

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM**

2014-2018

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Nikos Nacis**

**Zdravotně-edukační péče o mladistvé se závislostním  
chováním na omamných a psychotropních látkách v České  
republice a v Řecku**

Praha 2018

Vedoucí bakalářské práce: PaedDr. Jan Toman

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

**BACHELOR COMBINED STUDIES**

2014-2018

**BACHELOR THESIS**

**Nikos Nacis**

**Health and educative care of adolescents with addictive  
behavior on narcotics and psychotropic drugs in Czech  
Republic and Greece**

Prague 2018

The Bachelor Thesis Work Supervisor: PaedDr. Jan Toman

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Jméno autora .....

## **Poděkování**

Touto cestou bych rád poděkoval vedoucímu mé bakalářské práce, panu PaedDr. Janu Tomanovi, za pomoc, ochotu, cenné odborné rady a užitečné připomínky, které mi při vypracování této práce poskytl.

## **Anotace**

Tématem bakalářské práce je zdravotně-edukační péče o mladistvé se závislostním chováním na omamných a psychotropních látkách v České republice a v Řecku. První část práce je věnována teoretickým východiskům, zde je rozebrána problematika drog a drogové závislosti jako taková. Dále je pak charakterizován legislativní rámec upravující drogovou problematiku v obou zemích a jsou rozebrány jednotlivé služby a zařízení pečující o mladistvé drogově závislé. Poté je zde provedena srovnávací analýza v oblasti systému péče o mladistvé závislé v České republice a v Řecku.

Další částí je pak výzkum, kde prostřednictvím dotazníkového šetření zjišťuji, jak tuto problematiku vnímají pracovníci v dané oblasti z obou zemí. V závěru práce jsou pak navržena doporučení, ke kterým jsem dospěl na základě vyhodnocení získaných dat.

## **Klíčová slova**

Česká republika, mladiství, omamné a psychotropní látky, péče o drogově závislé, protidrogová politika, Řecko, závislost

## **Annotation**

Subject of this bachelor thesis is health and educative care of adolescents with addictive behavior on narcotics and psychotropic drugs in Czech Republic and Greece. First part of the thesis is dedicated to theoretic bases, here are problems with drugs and drug addictions analysed as a whole, secondly I describe drug legislation of regulating drug problems in both countries and I analyse each services and institutions that take care of drug addicted adolescents. A comparative analysis is made in the area of care system for addicted adolescents in Czech Republic and Greece. Next part is a research, which through survey I find how problematics are perceived by personnel in certain sectors in both countries. At the end of the thesis, there are suggested recommendations to which I reached by evaluating gathered data.

## **Keywords**

Adolescents, addiction, antidrug policy, care of drug addicted, Czech Republic, Greece, narcotics and psychotropic drugs

<b>ÚVOD.....</b>	<b>9</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>11</b>
<b>1 FORMULACE ZÁKLADNÍCH KATEGORIÍ.....</b>	<b>11</b>
1.1 Problematika závislosti.....	11
1.1.1 Znaky a projevy závislosti.....	12
1.1.2 Faktory vzniku závislosti.....	13
1.1.3 Biomedicínský model závislosti.....	14
1.1.4 Bio-psycho-sociální model závislosti.....	14
1.2 Drogová závislost.....	14
1.2.1 Stádia užívání drogy.....	15
1.3 Omamné a psychotropní látky.....	16
<b>2 FORMULACE LEGISLATIVNÍHO RÁMCE SYSTÉMU ČESKÉ REPUBLIKY A ŘECKA.....</b>	<b>20</b>
2.1 Legislativa České republiky.....	20
2.2 Trestně právní rámec postihu zneužívání drog.....	20
2.3 Trestná činnost mladistvých v ČR.....	22
2.4 Systém péče o drogově závislé v ČR.....	23
2.4.1 Prevence drogové závislosti.....	23
2.4.2 Minimální preventivní program.....	24
2.4.3 Služby a zařízení pro drogově závislé v ČR.....	25
2.4.4 Služby a zařízení pro mladistvé drogově závislé v ČR.....	27
2.5 Legislativa Řecka.....	30
2.6 Trestně právní rámec postihu zneužívání drog v Řecku.....	30
2.7 Trestná činnost mladistvých v Řecku.....	32
2.8 Zařízení a služby pro drogově závislé v Řecku.....	33
<b>3 SROVNÁVACÍ ANALÝZA.....</b>	<b>35</b>
3.1 Výchovně-léčebný program v ČR.....	35
3.1.1 Charakteristika programu.....	35
3.1.2 Terapie.....	36
3.1.3 Fáze léčebného programu.....	36
3.1.4 Psychoterapeutická skupina.....	37
3.2 Terapeutický program Pilotos v Řecku.....	38

3.2.1	Charakteristika programu.....	39
3.2.2	Fáze léčebného programu .....	39
3.2.3	Podpůrná a svépomocná skupina .....	41
<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>		<b>43</b>
<b>4</b>	<b>VNÍMÁNÍ PROBLEMATIKY U PRACOVNÍKŮ V DANÉ OBLASTI ....</b>	<b>43</b>
4.1	CÍL A METODA VÝZKUMU.....	43
4.2	STANOVENÍ HYPOTÉZ .....	44
4.3	VYHODNOCENÍ VÝZKUMU .....	44
<b>5</b>	<b>ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ .....</b>	<b>61</b>
5.1	Shrnutí výsledků výzkumu .....	61
5.2	Vyhodnocení platnosti hypotéz .....	62
5.3	Návrh, úpravy a doporučení vzhledem k závěru šetření.....	64
<b>ZÁVĚR .....</b>		<b>66</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>		<b>67</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>		<b>69</b>
<b>SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....</b>		<b>70</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>		<b>72</b>



## ÚVOD

Problematika mladistvých uživatelů drog je v dnešní době poměrně rozšířená a stává se tak obávanou a zádnou hrozbou společnosti. V populaci stále roste počet mladistvých, kteří užívají návykové látky, s čímž jsou spojeny také sociální, ekonomické a především zdravotní problémy. Častým motivem k začátku užití drogy a vytváření závislosti je zvědavost. Mnoho mladých lidí vyzkouší drogu z důvodu, že chce zkusit, jaké to je. Už samotná existence drog a jejich dostupnost je první krokem k jejich užití. Dalším motivem je stres či životní problém, který daný jedinec není schopen řešit jinak než únikem z reálného života. Poté nastávají problémy většiny uživatelů drog. Kvůli své závislosti mají zhoršené sociální podmínky, tj. rodinné problémy, problémy s bydlením a školou či zaměstnáním.

Užívání drog v mnohém souvisí s kriminalitou, která v primární oblasti zahrnuje trestné činy související s výrobou, distribucí a prodejem drog, trestné činy majetkového charakteru jako jsou krádeže, podvody, aj. Mladiství uživatelé drog, kteří jsou ohroženi sociální a zdravotní degradací, v tom nemusí zůstat sami a mohou vyhledat pomoc v některém ze zařízení pro péči o drogově závislé.

Téma zdravotně-edukační péče o mladistvé se závislostním chováním na omamných a psychotropních látkách v České republice a v Řecku jsem si vybral, protože pracuji ve Výchovném ústavu a středisku výchovné péče v Pšově jako vychovatel a konzultant, a s mladistvými drogově závislými jsem denně v kontaktu. Vzhledem k tomu, že pocházím z Řecka, a měl jsem možnost poznat, jak funguje systém péče o mladistvé drogově závislé v této zemi, chtěl bych v mé práci porovnat a zhodnotit tento systém péče se systémem v České republice.

Má práce je výzkumného charakteru a jejím cílem je poskytnout hlubší vhled do problematiky péče o mladistvé drogově závislé, a především provést výzkum, ve kterém se budu snažit zjistit, jak tuto problematiku vnímají pracovníci v dané oblasti v České republice a v Řecku.

V první části práce jsou vysvětlena základní teoretická východiska spojená s drogovou závislostí. Zde je rozebrána problematika drog a drogové závislosti jako

taková, dále je tu charakterizován legislativní rámec upravující drogovou problematiku v obou zemích a jsou zde rozebírány jednotlivé služby a zařízení pečující o mladistvé drogově závislé. Na základě toho, je pak provedena srovnávací analýza v oblasti systému péče o mladistvé závislé v České republice a v Řecku. Tato část je vypracována za pomoci odborné literatury, a jelikož jsem se snažil o co nejaktuálnější data, značně zde využívám i internetové zdroje.

Druhá část je již věnována samotnému výzkumu, jehož cílem je zjistit, jak problematiku péče o mladistvé drogově závislé vnímají pracovníci v dané oblasti, a to jak v České republice, tak i v Řecku. Následně je porovnáno, jak se liší názory dotázaných odborníků v těchto dvou zemích.

Cílem výzkumu je ověření platnosti zkoumaných hypotéz. Jako metodu jsem zvolil dotazníkové šetření. Hypotézy, které jsem si stanovil, jsou následující:

- Hypotéza č. 1: Domnívám se, že systém a kvalita péče o mladistvé drogově závislé v České republice ani v Řecku není dostačující.
- Hypotéza č. 2: Domnívám se, že na léčbu mladistvých drogově závislých nejsou ze strany státu v České republice ani v Řecku vynakládány dostatečné finanční prostředky.
- Hypotéza č. 3: Domnívám se, že tresty spojené s drogovou kriminalitou mladistvých jsou v České republice nedostačující.

V závěru práce jsou pak shrnuty výsledky výzkumu, které jsou dle mého názoru značně znepokojující a poukazují na to, že v systémech péče o mladistvé drogově závislé v obou zemích je třeba učinit několik změn, aby fungovaly lépe než doposud.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 FORMULACE ZÁKLADNÍCH KATEGORIÍ

V této, první, kapitole budou za pomoci odborné literatury vysvětleny klíčové pojmy a kategorie, které jsou stěžejní pro pochopení kapitol následujících.

### 1.1 PROBLEMATIKA ZÁVISLOSTI

Matoušek (2010, s. 211) uvádí, že problematika závislosti je svou povahou interdisciplinární. Práci s uživateli drog se věnují profesionálové s kvalifikací v různých pomáhajících profesích – psychologové, psychiatři, speciální pedagogové a sociální pracovníci. Problematikou závislosti se zabývá několik resortů státní správy, veřejná správa a mnoho státních a nestátních institucí – vedle léčebných zařízení také probační a mediační služba, policie, soudy, vězeňská služba, protidrogoví koordinátoři, sociální kurátoři a kurátoři pro mládež, hygienická služba a medicína zaměřená na infekční onemocnění.

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10), je syndrom závislosti definován jako: „*Skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více.*“<sup>1</sup>

Nešpor (2011, s. 9) charakterizuje závislost jako nekontrolovatelné nutkání opakovat své chování bez ohledu na jeho důsledky.

Fischer a Škoda (2014, s. 82) doplňují, že závislost se v zásadě dělí na fyzickou (somatickou) a psychickou. Jako fyzická závislost se označuje rozvoj nepříjemných tělesných příznaků po vysazení nebo prudkém snížení pravidelné dávky návykové látky (např. se jedná o třes, pocení, křeče). Psychická závislost znamená touhu po opětovném navození příjemných duševních stavů. Zatímco fyzická závislost je přítomna několik dnů,

---

<sup>1</sup> *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize.* [online]. [cit 2017-1-15]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/zpravy/aktualni-verze-mkn-10-cr>.

maximálně týdnů, psychická závislost přetrvává mnohem déle. Často je však soubor příznaků komplexnějšího charakteru, a proto se hovoří o psychosomatické závislosti.

Mühlpachr (2009, s. 148) o závislosti tvrdí, že: *„Jde o kategorii, která vždy patřila k člověku, existovala s ním a vyvíjela se. Po staletí se lidstvo snaží tuto vlastnost dostat pod kontrolu, a stále se mu to nedaří. Problém závislosti kombinuje vlivy sociální, psychologické i biologické. Záleží na okolnostech, který z vlivů je v daném momentě rozhodující.“*

Prevenčí, léčbou a výzkumem závislosti se zabývá obor adiktologie. Kalina (2013, s. 17) říká: *„Adiktologii chápeme jako transdisciplinární obor, který se zaměřuje na prevenci, léčbu a výzkum užívání návykových látek a jiných forem potenciálně závislostního chování, jejich dopadů na jedince a na společnost a na sociální reintegraci osob, které v důsledku takových forem chování strádají.“*

### 1.1.1 ZNAKY A PROJEVY ZÁVISLOSTI

Nešpor (2011, s. 14) definuje znaky a projevy závislosti v následujících bodech:

- **Silná touha užít drogu, bažení** – u jedince se opakovaně objevují nutkavé myšlenky zaměřené na požití návykové látky. Často jsou vyvolávané asociacemi spojenými s aplikací látky.
- **Problémy v sebekontroli** – uživatel má problémy se sebekázní, ty jsou spojené s určením začátku a konce užívání. Potíže se projektují i do množství užití látky.
- **Odvykací stav** – u uživatele se objevuje tělesný odvykací stav v závislosti na nedávném vysazení či redukci množství užití drogy. Aby mohl být stav jedince takto označen, musí splňovat charakteristické znaky pro odvykací stav na konkrétní látce, přičemž změna stavu nesmí být způsobena tělesným onemocněním
- **Růst tolerance k účinkům drogy** – organismus uživatele se stává tolerantním vůči obvyklému množství aktivní látky a pro dosažení stejného účinku je třeba zvyšování dávek.

- **Zanedbávání zájmů a jiných zálib** – jedinec postupně zvětšuje odstup od svých původních zálib a zájmů ve prospěch užívané drogy. Volný čas je obětován na získání a financování látky.
- **Užívání i přes škodlivé následky pro jedince** – i přesto, že si je jedinec vědom škodlivých dopadů (fyzických a psychických problémů, oslabení či úplného vymizení sociálních vazeb), nemá to dopad na frekvenci a kvantitu jeho užívání.

### 1.1.2 FAKTORY VZNIKU ZÁVISLOSTI

Fischer a Škoda (2014, s. 95) zmiňují, že: „*Příčiny vzniku závislostního chování jsou multifaktoriální. Ke vzniku a rozvoji závislosti mohou vést různé biologické a sociální faktory.*“ Autoři uvádí, že mezi tyto faktory patří:

- genetické dispozice;
- biologické predispozice;
- psychické faktory;
- sociální faktory – zde se jedná se o:
  - vliv rodiny – dysfunkční rodina, syndrom CAN apod.;
  - vliv sociální skupiny – party, subkultury;
  - vliv životního prostředí – prostředí měst, vybraných aglomerací, snížená společenská kontrola a anonymita, migrace obyvatel;
  - sociální konformita – uchování a tvorba sociálních kontaktů a vazeb.

Kalina (2015, s. 180) dodává, že některé problémy v rodinných vztazích se považují za možné faktory, které vedou ke vzniku nebo k udržování závislého chování dětí a dospívajících. Mezi charakteristiky rodiny, které souvisí s užíváním drog dětí a mladistvých patří tyto:

- užívání drog rodiči, jejich trestná činnost;
- nedostatečná či přehnaná péče rodičů o dospívající děti;
- špatná komunikace mezi rodiči a dospívajícím;
- nedostatek jasných pravidel a jejich rozporuplné uplatňování;
- nedostatečná pozornost vůči vrstevnickým vztahům dítěte a jeho zájmům.

### **1.1.3 BIOMEDICÍNSKÝ MODEL ZÁVISLOSTI**

Kalina (2003, s. 79) uvádí, že závislosti byly do biomedicínského modelu zahrnuty později než například psychózy, a i v posledních desetiletích panuje trend zařazovat různé problémy psychosociální patologie do lékařských diagnostických kategorií. Biomedicínský model dominoval v oblasti závislosti po dlouhá staletí, zejména v době, kdy nezákonné drogy byly odborným problémem, jimž se na straně poptávky zabývali výhradně lékaři – psychiatři. K oddělení psychiatrie od neurologie dochází až od poloviny minulého století.

V biomedicínském modelu je drogová závislost nemocí v lékařském slova smyslu chorobnou poruchou mozkových funkcí. Pokládá se za nemoc chronickou, obtížně léčitelnou, s častými recidivami – v tom se srovnává např. s ischemickou chorobou srdeční a zejména s cukrovkou (závislý nikdy nepřestane být závislým, ale může abstinovat). I když však není drogová závislost úplně léčitelná, je léčitelná v tom smyslu, že může dojít k úpravě stavu za podmínky specifické diety, tj. trvalé abstinence.

### **1.1.4 BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ MODEL ZÁVISLOSTI**

Dle Kaliny (2003, s. 79) je několik desetiletí bio-psycho-sociální model hlavním proudem soudobých strategií na straně poptávky po drogách. Sice není tento přístup tradičně biomedicínským, ale zůstává přístupem v zásadě ze zdravotnictví vycházejícím. Navazuje na široký koncept zdraví podle WHO („*zdraví je stav tělesné, duševní a sociální pohody*“). Pracuje se zdravotnickými pojmy individuální diagnózy, léčení, prevence, rehabilitace, syndromy, příznaky atd.

V tomto bio-psycho-sociálním modelu se rozšiřuje model biomedicínský o rozměr psychických funkcí, mezilidských vztahů, jejich dynamického vývoje a vzájemného podmiňování. Nemoc a drogová závislost vzniká v průběhu vývoje osobnosti ve vzájemné interakci biologických, psychologických a vztahových faktorů.

## **1.2 DROGOVÁ ZÁVISLOST**

Pressl (1996, s. 46) uvádí, že jednou ze základních vlastností drog je schopnost nejen proniknout do organismu a ovlivnit jeho funkce, ale postupně se stát součástí jeho látkové

přeměny. Organismus si na původně novou látku zvyká a opakovaně se s ní setkává. U většiny drog dochází k tzv. vzestupu tolerance, čili k tomu, že organismus reaguje za určitou dobu na původně dostatečné množství drogy nedostatečně, tzn., že droga jakoby funguje méně. To vede k nutnosti zvyšovat dávky drogy potřebné k dosažení očekávaného efektu. Jedná se o syndrom (tj. soubor příznaků), který může být přítomen v oblasti fyzické či psychické. Jde o projev drogové závislosti a intenzita může být velmi různá.

Pokud je drogová závislost skutečně závislostí, je jednoznačně onemocněním a jako takové je ho třeba chápat. Na jedné straně je chápáno a tolerováno braní drog tzv. legálních, tj. konzumace alkoholu či kouření tabáku. Vědomí toho, že „to děláme všichni“ je mocným faktorem ovlivňujícím postoje. Z této tolerance vychází i postoj k závislým na těchto drogách. Jsou společností tolerováni až do okamžiku, kdy se pro ni stávají nějakým způsobem bezprostředním ohrožením. Ztráta kontroly vlastního chování – nebo tzv. problémové pití, lze chápat jako závislost a její následky jako nežádoucí sociální jev. Složitější je to u tzv. nelegálních drog, o které nám zde jde. Manipulace s těmito drogami není v naší společnosti tradiční a vede ke snížené společenské toleranci. V tomto případě jde o drogy, jejichž výroba a distribuce je upravena zákonem.

### 1.2.1 STÁDIA UŽÍVÁNÍ DROGY

Matoušek a kol. (2010, s. 215) uvádí, že míra závislosti člověka na droze se dá vyjádřit podle frekvence intenzity a následků užívání jedním z následujících pěti stupňů:

1. **Experimentální užívání drogy** – v tomto stádiu je droga užívána občasně a nepravidelně a její užívání nemusí mít pro uživatele žádné následky.
2. **Příležitostné užívání drogy** – tito uživatelé již berou drogu pravidelně, obvykle však ne častěji než jednou týdně, většinou ve volném čase. Užívání drogy se tak stává součástí životního stylu, následky užívání se projevují jen bezprostředně po aplikaci, jinak uživatel nemusí mít větší problémy ve své psychické rovnováze ani sociálním fungování.
3. **Pravidelné (škodlivé) užívání drogy** – zde uživatelé berou drogu pravidelně, tedy více než jednou týdně. Užívání drogy je součástí životního stylu a následky užívání se již projevují jistými škodlivými účinky.

