

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Veronika Benešová

Terapeuticko - edukační intervence v následné péči osob se závislostí

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím literatury uvedené v seznamu literatury dané práce.

V Olomouci dne: .....

.....  
Veronika Benešová

# Obsah

ÚVOD.....	6
I. TEORETICKÁ ČÁST .....	8
1 Vymezení základních pojmů .....	8
1.1 Závislost, syndrom závislosti .....	8
1.1.1 Faktory vzniku a rozvoje závislosti .....	13
1.1.2 Osobnostní charakteristiky drogově závislých .....	14
1.1.3 Uživatelé návykových látek.....	16
1.2 Drogy - nedílná součást naší společnosti.....	16
1.2.1 Historie užívání drog .....	17
1.2.2 Rozdělení návykových látek.....	19
1.2.3 Přehled návykových látek a jejich účinky .....	21
1.2.4 Drogy a zákon.....	31
2 Systém péče pro osoby se závislostním chováním.....	33
2.1 Z historie systému péče .....	33
2.2 Kritéria efektivního systému péče .....	34
2.3 Typy zařízení .....	34
2.3.1 Terénní programy .....	35
2.3.2 Nízkoprahová kontaktní centra.....	36
2.3.3 Lékařská ambulantní péče o závislé .....	38
2.3.4 Denní stacionáře .....	40
2.3.5 Detoxikační jednotky.....	41
2.3.6 Střednědobá ústavní léčba .....	42
2.3.7 Rezidenční léčba v terapeutických komunitách .....	43
2.3.8 Následná péče .....	45
2.3.9 Chráněné bydlení.....	45
2.3.10 Substituční léčba.....	46

3	Následná péče .....	47
3.1	Následná péče a její terapeuticko-edukační potenciál .....	47
3.1.1	Typová charakteristika .....	47
3.1.2	Základní cíle a cílová populace .....	48
3.1.3	Tým programu následné péče .....	49
3.1.4	Složky programu následné péče .....	50
3.1.5	Edukačně-terapeutický potenciál následné péče .....	52
3.1.6	Návaznost v systému péče .....	53
3.2	P-centrum .....	54
3.2.1	Doléčovací program .....	54
II.	PRAKTICKÁ ČÁST .....	59
1	Projekt „Restart“ .....	59
1.1	Cíl a cílové skupiny .....	59
1.2	Průběh .....	60
1.3	Výsledky a výstupy .....	62
1.4	Mezinárodní spolupráce .....	63
1.5	Sborník adiktologie konference restart .....	64
1.6	Manuál pro klienty - Jak si najít a udržet práci .....	65
2	Vlastní šetření .....	67
2.1	Cíl kvalitativního šetření .....	67
2.2	Popis metody .....	67
2.2.1	Kvalitativní výzkum .....	67
2.2.2	Metoda získávání dat .....	71
2.2.3	Metoda zpracování dat .....	73
2.3	Vyhodnocení dat .....	75
2.3.1	Pracovní proces .....	76
2.3.2	Kvalita osobního života a vlastní rozpoložení klienta po programu .....	78

2.3.3 Hlavní přínosy programu.....	80
2.3.4 Témata pro další práci .....	82
2.3.5 Celkové zhodnocení programu klientem.....	83
2.4 Shrnutí a závěr výsledků výzkumu.....	85
2.5 Diskuse .....	86
2.5.1 Dříve řešené výzkumné projekty .....	87
ZÁVĚR.....	89
Anotace.....	91
Seznam tabulek a obrázků .....	93
Seznam literatury.....	94

## ÚVOD

Problematika drog je stará jako lidstvo samo. S touto problematikou se můžeme setkat již ve Starém zákoně a starších náboženských textech. Návykové látky, ať legální či nelegální, způsobují lidstvu problémy už od počátku věků.

Jako téma své diplomové práce jsem si zvolila „Terapeuticko - edukační intervence v následné péči osob se závislostí“, neboť mě tato problematika velice zajímá. Téměř denně se setkávám s lidmi, kteří drogy užívají nebo s jejich užíváním úspěšně přestali, ale také s těmi, kterým se drogy přestat užívat nepodařilo. Toto zjištění je pro mě velice zarážející.

Užívání těchto zdraví a životu nebezpečných látek považuji za celosvětový problém, který představuje velké riziko při vývoji společnosti a téměř denně se dotýká každého z nás.

Již v minulosti jsem se touto problematikou rozsáhleji zabývala. Ve středoškolských letech jsem přečetla mnoho publikací, které se zabývaly drogami, drogovou závislostí i její léčbou. Jednalo se především o četbu próz, avšak později jsem přešla k literatuře odborné. Jako téma své ročníkové práce u maturitních zkoušek jsem si zvolila „Zkušenosti s drogami u žáků v pubertě“, kde jsem se chtěla ponořit do prvopočátku užívání těchto látek. Zaměřovala jsem se na získání poznatků o současném stavu zkušeností a informovanosti o drogách u žáků v pubertě a na to, co je vůbec k užívání vede.

Co se týče práce diplomové, tak zde jsem se zaměřila na poslední, ne však méně důležitou část léčby závislostí, a to na následnou péči.

Jak už sám název napovídá, a to ať následná péče či doléčování, má se zde jednat o jakýsi konec. O závěrečnou fázi léčby závislostí. Já bych zde však hovořila spíše o začátku, neboť následná péče podle mně učí novým začátkům. Učí jedince s drogovou minulostí, jak se vypořádat s novým životem, který je tak odlišný od života s drogami, a proto je tahle fáze podle mně možná nejdůležitější, neboť když se jedinci nezvládnou naučit žít novým životem, tak mnohdy sáhnou zpět po zdánlivě jednodušším životě s drogami. Tím může začít nekonečný běh o život, kde vítězem je jen jeden, a to většinou droga.

Cílem diplomové práce je nastínění problematiky následné péče a sním související objasnění příbuzných témat, kterému se bude věnovat teoretická část této práce. Praktická část bude zaměřena na analýzu závěrečných rozhovorů projektu „Restart“, který byl zaměřen na pomoc klientům následné péče s návratem do pracovního života. Cílem praktické části

tedy bude rozbor závěrečných rozhovorů klientů následné péče P-centra, kteří se účastnili projektu a zhodnocení a účinnost tohoto projektu těmito klienty. Vyhodnocení bude prováděno v rámci určitých oblastí, ke kterým se klienti vyjadřovali, avšak vše se zaměřením na práci a zaměstnanost.

Tato diplomová práce je dedikována projektu Studentské grantové soutěže na Univerzitě Palackého v Olomouci: Percepce subjektivního dopadu zdravotního postižení / přítomnosti chronického onemocnění a pojetí zdravotního uvědomění a gramotnosti (IGA\_PdF\_2015\_003), dále z projektu ESF Restart CZ.1.04/5.1.01/77.00377.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Vymezení základních pojmů

V rámci své diplomové práce se budu věnovat terapeuticko - edukační intervenci v následné péči osob se závislostí. V následující části je důležité začít s vysvětlením či definováním základních pojmů dané problematiky, jako je např. závislost, syndrom závislosti, faktory vzniku a rozvoje závislostí, návykové látky a jejich účinky, uživatel návykových látek, systém péče a další. Nastíněn bude také historický kontext a legislativa týkající se drogové problematiky.

### 1.1 Závislost, syndrom závislosti

*“Every form of addiction is bad, no matter whether the narcotic be alcohol, morphine or idealism.”*

- C. G. Jung

Termíny „závislost“ a „syndrom závislosti“ mají podporu WHO (Světová zdravotnická organizace), která doporučuje jejich používání místo termínu „toxikománie“ (addiction). (Kalina a kol., 2001, s. 117)

Závislost lze definovat jako chronickou a progredující poruchu, která se rozvíjí na pozadí přirozené touhy člověka po změně prožívání. (Kalina a kol., 2003, s. 107)

„Drogovou závislost označujeme jako chorobný vztah k drogám, který je charakterizovaný nekontrolovatelnou touhou aplikovat si drogy jakýmkoliv způsobem do organismu.“ (Ondrejko, 1999, str. 8)

**Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10)** definuje syndrom závislosti jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládnutí při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritizace užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci



(např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí.

Co se týče diagnostických kritérií závislosti, tak by se definitivní diagnóza měla stanovit až tehdy, jestliže během poslední jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů (Nešpor, 2000):

- Silná touha nebo pocit puzení užívat látku.
- Potíže v sebeovládání při užívání látky, zejména při začátku a ukončení nebo množství látky.
- Tělesný odvykací stav, tj. užití stejné nebo podobné látky za úmyslem snížit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky.
- Průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšší dávky k tomu, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami.
- Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch návykové látky a vynaložené větší množství času pro získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku.
- Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater, depresivní stavy nebo toxické poškození myšlení.

Podle **DSM-IV** se závislost na návykových látkách popisuje jako maladaptivní model užívání návykové látky, prokázaný výskytem minimálně tří z následujících příznaků během jednoho dvanáctiměsíčního období.

- Tolerance, projevující se jedním z následujících úkazů:
  - potřeba nápadně zvýšených dávek k dosažení intoxikace nebo žádaného účinku;
  - nápadně snížený účinek při užívání stejného množství návykové látky.
- Příznaky z vysazení drogy, projevující se jedním z následujících úkazů:
  - abstinční příznaky typické pro danou návykovou látku;
  - užití stejné nebo velmi podobné látky pro potlačení nebo prevenci abstinčních příznaků.
- Návyková látka je často užitá ve větším množství, než bylo zamýšleno.
- Je přítomna trvalá touha nebo neúspěšná snaha o snížení nebo kontrolu užívání.

- Mnoho času je stráveno při aktivitách nutných k získání nebo užívání návykové látky nebo ke vzpamatování se z jejích účinků.
- Důležité společenské, profesní nebo rekreační aktivity nejsou vůbec provozovány nebo jsou omezeny kvůli užívání návykové látky.
- Užívání návykové látky nepřestává, přestože je známa existence trvalých nebo vracejících se fyzických či psychologických problémů, pravděpodobně působených nebo eskalovaných užitou návykovou látkou.

Při porovnávání kritérií závislosti si nemůžeme nevšimnout značné podobnosti mezi kritérii Světové zdravotnické organizace v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) a kritérii Americké psychiatrické asociace (DSM-IV).

Je zde také patrný rozdíl v terminologii. Současná Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) užívá pojmy „syndrom závislosti“ a „škodlivé užívání“, zatímco Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV) Americké psychiatrické asociace používá pojmy „závislost“ a „zneužívání látek“.

V květnu roku 2013 však vstoupilo v platnost páté vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-V), kde byla revidovaná mimo jiné také kapitola „Poruchy související s návykovými látkami“. Tato revize zahrnuje podstatné změny, které se týkají seskupení poruch, kritérií i terminologie.

Co se týká terminologie, tak v DSM-IV byl rozdíl mezi zneužíváním a závislostí založen na konceptu zneužití jako v mírné nebo rané fázi a závislost jako závažnější projevy. V praxi bylo užití kritérií pro zneužívání někdy dost těžké. V páté revizi se za jedinou diagnózu považují poruchy související s užíváním látek, pro něž budou lépe odpovídat příznaky, které pacienti pocítují. Kromě toho diagnóza závislosti způsobila hodně zmatku. Většina lidí spojovala závislost se „závislostí“, i když ve skutečnosti závislost může být normální tělesná reakce na látku.

Poruchy související s užíváním látek v DSM-V spojuje kategorie DSM-IV zneužívání návykových látek a závislosti na návykových látkách do jediné poruchy, která se dělí dle závažnosti od mírné až po těžkou. Užívání každé konkrétní látky (kromě kofeinu<sup>1</sup>, který nemůže být diagnostikován jako porucha spojená s užíváním látek), je určeno jako porucha samostatného užívání (např. poruchy spojené s užíváním alkoholu, s užíváním

---

<sup>1</sup> DSM-V nezahrnuje poruchy spojené s užíváním kofeinu

stimulant, atd.). Téměř všechny látky jsou však diagnostikovány na základě stejných kritérií. Tato kritéria byla v DSM-V nejen sloučena do určitých seskupení, ale také posílena. Diagnóza zneužívání návykových látek nyní vyžaduje dva až tři příznaky ze seznamu 11.

- Zhoršená kontrola užívání návykových látek:
  - jednatel může mít látku ve větším množství nebo po delší dobu než bylo původně zamýšleno;
  - neúspěšná snaha o snížení nebo kontrolu užívání;
  - mnoho času je stráveno při aktivitách nutných k získání nebo užívání návykové látky nebo ke vzpomínání se z jejích účinků;
  - touha nebo nutkání po látce.
- Sociální postižení:
  - neplnění povinností hlavních rolí v práci, ve škole nebo doma;
  - jedinec může pokračovat v užívání návykových látek přesto, že má trvalé nebo opakující se sociální či mezilidské problémy způsobeny nebo zhoršeny účinky látky;
  - důležité sociální, profesní nebo rekreační aktivity mohou být zvýšeny nebo sníženy v důsledku užívání návykových látek.
- Riskantní užívání látky:
  - opakující se užívání návykových látek v situacích, v nichž je fyzicky nebezpečný;
  - jedinec může pokračovat v užívání návykových látek přes trvalé nebo opakující se fyzické nebo psychické problémy, které pravděpodobně byly způsobeny nebo zhoršeny látkou.
- Farmakologická kritéria:
  - tolerance - vyžaduje výrazně vyšší dávky látky, aby se dosáhlo požadovaného účinku, nebo výrazně snižuje efekt, když je spotřebována obvyklá dávka;
  - odstoupení - syndrom, který nastane, když koncentrace látky v krvi nebo tkáni poklesne -> nastoupí abstinční příznaky a jedinec může konzumovat látku k úlevě od příznaků.

Celkově je dle DSM-V diagnóza poruchy užívání látek založena na patologickém vzoru chování souvisejících s užíváním látky.

Jako další bych ráda uvedla definici podle Vetulaniho, který definuje drogovou závislost jako komplexní onemocnění CNS charakterizované kompulsivním, nekontrolovatelným bažením po droze, vyhledáváním drogy a snahou získat drogu za jakoukoli cenu, přestože užívání drogy má řadu očividných závažných zdravotních a život ohrožujících následků (Vetulani, 2001).

Pavlovský dělí závislost na fyzickou a psychickou. **Fyzickou závislostí** rozumíme, že při vysazení látky nebo při značném snížení její dávky dochází k rozvoji různých nepříjemných příznaků, jejichž charakter většinou závisí na druhu užívané látky - zpravidla se jedná o vegetativní příznaky, nejrůznější bolesti, křeče, epileptiformní záchvaty aj. **Psychickou závislostí** označujeme touhu znovu navození si příjemných stavů návykovou látkou a to, ať už jde o euforii, pocit zvýšené výkonnosti a sebevědomí, příjemné snění, neobvyklé prožitky apod. Psychická závislost přetrvává zpravidla o mnoho déle než závislost fyzická. (Pavlovský, 2006)

Někteří autoři uvádí i tzv. **sociální závislost**. Popisuje ji například Šteliar (Šteliar, 2004), a to zejména v souvislosti s rituálním užíváním drogy v rámci společnosti, kdy potřeba užívat drogu nevyplývá z fyzické závislosti ani ze subjektivní potřeby užít drogu, ale je součástí nějakého rituálu (náboženského, skupinového, profesionálního) určité sociální skupiny. Lze ji chápat jako psychologickou závislost, při které jsou příjemné pocity zprostředkované nepřímo přes posílení sociálních vazeb ve společnosti a ne přímo s drogou.

Podle Nešpora se závislost obvykle váže k nějaké určité látce (tabák, diazepam), ke třídě látek (opioidy) nebo k širší řadě různých látek.

Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize označuje závislost statistickým kódem F1\_.2, kde na místo nad čárkou před desetinou tečkou slouží k doplnění látky, na niž závislost vzniká.

---

#### **Jednotlivé druhy závislostí se kódují následovně:**

<b>F10</b>	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu
<b>F11</b>	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů
<b>F12</b>	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kanabinoidů
<b>F13</b>	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik
<b>F14</b>	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kokainu

<b>F15</b>	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulancií, včetně kofeinu
<b>F16</b>	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním halucinogenů
<b>F17</b>	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku
<b>F18</b>	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním prchavých rozpustidel
<b>F19</b>	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek

Z výše uvedeného je zřejmé, že závislostní chování spojené např. s internetem, prací, sexem, jídlem či s hazardním hráčstvím nepatří mezi závislosti v pravém slova smyslu, avšak nemůžeme popřít značné společné rysy mezi uvedeným návykovým chováním a závislostí (Nešpor, 2000).

### 1.1.1 Faktory vzniku a rozvoje závislosti

Každý člověk se může stát závislým. Doposud nebyly potvrzeny predispozice pro vznik závislosti. Není známa žádná určitá osobnost, která by byla k užívání drog a případné závislosti předurčena.

Při vzniku závislostí jde nejčastěji o kombinaci řady faktorů. Při popisování příčin alkoholismu a drogové závislosti vychází Stanislav Kudrle (in Kalina a kol., 2003) z bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti.

#### 1) Biologická úroveň:

- problematické okolnosti za těhotenství matky dítěte - matka alkoholička nebo toxikomanka, syndrom FAS;
- okolnosti porodu - použití psychotropních, tlumivých látek v době porodního stresu;
- psychomotorický vývoj dítěte v poporodním období, přítomnost traumat či nemocí;
- vrozená vyšší tolerance vůči alkoholu u potomků rodičů - alkoholiků.

#### 2) Psychologická úroveň:

- psychogenní faktory v období nitroděložního vývoje a období porodu - stresové záležitosti ženy v období těhotenství a s tím spojené užívání tlumivých látek;
- úroveň postnatální péče - péče o harmonický vývoj dítěte, přiměřené uspokojování potřeb dítěte;

- podpora v době dospívání, v krizi hledané identity;
- adekvátní pomoc v případech objevující se patologie různých duševních poruch a chorob jako je deprese, úzkost, psychotické onemocnění.

### 3) Sociální úroveň:

- vliv vztahů s okolím, které formují či deformují zrání jedince;
- rasová příslušnost, společenský status rodiny, úroveň sociální zajištěnosti, prostředí, ve kterém jedinec žije;
- rodinné prostředí, vztahy v rodině, případně absence rodiny vůbec;
- kolektiv vrstevníků.

### 4) Spirituální úroveň:

- vztah k vyšší moci - nejvyšší autorita, řád, ideje - duchovní autorita, duchovní hodnoty;
- smysl každodenního úsilí a smysl života vůbec - absence smyslu života;
- nenaslouchání vlastnímu Já, sebestředné pojetí, pocit ublíženosti a hostility;
- existenční prázdno.

Na příčiny vzniku závislostí je tedy třeba nahlížet komplexně a brát v potaz všechny úrovně faktorů, které se vzájemně prolínají, doplňují a integrují. Jako např.: k závislosti může dojít tehdy, setká-li se jedinec, který prochází krizí hledání vlastní identity s drogou, která u něj vyvolá potřebu znovu ji užívat. Dochází k tomu většinou v určitých sociálních situacích, které toto setkání ulehčují (party, diskotéky atd.).

## 1.1.2 Osobnostní charakteristiky drogově závislých

Nociar (Nociar, 2009) uvádí, že osobnostní charakteristiky drogově závislých jsou podobné jako charakteristiky osobnosti, s jakými se setkáváme u běžných lidí v obyčejném životě. V důsledku závislosti jsou však často zdůrazněné a nadsazené. Drogově závislý člověk svoje zvláštnosti, které by jinak nebyly nijak nápadné, neumí přiměřeně zvládnout. Mnoho lidí si například zahraje karty, či zkusí štěstí v loterii, avšak jeho zápal pro hru je daleko od nutkavého jednání při patologickém hráčství.

