežádoucí:

- po odeznění intoxikace únava
- rozšíření zornic (mydriáza)-poznávací znak intoxikace
- nechutenství spojené s výrazným hubnutím
- při rozvíjející se závislosti neschopnost smysluplně fungovat při běžných aktivitách
- toxická psychóza
- strach, úzkost
- depresivním jedincům mohou dodat sílu k sebevraždě

- provokace duševní poruchy v souvislosti s užíváním
- potenciálně smrtelné interakce s některými léky (například antidepresiva)
- poškození organismu, zvláště srdce, cév, ledvin vlivem opakovaně zvýšeného krevního tlaku při intoxikaci
- závislost - vzniká „pouze“ psychická závislost - ta je tou obtížnější složkou závislosti. Fyzické obtíže při vysazení drogy mají charakter velké únavy neboť tělo je vyčerpané ([cit. 2009-02-25](a)).

## 4.2. Heroin

Heroin je droga odvozená od morfinu, patří tedy mezi opiáty. A jako takový má tlumivé účinky na centrální nervový systém. S útlumem úzce souvisí subjektivně vnímané zpomalení všeho dění, člověk prožívá okolní svět jako klidnější, méně náročný. Dostávají se pocity euforie a uvolněné nálady. Přesto, že se jedná o látku tlumivou, někteří uživatelé popisují pocity uvolnění a subjektivně vnímaného zvýšení energie a schopnost podat vyšší výkon. Příčinou je odstranění únavy spojené se stresem. Heroin, podobně jako ostatní opioidy tlumí vnímání bolesti.

### Očekávané, žádoucí účinky:

- útlum, spojený s euforií
- prožívání vnitřního klidu
- analgetické (protibolestivé) působení

### Účinky vedlejší a nežádoucí:

- útlum dechového centra, zástava dechu
- nedostatečné okysličení krve, modravé zbarvení kůže (cyanoza)
- úporná zácpa, retence moči
- zvracení
- nezájem o sexuální zážitky, anorgasmie, u žen chybí menstruace
- plochá mimika
- nápadné zúžení zornic (miosa) do velikosti špendlíkových hlaviček
- svědění kůže celého těla, spojené s poškrabováním, je patrné i při extrémním útlumu
- pocit tepla

Pro vnějšího pozorovatele se intoxikovaný heroinem jeví jako opilý, s výrazně oploštělou mimikou a se zornicemi velikosti špendlíkových hlaviček. Časté je zvracení. Mezi dávkou účinnou a dávkou smrtelnou je relativně malý rozdíl. Stačí změna koncentrace heroinu, nebo mírně zvýšené množství a může dojít k fatální intoxikaci. Z občasných dávek postupně dochází ke zvýšení frekvence užívání až na několik užití denně ([cit. 2009-02-25](b)).

### 4.3. Alkohol

Ethanol nebo ethylalkohol (lidově nesprávně líh či alkohol) je druhý nejnižší alkohol (skupina derivátů uhlovodíků). Je snadno zápalný a je proto klasifikován jako hořlavina 1. třídy. Je to bezbarvá kapalina ostré vůně. Používá se k různým účelům (rozpouštědlo, desinfekce, přídavek pohonných hmot, kosmetika, čisticí prostředky ). Nejznámější použití ethanolu je ale pro výrobu alkoholických nápojů. Alkoholické nápoje (zkráceně nazývané *alkohol*) se vyznačují různě vysokým obsahem ethanolu. Jeho dávkování je velice relativní je závislé na tom, do jaké míry je organismus zvyklý ho přijímat.

#### Očekávané, žádoucí účinky:

- požití v menších dávkách způsobuje uvolnění a euforické stavy, odstraňuje zábrany

#### Účinky vedlejší a nežádoucí:

ve větších dávkách způsobuje:

- celkový útlum, tlumí vnímání bolesti, vysoké koncentrace alkoholu tlumí centra pro dýchání a krevní oběh, což může vést až ke smrti, velmi nebezpečné jsou proto kombinace s jinými tlumivými látkami.
- ztrátu koordinace pohybů
- sníženou vnímavost, prodloužení reakce
- snížení potence
- někdy agresivitu
- deprese
- nevolnost až otravu.

Soustavným požíváním alkoholických nápojů v nadměrné míře se může vyvinout (jak duševní tak i tělesné) onemocnění – alkoholismus. Mnohem významnější vliv na lidské tělo a psychiku má jeho metabolit, acetaldehyd, který v těle vzniká působením enzymu

alkoholdehydrogenázy. Teprve působením tohoto enzymu se acetaldehyd pomalu v těle odbourává až na neškodnou kyselinu octovou. Dlouhodobé a opakované působení ethanolu prostřednictvím acetaldehydu vede k závislosti na něm a způsobuje cirhózu jater. Zvýšená hladina ethanolu stimuluje bujení *Actinobacter baumannii*, který způsobuje zánět plic, meningitidu a záněty močových cest. Zatím pouze u laboratorních zvířat byl také prokázán karcinogenní činek acetaldehydu. Velké nebezpečí hrozí při požívání po domácku vyrobených destilátů. Při jejich pálení destiluje nejprve methanol, který je s ethanolem snadno zaměnitelný a způsobuje oslepnutí (Ethanol, [cit. 2009-03-17]).

#### **4.4. Benzodiazepamy**

Jako benzodiazepamy se označuje skupina léků zařazená mezi psychofarmaka, což jsou léky ovlivňující duševní stavy. Způsobují uklidnění, odstraňují úzkost, tlumí křeče při epilepsii, zlepšují spánek. Pro své účinky a poměrně snadnou dostupnost jsou zneužívané a vytváří se na ně závislost (Benzodiazepamy, [cit. 2009-02-25]). Léky z této skupiny se užívají jako droga hlavní nebo doplňková pro tlumení stavů při odeznívání efektů hlavní drogy nebo pro zesílení efektu. Aplikuje se ústy ve formě tablet nebo injekčně, kdy se tablety rozpustí.

##### Očekávané, žádoucí účinky:

- odstranění strachu a úzkosti, zastavení panické ataky
- zklidnění a navození spánku
- odstranění křečí a zmírnění svalového napětí

##### Účinky vedlejší a nežádoucí:

- únava a ospalost
- porucha koordinace pohybů, potáčení, veselost jako při opilosti
- poruchy paměti, někdy ústící ve zmatenost
- paradoxní uvolnění afektu vzteku a agresivity
- ztráta motivace
- útlum dechového centra, zvláště při kombinaci s jinými tlumivými látkami
- potenciálně teratogenní efekt (malformace plodu)

Závislost na benzodiazepanech vzniká snadno a je poměrně torpidní. Má složku psychickou i somatickou, odvykací stav je životu nebezpečný, může dojít k úmrtí na status epilepticus. Mezi

známé zástupce benzodiazepamů patří Diazepam, Valium, Neurole, Rohypnol, Lexaurin, Oxazepam atd. ([cit. 2009-02-25](c)).

#### 4.5. Subutex

Subutex (nebo Suboxone, účinná látka buprenorfin) je polysyntetická látka svým efektem podobná morfinu, nebo heroinu a patří tedy mezi opiáty. Využívá se k substituční léčbě závislosti na opiátech. Byl syntetizován v roce 1960 a od 1970 byl vyvíjen jako analgetikum. Tlumí aktivitu centrálního nervového systému, ale ve srovnání s potentnějšími látkami skupiny (heroin, metadon, morfin) má mnohem menší dosažitelný maximální účinek. Silně se však na opioidní receptory váže a vyvolá tak blokádu jiných, slaběji se vážících látek, například heroinu. Aplikace Subutexu může tedy, u závislého na heroinu, který užívá vysoké dávky vyvolat prudký odvykací stav.

Nižší maximální efekt s sebou nese zvýšenou bezpečnost preparátu při předávkování, které zřídka bývá fatální. Pomalejší metabolismus redukuje potřebu užití na 1x za 24, až 1x za 48 hodiny, bez toho, aby se rozvinul odvykací stav. Vstřebává se velmi dobře z dutiny ústní (rozpuštění pod jazykem, při polknutí je subutex neúčinný). Díky pomalé vazbě na receptory nedochází k „nájezdu“ – tedy mocné první vlně účinku bezprostředně po užití, jako při užití heroinu a to ani když je látka aplikovaná injekčně. Tlumí vnímání bolesti a to jak její percepční složku (tedy vlastní cítění bolesti), tak její složku emocionální (tedy nepříjemné stavy spojené s vnímáním bolesti).

Díky slabšímu maximálnímu účinku je mnohem častější, že uživatelé užívají Subutex k odstranění únavy a schopnosti podat vyšší výkon. Významné je i menší ovlivnění menstruačního cyklu u žen. Zatímco při užívání heroinu často dochází k vymizení menstruace a žena se stává prakticky neplodnou, při užívání Subutexu se cyklus obvykle obnoví a nezřídka dojde k početí.

#### Očekávané, žádané účinky:

- útlum, spojený s euforií
- prožívání vnitřního klidu, vyšší tolerance ke stresujícím podnětům
- schopnost podat vyšší výkon
- analgetické působení

Účinky vedlejší a nežádoucí:

- někdy nezájem o sexuální zážitky, anorgasmie
- nápadné zúžení zornic (miosia)
- svědění kůže celého těla, spojené s poškrabováním
- pocit tepla
- poruchy spánku

Pro zevního pozorovatele nemusí být intoxikace Subutexem patrná. Efekt látky nastupuje pomalu, intoxikace připomíná opilost ([cit. 2009-02-25](d)).



## 5. NÁSLEDNÁ PÉČE

*„Droga samotná přestává být v určité fázi závislosti to nejdůležitější. Zbavit se jen jí není tak složité, protože pozitivní efekt zde již prakticky neexistuje. Daleko složitější je ale zbavit se zažitého stereotypu toxikomanského života.“*(Presl, 1995) A na tomto základě jsou založeny dnešní léčebné postupy. Proč ale dochází často po návratu z léčby k recidivě? Pro její krátké trvání. V léčbě se závislý naučí od drogy abstinovat a mluví se s ním o tom, že by měl změnit své návyky. Ale na nácvik změny není čas. O něco málo lépe na tom je člověk, který prošel terapeutickou komunitou, ale i tam byl stále v chráněném prostředí a abstinovat tam bylo v podstatě jednoduché. Pro člověka, který přijde z léčebny i pro toho, jež opustí terapeutickou komunitu, obzvláště pro člověka s dlouholetou „drogovou kariérou“, je nutná následná péče, kde dojde ke změnám stereotypu. Smyslem následné péče je pomoci závislému do tzv. normálního světa, pomoci mu vytvořit podmínky pro jeho abstinenci, naučit jej řešit problémy, které dříve, když drogy užíval, řešit nemusel a později během léčby od nich byl uchráněn. Tuto následnou péči závislému člověku nabízí, jak je uvedeno výše, AT poradny, denní stacionáře a doléčovací centra. Také některá kontaktní centra pořádají tzv. doléčovací skupiny. V neposlední řadě některé terapeutické komunity a psychiatrické léčebny nabízejí po absolvované léčbě klientům krátkodobé opakovací pobyty a doléčovací skupiny. V dalším textu se zaměříme podrobněji na doléčovací centra, neboť tato nemají následnou péči „pouze“ jako doplňkovou službu, ale jako službou stěžejní, jsou primárně zřizována jako zařízení specializovaná na následnou péči a reintegraci závislých osob.