4. **Problémové užívání drogy** – užívání je již pravidelné a ovlivňuje soukromý, případně i pracovní život jedince. Zde již také existují známky zdravotních problémů, které souvisejí s aplikací drogy. Droga je užívána rizikovým způsobem (např. nitrožilní aplikace).
5. **Závislost na droze** – projevuje se vyšší tolerancí k droze, to znamená, že k dosažení žádoucího účinku je třeba dávky drogy zvyšovat. Uživatel po droze trvale touží a této touze se postupně podřizuje celý jeho život. Zde jsou již zřetelné zdravotní, psychické a sociální problémy uživatele způsobené užíváním drogy.

MKN řadí závislost na omamných a psychotropních látkách mezi duševní poruchy. Svoboda a kol (2012, s. 159) uvádí, že omamné a psychotropní látky mají vliv na chování, vědomí a náladu. Nejproblematičtější je pro jedince a okolí narušené chování. Z toho pak vyplývají i problémy pro společnost, včetně problémů ekonomických. To je také důvod, proč společnost věnuje této oblasti takovou pozornost.

### 1.3 OMAMNÉ A PSYCHOTROPNÍ LÁTKY

Co to vlastně omamné a psychotropní látky neboli drogy jsou? Pod pojmem droga rozumíme ilegální, nezákonnou, státem nepodporovanou omamnou nebo psychotropní látku (dále jenom OPL).

Kalina (2015, s. 49) uvádí, že drogu můžeme definovat jako látku, která má tyto vlastnosti:

- Má tzv. **psychotropní účinek** – to znamená, že jde o působení na psychiku člověka, tj. ovlivňování jeho smyslového vnímání a prožívání okolní reality, mění vnitřní naladění (např. pocit pohody, zvýšené sebevědomí, pocit výborné kondice, eroticko-sexuální zážitky atd.).
- Může **vyvolat závislost**, má tedy něco, co se z nedostatku vhodnějšího pojmenování někdy označuje jako „potenciál závislosti“. Ten je u různých drog různě vyjádřen, může být větší nebo menší, ale přítomen vždy.

Kalina (2003, s. 59), zmiňuje, že okruh produktů, patřících mezi omamné a psychotropní látky, je vymezen v přílohách zákona o omamných látkách. Obecná



definice toho, co jsou omamné a psychotropní látky, je následující: Omamné a psychotropní látky jsou takové látky, u kterých vzniká nebezpečí chorobného návyku nebo psychických změn nebezpečných pro společnost nebo pro toho, kdo je opakovaně bez odborného dohledu požívá. Mezi omamné látky patří podle citovaného zákona a úmluv OSN například kokain, heroin, opium nebo morfin. Mezi psychotropní látky pak například efedrin nebo amfetamin. V následující části budou z internetových zdrojů stručně charakterizovány některé z nich.

**Kokain** – Jedná se o rostlinný alkaloid z jihoamerického keře koka, účinkuje jako silné stimulantium. Kokain je svými účinky podobný pervitinu. Pervitin má ale mnohem silnější ráz, kokain je proti němu pro tělo více „snositelnější“. Neobsahuje tolik surových příměsí a díky tomu, že jde o alkaloid z přírodního keře, nemá v sobě tolik škodlivin. Mezi jeho hlavní účinky patří celkové povzbuzení organismu. Následkem jeho účinku se zlepšuje vidění na dálku a zvyšuje se sebevědomí. Navozuje silnou euforii a rovněž představuje značnou zátěž pro kardiovaskulární systém. U citlivých lidí může způsobit zástavu srdce. Dlouhodobé užívání kokainu ničí nosní přepážku, nastupují deprese a psychózy.<sup>2</sup>

**Crack** – Crack je krystalická forma kokainu, který se běžně vyskytuje ve formě prášku (volná báze kokainu). Má podobu pevných kousků či krystalů různých barev od žluté a po narůžovělou či bílou. Řadí se mezi tvrdou, stimulační a narkotickou drogu. Crack se na rozdíl od koksu nešnupe, ale kouří ve zvláštních skleněných trubičkách, či cigaretách s příměsí marihuany a tabáku. Taktéž je možné kouř inhalovat. Droga působí na centrální nervovou soustavu a stav intenzivní euforie trvá cca 15 minut (bývá přirovnán k orgasmu celé bytosti). Crack je nejúčinnější formou, v jaké se kokain vyskytuje a zároveň tou nejrizikovější, je mnohem silnější a účinnější než klasický kokain.<sup>3</sup>

**Heroin** – Heroin je alkaloid opia. Je to jedna z nejsilnějších a nejnebezpečnějších drog, původně sloužil jako náhražka Morfinu. Podobně jako ostatní látky skupiny opiátů, způsobuje útlum centrálního nervového systému. S útlumem úzce souvisí subjektivně vnímané zpomalení všeho dění, člověk prožívá okolní svět jako klidnější, méně náročný. Přesto, že se jedná o látku tlumivou, někteří uživatelé popisují pocity subjektivně

---

<sup>2</sup> Drogy. [online]. [cit. 2017-01-15]. Dostupné z: <http://drogy.ful.cz/drogy/kokain/#comments>.

<sup>3</sup> Drogy. [online]. [cit. 2017-01-15]. Dostupné z: <http://www.drogy.cz/crack/kap-co-je-crack.html>.

vnímané zvýšení energie a schopnost podat vyšší výkon (i nepříjemné emocionální stavy spojené s cítěním bolesti). Intoxikovaný heroinem se jeví jako opilý, se zornicemi velikosti špendlíkových hlaviček. Hlubší intoxikace se projevuje namodralou barvou rtů a později i kůže z nedostatečného okysličení krve.<sup>4</sup>

**Opium** – Opium se buďto kouří z dýmek, nebo se rovnou aplikuje do žíly. Jeho účinky jsou srovnatelné s heroinem – vyvolává blaženost a apatii, při vysazování naopak velmi intenzivní a nepříjemný abstinenční syndrom. Opiáty v těle vyvolávají útlum nervové soustavy. Vše se zklidňuje – dech, lidský metabolismus, psychické stavy a procesy. Mnohdy se zklidnění vystupňuje až do zástavy dechu. Když uživateli droga v těle „dojede“, vrací se v negativních projevech abstinenčního syndromu – průjem, neklid, nervové tiky, horečka, bolesti svalů a kloubů, nespavost. Pak je třeba užít další dávku a koloběh se opakuje, protože pro dosažení kýžených stavů je třeba dávky zvyšovat. Mnozí tělesně závislí opiátníci drogu berou, protože musí. Neberou ji, aby jim bylo dobře, ale proto, aby jim nebylo zle.<sup>5</sup>

**Morfin** – Injekce morfia vyvolává vyrovnanou klidnou euforii. Nastává lhostejnost ke starostem, stoupá sebevědomí a myšlenky se zrychlí. Morfin tlumí vnímání bolesti, tlumí dráždivost dýchacího centra. Ve vysokých dávkách působí hypnoticky a dýchací centrum ochrne. Morfin vyvolává značnou závislost. Když má člověk této drogy dostatek a dosáhne po letech jisté stabilizace, bere ho třeba dvacet let a nic se neděje. V pokročilém stádiu je morfinista bledý, předčasně zešedivělý a celkově tělesně zchátralý.<sup>6</sup>

**Pervitin** – Odborně nazýván metanfetamin, je zcela nejznámější drogou v České republice. Jde o syntetickou látku vyrobenou z hlavních složek efedrin a pseudoefedrin extrahované z léčiv proti kašli a nachlazení (Modafen, Nurofen, Paralen Plus, Panadol Plus). Z dalších přísad kromě zmíněného efedrinu se používá fosfor nebo toluen. Droga se vyrábí chemickou reakcí, během níž dochází k zahřívání, ochlazování, filtraci, krystalizaci, apod. Pervitin se nejčastěji užívá injekční stříkačkou, méně časté je šňupání. S užitím dávky je spojena euforie, touha po pohybu, nebo naopak úzkost, labilita a

---

<sup>4</sup> *Prev centrum*. [online]. [cit. 2017-01-15]. Dostupné z: <http://www.prevcentrum.cz/Heroin>.

<sup>5</sup> *Drogy*. [online]. [cit. 2017-01-15]. Dostupné z: <http://navykovelatky.cz/tlumive-drogy/opium/>.

<sup>6</sup> *Drogy*. [online]. [cit. 2017-01-15]. <http://drogy.wz.cz/index.php?stranka=narkotika>.

hádavost. Uživatel této drogy je hyperaktivní, všechno ho baví, často mluví, nemá potřebu jíst a spát.<sup>7</sup>

**Extáze** – Nazývána též taneční drogou. Patří mezi amfetaminy, uměle (chemicky) připravené drogy podávané obvykle ve formě pilulek či tobolek. Díky potravinovým barvivům mívají různé barvy a díky novým lisům i různé tvary se známými motivy. Účinky této drogy se projevují především v nárůstu empatie, příjemných pocitů a laskavosti. Droga má přesto řadu nepříjemných vedlejších účinků. Často se dostavuje strnulost čelistí, svalová strnulost, někdy nevolnost, nadměrné pocení, třes, chlad a rozostřenost vidění.<sup>8</sup>

**LSD** – Je to mírně zásaditá krystalická látka rozpustná ve vodě nebo líhu využívaná jako halucinogen. Nejčastější formou jsou tzv. tripy – miniaturní papírky napuštěné LSD, k dostání jsou většinou na tanečních party a klubech. Droga se užívá orálně ve formě želatiny, tablety nebo krystalků. Účinek nastupuje asi 30 minut po požití a trvá přibližně 12 hodin. Obvykle se dostavují iluze, vize, změna vnímání reality, odlišné pocíťování emocí a času, časté je také prolínání smyslů (např. pocit „vidění rukama“ apod.). Osoby pod vlivem LSD však mají sníženou schopnost komunikace, koncentrace, dochází i k narušení spánku. Halucinace mohou vést k záměrnému či nezáměrnému sebepoškození. Na LSD vzniká jen krátkodobá tolerance, ale nezpůsobuje fyzickou závislost.<sup>9</sup>

---

<sup>7</sup> Drogy. [online]. [cit. 2017-01-15]. Dostupné z: <http://drogy.ful.cz/drogy/pervitin>.

<sup>8</sup> Drogy. [online]. [cit. 2017-01-15]. Dostupné z: <http://www.drogy.cz/drogy/kap-extaze.html>.

<sup>9</sup> Drogy [online]. [cit. 2017-01-15]. Dostupné z: <http://www.novev.wz.cz/drogy/halus.htm>.

## **2 FORMULACE LEGISLATIVNÍHO RÁMCE SYSTÉMU ČESKÉ REPUBLIKY A ŘECKA**

V této kapitole bude vymezena legislativa České republiky a Řecka, která se zabývá problematikou spojenou s drogami a dále pak trestně-právní rámec postihu zneužívání drog v obou zemích. Následně pak budou charakterizovány zařízení a služby, které se zabývají péčí o mladistvé drogově závislé uživatele.

### **2.1 LEGISLATIVA ČESKÉ REPUBLIKY**

Klíčovou normou upravující omezení v zacházení s omamnými a psychotropními látkami je Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů. Tento zákon stanovuje pravidla výzkumu, výroby, zpracovávání, odběru, skladování a používání těchto látek, dále pak jejich koupi a prodej. Zacházení s omamnými a psychotropními látkami je v zásadě možné pouze na základě zvláštního povolení, které vydává Ministerstvo zdravotnictví. Každé nakládání s těmito látkami bez povolení MV je neoprávněné. Zákon o návykových látkách však nedefinuje trestní sazby a trestné činy, které s drogovou problematikou souvisí, to je úkolem trestního práva hmotného.

### **2.2 TRESTNĚ PRÁVNÍ RÁMEC POSTIHU ZNEUŽÍVÁNÍ DROG**

Právní úprava v ČR zakazuje neoprávněné držení jakéhokoliv množství omamné nebo psychotropní látky pro jakékoliv účely. Porušení tohoto zákazu je postihováno různě odstupňovanými sankcemi, tato problematika je upravena v trestním zákoníku.

Drogová kriminalita je trestná činnost spočívající v jednání, které porušuje právní předpisy v oblasti regulace nakládání s omamnými a psychotropními látkami. Znaky trestného jednání jsou uvedeny v zákoně č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku. Trestní zákoník rozeznává pět drogových trestných činů:

- nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy;
- přechovávání omamné a psychotropní látky a jedu;
- nedovolené pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku;

- výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě omamné a psychotropní látky a jedu;
- šíření toxikomanie.<sup>10</sup>

V následujícím textu jsou stručně charakterizovány výše jmenované trestné činy a u každého je uvedena sankce, která hrozí v případě spáchání tohoto činu.

**Nedovolená výroba a distribuce** – Kdo neoprávněně vyrobí, doveze, vyveze, proveze, nabídne, zprostředkuje, prodá nebo jinak jinému opatří nebo pro jiného přechovává omamnou nebo psychotropní látku, bude potrestán odnětím svobody na 1 rok až 5 let nebo peněžitým trestem. Vyšší trestní sazby zákon stanoví pachatelům, u nichž byly shledány přitěžující okolnosti (pachatel se daného trestného činu dopustí jako člen organizované skupiny, vůči dítěti, apod.). Ke zpřísnění dochází např. ve vztahu k pachatelům, kteří se trestného činu nedovolené výroby a distribuce dopustí opakovaně. Takovému pachateli hrozí trest odnětí svobody na 2 až 10 let. Nejvyšší trestní sazba 10 až 18 let odnětí svobody pak hrozí pachateli např. v případě spáchání trestného činu v rámci mezinárodní organizované skupiny.

**Přechovávání omamné a psychotropní látky** – Trestní zákoník nově stanoví rozdílné trestní sazby za neoprávněné přechovávání drogy pro vlastní potřebu v množství větším než malém, u konopných drog na jedné straně, a u ostatních omamných či psychotropních látek na straně druhé (podle míry jejich zdravotní a společenské nebezpečnosti). Nižší trestní sazba je tak stanovena pro osoby, které přechovávají pro vlastní potřebu v množství větším než malém konopné drogy – těm hrozí trest odnětí svobody až na 1 rok, zákaz činnosti nebo propadnutí věci nebo jiné majetkové hodnoty. Za přechovávání jiných drog pro vlastní potřebu v množství větším než malém hrozí pachateli odnětí svobody až na 2 roky, zákaz činnosti nebo propadnutí věci nebo jiné majetkové hodnoty.

**Nedovolené pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku** – Zde zákon stanoví, že pěstování malého množství konopí, hub nebo jiných rostlin pro vlastní potřebu nebude podléhat trestněprávní regulaci a bude postihováno podle zákona o přestupcích. Pěstování konopí v množství větším než malém podléhá trestu odnětí

---

<sup>10</sup> Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník.

svobody až na 6 měsíců, peněžitým trestem nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty. Pěstování hub nebo jiných rostlin obsahujících OPL v množství větším než malém bude podléhat trestu odnětí svobody až na 1 rok, peněžitému trestu nebo propadnutí věci nebo jiné majetkové hodnoty.

**Množství menší než malé** – Na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, je neoprávněné přechovávání OPL pro vlastní potřebu v malém množství považováno za přestupek. Totéž platí o pěstování v malém množství rostlin nebo hub obsahujících OPL. Za oba tyto přestupky hrozí pachateli pokuta až 15 000,- Kč. Lze mu však uložit i sankci napomenutí a propadnutí věci.

## 2.3 TRESTNÁ ČINNOST MLADISTVÝCH V ČR

Pro trestnou činnost mladistvých platí v České republice zvláštní legislativní úprava. Zákony rozlišují následující tři kategorie:

- **Děti do 15 let** – nejsou trestně odpovědné, jejich trestná činnost je označována jako čin jinak trestný, tu projednává soud pro mládež a těmto dětem může být uložen návrh na výchovné nebo ochranné opatření. Mezi tyto opatření patří napomenutí s výstrahou, výchovné omezení či povinnost, dohled úředníka Probační a mediační služby, zařazení do terapeutického psychologického programu střediska výchovné péče, ochranná výchova či ochranné léčení.
- **Od 15 – 18 let** se jedná o mladistvé, jejich trestná činnost je označována jako provinění. Mladistvým může být uděleno výchovné opatření, ochranné opatření či trestní opatření. Mezi výchovná opatření patří dohled úředníka PMS, napomenutí s výstrahou, výchovná povinnost či omezení. K ochranným opatřením patří ochranné léčení nebo ochranná výchova, zabezpečovací detence a zabránění věci. V případě trestních opatření jde o obecně prospěšné práce, domácí vězení a zákaz činnosti. K trestu odnětí svobody je přistupováno v krajních možnostech a je ukládána poloviční sankce než u zletilých. V případě trestu odnětí svobody nesmí hranice trestní sazby převyšovat 5 let. Po skončení trestu odnětí svobody nemá mladistvý záznam v rejstříku trestů. Pokud mladistvý projeví účinnou lítost, může soud od trestu upustit.

- **Od 18 – 19 let** se jedná o osoby ve věku blízkém mladistvým. U těchto osob se posuzuje stupeň rozumové a mravní vyspělosti a také se přihlíží k okolnostem.

## **2.4 SYSTÉM PÉČE O DROGOVĚ ZÁVISLÉ V ČR**

Matoušek (2010, s. 213) zmiňuje, že v rámci řešení drogové problematiky a péče o uživatele drog, je v České republice stejně jako v ostatních západních zemích vytvářena protidrogová politika státu. Tato protidrogová politika vychází z represivního přístupu, který je doplňován nabídkou léčebných a preventivních programů.

Východiska, principy a cíle protidrogové politiky jsou formulovány v Národní strategii protidrogové politiky. Současná protidrogová politika státu je založená na principech snižování poptávky, snižování rizik a snižování dostupnosti. V rámci snižování poptávky se jedná o léčbu a resocializaci. Pokud jde o snižování rizik, je uplatňován přístup omezování škod. Jedná se o postupy zaměřené na snižování a minimalizaci poškození drogami u uživatelů, jež nemají motivaci k tomu, aby zanechali užívání. V rámci snižování nabídky se jedná o škálu aktivit vytvořených pro zastavení či omezení výroby a distribuce drog.

Jak již bylo řečeno, k drogové závislosti je možno přistupovat jako k nemoci, u které existují způsoby, jak ji vyléčit. Mezinárodní klasifikace nemocí řadí závislost na omamných a psychotropních látkách mezi duševní poruchy. Problém závislosti nevzniká jedním užitím návykové látky, ale jde o dlouhodobý trvajícím proces, čím déle trvá, tím je náročnější jeho léčba. Úskalí spočívá v tom, že závislý většinou není dostatečně motivován k tomu, aby léčbu započal. Pokud však svůj problém řešit chce, má na výběr z několika způsobů, jak se léčit. V rámci řešení drogové problematiky, má zásadní úlohu její prevence.

### **2.4.1 PREVENCE DROGOVÉ ZÁVISLOSTI**

Úkolem strategií a programů snižování poptávky po drogách je snížení zájmu o užívání drog. Poptávku lze snižovat prostřednictvím preventivních a edukačních programů, jejichž cílem je odvracet uživatele nebo potenciální uživatele od experimentování s ilegálními drogami nebo od jejich následného užívání. Do okruhu snižování poptávky patří rovněž poradenské a léčebné programy, které směřují k dosažení

a udržení abstinence, snižování frekvence užívání či dávek drogy, dále pak programy nabízející vzdělání nebo léčbu jako alternativu potrestání. V neposlední řadě sem patří sociální opatření vedoucí ke zmírnění faktorů přispívajících k užívání drog, jako je nezaměstnanost, bezdomovectví a záškoláctví.

V rámci prevence drogové závislosti rozlišuje (Kalina 2003, s. 17) tři úrovně prevence, jedná se o následující:

- **Primární prevence** – jejím cílem je zamezit užití drogy u populace, která s ní dosud není v kontaktu, či alespoň odložit kontakt s drogou do vyšších věkových kategorií.
- **Sekundární prevence** – zde jde o předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které již drogu užili, nebo jsou na ní případně závislí. Jedná se o komplex včasné intervence, poradenství a léčení.
- **Terciární prevence** – má za úkol předcházet vážnému a trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození, které je následkem užívání drog. Patří sem sociální rehabilitace, doléčování, podpora v abstinenci, ale také prevence zdravotních rizik u neabstinujících klientů.