Asi nejvýraznější charakteristikou osobnosti závislých je snížená schopnost zvládat zátěž, mají **nízkou frustrační toleranci**. Závislý člověk nedokáže snášet nepříjemné pocity a nepříznivé podmínky. Nehledá z těchto situací reálné východisko, ale okamžitou úlevu

nebo únik za pomoci drogy. I proto při překonávání závislosti nestačí jen vysadit drogu, nýbrž je nezbytné, aby se tuto vlastnost naučil postupně zvládat bez drogy jako berličky.

Další výrazná a velice častá charakteristika vyskytující se u osob se závislostí je silná **úzkost**. Předmětný strach i nediferencovaná úzkost patří mezi normální adaptační mechanismy v rámci biologické i sociální evoluci, které umožňují přežití. U závislých osob jsou však přítomné v mnohem výraznější podobě a nabírají často podobu úzkosti patologické.

**Deprese**, ať už neurotická, reaktivní či endogenní, se často uvádí v různých pracích o alkoholismu i o drogové závislosti. Pokud nejde o samostatnou psychickou poruchu, bývá často přítomna jako reaktivně navozená a zároveň přechodná.

**Impulzivnost** pravděpodobně souvisí s nízkou schopností zvládat zátěž. Vede k tomu, že závislý člověk nedokáže zůstat v klidu a pociťuje nutkání vyhledávat podněty.

**Vzdorovitost a rebelství** způsobuje, že se závislý člověk postupně dostává do opozice vůči zbytku společnosti a stává se čím dál více izolovaný od převážné většiny společnosti, samozřejmě s výjimkou své vlastní skupiny závislých osob.

**Přecitlivělost** nebo také v nadsazené formě labilita afektu znamená nadměrnou citlivost vůči fyzickým, sociálním a emočním podnětům, což ještě více zvýrazňuje všechny nepříjemnosti ve vztahu k ostatním lidem. V úvahu tu často připadají tlumivé drogy, zejména alkohol a sedativa.

**Perfekcionismus** se projevuje jako častá vlastnost drogově závislých a bývá spojena s vysokými cíli, selháním v nich a v následném pocitu viny. Mezi osobami se závislostí je mnoho nadaných, citlivých i idealistů, kteří usilují o dokonalost. Pokud se jim podaří dostat se přes závislost, bývá často tato vlastnost zredukována na přijatelnou míru výhodou v dalším životě.

**Velikášství** bývá projevem obrany před vlastními pocity méněcennosti nebo nízkého sebehodnocení. I když na povrchu může převládat velikášství a nadsazené projevy s dokazováním si vlastní výjimečnosti, v hloubi duše se u drogově závislých často skrývá pocit toho, že jejich osoby a vůbec jejich životy nemají vůbec žádnou cenu. (Nociar, 2009)

### 1.1.3 Uživatelé návykových látek

Podle Kaliny a kol. (2003) se dá míra závislosti člověka na droze vyjádřit podle frekvence, intenzity a následků užívání na následujících pět stupňů (Matoušek a kol., 2005).

1. Experimentální užívání drogy - droga je užívána občasně a nepravidelně, její užívání může být bez následků.
2. Příležitostné užívání drogy - uživatelé berou drogy pravidelně, maximálně jednou do týdne a většinou ve volném čase, užívání drogy je součástí životního stylu; následky užívání se projevují bezprostředně po podání drogy, jinak uživatel nemusí mít žádné větší problémy v psychické rovnováze ani v sociálním fungování.
3. Pravidelné (škodlivé) užívání drogy - uživatelé berou drogu pravidelně a to více než jednou týdně; užívání je součástí životního stylu, následky se projevují jistými škodlivými účinky.
4. Problémové užívání drogy - užívání drog je pravidelné a dochází k ovlivňování soukromého či pracovního života člověka, vyskytují se známky zdravotních potíží spojených s aplikací drogy, droga je užívána rizikovým způsobem (např. intravenózní aplikace).
5. Závislost na droze - projevuje se vyšší tolerancí k droze (vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného dávkou nižší), uživatel po droze touží a této touze postupně podléhá celý jeho život, objevují se zřetelné zdravotní, psychické i sociální problémy způsobené užíváním.

Uživatelé spadající do 1. a 2. skupiny obvykle nemají potřebu vyhledat odbornou pomoc. Sociální pracovníci a další pomáhající profesionálové pracují převážně s uživateli, kteří spadají do 3. - 5. stupně užívání drog.

## 1.2 Drogy - nedílná součást naší společnosti

*„Droga je především prostředkem úniku před vlastní neschopností zvládnout reálný svět.“*

- Jiří Vacek

„Droga z pohledu farmakologického představuje usušenou upravenou i neupravenou surovinu rostlinného nebo živočišného původu, sloužící na výrobu léčiv anebo technicky důležitých látek“ (Novotný in Ondrejkoič, Poliaková a kol., 1999).



Nešpor a Csémy (In: Alkohol, drogy a vaše děti, 1994, str. 56) považují za drogu každou chemickou nebo přírodní látku, která mění duševní stav člověka a ovlivňuje jeho myšlení, cítění anebo jednání.

### **1.2.1 Historie užívání drog**

Užívání drog provází lidstvo už od počátků. Archeologické nálezy dokazují, že lidstvo v každém období sahalo k látkám, které nějakým způsobem a do určité míry ovlivňovaly jejich vědomí a vnímání. Již v Sumerské říši, tj. 4000 let před Kristem, lidé poznali schopnost máku uspávat a byl opěvován pro jeho halucinogenní účinky. Přibližováním 20. století vzrostlo množství látek, které si člověk může připravit sám, a to buď minimální úpravou přírodních zdrojů, nebo úplnou syntézou nových. Tyto látky mohly sloužit na ovlivňování vjemů a pocitů.

S nástupem našeho století droga ovlivnila rozběh sociální katastrofy, obchodu s opiem. Opium neblaze ovlivňovalo vztahy Východ - Západ hlavně ve vztahu k Číně, kde byli desítky miliónů uživatelů. První velké důsledky tohoto návyku zaznamenali v USA přibližně roku 1850, kdy vzrostl počet imigrantů z Číny v důsledku ekonomického rozvoje USA.

Odlišný byl osud morfinu, který syntetizoval roku 1817 Němec Seturner. Morfin byl první alkaloid z opia. Objev stříkačky a jehly roku 1850 otevřel pro tuto látku obrovské perspektivy. Zejména ve válkách se mohl účinek plně projevit. Lékaři objevili kouzlo analgezie. Využívali ho při lékařských zákrocích co nejčastěji a co nejvíce. Minimální únava, slabá migréna, to vše bylo indikací na použití morfinu. Bylo potřeba dlouhého období, než byly popsány první případy nechtěné toxikomanie, neboť morfin má na úkor svého obrovského potenciálu ulehčovat utrpení, ale též má obrovský potenciál na podrobení si uživatele. Zlaté období morfinu bylo v letech 1875 - 1900. Poté následovalo jisté období útlumu. Určitý nárůst se dal zpozorovat v období 1. světové války a okolo roku 1925 definitivně opustil první příčky zneužívaných látek. Uživatelé morfinu byli považováni za okrajovou společnost.

Koka – „posvátná rostlina Inků“ byla známa od roku 1499. Roku 1622 napsal Angličan Abrahám Cowely ve svých Dějinách rostlin, že je to nejbohatší rostlina, jakou byla půda schopna zplodit. Seriózní londýnský „Gentleman’s magazine“ uveřejnil zprávu, že se touto rostlinou živí Indiáni v Andách a doporučuje dovážet koku po čas hladomoru. Zpočátku se kokain používal jako výborné lokální anestetikum. Technika přípravy spočívala v tom, že se

dávala ve vodě vařit směs rozmělněných listů koky a vápencového prášku, získaného z uvařených ulit. Výsledkem byl viskózní sirup, velmi podobný kokainové drogové bázi. Komerční využití kokainu se našlo i v tzv. Marianiho likérech, které poskytovaly „inspiraci“ mnohým umělcům.

S. Freud používal kokain na odvykání si od morfinu, ale bohužel tím vyvolal návyk na kokain. Užívání kokainu nabíralo velkých rozměrů. Ulehčovalo to i lehké aplikování drogy do organismu - stačilo bílý prášek šňupat. Před 1. světovou válkou byla touto drogou nakažená všechna velká města od New Yorku až po Moskvu. Zajímavou úlohu sehrála tato droga v Německo - Francouzských vztazích. Všechny rafinérie kokainu byly na německé straně hranic a dodávka do Francie byla v podstatě donucovacím prostředkem. Dále také nacionalistické síly ve Francii obviňovaly německý generální štáb, že chce drogou otrávit francouzský lid. Z těchto důvodů parlament užívání drogy zakázal.

Lékaři začali upozorňovat na komplexnost změn, které droga vyvolávala, a to od změn nálad, komunikace až po nekontrolovatelnou agresivitu. V poválečném politickém boji byla droga označována levicí jako buržoazní úpadek společnosti. Tato droga vstoupila do politického boje, ze kterého zřejmě nikdy nevystoupí. V období mezi světovými válkami se zásadně změnila struktura uživatelů kokainu. Od lidí na okraji společnosti se přesunula do „lepší společnosti“, což přetrvává dodnes. Po dobu světové hospodářské krize nastal jistý odklon od kokainu přechodem na drogu novější - heroin.

Heroin byl objevený díky experimentům doktora Dresera, který izoloval tento ester morfinu roku 1898. Indikace byly zaměřené především na utišení kašle a na zneužívání ji poznala přibližně ta stejná společnost jako kokain. Dreser představoval tuto substanci jako látku zbavenou možného návyku, s lehkou manipulací a jako látku, která je sama schopna léčit závislost na morfinu. Heroinový prášek zaplavil trh nejen jako prostředek na odvykání na morfinu, ale také kokainu a jako prostředek na relaxaci od drog. V roce 1930 se heroin dostává na přední místo ve spotřebě drog. Drastické přerušení obchodu zaznamenala až 2. světová válka, která transport drog přerušila téměř úplně. Před koncem války se údajně bývalí otcové mafie spojili a pomohli spojencům při vylovení v Itálii, od čehož si slibovali obnovení přísunu heroinu a obchodu s heroinem. Tím se opět otevřely cesty drogy z USA a Mexika do Evropy. Úplně se liberalizovaly po osvobození Francouzsko. Poválečná Evropa měla jiné starosti než se zabírat drogami, takže trh se mohl znovu rozvíjet.

Droga, která přitahuje pozornost a vynucuje si diskusi v širokém měřítku, je konopí, cannabis nebo marihuana. Tato droga byla známá podle objevů ve vykopávkách už v Egyptě před třemi tisíci lety. Je to droga, která má největší rozšíření po celém světě. Znamé jsou i otisky konopí na keramice ve staré Číně. Za císaře Šen-Nunga, tj. 2737 let před Kristem, doporučovali drogu proti revma, malárii a dalším obtížím. Konopí se dostalo i do Indie, kde se používalo i na náboženské účely a odtud se šířilo do ostatních sousedních krajin. Jeho psychotropní vlastnosti poznali i staří Řekové. Hašiš jako produkt konopí se rozšířil i v arabském světě, známé zmínky jsou o něm v Povídkách z tisíce a jedné noci. V Evropě jsou první zmínky o cannabis z 12. století, kdy německý lékař Hildegard von Bingen přikládal rostlinu na otevřené rány. Drogu ve Francii zmiňoval i Rabelais (1494 - 1553) v Pantagruellovi. V Evropě se marihuana a hašiš rozšířili až ve 20. století, poznali je „prokletí básníci“, nejvíce Baudelaire a Rimbaud. Canabiol, hustý tekutý olej, získaný z květů izoloval Američan Wood roku 1885, ale definitivní objasnění struktury a syntézy cannabinolů uskutečnil v USA a Anglii až podobu 2. světové války. Nejnovější výzkumy jednoznačně prokázaly možnost vzniku závislosti na droze. (Ondrejko, Poliaková a kol, 1999)

### 1.2.2 Rozdělení návykových látek

Z mnoha literatur víme, že návykové látky se dělí podle různých kritérií. Nejznámější je asi rozdělení drog podle postoje společnosti k droze dané legislativou, a to na drogy legální a nelegální, dále podle míry rizika na drogy tvrdé a měkké a v neposlední řadě rozdělení návykových látek podle účinku drogy na psychiku člověka.

- Dle postoje společnosti ke droze:

**Legální drogy** - jsou to drogy, se kterými se běžně setkáváme, jsou to drogy společností tolerované, avšak na ně může vzniknout stejná závislost, jako na drogy ilegální (patří mezi ně například alkohol, nikotin, léky - benzodiazepiny, hypnotika aj., kofein).

**Nelegální drogy** - jsou to drogy společností netolerované, jejich přechováním a prodejem nebo předáním se dostáváme do střetu se zákonem (marihuana, hašiš, pervitin, heroin, extáze). (Substituční léčba, ©2014)

- Dle míry rizika - rizika spojená s užíváním jsou myšlena v tělesné, duševní i sociální oblasti (Kalina a kol., 2008, s. 339):

**Tvrdé drogy** - látky s vyšší mírou rizika (heroin, pervitin, LSD, kokain, crack).

**Měkké drogy** - látky s nižší mírou rizika (marihuana, hašiš, kokový čaj).

Míra rizika	Tvrdość drog	Zástupci
Vysoká	tvrdé	toluen, heroin, morfin, durman, crack
Vysoká až střední	tvrdé	kokain, pervitin, LSD
Střední	tvrdé	alkohol, lysohlávky, extáze, efedrin, kodein
Relativně malá	měkké	marihuana, hašiš, kokový čaj
Prakticky bez rizika	měkké	káva, čaj

*Tab. 1 Rozdělení drog podle míry rizika (Kalina a kol., 2008, s. 340)*

- Dle účinku drogy na psychiku - zde se bere v úvahu vždy hlavní účinek látky v běžně zneužívaných dávkách (Kalina a kol., 2008, s. 339):

**Tlumivé látky** (narkotika) - zpomalují psychomotorické tempo, při menších dávkách zklidňují, při dávkách vyšších navozují spánek, kóma až zástavu životních funkcí (alkohol, opiáty, těkavé látky, barbituráty, benzodiazepiny).

**Psychomotorická stimulancia** - zbavují člověka únavy, urychlí myšlenkové tempo, aktivují motoriku (pervitin, kokain).

**Halucinogeny** - vyvolávají změny vnímání (kanabis, LSD, psilocybin).

Látka	Psychická závislost	Somatická závislost	Vzestup tolerance
<b>Stimulancia</b>	silná	nevzniká	silný
Pervitin	++	-	++
Kokain	++	-	++
<b>Halucinogeny</b>	slabá až žádná	nevzniká	mírný
Kanabis	+ -	-	+ -
LSD	+ -	-	+ -
Psilocybin	+ -	-	+ -

<b>Tlumivé látky</b>	<b>silná</b>	<b>silná</b>	<b>silný</b>
Benzodiazepiny	++	++	++
Barbituráty	++	++	++
Alkohol	++	++	++
Opiáty	++	++	++
Těkavé látky	++	+ -	++

*Tab. 2 Rozdělení drog podle účinků na psychiku (Kalina a kol., 2008, s. 340)*

### **1.2.3 Přehled návykových látek a jejich účinky**

Návykové látky, nebo také drogy, jak se jim častěji říká, jsou nedílnou součástí dnešní společnosti. Následující podkapitola bude zaměřena na podání stručných informací o jednotlivých látkách, popř. skupin těchto látek podle Minaříka (in Kalina, 2008).

#### **1.2.3.1 Alkohol**

Ethylalkohol vzniká kvašením cukrů. Společně s nikotinem patří mezi drogy legální. Psychotropní účinek nastává ovlivněním několika neurotransmitterových systémů - dopaminergního, noradrenergního a GABAergního. Je to látka se značnou orgánovou toxicitou, včetně neurotoxicity.

Alkohol je rozšířen po celém světě. Způsob podání alkoholu je požitím per os. Účinek alkoholu závisí na dávce a dalších faktorech, jako je například vliv prostředí nebo dispozice.

Stav po požití alkoholu se obvykle jeví jako prostá opilost. Malé dávky alkoholu působí stimulačně, vyšší tlumivě. Mezi nežádoucí účinky užívání alkoholu patří např. porucha rovnováhy, zpomalení reakčního času, poruchy chování s agresivitou, porucha vědomí, snížená sebekritičnost, poškození gastrointestinálního traktu, hypertenze, poruchy spánku atd. Hlavním rizikem nadměrného užívání alkoholu je rozvoj tělesné i psychické závislosti.

#### **1.2.3.2 Opioidy a opiáty**

Jsou to tlumivé látky s výrazným euforickým efektem. Název je odvozen od sušené šťávy z nezralých makovic (opia). Psychotropní účinek nastává vazbou na specifické receptory pro endogenní opioidy. Typický efekt je spojen s receptorem  $\mu$ , jehož aktivace způsobuje analgezi, euforii, sedaci, útlum dechu či závislost.

Podle poměru síly a efektivity vazby na receptor můžeme látky dělit do skupin:

- agonisté - váží se na receptor a plně jej aktivují (morfin, heroin, metadon);
- částeční antagonisté - váží se na receptor, ale aktivují jej pouze částečně (buprenorfin);
- antagonisté - váží se na receptor, neaktivují jej, blokují receptor - zabraňují účinku jiného opioidu (naloxon).

Nejrozšířenější drogou této skupiny je heroin. V České republice jsou opioidy nejvíce rozšířeny v Praze a v severních Čechách, přičemž sezonní užívání se nejvíce váže na lokality, ve kterých se pěstuje.

Co se týká způsobu aplikací, tak zde převažuje aplikace intravenózní. Typická je ovšem i aplikace intarnazální, inhalace po zahřátí na alobalu, kouření v cigaretách, požití per os či sublingválně u buprenorfinu, kde je perorální aplikace neúčinná.

Mezi očekávané účinky opioidů patří zklidnění, příjemná euforie, pocit tepla a snížení vnímání tělesných pocitů. Většina činností je vnímána jako činnosti příjemné. Opioidy mají také silné analgetické účinky. Mezi účinky krátkodobé řadíme například útlum nervového systému, zúžení zornic, svědění, pokles tělesné teploty, dráždění chemorecepční zóny pro zvracení, zpomalení srdeční akce, zácpa aj. Mezi dlouhodobé účinky patří vznik psychické i somatické závislosti, tolerance k látce a účinkům, poškození organismu a dále např. pokles citlivosti bolesti. Mezi hlavní rizika patří zejména rozpoznání rozdílu mezi dávkou účinnou a smrtelnou. Při předávkování dochází ke ztrátě vědomí, změlčení dechu, modravé zbarvení kůže, postupně dochází k zástavě dechu a jiných životních funkcí.

## ZÁSTUPCI

- Heroin

Z počátku byl heroin považován za účinný lék pro závislost na morfinu, byl považován za lék s nulovým rizikem vzniku závislosti. Patří mezi polosyntetické deriváty morfinu. Obvyklým způsob aplikace je nitrožilní podání, šňupání, kouření a inhalace. Volba způsobu podání souvisí s chemickou formou látky. Denní dávky dosahují 1 - 3 gramů. Po odvyknutí se rychle vytrácí tolerance k látce, což výrazně zvyšuje riziko předávkování dávkou předtím běžně užívanou nebo i menší.

- Hydrokodon (braun)

Patří mezi opioidy polosyntetické. Patří mezi drogy specificky české, které se vyrábí v domácích laboratořích z léčiv obsahujících kodein, přičemž vzniká tekutina hnědé barvy, která se aplikuje nitrožilně. Účinky a důsledky užívání jsou podobné jako u heroinu, avšak hydrokodon má nižší potenciál vzniku závislosti. Ve druhé polovině 90. let byl na české drogové scéně téměř zcela vytěsněn heroinem.

- Opium, makovina

Jedná se o směs alkaloidů opia, jejichž hlavní složkou je morfin. Existuje mnoho forem úprav makoviny, avšak nejčastěji se můžeme setkat s odvary. Typickou aplikací je aplikace intravenózní nebo perorální užívání odvarů, mezi méně častý způsob podání patří kouření. V případě nitrožilního podání se objevují časté infekční komplikace v důsledku s nedostatečným čištěním látky.