### 5.1. Historie vzniku doléčovacích center v ČR

V kapitole „Historie toxikomanie“ je pojednáno o tom, že s drogami se lidstvo potýká prakticky od počátku své existence. S postupem času bylo nutné tento nebezpečný fenomén řešit. V novodobější společnosti působil větší potíže, vzhledem ke své snadnější dostupnosti, především alkohol. Nealkoholové drogy byly po dlouhé věky určeny jen velice úzkému okruhu lidí, který se ovšem, hlavně s rozmachem kolonialismu a proběhnutím světových válek, postupně rozšiřoval, až se nakonec v 60. letech 20. století stávají celosvětovým celospolečenským problémem, tedy i problémem tehdejší Československé socialistické republiky.

Na území českého státu se vědecká a lékařská obec zabývá léčbou závislosti již sto let. Zpočátku se jednalo pouze o závislost na alkoholu. Postupně svůj zájem zaměřuje i na jiné typy závislostí a vytváří se celá síť pomoci pro závislé osoby a osoby návykovými látkami ohrožené. K velkému zhuštění sítě dochází především po roce 1989. Vývoj přístupu k boji proti návykovým látkám a historii léčby závislosti v našich zemích jsou poměrně podrobně a přehledně zpracovány Doc. MUDr. Jaroslavem Skálou, CSc. (in Kalina, 2003(a)) a stručný nástin je proveden i v kapitole „Historie toxikomanie“. Vyberme ale přesto několik zásadních dat, která byla pro léčbu závislostí na území ČR stěžejní.

- 1909 - vzniká ve Velkých Kunčicích 1. protialkoholní léčebna na našem území. S příchodem 1. sv. války zanikla, ale v následujících letech vznikaly léčebny a poradny další.
- 1932 - přijat protialkoholní zákon, který zakazoval prodávat alkohol mladistvým a podnapilým a upravoval vydávání licencí k jeho prodeji.
- 1948 - přijat zákon o potírání alkoholismu, který mimo jiné umožňuje nařízení léčby.
  - vzniká 1. specializované lůžkové oddělení pro studium a léčbu alkoholismu při psychiatrické klinice LF UK – Apolinář.
- 1950 – zavedena ochranná protialkoholní léčba.
- 1951 – pražský magistrát zřizuje protialkoholní záchytnou stanici.
- 1962 – přijat zákon o boji proti alkoholismu, 120/62 Sb.
- 1966 – rozšíření sekce pro alkoholismus při ČLS J. E. Purkyně o nealkoholové toxikomanie (od r. 1992 je Společností pro návykové nemoci).
- 1971 – zahajuje svou činnost Středisko drogových závislostí při protialkoholním oddělení psychiatrické kliniky v Praze.
- 1966, 1973, 1978, 1994 – v Praze se konají mezinárodní konference o závislostech.
- 1990 – založena 1. nestátní nezisková organizace, která se zabývá problematikou závislostí na nealkoholových drogách- SANANIM.
- 1996 – SANANIM zahajuje činnost Doléčovacího centra s chráněným bydlením.
- od poloviny 90. let 20. st. vznikají po vzoru Anonymních alkoholiků a Anonymních narkomanů svépomocné skupiny.

- 2005 – přijat zákon 373/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami.

Jak v přehledu vidíme, trvalo téměř 90 let, než se v léčbě závislostí přešlo od prostého posilování abstinence k využívání sociální práce, tedy k takovým postupům, jež navrátí závislé osoby do normálního života a naučí je v něm setrvat. Od roku 1996, kdy bylo otevřeno první DC, jich do dnešního dne vzniklo dalších 17. Jejich přehled je uspořádán do tabulky v následující kapitole.

## **5.2. Doléčovací centra a současnost**

Všech 18 specializovaných zařízení pro následnou péči a integraci závislých osob je zřizováno nestátními neziskovými organizacemi. Nicméně následná péče patří mezi prioritní programy Mezirezortní protidrogové komise a jako taková je zařazena do její dotační politiky a do protidrogové politiky státu (Výroční zpráva 2001[cit. 2008-12-09]). Většina DC vznikala čistě jako resocializační centra pro osoby závislé na nealkoholových drogách. Postupně centra své programy a nabídky upravovala v závislosti na skladbě lidí, jež opouštěli léčebny a terapeutické komunity. Dnes nabízí pomoc také alkoholikům, patologickým hráčům nebo lidem s kombinovanou závislostí. Specifickou skupinou, vyžadující svébytný přístup, jsou závislé matky s dětmi. Všechna centra samozřejmě pracují, pokud je to možné a je zájem, i s rodinami závislých, některé z nich provozují pro jejich příbuzné a blízké kluby s přednáškami nebo společnými aktivitami, kluby pro děti plní zároveň i preventivní funkci. Většina DC nabízí klientům v omezeném čase ubytování v domech na půl cesty. Člověk se tedy pohybuje v „běžném světě“, chodí do práce, podle svého využívá svůj volný čas, ale vrací se do chráněného prostředí, které mu pomáhá díky nastaveným pravidlům rychleji se na svět bez drog adaptovat.

Přehled DC, jejich charakter (ambulantní/pobytová), druh klientely a počet klientů procházejících ročně doléčovacím programem ukazuje tabulka. Upozorňujeme, že letopočet udává vznik DC, ne vznik organizace, která DC založila. Tyto se nemusejí shodovat. Zpravidla DC vznikají později.

V mapě pak vidíme, rozmístění DC na území ČR. S pohledem na velké volné prostory

vyvstává na mysl možná zbytečná otázka, zda by zřízení dalšího (i několika) zařízení nemohlo zefektivnit léčbu závislých lidí z této oblasti. DC zcela chybí v krajích Karlovarském, Královéhradeckém, Pardubickém a Zlínském.

Tab.1. Doléčovací centra v ČR

Rok vzniku	Název	Lokalita	Ambulantně/ chráněné bydlení	Klientů za rok (průměr)	Předmět závislosti
1996	DC Sananim, o.s.	Praha	ano / ano	138	nealkoholové drogy a kombinace s alkoholem
1997	P-centrum- doléč. program a chrán. bydlení	Olomouc	ano / ano	32	návykové látky, gambling
1998	Centrum ambulantních služeb- doléč. pr. ADVAITA, o.s.	Liberec	ano / ano	15	návykové látky, gambling
1998	Resocializační zařízení pro ženy a matky s dětmi ohrožené závislostí	Český Těšín - Koňákov	ne / ano	11	návykové látky
1998	Středisko následné péče- chrán. bydl. Teen Challenge	Plzeň	ne / ano	11	nealkoholové drogy (muži 18 – 40 let)
1998	DC Circle of life	Třebíč	ano / ano	15	návykové látky, gambling
1999	Centrum následné péče Drop in	Praha	ano / ne	80	návykové látky, gambling
1999	DC Jamtana	Brno	ano / ano	75	návykové látky, gambling

2000	Magdaléna o.p.s- Následná péče CHRPA	Mníšek pod Brdy	ne / ano	22	návykové látky, gambling
2000	Centrum protidrogové prevence a terapie, o.p.s. – program následné péče	Plzeň	ano / ano	83	návykové látky
2002	Dům na půl cesty – DC Renarkon, o.p.s.	Ostrava	ano / ano	nezjištěn	nealkoholové drogy
2003	DC Sananim – pro matky s dětmi	Praha	ano / ano	22	nealkoholové drogy a kombinace s alkoholem
2006	Centrum následné péče Prevent, o.s.	České Budějovice	ano / ano	36	nealkoholové drogy a kombinace s alkoholem nebo hraním
2006	Magdaléna o.p.s- DC Podolí	Praha	ano / ano	20	návykové látky
2008	Děčínské doléčovací centrum	Děčín	ano / ano	19	návykové látky, gambling
2008	Ambulantní doléč. pr. s chráněným bydlením Restart	Jeseník	ano / ano	nezjištěn	návykové látky, gambling
nezjištěn	Resocializační institut Šance	Kladno	ne / ano	11	návykové látky, gambling (jen muži)
nezjištěn	Doléčovací program pro závislé ženy	Kladno	nezjištěn	nezjištěn	nezjištěn

MAPA

Tato práce vznikala za informační podpory dvou ve své podstatě podobných organizací, jež se zabývají drogovou prevencí, v rámci svých poraden, léčbou, ale především doléčováním a resocializací závislých lidí. Jedná se o olomoucké P-centrum a brněnské sdružení Podané ruce. Obě tyto organizace provozují v místě svého sídla doléčovací centrum s chráněným bydlením. Pro poskytnuté informace a spolupráci při získávání potřebných dat považujeme za důležité na následujících stránkách blíže popsat ze všech doléčovacích center právě tato dvě.

### **5.3. P-centrum**

P-centrum vzniklo jako odborné zařízení pro prevenci, léčbu a integraci osob ohrožených drogovou závislostí. Postupně rozšiřovalo svou působnost a v současné době poskytuje preventivní, ambulantní a následnou péči osobám s diagnózou „škodlivé užívání návykových látek“ a „závislost na návykových látkách“, tedy podle MKN - 10 diagnóza F10.1 – F19.1 a F10.2 - F19.2. Čtyři terapeuti, jedna sociální pracovnice, dva pracovní terapeuti, dva pracovníci příjmové služby a paní ředitelka zajišťují služby v primární, sekundární i terciární prevenci závislostí.

#### **5.3.1. Historie P-centra**

Vzniku P-centra předcházelo v roce 1994 založení nestátní občanské společnosti pro prevenci, léčbu a rehabilitaci osob ohrožených drogovou závislostí Sananim se sídlem na Dolním náměstí v Olomouci. (Název byl změněn až v roce 2000). K poradenství a ambulantní léčbě postupně přibývaly programy pro děti závislých rodičů, přednášky pro učitele ZŠ a SŠ v olomouckém okrese a terénní programy pro uživatele drog. Posledně jmenované byly koncem roku 1997 předány Kontaktnímu centru.

V letech 1995 – 1997 probíhala rekonstrukce domu v Lafayeteově ulici č.9, kam se zařízení přesunulo a se zvětšením prostor došlo také k dalšímu rozšíření služeb. Svou činnost začal Socioterapeutický klub pro děti závislých rodičů a děti psychosociálně ohrožené, středisko začalo nabízet preventivní programy pro děti a mládež a v neposlední řadě byla péče o ohrožené osoby rozšířena o následnou péči a prevenci relapsu a s tím související chráněné bydlení a rekvalifikační program v chráněné řezbářské a truhlářské dílně a dále v oborech kuchař a prodavač-galerista. Také byla zahájena činnost galerie a čajovny U mloka (Jakubcová, 2008).

Jejím cílem je otevírat P-centrum širší veřejnosti. Je to místo neformálního setkávání a prezentace výtvarných, hudebních a literárních aktivit mladých lidí (Propagační materiál P-centra).

Od roku 2002 dochází k posunu v zaměření od uživatelů drog a závislých na drogách také k experimentátorům a k osobám ohroženým jinými typy závislostí - alkohol a gambling (Výroční zpráva P-centra, 2003).

V roce 2003 získalo P-centrum akreditaci MŠMT na dlouhodobé vzdělávání pedagogů-metodiků prevence (Výroční zpráva P-centra 2007). V tomtéž roce mění Socioterapeutický klub název na Dětské denní centrum a od roku 2005 nabízí své služby také rodičům dětských klientů (Jakubcová, 2008).