#### 2.4.2 MINIMÁLNÍ PREVENTIVNÍ PROGRAM

Základním dokumentem upravujícím preventivní aktivity na školách je Minimální preventivní program, který je součástí Konceptce prevence zneužívání návykových látek a dalších sociálně patologických jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu MŠMT.

Minimální preventivní program je modelový rámec pro školní preventivní program. Tento dokument by měl definovat dlouhodobé a krátkodobé cíle preventivního programu a aktivit školy a současně by měl být naplňován tak, aby mohl být řádně proveden a zkontrolován. Cílem programu je oddalovat, bránit nebo snižovat výskyt rizikového chování a zvyšovat schopnost žáků a studentů činit informovaná a zodpovědná rozhodnutí ve svém životě.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> *Minimální preventivní program*. [online]. [cit. 2017-01-15]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/70/3887/Minimalni-preventivni-program>.



### 2.4.3 SLUŽBY A ZAŘÍZENÍ PRO DROGOVĚ ZÁVISLÉ V ČR

Kalina (2008, s. 376) uvádí, že v České republice funguje v současnosti poměrně ucelený systém péče pro uživatele návykových látek – jedná se o síť poradenských, léčebných a sociálních služeb. Jednotlivé složky tohoto systému odpovídají potřebám klientů s ohledem na fázi rozvoje závislosti a na specifika cílových skupin, kterým jsou určeny.

**Terénní programy** – Tato služba je poskytována přímo na ulicích a dalších veřejných místech (na tzv. otevřené drogové scéně), ale i v bytech, kde se uživatelé sdružují (tzv. uzavřená drogová scéna). Terénní programy fungují tak, že terénní pracovník aktivně vyhledává a oslovuje potencionální zájemce o službu. Uplatňuje se zde nízkoprahový přístup, což znamená, že je služba časově i místně dostupná, velmi flexibilní a je poskytována anonymně. Terénní práce je postavena na přístupu „public health“ (ochrana zdraví veřejnosti) a přístupu „harm reduction“ (snižování zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním návykových látek). Tento typ práce je určen pro klienty, kteří nejsou v kontaktu s žádnými sociálními, zdravotními či výchovnými institucemi. Klientům jsou poskytovány informace o rizicích spojených s užíváním drog a o možnostech jejich snižování. Probíhá zde výměna stříkaček a jehel, distribuce prezervativů a dezinfekčních prostředků. Kromě toho zde funguje poradenství o dostupných programech péče a léčby.

**Nízkoprahová kontaktní centra** – Jedná se o nízkoprahová zařízení, která jsou v daném regionu dostupná místně i časově. Nabízejí podobné služby jako terénní programy – uživatelům návykových látek poskytují včasnou intervenci, poradenství, krizovou intervenci, zdravotní a sociální poradenství a služby harm reduction (i anonymně). Cílovou populací těchto center jsou uživatelé návykových látek s různou motivací ke změně, v různém stadiu užívání a v různé fázi rozvoje závislosti. Mimo to jsou kontaktní centra určena i pro blízké závislých uživatelů, kteří potřebují podporu, provázení a pomoc. V centrech jsou podmínky pro cílenější a dlouhodobou práci s klientem. Umožňují se soustředěně zabývat jeho motivací k léčbě. Na základě aktuálního stavu uživatele je pro něj možné vybrat vhodnou léčbu, případně mu zprostředkovat nástup do léčby.

**Detoxifikační jednotky** – Detoxifikační jednotky slouží ke zvládnání odvykacích stavů a intoxikace návykovou látkou, pokud není žádoucí intenzivní péče v jiném zařízení. Detoxifikační jednotky mohou být součástí zařízení pro léčbu závislosti, nebo se jedná o samostatné jednotky v rámci nemocnic. Cílem péče v detoxifikačních jednotkách je minimalizování projevů odvykacích symptomů a zbavení organismu uživatele návykových látek (příčemž je možno využít i medikaci). Detoxifikace obvykle trvá 5 – 10 dní, v některých případech však i déle. Zařízení, jež poskytují dlouhodobou pobytovou léčbu, zpravidla vyžadují, aby do ní klient nastoupil bezprostředně po absolvování detoxifikačního programu.

**Substituční léčba** – Tato léčba probíhá v ambulantních zdravotnických zařízeních a její podstatou je nahrazení nelegální návykové látky opiátového typu lékem, který je předepsán lékařem. V současné době jsou využívány látky metadon a subutex. Cílem léčby je fyzická, psychická a sociální stabilizace uživatele a prevence jeho kriminálního chování. Naplnění těchto cílů by mělo ve finále vést k abstinenci klienta a ke změně jeho životního stylu.

**Ambulantní léčba** – Tento typ léčby je realizován v zařízeních zdravotnického i nezdravotnického charakteru. Jedná se o ordinace AT (zkratka vznikla ze slov alkohol-toxikomanie), dále jsou to specializovaná ambulantní zařízení pro léčení závislosti a psychiatrické ambulance či psychologické poradny. Cílovou skupinu tvoří problémoví uživatelé návykových látek, s motivací k léčbě, jejichž zdravotní stav nevyžaduje hospitalizaci. Aby tato léčba byla úspěšná, je nutná sociální stabilita klienta, podpora jeho nejbližšího okolí a aktivní participace rodinných příslušníků na léčebném procesu. Vedle toho sem patří i klienti se soudně nařízenou léčbou. Hlavním cílem ambulantní léčby je především změna životního stylu klienta a abstinence od návykových látek. Mimo to zde mohou být stanoveny i cíle jiné, jako např. životní stabilizace klienta, příprava na léčbu v rezidenčním zařízení, snížení frekvence užívání apod.

**Denní stacionáře** – Jedná se o ambulantní zařízení s intenzivním denním strukturovaným programem. Je to zařízení „na půl cesty“ mezi běžnou ambulancí a rezidenční léčbou. Klienti sem docházejí denně ve všední dny minimálně na 6 hodin, příčemž odpoledne, večer a o víkendech jsou ve svém přirozeném prostředí. Léčba se skládá z individuální, skupinové a rodinné terapie. Tato léčba obvykle trvá 2 – 3 měsíce

a jejím cílem je změna životního stylu jedince – abstinence od původní drogy, ale i od jejích spouštěčů. K dalším cílům pak patří zlepšení psychického a fyzického zdraví, změna v sebepojetí a ve vztazích, získání a udržení sociálních dovedností.

**Psychiatrická léčba** – Jedná se o rezidenční léčbu ve zdravotnických zařízeních, psychiatrických léčebnách, oddělení pro léčbu závislostí. Tato léčba obvykle trvá 3 – 6 měsíců a využívá řady prvků terapeutických komunit, jako je režim a pravidla, skupinová psychoterapie, komunitní setkání, trénink odpovědnosti atd. Do léčby vstupují pacienti obvykle dobrovolně po absolvované detoxifikaci. Tato zařízení též přijímají klienty s nařízenou ochrannou ústavní léčbou. Základním cílem této léčby je změna životního stylu pacienta, jehož součástí je i abstinence od návykových látek.

**Terapeutické komunity** – Terapeutické komunity poskytují střednědobou a dlouhodobou pobytovou léčbu, která obvykle trvá 6 – 18 měsíců. Tato léčba je strukturovaná a intenzivní, většinou je rozdělena do čtyř fází. V průběhu léčby jsou na klienta kladeny vysoké nároky. Důraz je kladen na intenzivní terapeutický proces a komunitní způsob života. Využívá se zde individuální poradenství, skupinová, rodinná a pracovní terapie.

**Doléčovací programy** – Jedná se o ambulantní zařízení, které se zaměřují na udržení změny v chování a životním způsobu klienta, získaných v průběhu léčebného procesu či abstinence. Formy doléčování mohou mít různou podobu, od ambulantních skupin jednou týdně až po intenzivní strukturovaný program doplněný volnočasovými aktivitami. Hlavním úkolem těchto programů je pomoci vytvořit klientovi podmínky pro jeho abstinenci. Cílovou skupinu tvoří klienti, kteří absolvovali ambulantní či rezidenční léčbu, což jsou osoby závislé, které mají za sebou léčbu a aktuálně abstinují. Dále sem patří klienti, kteří začali abstinovat sami, jsou motivováni k tomu si tuto abstinenci udržet, ale potřebují podporu.

#### **2.4.4 SLUŽBY A ZAŘÍZENÍ PRO MLADISTVÉ DROGOVĚ ZÁVISLÉ V ČR**

**Středisko výchovné péče** – Jedná o instituci pro preventivně výchovnou péči pro děti s rizikem poruch chování, které nemají nařízenou ústavní výchovu ani uloženou ochrannou výchovu. Tato střediska jsou metodicky řízena diagnostickými ústavy. Poskytují ambulantní služby – děti sem mohou docházet i s rodiči na konzultaci

k odborníkovi. Mimo to pak nabízejí internátní pobyt maximálně na 8 týdnů. Střediska výchovné péče jsou určena zpravidla pro děti ve věku od 6 do 15 let, poradenství je však poskytováno i rodičům dětí. Součástí zařízení je i škola, pokud se jedná o internátní pobyt. Využívá se zde individuální práce s dítětem i skupinová psychoterapie.

**Diagnostický ústav** – Jedná se o zařízení Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Existují diagnostické ústavy pro děti ve věku od 3 do 15 let, které jsou koedukované. Diagnostické ústavy pro mládež ve věku od 15 do 18 let jsou nekoedukované, tzn. zvlášť pro dívky a zvlášť pro chlapce. Důvodem pro umístění jsou zpravidla poruchy chování. Děti a mladiství jsou zde umístěni zpravidla na základě dobrovolného pobytu, popřípadě na žádost rodičů a od 15 let i na vlastní žádost. Důvodem pro umístění může být nefunkčnost či patologie rodiny nebo výchovné problémy jedince. Po přijetí dítěte je ústav povinen poslat do 3 dnů zprávu příslušnému soudu i úřadu (oddělení sociálně-právní ochrany dětí). Pobyt zde trvá většinou 8 týdnů, během nichž probíhá diagnostika. Na závěr je o dítěti sepsána zpráva s doporučenými postupy do dalších institucí. Pokud je dítě v pořádku, může se vrátit do rodiny, pokud není v pořádku rodina, ale dítě nemá výchovné problémy, je umístěno do dětského domova. Pokud má dítě výchovné problémy je umístěno do dětského domova se školou (ve věku 6 – 15 let) nebo do výchovného ústavu (ve věku 15 – 18 let).

**Dětský domov se školou** – Zde jsou umístěny děti s poruchami chování od 6 let do ukončení povinné školní docházky, součástí je základní škola praktická nebo speciální. Pokud se pro pokračující závažné poruchy chování jedinec nemůže vzdělávat na střední škole nebo pracovat, je umístěn do výchovného ústavu. V dětských domovech se školou je pečováno o děti s nařízenou ústavní výchovou (pro závažné poruchy chování a duševní poruchy), dále o děti s uloženou ochrannou výchovou a o nezletilé matky, které mají nařízenou ústavní nebo ochrannou výchovu. Součástí dětských domovů se školou může být i oddělení extrémních poruch chování pro děti, které spáchaly závažný čin, který by byl klasifikován jako trestný (např. vražda nebo loupežné přepadení).

**Výchovný ústav** – Výchovný ústav je určen pro děti starší 15 let se závažnými poruchami chování s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochranou výchovou. Jeho součástí může být i učiliště. S mladistvými zde pracují specialisté jako vychovatelé, etopedi a psychologové.

**Věznice pro mladistvé** – Jsou určeny pro pachatele od 15 do 18 let, kteří spáchají závažné provinění. V současné době je méně odsouzených mladistvých než v minulosti z důvodu častějšího využívání alternativních trestů.

V rámci **zdravotní péče**, který vymezuje zákon o zdravotních službách, jsou pro drogově závislé určeny následující služby:

- akutní lůžková péče, kterou je diagnostická a léčebná péče poskytovaná pacientům, kteří se požitím alkoholu nebo jiných návykových látek uvedli do stavu, v němž jsou bezprostředně ohroženi na zdraví, případně ohrožují sebe nebo své okolí;
- detoxifikace, kterou je léčebná péče poskytovaná ambulantními a ústavními zdravotnickými zařízeními při předcházení abstinenčnímu syndromu;
- terénní programy, kterými jsou programy sociálních služeb a zdravotní osvěty pro problémové uživatele jiných návykových látek a osoby na nich závislé;
- kontaktní a poradenské služby;
- ambulantní léčba závislostí na tabákových výrobcích, alkoholu a jiných návykových látkách;
- stacionární programy, které poskytují nelůžkovou denní léčbu problémovým uživatelům a závislým na alkoholu a jiných návykových látkách, jejichž stav vyžaduje pravidelnou péči bez nutnosti vyčlenit je z jejich prostředí;
- krátkodobá a střednědobá ústavní péče, kterou je léčba problémových uživatelů a závislých na alkoholu a jiných návykových látkách ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče v obvyklém rozsahu 5 – 14 týdnů,
- rezidenční péče v terapeutických komunitách, kterou je program léčby a resocializace ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče a v nezdravotnických zařízeních v obvyklém rozsahu 6 – 15 měsíců;
- programy následné péče, které zajišťují zdravotnická zařízení a jiná zařízení; obsahují soubor služeb, které následují po ukončení základní léčby a pomáhají vytvářet podmínky pro udržení abstinence;
- substituční léčba, kterou je krátkodobá nebo dlouhodobá léčba závislosti na návykových látkách, jež spočívá v podávání nebo předepisování látek

nahrazujících původní návykovou látku, je prováděna ve zdravotnických zařízeních ambulantní péče pod vedením lékaře.

Podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, jsou pro mladistvé uživatele návykových látek relevantní následující typy sociálních služeb, které jsou realizovány především **nestátními neziskovými organizacemi**:

- terénní programy;
- kontaktní centra;
- terapeutické komunity;
- služby následné péče a chráněné bydlení;
- sociální rehabilitace.

## **2.5 LEGISLATIVA ŘECKA**

První pokus trestního stíhání užívání drog v Řecku byl roku 1919 upraven zákonem „Lumpové a jejich zodpovědnost“ (N.1981/19). Tento zákon stanovil trest odnětí svobody až na jeden rok a při recidivě až na dva roky pro ty, kteří užívají nebo prodávají hašiš nebo poskytují místo k jeho užívání.

V současnosti drogovou problematiku upravuje „Zákon o návykových látkách“ (N. 4139/13). Hlavní filozofií tohoto zákona je charakteristika drogově závislých jako „nemocných“ a ne zločinců, a dále pak rozlišování mezi narkomany a non-narkomany při jejich nápravě.

## **2.6 TRESTNĚ PRÁVNÍ RÁMEC POSTIHU ZNEUŽÍVÁNÍ DROG V ŘECKU**

Pod pojmem trestný čin obchodu s drogami se rozumí jakýkoliv akt, kterým se koná distribuce drog. Zejména jde o import, export, přepravu, prodej, nabídku, distribuci, dodávku, skladování a jakoukoliv manipulaci s nimi. Za trestný čin obchodování s drogami hrozí trest odnětí svobody v délce nejméně osmi let a pokuta až do výše 300 000 EUR. Je však možné přihlídnout ke specifickým okolnostem. Odnětím svobody až na tři roky bude potrestán:

- kdo distribuuje malé množství těchto látek, aby bylo zajištěno pokrytí denní potřeby individuálních potřeb;
- má tyto látky bez zisku pro příbuzné s cílem uspokojit okamžitou potřebu užití;
- dá jinému tyto látky bez zisku a pouze pro uspokojení potřeb v dané chvíli.

Ve výše zmíněných případech je možné přihlídnout i k polehčujícím okolnostem. Osobě, která pro své vlastní výhradní použití jakýmkoliv způsobem pořizuje nebo vlastní drogy v množství, které je odůvodněné pouze pro osobní potřebu nebo pěstuje rostliny konopí v množství nebo míře opodstatněné pouze pro osobní potřebu, hrozí trest odnětí svobody až na pět měsíců. K osobní potřebě je přihlíženo s ohledem na typ, čistotu, množství této drogy, frekvenci používání, denní dávce a specifickým potřebám daného uživatele. (Zákon N. 4139/2013, Zákon o návykových látkách)

Trestní sazba může být také v některých případech zvýšena. Odnětím svobody na nejméně deset let a pokutou ve výši 50 000 až 500 000 EUR je potrestán ten, kdo usnadňuje nebo zakrývá páchaní dalších těžkých zločinů. Stejný trest dostane ten kdo:

- nelegálně obchoduje s drogami v kasárnách nebo dalších prostorách ozbrojených sil, na policii, ve věznicích, ve věznicích pro mladistvé, ve výchovných ústavech a ostatních zařízeních pro děti a mladistvé;
- nelegálně distribuuje léky v rámci zločinné organizace;
- je recidivista, který byl již odsouzen za zločin obchodování s drogami v uplynulém desetiletí;
- nelegálně přidává jakýmkoliv způsobem tyto látky do potravin, nápojů nebo jiného zboží ke konzumaci;
- vydává jako lékař předpis pro podávání těchto látek bez opodstatněného důvodu;
- uděluje jako lékárník nebo farmaceut tyto látky bez předpisu.

Existují i zvláštní výjimky. Doživotím nebo dočasným odnětím svobody na 10 let a pokutou ve výši 50 000 až 600 000 EUR bude potrestán pachatel obchodující s drogami:

- pokud se v daném činu jedná o drogy, které mohou způsobit nebo způsobily vážné zranění nebo smrt třetí osobě, nebo ublížení na zdraví více osobám;

- pokud se jedná o osobu zletilou, která provedla výše zmíněný čin za účelem prodeje omamných látek nezletilým nebo nezletilé zneužívá k obchodu s těmito látkami.

Trestem doživotního vězení, a pokutou ve výši 50 000 až 1 000 000 EUR, je potrestán pachatel, který obchoduje s drogami a:

- financuje jeho prodej nebo distribuci a jeho předpokládaný zisk přesahuje 75 000 EUR;
- vyhýbá se zadržení zbraní.<sup>12</sup>

## 2.7 TRESTNÁ ČINNOST MLADISTVÝCH V ŘECKU

Zákon N. 4139/2013, trestní zákoník stanoví zvláštní zacházení pro mladistvé pachatele, pokud je to pro ně výhodnější. Mladistvým, kteří jsou shledáni trestně odpovědnými za distribuci a je u nich diagnostikována závislost, mohou dostat místo trestu příkaz k umístění v některém z léčebných programů. Zákon dává možnost specifického přístupu k lidem se závislostí, kteří se od ní sami bez cizí pomoci nedokážou oprostit. Před odsouzením je možné uložit obviněnému vstup do speciálního terapeutického programu léčby drogových závislostí namísto dočasného zadržení, a to za předpokladu, že o to požádá. Doba pobytu se pak započítává do času dočasného zadržení.

Odsouzené osoby se závislostí, které si přejí účastnit se poradenského nebo léčebného programu detoxifikace či fyzické a psychické rehabilitace, se mohou podrobit léčbě v zadržovacím středisku. Doba pobytu v těchto programech se započítává k vypočtené době výkonu trestu. V případě, že pachatel úspěšně dokončí program, může přestupková rada odložit nebo zrušit trestní stíhání. Může také dojít k pozastavení příkazu k odnětí svobody a peněžitých trestů až do ukončení programu.

V Řecku jsou podle úpravy zákona trestní odpovědnosti mladistvých (Zákon N. 3189/2003), rozlišovány tři věkové kategorie, podle kterých je posuzována právní odpovědnost nezletilých.