- Metadon

Je to syntetický opioid, není odvozen od morfinu, účinek nastupuje pomalu a vyvolává jen minimální euforii. Obvyklý způsob užívání je per os, možná je však i injekční aplikace. Metadon se vyrábí pouze legálně pro medicínské účinky, jako je substituční léčba závislých na opioidech. Metadon se však dostává i na ilegální trh a slouží jako náhradní nebo doplňující droga, popřípadě pro účely abstinčních pokusů.

- Buprenorfin (subutex)

Buprenorfin patří mezi syntetické opioidy. Chemicky je odvozen od Nalorfinu. Způsob aplikace je sublingvální podání, vyskytuje se ovšem i podání nitrožilní. Buprenorfin se vyznačuje pomalým nástupem a vyvoláním pouze minimální euforie. U zdravého jedince je bezpečný u předávkování, pokud tedy není kombinován s jinými tlumivými látkami - nehrozí smrt předávkováním. Výroba je pouze legální pro medicínské účely (substituční léčba závislosti na opioidech), dostává se však i na ilegální trh a slouží jako náhradní nebo doplňující droga, popřípadě pro účely abstinčních pokusů. V posledních letech se začíná užívat už i jako droga primární.

### ***1.2.3.3 Zneužívaná farmaka s psychotropním účinkem***

Tato skupina zahrnuje mnoho farmak. Nejvíce jsou zde zneužívány látky ze skupiny opioidních analgetik, sedativ, hypnotik a anxiolytik. Nejčastěji zneužívanými látkami jsou opioidy a benzodiazepiny, mezi méně zneužívané patří například antiepileptika, antidepresiva, celková anestetika, některá antiparkinsonika a výjimečně i antipsychotika.

Opioidním analgetikům je věnována celá předchozí podkapitola, tudíž se zde zaměříme na skupinu zahrnující sedativa, hypnotika a anxiolytika. Tato skupina látek způsobuje zklidnění až spánek a některé látky potlačují strach a úzkost. Mezi hlavní zástupce patří benzodiazepiny, barbituráty, některá starší hypnotika a hypnotika s nebenzodiazepinovou strukturou.

Zneužívání anxiolytik a hypnotik je velmi časté. Benzodiazepiny patří mezi nejpředepisovanější psychofarmaka, často jsou předepisovány dlouhodobě a v nejasné indikaci.

Co se týká způsobu podání, záleží na kontextu užívání. Jedná-li se o drogu primární, probíhá užití per os a často v kombinaci s alkoholem. V případě, že jde o drogu sekundární, závisí způsob aplikace na způsobu aplikace drogy primární.

Hlavním očekávaným efektem je tupě euforický stav. Jedná se o stav podobný opilosti. Navozuje se stav celkového zklidnění a to nejen na úrovni psychiky, ale v případě benzodiazepinů i v oblasti tělesné. Většina látek utlumuje strach a úzkost. Mezi krátkodobé nežádoucí účinky patří únava, ospalost, poruchy vědomí, porucha koordinace, útlum dechového centra, ztráta motivace, uvolnění afektu vzteku a agresivity nebo poruchy paměti. Mezi nežádoucí účinky dlouhodobého charakteru řadíme poruchu kognitivních funkcí a rebound fenomén. Hlavním rizikem je rozvoj psychické i tělesné závislosti a změna nastavení CNS.

### ***1.2.3.4 Konopné drogy***

Kanabinoidy patří mezi látky s halucinogenním účinkem. Jsou to látky přírodního charakteru vyráběné z konopí. Účinnou látkou jsou kanabinoidy, nejaktivnější látkou je



THC<sup>2</sup>. Konopí patří z hlediska produkce a obchodování k nejrozšířenější nelegální droze. Nejrozšířenější užívání této drogy je ve věkové skupině 15-24 let.

Obvyklým způsobem aplikace je kouření, méně časté je užití per os. Při kouření nastupuje účinek ihned a vrcholí během 20 minut s odezníváním do 3 hodin.

Mezi hlavní očekávané účinky patří pocit euforie, zklidnění, veselost a zostření smyslového vnímání.

Průběh intoxikace můžeme rozdělit do tří fází:

1. počátečním příznakem bývá sevřenost a úzkost (zejména u méně zkušených uživatelů);
2. hlavním očekávaným účinkem je zklidnění, euforie, blaženost, častý je bezdůvodný smích a zostření smyslových vjemů;
3. při odeznívání se často dostavuje zmatenost, únava a otupělost.

Co se týká krátkodobých nežádoucích účinků, řadíme zde sucho v ústech, hlad, zmatenost, změna vnímání času, poruchy krátkodobé paměti, nepříjemné obsedantní myšlenky, zhoršení jemné motoriky, zhoršení úsudku a pozornosti, prodloužení reakčního času, úzkost, halucinace a dále například akceleraci srdeční akce. Mezi dlouhodobé nežádoucí účinky patří pomalost, hloubavé zabývání se detaily a poruchy krátkodobé paměti. Na konopných drogách vzniká psychická závislost jen velmi zřídka, tělesná závislost nevzniká.

## ZÁSTUPCI

- Marihuana - jedná se o směs listů, větviček, semen, květů a palic. V kvalitnějším zboží převládají palice. Podíl účinných látek se pohybuje v rozmezí 1% - 15%.
- Hašiš - pryskyřice. Účinné látky se pohybují kolem 40%.
- Hašišový olej - produkt destilace marihuanových listů.

### ***1.2.3.5 Halucinogeny***

Jedná se o skupinu přírodních a syntetických látek, které vyvolávají změny vnímání. Mezi přírodní halucinogenní látky patří psilocybin, meskalin, durman, ibogain, myriscin,

---

<sup>2</sup> delta-9-trans-tetrahydrocannabinol

kyselina ibotenová a bufetenin. Spousta dalších látek byla v minulém století syntetizována pro farmakologické účely, a to např. LSD, PCP nebo ketamin. Halucinogeny jsou rozšířené po celém světě.

Obvyklý způsob podání halucinogenů je per os, sublingválně, kouřením a výjimečně injekčně.

Účinky těchto drog jsou velice variabilní. Závisí na druhu užití látky, na velikosti dávky a na duševním rozpoložení uživatele a okolí. Dominujícím účinkem jsou změny vnímání a to od zostření vnímání až po vizuální a sluchové iluze, dále sem patří syntézie (vidění hudby, slyšení barev), změny ve vnímání času a prostoru, iracionální myšlení, urychlení toku myšlenek, dochází k mylným, neopodstatněným závěrům a celý stav je provázen euforií. Mezi krátkodobé nežádoucí účinky patří nevolnosti a zvracení, psychotické a depresivní stavy, flashback<sup>3</sup>, bad trip<sup>4</sup>, stavy derealizace, depersonalizace a různé sympatomimetické účinky jako jsou tachykardie, hypertenze, pocení, bolesti hlavy apod. Dlouhodobé nežádoucí účinky jsou změny osobnosti, tendence k magickému výkladu dění, podivnost hraničící s psychotickým stavem nebo organické poškození u látek s orgánovou toxicitou. Látky této skupiny většinou nevyvolávají psychickou ani tělesnou závislost. Riziko fatálního předávkování je u některých látek této skupiny malé (LSD, psilocybin) u jiných významné (durman, PCP, ketamin).

## ZÁSTUPCI

- LSD - vysoká účinnost látky vyžaduje distribuci v matrici s napuštěnou látkou. Obvyklá forma jsou tripy nebo krystalky. Účinná dávka je cca 20-50 $\mu$ g, halucinogenní 100 $\mu$ g, letální 14000 $\mu$ g.
- Psilocybin - látka obsažena v houbách rodu *Psilocybe* (lysohlávka). Účinný od dávek kolem 0,5mg, průměrná dávka je asi 10mg a 150mg je dávka maximální.

### **1.2.3.6 Psychomotorická stimulancia**

Jedná se o látky povzbuzující organismus, zvyšují tělesný i duševní výkon, který je ovšem obvykle spojen se zhoršením kvality. Účinek spočívá ve zvýšení hladiny biogenních

---

<sup>3</sup> návrat stavu při intoxikaci bez užití drogy

<sup>4</sup> nepříznivý průběh intoxikace s pocitů úzkosti, paniky, paranoie, halucinacemi; neschopnost zastavit průběh intoxikace

aminů (dopaminu, noradrenalinu, serotoninu) na synapsích CNS. Mezi hlavní zneužívané látky patří budivé aminy (metamfetamin, amfetamin, MDMA) a kokain. Patří sem i některé léky jako jsou například metylfenidát a dexfenfluramin. V ČR je nejčastěji užívanou látkou této skupiny metamfetamin.

Co se způsobu podání týká, tak v případě metamfetaminu a amfetaminů obecně převažuje aplikace injekční, převážně intravenosní, dále je typická také aplikace intranazální. Méně častým způsobem je inhalace po zahřátí na alobalu nebo užití per os. Pro kokain je charakteristická intranazální nebo injekční aplikace. Ve formě cracku je typické kouření.

Psychostimulancia odstraňují únavu, zrychlují myšlení, usnadňují asociace a zvyšují hovornost. Aktivují osu sympatiku, z toho vyplývá pocit síly a energie. Dalším obvyklým příznakem je nechutenství a z toho plynoucí snížený příjem potravy. Mezi krátkodobé nežádoucí účinky patří například sucho v ústech, zvýšené pocení, přetížení krevního oběhu, bolesti na hrudi, riziko selhání srdce, vysoká zátěž a následně nadměrné vyčerpání organismu, stav útlumu s nepříjemnými pocity po odeznění účinku, pohybové stereotypy spojené s intoxikací, strach a úzkostné prožívání, pocity pronásledování a ohrožení, nadměrná koncentrace na nějakou, mnohdy nesmyslnou činnost, urychlení myšlení často související s poklesem jeho kvality a další. Mezi nežádoucí účinky dlouhodobého charakteru patří nápadné zhubnutí, halucinace, bludy a vznik závislosti.

Vysazení je obvykle spojeno s únavou, neklidem a intenzivní touhou po droze. Somatické obtíže souvisí s vyčerpáním organismu po přetížení v době intoxikace. Detoxikace vzhledem k nepřítomnosti somatického odvykacího stavu spočívá ve vysazení drogy a symptomatické léčbě obtíží. Odvykací stav neohrožuje zdraví ani život.

Jako hlavní rizika užívání metamfetaminu se považují postupné poruchy motorických funkcí a paměti, které sice nejsou nenávratné, avšak nemusí dojít ke kompletní normalizaci funkcí mozku. Dále jsou to stavy úzkosti a paniky, které někdy doprovází i jednorázovou intoxikací. Toxická psychóza projevující se nejčastěji po dlouhodobém užívání. Přetížení organismu vedoucí až k selhání oběhu a dalších tělesných funkcí či k poškození kardiovaskulárního systému. Dlouhodobé a časté užívání vede k rozvoji psychické závislosti. Somatickou závislost látka nezpůsobuje.

## ZÁSTUPCI

- Pervitin - patří mezi budivé aminy. Byl objeven na přelomu 19. a 20. století. Jedná se o prášek žluto-fialové barvy, bez zápachu, hořké chuti. Typická je aplikace intranazální nebo injekční, běžná dávka se pohybuje od 50 do 250 mg.
- Kokain - jedná se o alkaloid jihoamerického keře *Erythroxylon coca* (koka pravá). Tradičním způsobem užití je žvýkání kokových listů při denní spotřebě 25 - 50 g listů (0,05-0,1 g kokainu). Typickými způsoby aplikace kokainu je intranazální a injekční aplikace. Denní dávky se pohybují od desetin gramu do 20-30 g denně. Crack lze kouřit, jednorázová dávka bývá 10-120 mg.

### ***1.2.3.7 Těkavé látky***

Těkavé látky jsou chemické látky, alifatické, cyklické, aromatické uhlovodíky. Rozpouští tuky a lipidní látky, mají narkotický účinek. Mezi zástupce patří toluen, aceton, éter, chloroform, dále složky některých lepidel, ředidel a rozpouštědel. Těkavé látky způsobují prvně excitaci a následně útlum nervového systému.

Těkavé látky jsou nejčastěji užívány jako doplněk drogy primární nebo jako droga iniciační. První experimenty s těkavými látkami mohou probíhat již okolo 13. - 15. roku věku.

Výhradním způsobem aplikace je inhalace. Účinek nastupuje téměř okamžitě a efekt doznívá po několika minutách. Inhalace znemožňuje přesné dávkování. K dosažení účinnosti stačí několik mililitrů látky. Zcela výjimečně jsou látky užity například požitím nebo injekčně.

Intoxikace se podobá opilosti. Začíná excitací, následuje krátká euforie s poruchami vnímání s postupným přecházením ve spánek. Po odeznění účinku nastupuje kocovina. Mezi krátkodobé účinky patří nevolnost, útlum CNS s kvalitativní i kvantitativní poruchou vědomí, obrna dechového centra a porucha cirkulace pro srdeční arytmií. K dlouhodobým účinkům patří toxické poškození jater a ledvin, poleptání dýchacích cest, organický psychosyndrom v důsledku poškození mozku - deteriorace intelektu, afektivní labilita, agresivita, ztráta zájmů, pokles výkonnosti a degradace osobnosti.

Organická rozpouštědla způsobují psychickou závislost, komplikujícím faktorem je organické poškození mozku. Somatická závislost nebývá vyjádřena. Charakteristický

odvykací stav se neobjevuje, vysazení je doprovázeno zvýšeným vnímáním somatických obtíží a silným cravingem. Akutní obtíže se léčí symptomaticky.

### **1.2.3.8 MDMA a taneční drogy**

Takzvané taneční drogy tvoří skupinu syntetických látek. Užívání je spojené především s různými akcemi a elektronickou reprodukovanou hudbou. Hlavními zástupci je extáze neboli MDMA<sup>5</sup> a látky jí podobné - MDEA, MDA.

Rekreační užívání MDMA je patrné již od 70. let v USA. Od 80. let se začíná objevovat v evropských zemích. Dnes patří extáze mezi nejčastěji užívanou drogu mladými lidmi na tanečních párty všude na světě.

Způsob aplikace je per os, výjimečně injekčně. Běžná dávka se pohybuje mezi 80 - 150 mg. Nástup účinku je 0,5 - 1 hodina, odeznění potom do 5 - 7 hodin.

V první fázi účinku se objevuje neklid a mírná zmatenost, ve druhé obvykle ustoupí, nastupuje klid a pohoda, mizí stres a nálada se projasňuje. Při užití ve skupině či v páru nastupují pocity empatie a lásky, zvyšuje se komunikativnost a potřeba dotýkat se druhého. Ke krátkodobým nežádoucím účinkům patří například nevolnost, zvracení, zvýšené napětí kosterního svalstva, u mužů může klesnout schopnost erekce a oddaluje se ejakulace, nechutenství, pocení, snížená potřeba spánku, sucho v ústech, sympatomimetické účinky (tachykardie, hypertenze, pocení, bolesti hlavy), po odeznění nastává kocovina a následně zhoršení nálady, provokace duševní poruchy a další. Mezi nežádoucí účinky dlouhodobé patří poškození imunitního systému a poškození serotoninergních nervových zakončení.

Látky této skupiny mohou vyvolat psychickou závislost. Somatická závislost se nevyskytuje. Mezi další rizika patří například teratogenní účinek, serotoninerní syndrom (změny psychiky, křeče, průjem, třes, horečka, pocení - může vést až ke smrti) a hypertermie. Detoxikace vzhledem k nepřítomnosti somatického odvykacího stavu spočívá ve vysazení drogy a v symptomatické léčbě.

---

<sup>5</sup> 3,4-methylenedioxyamfetamin

### **1.2.3.9 Tabák**

Domovem tabáku je americký kontinent. Do Evropy se tabák dostal až v roce 1492. Jde o jednoletou bylinu se vzrůstem 1 - 2 metry. Psychotropní složkou tabáku je alkaloid nikotin. Jedná se o prudký jed, minimální smrtelná dávka pro člověka je asi 50 mg. Rozšíření tabáku je celosvětové.

Tabák se nejčastěji aplikuje kouřením, méně často per os (žvýkání) nebo intranazálně. Mezi tradiční způsoby užívání patří požívání a pití odvarů, orální způsoby užívání mohou snadněji vést ke smrtelnému předávkování.

Při kouření se kouř vstřebává buď z dutiny ústní, nebo z plic. Při vstřebávání nikotinu z plic nastupuje účinek rychleji než při vstřebávání z dutiny ústní či nosní. Způsob aplikace kouřením se mnohdy jeví jako významnější faktor pro vznik závislosti než samotný nikotin.

Nikotin zvyšuje bdělost, soustředivost a paměť. Potlačuje agresivitu a podrážděnost. Snižuje chuť k jídlu a brání přírůstkům tělesné hmotnosti. Ke krátkodobým nežádoucím účinkům patří například zvýšená sekrece slin, žaludečních šťáv a potu, zesílení peristaltiky a napětí hladkého svalstva, dráždění dýchacích cest, zkrácení doby srážení krve, blokáce hemoglobinu oxidem uhelnatým, překrvení oblasti vnitřních orgánů, dilatace cév ve svalech, pokles prokrvení periférií, při předávkování je to pak nevolnost, bledost, studený pot a bolest hlavy, celková skleslost a porucha koordinace pohybů. Mezi nežádoucí účinky dlouhodobého charakteru patří chronický zánět dýchacích cest, poruchy trávicího traktu, poruchy potence u mužů, poruchy soustředění, poruchy spánku a neklid.

Odvykací stav začíná obvykle 24 hodin po poslední dávce nikotinu. Zahrnuje touhu po kouření a doprovází ji podrážděnost, netrpělivost, poruchy soustředění, depresivní symptomatologie, úzkost a neklid. Přetrvávajícími symptomy bývají poruchy spánku a zvýšená chuť k jídlu.

Nikotin způsobuje tělesnou i psychickou závislost. Dochází k postižení koronárních tepen, vznikají nádory plic a další somatická onemocnění.

## 1.2.4 Drogy a zákon

V České republice se drogová problematika opírá zejména o zákon č. 40/2009 Sb. Trestní zákoník, který vstoupil v platnost dne 1. 1. 2010. Drogová problematika je zde zařazena do části II., hlava VII. - Trestné činy obecně nebezpečné.

Drogové problematiky se zde týká:

- § 274 Ohrožení pod vlivem návykové látky
- § 283 Nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy
- § 284 Přechovávání omamné a psychotropní látky a jedu
- § 285 Nedovolené pěstování rostlin obsahujících omamnou nebo psychotropní látku
- § 286 Výroba a držení předmětu k nedovolené výrobě omamné a psychotropní látky a jedu
- § 287 Šíření toxikomanie

Dále se drogová problematika vyskytuje v zákoně č. 200/1990 Sb. Zákon o přestupcích, který upravuje ty případy, u kterých dochází k nepatrnému nebezpečí pro společnost. Problematika drog je zařazena v části II. a týká se paragrafu:

- § 30 Přestupky na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi

Z hlediska trestního zákoníku jsou velice důležitá nařízení vlády č. 455/2009 Sb. a č. 467/2009 Sb., které nám určují množství větší než malé pro účely tohoto zákona.

Webový server podanéruce.cz (Podané ruce, ©1995-2015) uvádí hodnoty určující množství větší než malé pro účely trestního zákoníku:

Typ látky	Množství větší než malé
<b>Pervitin</b>	Více než 2g
<b>Heroin</b>	Více než 1,5g
<b>Kokain</b>	Více než 1g
<b>Extáze</b>	Více než 4tbl.
<b>LSD</b>	5 papírků
<b>Marihuana</b>	Více než 15g sušiny, více než 5 rostlin

<b>Hašiš</b>	Více než 5g
<b>Lysohlávky</b>	Více než 40 plodnic

---

K drogové problematice se dále vztahuje například:

- zákon č. **167/1998 Sb.** Zákon o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů;
- zákon č. **379/2005 Sb.** Zákon o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů.