V roce 2006 a 2007 P-centrum realizovalo za podpory EU dva evropské projekty. Projekt SROP umožnil rekonstrukci bytu, jež je mimo vlastní P-centrum a v němž klienti bydlí ve druhé fázi programu. Projekt OPRLZ - integrace klientů na trh práce (financování terapeutické práce na tomto druhém chráněném bydlení, cílem bylo zajištění rekvalifikačních kurzů pro klienty a jejich následné uplatnění na volném trhu práce). V těchto letech se také P-centrum zapojuje do tří projektů ve spolupráci s UP Olomouc (Centrum inovativního vzdělávání), Kappa-Help Přerov (Vzdělávací kurz pro školní metodiky prevence), Pedagogicko-psychologickou poradnou Olomouckého kraje (Vzděláváme se, abychom lépe rozuměli) (Výroční zpráva P-centra, 2007).

V roce 2007 byla z důvodů změny struktury klientů a následného nezájmu o rekvalifikaci tohoto typu zastavena činnost chráněné dílny.

V průběhu let se rozvinula úzká spolupráce P-centra nejen se základními a středními školami v olomouckém okrese a s UP Olomouc, ale také s Krajským úřadem Olomouckého kraje, s Magistrátem města Olomouce a s Úřadem práce v Olomouci. V roce 2004 se P-centrum dokonce podílelo na přípravě krajského protidrogového plánu (Jakubcová, 2008). Nesmíme opomenout také spolupráci s hepatologickou poradnou II. interní kliniky a s Psychiatrickou klinikou FN Olomouc.

### **5.3.2. P-centrum dnes**

Cílem činnosti P-centra je jednak pomáhat lidem ohroženým drogovou či jinou (alkohol, automaty) závislostí v obnovení jejich rodinných vztahů, nalezení a udržení práce, v začlenění do většinové společnosti a dále také pracovat v oblasti prevence závislostí a problémového chování dětí, mládeže i dospělých, zájemcům zprostředkovává kontakty se sítí zdravotnických a sociálních služeb. Tyto cíle P-centrum naplňuje prostřednictvím jednotlivých sekcí:



- Primární prevence
- Dětské denní centrum
- Program ambulantní léčby a poradenství
- Doléčovací program a chráněné bydlení
- Galerie U mloka

V roce 2007 sekce primární prevence uspořádala 246 akcí pro žáky, studenty, rodiče, pedagogy, rizikové skupiny a vojáky, jichž využilo celkem 6517 účastníků.

Programu Dětského denního centra se v roce 2007 účastnilo 37 klientů ve věku od 6 do 15 let (průměr 12,46 roku).

Ambulantní program využívá ročně okolo 120 klientů. Jejich průměrný věk je 26,8 let a zneužívanou látkou je především pervitin a dále marihuana a alkohol.

Doléčovacím programem projde ročně okolo 32 klientů. Jejich průměrný věk činí 26,6 let a zneužívanou látkou je hlavně pervitin, heroin a alkohol.

V Galerii U mloka proběhlo v roce 2007 8 výstav, 32 workshopů pro děti a mládež olomouckého regionu, festival básníků a ve spolupráci s Člověkem v tísní a Francouzským centrem se rozvíjí filmový klub (Jakubcová, 2008 , Výroční zpráva P-centra 2007).

V následující kapitole se podrobněji zaměříme na průběh doléčovacího programu. Kapitola byla napsána na základě sumarizace informací z Maierová , E. 2008, Průvodkyně Doléčovacím centrem P-centrum Olomouc a z rozhovorů s pracovníky P-centra.

### **5.3.3. Doléčovací program**

Program je určen pro osoby z celé ČR ve věku od 18 let se závislostí na návykových látkách, které absolvovaly minimálně tříměsíční rezidenční léčbu, jsou motivováni k dlouhodobé abstinenci a návrat do původního místa bydliště je pro ně ohrožující. Jsou to osoby, které potřebují podporu při zvládnutí života bez drog a pomoc v jejich sociálním začleňování. Služba je poskytována všem bez rozdílu věku, pohlaví nebo typu závislosti. Pouze z důvodu charakteru budovy nemůže být poskytnuta osobám s těžkým fyzickým postižením.

Obvyklá délka programu je 6 měsíců, program však může být i kratší nebo delší, podle

potřeb klienta. Minimální délka programu je 3 měsíce, klient může o dřívější ukončení požádat pokud má bydlení mimo P-centrum a stálou práci. Služby doléčovacího programu je možné využívat i po jeho skončení na základě individuální dohody. Na rozdíl od léčby, nejsou klienti v pracovní neschopnosti, ale hledají si práci, případně studium v Olomouci.

Mimoolomouckým klientům a Olomoučanům, kteří nemají uspokojivé bydlení, nabízí P-centrum chráněné bydlení. Jeho kapacita je 12 lůžek a je proto nabízeno přednostně klientům, kteří nemají zkušenosti se samostatným bydlením. Bydlení má charakter domu na půl cesty. Je to jakási obdoba ve Francii již dlouhá léta běžných terapeutických bytů nebo hostitelských rodin, kde se klient učí samostatnosti, a také slouží k zamezení citové izolace závislé osoby a poskytuje pomoc osobě, snažící se bojovat se svou závislostí vymanit se z výlučného vlivu starého prostředí, které často svým dílem ke vzniku závislosti přispělo (Bergert, 1995). Službu chráněného bydlení je možné využívat pouze ve spojení s doléčovacím programem. Ubytování je dvoufázové, poskytované na dobu 4 měsíců, vždy po svou měsících v budově P-centra a v budově v Kateřinské ulici nedaleko P-centra. Má umožnit sociální stabilizaci klienta, naučit se sám (nebo se spolubydlícími) se o sebe starat, naučit se hospodařit s penězi a postupně si najít bydlení své vlastní mimo P-centrum. Klienti na náklady spojené s bydlením přispívají, ostatní služby jsou bezplatné.

Do doléčovacího centra se nastupuje zpravidla v pondělí. Klient je seznámen s budovou, s provozem, dostane klíč od pokoje, peřiny a povlečení a večer se ihned účastní první skupiny, kde se představí a řekne něco o svých plánech. Druhý den se setká se sociální pracovnící, s níž vyplní osobní spis a domluví se na předpokládané spolupráci. Během prvního týdne proběhne první konzultace s osobním garantem, který je průvodcem klienta po celou dobu programu. S garantem sepíše dohodu o poskytování služeb a vytvoří plán práce na první dva týdny. Klient se ihned zapojuje do všech aktivit (klub, tematické skupiny, domovní skupiny). Očekává se, že během prvního týdne se zorientuje v Olomouci, seznámí se s ostatními klienty doléčovacího programu a s programem samotným, najde si praktického lékaře a začne se připravovat na shánění práce. S vyřízením kontaktního místa na úřadě práce, sestavením případných splátkových kalendářů, s kontaktováním probační a mediační služby, s vyřízením sociálních dávek klientovi apod. klientovi pomůže sociální pracovnice, ta ho také objedná do jaterní poradny na testy. V průběhu prvních tří týdnů klient společně se svým garantem vypracuje terapeutický kontrakt (vychází z představ, plánů a potřeb toho kterého klienta, čeho chce dosáhnout, co chce na sobě změnit, jak toho hodlá docílit, kdo mu má pomoci..., podle potřeby se kontrakt aktualizuje a jednou za 14 dní se na skupině hodnotí), který představí ostatním na pondělní skupině. Očekává se, že v této době již klient začne pracovat v zaměstnání, nebo jako dobrovolník.

Povinnou součástí doléčovacího programu jsou skupiny (hodnotící, dynamická a tematická), jednou týdně konzultace s garantem a alespoň jednou týdně aktivně strávený volný čas (úterní kluby). Případné individuální změny v účasti v programu (např. z důvodu rekvalifikace nebo pracovní doby) je nezbytné předem projednat s garantem. Pokud klient nemůže přijít na skupinu nebo na dohodnutou konzultaci, jeho povinností je omluvit se svému garantovi, popř. dalšímu členovi terapeutického týmu. Aktivní účast na programu znamená, že klient je aktivní, pracuje na sobě, kriticky uvažuje o svém chování a postojích, usiluje o řešení svých sociálních a právních problémů, sdílí s ostatními své problémy, pocity, je vnímavý k druhým klientům atd.

V programu je zásadně nedoporučeno konzumování drog (včetně alkoholu, marihuany a léků nepředepsaných lékařem). Případné požití je považováno za relaps a klient má povinnost tuto skutečnost oznámit do tří dnů svému garantovi a také ostatním klientům na nejbližší dynamické skupině. Neoznámení relapsu ve stanovené lhůtě nebo příchod do chráněného bydlení pod vlivem alkoholu či jiných drog je důvodem k vyloučení z programu. V případě relapsu klient na skupině oznámí souvislosti a průběh relapsu a ve spolupráci s ostatními členy skupiny hledá chyby ve svém chování, které jej k relapsu dovedly. Zda relaps povede k pravidelnému brání drogy nebo jestli jde o jednorázovou událost, kterou se podaří zvládnout není předem dané. Záleží na reakci a další práci klienta na sobě. Důvodem k vyloučení z programu je také krádež a násilí na chráněném bydlení nebo trestná činnost páchaná i mimo P-centrum.

Klienti, i neubytovaní, neboť všichni mají do budovy přístup, se musí řídit domovním řádem. Ubytovaní náležitě pečují o své pokoje a společné prostory. Podrobují se namátkovým kontrolám na přítomnost alkoholu nebo jiné drogy. Kouření cigaret je povoleno ve vymezených prostorech. Klienti mají k dispozici kuchyňku, pračku, PC s internetem, mají možnost vypůjčení sportovního (kolo, loď, míč) nebo tábornického (spacák, stan, batoh) náčiní, za příspěvek 10,- Kč mohou využít služeb externí fyzioterapeutky (masáž, relaxace).

Pokud klienti postupují podle svého kontraktu, účastní se pravidelně nabízených aktivit a to vše aktivně a s dávkou motivace, mají velkou šanci na řádné ukončení programu a na nový život bez drogy. Cílem programu je klient, který vede důstojný život, má stálou práci a bydlení, ve své práci nalézá uspokojení, má uspokojivé partnerské a rodinné vztahy, má známé, kteří neberou drogy a sám drogy neužívá, je sám se sebou spokojen.

## **5.4. Podané ruce, o.s**

Občanské sdružení Podané ruce sídlí v Brně na Francouzské ulici. Pomáhá lidem v tíživé životní situaci s řešením jejich drogového problému a působí tak, aby tento problém pokud možno nevznikal. Zároveň chrání společnost před možnými negativními důsledky zneužívání návykových látek. Je to tedy společnost, která svou činností působí v oblasti primární, sekundární i terciární prevence závislosti.