---

<sup>12</sup> Zákon N. 4139/2013, Zákon o návykových látkách



- **Nezletilí ve věku do 8 let** – nemají žádnou trestní a právní odpovědnost, jsou bez jakýchkoliv postihů.
- **Nezletilí ve věku od 8 do 13 let** – nejsou trestně odpovědní, tudíž nenesou právní odpovědnost za spáchaný čin. Podle ustanovení trestního zákoníku nesmí být umístěni do věznice, ale může jim být nařízena ústavní výchova nebo léčebné programy.
- **Nezletilí ve věku od 13 do 18 let** – mohou být odsouzeni k pobytu ve speciálním ústavu zadržení mladistvých. Prakticky vzato se jedná o věznice pro mladistvé.<sup>13</sup>

## 2.8 ZAŘÍZENÍ A SLUŽBY PRO DROGOVĚ ZÁVISLÉ V ŘECKU

V Řecku fungují Centra pro léčbu lidí se závislostmi, které nesou název KETHEA. První organizace byla v Řecku založena v roce 1983 pod jménem ITHAKY. Účelem těchto center je nejen prevence před užíváním omamných látek, ale i léčba, pracovní začlenění a zapojení do společnosti osob se závislostí. Mimo to se Centra po léčbu závislostí zabývají výzkumem a vzděláváním v oblasti závislosti a spolupracují při vytváření programu a jeho aplikace pod hlavičkou Státního programu akce proti drogám.

V současné době působí v Centrech pro léčbu závislostí 451 zaměstnanců ve více než 100 centrech ve 26 městech a 18 nápravných zařízeních. Centra jsou zaměřena na podporu osob se specifickým potřebami – dospělí, nezletilí, studenti, pracující, rodiče nezletilých, emigranty, osoby ve výkonu trestu a po propuštění, bezdomovce a osoby závislé na alkoholu, gamblingu a sociálních sítích.

Léčebný program je pro všechny zdarma a bez rozdílu, uplatňuje se zde dobrovolný a akční přístup. V léčebném programu je zohledňováno stádium, ve kterém se jedinec nachází, jeho potřeby a specifika závislé osoby. Je zde snaha o ucelení psychosociálního přístupu k problému závislosti ve spolupráci s rodinou a společností. Výsledky léčby po pěti letech od začátku terapie u jedinců, kteří zůstali v terapeutickém léčebném programu, uvádí tyto výsledky:

- 67,7 % neužívá žádné zakázané látky;

---

<sup>13</sup> Zákon N. 4139/2013, Zákon o návykových látkách

- 72,7 % neprovádí žádnou trestnou činnost;
- 83,7 % je zapojeno do pracovního procesu.

Přínos léčby je však viditelný i u klientů, kteří předčasně ukončí léčbu již po 90 dnech. Léčebná centra přinášejí zisk i společnosti. Na každé 1 EURO, které je investováno do programu KETHEA, společnost získá 4,6 až 6,5 EUR podle typu programu. Úspora pro společnost spočívá v uspořené výdajích na zdravotnictví, výdajích na projednávání a souzení trestných činů, výdajů na jejich nápravu, na výkon trestu a znovu začlenění do společnosti.

**Tabulka č. 1: Výdaje na drogově závislého jedince za den**

<b>Jedinec podle typu zařízení</b>	<b>Výdaje v €</b>
Závislý jedinec	136,5
Ve výkonu trestu	30
V léčebném programu s pobytem	29
V léčebném programu s ambulantní léčbou	21

Zdroj: KETHEA - Výroční zpráva z roku 2015

Státní dotace na KETHEA pro rok 2015 byly ve výši 16 000 000 EUR, celkové výdaje pokryté i sponzorskými dary činily 18 3983 653 EUR. Mezi léčebná centra pro mladistvé patří KETHEA STROFI a KETHEA PLEVSI v Aténách, KETHEA NOSTOS v Pireas, KETHEA ANADYSI v Tessalonikách, KETHEA PILOTOS ve Volosu, KETHEA OKSIGONO v Patře a KETHEA ARIADNI na Krétě.

**Tabulka č. 2: Údaje o zařízeních KETHEA v roce 2015**

<b>KETHEA</b>	<b>Počet zaměstnanců</b>	<b>Klienti</b>	
		<b>Poradenství</b>	<b>Detox</b>
STROFI	13	98	30
NOSTOS	34	26	
PILOTOS	10	21	7
ARIADNI	21	41	23
OKSIGONO	5	14	1
ANADYSI		98	19
PLEVSI		57	93

zdroj: KETHEA - Výroční zpráva z roku 2015

### **3 SROVNÁVACÍ ANALÝZA**

V této části mé bakalářské práce bude srovnáno, jak se liší zdravotně-edukační péče o mladistvé se závislostním chováním na omamných a psychotropních látkách v České republice a v Řecku. Pro účely tohoto srovnání byl zvolen jako zástupce pro Českou republiku výchovně léčebný program ve Výchovném ústavu a středisku výchovné péče v Pšově. Ten bude porovnáván s terapeutickým programem PILOTOS, který je využíván v Centrech pro léčbu mladistvých se závislostmi KETHEA v Řecku. Uváděné informace byly v převážné míře čerpány z interních zdrojů obou zařízení.

#### **3.1 VÝCHOVNĚ-LÉČEBNÝ PROGRAM V ČR**

Jako zástupce výchovně-léčebného programu pro mladistvé závislé v České republice byl vybrán výchovně-léčebný program pro chlapce s nařízenou ústavní výchovou či předběžným opatřením, se závislostním chováním na omamných a psychotropních látkách ve Výchovném ústavu a středisku výchovné péče v Pšově u Podbořan.

##### **3.1.1 CHARAKTERISTIKA PROGRAMU**

Jedná se o program školského zařízení oddělení ELIMDROG charakteru výchovně-léčebné skupiny. Výchovně léčebná skupina (dále jen VLS) je zřízena jako součást výchovného ústavu VÚ a SVP Pšov. Využívaná léčebná metoda zde je skupinová psychoterapie – intenzivní komunitní a zátěžová terapie.

Personální zabezpečení tvoří tyto pracovníci:

- ředitel – řídí VLS jako jednu ze svých součástí;
- vedoucí vychovatel – koordinuje činnost vychovatelů a zajišťuje provoz asistentů pedagoga;
- vychovatelé terapeuti – zajišťují výchovně léčebnou a psychoterapeutickou činnost;
- asistenti pedagoga – zajišťují péči o děti v nočních hodinách a organizaci dne v oblasti režimových prvků;
- psycholog – vedoucí VLS – koordinuje program VLS a určuje směr psychoterapie, včetně výchovně léčebných postupů;

- etoped – organizuje odborný dohled a participuje na VLS programu.

Podmínky pro přijetí do programu jsou: výkon ústavní výchovy nebo předběžné opatření, souhlas rodičů, zájem klienta a věk 15 – 19 let. Pokud jde o délku programu, je časová osa nastavena individuálně, minimální dotace potřebná k terapii jsou dva měsíce. Kapacita programu je 8 lůžek. Terapie zde je rozdělena na psychoterapeutickou komunitu, sebeobslužnou terapii, ergoterapii a zážitkovou terapii.

### **3.1.2 TERAPIE**

Terapie je zaměřena na dynamiku komunity a skupinových dějů jak aktuální povahy, tak souvislostí s dětstvím, dospíváním či významnými událostmi života. Pracuje se s jevy, které se nazývají nevědomí, obrazy, přenos a protipřenos, což jsou pojmy svojí povahou psychoanalytické. Součástí dějů jsou psychosomatické jevy, sny, krize, psycho - traumata, ale také významné události pozitivní a nadějně.

V komunitě se klienti setkávají během společných činností v průběhu celého dne. Organizovanou částí komunitního setkání jsou ranní komunitní sezení a večerní kluby. V komunitě probíhají některé aktivity, které patří jak do oblasti zkušeností tak vzdělávání. Smyslem komunity je pěstování a reflexe života v lidských společenstvích.

### **3.1.3 FÁZE LÉČEBNÉHO PROGRAMU**

Výchovně léčebný program má čtyři fáze.

**1. Fáze** – v této fázi dochází k písemné dohodě o vstupu do komunity, její součástí je životopis a zavedení deníku. Jedinec je seznámen s pravidly, jsou s ním stanoveny individuální plány, potřeby a možnosti. Tato část trvá dva týdny. Jedná se o činnosti v režimu přípravném. V této části nemá klient žádnou vedoucí funkci.

**2. Fáze** – pro tuto fázi je stěžejní žádost, ve které se obhajují dosavadní činnosti. Klient ústně žádá komunitu o postoupení zvládnutí 1. fáze nebo žádá o pomoc zvládnutí některých částí, které nezvládl. Komunita mu pak radí, pomáhá a hodnotí. Délka druhé fáze jsou čtyři týdny. Probíhají zde činnosti v režimu postupného navyšování zátěže.

**3. Fáze** – zde opět dochází k žádosti, kde se obhajují dosavadní činnosti. Klient ústně požádá komunitu o postoupení zvládnutí 2. fáze nebo žádá o pomoc zvládnutí některých částí, které nezvládl. Komunita mu opět radí, pomáhá a hodnotí. Délka třetí fáze jsou tři týdny. V této fázi dochází k rozdělení kompetencí do vedoucích funkcí, které jsou časově omezeny.

**4. Fáze** – jako součást programu VLJ se klientovi uděluje zátěžová dovolenka a to po jeho zdárném ukončení. Tato dovolenka je v délce trvání 7 – 10 dní a jejím základním úkolem je ověření trvalosti a reálnosti změn v chování a přístupu k problematice užívání omamných a psychotropních látek a návykových látek. Ověření zdárného absolvování zátěžové dovolenky probíhá testovou formou po návratu z dovolenky. Testuje se přítomnost THC a APM. Průběh dovolenky je konzultován s rodiči dítěte a s dítětem samotným.

Klient zařazený do programu VLJ nemá po celou dobu jeho trvání nárok na čerpání samostatných vycházek a dovolenek. Jedná se o vysoce rizikové situace ve vztahu k užití OPL či NL. Dále by klient absentoval na aktivitách dle časových dotací a plánu aktivit VLJ, tím pádem by nebylo možné splnit program VLJ v plnohodnotném úhrnu.

Výchovně léčebné skupiny, se podřizují výhradně zájmu dítěte. Jejich činnost je citlivá a respektuje individualitu každého jedince, jako jedinečné osobnosti. Hlavní zásadou je dobrovolnost a samotný zájem dítěte. Za žádných okolností nesmí být terapeutické působení konáno v rozporu se základní listinou práv a svobod. Nesmí být v žádném případě pocíťováno jako neúměrný tlak. I přes nutnost dodržování základních zásad a principů, které jsou stanoveny v tomto individuálním řádu výchovně léčebných skupin, je nutné vycházet z komplexní znalosti osobní, rodinné a zdravotní anamnézy a preferovat mimo skupinové principy, také principy individuální výchovy.

### **3.1.4 PSYCHOTERAPEUTICKÁ SKUPINA**

Ve skupině probíhá vlastní terapeutický program, který má svoji specifickou podobu i řád. Cílem je:

- otevírání vlastních a danému člověku přiléhajících možností smysluplného života;
- otevírání vztahů a vztahovost v komunitním a skupinovém setkávání;
- zakládání předpokladů k pravdivému vedení vnitřního života i soužití s druhými lidmi;
- živá účast, vhléd a porozumění lidským společenstvím, tvořícím různé horizonty našich vztahů, vazeb a soužití; součástí toho jsou i hlubší poznání bariér, omezení a příčin potíží v soužití a komunikaci;
- obnova tradičních objevování nových i opouštění falešných životních hodnot;
- rozvoj sebe a svých možností, schopností a vztahového potenciálu, zrání a košatění života v různých etapách života;
- pěstování odvahy k porozumění smyslu, ke změně, odvaha vzdávat se iluzí, sebeklamu a nereálných očekávání.

Cíle vlastního léčebného programu (dále jen VLP) jsou zaměřeny na komplexní rozvoj osobnosti jedince. Jde o nalezení nových možností pro člověka příjemných a motivujících – výměnou za drogu. VLP respektuje individualitu každého člena skupiny a klade zvláštní důraz na:

- respektování pravidel komunity;
- interakci mezi klienty;
- abstinenci omamných a psychotropních látek (jiného závislostního chování);
- emoční inteligenci a její rozvoj;
- komunikační dovednosti;
- získávání pracovních návyků;
- zvládání zátěžových situací;
- toleranci, kooperaci, vzájemný respekt apod.

### **3.2 TERAPEUTICKÝ PROGRAM PILOTOS V ŘECKU**

Jako zástupce výchovně-léčebného programu v Řecku pro mladistvé uživatele omamných a psychotropních látek byl vybrán terapeutický program KETHEA PILOTOS, který se nachází v řeckém městě Volos.

### 3.2.1 CHARAKTERISTIKA PROGRAMU

Program PILOTOS poskytuje služby neintenzivní otevřené péče buď závislým mladistvým jednotlivcům anebo celým rodinám závislého, jež svým klinickým obrazem nesplňují kritéria pro intenzivní léčbu. V důsledku toho mohou být do programu přijati buď jednotlivci jako jednotlivé případy nebo jako skupina se specifickými potřebami, jejichž potřebám je pak program uzpůsoben. Program probíhá pod dohledem dvou členů léčebného personálu, kteří jsou stabilním pilířem v průběhu léčby, aby byla zdůrazněna nutnost absolvovat celý program.

Faktory, které se hodnotí pro zařazení do neintenzivního programu, se týkají pravidelnosti užívání látek, charakteristik a specifík jedince, funkčnosti podpůrného (zpravidla rodinného) prostředí a duševního zdraví jedince. Tento program je určen pro mladistvé ve věku 14 – 21 let. Přijímacími kritérii pro vstup do programu jsou tyto následující:

- občasné – experimentální užívání jakékoliv návykové látky, nesystematické užívání až úplná abstinence v kombinaci s vysoce rizikovým chováním, jako je delikvence, asociální chování, zneužívání alkoholu atd.;
- alespoň základní fungování jedince ve školském nebo pracovním procesu;
- přítomnost rodiny nebo jiného jedinci přátelského prostředí, které může nápomocně fungovat při detoxifikaci (po zhodnocení situace je však možné, že pomoc rodiny nebude potřebná);
- nedagnostikovaná psychická porucha jedince.

### 3.2.2 FÁZE LÉČEBNÉHO PROGRAMU

Posloupnost terapeutické intervence probíhá ve třech fázích, které se označují jako: start – mobilizace – začlenění. Tyto jednotlivé části budou v dalším textu blíže specifikovány.

**Fáze start** – Jedná se o prvotní setkání ve středisku za přítomnosti osoby z personálu tohoto střediska. Vyhodnocení probíhá přes FTDI.

**Fáze mobilizace** – Jedná se o návštěvy jedince dvakrát týdně v prostoru střediska, aniž by se prozatím účastnil plánu skupiny. Zodpovědnost za mobilizaci má jednotka K.E.V. V této fázi se podílí jako koordinátor nejstarší člen ze skupiny mladistvých klientů. Klient je v průběhu této fáze seznámen se speciálním plánem, k jehož opětovnému vyhodnocení dochází přes hodnotící systém ASI nebo ADAD. Jestliže má jedinec rodiče, je nutno jejich souhlasu se vstupem do programu, je-li starší 18 let, není souhlasu třeba. Doba tohoto postupu je od 14 dnů až po jeden měsíc. Poté následuje přijetí do některé ze skupin mladistvých, kde je jedinec seznámen se smlouvou, kterou následně podepisuje.

**Fáze rozloučení** – Jedná se o hlavní terapeutickou fázi. Doba trvání této léčebné fáze je 6 – 8 měsíců a je rozdělena na tři terapeutické léčebné části. Každá z nich je zaměřena na přesný terapeutický cíl, jehož téma provází klienta po celou dobu léčebného procesu. Cíli první části jsou:

- začlenění člena do systému a jeho seznámení s procesem a členy skupiny;
- příslib setrvání v programu;
- pocit bezpečí;
- zjištění nejdůležitějších cílů klienta;
- seznámení s pracovním a výchovným procesem;
- potvrzení důvěry v program.

K cílům druhé části patří:

- začít se změnami;
- poznání a změna nevhodného chování a přístupu na základě sebehodnocení;
- přijetí a víra v sebe samotného a v program;
- uskutečňování výchovného a vzdělávacího plánu.

A konečně cíli třetí části jsou:

- upevnění změn;
- opětovné zhodnocení vztahu k návykovým látkám a přijetí funkce koordinátora pro fázi start;



- vytvoření životního plánu;
- vyhodnocení dosavadní cesty, uzavření smlouvy a příprava na postterapeutickou fázi (follow up).

Postterapeutická fáze follow up je také povinná. Zahrnuje jednou za týden setkání s vedoucími skupiny, jednou za 14 dní setkání s pracovníkem odpovědným za vzdělávání a dále pak pravidelné odběry moči náhodně jednou v průběhu týdne.

### **3.2.3 PODPŮRNÁ A SVÉPOMOCNÁ SKUPINA**

Podpůrná a svépomocná skupina se setkává stabilně jednou za týden a působí v celém průběhu terapie klienta, jak už ve fázi primární, tak až po fázi post – ošetření. Skupina se účastní odborného poradenství a školení týmu, které se schází pravidelně jednou týdně. Dochází se na všechny terapeutické aktivity a jiné společné akce celé skupiny – na rodinné setkání jednou za dva týdny a mimo to i na skupinové rodinné terapie. Zapojuje se do vstupního procesu zavádění nového člena.

Podpůrná a svépomocná skupina je složena a koordinována profesionálem, který působí jako zprostředkovatel, poradce a koordinátor. Mezi jeho profesní aktivity patří poradenství, pomoc při skupinovém procesu, výchova vůdců skupiny, vysvětlování programu ostatním členům a zvaní členů do skupiny.

Procedury a týmové aktivity souvisí s programem KETHEA PILOTOS, patřící k organizaci KETHEA a jsou založeny na principech a filozofii této organizace. Jedná se o základní rámec, jehož terapeutická činidla jsou naděje, univerzálnost, informace, altruismus, napodobování chování a konzistence. Zkušenosti jednotlivce a jejich sdílení jsou považovány za nejdůležitější hodnoty týmu, na nichž je jeho funkčnost založena. Vůdce skupiny je obvykle zprvu nejstarší člen, touto rolí však projdou všichni členové průběžně. Role svépomocné skupiny má svůj konkrétní účel – nezávislost na jakékoliv psychotropní látce (legální či nelegální) a osobní rozvoj členů s cílem změnit se. Používá se zde face-to-face interakce s cílem poskytnutí emocionální podpory a informací. Účast na týmových aktivitách svépomocné skupiny je povinná po celou dobu členství ve skupině.

Pro zařazení nového člena jsou stanovená přesná kritéria. Členové skupiny musí souhlasit se všemi pravidly programu, ale jsou zavázáni jen k některým činnostem. Skupina funguje jako zdroj posílení „JÁ“ jako základna pro různé aktivity. Ve skupině se používají různé nové metody a nástroje k dosažení cílů týmu. Skupina má své vlastní rituály.

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

### **4 VNÍMÁNÍ PROBLEMATIKY U PRACOVNÍKŮ V DANÉ OBLASTI**

Nyní se dostávám k výzkumné části mé bakalářské práce, v následujících kapitolách je popsán cíl a metoda mého výzkumu a dále pak hypotézy, které jsem si stanovil. Stěžejní částí této kapitoly je podkapitola vyhodnocení výzkumu, kde vyhodnocuji data získaná z dotazníkového šetření a porovnávám, jak se liší názory dotázaných odborníků pracujících s mladistvými drogově závislými v České republice a v Řecku. Následně pak shrnuji výsledky, které jsem získal a vyhodnocuji platnost mých hypotéz.

#### **4.1 CÍL A METODA VÝZKUMU**

Cílem mého výzkumu bude zjistit, jak je vnímán systém péče o mladistvé drogově závislé u pracovníků v dané oblasti v České republice a v Řecku. Jako cílovou skupinu respondentů jsem si vybral jako zástupce České republiky pracovníky Výchovného ústavu a střediska výchovné péče v Pšově z oddělení ELIMDROG, kteří pracují ve výchovně léčebném programu s chlapci ve věku od 15 do 19 let s ÚV, PO – se závislostním chováním na omamných a psychotropních látkách.