## 2 Systém péče pro osoby se závislostním chováním

V dnešní době máme v České republice relativně komplexní systém služeb pro drogově závislé a to od primární prevence, přes programy pracující s jedinci, kteří drogu aktuálně užívají, až po léčebná a doléčovací zařízení.

### 2.1 Z historie systému péče

Péče o uživatele návykových látek má v České republice relativně dlouhou tradici. První specializované zdravotnické zařízení pro léčbu alkoholových závislostí v Praze u Apolináře založil Jaroslav Skála dne 10. září 1948. Toto zařízení postupně přešlo ve zdravotnické zařízení typu terapeutické komunity a stalo se matricí pro více než desítku dalších odborných zařízení. V návaznosti na ústavní léčbu pacientů závislých na alkoholu se začala postupně vytvářet síť ambulantních zařízení AT<sup>6</sup>. Se vzrůstem počtu nealkoholických závislostí se tato ústavní i ambulantní zařízení začala zabývat léčením závislostí na nealkoholových drogách. V roce 1978 založil MUDr. Rubeš v pražském Apolináři první specializované zařízení pro pouze nealkoholové závislosti, které se později emancipovalo v první nestátní zdravotnické zařízení DROP-IN. Tímto byly položeny základy systému péče o uživatele návykových látek (Bém in Kalina, 2003).

Po roce 1989 se v tehdejším Československu začal postupně rozvíjet nestátní a neziskový sektor. Prvními specializovanými organizacemi byly nadace DROP-IN a občanské sdružení SANANIM.

Pro první polovinu 90. let bylo typické postupné rozšiřování systému péče, což se vyznačovalo přizpůsobením k potřebám různých cílových populací v terénu, ohledem na efektivitu léčby drogových závislostí, rozvojem léčebných metod a terapeutických modalit v zahraničí a jejich zaváděním do ČR. Byla zakládána nízkoprahová zařízení, první terénní programy, programy minimalizace škod, doléčovací programy i první dlouhodobé terapeutické komunity.

Druhá polovina 90. let byla ve znamení postupné profilace jednotlivých státních i nestátních organizací zabývajících se léčebnou péčí i profilací celé sítě léčebné péče, včetně jejího dalšího rozšiřování. Dále se pak druhá polovina 90. let vyznačovala klinickou aplikací

---

<sup>6</sup> alkohol a toxikomanie

moderních poznatků z oblasti neurobiologie, farmakoterapeutickými postupy metadonové substituce a disulfiramové léčby. Dalším významným přínosem byly léčebné programy zaměřené na specifické cílové skupiny a to například na závislé matky s dětmi či na děti a mladistvé. (Bém in Kalina, 2003)

## 2.2 Kritéria efektivního systému péče

Efektivní systém péče by měl dle Béma (Bém in Kalina, 2003) splňovat řadu kritérií a to jak z oblasti kvalitativní, tak i kvantitativní.

**Kvalitativními kritérii** rozumíme především vnitřní neboli vertikální strukturu systému péče:

- komplexnost - schopnost pokrýt potřeby různorodých cílových skupin s ohledem na stupeň rozvoje závislosti či rozsah problémů spojených s užíváním návykových látek;
- provázanost - návaznost jednotlivých stupňů a forem péče;
- efektivita - schopnost zajistit standardní kvalitu péče s maximalizací léčebného efektu při minimálních vynaložených nákladech.

**Kvantitativními kritérii** rozumíme především vnější neboli horizontální strukturu systému péče:

- rozsah - je určen národní i místní prevalencí problému;
- dostupnost - místní a časová dostupnost péče.

## 2.3 Typy zařízení

Mezi základní složky či typy zařízení systému péče pro osoby se závislostí patří terénní programy, kontaktní centra, ambulantní lékařská péče, denní stacionáře, detoxikační jednotky, programy střednědobé ústavní léčby, terapeutické komunity, následná péče, doléčovací programy, chráněné bydlení a substituční léčby. V následujících podkapitolách si jednotlivé složky stručně charakterizujeme.

### 2.3.1 Terénní programy

Hrdina, Korčíšová (Hrdina, Korčíšová in Kalina a kol., 2003) vymezují terénní práce nebo také streetwork jako specifickou formu sociální služby, poskytovanou přímo na ulici. Terénní programy stojí na pomyslném začátku v systému péče o uživatele drog. Často je to první služba, se kterou se jedinci se závislostí setkají.

Terénní práce vychází z principů Public Health (ochrana zdraví veřejnosti) a pragmatického přístupu Harm Reduction (snižování zdravotních a sociálních poškození spojených s užíváním návykových látek). Princip pragmatického přístupu spočívá v tom, že předpokládá možnost zabránění celé řadě komplikací spojených s užíváním drog, pokud se podaří uživatele oslovit a hlavně ovlivnit. Základním principem je tzv. nízkoprahový přístup, který vede k maximální možné dostupnosti poskytovaných služeb pro uživatele drog v prostoru i čase.

Klientela terénních pracovníků je obtížně dosažitelná. Jedná se o tzv. skrytou populaci, s minimální motivací službu vyhledat a řešit často závažné problémy zdravotní, sociální, psychologické či právní povahy. Patří sem například experimentátoři, „děti ulice“, pravidelní uživatelé drog i uživatelé problémoví s již rozvinutou závislostí. Pracuje se s klienty na všech stupních závislosti, akceptuje i uživatele drog a drogově závislé, kteří nejsou ochotni a schopni ztotožnit se s cílem úplné abstinence.

Hlavním cílem terénních pracovníků je navázat s těmito klienty vztah postavený na vzájemné důvěře a následně je pak motivovat ke změně rizikového chování a k udržení tohoto chování. Svými intervencemi působí také ke stabilizaci životního stylu. Ideální cíl směřuje k úplné abstinenci, nebo alespoň k chování, které je pro uživatele bezpečnější. Cílem terénních programů je tedy minimalizovat negativní důsledky užívání drog nejen pro samotné uživatele, ale i pro společnost.

V terénních programech je kladen velký důraz na osobnostní kvality terénních pracovníků. Komunikační dovednosti, schopnosti tvořivě myslet a nekonvenčně jednat jsou alespoň zpočátku důležitější než samotné vzdělání. Vzdělání si pracovník může doplnit postupně. Výjimkou jsou však zdravotní sestry a sociální pracovníci, kteří jsou nezbytnou součástí týmu terénních programů. Terénní práce je fyzicky i duševně náročná, probíhá v situacích, které jsou potenciálně nebezpečné. Je proto nezbytné poskytnout pracovníkům možnost řádného proškolení a soustavnou supervizi. Dále je třeba věnovat pozornost bezpečnosti práce

a předcházení vyhoření. V některých terénních programech bývá využíváno i současných nebo bývalých členů cílové skupiny, pro ně se užívá termínu „indigentní terénní pracovník“. (Hrdina, Korčíšová in Kalina a kol., 2003)

Mezi základní složky terénní práce patří:

- výměna injekčního materiálu;
- informace;
- sociální a zdravotní poradenství;
- poradenství a krizová intervence;
- monitoring drogové scény a sběr dat.

### **2.3.2 Nízkoprahová kontaktní centra**

Jiří Libra (in Kalina a kol., 2003) uvádí definici ze standardů sociálních služeb MPSV (2000), kde je kontaktní práce definovaná jako „komplex nízkoprahově orientovaných služeb, jejichž cílem je vytvářet podmínky pro navázání kontaktní a konkrétní kontaktní práce s jednotlivci a sociálními skupinami, které nemohou nebo nechtějí vyhledat standardní institucionální pomoc a u kterých je předpoklad potřeby a účelnosti této pomoci“.

Kontaktní práce jsou rozděleny na dvě formy:

1. Nízkoprahová centra - stacionární
2. Terénní práce či streetwork - mobilní<sup>7</sup>

Dále Libra uvádí, že nízkoprahová centra se dle standardů sociálních služeb člení na:

- nespecifická - cílem je pomoci při utváření a aktivizaci životního stylu, přispívat ke změnám v rizikovém vývoji - oblast alternativní socializace volného času;
- specifická - cílené služby jednotlivcům a sociálním skupinám, jejichž obtíže jsou ve významné souvislosti se sociálně rizikovými jevy či se dotýkají kulturních odlišností: drogy, AIDS, prostituce, oběti trestných činů, bezdomovectví, nezaměstnanost atd.

---

<sup>7</sup> O terénních pracích viz kapitola 2.3.1, Terénní programy.

Cílovou skupinu programů kontaktních center tvoří závislí a problémoví uživatelé tvrdých drog, především intravenózní uživatelé, klienti s nízkým stupněm osobnostní a sociální autonomie a klienti ohrožení sociálně patologickými jevy. Dále je možné specifikovat cílové skupiny na charakteristické podskupiny (etnické minority, muži - ženy, klienti v konfliktu se zákonem, víkendoví uživatelé syntetických drog), pro které je třeba specifikovat programy - co, v jaké fázi, pro koho. Abstinence není podmínkou pro spolupráci klienta se zařízením. Klientům je umožněn anonymní kontakt.

Mezioborový tým by měl zastupovat profese, kvalifikace a dovednosti odpovídající různorodé skladbě programu, měl by být pružný a schopný dostát často konfrontačním a frustrujícím nárokům nízkoprahové práce. Standardy MPSV i MZ kladou velký důraz na obligatorní vzdělávání zaměstnanců v oblastech nezbytných pro efektivní pracovní výkon, dodržování etických kodexů a práci se supervizí. Kontinuální vzdělávání pracovníků by mělo zahrnovat oblast prevence, léčení závislostí, sociální práce, rodinné terapie, individuální a skupinové terapie, krizové intervence a motivačního tréninku. Tým kontaktních center by se měl skládat z vedoucího programu, kontaktních pracovníků, kteří se dělí na pracovníky kontaktní a terénní či na zdravotníky a „nezdravotníky“, dále ze specialistů, a to buď z regulérních pracovníků či externistů, mezi které patří sociální pracovníci, lékaři-specialisté, praktičtí lékaři, psychologové, psychoterapeuti, speciální pedagogové a zdravotní sestry. Jako poslední, ne však méně důležitou součástí týmu, tvoří dobrovolní pracovníci, mezi které se řadí bývalí uživatelé, angažovaní zájemci, studenti relevantních oborů, duchovní. (Libra in Kalina a kol., 2003)

Poskytované služby:

- kontaktní práce;
- výměnný program;
- základní zdravotní péče;
- základní poradenství;
- krátkodobá intervence;
- strukturované poradenství a motivační trénink;
- sociální práce;
- doplňkové služby.

### 2.3.3 Lékařská ambulantní péče o závislé

Podle představ Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti (EMMCDDA) se ambulantní péče o závislé poskytuje především v ambulantních léčebných střediscích, které odpovídají našim ordinacím AT pro prevenci a léčbu závislosti, a ve střediscích strukturované denní péče, odpovídajících našim denním stacionářům. Jako další poskytují ambulantní péči střediska zdravotně sociálních služeb, které ovšem u nás zatím nemají samostatná zřízení. Dalšími poskytovateli jsou nízkoprahové agentury, které odpovídají našim kontaktním centrům. Specializovaná ambulantní péče o osoby, které mají problém s užíváním návykových látek, by měla být dostupná pro všechny potřebné pacienty a měla by být zajištěna v plném rozsahu (Hampl in Kalina a kol., 2003).

Podle Hampla (in Kalina a kol., 2003) by se měl optimální terapeutický tým skládat z vedoucího lékaře, což by měl být kvalifikovaný lékař s praxí v oboru a podle možností i s atestací z oboru AT, dále sekundárního lékaře, klinického psychologa, nejméně ze dvou zdravotních sester, jedné sociální pracovnice a dle potřeby z administrativního pracovníka na částečný úvazek.

Členové terapeutického týmu se vzdělávají podle své profese a zúčastňují se pokud možno aktivně, školení, seminářů a kongresů týkajících se problematiky návykových nemocí, psychoterapeutických kurzů apod. Všichni pracovníci by měli absolvovat školení o resuscitaci pacientů a první pomoci.

Cílovou populaci tvoří všechny potřebné osoby bez závislosti na věku, pohlaví, vzdělání nebo zaměstnání. Přístup do ordinace mají nejen osoby se závislostí, ale také experimentátoři, konzumenti, víkendoví uživatelé bez závislosti i uživatelé problémoví. Nezáleží na tom, zda se jedná o jedince motivovaného k abstinenci nebo nuceného nějakým ultimátem. Mezi klientelu patří i pacienti, kterým byla léčba uložena soudem. Vítanými návštěvníky ordinace AT jsou i rodiče, příbuzní, partneři, spolužáci - všichni, kdo jsou ve styku s uživatelem návykových látek. K cílové populaci patří i gambleři, u kterých je hráčství spojeno s užíváním návykových látek. Ordinance AT nabízejí v případě požádání anonymní vyšetření i ošetření. (Hampl in Kalina a kol., 2003)

<b>Abusus alkoholu</b>	Ve společnosti v současné době zanedbávaná problematika, vývoj závažnějších komplikací, reklama, mýty o léčebném účinku alkoholu
<b>Kouření tabáku</b>	Málo poraden pro odvykání kouření, menší sociální problémy způsobují nedostatečný zájem společnosti i přes obrovský negativní dopad na zdraví
<b>Abusus léků</b>	Zneužívání léků v nepřiměřených dávkách, stoupající tolerance, vznik lékové závislosti, zneužívání léků k výrobě ilegálních drog
<b>Inhalační drogy</b>	Technické prostředky obsahující prchavé látky zneužívané jako inhalační drogy
<b>Ilegální drogy</b>	Široká paleta všech zneužívaných přírodních a syntetických drog zakázaných podle úmluvy OSN
<b>Gambling</b>	Závislost mimo oblast psychoaktivních látek, často ale spojená s jejich užíváním, zejména alkoholu

*Tab. 3 Oblasti působení ordinací AT (Kalina a kol., 2003, s. 177)*

<b>Prevence</b>	Primární - na požádání; Sekundární - prevence vzniku závislosti, komorbidit komplikací psychických, somatických, infekčních; Terciární - prevence relapsu a recidivy
<b>Diagnostika</b>	Anamnéza objektivní, subjektivní; Klinické vyšetření psychiatrické, interní, neurologické; Laboratorní - vyšetření moče, krevní obraz, serologie, rapid test; Doplnkové - sono, EEG, EKG, RTG, spirometrie
<b>Terapie</b>	Psychoterapie, farmakoterapie, socioterapie
<b>Rehabilitace</b>	Návrat psychických a somatických schopností pacienta, zlepšování kondice
<b>Resocializace</b>	Zařazení do společnosti, školy, práce, rodiny, podnikání; zprostředkování pobytu v terapeutických komunitách
<b>Spolupráce konziliární</b>	Lůžková zařízení - ARO, JIP, interna, chirurgie, neurologie; Ambulantní zařízení - obvodní lékaři, privátní psychiatři; Ostatní zdravotnická zařízení - lékárny, laboratoře
<b>Spolupráce konzultativní</b>	Nezdravotnická zařízení sociálního charakteru a instituce, soudy
<b>Posudková činnost</b>	Posuzování schopností z hlediska AT k výběru zaměstnání, k určité práci, k řízení motorových vozidel, k držení zbraně apod.
<b>Znalecká činnost</b>	Soudní znalci v oboru AT
<b>Publikační činnost</b>	Odborné časopisy, tisk, rozhlas, televize
<b>Administrativa</b>	Běžná pro dané zařízení, podklady pro statistiku ÚZIS, podklady pro drogovou epidemiologii

*Tab. 4 Činnost ordinací AT (Kalina a kol., 2003, s. 177)*

### 2.3.4 Denní stacionáře

Denní stacionář (též denní centrum, denní klinika, v ČR někdy denní sanatorium) je typickým zařízením „na poloviční cestě“ mezi běžnou ambulantní péčí a péčí ústavní, mezi domovem a institucí. Poskytuje denní péči (zdravotní, psychoterapeutickou, ošetrovatelskou, sociální, výchovnou, rehabilitační apod.), tj. péči přes den, nelůžkovou, obvykle jen v pracovní dny. Má význam tam, kde člověk s různými zdravotními či sociálními potřebami sice má kde bydlet, ale nemůže být nebo by neměl být sám doma nebo je pro něj nedostatečná běžná ambulantní péče, a přitom nepotřebuje nezbytně pobyt v nemocnici či jiné lůžkové instituci (Kalina, 2003).

Podstatou intenzivní denní péče je strukturovaný program, který je definován jako léčebný (popřípadě léčebně-výchovný či léčebně resocializační) program s následujícími charakteristikami:

- přesný časový rozvrh;
- soubor pravidel, která stanoví podmínky léčby a definují žádoucí a nežádoucí chování účastníků programu včetně případných sankcí;
- vyvážená skladba programu: skupinové terapeutické aktivity, individuální terapie, sociální práce, aktivity pracovní, aktivity sportovní, kulturní, pohybové apod.;
- v denní, ústavní a rezidenční léčbě rozsah minimálně 20 hodin týdně rozvržených do 5 pracovních dnů.

Cíle strukturovaných denních programů zahrnují dosažení a udržení abstinence jak od původní drogy, tak od spouštěcích drog, změnu v sebepojetí a vztazích, podporu v osobním zrání a přiměřeném zvládnutí výzev vývojového období klienta, zlepšení sociálního fungování a osvojení si základních dovedností každodenního života potřebných pro studium či zaměstnání. Konečným cílem je změna životního stylu, pro kterou je abstinence podmínkou nutnou, nikoli však postačující.

Cílovou skupinou mohou být závislí na alkoholu, na opioidech a na stimulačních drogách, případně polymorfní uživatelé. Programy mohou nabízet služby pro nedlouho abstinující klienty nebo pro ty, kteří stále drogu berou, ale chtějí se jí zbavit. Klienti denní léčby musí splňovat určitá kritéria. Musím mít zajištěné bydlení s možností a schopností denně dojíždět do denního stacionáře, odvykací příznaky nesmí být v závažném stupni, somatické



a psychické komplikace nesmí vyžadovat odbornou nemocniční péči, je třeba elementární akceptace programu a motivace k pravidelné účasti, nižší potenciál pro relaps, neškodící sociální okolí a elementární opora v nedrogovém prostředí. Z uvedeného vyplývá, že ne každý je pro denní program vhodný a je schopný v něm obstát. Cílovou skupinu denních programů tedy tvoří převážně klienti se středním stupněm závislosti a s jistou zachovalou mírou psychické a sociální integrity a stability.

K nejčastějším komplikacím denních stacionářů patří relaps a svévolné vypadnutí z programu, což vyplývá z charakteru a umístění programu: klient nepřestává žít ve svém původním prostředí a ve městě s širokou nabídkou drog je snadné dělat „zdánlivě nezávazná rozhodnutí“, která vedou k relapsu.

Skladba multidisciplinárního týmu odpovídá charakteru programu a spektru služeb. V týmech denních stacionářů se uplatňují psychiatři, psychologové, psychoterapeuti, sociální pracovníci, speciální pedagogové a další dobrovolníci se zdravotnickým nebo humanitním vzděláním. Práce v DS je velice náročná, vyžaduje velké nasazení, neobejde se bez trvalé práce na sobě, dalšího vzdělání a řádné supervize. (Kalina, 2003)

### **2.3.5 Detoxikační jednotky**

Podle Nešpora (in Kalina a kol., 2003) jsou detoxikační jednotky určeny k zvládnutí odvykacích stavů a intoxikací návykovou látkou, které nevyžadují intenzivní péči v jiném zařízení (např. JIP, ARO). Detoxikační jednotky jsou určeny především klientům, pro které by nebyla bezpečná ani detoxikace v domácím prostředí.

K nejčastějším důvodům detoxikace patří například nebezpečnost pacienta pro sebe či okolí, příprava na další formu odvykací léčby, diferenciální diagnostika, léčba v nemocničním prostředí, snížení tolerance vůči droze či různé sociální důvody.