Poskytuje sociální služby v šestnácti místech na Moravě:

1. Speciální prevence (Brno)
2. Péče o uživatele drog ve vazbě a výkonu trestu - Drogové služby ve vězení (Brno)
3. Práce s klienty v konfliktu se zákonem (Olomouc)
4. Kontaktní centrum Drug Azyl (Brno)
5. Denní psychoterapeutické sanatorium Elysium (Brno)
6. Kontaktní centrum v Olomouci
7. Víceúčelové kontaktní centrum Želva v Prostějově
8. Kontaktní centrum Charáč (Uherské Hradiště)
9. Nízkoprahový klub pro děti a mládež PVC Blansko
10. NZDM KudyKam (Olomouc)
11. Doléčovací centrum Jamtana (Brno)
12. Terapeutická komunita Podcestný Mlýn
13. Terénní programy Brno
14. Víceúčelová drogová služba na Blanensku (Blansko)
15. Drogová služba Vyškov
16. Terénní programy Olomouc

### **5.4.1. Historie Podaných rukou, o.s.**

V 80. letech 20. století působila v Brně tajná neformální skupina lidí, kteří za sebou měli drogovou kariéru. Skupina byla pronásledována STB a podporována katolickou církví. V roce

1991 tyto lidé založili nadaci Podané ruce. Díky této nadaci byl otevřen první resocializační program pro závislé občany na Moravě, zahájena činnost K centra v Olomouci, započaly terénní práce v bytech moravských uživatelů, proběhl bezplatný výcvik personálu pro terapeutickou komunitu. V roce 1994 bylo založeno občanské sdružení Podané ruce, které všechny aktivity nadace převzalo. Postupem času sdružení navázalo intenzivní spolupráci s Diecézní charitou Brno, zahájilo činnost Centra prevence, kde spolupracovalo se Školským úřadem, byla otevřena TK Podcestný Mlýn v Kostelním Vydří, zahájen program Denního psychoterapeutického sanatoria Elysium v Brně, otevřeno DC Jamtana, kontaktní centra v Uherském Hradišti, Znojmě a Prostějově a mnoho dalších aktivit a programů. Za zmínku stojí také otevření pobočky Podaných rukou ve Velké Británii, jejímž cílem je především předávání informací a zkušeností v léčbě závislostí mezi „západem a východem“. Neméně zajímavá a prospěšná byla účast na projektu "Breaking the Circle", který měl pomoci při rozvoji služeb pro drogově závislé v Afghánistánu. Projekt, který byl Evropskou unií podpořen částkou 270 000 Euro, realizovalo Sdružení Podané ruce, o.s. ve spolupráci s Sananim, o. s., Berkat, o.s., italskou neziskovou organizací CEiS (Centro Italiano di Solidarieta) a humanitární organizací VARA. Proběhl v letech 2004 – 2006 (Historie sdružení Podané ruce, o.s. [cit. 2009-03-30]).

#### **5.4.2. Doléčovací centrum Jamtana**

V roce 1999 otevřelo sdružení Podané ruce Doléčovací program. Nejprve program fungoval v omezené podobě. Teprve v dalším roce se získáním budovy na Francouzské ulici v Brně mohlo být otevřeno DC s chráněným bydlením prakticky takové, jaké je dnes (samozřejmě proběhly stavební úpravy interiéru, aby byly prostory budovy využity co nejefektivněji). Něž tuto budovu sdružení získalo, sloužily k chráněnému bydlení klientů doléčovacího programu prostory Domu na půl cesty, s nímž se program sloučil. Již v prvním roce činnosti Doléčovacího centra využilo jeho služeb 19 klientů, z toho 5 využilo i chráněné bydlení. V roce 2007 již služeb centra využilo 30 klientů, z nichž 26 bydlelo na chráněném bydlení. Postupně se také mění skladba klientů. Z počátku šlo spíše o mladší ročníky okolo 20 let, závislé především na heroinu a pervitinu (1:1). Dnes převažuje jako hlavní droga pervitin nad heroinem (6 : 1), ale v programu jsou také klienti starší (třicátníci), kteří se potýkají hlavně se závislostí na alkoholu.

Chod programu zajišťují dva psychoterapeuti, dva socioterapeuti, odborný ředitel a externí supervizor. Program je určen pro abstinující klienty s různým typem závislosti starší 15 let, kteří

prošli některou formou léčby. Pokud chtějí využít chráněného bydlení, je nutný minimální věk 18 let. DC spolupracuje se svými sesterskými organizacemi v rámci Podaných rukou. Svou činností navazuje na TK Podcestný Mlýn a naopak klienti, kteří předčasně ukončí program, mohou pokračovat ve stabilizaci svého života v psychoterapeutickém sanatoriu Elysium. Ale DC nabízí své služby i pacientům po léčbě v psychiatrické léčebně Černovice a eviduje žádosti a následně přijímá klienty z celé ČR.

Od počátku je základní ideou dovedení klienta k samostatnosti, k úspěchu ve vlastním samostatném životě. Počáteční pomoc při jednání s úřady, vyřízení dokladů, hledání práce a smysluplného trávení volného času apod. je postupně eliminována a klient je nucen sám si zjišťovat běžné informace a zvládat všední situace a problémy. Ruka je mu tedy podána, ale nemůže za ni být jen pasivně veden. Pro úspěšný život bez drog je nutné porozumění a podpora nejbližších osob. Základem práce s klienty je individuální a skupinová terapie. Ale DC se snaží zapojit do procesu terapie také partnery/partnerky klientů nebo celé blízké rodiny. Průběh programu je prakticky stejný jako v P-centru. Tedy osobní garant, terapeutický kontrakt, individuální a skupinové terapie, hledání zaměstnání a vlastního bydlení, dodržování domovního řádu... to vše člověka přibližuje k cíli, jímž je spokojený život bez drog (rozhovor s pracovníky DC Jamtana).

## 6. VÝZKUM

### 6.1. Vymezení cíle

Nyní již máme přehled o tom, jak se člověk může stát závislým, jaké má možnosti léčby a jak pracují doléčovací centra, která spolu s ambulantní následnou péčí proces léčby zakončují. Jak je ale zřejmé z názvu práce, jejím cílem je vytyčení významu doléčovacího programu pro socializaci osob ohrožených drogovou závislostí. V předchozím textu již bylo nastíněno, jaká je role doléčovacích programů v procesu léčby. Určitý význam doléčovacích programů je nesporný. Pokud by tomu tak nebylo, nebyly by podporovány v rámci národního protidrogového programu. Určitě tedy mají svůj podíl na socializaci nebo resocializaci osob závislých na návykových látkách a nemůže být pochyb o zásluze doléčovacích programů při zvyšování úspěšnosti léčby závislostí. My jsme se zaměřili na tuto otázku blíže a na to, v čem konkrétně doléčovací programy pomáhají, jsme se ptali samotných klientů doléčovacích center.

Pro úplnost si ujasněme výrazy „socializace“ a „resocializace“. Jak je uvedeno v internetové encyklopedii Wikipedie, socializace (lat. *socialis* = společný) je sociologický pojem, který označuje proces, během kterého se jedinec začleňuje do společnosti. Probíhá-li socializace úspěšně, individuum má v sobě zakotveny sociální normy, hodnoty, vystupování, ale rovněž sociální role svého společenského a kulturního okolí (Socializace, [cit. 2009-05-18]).

Podle téže encyklopedie resocializaci můžeme chápat jako přijetí nových norem a hodnot, které jsou většinou spojené s novým sociálním postavením, jež člověk získává – např. stane-li se rodičem, zaměstnancem nebo vojákem. Občas se definice tohoto pojmu zkracuje na pouhé znovuuvedení resp. znovuzakotvení do společnosti. Resocializaci řeší často psychologové např. s propuštěnými vězni, kteří se navrací zpět do společnosti (Resocializace, [cit. 2009-05-18]).

Je tedy nutné, aby závislý člověk, který se chce začlenit do společnosti, přijal její normy a hodnoty- musí se tzv. socializovat. Pokud se potřebuje začlenit do nové společnosti, jedná se o socializaci, pokud se potřebuje navrátit do společnosti, z níž ho v minulosti vytlačila droga, jedná se o resocializaci.

## 6.2. Formulace hypotéz

Na počátku výzkumu jsme si položili zásadní otázku: „V jakém případě by mohl být člověk šťastný, kdy by se mohl cítit spokojený, co k tomu potřebuje, aby už nemusel a nechtěl sahat po droze, aby se mohl cítit plnohodnotnou součástí společnosti i bez drogy, tedy, aby byl řádně socializován?“ Určitě se shodneme na tom, že potřebuje zdroj peněz, který mu zajistí materiální potřeby a dále potřebuje mít se na koho obrátit, mít s kým trávit volný čas, mít někoho, kdo mu rozumí, kdo ho má rád. Prvním klíčem ke spokojenosti je tedy podle nás stálá práce, tím druhým jsou přátelé. Na konci celého výzkumu by tedy měla být odpověď na otázku, zda doléčovací programy klientům tyto klíče poskytují. Tuto otázku jsme zakotvili do následujících dvou hypotéz, které díky spolupráci klientů některých doléčovacích center potvrdíme:

H10: Doléčovací program pomáhá jeho klientům nalézt a udržet si práci.

H1a: Doléčovací program pomáhá jeho klientům nalézt přátele mimo drogovou scénu.

## 6.3. Užití metody k získání výzkumu

Základem celé práce bylo na jedné straně studium literatury ( a to jak odborné, tak řekněme populárně naučné) a internetových pramenů zabývajících se příslušnou tematikou, na straně druhé využití poznatků nabytých v rozhovorech s terapeutky a klienty P-centra v Olomouci a doléčovacího centra Jamtana v Brně, ale také s pracovníky Léčebny návykových nemocí v Nechanicích během studijní praxe. Na podkladě těchto informací byla vytvořena teoretická část, kde se můžeme uceleně seznámit s tím, co je to závislost, jak vzniká a jak a kde se léčí.

I když poznatky získané z osobních rozhovorů byly využity také při vypracování praktické části, hlavní výzkumnou metodou použitou k získání dat k vlastnímu výzkumu byla metoda dotazníková. Pomocí ní jsme se ptali samotných uživatelů služeb doléčovacích center na otázky, které měly potvrdit, případně vyvrátit hypotézy vyslovené výše. Dotazníková metoda byla zvolena, kromě rychlého získání potřebných údajů zároveň od většího počtu respondentů,



z důvodu zachování anonymity klientů doléčovacích center. Tito lidé prošli nějakou formou pobytové léčby, kde se neustále zpovídali ze svých problémů, zážitků, motivů, snů, úspěchů a neúspěchů atp. V doléčovacím centru se nadále účastní několika skupinových i individuálních terapií týdně, kde se otevírají svým terapeutům a spoluklientům. Terapeuti a ostatní klienti jsou ale lidé „plující s nimi na jedné lodi“. Ke zpovědi před cizím člověkem mají klienti doléčovacích center, až na výjimky, zpravidla averzi. Ponecháme-li jim však volbu, zda vyplní nebo nevyplní anonymní dotazník, většinou ho vyplní.

Dotazník (viz příloha) se skládá ze čtrnácti položek:

- položka 1. – 3. zjišťuje obecné základní informace (pohlaví, věk, předmět závislosti), abychom měli představu, jaký člověk dotazník vyplňoval a mohli vyvodit obecnější závěry.
- položka 4. zjišťuje, jak dlouho již je daný člověk klientem doléčovacího centra, což může pomoci vysvětlit některé odpovědi.
- položky 5. – 10. zjišťují informace k potvrzení či vyvrácení první hypotézy, ptají se tedy na to, zda člověk pracuje a zda si chce tuto práci udržet i do budoucna.
- položky 11. – 14. zjišťují informace k potvrzení či vyvrácení druhé hypotézy, ptají se tedy na přátele klientů.

V dotazníku byly použity tři typy položek, abychom získali co nejširší odpověď a klienty dotazníkem časově ani emocionálně příliš nezatěžovali. Byly využity jak přímé otázky, tak možnost volby z předepsaných odpovědí a také výběr míry souhlasu či nesouhlasu s uvedeným tvrzením.