Tohoto výzkumu se zúčastnilo celkem 8 pracovníků z oddělení ELIMDROG – ředitel zařízení, vedoucí vychovatel, vychovatelé terapeuti, asistenti pedagoga, psycholog a etoped. Dále pak do výzkumu bylo zařazeno dalších 23 pracovníků Výchovného ústavu a střediska výchovné péče v Pšově, kteří jsou v přímém kontaktu s mladistvými závislými.

Abych mohl zjistit, jaké je vnímání této problematiky u pracovníků v Řecku a následně jej pak porovnat s názory pracovníků v České republice, provedl jsem výzkum také v léčebném centru pro mladistvé KETHEA NOSTOS a KETHEA ARIADNI. Zde se výzkumu zúčastnilo celkem 34 odborníků pracujících s drogově závislými.

Metodou výzkumu je získávání dat prostřednictvím dotazníkového šetření mezi cílovou skupinou, jedná se tedy o kvantitativní výzkum. Pomocí této metody je možné

získat hromadné informace takovým způsobem, že dotazovaní budou samostatně odpovídat na otázky uvedené v dotazníku. Tato metoda byla zvolena zejména pro její jednoduchost, co se týče zpracování a také pro její přehlednost, co se týče vyhodnocování.

Dotazník je sestaven na základě hypotéz a obsahuje 15 uzavřených otázek. Cílem mého výzkumu je zejména ověření platnosti zkoumaných hypotéz. Dotazník pro pracovníky z České republiky je možno nalézt na konci bakalářské práce jako příloha č. 1 a dotazník pro pracovníky z Řecka jako příloha č. 2.

## 4.2 STANOVENÍ HYPOTÉZ

V mém výzkumu jsou vytvořeny otázky na základě hypotéz, čili mých domněnek, přičemž se pokusím platnost těchto hypotéz potvrdit nebo vyvrátit. Hypotézy, které budou ověřovány, jsou částečně podloženy již uskutečněnými výzkumy. Jedná se o následující hypotézy:

- Hypotéza č. 1: **Domnívám se, že systém a kvalita péče o mladistvé drogově závislé v České republice ani v Řecku není dostačující.** Platnost této hypotézy se pokusím ověřit otázkami č. 1 a 2.
- Hypotéza č. 2: **Domnívám se, že na léčbu mladistvých drogově závislých nejsou ze strany státu v České republice ani v Řecku vynakládány dostatečné finanční prostředky.** K ověření platnosti této hypotézy bude sloužit otázka č. 12.
- Hypotéza č. 3: **Domnívám se, že tresty spojené s drogovou kriminalitou mladistvých jsou v České republice nedostačující.** Platnost této hypotézy se pokusím ověřit otázkou č. 14.

## 4.3 VYHODNOCENÍ VÝZKUMU

Jako metodu mého výzkumu jsem zvolil dotazníkové šetření. Písemné dotazníky jsem pracovníkům Výchovného ústavu a střediska výchovné péče v Pšově rozdál osobně, proto byla z celkového počtu 31 rozdaných dotazníků návratnost 100 %. Pokud jde o Řecko,

dotazníky byly rozeslány prostřednictvím emailu pracovníkům v léčebném centru pro mladistvé KETHEA NOSTOS a KETHEA ARIADNI. Zde se z celkového počtu 55 odeslaných dotazníků vrátilo 39 vyplněných. Použito jich však mohlo být pouze 34 (u pěti dotazníků nebyly všechny otázky zodpovězeny, proto musely být vyřazeny). Získaná data lze tedy považovat za reprezentativní pro zvolený vzorek. Data získaná z dotazníkového šetření jsem pro lepší přehlednost zpracoval do tabulek, kde uvádím absolutní a relativní četnost a pro lepší názornost také do grafů, kde je uvedena pouze relativní četnost.

Dotazník je rozdělen na dvě pomyslné části, první část je identifikační, zde je zjišťován věk respondentů, pohlaví a také to, jak dlouho pracují s mladistvými drogově závislými. Druhá část je zaměřena na samotný výzkum v oblasti systému péče o mladistvé drogově závislé v obou zemích. Zde je sledováno i to, jak se liší odpovědi mezi dotázanými pracovníky v České republice a pracovníky v Řecku.

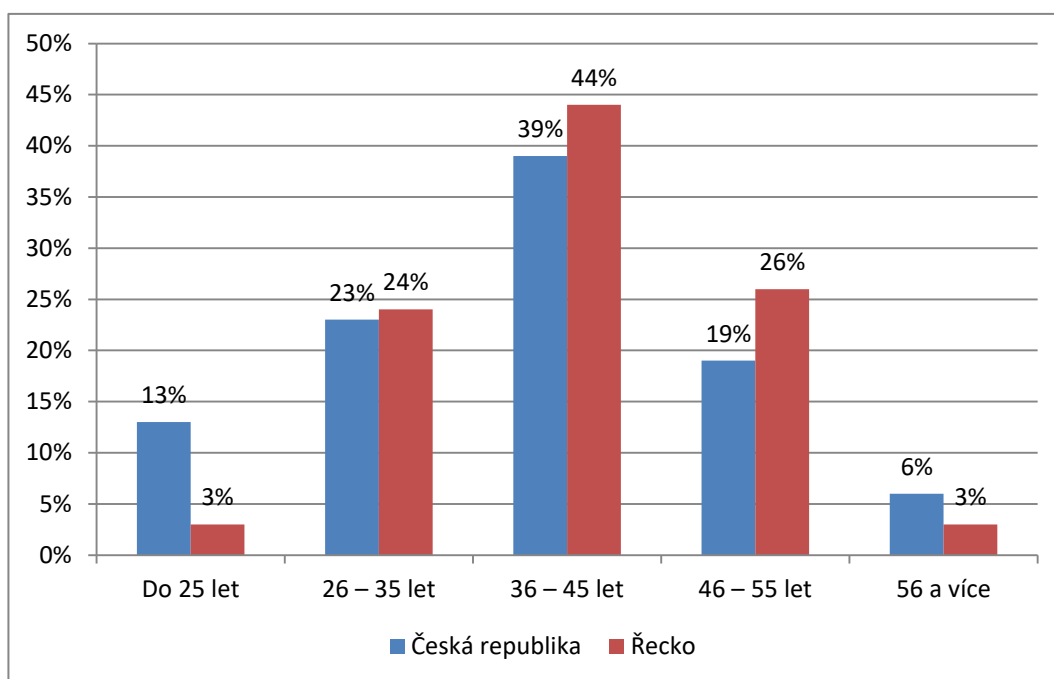
### Vyhodnocení otázky č. 1: **Jaký je Váš věk?**

**Tabulka č. 3: Věk respondentů**

	<b>Česká republika</b>	<b>Řecko</b>
--	------------------------	--------------

	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 25 let	4	13 %	1	3 %
26 – 35 let	7	23 %	8	24 %
36 – 45 let	12	39 %	15	44 %
46 – 55 let	6	19 %	9	26 %
56 a více	2	6 %	1	3 %
<b>Celkem</b>	<b>31</b>	<b>100 %</b>	<b>34</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 1: Věk respondentů



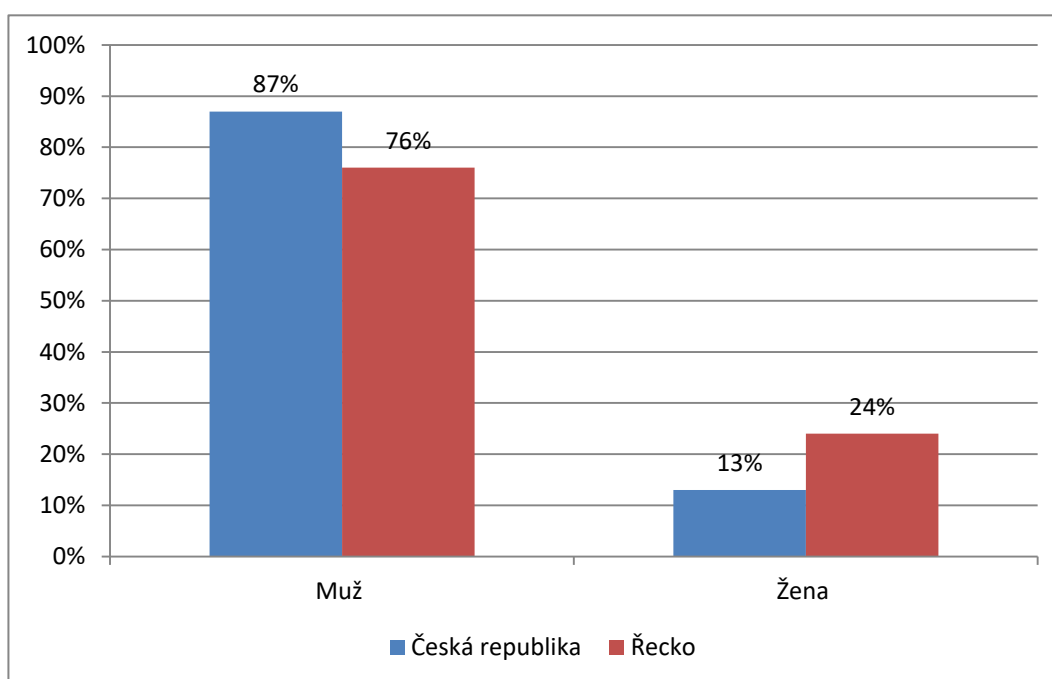
V první otázce jsem se snažil zjistit, jaký je věk jednotlivých pracovníků s mladistvými drogově závislými, zajímalo mě, jestli zde pracují spíše mladší pracovníci či naopak starší. Jak ukazují výsledky šetření, v obou zemích se nejčastěji zastoupěna věková skupina 36 – 45 let. V České republice tvoří tato skupina 39 %, v Řecku pak 44 %.

## Vyhodnocení otázky č. 2.: Jaké je Vaše pohlaví

Tabulka č. 4: Pohlaví respondentů

	Česká republika		Řecko	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muž	27	87 %	26	76 %
Žena	4	13 %	8	24 %
<b>Celkem</b>	<b>31</b>	<b>100 %</b>	<b>34</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 2: Pohlaví respondentů



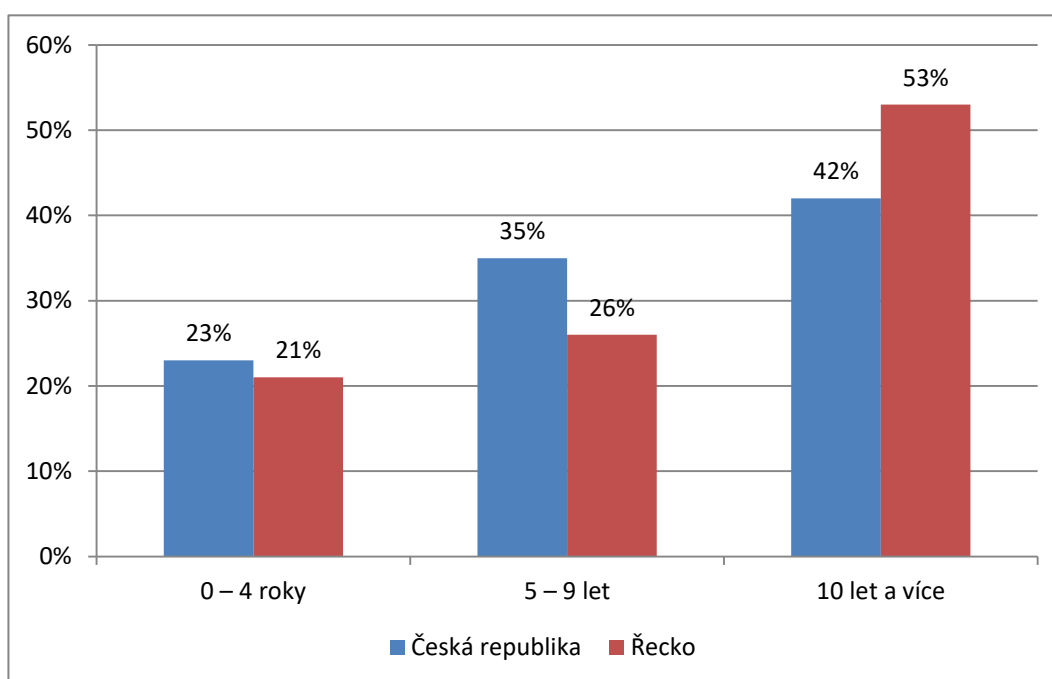
Z výše uvedeného grafu je na první pohled patrné, že v obou zemích mezi respondenty převládají muži, kteří v České republice tvoří 87 % a v Řecku 76 %. Tuto otázku jsem položil z toho důvodu, abych zjistil, zda se nějakým způsobem liší odpovědi mezi muži a ženami. Z výsledků šetření se však ukázalo, že zde žádné významné rozdíly nejsou.

### Vyhodnocení otázky č. 3: **Jak dlouhou pracujete s mladistvými drogově závislími?**

**Tabulka č. 5: Počet let práce s drogově závislími**

	Česká republika		Řecko	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
0 – 4 roky	7	23 %	7	21 %
5 – 9 let	11	35 %	9	26 %
10 let a více	13	42 %	18	53 %
<b>Celkem</b>	<b>31</b>	<b>100 %</b>	<b>34</b>	<b>100 %</b>

**Graf č. 3: Počet let práce s drogově závislími**



Zde mě zajímalo, zda jsou pracovníci loajální, tedy věrní práci s drogově závislími uživateli. Jak můžeme vidět ve výše uvedeném grafu, nejvíce respondentů se této práci věnuje více než 10 let, což je poměrně překvapujícím zjištěním. V České republice pracuje v dané oblasti více než 10 let 42 %, a v Řecku 53 % dotázaných. Tyto výsledky lze interpretovat tak, že i přestože se jedná o práci nesnadnou, tak jsou jí respondenti věrní a zcela jistě je tato práce smysluplná.

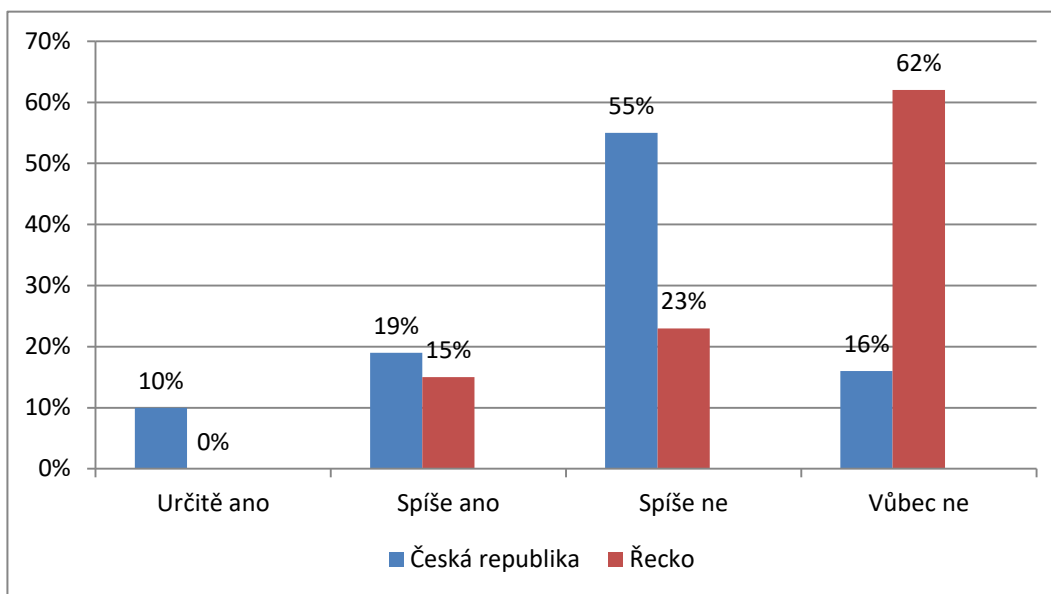


Vyhodnocení otázky č. 4: **Domníváte se, že systém péče o mladistvé drogově závislé je v České republice/Řecku dostačující?**

**Tabulka č. 6: Hodnocení dostatečnosti péče**

	Česká republika		Řecko	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	3	10 %	0	0 %
Spíše ano	6	19 %	5	15 %
Spíše ne	17	55 %	8	23 %
Vůbec ne	5	16 %	21	62 %
<b>Celkem</b>	<b>31</b>	<b>100 %</b>	<b>34</b>	<b>100 %</b>

**Graf č. 4: Hodnocení dostatečnosti péče**



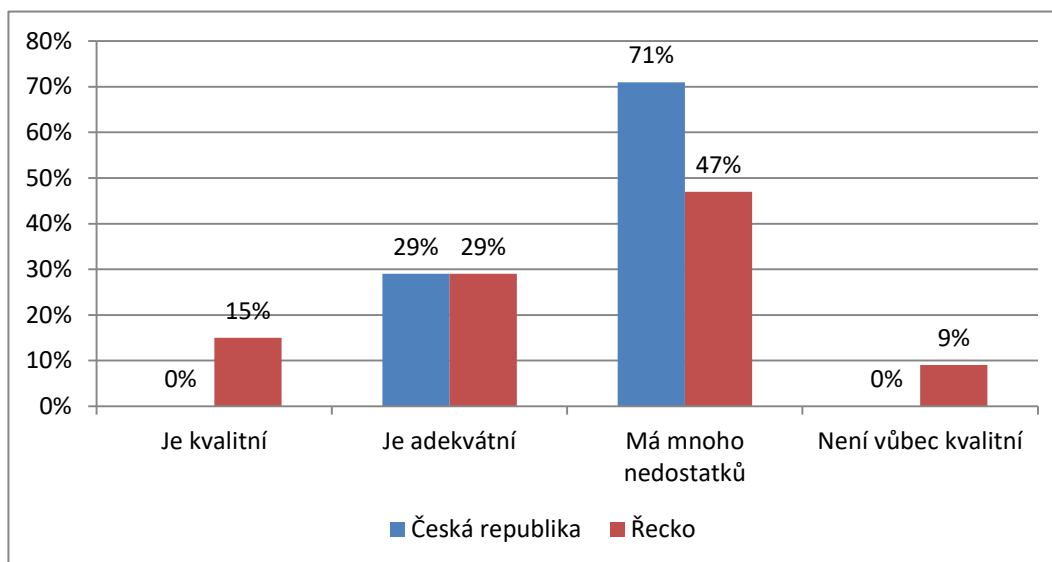
Cílem této otázky bylo zjistit, zda se respondenti podle svého názoru domnívají, že je systém péče o mladistvé drogově závislé v jejich zemi dostačující. Při pohledu na výše uvedený graf lze pozorovat, že více než polovina dotazovaných v obou zemích zvolila zápornou odpověď – 55 % v České republice odpovědělo na tuto otázku, že spíše ne a dalších 16 % vůbec ne. Pokud jde o Řecko, 23 % odpovědělo spíše ne a dokonce 62 % vůbec ne. Jelikož jsem se osobně domníval, že systém a kvalita péče o mladistvé drogově závislé v České republice ani v Řecku není dostačující, mohu tím tvrdit, že první část mé hypotézy č. 1 se v tomto případě potvrdila.