Za hlavní cíl detoxikačních jednotek je považováno ovlivnění postoje pacienta ke změně životního stylu a zvýšit jeho motivaci k dalšímu léčení a to pomocí edukačních terapií, motivačních tréninků, popřípadě pomocí dalších indikovaných forem intervence. Stručně řečeno, doba strávená na detoxu má být využita k získání motivace tam, kde ještě není, a k upevnění motivace tam, kde již je.

Personální zabezpečení detoxikačních stanic tvoří vedoucí lékař s příslušnou kvalifikací. Zaměstnanci jsou kvalifikovaní lékaři, střední zdravotní personál, sociální pracovníci a terapeuti.

Detoxikační jednotka by měla být schopna poskytovat komplexní péči, která zahrnuje farmakoterapii, psychoterapii a sociální práce.

Detoxikace nebývá u těžších forem závislosti postačující intervencí. Je zde velice důležitá návaznost další péče. Detoxikační stanice nejčastěji předávají své pacienty do rukou kontaktních center, programů intenzivní ambulantní péče a ambulantní péče orientované k abstinenci, do krátkodobé nebo střednědobé ústavní léčby či do terapeutických komunit s dlouhodobým pobytem. (Nešpor in Kalina a kol., 2003)

### **2.3.6 Střednědobá ústavní léčba**

Střednědobá léčba závislosti je ústavní léčba vymezená délkou trvání v rozmezí 3 - 6 měsíců. U nás je poskytována některými psychiatrickými léčebnami, eventuálně některými specializovanými psychiatrickými odděleními nemocnic (Dvořáček in Kalina a kol., 2003).

Požadavky na odbornou léčebnou péči vymezují komplexnost a strukturovanost programu (požadují minimálně dvacet hodin strukturovaných aktivit týdně rozdělených do minimálně pěti dní). Program oddělení organizovaného jako terapeutická komunita obsahuje skupinovou terapii, rodinnou (event. partnerskou) terapii, sociální práci, farmakoterapii, program prevence relapsu a rehabilitační aktivity obsahující pracovní terapie, sport, zátěžové programy a trénink sociálních dovedností.

Tým pracovníků střednědobé ústavní léčby je multidisciplinární s převahou zdravotnických pracovníků. Patří zde lékaři, střední zdravotní pracovníci, kliničtí psychologové, psychoterapeuti, sociální pracovníci, pracovní terapeuti, eventuálně další pracovníci. Tým je veden nejčastěji psychiatrem. Terapeutický tým by měl být pravidelně supervidován.

Jedním ze základních cílů je trvalá a důsledná abstinence od všech návykových látek. Cíle by měly být adekvátní délce programu a potřebám pacienta. Mezi další cíle střednědobé ústavní léčby patří např. stabilizace sekundárních problémů spojených se závislostí, vybudování náhledu, postupné řešení důsledků drogové kariéry, přebudování motivace, zvnitřnění abstinence norem, zvnitřnění struktury dne a týdne, řešení problémů se závislostí ne přímo

související, identifikace rizik relapsu, změny v původním prostředí, přiměřené zlepšení sebehodnocení a prožívání.

Vyjmenovaným cílům odpovídá výše zmíněné složení týmu a terapeutické strategie. Program střednědobé léčby je komplexní, sdružuje přístupy terapeutické a výchovně - edukativní. Převažující terapeutické přístupy mají charakter sociální péče, zdravotnických a psychoterapeutických postupů. Základem komplexního programu je strukturovaná léčba s režimem. Strukturovaný program obsahuje ve vyvážené podobě aktivity psychoterapeutické, pracovní a volnočasové, základními aktivitami jsou psychoterapeutické skupiny a komunitní sezení. Ve střednědobé léčbě se většinou nelze obejít ani bez individuálních psychoterapeutických sezení. Se strukturou úzce souvisí soubor pravidel tzv. režim, který specifikuje i výhody a sankce podle kvality dodržování režimu.

Mezi hlavní komplikace střednědobé léčby patří relaps, předčasné ukončení léčby nebo porušení zásadních pravidel léčebného společenství. (Dvořáček in Kalina a kol., 2003)

### **2.3.7 Rezidenční léčba v terapeutických komunitách**

Adameček, Richterová-Těmínová, Kalina (in Kalina a kol, 2003) popisují terapeutickou komunitu jako specializované rezidenční (pobytové) zařízení, zaměřené na léčbu vedoucí k abstinenci a na sociální rehabilitaci. V TK se poskytuje střednědobá a dlouhodobá odborná péče v trvání 6 - 18 měsíců.

Cílovou skupinu tvoří osoby se závislostí ve středním až těžkém stupni závislosti, často s kriminální anamnézou a těžším psychosociálním, případně i somatickým poškozením. Věk klientů se většinou pohybuje v rozmezí 18 - 35 let.

TK nabízí bezpečné a podnětné prostředí pro růst a zrání, které se děje především prostřednictvím sociálního učení v kontextu vymezeném jasnými a srozumitelnými pravidly.

TK pro osoby se závislostí je postavena na následujících principech:

- motivovanost k vlastní změně;
- podmínky života v komunitě se maximálně přibližují realitě běžného života;
- schopnost přijímat zodpovědnost;
- závislý člověk má právo rozhodovat o svém životě;
- terapie probíhá především ve skupině;

- přechod z terapie do běžného života musí být postupný;
- strukturovaný život v komunitě upevňuje, zakotvuje a umožňuje vytvářet vnitřní strukturu;
- terapeutický tým je pouze průvodcem a poradcem klienta, nikoli expertem na jeho život.

Terapeutický tým TK je multidisciplinární. Pracovníci mají různé vzdělání (psychoterapeutické, speciálně pedagogické, lékařské, v oblasti sociální práce apod.), specializované výcviky (ve skupinové a individuální psychoterapii, v rodinné terapii, v arteterapii apod.) a různé praktické dovednosti a zkušenosti. Důležitým předpokladem pro práci se závislými v TK jsou také osobnostní vlohy. Člen týmu by se měl chovat jako vyzrálý a pozitivní vzor dospělosti pro klienta.

Hlavním cílem léčby v TK není abstinence, ta je pouze cestou, podmínkou a součástí léčby. Je nezbytným prostředkem k tomu, aby se klient mohl zapojit do normálního života. Cílem léčby v TK je změna životního stylu, kterého lze dosáhnout prostřednictvím osobnostního růstu. Klient postupně dosahuje změn v sebepojetí, prožívání, chování a vztazích, což mu umožní, aby mohl svůj život prožívat jako uspokojivý a zodpovědně se rozhodovat, jakým směrem svůj život povede. Osobnostní růst umožní klientovi udržení si žádoucích změn i po odchodu z chráněného prostředí TK.

Režim v TK je tvořen souborem pravidel programu. Zahrnuje časovou strukturu dne a týdne, povinnosti klienta, požadavky na jeho chování v programu, způsoby hodnocení požadovaného chování, sankce za režimové přestupky a výhody za dodržování režimu.

Mezi jednotlivé aktivity v programu TK patří setkání komunity, skupinové terapie, individuální terapie, rodinné terapie, pracovní terapie, sociální práce, vzdělávání, volnočasové, sportovní, zátěžové a jiné rehabilitační aktivity.

TK se osvědčuje jako účinný prostředek léčby a současně sociální rehabilitace zejména pro klienty nezralé, s dlouhodobou drogovou kariérou a závažnou životní historií. (Adameček, Richterová-Těmínová, Kalina in Kalina a kol, 2003)

### 2.3.8 Následná péče

Podle Kaliny (Kalina, 2001) je smyslem následné péče udržet u klienta změny, které nastaly v průběhu léčby, popř. spontánně nebo po předchozích intervencích. Následná péče může mít různé formy. V našich podmínkách jsou tradiční tzv. opakovací léčby. Další formou následné péče jsou doléčovací skupiny. Ty se scházejí zpravidla jednou týdně a rovněž se zde setkávají klienti po ukončení základní léčby. Jejich cílem je stejně jako u opakovacích léčeb posílení abstinence a výměna zkušeností. Následná péče může mít formu individuálních pohovorů, zajišťovaných AT ordinacemi, popřípadě K-centry nebo klinickými psychology. Také zde je kladen důraz na posilování abstinence, často však s absencí socioterapie - na rozdíl od doléčovacích programů a rekvalifikace/resocializace. Velmi důležitou roli v procesu následné péče hrají též svépomocné skupiny.

Specializovaná pracoviště pro následnou péči u nás se většinou nazývají doléčovací centra. Ta zasahují širší spektrum služeb. Pracují v nich multidisciplinární týmy, které umožňují flexibilně reagovat na individuální potřeby klienta. Díky tomu je následná péče intenzivnější a kratší.

Pojem následná péče se z určitého pohledu kryje s pojmem doléčování, užívá se však i pro péči poskytovanou po jakémkoliv dosažení abstinence - detoxikace, spontánní abstinence. (Kalina, 2001, s. 69)<sup>8</sup>

### 2.3.9 Chráněné bydlení

Dvořák (in Kalina a kol, 2003) uvádí, že chráněné bydlení, je podle Akreditačních standardů (2001) prostředek sociální stabilizace klienta formou přechodně poskytovaného ubytování. Glosář (2001) definuje chráněné bydlení jako sociální službu, která je součástí sociálních a zdravotních služeb. Poskytování chráněného bydlení je vázáno na kontakt s pracovištěm léčebné, doléčovací či resocializační služby.

Cílem chráněného bydlení je zajištění bydlení klientům při absolvování terapeutického či resocializačního programu i klientům, kteří v místě svého bydliště nemají příslušné služby nebo je pobyt v dřívějším bydlišti kontraindikací k úspěšné léčbě. Bydlení si klienti hradí buď sami, nebo na něj přispívají. Bydlení je časově omezeno, je na něj sepsaná smlouva a podléhá

---

<sup>8</sup> Blíže k následné péči viz kapitola 3, Následná péče.

určitém pravidlům, mezi která patří dodržování bezdrogového prostředí v objektu chráněného bydlení a respektování práv ostatních ubytovaných. Bydlení může mít formu jednotlivých bytů nebo pokojů v určitém objektu, které jsou určeny více osobám. Obvyklá doba poskytování chráněného bydlení je obvykle 1 rok. Na rozdíl od azylových domů je chráněné bydlení službou s výraznějším posilováním sociální kompetence klientů, mezi které patří možnost aktivního vstupu do podoby interiéru bytu, možnost přijímat a ubytovat návštěvy, koedukovaný charakter bydlení, vlastnictví klíče od bytu apod. (Dvořák in Kalina a kol, 2003)

### **2.3.10 Substituční léčba**

Popov (in Kalin a kol, 2003) popisuje substituční léčbu jako jednu z klíčových komponentů léčby závislosti na návykových látkách. Při substituci návykových látek je původně užívaná látka nahrazena látkou - lékem (např. heroin je nahrazen metadonem) s výhodnějším bezpečnostním profilem (tj. známá koncentrace, bez toxických směsí, s delším účinkem, bezpečné užívání - většinou perorální a podávané, resp. předpisované lékařem podle příslušných předpisů o léčbě a v souladu se zákonem o zacházení s omamnými a psychotropními látkami).

Substituční léčba je udržovací terapie, která odkládá splnění (pro některé klienty) konečného cíle (tj. trvalá a důsledná abstinence) na dobu, kdy bude klient objektivně i subjektivně schopen abstinčně orientovanou léčbu podstoupit. Do této doby a s tímto cílem chce co nejdůsledněji a nejúspěšněji zlepšovat klientův somatický a psychický stav. Pro některé klienty může být konečným cílem samotná, kvalitně prováděná udržovací substituční terapie. Substituční léčba dále výrazně snižuje kriminalitu, séro-pozitivitu HIV/AIDS a hepatitid, omezuje užívání heroínu a ostatních nelegálních drog a v neposlední řadě pomáhá i při sociální integraci jedince. (Popov in Kalin a kol, 2003)

## **3 Následná péče**

### **3.1 Následná péče a její terapeuticko-edukační potenciál**

Problematika následné péče a doléčování závislostního chování je velice rozsáhlá a je na ni nahlíženo různými pohledy. Setkáváme se s pojmy jako je ambulantní doléčovací program, následná péče, doléčovací centra atd. V anglosaských zemích se používá termínu aftercare nebo postcare, což odpovídá naší následné péči. Lze se také setkat s výrazem re-entry. V rámci této diplomové práce budu užívat termín následná péče. Tento termín je používán v terminologii registrovaných sociálních služeb u Ministerstva práce a sociálních věcí ČR.

#### **3.1.1 Typová charakteristika**

Služby následné péče jsou dle § 64 zákona 108/2006 Sb. definovány jako ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly lůžkovou péči ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstinují.

Služba poskytuje tyto základní činnosti:

- sociálně terapeutické činnosti;
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

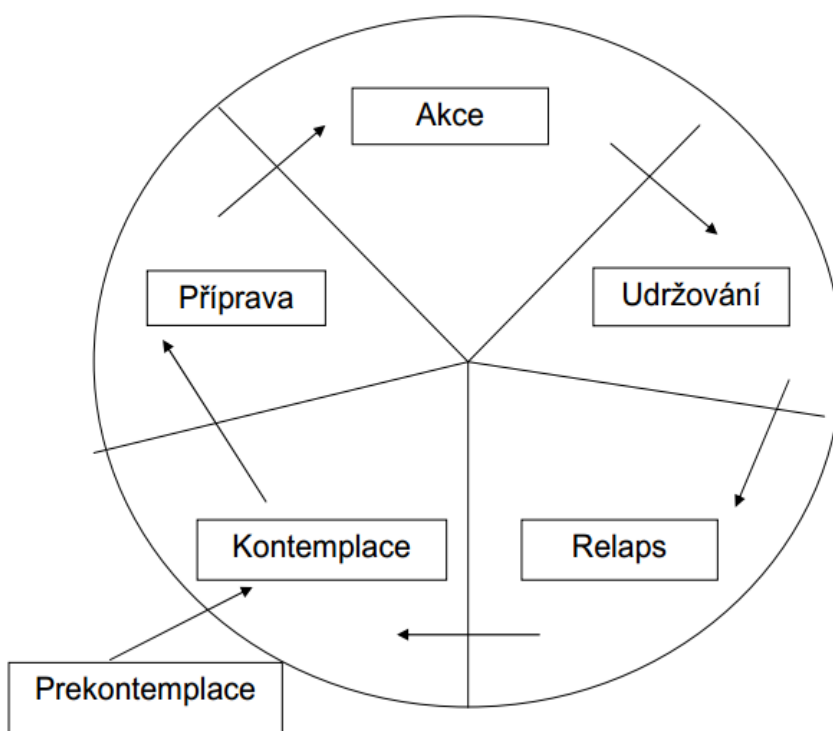
Služba poskytovaná formou pobytových služeb v zařízeních následné péče obsahuje vedle základních činností výše uvedených dále tyto základní činnosti:

- poskytnutí ubytování;
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy.

Služby následné a doléčovací péče jsou dle § 20 zákona č. 379/2005 Sb. definovány jako programy, které zajišťují zdravotnická zařízení a jiná zařízení a které obsahují soubor služeb, jenž následují po ukončení základní léčby a pomáhají vytvářet podmínky pro udržení abstinence.

Následnou péči v adiktologii můžeme chápat v širším a užším kontextu. V širším pojetí se jedná o celou škálu aktivit napomáhajících udržet abstinenci. V užším pojetí jde o sociální službu realizující strukturované doléčovací programy. Ve své práci se zaměřím na užší pojetí směrem k doléčovacím programům, tedy k intervencím, které jsou používány u klientů po absolvování základní péče.

Vymezení následné péče není jednoznačné. Často panuje neshoda, kdy je vlastně následná péče indikována, respektive kdy začíná. Pokud vyjdeme z Kruhového modelu změn chování (viz obr. 1), jedná se o poslední fázi procesu změny, a tudíž sem patří intervence zaměřené na udržení navozených změn závislého chování (Marlatt, Barrent, 1994).



*Obr. 1 Stádia změny zobrazené v kruhovém diagramu (dle Procházka, Di Clemente)<sup>9</sup>*

### 3.1.2 Základní cíle a cílová populace

Hlavním náplní služby je komplexní multidisciplinární terapeutický proces zaměřený na udržení abstinence, navozených motivačních změn a psychické i somatické stability a na prevenci relapsu (Miovský, 2013).

<sup>9</sup> Zaostrěno na drogy 3, dostupné z: [file:///C:/Users/Okay\\_2/Documents/Downloads/9%20-%20zaost%C5%99eno%20-%20syndrom.pdf](file:///C:/Users/Okay_2/Documents/Downloads/9%20-%20zaost%C5%99eno%20-%20syndrom.pdf)



Kuda (in Kalina a kol., 2003) vidí jako základní úkol následné péče pomoci závislému nevracejícímu se do „normálního světa“ vytvořit podmínky pro jeho abstinenci. Jako klíčový faktor ovlivňující efektivitu léčby závislosti považuje stabilizaci životního stylu závislého.

Podle Aleše Kudy (in Kalina a kol., 2003) definují Akreditační standardy (2001) cílovou populaci pro program následné péče jako abstinující osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce; preference osob, které absolvovaly detoxifikaci a minimálně krátkodobou léčbu (ambulantní či residenční), s náhledem a motivací k dlouhodobé abstinenci. Z uvedené definice vyplývá, že následná péče je určena těm, kteří absolvovali ambulantní či residenční (základní) léčbu. Setkáváme se však i s těmi, kteří žádnou předchozí odbornou léčbou neprošli. Lze u nich nalézt minimálně základní náhled na potřebu dlouhodobé abstinence a potřebu podpory a pomoci při znovunalezení svého vlastního místa ve světě neboli integrace do podmínek normálního života.

Spektrum klientů pro následnou péči je velice široké, což klade velké nároky na flexibilitu programu. Pro různé typy programů následné péče jsou nezbytná přesně definovaná kritéria přijetí (často i odborná doporučení) a musí mít zřetelně vymezené místo v systému péče o drogově závislé. (Kuda in Kalina a kol., 2003)

### **3.1.3 Tým programu následné péče**

V programu následné péče je možná více než jinde potřeba multidisciplinarita týmu. Tým je nezbytné budovat na základě potřeb klientů. Každý program následné péče musí budovat kvalitní síť odborníků na problémové oblasti jeho klientů. Např. není nutné mít v týmu lékaře, psychiatry apod. (pokud se samozřejmě nejedná o zdravotnické zařízení), je však třeba mít dohodnuté služby s těmito odborníky externě.

Základní tým programu následné péče musí obsahovat profese, jako je psycholog, speciální pedagog, sociální pracovník. Ke speciálním dovednostem, kromě kvalitního výcviku v poradenství, popřípadě v psychoterapii, patří osvojení si především prevence relapsu. Velký a významný prostor zde patří pro tzv. ex-usery. Ti se velmi dobře uplatňují po absolvování odborného vzdělání a pod kvalitní supervizi v oblasti socioterapie. (Kuda in Kalina a kol., 2003)

### 3.1.4 Složky programu následné péče

Mezi hlavní složky programu následné péče řadíme psychoterapii, sociální práci, prevenci relapsu, lékařskou péči, práci s rodinnými příslušníky, nabídku volnočasových aktivit a dle svých možností i chráněné bydlení, chráněná pracovní místa a rekvalifikaci. Nyní si jednotlivé složky dle Aleše Kudy (in Kalina a kol., 2003) přiblížíme.