V úvodu dotazníku jsou klienti seznámeni se způsobem vyplňování a jsou upozorněni, že uvedené informace jsou důvěrné a anonymní. Klientům, jimž jsme dotazníky předkládali k vyplnění osobně, bylo navíc vysvětleno ústně, jak dotazník správně vyplnit.

## **6.4 Popis výzkumu**

Ke spolupráci v šetření byli svolní klienti DC Jamtana v Brně a DC P-centra v Olomouci, jimž byly dotazníky předány osobně a bylo jim vysvětleno, jak se má dotazník správně vyplnit, za jakým účelem a jak s ním bude naloženo (je důvěrný, anonymní a čistě pro účely vypracování bakalářské práce). V době šetření bylo v programu Jamtany 9 klientů, z nichž 7 dotazník vyplnilo. V programu P-centra bylo klientů 11, z nichž vyplnilo dotazník 8.

Dále bylo osloveno s žádostí o účast ve výzkumu 7 doléčovacích center prostřednictvím e-mailu. Doléčovací centra byla vybrána tak, aby byla rovnoměrně zastoupena klientela z celého území ČR (i když to může být zavádějící, neboť klienti nezhřídkou užívají služeb doléčovacích center mimo své bydliště ve snaze utajit co možná nejvíce svou závislost a do svého bydliště se vrací s „čistým štítem“). Jednalo se o doléčovací centra v Praze, Děčíně, Liberci, Plzni, Ostravě, Českých Budějovicích a Jeseníku. Těmto centrům byl zaslán vysvětlující dopis s žádostí o pomoc ve výzkumu a s dotazníkem v příloze. Odpověděla a na spolupráci přistoupila čtyři doléčovací centra a sice doléčovací centrum v Praze, Liberci, Děčíně a Ostravě. Doléčovacímu centru Magdaléna o.p.s. Praha-Podolí byly dotazníky následně poslány poštou, Centrum ambulantních služeb – DC ADVAITA Liberec, Centrum sociálních služeb Děčín a DC Renarkon Ostrava si dotazníky vytiskly z přílohy v e-mailu a vyplněné zaslaly poštou zpět. Do Magdalény o.p.s. Praze - Podolí bylo zasláno 9 dotazníků a vyplnilo je 8 klientů. V DC ADVAITA, o.s. Liberec bylo osloveno 11 klientů a 6 vyplněných dotazníků bylo doručeno zpět, v Centru sociálních služeb Děčín bylo osloveno 8 klientů a na spolupráci jich přistoupilo 7. Z Ostravy se vrátilo 6 vyplněných dotazníků. Celkem tedy máme k dispozici 42 dotazníků, jež jsou vyhodnoceny v následující kapitole.

## 6.5. Výsledky výzkumu

Dotazníky byly vyhodnocovány postupně podle jednotlivých položek. Popis výsledků je doplněn o zřehledňující tabulky, které utvářejí lepší představu o odpovědích klientů. Většina odpovědí znázorňuje počet klientů, jež danou odpověď uvedlo a my si můžeme jednotlivé odpovědi porovnat a vyvodit obecnější závěry. Některé položky jsou zpracovány i podle doby pobytu v doléčovacím programu, neboť tento ukazatel lépe dokládá skutečný význam programu.

### *Položky: Jakého jste pohlaví? a Kolik je vám let?*

Nejprve si uděláme přehled o tom, v jakém věkovém složení jsou klienti doléčovacích center a v jakém poměru jsou muži a ženy. Následující tabulka ukazuje, že více než dva krát převládají muži nad ženami a že se v nadpoloviční většině jedná o mladé lidi mezi 20 a 29 lety. Věk je jistě dán způsobem života narkomanů. Se staršími narkomany se setkáme spíše výjimečně. Buď už mají svou drogovou kariéru za sebou a abstinují, nebo v tom horším případě,

již nežijí. Mladší narkomani, jak víme, také existují, ale ještě nedospěli do stadia, kdy by se chtěli léčit, či se léčit chtějí (nebo je nutí rodina, soudy apod.), ale není pro ně dostatek zařízení, kde by se léčit mohli a kde by se především mohli později doléčit. Většina doléčovacích center je pro lidi starší 18 let (případně starší 16 let, ale ti nemají možnost využít chráněné bydlení, pouze ambulantní konzultace).

Tab. č. 2. Počet klientů v jednotlivých věkových kategoriích

Pohlaví	Počet klientů				
	Do 20 let	20 – 24 let	25 – 29 let	30 -34 let	35 let a více
Ženy	1	6	4	2	0
Muži	2	7	6	11	3
Celkem	3	13	10	13	3

Položka: Předmět vaší závislosti

Co se týká drogy, na níž jsou klienti doléčovacích center závislí, potvrzuje se všeobecně rozšířené mínění veřejnosti o České republice jako o „pervitinové mocnosti“. Většina námi dotázaných klientů je závislá na pervitinu nebo na pervitinu v kombinaci s jinou látkou (většinou s alkoholem nebo heroinem, často byla uváděna také marihuana). U kombinací 3 a více látek je však otázkou do jaké míry se jedná u jednotlivých substancí o závislost a do jaké míry uživatelé nahrazují látku, na níž jsou opravdu závislí v době jejího nedostatku nebo jsou užívány pro umocnění účinku hlavní drogy. Ve dvou případech se v kombinaci objevil také kokain, ve dvou případech hrací automaty, v jednom případě se objevilo časté užívání extáze a v jednom případě se klient léčil pouze ze závislosti na marihuaně. Odpovědi klientů na předmět jejich závislosti jsou zpřehledněny v tabulce č. 3. Číslo před závorkou uvádí počet klientů, kteří jsou závislí pouze na té jedné látce. Číslo s písmenem „K“ uvedené v závorce udává počet výskytů v kombinaci s jinou látkou.

Tab. č. 3. Předmět závislosti klientů v doléčovacích programech

Pohlaví	Pervitin	Heroin	Subutex	Benzodiazepamy	Alkohol	Kombinace
Ženy	4 (+ 3K)	1 (+ 4K)	0 (+ 5K)	0 (+ 4K)	1 (+ 2K)	6
Muži	6 (+ 19K)	0 (+ 10K)	0 (+ 6K)	0 (+ 6K)	1 (+ 12K)	23
Celkem	10 + (22K)	1 + (14K)	0 + (11K)	0 + (10K)	2 + (14K)	29

Položka: Co vás vedlo k nástupu do programu?

Tato dotazníková položka zjišťovala motivaci klientů k nástupu do programu. Co je vlastně vedlo po ukončení léčby v léčebně nebo terapeutické komunitě k jejímu pokračování. Dotazník nabízí respondentům několik odpovědí, z nichž 2 mohli označit a celkový výsledek znázorňuje tabulka č. 4.

Tab. č. 4. Motivace k nástupu do doléčovacího programu

Motivace	Počet klientů
Dokončení toho, co jsem započal v léčbě	38
Možnost bydlení	13
Pomůžou mi najít práci	0
Najdu zde přátele	3
Bylo mi to nařízeno	2
Jiný důvod	7

Jak je z tabulky č. 4 zřejmé, naprostá většina respondentů před nástupem do doléčovacího programu očekávala jakési upevnění toho, co započali v léčbě. Již výše v textu v kapitole 5. „Následná péče“ bylo uvedeno, že léčebna ukáže člověku, co je potřeba změnit, aby se změnil i jejich život a doléčovací program ukáže, jak to změnit a s konkrétními kroky ke změně pomůže. Doléčovací program dává tedy čas, kdy si závislý člověk může osvojit jiné přístupy k životu, jiné postupy jednání, má možnost přebudovat svůj žebříček hodnot. Je potěšující, že klienti do doléčovacího programu nastupují s vidinou upevnění toho, co jim bylo nastíněno v léčebně nebo toho, co započali v terapeutické komunitě. Je to hlavní účel doléčovacích programů a to, že si to uvědomují i klienti, jen poukazuje na velký význam programů.

Nemalé zastoupení v motivaci k nástupu do doléčovacího programu má i odpověď „možnost bydlení“. Lidé, opouští léčebnu nemají peníze, nemají práci, nemají se často kam vrátit, jsou velice osamělí, nemají přátele, k návratu k původním rodinám si často musí znovu vybudovat svým dřívějším způsobem života rozbitou cestu. Většina klientů nikdy sama nežila. V době adolescence nebo i dříve propadli drogám, odešli nebo byli vyhozeni z domova, žili na ulici, neumí se o sebe postarat, neumí hospodařit. Možnost bydlení, byť na omezenou a ne příliš dlouhou dobu, ale za minimální náklady, je určitě velká pomoc a usnadňuje člověku postavit se pevně na vlastní nohy.

V kolonce „jiný důvod“ byly uvedeny odpovědi jako „posílení jistoty“, „zpětná vazba od klientů“, „snazší přechod do reality“, „naučit se řešit problémy“. Zdá se, že spíše než

na otázku motivace k nástupu jsou to odpovědi na nevyslovenou otázku, co klientům program skutečně dal. Odpovědi tohoto typu dávali lidé, kteří byli v programu již déle než šest měsíců. Je to tedy velice pravděpodobné. Ovšem jistě jsou to pozitivní odpovědi zvláště pro pracovníky doléčovacích center.

Jedna z odpovědí byla „opakovaná recidiva“. Znamená to tedy, že klient prošel několika léčbami, ale nepodařilo se mu setrvat v abstinenci. Možná je to právě výše zmíněným nenaucením se, jak abstinovat. Bezprostředně po léčbě se ocitl v tzv. reálném světě, jehož nároky nedovedl řešit. Tento klient je nyní v doléčovacím programu déle než 6 měsíců. Je tedy na dobré cestě k abstinenci neboť využil možnosti naučit se jiným způsobům jednání, jiným způsobům trávení volného času atd., a to způsobům, v nichž není místo pro drogu.

Jeden z klientů uvedl jako jeden z důvodů pobytu v doléčovacím centru to, že nemůže být ve svém městě. To upozorňuje na problém, že doléčovacích center je málo a jsou v republice celé kraje (viz mapa v kapitole 5.2.), v nichž doléčovací centrum chybí. Někteří závislí lidé by rádi během svého doléčování byli doma a na terapii docházeli ambulantně.

#### Položka: Pracuji...

Stěžejní otázkou našeho výzkumu je to, zda klienti pracují. V doléčovacím programu se předpokládá a očekává, že klient si najde co nejdříve práci (alespoň brigádu nebo i činnost dobrovolnickou, pokud má příjmy např. z rodiny), splácí své dluhy, jež ho z minulosti dostihly a učí se hospodařit s penězi. Nalezení práce a chození do ní je velice kladně hodnoceno nejen terapeutickým personálem, jež tento přístup započítává do výčtu nutného aktivního přístupu k léčbě, ale také širší veřejností, která pracujícího narkomana (buť ve fázi léčby) dokáže tolerovat lépe než toho, který nepracuje.

Tab. č. 5. Druh práce

<b>Druh práce</b>	<b>Počet klientů</b>
Brigádně	4
Zaměstnanec	21
Živnostník	3
Nepracuje	14

Ti, kteří nepracují ( 14 klientů), jsou v programu krátce (max. 4 týdny) a práci si ještě najít nestačili nebo pravděpodobně mají k nepracování závažný důvod neboť, jak je uvedeno výše,

nepracovat je považováno za laxní přístup ke své léčbě a v kombinaci s jinými prohrašky může vést k vyloučení z léčby. Dvě klientky nepracuje z toho důvodu, že jsou v současné době na rodičovské dovolené a dále jsou mezi klienty student a studentka.