Vyhodnocení otázky č. 5: **Jak osobně hodnotíte míru kvality péče o drogově závislé v České republice/Řecku?**

Tabulka č. 7: Hodnocení kvality péče

	Česká republika		Řecko	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Je kvalitní	0	0 %	5	15 %
Je adekvátní	9	29 %	10	29 %
Má mnoho nedostatků	22	71 %	16	47 %
Není vůbec kvalitní	0	0 %	3	9 %
<b>Celkem</b>	<b>31</b>	<b>100 %</b>	<b>34</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 5: Hodnocení kvality péče



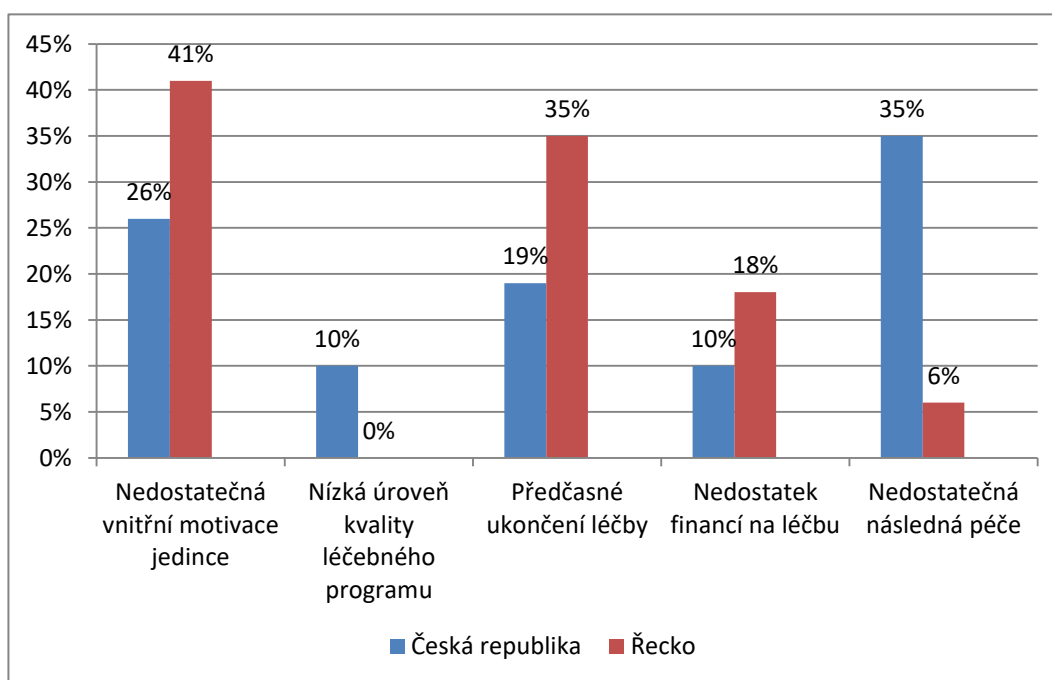
Zcela záměrně jsem položil tuto otázku, která velmi úzce souvisí s otázkou předešlou, v podstatě tedy tato otázka měla sloužit spíše jako kontrolní. Zároveň jsem se touto otázkou snažil potvrdit druhou část mé hypotézy č. 1. Z grafu je patrné, že v obou zemích spatřují dotázaní odborníci v kvalitě péče o drogově závislé mnoho nedostatků. V ČR tuto variantu odpovědi zvolilo 71 % respondentů a v Řecku 47 %, přičemž 9 % dotazovaných v Řecku se dokonce domnívá, že kvalita péče v jejich zemi není vůbec kvalitní. V obou zemích se téměř třetina dotazovaných shodla na tom, že míra kvality péče o mladistvé drogově závislé je adekvátní. Když vezmu v úvahu i zhodnocení předchozí otázky, mohu s jistotou konstatovat, že platnost mé hypotézy č. 1 byla potvrzena.

## Vyhodnocení otázky č. 6: V čem spatřujete hlavní příčinu neúspěšnosti léčby?

**Tabulka č. 8: Příčiny neúspěšnosti léčby**

	Česká republika		Řecko	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nedostatečná vnitřní motivace jedince	8	26 %	14	41 %
Nízká úroveň kvality léčebného programu	3	10 %	0	0 %
Předčasné ukončení léčby	6	19 %	12	35 %
Nedostatek financí na léčbu	3	10 %	6	18 %
Nedostatečná následná péče	11	35 %	2	6 %
<b>Celkem</b>	<b>31</b>	<b>100 %</b>	<b>34</b>	<b>100 %</b>

**Graf č. 6: Příčiny neúspěšnosti léčby**



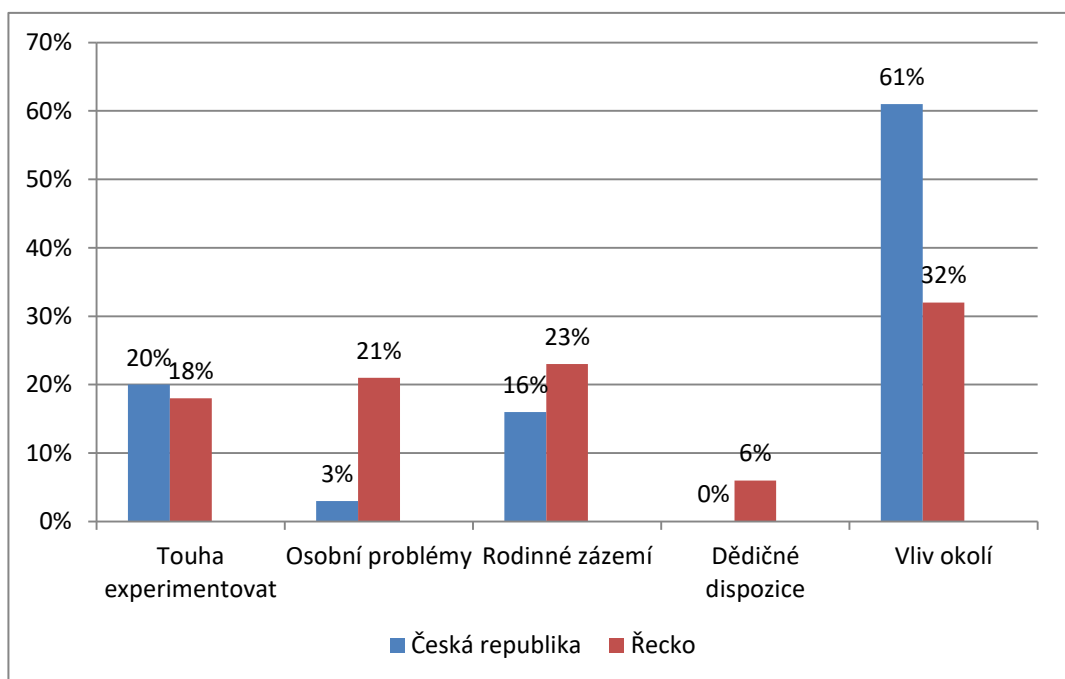
V této otázce jsem se pokoušel zjistit, v čem respondenti spatřují hlavní příčinu neúspěšnosti léčby mladistvých drogově závislých. Zde můžeme pozorovat, že v České republice je dotazovanými hlavní příčina spatřována v nedostatečné následné péči o drogově závislé, tuto možnost zvolilo 35 % dotázaných. Na druhém místě pomyslného žebříčku je pak varianta nedostatečné vnitřní motivace jedince, kterou zvolilo 26 % respondentů. Pokud jde o Řecko, zde zvolilo možnost nedostatečné vnitřní motivace jedince dokonce 41 % dotázaných, dalších 35 % pak uvedlo, že důvodem neúspěšnosti léčby je její předčasné ukončení.

Vyhodnocení otázky č. 7: **Co je podle Vašeho názoru nejčastější příčinou vzniku drogové závislosti mladistvých?**

Tabulka č. 9: Příčiny vzniku drogové závislosti

	Česká republika		Řecko	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Touha experimentovat	6	20 %	6	18 %
Osobní problémy	1	3 %	7	21 %
Rodinné zázemí	5	16 %	8	23 %
Dědičné dispozice	0	0 %	2	6 %
Vliv okolí	19	61 %	11	32 %
<b>Celkem</b>	<b>31</b>	<b>100 %</b>	<b>34</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 7: Příčiny vzniku drogové závislosti



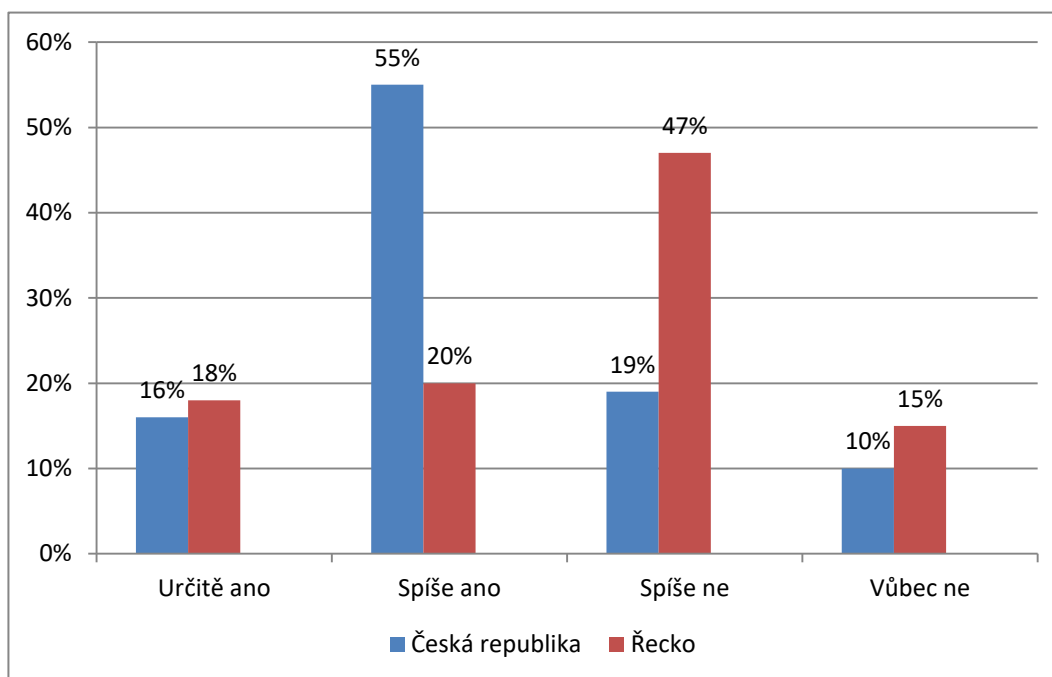
Zde mě zajímalo, co je podle názoru respondentů nejčastější příčinou vzniku drogové závislosti. Jak je vidět, v České republice je za hlavní příčinu považován vliv okolí, tuto variantu zvolilo 61 % dotazovaných, druhou příčinou je pak touha experimentovat, což zvolilo 20 %. Rovněž v Řecku se dotazovaní odborníci shodli, že příčinou vzniku je vliv okolí, zde tuto možnost zvolilo 32 % respondentů. Další v pořadí je pak vliv rodinného zázemí. Důležité je zmínit také skutečnost, že respondenti nevidí jako příčinu drogové závislosti dědičné dispozice. V ČR tuto možnost nezvolil nikdo z dotazovaných, v Řecku pak pouhých 6 % respondentů.

Vyhodnocení otázky č. 8: **Myslíte si, že institucionální pomoc uživatelům drog je společností v České republice/Řecku vnímána jako potřebná?**

Tabulka č. 10: Vnímání pomoci drogově závislým společností

	Česká republika		Řecko	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	5	16 %	6	18 %
Spíše ano	17	55 %	7	20 %
Spíše ne	6	19 %	16	47 %
Vůbec ne	3	10 %	5	15 %
<b>Celkem</b>	<b>31</b>	<b>100 %</b>	<b>34</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 8: Vnímání pomoci drogově závislým společností



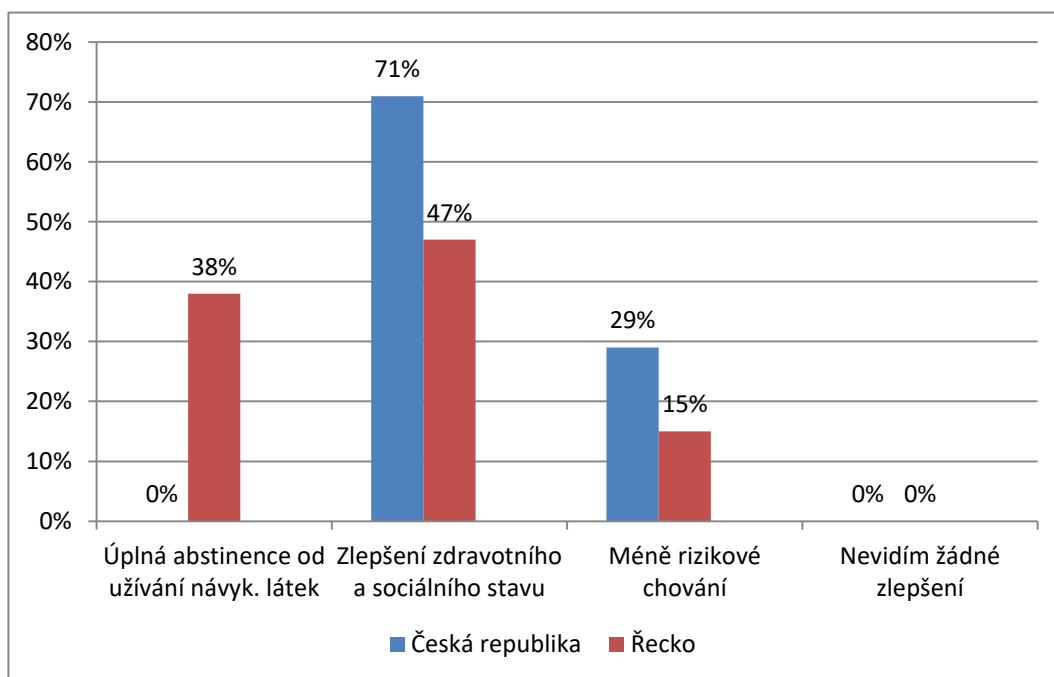
Cílem této otázky bylo zjistit, zda se respondenti domnívají, že je institucionální pomoc uživatelům drog společností v jejich zemi vnímána jako potřebná či nikoliv. Při pohledu na výše uvedený graf je zajímavým zjištěním, že zatímco respondenti v České republice se přiklánějí ke kladné odpovědi – zde 55 % respondentů zvolilo možnost spíše ano, v Řecku je tomu naopak, 47 % dotázaných se domnívá, že společnost v jejich zemi spíše nevnímá institucionální pomoc jako potřebnou.

Vyhodnocení otázky č. 9: **V čem spatřujete největší přínos absolvování léčby pro jednotlivce ve Vašem zařízení?**

Tabulka č. 11: Přínos léčby jednotlivcům

	Česká republika		Řecko	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Úplná abstinence od užívání návykových látek	0	0 %	13	38 %
Zlepšení zdravotního a sociálního stavu	22	71 %	16	47 %
Méně rizikové chování	9	29 %	5	15 %
Nevidím žádné zlepšení	0	0 %	0	0 %
<b>Celkem</b>	<b>31</b>	<b>100 %</b>	<b>34</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 9: Přínos léčby jednotlivcům



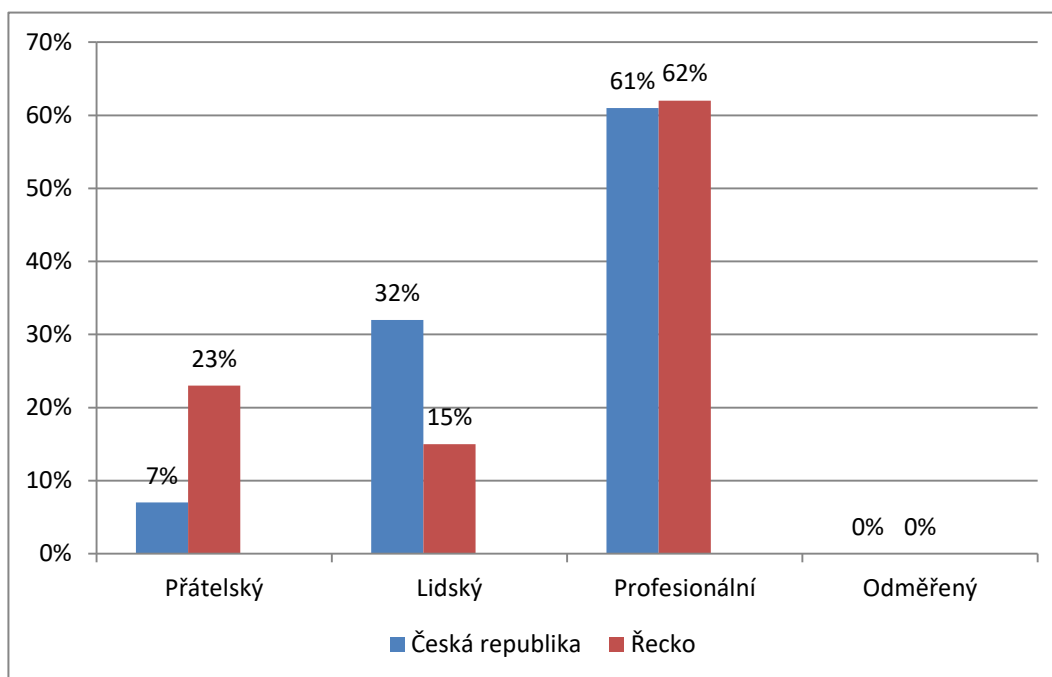
Tato otázka směřovala na to, v čem respondenti spatřují největší přínos absolvování léčby pro jednotlivce v jejich zařízení. O obou zemích se dotazovaní shodli, že je tento přínos ve zlepšení zdravotního a sociálního stavu jedince. V ČR tuto možnost zvolilo 71 % dotázaných, v Řecku pak 47 %. Je zajímavé pozorovat, že v ČR variantu úplné abstinence od užívání návykových látek ne zvolil nikdo z dotázaných, naopak v Řecku tuto variantu zvolilo 38 % respondentů. Jednoznačně pozitivním zjištěním je, že ani jeden z dotázaných ani v jedné zemi nevedl, že nevidí žádné zlepšení.

Vyhodnocení otázky č. 10: **Jaký je styl práce pracovníků léčebného programu ve Vašem zařízení ve vztahu k uživatelům?**

Tabulka č. 12: Styl práce pracovníků léčebného programu

	Česká republika		Řecko	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Přátelský	2	7 %	8	23 %
Lidský	10	32 %	5	15 %
Profesionální	19	61 %	21	62 %
Odměřený	0	0 %	0	0 %
<b>Celkem</b>	<b>31</b>	<b>100 %</b>	<b>34</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 10: Styl práce pracovníků léčebného programu



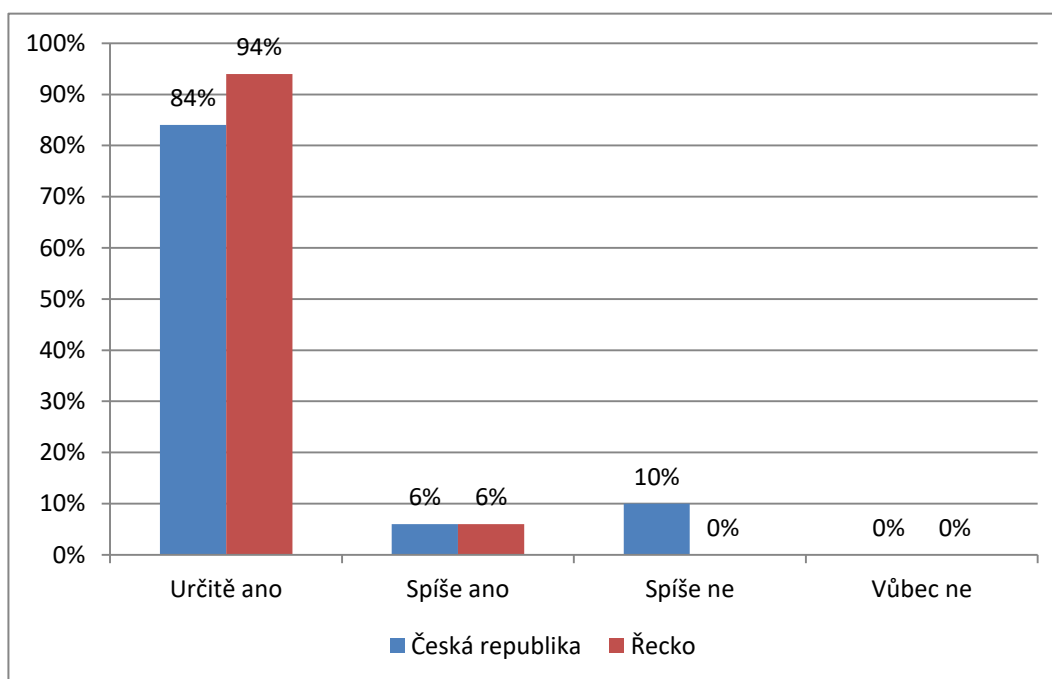
Zde mě zajímalo, jaký je podle názoru respondentů styl práce pracovníků léčebného programu v jejich zařízení. V obou zemích dotazovaní volili téměř shodně v převážné míře možnost profesionálního přístupu. V ČR tuto variantu zvolilo 61 % respondentů a v Řecku pak 62 %. Pozitivním zjištěním je také to, že se nikdo z dotázaných nedomnívá, že by se v zařízení, ve kterém pracuje, uplatňoval odměřený přístup.