- **Psychoterapie** - V programu následné péče se setkáváme s velmi pestrými symptomatologiemi klientů. Různé traumatické zážitky z období užívání drog (popřípadě dětství) a poruchy osobnosti, které předcházely drogovému problému, se v podmínkách normálního života projeví v plném rozsahu. Často se vynořují úplně nová témata, kterých se klient v průběhu léčby ani nedotkl, popřípadě je považoval za vyřešené. Je však nezbytné správně diagnostikovat, co z problematiky klienta je řešitelné v aktuálním čase. V následné péči jde především o stabilizaci abstinence od primární drogy. K tomuto cíli by mělo být psychoterapeutické zaměření vztahováno. Vždy je třeba pečlivě zvážit, co z klientových témat bezprostředně souvisí se stabilizací abstinence a dalších navozených změn. Jedná se zde spíše o podpůrnou psychoterapii zaměřenou na stabilizaci klientovy emotivity. Dobrý terapeut musí mít dobré diagnostické schopnosti, díky kterým pozná hranici, kam již není žádoucí zajít. Je však nezbytné v rámci sítě specialistů předat klienta do další péče.
- **Prevence relapsu** - Obava z možného selhání (relapsu) je často motivačním faktorem pro vstup osoby se závislostí do programu následné péče. Pro většinu klientů, kteří absolvovali základní léčbu především v residenčním programu, je velice těžké odolávat v prvních týdnech carvingu. Prevenci relapsu je nutno považovat za klíčovou složku následné péče. Jejím cílem je vybavit klienta vědomostmi a dovednostmi tak, aby se zvýšila jeho sebekontrola a snížila pravděpodobnost relapsu.

Prevence relapsu stojí na třech základních pilířích:

- kognitivní intervence;
- dovednosti zvládnání;
- stabilizace životního stylu.

Jinými slovy je třeba pomoci klientovi získat náhled, naučit jej, jak zvládat rizikové situace a pomoci mu s integrací do normálního života. Tyto tři pilíře jsou základní kostrou všech aktivit v rámci následné péče.

- **Sociální práce** - má nezastupitelnou roli při intervencích zaměřených na stabilizaci životního stylu závislého. U klientů programu následné péče se lze setkat s širokou paletou nejrůznějších obtíží sociálně právního charakteru. Mezi hlavní problémy patří dluhy u zdravotní pojišťovny a různé další dluhy, sociální dávky, základní vojenská služba, trestní stíhání, trestní rejstřík apod. Pomoc v těchto oblastech musí být zaměřená prakticky, neboť mnoho klientů, především na začátku, neumí tyto problémy řešit samostatně. Sociální práce byla v minulosti v této oblasti často podceňována. Zkušenosti však ukazují, že kvalitní sociální pracovník je klíčovým členem týmu následné péče.
- **Práce, chráněná pracovní místa a rekvalifikace** - Jedním ze základních ukazatelů integrace do normálního života je mít zaměstnání. Jedná se tedy o jeden z hlavních úkolů závislého vracejícího se z léčby. Ovšem ne vždy se jedná o úkol jednoduchý. Závislým často chybí odborná kvalifikace či postrádají jakékoliv pracovní návyky. Zde je třeba velmi intenzivní pomoci a to především praktické. Jednou z možností, jak tyto obtíže zmírnit jsou chráněné dílny<sup>10</sup>. Ty pomáhají klientům k získání základních pracovních návyků, popřípadě rekvalifikací. Měli bychom však vždy zvážit, zda je klient opravdu natolik handicapovaný, aby nemohl získat zaměstnání na otevřeném trhu práce. Do této oblasti patří kvalitní spolupráce programu následné péče s úřady práce, místními firmami apod. V mnoha případech postačí pouze pomoci závislému získat nabídku volných pracovních míst, popřípadě rekvalifikačních kurzů.
- **Lékařská péče** - Přestože spadá následná péče především do oblasti sociterapie, nesmíme opomíjet oblast medicínskou, neboť k důsledkům zneužívání drog neodmyslitelně patří poškození organismu jednice. Je nezbytné poskytnout klientům vedle psychosociální stabilizace také stabilizaci fyzickou. Mnoho klientů žije v omylu s tím, že když ukončí základní léčbu, tak jsou zdraví i fyzicky. Nejsou schopni přijmout fyzickou rekonvalescenci jako úkol, který potrvá i možná několik let. To je ztíženo faktem, že průměrný věk současné klientely je velice nízký. V následné péči je nezbytné klientům zprostředkovat adekvátní lékařskou péči. Mezi nejčastější zdravotní problémy klientů řadíme hepatitidu B, C a gynekologické a dentální problémy. Nejtěžší je však práce s klienty HIV pozitivními. (Kuda in Kalina a kol., 2003)

---

<sup>10</sup> S účinností od 1. 1. 2012 dle zákona č.435/2004 Sb. byly chráněné dílny nahrazeny institutem chráněné pracovní místo. To ovšem neznamená, že chráněné dílny v praxi přestali existovat, jen se dle zákona s tímto institutem dále nepočítá. Ve skutečnosti ale chráněné dílny fungují dál.

- **Práce s rodinnými příslušníky** - Zapojením celé rodiny do léčby závislého se zvyšuje výsledná efektivita celého procesu. Práce s rodinou a rodinná terapie je v následné péči velice důležitou složkou. Rodiče musí přijmout skutečnost, že se velmi výrazně podílí na výsledku celého procesu úzdravy, ke kterému může patřit také relaps a dočasné zhoršení situace jejich závislého dítěte. V případě opačném na něj kladou velmi vysoké nároky, které jim znemožňují chybu udělat. To je příčinou velkého tlaku, který může být významným faktorem zvyšujícím pravděpodobnost relapsu. Důležitou aktivitou v rámci programu následné péče jsou skupiny rodičů, jejichž děti se léčí ze závislosti. Ty umožňují získat rodičům více informací a výměnu zkušeností s lidmi řešícími stejný problém.
- **Nabídka volnočasových aktivit** - Naučit se „užívat si bez drog“, je nezbytným cílem léčby a programu následné péče. Často nastává situace, kdy klient ze strachu z relapsu zaplňuje svůj denní program maximem povinností. Tím však postupně docházejí síly a to, co se ze začátku zdálo jako ochrana, se stává příčinou stresu vedoucímu k relapsu. V rámci následné péče je dobré nabízet různé alternativy trávení volného času.

### 3.1.5 Edukačně-terapeutický potenciál následné péče

Mezi teoretické předpoklady, které jsou ověřené praxí aplikovanou v následné péči patří (Růžička, Prachařová a kol., 2014):

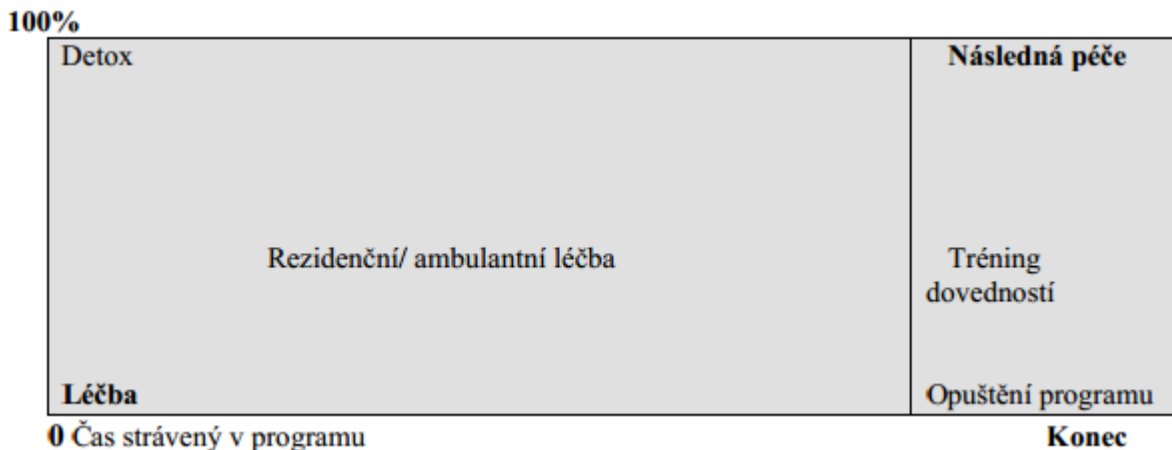
- být součástí společenství lidí, které směřuje pozitivním směrem, má významný vliv na inkluzi klienta;
- tělesná aktivita je prevence relapsu;
- drama, hudba, malování a jiná umění mají pozitivní vliv na udržení abstinence a na kvalitu života;
- dát životu, popřípadě abstinenci vyšší smysl, je prevence relapsu;
- pravidelná strava, včetně příjmu tekutin, je prevence proti bažení;
- altruistické činy mají pozitivní vliv na duševní život;
- učení se novým věcem zvyšuje sebevědomí a chuť abstinovat;
- stimulační prostředí přispívá k sociální stabilitě.

### 3.1.6 Návaznost v systému péče

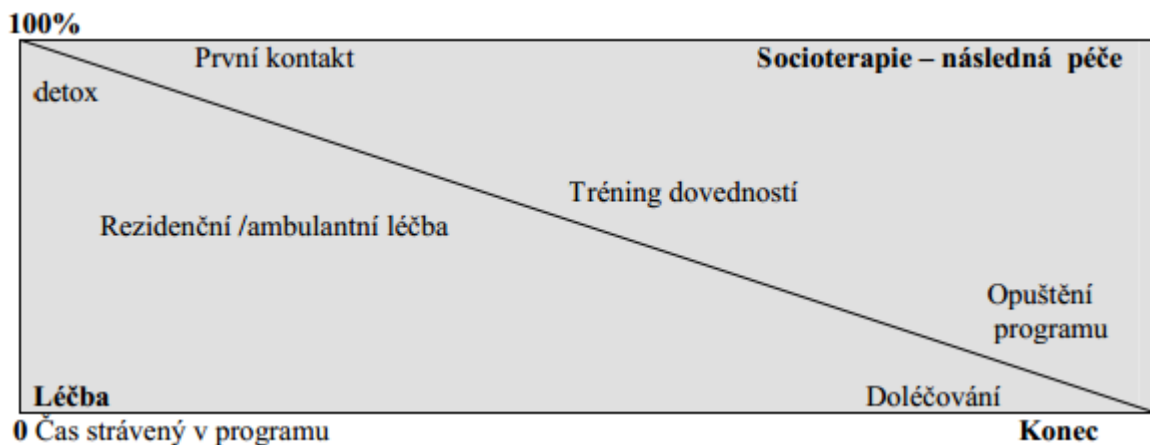
V tradičním pojetí léčby závislostí je striktně oddělena fáze léčby a fáze následné péče (Obr. 2). Bezesporně je určitá potřeba, alespoň v prvních měsících léčby, izolace od okolního prostředí. I přesto by měl být klient v neustálé konfrontaci se „světem venku“. V případě opačném totiž dochází k odkládání řešení problémů na jindy - „teď jsem tady, a pak se uvidí“. Klienti odcházející z léčby mají často velmi nereálnou představu. Léčebné programy mnohdy vytváří tzv. mikrosvěty, které se často podílejí na tvoření falešného sebevědomí klientů. Vzniká propast, která ztěžuje zakončení procesu integrace do normálního života (Kuda, 2003).

Rozdíly mezi základní léčbou a následnou péčí je nutné hledat především ve změně intenzity jednotlivých složek v průběhu procesu údravy závislého (Obr. 3). Z obrázku je zřejmé úzké propojení obou oblastí a nutnost integrace některých intervencí užívaných v následné péči do léčby základní, což předpokládá úzkou spolupráci jednotlivých typů programů (Kuda, 2003).

Pokud se zaměříme na následnou péči v užším pojetí, tj. směrem k doléčovacím programům, je zjevné, že tyto programy navazují na základní léčbu závislostí. Návaznost léčebného působení by neměla být přerušena ani při předávání klientů do programů následné péče. Proto je důležitá dobrá komunikace mezi centry následné péče a programy, odkud klienty přijímají. Často se můžeme setkat se situací, kdy komunikace mezi zařízeními nefunguje a klient je předán do „neznáma“. Klient pak přechází „z jednoho světa do druhého“. Dále se můžeme setkat i s určitou rivalitou mezi jednotlivými zařízeními, což se nejvíce vyskytuje u léčebných programů s malou kapacitou. K předcházení těmto problémům je vhodná informovanost klientů o programech následné péče v nejideálnějším případě podpořit jeho kontakt se zvoleným programem ještě před ukončením léčby základní. Dále by měl být informován také tím zařízením následné péče, a to o základních principech léčby, které klient před přijetím do programu následné péče absolvoval. Přechod léčby do následné péče by měl být pro závislého krokem vpřed v jeho procesu údravy. Ustupující intenzita podpory klienta je zde důležitým momentem celého procesu údravy. Klient má možnost převzít plně odpovědnost za svůj život a svoji závislost přerůst (Kuda, 2003).



Obr. 2 Tradiční model léčby (Kalina a kol., 2003, s. 213)



Obr. 3 Socioterapie - následná péče (Kalina a kol., 2003, s. 213)

## 3.2 P-centrum

Z důvodu toho, že praktickou část své diplomové práce budu provádět v rámci doléčovacího programu P-centra, bych ráda přiblížila program, který toto centrum nabízí.

### 3.2.1 Doléčovací program

Webový server p-centrum.cz (P-centrum, ©2013) popisuje doléčovací program jako službu pro jedince, kteří právě ukončili nejméně tříměsíční léčbu závislosti. Podporuje je v novém začátku pomocí individuálních a skupinových aktivit a pomocí chráněných bytů.

Služba zahrnuje tyto 3 základní činnosti:

- sociálně terapeutickou činnost;
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Doléčovací centrum poskytuje:

- doléčovací program – na 6 nebo 8 měsíců (je možné si vybrat);
- chráněné byty – na 4 nebo 6 měsíců (dle zvolené délky programu).

Lze využívat doléčovací program, aniž by zde klient bydlel, ale pokud chce klient využívat chráněné byty, má povinnost současně navštěvovat i doléčovací program.

Posláním Doléčovacího centra je prostřednictvím poskytovaných služeb podpořit klienty v jejich ukotvení, stabilizaci, začlenění se do společnosti a zvládnání nároků každodenního života bez návykových látek a hazardní hry.

Služby se poskytují lidem, kteří právě ukončili léčbu závislostí, chtějí pokračovat v cestě nastoupených změn a rozhodli se využít této podpory. Respektuje se zde jedinečnost každého klienta, jeho potřeby a cíle. Klient je vnímán jako schopný nést zodpovědnost za sebe a své jednání.

Mezi zásady práce program řadí:

- poskytovat službu a respektovat klienta bez ohledu na rasu, víru, náboženství, pohlaví, původ, sexuální orientaci, věk, fyzický či psychický stav, politickou příslušnost, předešlou kriminální činnost nebo majetkové postavení;
- podpůrné prostředí bez drog a alkoholu;
- kvalita služby;
- profesionální a individuální přístup ke klientům;
- důstojnost a respekt;
- bezplatnost služby (neplatí pro chráněné byty);
- podpora samostatnosti klienta;
- zachování mlčenlivosti v souladu se zákony ČR.

### Cílem programu je:

- udržení pozitivních změn, ke kterým došlo u klienta v předchozí léčbě (abstinence, pravidelný režim, životospráva, komunikace s rodinou a osobami blízkými, přerušené kontakty s uživateli návykových látek, aktivní trávení volného času);
- formulace reálných cílů klientem, které směřují k jeho sociálnímu začlenění;
- poskytnout klientům bezpečné prostředí, ve kterém mohou abstinovat („čisté“ prostředí) a které usnadní přechod z léčebného zařízení do běžného života;
- samostatnost klienta: vlastní bydlení, legální zdroj příjmů, vytvoření sociální sítě, získání základní dovednosti v oblastech finanční hospodaření, jednání s úřady, péče o zdraví, životospráva.

Program je určen osobám ve věku od 18 let se závislostí na návykových látkách/hazardní hře, které absolvovaly minimálně 3-měsíční rezidenční léčbu závislosti a nastoupí bezprostředně po léčbě. Jsou motivovány k dlouhodobé abstinenci a chtějí podporu při zvládnutí života bez návykových látek/hazardního hráčství a pomoc při svém sociálním začleňování.

Službu nemůže být poskytnuta osobám neslyšícím a osobám s fyzickým postižením (nezvládající bariérovost budovy). V případě zrakového postižení je možno službu poskytnout jen v případě, že je osoba schopna samostatně fungovat v běžném prostředí. Dále nemůže být služba poskytnuta osobám, kterým by jazyková bariéra bránila v účasti v programu.

Klienti po léčbě dlouhodobé závislosti potřebují k udržení změny životního stylu intenzivní strukturovaný program, který jim pomáhá k integraci do společnosti. Standardní délka programu je 6 - 8 měsíců, ale je přizpůsoben individuálním potřebám klienta a jeho léčebnému plánu.

### Doléčovací program nabízí:

- **Ubytování v Chráněných bytech:**

Chráněné byty umožňují sociální stabilizaci klienta formou přechodně poskytovaného ubytování po dobu maximálně 4 - 6 měsíců, kdy současně dochází do doléčovacího programu. Bydlení je časově omezeno, je na něj uzavřena smlouva a podléhá pravidlům. Klienti přispívají na náklady spojené s bydlením.



Ubytovaní klienti se účastní jednou týdně domovních skupin, jejichž tématem je provoz bydlení, úklid na bytech atd.

- **Skupinová terapie:**

- Ranní skupiny:

Povinné pro klienty doléčovacího centra, kteří nemají stálou práci. Ranní skupinu vede sociální pracovnice. Tématem jsou denní plány, rozdělení úklidů v domě a pomoc klientům při řešení praktických problémů (orientace po městě apod.).

- Tematické skupiny:

Témata vycházejí z manuálu „Prevence relapsu“. Jednotlivá témata jsou volena tak, aby se postupně probraly různé problémy, které mohou klienty potkat – jak mluvit o své minulosti, jak si najít a neztratit práci, jak navazovat partnerské vztahy, jak rozpoznat své rizikové situace, nácvik asertivity atd. Součástí tematické skupiny je teoretický úvod do tématu, diskuse o něm, přehrávání problematických situací, řešení vlastních problémů souvisejících s tématem.

- Hodnotící skupiny:

Klienti hodnotí uplynulých 14 dní. Společně s ostatními členy skupiny a terapeuty hodnotí to, jak se jim daří abstinovat a uskutečňovat svůj léčebný plán. Na hodnotící skupině se představují a podepisují nové léčebné plány, „oslavují“ se významné události jako jsou získání práce nebo bydlení, úspěšné ukončení programu apod.

- Dynamické skupiny:

Skupina nemá předem dané téma – klienti přinášejí aktuální problémy, se kterými celá skupina pracuje. Od klienta na dynamické skupině se očekává ochota sdílet s ostatními své pocity, zkušenosti a názory, zájem o ostatní klienty, ochota měnit své chování, ochota přijímat kritiku i podporu.

- Doplnkové programy:

Jedná se o skupiny na specifická témata (problematika gender, odlišná sexuální orientace, minority). Tato tematika je standardně ošetřena při individuální práci.

- **Individuální práce:**

- Individuální konzultace a poradenství:

Individuální konzultace má klient se svým garantem 1 x týdně. Délka i termín konzultace jsou dohodnuty předem (obvykle jedna hodina). Na individuálních konzultacích pracuje klient na svých úkolech z léčebného plánu, mluví o svých potřebách, problémech, partnerských vztazích, chutích, o svých „radostech a strastech“. V průběhu konzultací také garant s klientem monitoruje plnění léčebného plánu.

- Systematická sociální práce

Vedou ji sociální pracovníci ve spolupráci s garantem klienta. Cílem je aktivizace a podpora klienta při řešení otázek spojených s hledáním práce, řešením dluhů a s dalšími sociálními tématy, rovněž jsou klientům zprostředkovány informace. Délka těchto intervencí je dle potřeby. Nejčastější témata jsou:

- zaslání potvrzení na ÚP i příslušné odbory městských úřadů o účasti v doléčovacím programu, převedení kontaktního místa na ÚP v Olomouci;
- žádosti o splátkové kalendáře v případě dluhů (zdravotní pojišťovny, soudy, OSSZ), kontaktování probační a mediační služby (u klientů s nařízenými tresty OPP, probíhajícím soudním řízením apod.);
- předávání kontaktů na praktického lékaře a jiné specialisty.