Následující čtyři položky vyplňovali pouze respondenti, kteří práci mají. Jedná se o 28 klientů.

*Položka: Práci jsem si našel / našla...*

S hledáním práce může klientům v případě zájmu pomoci sociální pracovnice. Spolupracuje s místním úřadem práce, upozorňuje klienty na možnosti zaměstnání, pomáhá s vyhledáním kontaktů, sepsáním životopisů, poradí, jak se chovat na pohovoru. Klientům je umožněno telefonovat z telefonu v její kanceláři a pohovor si domluvit. Sociální pracovnice klienty neustále motivuje a pobízí k hledání práce a v docházce do ní, než se to pro ně stane samozřejmostí. Nicméně přes to všechno většina klientů uvádí, že si práci našla sama (viz tab. č. 6). Může v tom být určitá hrdost anebo také nepochopení pojmu „za podpory pracovníků DC“.

Tab. č. 6. Kdo klientům našel práci

<b>Práci jsem si našel / našla</b>	<b>Počet klientů</b>
Sám/sama	18
Za podpory pracovníků DC	2
Díky známým	6
Přijali mě zpět do zam., kde jsem pracoval/a před léčbou	2

*Položky: Práce mě baví, Chci si tuto práci udržet, Věřím, že si tuto práci udržím*

Důležité pro náš výzkum jsou další položky v dotazníku a sice, zda klienty práce baví, zda si ji chtějí udržet a zda věří tomu, že si ji udrží. To, že si práci najdou, je totiž do jisté míry podmínkou k účasti v doléčovacím programu. To, zda je práce bude bavit a zda si ji budou chtít udržet, to už se dá považovat za přínos programu jako takového. Klient si najde takovou práci, která ho těší a protože ho těší a protože má za ni peníze, jež mu dávají možnost přežít, platit si bydlení, dluhy atd., chce si tuto práci i udržet a podle toho se chová (do práce chodí a dodržuje

pracovní řád). To je situace, kterou před tím neznal. Když bral drogy, na práci neměl čas (neboť sháněl drogu) a pracovat bylo příliš namáhavé (na drogu by si, vzhledem k její ceně a množství, které závislý člověk potřebuje, stejně nevydělal). Nyní, po čase stráveném v programu vidí smysl práce, roste mu sebevědomí, vidí, že je schopen se o sebe postarat, roste tím i jeho prestiž ve společnosti. Jak jsou na tom naši respondenti, ukazuje tabulka č. 7.

Tab. č. 7 Míra spokojenosti klientů se zaměstnáním

<b>Míra souhlasu</b>	<b>Práce mě baví</b>	<b>Chci si práci udržet</b>	<b>Věřím, že si práci udržím</b>
Rozhodně souhlasím	5	7	7
Souhlasím	17	13	11
Nevím	4	6	8
Nesouhlasím	2	2	1
Rozhodně nesouhlasím	0	0	1

Převážná většina klientů souhlasí nebo rozhodně souhlasí s tím, že je práce baví. Jejich motivace do práce chodit je tedy o to vyšší. Čtyři klienti si nejsou jisti. Prostě do práce chodí, ale nedovedou říct, zda je baví, či nikoli. Pouze dva klienty jejich práce nebaví. Odpovědi na otázky, zda si klienti chtějí práci udržet a zda tomu věří, víceméně korespondují s otázkou předchozí. Jediný klient, který uvedl, že si práci rozhodně neudrží, poznamenal na okraj dotazníku, že se po ukončení pobytu v doléčovacím centru stěhuje a svou práci, ač ho baví, musí opustit.

Závěrečné čtyři položky v dotazníku zjišťují, jak jsou na tom respondenti s přáteli. Zda vůbec mají přátele, zda jim dělá potíže přátele najít, zda mají s kým trávit volný čas. Vztahy s druhými lidmi, množství a kvalita lidí, v jejichž společnosti se pohybujeme, jsou jednou z hlavních známek socializace a jsou základním předpokladem ke spokojenému životu.

*Položka: Dělá mi potíže seznamovat se s novými lidmi (kteří neberou drogy)*

Tabulka č. 8 zobrazuje do jaké míry respondentům dělá potíže navazovat vztahy s druhými lidmi. Tuto otázku bylo nutné zpracovat i podle délky účasti v doléčovacím programu, neboť s délkou pobytu roste klientům sebevědomí a klesá ostych a strach navazovat nové vztahy. Tuto skutečnost jsme předpokládali a odpovědi respondentů ji, až na výjimky, potvrdily.

Tab. č. 8 Schopnost navazovat nové vztahy v závislosti na délce účasti v doléčovacím programu

Dělá mi potíže seznamovat se s novými lidmi	Doba účasti v doléčovacím programu					
	méně než 2 týdny	3 – 4 týdny	5 – 8 týdnů	3 – 4 měsíce	5 – 6 měsíců	6 a více měsíců
rozhodně souhlasím	1	2	1	-	2	1
souhlasím	-	3	6	1	-	-
nevím	1	1	2	-	-	-
nesouhlasím	2	3	-	1	2	6
rozhodně nesouhlasím	2	-	2	2	-	1

*Položka: Když si chci popovídat nebo potřebuji poradit, obrátím se na...*

Dále nás zajímalo ke komu klienti doléčovacích programů chovají největší důvěru. Za kým jdou, mají-li problém, komu se vypovídají a svěřují. Pro většinu lidí to musí být člověk, kterému věří, který jim je blízký. Člověk, u kterého je naděje, že nás pochopí, že se dokáže vcítit do našich pocitů. Ale na druhou stranu je mezi námi mnoho těch, kteří se raději svěří člověku cizímu. Jde jim pouze o to vypovídat se. Když by blízký člověk věděl o jejich problému nebo slabosti, necítili by se dobře. Naši respondenti dostali na výběr z deseti možností, z nichž dvě mohli označit.

Tab. č. 9 Důvěra klientů

Když si chci popovídat nebo potřebuji poradit, obrátím se na:	Počet klientů
personál doléčovacího centra	29
svého lékaře, psychologa	6
kněze	3
rodinu	20
ostatní klienty doléčovacího centra	9
přátele mimo doléčovací centrum	9
„přátele“ z drogové minulosti	0
cizího člověka	0
někoho jiného	5



Vidíme, že převažuje důvěra v personál. To není překvapující, neboť personál je pro klienty průvodcem k novému životu a pokud by k němu klienti nechovali důvěru, celý jejich pobyt v programu by patrně vešel v nišeč. Potěšující zjištění jistě je to, že nemalá část klientů se s důvěrnými záležitostmi obrací na rodinu. Je známý fakt, že většina narkomanů během své drogové kariéry o rodinu přijde. Rodina se často dlouho snaží podávat pomocnou ruku. Ale je také obecně známo, že nelze pomoci člověku, který o to nestojí a tak se nakonec rodina od narkomana odvrátí. Na druhou stranu ale ti nejbližší většinou nechají pootevřená příslovečná zadní vrátka, kterými se narkoman v době léčby a doléčování do rodiny vrací.

Že se nemá na koho obrátit, uvedla klientka, která je v programu méně než 2 týdny. Na základě odpovědí ostatních klientů je tedy velice pravděpodobné, že až pozná blíže personál centra, nebude jí činit problém, říci si o pomoc jemu, také si najde cestu k ostatním klientům centra, dokáže komunikovat s rodinou a dokáže si najít důvěrníka nebo důvěrnici i „venku“.

V kolonce „někoho jiného“ uváděli respondenti zpravidla partnera / partnerku nebo kamarádky z léčebny. Jeden klient uvedl vedoucího z terapeutické komunity, ze které do programu přišel.

Někteří klienti uvedli ostatní klienty DC. Je pochopitelné, že se svěřují s problémy člověku, který patrně zažívá totéž, ale na druhou stranu je dobré, že tato odpověď nepřevažuje. Ne vždy je vhodné zeptat se člověka se stejnou zkušeností, ne vždy jeho rada pomůže i nám, zvláště jde-li o radu člověka taktéž závislého na návykových látkách, který ještě neumí řešit problémy své, natož někoho jiného. Lidé topící se ve svých obtížích potřebují k jejich úspěšnému vyřešení často pohled nezaujatého člověka. Z odpovědí v dotazníku je patrné, že s délkou pobytu si tento fakt klienti uvědomí a dojde v této oblasti ke změně. Z 9 lidí, kteří se svěřují ostatním klientům, u 8 nepřesáhl pobyt 8 týdnů. Naopak pouze u 3 lidí z 9, jež mají důvěrníka mezi přáteli mimo DC byla doba pobytu kratší než 8 týdnů. U ostatních byla minimálně v kategorii 3 – 4 měsíce.

Nepotvrdilo se, že řada lidí se raději obrací s žádostí o pomoc nebo s potřebou vypovídat se na cizího člověka. Člověk závislý na návykových látkách většinou naopak chce, aby jeho nedostatky zůstaly v tajnosti, nerad přiznává, že je závislý a do nového prostředí raději vstupuje s novým čistým štítem a tam, kde to není nutné, svou minulost neotevívá.

*Položka: Nové přátele, kteří neberou drogy, získávám...*

Z předchozích výsledků vidíme, že většina klientů nemá potíže seznamovat se s novými lidmi, zvláště, nejsou-li v programu úplnými nováčky. Někteří mezi nimi nalézají postupem času i své důvěrníky. Na otázku kde se klienti s novými přáteli seznamují, poukazuje dotazníková položka č. 13. Zde respondenti mohli ze sedmi nabízených údajů označit dva (viz. tab. č. 10).

Tab. č. 10 Kde klienti nalézají nové přátele

<b>Nové přátele, kteří neberou drogy, získávám</b>	<b>Počet klientů</b>
v zaměstnání	10
díky aktivitám doléčovacího centra	3
v doléčovacím centru	9
při volnočasových aktivitách	10
přátele mám z minulosti	16
jinde	2
nemám přátele	7

Zde si dovolíme odlehčený tón a k vyhodnocení použijeme lidového rčení. Každý ví, že neplatí „sedávej panenku v koutě, budeš-li hodná, najdou tě“. Ať se jedná o kohokoli, když se chceme seznámit, nemůžeme čekat, že si lidé najdou nás, ale musíme mezi lidmi vyrazit my. Proto také klienti z velké míry nacházejí přátele při provozování aktivit volného času. Prostory volnočasových aktivit „nabízejí“ přátele, kteří budou alespoň do určité míry, tak „kvalitní“ jak požadujeme. Vykonávají-li lidé stejnou aktivitu, věnují-li se stejnému koníčku, mají pravděpodobně s námi podobnou životní filozofii a navíc si s nimi minimálně do začátku máme o čem povídat.

Pravdivost dalšího rčení a sice, že „přítel je ten, kdo o vás ví všechno a má vás pořád stejně rád“ potvrzuje to, že 16 našich respondentů má své přátele mezi lidmi, které znali z minulosti. Znamená to, že tito lidé se od nich neodvrátili, když měli problémy s drogou anebo, podobně jako blízcí členové rodiny, nechali otevřená vrátka pro případ, kdy se narkoman bude chtít do jejich života vrátit.

Do jisté míry výhodou je nalézt si přátele v zaměstnání, jak to uvádí 10 respondentů. Člověk má pak v zaměstnání oporu pro případ nezdaru, chodí do práce rád. Na druhou stranu,

pokud spolu takoví přátelé tráví i volný čas, vzniká zde nebezpečí, že se budou bavit stále jen o práci.