Vyhodnocení otázky č. 11: **Domníváte se, že se vyplatí investovat do léčby mladistvých uživatelů návykových látek?**

**Tabulka č. 13: Potřeba investic do léčby drogově závislých**

	Česká republika		Řecko	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	26	84 %	32	94 %
Spíše ano	2	6 %	2	6 %
Spíše ne	3	10 %	0	0 %
Vůbec ne	0	0 %	0	0 %
<b>Celkem</b>	<b>31</b>	<b>100 %</b>	<b>34</b>	<b>100 %</b>

**Graf č. 11: Potřeba investic do léčby drogově závislých**



Tato otázka byla položena, abych si ověřil, zda si respondenti uvědomují, že je nutné investovat do léčby mladistvých drogově závislých a zda se domnívají, že se tato investice vyplácí. Při pohledu na výše uvedený graf je patrné, že na tuto otázku odpověděla naprostá většina respondentů kladně. V ČR zvolilo možnost určitě ano 84 % dotázaných, v Řecku pak 94 %. Pozitivní je, že tuto investici nevnímá jako nepotřebnou nikdo z dotazovaných.

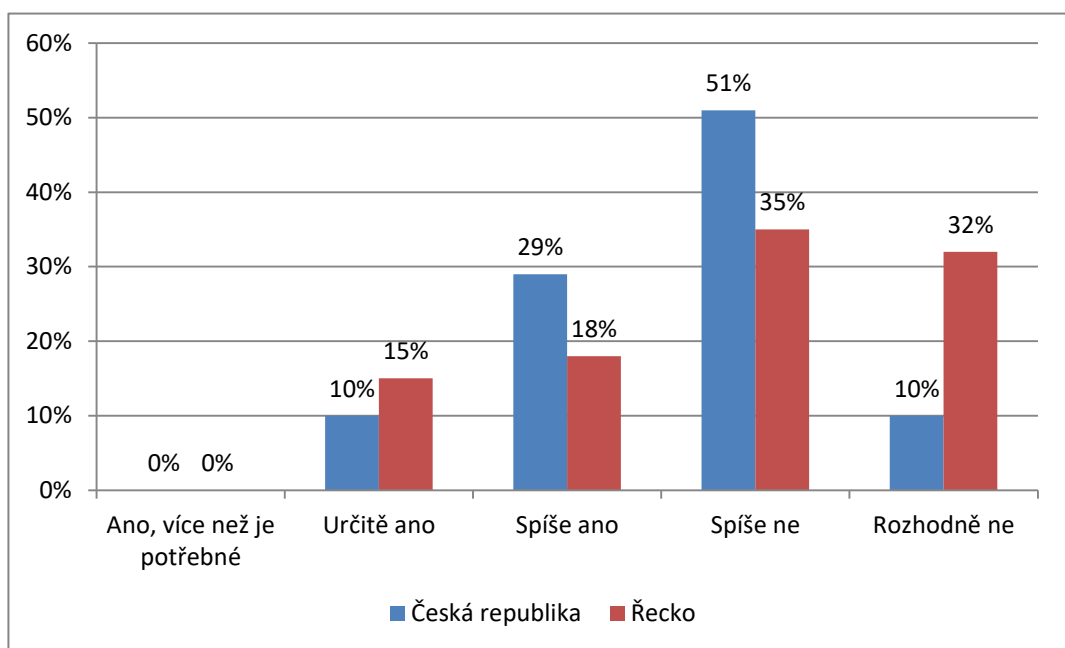


Vyhodnocení otázky č. 12: **Domníváte se, že na léčbu drogově závislých jsou ze strany státu vynakládány dostatečné finanční prostředky?**

Tabulka č. 14: Dostatečnost vynakládaných finančních prostředků

	Česká republika		Řecko	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, více než je potřebné	0	0 %	0	0 %
Určitě ano	3	10 %	5	15 %
Spíše ano	9	29 %	6	18 %
Spíše ne	16	51 %	12	35 %
Rozhodně ne	3	10 %	11	32 %
<b>Celkem</b>	<b>31</b>	<b>100 %</b>	<b>34</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 12: Dostatečnost vynakládaných finančních prostředků



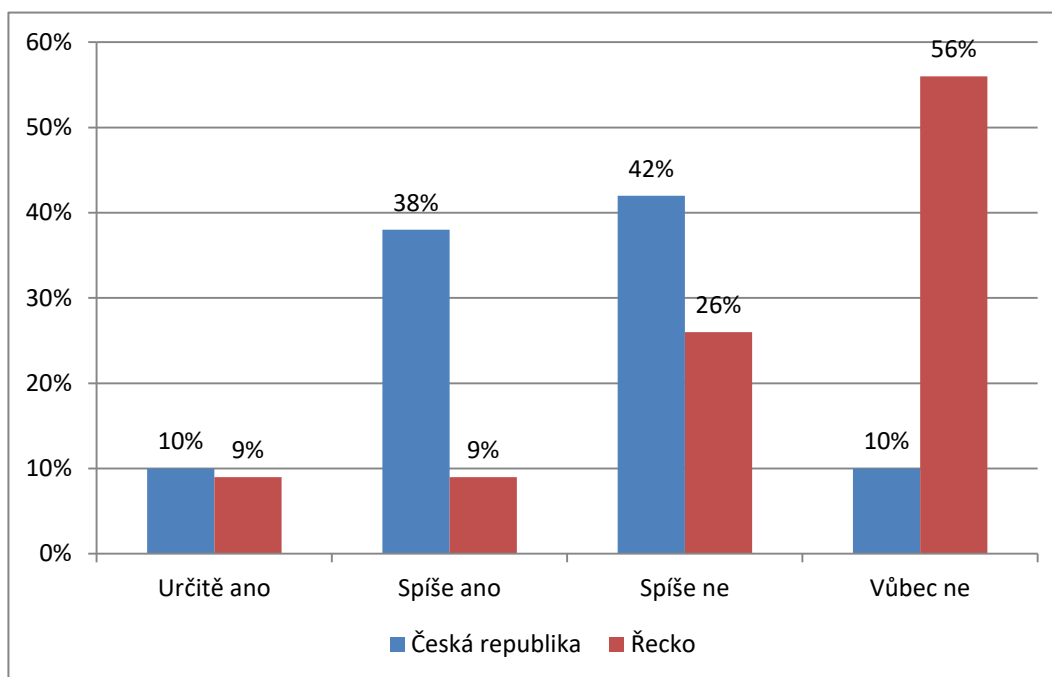
Tato otázka sloužila zejména k ověření platnosti mé hypotézy č. 2, ve které se domnívám, že na léčbu mladistvých drogově závislých nejsou ze strany státu v České republice ani v Řecku vynakládány dostatečné finanční prostředky. Z výše uvedeného grafu je patrné, že se má domněnka potvrdila. V obou zemích odpověděla více než polovina respondentů záporně. V ČR zvolilo možnost spíše ne 51 % dotázaných a možnost rozhodně ne 10 %. V Řecku byly výsledky ještě více znepokojující, variantu spíše ne zvolilo 35 % dotázaných a variantu rozhodně ne 32 % respondentů. Lze tedy konstatovat, že v tomto případě, byla hypotéza č. 2 potvrzena.

Vyhodnocení otázky č. 13: **Hodnotíte současnou informovanost o možnosti léčby drogové závislosti jako dostačující?**

Tabulka č. 15: Informovanost o možnostech léčby

	Česká republika		Řecko	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	3	10 %	3	9 %
Spíše ano	12	38 %	3	9 %
Spíše ne	13	42 %	9	26 %
Vůbec ne	3	10 %	19	56 %
<b>Celkem</b>	<b>31</b>	<b>100 %</b>	<b>34</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 13: Informovanost o možnostech léčby



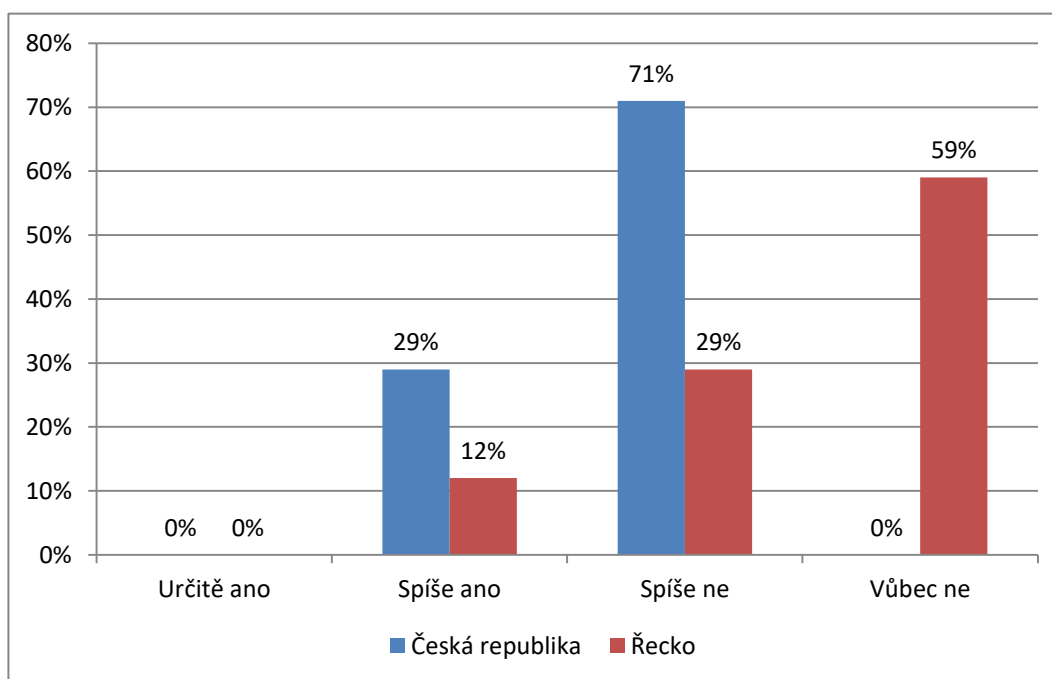
Zde jsem se snažil zjistit, zda respondenti hodnotí současnou informovanost o možnostech léčby ve své zemi jako dostačující či nikoliv. Jak lze pozorovat, v Řecku je tato informovanost horší než v ČR. Zatímco v ČR zhruba polovina respondentů hodnotí informovanost o možnostech léčby spíše kladně a další druhá polovina spíše záporně, v Řecku se dotazovaní odborníci shodují na tom, že tato informovanost není na dobré úrovni. 56 % respondentů v Řecku uvedlo, že informovanost o možnostech léčby není vůbec dostačující a dalších 26 % se pak domnívá, že je spíše nedostačující.

Vyhodnocení otázky č. 14: **Myslíte si, že primární prevence drogové závislosti je v České republice/Řecku na dostatečné úrovni a efektivní?**

**Tabulka č. 16: Hodnocení primární prevence závislosti**

	Česká republika		Řecko	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	0	0 %	0	0 %
Spíše ano	9	29 %	4	12 %
Spíše ne	22	71 %	10	29 %
Vůbec ne	0	0 %	20	59 %
<b>Celkem</b>	<b>31</b>	<b>100 %</b>	<b>34</b>	<b>100 %</b>

**Graf č. 14: Hodnocení primární prevence závislosti**



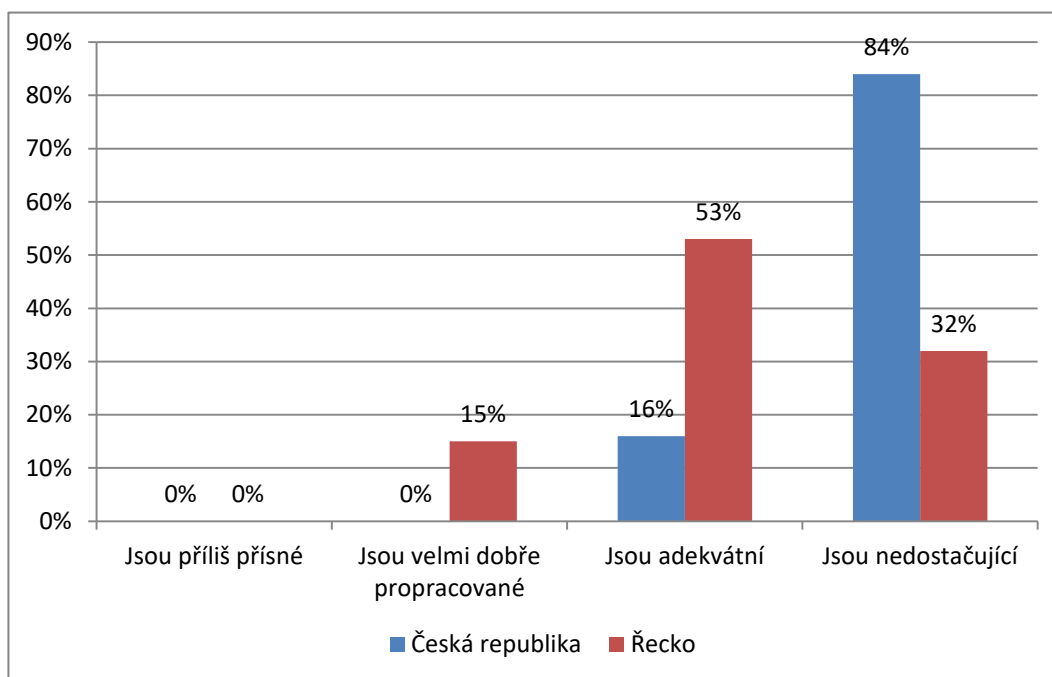
Jelikož se domnívám, že problematika drogové závislosti mladistvých je značně zapříčena nedostatečnou primární prevencí, zajímalo mě, jestli tento názor sdílí i ostatní pracovníci pracující s drogově závislými. Jednoznačně lze pozorovat, že ani v jedné zemi nehodnotí respondenti primární prevenci drogové závislosti jako dostatečnou a efektivní. V České republice byla nejčastější odpovědí možnost spíše ne, kterou zvolilo 71 % dotázaných, v Řecku pak vedla možnost ne, kterou uvedlo 59 % respondentů. Lze tedy konstatovat, že primární prevence je v obou zemích nedostatečná a málo efektivní.

Vyhodnocení otázky č. 15: **Jak hodnotíte tresty spojené s drogovou kriminalitou mladistvých?**

Tabulka č. 17: Hodnocení trestů za drogovou kriminalitu

	Česká republika		Řecko	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Jsou příliš přísné	0	0 %	0	0 %
Jsou velmi dobře propracované	0	0 %	5	15 %
Jsou adekvátní	5	16 %	18	53 %
Jsou nedostačující	26	84 %	11	32 %
<b>Celkem</b>	<b>31</b>	<b>100 %</b>	<b>34</b>	<b>100 %</b>

Graf č. 15: Hodnocení trestů za drogovou kriminalitu



Tato otázka byla stěžejní pro vyhodnocení platnosti mé hypotézy č. 3, ve které se domnívám, že tresty spojené s drogovou kriminalitou mladistvých jsou v ČR nedostačující. Jak je patrné při pohledu na uvedený graf, i v tomto případě se má hypotéza potvrdila. V ČR hodnotí 84 % respondentů tresty spojené s drogovou kriminalitou jako nedostačující. V Řecku dopadly výsledky jinak, zde se 53 % dotázaných domnívá, že jsou tresty za drogovou kriminalitu adekvátní, jako nedostačující je hodnotí ve srovnání s ČR pouze 32 %. Hypotézu č. 3 tedy považuji za potvrzenou.

## 5 ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ

Nyní se dostávám ke shrnutí výsledků výzkumu, který byl zaměřen na zdravotně-  
edukační péči o mladistvé se závislostním chováním na omamných a psychotropních  
látkách v České republice a v Řecku.

### 5.1 SHRUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Poskytnuté informace jsem získal pomocí dotazníkového šetření, jež bylo provedeno  
v České republice mezi pracovníky Výchovného ústavu a střediska výchovné péče  
v Pšově a v Řecku mezi pracovníky léčebného centra pro mladistvé KETHEA NOSTOS  
a KETHEA ARIADNI.

Na základě získaných informací jsem došel k následujícím výsledkům, které jsem pro  
lepší přehlednost shrnul do následujících bodů:

- 71 % respondentů v České republice se domnívá, že systém péče o mladistvé  
drogově závislé je v jejich zemi nedostačující, v Řecku má stejný názor 85 %  
dotázaných;
- 71 % respondentů v České republice se domnívá, že kvalita péče o drogově  
závislé má v jejich zemi mnoho nedostatků, v Řecku má stejný názor 47 %  
a dalších 9 % se domnívá, že tato péče není vůbec kvalitní;
- v České republice je respondenty jako hlavní příčina neúspěšnosti léčby  
mladistvých drogově závislých spatřována v nedostatečné následné péči  
o drogově závislé, tento názor sdílí 35 % dotázaných, v Řecku je příčina  
spatřována v nedostatečné vnitřní motivaci jedinců, tuto variantu zvolilo 41 %  
dotázaných;
- v obou zemích je za nejčastější příčinu vzniku drogové závislosti považován vliv  
okolí, v České republice se toto domnívá 61 % dotázaných, v Řecku pak 32 %  
dotázaných;
- v České republice se 71 % dotázaných odborníků domnívá, že je společností  
v jejich zemi institucionální pomoc drogově závislým vnímána jako potřebná,  
naopak v Řecku má 62 % dotázaných opačný názor;

- v obou zemích spatřují dotázaní odborníci jako největší přínos absolvování léčby v jejich zařízení zlepšení zdravotního a sociálního stavu jedince; v České republice se toto domnívá 71 % dotázaných, v Řecku pak 47 % respondentů;
- dotazovaní odborníci z obou zemí uvedli, že je styl práce pracovníků léčebného programu v jejich zařízení ve vztahu k uživatelům profesionální, v České republice toto uvedlo 61 % dotázaných, v Řecku 62 %;
- v obou zemích se dotazovaní odborníci shodují na tom, že se určitě vyplatí investovat do léčby mladistvých uživatelů návykových látek, v České republice má tento názor 84 % dotazovaných, v Řecku 94 %;
- 61 % respondentů v České republice je názoru, že na léčbu drogově závislých v jejich zemi nejsou ze strany státu vynakládány dostatečné finanční prostředky, podobně je na tom i Řecko, kde tento názor sdílí 67 % respondentů;
- pokud jde o současnou informovanost o možnosti léčby drogové závislosti, v České republice je téměř polovinou respondentů – konkrétně 48 % hodnocena jako dostatečná, naopak v Řecku je považována 82 % za nedostatečnou;
- ani v jedné zemi není primární prevence drogové závislosti hodnocena jako dostatečná a efektivní, v ČR ji za nedostatečnou a neefektivní považuje 71 % respondentů, v Řecku pak dokonce 88 %;
- v České republice hodnotí 84 % respondentů tresty spojené s drogovou kriminalitou mladistvých jako nedostačující, v Řecku je jako nedostačující hodnotí pouhých 32 %, naopak 53 % respondentů je považuje za adekvátní.

## 5.2 VYHODNOCENÍ PLATNOSTI HYPOTÉZ

V této části se již dostávám k vyhodnocení platnosti hypotéz, které se nyní pokusím potvrdit, popřípadě vyvrátit. Vyhodnocení platnosti hypotéz bude provedeno na základě výzkumu, který jsem provedl v zařízeních pečujících o mladistvé drogově závislé v České republice a v Řecku. Hypotéza bude potvrzena v tom případě, pokud se její tvrzení potvrdí v otázkách, které slouží pro ověření dané hypotézy. V opačném případě bude hypotéza vyvrácena.