• **Volnočasové aktivity:**

- Kluby:

Kluby jsou zpravidla jednou týdně po dobu jedné hodiny. Cílem klubů je vést klienty k aktivnímu trávení volného času a zapojení do přípravy programu. Kluby mají sloužit klientům k získání přehledu, jak a kde se dá „zdravě“ trávit volný čas v Olomouci. Klientům půjčujeme také sportovní potřeby.

- Vzdělávání, rekvalifikace:

Terapeuti a sociální pracovníci pomáhají klientům s volbou akreditovaného rekvalifikačního kurzu, programů dálkového maturitního studia nebo jiného vzdělávání. Pomoc poskytují i při jednání s ÚP ohledně možnosti financování rekvalifikačního kurzu.

- Internet a počítače:

Klienti mají přístup na počítače s připojením na internet. Terapeuti klienty vedou k tomu, aby této možnosti využili k získání alespoň základní počítačové a internetové gramotnosti.

Služba Doléčovací program je poskytována bezplatně. U služby Chráněné byty klienti přispívají na náklady spojené s bydlením. (P-centrum, ©2013)

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

V rámci praktické části své diplomové práce se budu zabývat výsledky projektu „Restart“, který byl zaměřen na pomoc klientům následné péče s návratem do pracovního života. V první kapitole se zaměřím na přiblížení tohoto projektu. Další kapitolu budu věnovat vlastnímu šetření, výzkumným metodám, respondentům a zejména vyhodnocení dat.

### 1 Projekt „Restart“

Tento projekt byl realizován v době od 7. prosince 2012 do 20. listopadu 2014. Plánovaný projekt reagoval na potřeby klientů doléčovacího centra.

Pro klienty závislé na návykových látkách je důležitá strukturovaná práce a podpora ve zvládání potíží a problémů, které se jim v průběhu jejich znovuzapojení do běžné populace objevují. Jde o klienty, kteří díky své minulosti resp. užíváním návykových (psychoaktivních) látek, mají snížené sebehodnocení, často se vidí velmi negativně, nevěří si, projevují výrazné obavy ze selhání, mají potíže navazovat sociální kontakty a obtížně se orientují v sociálně-pracovním systému.

Program se zaměřoval na osvojení si žádoucích dovedností vedoucích k získání a udržení pracovního místa. Vycházel z osvědčených neurobiologických principů psychologie učení s ohledem na individuální zvláštnosti každého jedince. Přínos tohoto projektu je spatřován v intenzivním zaměření se na typické i individuální problémové oblasti klientů a sestavení komplexního programu zaměřeného na to, jak pomoci klientům získat práci a setrvat v ní. Navazuje na zkušenosti a metodu práce londýnské organizace Hum London, ve které se tým projektu nechal proškolit, aby ji mohl uvést do své praxe. (P-centrum, ©2013)

V následujících podkapitolách si blíže přiblížíme cíle a cílové skupiny projektu, jeho průběh, výsledky, výstupy a vzniklé publikace dle webového serveru [p-centrum.cz/restart/](http://p-centrum.cz/restart/) (P-centrum, ©2013).

#### 1.1 Cíl a cílové skupiny

Cílovou skupinou byli klienti doléčovacího programu po léčbě závislosti na návykových látkách.

Jednalo se o osoby ve věku od 18 let se závislostí na návykových látkách/hazardní hře, které absolvovaly minimálně 3-měsíční pobytovou léčbu závislosti v psychiatrické léčebně, terapeutické komunitě nebo léčebný program ve výkonu trestu a nastoupili bezprostředně po léčbě.

Cílem projektu bylo vytvoření 5-měsíčního pracovní - poradenského programu pomoci klientům s návratem do pracovního života.

#### K hlavním cílům projektu patřilo:

- proškolit odborný tým projektu v metodice a inovativním přístupu zahraničního partnera v práci s klienty a implementovat britské know-how do našich podmínek;
- vytvořit systém účinné pomoci a podpory pro sociální začlenění klientů;
- vybavit klienty schopnostmi a dovednostmi, které jim pomohou získat práci a udržet se v ní;
- zmapovat problémové oblasti klienta, které by mohly ohrozit jeho setrvání v zaměstnání a vést klienta k jejich změně;
- vytvořit praktický manuál pro klienty pokrývající témata hledání práce a setrvání v ní.

## **1.2 Průběh**

Dvouletý projekt Restart byl zaměřený na mezinárodní spolupráci s partnerskou organizací, prostřednictvím které získal kvalitní a v praxi prověřená britská know-how pro práci s klienty závislými na návykových látkách. Cílem bylo klientům účinněji pomoci v návratu na trh práce a do širší společnosti.

- Po úvodním vzdělávacím bloku následovala fáze realizace, během které byl tým projektu průběžně supervidován zkušenými experty partnerské londýnské organizace.
- V počátku realizace projektu vznikl manuál určený klientům, který bude průběžně upravován a zkvalitňován díky získaným zkušenostem.
- Prostřednictvím skupinových a individuálních aktivit projektu se klientům nabízelo intenzivní zaměření se na jejich obtíže, na cílené zvyšování jejich kompetencí a na učení je dovednostem, které jim umožní lépe se uplatnit na trhu práce.
- Projekt nabízel individuální přístup a pružné reagování na potřeby klienta.

- Program byl v délce 5 měsíců pro každého klienta, klienti do něj vstupovali průběžně. Předpokladem projektu bylo, že během realizace do programu vstoupí minimálně 65 klientů, řádně ji dokončí minimálně 35.

### Pracovně - poradenský program pro klienty

#### Skupinové aktivity

- Job kluby
- Skupinový koučink I

#### Individuální aktivity

- Individuální pracovní poradenství
- Individuální koučink

**Job kluby:** Délka trvání Job klubů byla 5x týdně po dobu 30 minut pod vedením pracovního poradce. Nezaměstnaní klienti si na každý pracovní den sestavovali plán činností pro nalezení práce, hodnotili realizaci plánu předchozího dne a nabyté zkušenosti.

**Skupinový koučink:** Délka trvání byla 1x týdně v délce 90 minut pod střídavým vedením dvěma dvojicemi koučů. Skupiny byly zaměřeny zejména na zvládnání stresu, komunikační dovednosti, sebeprezentaci, asertivitu, řešení konfliktních situací apod.

**Individuální pracovní poradenství:** Nezaměstnaný klient pracoval s poradcem individuálně na 5 tématech:

1. sepsání životopisu a motivačního dopisu, vytvoření emailové schránky;
2. orientace a registrace na stránkách s nabídkou práce;
3. vyhledávání a kontaktování firem s konkrétním zaměřením;
4. evidence na úřadu práce a u pracovních agentur;
5. nácvik rozhovoru s potenciálním zaměstnavatelem.

**Individuální koučink:** Systematické vedení klienta = individuální koučink: každý kouč měl na starosti určitý počet klientů, které vedl od počátku do konce programu. Každý týden probíhalo jedno setkání po dobu 60 minut, kde byla pozornost věnována individuálnímu tématu klienta. Ve fázi hledání práce např. obava z nezvládnutí práce, klesání motivace při neúspěšném hledání. Ve fázi udržení práce např. zvládnutí pracovního rytmu, práce

se stresem, vhodný způsob jeho odreagování apod. Klient byl v pozici studenta, který se aktivně učí, nejen pasivně přijímá.

### 1.3 Výsledky a výstupy

#### Výstupy projektu

- Vytvořený 5-měsíční pracovní-poradenský program – propojení britského a českého know-how práce s klienty.
- 65 podpořených klientů v pilotním běhu programu.
- Vnitřní (kvalitativní) růst odborných zaměstnanců (supervize, zkušenosti, vzdělání).
- Nové pohledy na práci s klientem.
- Teorie a praxe strukturovaných doléčovacích programů v adiktologii - sborník zkušeností.
- Metodický manuál pro klienty „Jak si nalézt a udržet práci“.

#### Výsledky

- Školení odborného týmu projektu českými lektory na pracovní právní minimum a základy personalistiky.
- Předávání zkušeností a know-how zahraničním partnerem – problematika práce s klienty závislými na návykových látkách/hazardní hře a řešení otázek jejich zaměstnanosti a udržení si zaměstnání.
- Manuál pro klienty s praktickými tématy z oblasti získání a udržení zaměstnání.
- Pětidenní stáž členů odborného týmu projektu v organizaci zahraničního partnera v Londýně.
- Program pro klienty zahrnující individuální (individuální koučink a individuální pracovní poradenství) a skupinové aktivity (skupinový koučink a job kluby).
- Během realizace do programu vstoupí minimálně 65 klientů, řádně ji dokončí minimálně 35.
- Supervizí setkání členů odborného týmu projektu v ČR za účasti zahraničních partnerů, kteří budou supervidovat práci týmu s klienty.
- Závěrečná mezinárodní konference projektu Restart.

### Výsledky supervizní stáže

- Supervize manuálu a jeho místa v koučinku.
- Supervize jednotlivých klientů, úspěchů a selhání.
- Supervize terapeutického vztahu.
- Supervize klientů zahraničního partnera.
- Návrhy na další projekty.

### Shrnutí supervizní stáže

- Být součástí společenství lidí, které směřuje pozitivním směrem, má významný vliv na inkluzi klienta.
- Tělesná aktivita je prevence relapsu.
- Drama, hudba, malování a jiná umění mají pozitivní vliv na udržení abstinence a kvalitu života.
- Dát životu, popřípadě abstinenci, vyšší smysl je prevence relapsu.
- Pravidelná strava, včetně příjmu tekutin je prevence proti bažení.
- Altruistické činy mají pozitivní vliv na duševní život.
- Učení se novým věcem zvyšuje sebevědomí a chuť abstinovat.
- Stimulující prostředí přispívá k sociální stabilitě.

## **1.4 Mezinárodní spolupráce**

Zahraněční partner hraje významnou úlohu v řešení dané problematiky projektu. Ředitel organizace Hum London Aidan Gray spolupracoval s organizací P-centrum již v rámci projektu „Dokážu to?“. Aidan Gray pracuje v oblasti závislostí od roku 1989, tedy přes dvacet let. Od roku 1994 se zabývá především osobami závislými na cracku a kokainu, ve Velké Británii založil první programy pro uživatele cracku. V roce 2005 se stal klinickým ředitelem Rugby House a Foundation 66, kde pomáhal vytvořit a uvést do chodu další nové léčebné programy. Vytvořil Krátký intervenční program pro uživatele kokainu a cracku a spolupracoval s Českou republikou (P-centrum) na transformaci tohoto programu pro české prostředí. V současnosti je ředitelem organizace Hum London, jejíž hlavní myšlenkou je pomocí umění podporovat dlouhodobou abstinenci a návrat osob se závislostí do běžného plnohodnotného života.

Sdružení Hum London se do projektu zapojilo prostřednictvím čtyř klíčových aktivit:

1. Školení pracovně-poradenského týmu zahraničním a českým expertem:
  - V přípravné fázi proběhlo 5denní školení zahraničním expertem k problematice zvyšování kompetencí klientů a zlepšování tak jejich uplatnitelnosti na trhu práce.
2. Supervizní stáž u zahraničního partnera:
  - Přibližně v polovině fáze realizace se uskutečnila supervizní stáž v organizaci partnera, kde si tým projektu prohloubil teoretické znalosti a zažil jejich provázání s praxí přímo v partnerské organizaci.
3. Supervizní setkání v ČR za účasti zahraničních expertů:
  - Cílem bylo prohloubení teoretických poznatků získaných během školení v přípravné fázi, bylo možno přímo sledovat práci britských expertů a konzultovat s nimi případné nejasnosti.
4. Závěrečná mezinárodní konference:
  - V rámci mezinárodní konference byl za účasti zahraničních odborníků představen projekt, jeho výstupy, samotné know-how a oboustranně přínosná spolupráce se zahraničním partnerem Hum London. Konference byla realizována ve spolupráci s britským partnerem.

## **1.5 Sborník adiktologie konference restart**

Cílem této publikace pod názvem *Teorie a praxe strukturovaných doléčovacích programů v adiktologii* je zmapování aktuální situace následné péče, respektive strukturovaných doléčovacích programů v adiktologii a to v teoretické, výzkumné a praktické rovině. Publikace je výsledkem mezinárodního projektu „Restart“, který byl řešen P-centrem Olomouc ve spolupráci s britským partnerem, sdružením Hum London, v letech 2012–2014 v rámci Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost Evropského sociálního fondu. Na jednotlivých kapitolách knihy se podíleli jak zaměstnanci projektu, tak další odborníci (Růžička, Prachařová a kol., 2014).

Zmíněná monografie se skládá ze tří částí – teoreticko-výzkumné, empiricko-metodické a aplikační. Publikace se snaží přistoupit k problému v bio-psycho-sociálním kontextu. Dvě



výzkumné kapitoly první části knihy sledují na jedné straně aktuální stav na poli následné péče a na straně druhé kvalitu života klientů. Tyto výzkumy byly řešeny na Univerzitě Palackého v Olomouci v rámci diplomových prací, některé z nich v rámci projektu Výzkum kvality života jedinců se speciálními potřebami. Teoretické úvahy v prvním dílu monografie se dotýkají vymezení následné péče v kontextu biologických a sociálních teorií. Druhá část knihy je metodická a má empirický charakter – to znamená, že je sepsána na základě kolektivní zkušenosti pracovníků P-centra Olomouc. Dotýká se zde nejen roviny praktické, jako je terapie a sociální práce, ale také roviny administrativní, kterou představují standardy kvality sociálních služeb a certifikace. Třetí část monografie má praktický charakter a je určena pro klienty programu následné péče. Jedná se o manuál, který se používá v praxi.

Smyslem manuálu je napomoci klientům k uplatnění se na trhu práce a zároveň slouží jako inspirace pro pracovníky z jiných zařízení v rámci služeb následné péče. Strukturované doléčovací programy jsou jednou z posledních fází léčby závislostního chování. Primárním cílem těchto programů je inkluze klienta s drogovou minulostí. Parametry úspěšné inkluze jsou: práce, abstinence, aktivní volný čas a vztahy s intaktní populací. Projekt „Restart“ byl zaměřen na jeden z pilířů úspěšné inkluze – na práci a zaměstnanost. S udržení práce a úspěchem v ní však souvisí i ostatní parametry. Spolupráce se zahraničním partnerem v rámci projektu „Restart“ pomohla tyto parametry skloubit a zavést do praxe. Teoretické, praktické a supervizní zkušenosti projektu jsou náplní kapitol, které tato publikace obsahuje.

Knihy je primárně určena pro pracovníky v oblasti následné péče, případně terapeutických komunit. Dále je určena pracovníkům z řad adiktologických profesí a studentům příbuzných oborů či výcvikových kurzů. (Růžička, Prachařová a kol., 2014)

## **1.6 Manuál pro klienty - Jak si najít a udržet práci**

Tento manuál má sloužit klientům v pomoci při hledání práce a při jejím udržení. Pokouší se dát dohromady to nejužitečnější z oblasti práce a zaměstnanosti.

Nachází se zde kapitoly, jak psát profesní životopis a motivační dopis, k čemu je „dobrý“ Úřad práce, co dělat, když „nejsou peníze do začátku“, jak zvládat krizové situace v práci, kde hledat práci, jak se připravit na pohovor i jak se vypořádat s případným odmítnutím nebo na co si dát pozor, když už práci mají, ale také proč ji vlastně hledat? A kdy začít?

Jde o to, že klienti přichází z léčebny, komunity, možná z výkonu trestu. V ideálním případě jdou do neznámého města, kde mohou začít „s čistým štítem“, bez rizikových lidí z minulosti. Na druhou stranu tady nemají ani „bezpečné“ kamarády, kteří by jim mohli pomoci. Čeká je poznávání nových lidí, budování nových vztahů a samozřejmě hledání práce. Z léčby možná přicházejí s určitým nastavením, elánem, v němž je dobré se udržet co nejdéle a vrhnout se do hledání práce, dokud tato energie je. Pokud se rozhodnou, že si prodlouží „prázdniny“, což můžeme elegantně nazývat „rozkoukáváním se“, mohou o tuto energii snadno přijít a třeba i propadnout depresi. Poté může i několik týdnů trvat, než se odhodlají znovu a tentokrát opravdu začít. Nesmí čekat, až jim začne „téct do bot“. Spousta z nich si řekne: „Však ono to nějak dopadne.“

Cílem publikace tedy je, aby to zkusili tentokrát jinak. Publikace klientům nabízí rady a doporučení, aby toto těžké období zvládli co nejlépe. Ani když opravdu práci hledají a nenacházejí, tak by neměli „všest hlavu“. Je potřeba obrnit se trpělivostí, respektive učit se jí a dělat pro to co nejvíce – už jen pro dobrý pocit.

Tento manuál je dostupný na webových stránkách <http://www.p-centrum.cz/uploads/soubory/Restart/manual1.pdf>.

## 2 Vlastní šetření

### 2.1 Cíl kvalitativního šetření

Jako cíl své diplomové práce jsem si zvolila nastínit problematiku následné péče, s níž souvisí i objasnění příbuzných témat jako je závislost, uživatelé návykových látek, rozdělení návykových látek, legislativní rámec problematiky a v neposlední řadě také systém péče služeb.

Jako hlavní cíl praktické části této diplomové práce je analýza výsledků projektu „Restart“<sup>11</sup>, který byl řešen P-centrem Olomouc ve spolupráci s britským odborníkem na závislosti Aidanem Grayem a společností Hum London, která je partnerem P-centra a zajišťuje proškolení a supervizi tamních pracovníků. Projekt byl realizován v době od prosince 2012 do listopadu 2014 v rámci Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost Evropského sociálního fondu. Projekt „Restart“ byl zaměřen na jeden z pilířů úspěšné inkluze – na práci a zaměstnanost.

V praktické části se zaměřím na rozbor závěrečných rozhovorů klientů následné péče P-centra, kteří se účastnili projektu „Restart“ a na zhodnocení a účinnost tohoto projektu těmito klienty. Vyhodnocení budu provádět v rámci určitých oblastí, ke kterým se klienti vyjadřovali, avšak vše se zaměřím na práci a zaměstnanost.

### 2.2 Popis metody

Analýzu závěrečných rozhovorů daných klientů budu provádět pomocí kvalitativního výzkumu formou rámcové analýzy dat. Co se týče metody získávání dat, tak zde uplatňuji metodu uskutečňující se pomocí dokumentů a fyzických dat.

#### 2.2.1 Kvalitativní výzkum

Hendl (in Hendl, 2005) ve své publikaci uvádí definici významného metodologa Creswella, která definuje kvalitativní výzkum takto:

*„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní,*

---

<sup>11</sup> Registrační číslo projektu: CZ.1.04/5.1.01/77.00377

*holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“

Dle Hendla (in Hendl, 2005) se v typickém případě kvalitativního výzkumu na samém začátku vybírá výzkumné téma a určí se základní výzkumné otázky.

Výzkumník dále vyhledává a analyzuje jakékoliv informace, které osvětlují výzkumné otázky a provádí deduktivní a induktivní závěry. Seznamuje se s novými lidmi a pracuje přímo v terénu. Sběr dat a jejich analýza v kvalitativním výzkumu má dlouhodobý charakter a probíhá v delším časovém intervalu. Výzkumník vybírá na základě svých úvah místa pozorování nebo jedince, které dále sleduje v různých časových okamžicích. Analýza dat a jejich sběr probíhají současně - výzkumník sbírá data, provede jejich analýzu a podle výsledků se rozhodne, která data potřebuje, poté začne znovu se sběrem dat a jejich analýzou.