Sedm (3 muži a 4 ženy) respondentů uvedlo, že nemají přátele. U jedné z respondentek můžeme očekávat změnu. Jedná se o klientku, která je v programu méně než 2 týdny, nemá ještě práci a zatím nikomu nedůvěřuje. Jeden klient je v programu 5 – 8 týdnů a ostatní minimálně 8 týdnů, ale všichni uvádějí, že jim činí problémy seznamovat se s novými lidmi, když se potřebují někomu svěřit, tak ostatním klientům v DC, volný čas tráví v jejich společnosti, případně s rodinou. Zda u těchto lidí dojde ke změnám a splní-li v jejich případě doléčovací program svou socializační funkci, je otázka pro jejich terapeutů.

*Položka: Volný čas trávím zpravidla...*

Klienti doléčovacích programů mají svůj denní program poměrně nabitý. Chodí do zaměstnání, mají povinné některé společné aktivity, účastní se skupinových a individuálních terapií a konzultací. Nicméně minimálně o víkendech mají volný čas pro sebe a nás zajímalo, s kým ho tráví. Zda např. přátelé ze zaměstnání jsou opravdu přátelé nebo jen kolegové. Respondenti vybírali z nabídnutých šesti odpovědí.

Tab. č. 11 S kým klienti DC tráví volný čas

<b>Volný čas trávím zpravidla</b>	<b>Počet klientů</b>
sám / sama	5
s ostatními klienty doléčovacího centra	11
s přáteli ze zaměstnání	4
s novými přáteli (mimo DC a zaměstnání)	5
s rodinou	10
s někým jiným	7

Nyní začneme s vyhodnocováním od poslední položky. Pod někým jiným byl nejčastěji uváděn partner / partnerka nebo kamarádi abstinenti. Partner by nám měl být přítelem. Připočteme-li nové přátele mimo DC a zaměstnání a nakonec přátele ze zaměstnání, dostaneme číslo 16. To je poměrně vysoké procento (38,1 %) z celkového počtu. Vliv programu na potvrzení druhé hypotézy (viz kapitola 7.1) je tedy více než zřejmý. Před nástupem

do programu je narkoman osamocený, neumí udržovat zdravé mezilidské vztahy. Postupně se to učí, navazuje kontakty, získává kamarády, přátele, buduje partnerský vztah. Pouze 5 našich respondentů tráví čas samo. Dva z nich jsou v programu méně než 2 týdny a jeden 3 – 4 týdny a je otázkou času, kdy si někoho najdou neboť všichni uvádějí, že nepatří k těm, kteří by nové vztahy navazovali s nějakými obtížemi. Zbylí dva jsou v programu 3 – 4 týdny, ale oba se obtížně seznamují s novými lidmi. Tito budou potřebovat více pozornosti v této oblasti.

Sloučíme-li kolonky v tabulce „s přáteli ze zaměstnání“, „s novými přáteli“ a „s někým jiným“ v jednu, nazvěme ji „s přáteli“, můžeme si tuto položku dotazníku ještě více zpřehlednit v závislosti na čase stráveném v programu a potvrdit si tak domněnku, že program dodává klientům sebevědomí, jež jim dovoluje postupně opouštět bezpečí doléčovacího centra a trávit čas i ve společnosti jiných lidí.

Tab. č. 12 Trávení volného času v závislosti na čase stráveném v doléčovacím programu

S kým tráví volný čas	Doba účasti v doléčovacím programu					
	méně než 2 týdny	3 – 4 týdny	5 – 8 týdnů	3 – 4 měsíce	5 – 6 měsíců	více než 6 měsíců
sám / sama	2	3	-	-	-	-
s přáteli	-	-	4	3	1	8
s ost. klienty DC	3	3	4	-	1	-
s rodinou	2	1	3	2	2	-

## 6.6. Diskuse

Ve světě již proběhla celá řada výzkumů týkajících se významu léčby závislostí bez ohledu na to, zda se jedná o detoxikaci, pobytovou nebo ambulantní léčbu, či doléčování. Je to například americký výzkum DATOS (Drug Abuse Treatment Outcomes Study) nebo anglický NTORS (National Treatment Outcomes Research Study) (Radimecký, [cit. 2009-01-30]), v ČR jsou to pak výzkumy Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti. Tyto výzkumy ukazují, že léčba uživatelů drog je účinná, potřebná a každopádně se státům vyplatí. Pokud se klientům nepodaří setrvat v abstinenci, alespoň dojde ke zlepšení jejich zdravotního a sociálního stavu natolik, že méně vyžadují další odbornou péči. Většina uživatelů, kteří

projdou léčbou se chová méně rizikově a je u nich tendence k dřívějšímu nástupu k opakované léčbě v případě recidivy. Na výše zmíněných webových stránkách adiktologie (Radimecký, [cit. 2009-01-30]) se také dočteme, že americký i anglický výzkum došly ke stejným závěrům, co se týká následné péče o závislé osoby. Podle nich doléčovací programy mohou zvýšit úspěšnost léčby, tzn. udržení dosažených změn, především abstinence, až o 80%. Důvodem je již několikrát výše zmíněná pomoc při přechodu z režimové léčby do podmínek běžného života, poskytnutá psychická podpora při překonávání problémů běžného života a upevňování motivace a hodnotového žebříčku.

My jsme v našem výzkumu zjistili, že doléčovací programy mají pro jejich klienty nesporný význam minimálně v otázkách, které byly vytyčeny v kapitole 6.2. Z odpovědí klientů v dotazníku vyplývá potvrzení obou hypotéz, tedy že doléčovací programy pomáhají klientům nalézt práci a přátele. To jsou dva zásadní pilíře úspěšné socializace. S podobně utvářeným dotazníkem by se dalo pokračovat a výzkum rozšířit o další hypotézy. Například zda doléčovací program vede k motivaci doplnit si vzdělání, zda napomáhá ke zlepšení a upevnění vztahů v rodině, zda naučí klienty hospodařit s penězi, zda naučí klienty vést vlastní domácnost, do jaké míry v tom všem hraje roli doléčovací program, do jaké míry podpora rodiny a blízkého okolí a do jaké míry je to záležitost vlastní vnitřní motivace, vlastního přesvědčení apod.

## **6.7. Závěr výzkumu**

V kapitole šest se pojednává o důvodech, cílech a průběhu výzkumu a jeho výsledky jsou zde také zpracovány a jsou z nich vyvozeny závěry. Pilířem výzkumu jsou odpovědi klientů doléčovacích programů v šesti doléčovacích centrech. Klienti dobrovolně a anonymně odpovídali na otázky nebo vybírali z nabídnutých položek v dotazníku, jež se snažil zjistit, zda doléčovací programy napomáhají k jejich socializaci.

Za základ úspěšné socializace považujeme docházku do zaměstnání a existenci přátel kolem sebe. Zaměstnání je totiž zdrojem peněz, které klientům umožní samostatný život, bydlení, splácení dluhů apod., ale také může být zdrojem kladných emocí z užitečnosti, z dobře vykonané práce, zdrojem nových mezilidských vztahů. Přátelé jsou oporou, společníkem pro trávení volného času, důvěrníkem, motivací. Přátelé a zaměstnání mají tedy zásadní podíl na stabilizaci nově nastartovaného života, který klienti začínají žít po odchodu z léčebny a terapeutické komunity.

Z výzkumu je zřejmé, že oba tyto klíče ke spokojenějšímu životu pomáhá závislým lidem

najít účast v doléčovacím programu. Díky tomu, jak jsou programy nastaveny, díky pravidlům, skupinovým a individuálním terapiím, neustálé podpoře motivace, si většina klientů najde práci a dokáže si ji udržet. Někteří v práci nacházejí přátele, někteří je nacházejí jinde nebo obnovují vztahy, které měli dříve než jim je zprůtrhala droga.

Závěrem tedy můžeme konstatovat potvrzení obou hypotéz, jež jsme formulovali na samém počátku výzkumu:

Ano, doléčovací program pomáhá jeho klientům nalézt a udržet si práci.

Ano, doléčovací program pomáhá jeho klientům nalézt přátele mimo drogovou scénu.

## ZÁVĚR

V závěrečné práci se zabýváme významem doléčovacích center pro osoby ohrožené drogovou závislostí. Z proběhlého průzkumu na vzorku klientů, jež jejich služeb využili, je zřejmé, že tato centra jsou potřebná jak jim, tak sekundárně celé společnosti. Napomáhají závislým osobám upevnit si hodnoty, které si uvědomily během léčby v léčebně nebo terapeutické komunitě; zmírňují pro narkomana, jež se pohyboval často po dlouhou dobu pouze v určitých „pochybných“ sférách společnosti, obtížný návrat mezi lidi, od nichž kdysi odešel, jimž se vzdálil, nebo kteří ho zavrhl; ukážou jim smysl práce a její hodnotu pro spokojený život; naučí je smysluplnému trávení volného času a jak se vyhýbat rizikovým místům a situacím, které by mohli spustit užívání drogy nanovo. Samozřejmě, že doléčovací centra nejsou všemohoucí, ale velmi a nebojme se říct i především záleží na představě samotného závislého člověka, jak chce žít dál, na jeho motivaci něco změnit a na podpoře jeho blízkého okolí- rodiny a nejbližších přátel.

V textu práce jsou přehledně zpracovány informace týkající se drogové závislosti, vzniku závislosti u jednotlivce, historické souvislosti v šíření drog po světě, možnosti léčby a především o struktuře, fungování a významu doléčovacích center. Čtenář na jejich základě získá ucelenou představu o drogové problematice a její léčbě v ČR. Tyto informace jsou uvedeny v kapitolách jedna až pět teoretické části.

Poslední- šestá kapitola pak na doléčovací centra nahlíží očima jejich klientů. Pomocí dotazníkové metody byly shromážděny informace, které nám pomohly potvrdit naše hypotézy, že doléčovací programy pomáhají klientům najít práci a že jim pomáhají nalézt přátele.

Věříme, že po přečtení této práce si laická veřejnost poupraví názor na závislé osoby a na zařízení, která se jim snaží pomáhat v návratu zpět do společnosti. Že si uvědomí, že ač za závislostí často stojí lidská hloupost a nevíra v dobře míněné rady zkušenějších a naopak víra ve vlastní neohroženost, touha po dobrodružství, nevšedních zážitcích nebo po zmírnění tísně, tak přece jen je závislost nemoc a k jako takové k ní musíme přistupovat. Snad si lidé uvědomí, že protesty a petice proti zřizování léčebny, K-centra nebo doléčovacího centra v místě jejich bydliště je kontraproduktivní pro širokou veřejnost a naopak může působit jako silný preventivní prvek v životech jich samotných a především v životech jejich dětí.

## SEZNAM LITERATURY

BARKER, G. *Použití kvalitativních výzkumných metod při postupech rychlého posuzování zneužívání drog ve společnosti*. Boskovice : Albert, 1999. ISBN 80-85834-78-2.

*Benzodiazepamy*, cop. 2008 [cit. 2009-02-25]. Dostupný z: <URL: <http://www.klinikazdravi.cz/slovník.php?id=92bef792-7e2a-102b-985e-0030488c557c>>

BERGET, J. *Toxikomanie a osobnost*. Praha : Victoria Publishing, a.s., 1995. ISBN 80-7187-003-X.