- Hypotéza č. 1: **Domnívám se, že systém a kvalita péče o mladistvé drogově závislé v České republice ani v Řecku není dostačující.** V této první hypotéze jsem se pokoušel ověřit její platnost otázkami č. 4 a 5. Otázka č. 4 zněla:

**Domníváte se, že systém péče o mladistvé drogově závislé je v České republice/Řecku dostačující?** Z výsledků šetření se ukázalo, že 71 % respondentů v České republice se domnívá, že systém péče o mladistvé drogově závislé je v jejich zemi nedostačující a v Řecku má tento názor 85 % dotázaných. Pro jistotu jsem se tuto hypotézu snažil ověřit ještě otázkou č. 5, která zněla: **Jak osobně hodnotíte míru kvality péče o drogově závislé v České republice/Řecku?** Podle výsledků se 71 % respondentů v České republice domnívá, že kvalita péče o drogově závislé má v jejich zemi mnoho nedostatků, v Řecku má stejný názor 47 % a dalších 9 % se domnívá, že tato péče není vůbec kvalitní. Když vezmu v úvahu obě otázky, mohu tvrdit, že **platnost hypotézy č. 1 byla potvrzena.**

- Hypotéza č. 2: **Domnívám se, že na léčbu mladistvých drogově závislých nejsou ze strany státu v České republice ani v Řecku vynakládány dostatečné finanční prostředky.** Klíčovou otázkou pro vyhodnocení platnosti této hypotézy byla otázka č. 12, která zněla: **Domníváte se, že na léčbu drogově závislých jsou ze strany státu vynakládány dostatečné finanční prostředky?** Výsledky výzkumu ukázaly, že 61 % respondentů v České republice je názoru, že na léčbu drogově závislých v jejich zemi nejsou ze strany státu vynakládány dostatečné finanční prostředky, podobně je na tom i Řecko, kde tento názor sdílí 67 % respondentů. Tím tedy mohu tvrdit, že **platnost hypotézy č. 2 byla potvrzena.**
- Hypotéza č. 3: **Domnívám se, že tresty spojené s drogovou kriminalitou mladistvých jsou v České republice nedostačující.** Platnost této hypotézy jsem se pokusil ověřit otázkou č. 14, kde jsem se ptal: **Myslíte si, že primární prevence drogové závislosti je v České republice/Řecku na dostatečné úrovni a efektivní?** I v tomto případě se má domněnka vyplnila, protože v České republice hodnotí 84 % respondentů tresty spojené s drogovou kriminalitou mladistvých jako nedostačující, v Řecku je jako nedostačující hodnotí pouhých 32 %, naopak 53 % je považuje za adekvátní. Lze tedy jednoznačně tvrdit, že **platnost hypotézy č. 3 byla potvrzena.**

Když to tedy shrnu, v mém výzkumu byly potvrzeny všechny tři hypotézy.

### 5.3 NÁVRH, ÚPRAVY A DOPORUČENÍ VZHLEDEM K ZÁVĚRU ŠETŘENÍ

Dle mého názoru jsou výsledky provedeného výzkumu značně znepokojující a jednoznačně z nich vyplývá, že systémy péče o mladistvé drogově závislé v obou zemích mají vážné nedostatky.

Já osobně spatřuji hlavní problém v nedostatečné primární prevenci drogové závislosti. Užívání drog by nemělo být společensky akceptovanou formou chování mladých lidí. Preventivní programy by měly vést k tomu, aby si děti a mladí lidé uvědomovali to, že užívání drog s sebou přináší velká zdravotní a sociální rizika. Úkolem prevence je také zdůraznit skutečnost, že převážná část společnosti drogy neužívá a že užívání drog není společensky vnímáno jako něco normálního či běžného.

V boji proti drogové závislosti sehrává nejdůležitější roli rodina a samotná výchova dítěte. Jestliže dítě vyrůstá v podnětném a zdravém sociálním prostředí, je pozitivně motivováno a rodiče s ním aktivně tráví svůj volný čas. Pokud má pevně dané hranice svého chování a napodobuje pozitivní vzorce chování svých rodičů, nemá tendence experimentovat s drogami. Vedle toho je taky velmi důležitá školní primární drogová prevence, kterou je nutno zefektivnit.

V samotném systému péče o drogově závislé spatřuji jako problém přehnaně přísný režim léčebného programu, který je ve spoustě případů kontraproduktivní. Tradičně je u nás přeceňována samotná abstinence jako jediný možný cíl léčby. Pokud se však nepodaří pomoci závislému vytvořit odpovídající podmínky pro udržení jeho abstinence, nebude efektivita práce léčených programů příliš vysoká. Abstinence je nezbytným předpokladem úspěšné intervence a léčby u závislých osob. Avšak konečným cílem musí být především jejich sociální začlenění, tedy plnohodnotné zapojení závislých do podmínek běžného života, kde jsou brány na zřetel nejen potřeby společnosti (tj. abstinence od užívání ilegálních drog, nepáchání trestné činnosti, snížení potencionálních zdravotních rizik s užíváním drog spojených apod.), ale i potřeby klienta, který si především přeje žít spokojený a plnohodnotný život.



Další problém spatřuji v nedostatečné následné péči o drogově závislé. V evropských zemích je přechod klienta z léčby do následné péče považován za jeden z nejdůležitějších momentů v celé léčbě. Proto je s ohledem na zajištění celkové efektivity finančních prostředků vynakládaných na realizaci protidrogové politiky zcela nezbytné zajištění dostatečné kapacity programů následné péče tak, aby odpovídaly specifickým potřebám klientů a logicky uzavíraly řetězec existujících služeb.

Dále se domnívám, že je potřeba, aby síť institucí pečující o drogově závislé byla lépe propojená a mohla tak efektivněji fungovat spolupráce mezi jednotlivými institucemi, zejména s nestátními neziskovými organizacemi. S tím také úzce souvisí to, že bych navrhoval provést změny ve financování péče o drogově závislé, tak aby bylo více systémové a efektivní.

## ZÁVĚR

Má bakalářská práce byla zaměřena na problematiku zdravotně-edukační péče o mladistvé se závislostním chováním na omamných a psychotropních látkách v České republice a v Řecku. Cílem bylo poskytnout hlubší vhled do dané problematiky a také provést výzkum, ve kterém jsem se snažil zjistit, jak problematiku péče o mladistvé drogově závislé vnímají dotazovaní pracovníci v dané oblasti a to jak v České republice, tak i v Řecku. Dalším úkolem pak bylo porovnat, jak se liší názory dotazovaných odborníků v těchto dvou zemích.

Toto téma jsem si vybral nejen proto, že pracuji s mladistvými drogově závislými, ale také proto, že mě tato problematika zajímá a domnívám se, že je stále třeba jí věnovat zvýšenou pozornost. Dle mého názoru má veřejnost mnoho předsudků nejen o drogově závislých, ale i o poskytovaných službách a zařízeních, která o ně pečují. Důvodem nedostatečné informovanosti veřejnosti o těchto službách a zařízeních shledávám v nedostatku zájmu lidí o informace tohoto typu.

Během mé praxe jsem se setkal se službami pro drogově závislé, které jsou poskytovány na vysoké úrovni. Také jsem měl možnost se osobně setkat s uživateli drog a jejich životními příběhy. Práce s drogově závislými je velmi složitá a často jde o dlouhodobý proces. Pokud se však tyto lidi podaří motivovat k léčbě a vrátit alespoň určité procento vyléčených z nich do společnosti, odrazí se to i ve zvýšení pocitu bezpečí veřejnosti.

Cílem mého výzkumu bylo ověření platnosti zkoumaných hypotéz. Z celkových tří hypotéz, které jsem si stanovil, se všechny tři potvrdily. Tím lze tvrdit, že byl cíl práce splněn v plném rozsahu.

Přínos práce spatřuji především v tom, že jsem provedl porovnání systému péče o mladistvé závislé v České republice a v Řecku, které až doposud nebylo realizováno.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

### Seznam použitých literárních zdrojů

FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie: Závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-5046-0

KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1, Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6

KALINA, K. a kol. *Klinická adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-9792-2

KALINA, K. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4361-5

KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 378-80-247-1411-0

MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vyd. Praha: Portál 2010. ISBN 978-80-7367-818-0

MÜHLPACHR, P. *Sociopatologie*. 1. vyd. Brno: MU, 2009. ISBN 978-80-210-4550-7

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 4. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8

PRESL, J. *Drogová závislost. Může být ohroženo i Vaše dítě*. 2. rozšířené vydání. Praha: MAXDORF, 1995. ISBN 80-85800-25-X

SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0216-5

## Seznam použitých internetových zdrojů

*Drogy*. [online]. [cit. 2017-01-15]. Dostupné z: <http://www.novev.wz.cz/drogy/halus.htm>

*Drogy*. [online]. [cit. 2017-01-15]. Dostupné z: <http://drogy.ful.cz/drogy/kokain/#comments>

*Drogy*. [online]. [cit. 2017-01-15]. Dostupné z: <http://drogy.ful.cz/drogy/pervitin>

*Drogy*. [online]. [cit. 2017-01-15]. <http://drogy.wz.cz/index.php?stranka=narkotika>.

*Drogy*. [online]. [cit. 2017-01-15]. Dostupné z: <http://navykovelatky.cz/tlumive-drogy/opium/>

*Drogy*. [online]. [cit. 2017-01-15]. Dostupné z: <http://www.drogy.cz/crack/kap-co-je-crack.html>

*Drogy* [online]. [cit. 2017-01-15]. Dostupné z: <http://www.drogy.cz/drogy/kap-extaze.html>

*Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. [online]. [cit 2017-1-15]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/zpravy/aktualni-verze-mkn-10-cr>

*Minimální preventivní program*. [online]. [cit. 2017-01-15]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/70/3887/Minimalni-preventivni-program>.

*Prev centrum*. [online]. [cit. 2017-01-15]. Dostupné z: <http://www.prevcentrum.cz/Heroin>

## **SEZNAM ZKRATEK**

- ČR - Česká republika
- MPP - Minimální preventivní program
- OPL - Omamné a psychotropní látky
- SVP - Středisko výchovné péče
- VLS - Výchovně léčebná skupina
- VÚ - Výchovný ústav

# SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

## Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Výdaje na drogově závislého jedince za den .....	34
Tabulka č. 2: Údaje o zařízeních KETHEA v roce 2015.....	34
Tabulka č. 3: Věk respondentů .....	45
Tabulka č. 4: Pohlaví respondentů.....	47
Tabulka č. 5: Počet let práce s drogově závislými.....	48
Tabulka č. 6: Hodnocení dostatečnosti péče.....	49
Tabulka č. 7: Hodnocení kvality péče .....	50
Tabulka č. 8: Příčiny neúspěšnosti léčby .....	51
Tabulka č. 9: Příčiny vzniku drogové závislosti.....	52
Tabulka č. 10: Vnímání pomoci drogově závislým společností.....	53
Tabulka č. 11: Přínos léčby jednotlivcům .....	54
Tabulka č. 12: Styl práce pracovníků léčebného programu.....	55
Tabulka č. 13: Potřeba investic do léčby drogově závislých .....	56
Tabulka č. 14: Dostatečnost vynakládaných finančních prostředků.....	57
Tabulka č. 15: Informovanost o možnostech léčby .....	58
Tabulka č. 16: Hodnocení primární prevence závislosti.....	59
Tabulka č. 17: Hodnocení trestů za drogovou kriminalitu .....	60

## Seznam grafů

Graf č. 1: Věk respondentů .....	46
Graf č. 2: Pohlaví respondentů .....	47
Graf č. 3: Počet let práce s drogově závislími.....	48
Graf č. 4: Hodnocení dostatečnosti péče.....	49
Graf č. 5: Hodnocení kvality péče .....	50
Graf č. 6: Příčiny neúspěšnosti léčby.....	51
Graf č. 7: Příčiny vzniku drogové závislosti.....	52
Graf č. 8: Vnímání pomoci drogově závislým společnostmi.....	53
Graf č. 9: Přínos léčby jednotlivcům .....	54
Graf č. 10: Styl práce pracovníků léčebného programu .....	55
Graf č. 11: Potřeba investic do léčby drogově závislých.....	56
Graf č. 12: Dostatečnost vynakládaných finančních prostředků .....	57
Graf č. 13: Informovanost o možnostech léčby .....	58
Graf č. 14: Hodnocení primární prevence závislosti .....	59
Graf č. 15: Hodnocení trestů za drogovou kriminalitu .....	60

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Dotazník pro pracovníky v České republice .....	I
Příloha A – Dotazník pro pracovníky v Řecku.....	VI



**DOTAZNÍK**

**Zdravotně edukační péče o mladistvé se závislostním chováním na omamných a psychotropních látkách v České republice**

Vážená paní, vážený pane,

chtěl bych Vás tímto dotazníkem požádat o spolupráci při získávání podkladů pro mou bakalářskou práci. Jsem studentem 3. ročníku bakalářského studia Univerzity Jana Ámose Komenského v Praze. Dotazník je anonymní a poskytnuté údaje budou sloužit pouze ke studijním účelům. Pokud budete mít zájem, rád Vás s výsledky šetření seznámím.

Děkuji za spolupráci

Nikos Nacis

1. Jaký je Váš věk?

- do 25 let
- 26 – 35 let
- 36 – 45 let
- 46 – 55 let
- 56 let a více

2. Jaké je Vaše pohlaví?

- muž
- žena

3. Jak dlouho pracujete s mladistvými drogově závislými?

- 0 – 4 roky
- 5 – 9 let
- 10 let a více

4. Domníváte se, že systém péče o mladistvé drogově závislé je v České republice dostačující?
- určitě ano
  - spíše ano
  - spíše ne
  - vůbec ne
5. Jak osobně hodnotíte míru kvality péče o drogově závislé v České republice?
- je velmi kvalitní
  - je adekvátní
  - má mnoho nedostatků
  - není vůbec kvalitní
6. V čem spatřujete hlavní příčinu neúspěšnosti léčby?
- nedostatečná vnitřní motivace jedince
  - nízká úroveň kvality léčebného programu
  - předčasné ukončení léčby
  - nedostatek financí na léčbu
  - nedostatečná následná péče
7. Co je podle Vašeho názoru nejčastější příčinou vzniku drogové závislosti mladistvých?
- touha experimentovat
  - osobní problémy
  - rodinné zázemí
  - dědičné dispozice
  - vliv okolí
8. Myslíte si, že institucionální pomoc uživatelům drog je společností v České republice vnímána jako potřebná?
- určitě ano
  - spíše ano
  - spíše ne
  - rozhodně ne
9. V čem spatřujete největší přínos absolvování léčby pro jednotlivce ve Vašem zařízení?
- úplná abstinence od užívání návykových látek
  - zlepšení zdravotního a sociálního stavu
  - méně rizikové chování
  - nevidím žádné zlepšení
10. Jaký je styl práce pracovníků léčebného programu ve vztahu k uživatelům?
- přátelský
  - lidský
  - profesionální
  - odměřený

11. Domníváte se, že se vyplatí investovat do léčby mladistvých uživatelů návykových látek?
- určitě ano
  - spíše ano
  - spíše ne
  - vůbec ne
12. Domníváte se, že na léčbu drogově závislých jsou ze strany státu vynakládány dostatečné finanční prostředky?
- ano, dokonce ve větší míře než je potřebné
  - určitě ano
  - spíše ano
  - spíše ne
  - rozhodně ne
13. Hodnotíte současnou informovanost o možnosti léčby drogové závislosti jako dostačující?
- určitě ano
  - spíše ano
  - spíše ne
  - vůbec ne
14. Myslíte si, že primární prevence drogové závislosti je v České republice na dostatečné úrovni a efektivní?
- určitě ano
  - spíše ano
  - spíše ne
  - vůbec ne
15. Jak hodnotíte tresty spojené s drogovou kriminalitou mladistvých?
- jsou příliš přísné
  - jsou velmi dobře propracované
  - jsou adekvátní
  - jsou nedostačující

## **DOTAZNÍK**

### **Zdravotně edukační péče o mladistvé se závislostním chováním na omamných a psychotropních látkách v Řecku**

Vážená paní, vážený pane,

chtěl bych Vás tímto dotazníkem požádat o spolupráci při získávání podkladů pro mou bakalářskou práci. Jsem studentem 3. ročníku bakalářského studia Univerzity Jana Ámose Komenského v Praze. Dotazník je anonymní a poskytnuté údaje budou sloužit pouze ke studijním účelům. Pokud budete mít zájem, rád Vás s výsledky šetření seznámím.

Děkuji za spolupráci

Nikos Nacis

1. Jaký je Váš věk?

- do 25 let
- 26 – 35 let
- 36 – 45 let
- 46 – 55 let
- 56 let a více

2. Jaké je Vaše pohlaví?

- muž
- žena

3. Jak dlouho pracujete s mladistvými drogově závislými?

- 0 – 4 roky
- 5 – 9 let
- 10 let a více

4. Domníváte se, že systém péče o mladistvé drogově závislé je v Řecku dostačující?
- určitě ano
  - spíše ano
  - spíše ne
  - vůbec ne
5. Jak osobně hodnotíte míru kvality péče o drogově závislé v Řecku?
- je velmi kvalitní
  - je adekvátní
  - má mnoho nedostatků
  - není vůbec kvalitní
6. V čem spatřujete hlavní příčinu neúspěšnosti léčby?
- nedostatečná vnitřní motivace jedince
  - nízká úroveň kvality léčebného programu
  - předčasné ukončení léčby
  - nedostatek financí na léčbu
  - nedostatečná následná péče
7. Co je podle Vašeho názoru nejčastější příčinou vzniku drogové závislosti mladistvých?
- touha experimentovat
  - osobní problémy
  - rodinné zázemí
  - dědičné dispozice
  - vliv okolí
8. Myslíte si, že institucionální pomoc uživatelům drog je společností v Řecku vnímána jako potřebná?
- určitě ano
  - spíše ano
  - spíše ne
  - rozhodně ne
9. V čem spatřujete největší přínos absolvování léčby pro jednotlivce ve Vašem zařízení?
- úplná abstinence od užívání návykových látek
  - zlepšení zdravotního a sociálního stavu
  - méně rizikové chování
  - nevidím žádné zlepšení
10. Jaký je styl práce pracovníků léčebného programu ve vztahu k uživatelům?
- přátelský
  - lidský
  - profesionální
  - odměřený

11. Domníváte se, že se vyplatí investovat do léčby mladistvých uživatelů návykových látek?
- určitě ano
  - spíše ano
  - spíše ne
  - vůbec ne
12. Domníváte se, že na léčbu drogově závislých jsou ze strany státu vynakládány dostatečné finanční prostředky?
- ano, dokonce ve větší míře než je potřebné
  - určitě ano
  - spíše ano
  - spíše ne
  - rozhodně ne
13. Hodnotíte současnou informovanost o možnosti léčby drogové závislosti jako dostačující?
- určitě ano
  - spíše ano
  - spíše ne
  - vůbec ne
14. Myslíte si, že primární prevence drogové závislosti je v Řecku na dostatečné úrovni a efektivní?
- určitě ano
  - spíše ano
  - spíše ne
  - vůbec ne
15. Jak hodnotíte tresty spojené s drogovou kriminalitou mladistvých?
- jsou příliš přísné
  - jsou velmi dobře propracované
  - jsou adekvátní
  - jsou nedostačující

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora:** Nikos Nacis

**Obor:** Speciální pedagogika - vychovatelství

**Forma studia:** Kombinované

**Název práce:** Zdravotně-edukační péče o mladistvé se závislostním chováním na omamných a psychotropních látkách v České republice a v Řecku

**Rok:** 2018

**Počet stran textu bez příloh:** 55

**Celkový počet stran příloh:** 6

**Počet titulů českých použitých zdrojů:** 10

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů:** 0

**Počet internetových zdrojů:** 10

**Vedoucí práce:** PaedDr. Jan Toman