DEANS. D. A. *Drug Addiction*. California State University, Northridge, 1997. [cit. 2008-08-30]  
Dostupný z <URL: <http://www.csun.edu/~vcpsy00h/students/drugs.html>>

*Ethanol*, Seznam encyklopedie, cop. 1996-2009 [cit. 2009-03-17].

Dostupný z: <URL: <http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/128323-ethanol>>

HARTL, P, HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

*Historie sdružení Podané ruce, o.s.*, cop. 1995-2009 [cit. 2009-03-30]. Dostupný z: <URL: <http://www.podaneruce.cz/cz/sdruzeni/historie-sdruzeni.html>>

CHRÁSKA, M. *Základy výzkumu v pedagogice*. Olomouc : UP v Olomouci, 2000. ISBN 80-7076-798-9.

JAKUBCOVÁ, R. *Vývoj P-centra střediska pro prevenci, léčbu a integraci osob ohrožených drogovou závislostí*. Olomouc : Filosofická fakulta UP, 2008. Bakalářská práce.

JANÍK, A., DUŠEK, K. *Drogy a společnost*. Martin : Vydavatelstvo Osveta, 1957. 70-069-75.

K., P. *Já- bývalý toxikoman*. Praha: Empatie, 1996. 86 s. ISBN 80-8595-302-1

KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti I : Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády ČR,



2003. ISBN 80-86734-05-6.

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

Kolektiv autorů sdružení SANANIM. *Drogy: Otázky a odpovědi*. Praha: Portál, 2007. 198 s. ISBN 978-80-7367-223-2

*Lidi v substituční léčbě na drogách v ČR přibývá*, cop. 2000-2007 [cit. 2009-03-18]. Dostupný z: <URL: <http://www.tribune.cz/aktualita/4343>>

*Mezinárodní klasifikace nemocí: 10. revize: duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Praha: Psychiatrické centrum, 1992. 282 s. ISBN 80-8512-379

MINARČÍK, J. *Čtvrtý rozměr závislosti*. Praha: MAŤA, 1997. 145 s. ISBN 80-8601-315-4.

MÜLLEROVÁ, M., NEŠPOR, K. *Jak přestat brát (drogy)*. Praha: Sportpropag, 1997. 134 s. Bez ISBN.

NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislosti. Příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. ISBN 80-85121-52-2.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislosti*. Praha : Portál, 2007. 170 s. ISBN 978-80-7367-267-6.

PRESL, J. *Drogová závislost. Může být ohroženo i vaše dítě?* Praha : Maxdorf, 1995. 88 s. ISBN 80-85800-25-X.

*Propagační materiály P-centra*

*Průvodkyně Doléčovacím centrem P-centrum*. Interní materiál P-centra. Olomouc : P-centrum, 2009.

RADIMECKÝ, J. *Funguje léčba uživatelů drog?* Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika

I.LF a VFN UK v Praze, 2006 [cit. 2009-01-30]. Dostupný z: <URL:  
[http://www.adiktologie.cz/articles/cz/72/168/Funguje\\_–lecba-uzivatelu-drog-.html](http://www.adiktologie.cz/articles/cz/72/168/Funguje_–lecba-uzivatelu-drog-.html)>  
*Resocializace*, Wikipedie otevřená encyklopedie, cop. 2009 [cit. 2009-05-18]. Dostupný z:  
<URL: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Resocializace>>

*Rozdělení a účinky drog*, cop. 2008 [cit. 2009-02-25].  
Dostupný z: <URL: <http://compex.zdravi-cz.eu/drogy-rozdeleni-ucinky.php>>

ŘEHAN, V. *Závislost na alkoholu a jiných drogách- psychologický přístup*. Olomouc:  
Filosofická fakulta UP, 1994. ISBN 80-7067-359-1.

*Seznam zařízení poskytujících služby v protidrogové prevenci, léčbě a resocializaci*. Praha : Úřad  
vlády ČR - Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2003. ISBN 80-86734-  
09-9.

SKÁLA, J. *Alkohol a jiné (psychotropní) drogy : abúzus a závislost*. In *Novinky v medicíně 36*.  
Praha : Avicenum/Zdravotnické nakladatelství, 1986. 08-090-86.

*Slepá mapa sídel ČR 4*, cop. 2002-2008 [cit. 2009-01-03].  
Dostupný z : <URL: <http://www.zemepis.com/sidla4.php>>

*Socializace*, Wikipedie otevřená encyklopedie, cop. 2009 [cit. 2009-05-18]. Dostupný z: <URL:  
<http://cs.wikipedia.org/wiki/Socializace>>

VERSTER, A., BUNNING, E. *Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti substituční  
léčby závislosti na opiátech*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003. 38s. ISBN 80-86734-5-3.

VONDRKA, J. *Smrt jménem závislost*. Praha: Portál, 2004. ISBN 8071788848.

*Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2001, cop. 2003-2006* ([cit. 2008-12-09]).  
Dostupný z: <URL:  
[http://www.drogyinfo.cz/index.php/publikace/vyrocní\\_zpráva\\_o\\_stavu\\_ve\\_vecech\\_drog\\_v\\_cr\\_v\\_roce\\_2001](http://www.drogyinfo.cz/index.php/publikace/vyrocní_zpráva_o_stavu_ve_vecech_drog_v_cr_v_roce_2001)>

*Výroční zpráva 2003*, Výroční zpráva P-centrum, Olomouc, 2003.

*Výroční zpráva, 2007, Výroční zpráva P-centrum, Olomouc, 2007.*

[cit. 2008-08-11] Dostupný z: <URL: <http://www.terapeutickekomunity.org/>>

[cit. 2008-08-11] Dostupný z: <URL: <http://www.remarkorn.cz>>

[cit. 2009-01-28] Dostupný z: <URL: [http://knihovna.adam.cz/drogy99/prev\\_cr.htm](http://knihovna.adam.cz/drogy99/prev_cr.htm)>

[cit. 2009-02-02] Dostupný z: <URL: <http://www.old.lf3.cuni.cz/drogy/leceby.html>>

[cit. 2009-02-25] Dostupný z: <URL:<http://www.prevcentrum.cz/Drogy-Pervitin.aspx>>

[cit. 2009-02-25] Dostupný z: <URL <http://www.prevcentrum.cz/Drogy-Heroin.aspx>>

[cit. 2009-02-25] Dostupný z: <URL <http://www.prevcentrum.cz/Drogy-Benzodiazepiny.aspx>>

[cit. 2009-02-25] Dostupný z: <URL <http://www.prevcentrum.cz/Drogy-Subutex.aspx>>

# **PŘÍLOHA**

Dotazník k bakalářské práci

## Dotazník k bakalářské práci

„Význam doléčovacího programu pro socializaci osob ohrožených drogovou závislostí“

Vaše odpovědi křížkujte, pouze u otázky č. 2 a v otázkách, kde se můžete blíže vyjádřit, odpověď vepište do vymezeného prostoru vyznačeného tečkami.

U některých otázek můžete zakřížkovat 2 odpovědi.

Otázky 8 – 11 jsou tvrzení. Vyberte z odpovědí „rozhodně souhlasím“, „souhlasím“, „nevím“, „nesouhlasím“, „rozhodně nesouhlasím“ tu, která je nejbližší vašemu názoru.

**Vaše odpovědi jsou důvěrné a anonymní.**

**Děkuji vám za vaši pomoc. ☺ ☺ ☺**

-----  
**1. Jakého jste pohlaví?**

muž

žena

**2. Kolik je vám let?** .....

**3. Předmět vaší závislosti:**

pervitin

heroin

subutex

benzodiazepamy

alkohol

kombinace (čeho).....

jiné(uved'te).....

**4. Jak dlouho jste v doléčovacím programu?**

méně než 2 týdny

3 – 4 týdny

5 – 8 týdnů

3 – 4 měsíce

5 – 6 měsíců

déle než 6 měsíců

**5. Co vás vedlo k nástupu do programu? (můžete označit 2 možnosti)**

dokončení toho, co jsem započal/a v léčbě  
(naučím se žít bez drog)

možnost bydlení

pomůžou mi najít práci

najdu zde přátele

bylo mi to nařízeno

jiný důvod (jaký).....

**6. Pracuji**

brigádně

jako zaměstnanec

jako živnostník

nepracuji

**Kdo nepracuje, pokračuje otázkou č. 11.**

**7. Práci jsem našel/našla**

sám/sama

za podpory pracovníků DC

díky známým

přijali mě zpět do zaměstnání, kde jsem pracoval/a před léčbou

**8. Práce mě baví**

rozhodně souhlasím    souhlasím    nevím    nesouhlasím    rozhodně nesouhlasím

**9. Chci si tuto práci udržet**

rozhodně souhlasím    souhlasím    nevím    nesouhlasím    rozhodně nesouhlasím

**10. Věřím, že si tuto práci udržím**

rozhodně souhlasím    souhlasím    nevím    nesouhlasím    rozhodně nesouhlasím

**11. Dělá mi potíže seznamovat se s novými lidmi (kteří neberou drogy).**

rozhodně souhlasím    souhlasím    nevím    nesouhlasím    rozhodně nesouhlasím

**12. Když si chci popovídat nebo potřebuji poradit, obrátím se na** (můžete uvést 2 možnosti)

personál DC    svého lékaře, psychologa    kněze    rodinu    ostatní klienty DC

přátele mimo DC    „přátele“ z drogové minulosti    cizího člověka

jiného(upřesněte).....    nemám se na koho obrátit

**13. Nové přátele, kteří neberou drogy, získávám** (můžete uvést 2 možnosti)

v zaměstnání    díky aktivitám DC    v DC    při volnočasových aktivitách

přátele mám z minulosti    jinde(upřesněte) .....    nemám přátele

**14. Volný čas trávím zpravidla**

sám/sama    s ostatními klienty DC    s přáteli ze zaměstnání

s novými přáteli  
(kromě lidí z CD a zaměstnání)    s rodinou    s někým jiným  
(upřesněte) .....

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Mgr. Katarína Martinková
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálně pedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Michal Růžička, PhD.
<b>Rok obhajoby:</b>	2009

<b>Název práce:</b>	Význam doléčovacího programu pro socializaci osob ohrožených drogovou závislostí
<b>Název v angličtině:</b>	Importance of after-treatment programme for socialization of persons in danger of drug addiction
<b>Anotace práce:</b>	<p>Práce podává obraz o tom, co je to závislost, jaká je historie toxikomanie v průběhu vývoje lidské společnosti, jak se člověk stane závislý a jaké má možnosti léčby. Podrobněji je pak popsána struktura, činnost a význam doléčovacích center.</p> <p>Výzkumná část se zabývá zhodnocením významu doléčovacích programů pro samotné uživatele a kladně odpovídá na základní otázku- zda programy napomáhají jejich klientům k úspěšnému začlenění se do společnosti bez drog.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	droga, drogová závislost, léčba drogové závislosti, následná péče, doléčovací program, socializace
<b>Anotace v angličtině:</b>	<p>The thesis defines addiction; it pictures drug abuse in historical context, the development of addiction in an individual and describes available treatment procedures. It focuses on the structure, activities and the importance of after-treatment programmes.</p> <p>The research part evaluates the after-treatment programmes and their significance for the patients; and confirms the assumption that the programmes are helping their clients integrate in the drug-free society.</p>
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	drug, drug addiction, drug addiction treatment, subsequent treatment, after-treatment programme, socialization

<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Dotazník k bakalářské práci
<b>Rozsah práce:</b>	59 stran, 16 067 slov, 93 133 znaků
<b>Jazyk práce:</b>	Čeština