Zpráva o kvalitativním výzkumu obsahuje podrobný popis místa zkoumání, rozsáhlé citace z rozhovorů a poznámek, které si výzkumník dělal při práci v terénu. Výzkumník může navrhnout teorii o fenoménu, který pozoroval. Často se stává, že svoje závěry probírá se sledovanými jedinci a jejich názory zohledňuje nebo přidává do výsledné zprávy. (Hendl, 2005)

Hendl dále uvádí základní charakteristiky kvalitativního výzkumu a jeho výsledků (Miles a Creswell 2003, Huberman 1994, Bogdan, Biklen 1992):

- Kvalitativní výzkum se provádí pomocí delšího a intenzivního kontaktu s terénem nebo situací jedince či skupiny jedinců. Tyto situace jsou obvykle banální nebo normální, reflektující každodennost jedinců, skupin, společností nebo organizací.
- Výzkumník se snaží získat integrovaný pohled na předmět studie, na jeho kontextovou logiku, na explicitní a implicitní pravidla, která fungují v dané oblasti.
- Používají se relativně málo standardizované metody získávání dat. Hlavním instrumentem je výzkumník sám. Typy dat v kvalitativním výzkumu zahrnují přepisy terénních poznámek z pozorování a rozhovorů, fotografie, audio a videozáznamy, deníky, osobní komentáře, poznámky, úřední dokumenty, úryvky z knih a všechno to, co nám přibližuje všední život zkoumaných lidí.
- Výzkumníci se snaží o izolování určitých témat, projevů a datových konfigurací. Obvykle je však ponechávají co nejdéle v kontextu ostatních dat.

- Hlavním úkolem je objasnit, jak se lidé v daném prostředí a situaci dobírají pochopení toho, co se děje, proč jednají určitým způsobem a jak organizují své všednodenní aktivity a interakce.
- Data se induktivně analyzují a interpretují. Kvalitativní výzkumník nesestavuje ze získaných dat skládku, jejíž konečný tvar zná, spíše konstruuje obraz, který získává kontury v průběhu sběru a poznávání jeho částí. Výzkumník ve svém hledání významů a ve snaze pochopit aktuální dění vytváří podrobný popis toho, co pozoroval a zaznamenal. Snaží se nevynechat nic, co by mohlo pomoci vyjasnit situaci.

Mezi výhody kvalitativního přístupu řadíme zejména hloubkový popis případů. Nezůstáváme na jejich povrchu, provádíme podrobná srovnání případů, sledujeme jejich vývoj a zkoumáme příslušné procesy. Citlivě zohledňujeme působení kontextu, lokální situaci i podmínky. (Hendl, 2005)

### ***2.2.1.1 Validita kvalitativního výzkumu***

Co se týká hodnocení kvality výzkumu, tak Hendl (in Hendl, 2005) ve své publikaci uvádí kritéria validity podle konstruktivisticky zaměřených metodologů Lincolna a Guby. Podle nich se každý výzkum, co se týká společenských věd, musí vyrovnat s problémy jako je:

- pravdivostní hodnota - důvěra ve výsledek výzkumu;
- upotřebitelnost - zda jsou skutečnosti aplikovatelné i v jiném prostředí nebo u jiné skupiny);
- konzistence - opakovatelnost výsledků;
- neutralita - výsledky určené respondentem, situací a kontextem, a ne předností, zájmy nebo perspektivou výzkumníka.

Tito autoři navrhují koncepty, které podle nich nejlépe vyhovují podstatě kvalitativního výzkumu, mezi něž patří:

- **Důvěryhodnost**

Ohledně tohoto bodu bylo navrženo několik kritérií, jejichž zohlednění může důvěryhodnost studie zvýšit. Patří mezi ně:

- Dostatečné trvání studie - k tomu, aby bylo možné naučit se kultuře skupiny, testovat záměrně falešné informace, získat si důvěru skupiny a postupovat iterativním způsobem celou studii, je nutné věnovat studii dostatek času.
- Konzultace - doporučují se pravidelné diskuse s osobami, které se neúčastní výzkumu, aby se odhalila slabá místa průzkumu a přezkušovaly se pracovní hypotézy.
- Analýza negativních případů - jde o vyhledávání případů, které se nejméně hodí do pracovní hypotézy. Provádí se jejich analýza, která vede k reformulování pracovní hypotézy, aby nová teorie negativní případ buď zahrnula, nebo vyloučila jako nepřijatelný. Takto postupujeme do té doby, než eliminujeme všechny negativní případy, které by nevyhovovaly teorii nebo nespádaly do případů vyloučených.
- Kontrola subjektem nebo členy skupiny - proces komunikativní validizace dat a výsledků analýzy zkoumanými subjekty.
- Triangulace - k evidenci teorie se použije více zdrojů informací, více metod sběru dat a různí tazatelé.

- **Přenositelnost**

Přenositelností se myslí možnost využít závěry z daného případu pro jiný případ, který se mu podobá.

Nejde o určení nějakého indexu přenositelnosti. Odpovědnost za provedení zobecnění na nový případ se přenáší na osobu, jež toto zobecnění chce provést. Úkolem výzkumníka je poskytnout ve zprávě taková data, která umožňují toto rozhodnutí udělat.

- **Hodnověrnost**

Hodnověrnost (dependability) je nutná, aby byla kvalitativní studie důvěryhodná. Jedním z prostředků, jak dospět ke spolehlivosti, je triangulace. Zdá se, že v tomto kontextu se triangulace uvádí oprávněněji, než při jejím doporučení pro zvýšení důvěryhodnosti. Spolehlivost se především zajišťuje procesem revize (audit). Přizvaný expert kontroluje proces získávání poznatků. Dalším předmětem revize jsou vlastní získané poznatky. V tomto kontextu pak mluvíme o potvrditelnosti.

- **Potvrditelnost**

Myslí se jí objektivita studie, ne objektivita badatele. Je nutné zkontrolovat, zda zpráva obsahuje dost informací, aby bylo možno posoudit nejenom adekvátnost vlastního procesu

zkoumání, ale i získané poznatky. Tento aspekt tvoří druhou část procesu revize výzkumné zprávy.

Při posuzování spolehlivosti a potvrditelnosti by měl auditor zahrnout do svého zkoumání tyto oblasti:

- hrubá data, jejich sběr a zobrazení;
- redukci dat a výsledky syntézy;
- rekonstrukci dat a výsledky syntézy na základě struktur použitých kategorií, poznatků a zpráv s jejich integrací konceptů a vztahů k existující literatuře;
- metodologické poznámky a rozhodnutí (také vzhledem k důvěryhodnosti výsledků);
- materiály o cílech a uspořádání projektu, osobní poznámky a očekávání účastníků;
- informace o pilotních studiích a předběžných plánech, informace o vývoji instrumentů. (Hendl, 2005)

Validitou se tedy rozumí pravdivost výzkumu či zkoumaného jevu a doložení této pravdivosti. Validita výzkumu může být ovlivněna několika faktory, mezi něž můžeme řadit například kvalitu získaných dat, způsob jejich zpracování výzkumníkem, možné zkreslení dat či jejich prezentace.

### **2.2.2 Metoda získávání dat**

Jako metodu získávání dat ve svém výzkumu uplatňují metodu uskutečňující se prostřednictvím dokumentů a fyzických dat se zaměřením na data archivní. Tuto metodu popisuje Hendl (in Hendl, 2005) následovně:

*„Dokumenty mohou tvořit jediný datový podklad studie nebo doplňují data získaná pozorováním a rozhovory. Za dokumenty se považují taková data, která vznikla v minulosti, byla pořízena někým jiným než výzkumníkem a pro jiný účel, než jaký má aktuální výzkum. Výzkumník se tedy zabývá tím, co je již k dispozici, ale musí to vyhledat.“*

Hendl (in Hendl, 2005) rozlišuje dokumenty osobní, úřední, archivované údaje, výstupy masových médií, virtuální data a data předmětná.

Dle události, kterou dokumenty popisují, rozlišuje dokumenty:

- současné, které vznikly v době uvažované události;
- retrospektivní, jež vznikly po uvažované události;

- primární, vytvořenými přímými svědky události;
- sekundární, které vznikly pomocí primárních dokumentů.

**Osobní dokumenty** zahrnují cokoli, co bylo pořízeno, napsáno nebo fotografováno k soukromým účelům. Může jít o dopisy, zápisníky, deníky, rodinné fotografie nebo videonahrávky.

**Úřední dokumenty** jsou napsané, fotografované nebo jinak pořízené dokumenty ve firmách nebo úřadech. Může jít o výroční zprávy, zápisy ze schůzí, vyhlášky, dokumentaci práce studenta.

**Archivní data** jsou záznamy nebo množiny záznamů. Některé mohou být psané podobně jako dokumenty, jiné mají kvantitativní statistickou podobu. Jedná se např. o záznamy o počtu zákazníků ve firmě; rozpočty firmy; seznamy zaměstnanců; statistické údaje o firmě, instituci nebo zemi; data z jiných výzkumných akcí. Pokud mají archivní data kvantitativní podobu, nesmí se tato vlastnost ztotožňovat s jejich spolehlivostí.

**Výstupy masových médií** tvoří noviny, časopisy, televizní a rozhlasové programy.

**Virtuální data** se nacházejí na internetu. Tato oblast zatím není dostatečně využita, ačkoli má velký informační potenciál. Patří mezi ně internetové stránky, obsahy internetové pošty a obsahy internetových diskusí.

**Předmětná data** jsou tvořena fyzickými stopami jako důsledky lidské činnosti. Mohou zahrnovat určité sociální trendy, zvyky a typy chování v dané skupině lidí. Výzkumník se neptá lidí na jejich zvyky nebo preference, ale zkoumá lidské „stopy“ a dělá z nich závěry. Příkladem využívání stop je zkoumání domovních odpadů, které možná poskytuje lepší informaci o stravovacích zvycích obyvatel v daném místě než údaje v dotazníku. Podobně se sleduje druh ošacení, věnovaného charitativní organizaci. Za předmětná data lze považovat také produkty materiální kultury (budovy, knihy, zařízení, umělecké předměty aj.). Hendl (in Hendl, 2005)

Data do mé diplomové práce byla použita z projektu „Restart“ pod registračním číslem CZ.1.04/5.1.01/77.00377.



### 2.2.3 Metoda zpracování dat

Jako metodu pro zpracování svého výzkumu jsem si zvolila rámcovou analýzu dat (*framework analysis*), kterou vyvinuli v osmdesátých letech angličtí výzkumníci Ritchie a Spencer. Cílem této metody, jak uvádí Hendl (in Hendl, 2005), je především lepší organizace dat, ale používá se také pro shrnování výsledků několika kvalitativních studií na podobné téma při zpracování systematického přehledu.

Autoři analýzy vycházejí z toho, že prvním krokem je zde práce s materiálem a jeho organizace, kde jde o pečlivé roztřídění a redukci dat. Druhým krokem je pak vlastní interpretace. Interpretace vede především k popisné zprávě o zkoumané oblasti.

Dle Hendla (in Hendl, 2005) má postup autorů umožnit:

- zachycení vznikajících konceptů a nápadů tak, aby byly zdůvodněné především samotnými daty, a ne pouze předem danými kategoriemi odvozenými z nějaké známé teorie;
- přizpůsobování analýzy novým pohledům;
- zaznamenání a zobrazování syntetizovaných a redukováných dat způsobem, jenž dovoluje tuto redukci vztáhnout zpět k původní formě dat;
- vyhledávání a porovnávání mezi jednotlivými analyzovanými případy;
- systematické prohledávání a vyhodnocení celé množiny dat;
- průhlednost postupu pro ostatní spolupracovníky nebo hodnotitele projektu.

Postup je založen na tabulkové metodě a vychází z odhalených témat a kategorií, jež usnadňují organizaci a klasifikaci dat. Témata a podtémata se navrhuje v průběhu seznamování se s daty, při klasifikaci jednotlivých částí datového materiálu.

Jakmile je navržen dostatečně podrobný seznam témat a podtémat, pro každé hlavní téma se vytváří zvláštní tabulka, do níž se umístí jednotlivé případy a datové jednotky výskytu (Hendl, 2005).

Hendl (in Hendl, 2005) dále ve své publikaci stručně popisuje jednotlivé kroky této analýzy následovně:

- **Identifikace počátečních témat a konceptů** - V první fázi výzkumu se výzkumník nejprve musí důkladně seznámit s materiálem a jeho strukturou. Po úvodní prohlídce

nashromážděných dat a prvním čtení získaných textů se sestavují seznamy s počáteční strukturou témat, které budou sloužit pro základní klasifikaci. Obsah seznamů se různí podle typu kvalitativní analýzy. Například může výzkumník dávat větší důraz na sémantické aspekty týkající se použitého jazyka, opírat se o deskriptivní kategorie, vycházející z úzkého vztahu k předmětné oblasti, nebo používat zcela abstraktní klasifikace. Podtémata v seznamech jsou pro orientaci vhodně očíslována nebo pojmenována.

- **Označení dat** - V dalším kroku se označují jednotlivé části textu pomocí vytvořených seznamů. Při označování nebo indexaci pročítáme jednotlivé fráze, věty a odstavce, rozhodujeme se, o čem materiál vypovídá, a pak přiřazujeme vhodné označení. Můžeme provést označení na papíře nebo pomocí softwaru v databázi dat. Tento proces může vést k zjemnění a propracování kategorizačního systému.
- **Vytváření tematických tabulek a schémat pro třídění a uspořádání dat** - Ve třetí fázi využíváme poznatky z předchozí fáze a vytváříme tematické tabulky nebo grafická schémata. Každé téma se svými podtématy se zachytí zvláštní tabulkou. Počet tabulek je určen počtem hlavních témat vytvořených v průběhu předchozí analýzy. Každý jedinec (datová jednotka) je přiřazen do určitého řádku tabulky a tuto pozici bude mít stejnou ve všech vytvořených tabulkách. První sloupec každé tabulky je vyhrazen pro identifikaci jedince nebo datové jednotky. Při papírovém zpracování je výhodné vytvořit prázdný poslední sloupec pro případ nově navrženého tématu.
- **Sumarizace a syntéza dat** - Jako poslední je zapotřebí zařadit klasifikovaná data do tabulek. Podle autorů se tento krok nazývá zobrazení. Klíčové prvky částí dat jsou umístěny do tabulek v závislosti na svém označení (tab. 5, tab. 6). Výzkumník využije indexovaný materiál, ale také je možné pracovat přímo s neroztříděným materiálem nebo záznamem rozhovorů.

Schéma dvou typů tabulek pro komparativní zobrazení teoretických dat:

	<b>Případ 1</b>	<b>Případ 2</b>	<b>Případ 3</b>	<b>atd.</b>
<b>Téma 1</b>				
<b>Téma 2</b>				
<b>Téma 3</b>				
<b>atd.</b>				

*Tab. 5 Tematické zobrazení (Hendl, 2005, s. 219)*

	<b>Téma 1</b>	<b>Téma 2</b>	<b>Téma 3</b>	<b>atd.</b>
<b>Případ 1</b>				
<b>Případ 2</b>				
<b>atd.</b>				

*Tab. 6 Zobrazení podle případů (Hendl, 2005, s. 219)*

Rámcová analýza je tedy přístup kvalitativní analýzy v aplikovaném výzkumu, které se využívá v případech, kdy cíle výzkumu jsou stanoveny relativně podrobně před výzkumem na základě požadavků nějaké autority. V rámcové analýze se předpokládá kratší trvání celé výzkumné akce. Sběr dat se provádí strukturovaněji, než je v kvalitativním výzkumu zvykem a analytický postup má explicitnější charakter.

Při vytváření přehledu se tento postup užívá tak, že jednotlivé články představují případy, které vzájemně komparujeme nebo odhalujeme jejich zvláštnosti. V závěrečné fázi vytváříme shrnutí o celé množině článků.

Rámcová analýza je svými autory považována především za metodu sloužící k organizaci dat a vytvoření základního přehledu. Někteří výzkumníci ji však využívají i jako samostatnou metodu analýzy dat a to zejména v medicínské literatuře o zkoumání sociálně-psychologických a organizačních aspektů procesů ve zdravotnictví. (Hendl, 2005)

## **2.3 Vyhodnocení dat**

Cílem praktické části této diplomové práce je analýza výsledků projektu „Restart“, respektive rozborů závěrečných rozhovorů klientů následné péče P-centra, kteří se účastnili projektu „Restart“, dále pak zhodnocení a účinnost tohoto projektu danými klienty.

V první fázi výzkumu jsem se důkladně seznámila s materiálem a jeho strukturou. Dále jsem si sestavila seznam témat, která budou sloužit pro základní klasifikaci. V dalším kroku jsem označila jednotlivé části textu pomocí vytvořených seznamů. Ve třetí fázi jsem vytvořila tematické tabulky a to tak, že každé téma má svoji tabulku a každý jedinec má v tabulce svoji pozici. Tuto pozici bude obsazovat i v následujících tabulkách. Dalším krokem bylo řazení klasifikovaných dat do tabulek. Závěrečnou část představuje shrnutí o celé množině dat.

Při důkladném seznámení se s materiálem a jeho strukturou jsem vyvodila následující témata:

- pracovní proces;
- kvalita osobního života a vlastní rozpoložení klienta po programu;
- hlavní přínosy programu;
- témata pro další práci;
- celkové zhodnocení programu klientem.

Z celkového počtu respondentů, jenž byl 59, řádně dokončilo projekt 36 klientů. Čímž byl splněn předpoklad projektu, který si stanovil, že projekt řádně dokončí minimálně 35 účastníků.

Zbylí účastníci ukončili účast, nebo byli vyloučeni z projektu zejména z důvodu toho, že se vrátili k pití či braní drog, měli nehlášené lapsy, relapsy či se nedostavili na sezení, navrátili se k rodině, úplně přerušili kontakt s P-centrem nebo využili možnost opakovací léčby.

S těmito klienty, pokud se podařilo navázání kontaktu a provedení závěrečného rozhovoru, se dále rozebírala rizika, která pro ně může předčasné ukončení představovat. Byla prováděna motivace pro nástup do další léčby či plánování co dál. I přes předčasné ukončení programu si někteří klienti projekt chválí a po absolvování léčby by chtěli opět využívat doléčovacího programu P-centra.

Několik klientů také opouští program v době, kdy se cítí stabilizovaní. Našli si vlastní bydlení, práci, volnočasové aktivity, mají vyšší sebevědomí a jsou samostatnější, tudíž pro ně program splnil svůj cíl a hodnotí ho jako prospěšný.

V následujících podkapitolách se budu zaměřovat na klienty, kteří projekt řádně ukončili. Budu provádět analýzu a vyhodnocení jejich závěrečných rozhovorů v již zmíněných tématech.

### **2.3.1 Pracovní proces**

Do oblasti pracovního procesu řadím vše, co souvisí se zaměstnáním, a to např. zda si klienti našli práci či nikoli, jaké problémy je při hledání práce doprovázeli, zda jsou v práci spokojeni nebo nikoliv, pracovní návyky aj.

<b>Případ 1</b>	Pracuje v kavárně; zvládá pracovní stres; umí vyjednávat; dodržuje pravidla
<b>Případ 2</b>	Motivace k pracovnímu fungování; budování pracovních návyků; určení tempa; úvazek si zvyšuje brigádami, dělá zhruba na 0,8 úvazku
<b>Případ 3</b>	Vyhnul se recidivě na pracovišti; osvojil si základy práce na PC; snaží se v práci vydržet
<b>Případ 4</b>	Zvládl úspěšně projít pracovním pohovorem a získat lukrativní místo; zvládl ustát i to, že o toto místo přišel
<b>Případ 5</b>	Stabilní práce; smlouva do konce roku; pracovitost; chtěl by práci s kovem
<b>Případ 6</b>	Má práci, nabídli mu další smlouvu; zvykl si na pracovní režim; práce ho baví
<b>Případ 7</b>	Hledal práci ve zdravotnictví, kde byl problém jeho trestní rejstřík; dostal práci v pekárně, která ho baví; ze začátku obtíže se zvládáním pracovního tempa, také se potýkal s prapodivnými vztahy na pracovišti
<b>Případ 8</b>	V současné době pokračuje v kurzu na ÚP; od dubna má možnost nastoupit do práce v sociálních službách
<b>Případ 9</b>	Zaměstnán jako prodejce v AAA, je zde spokojený, má možnost nadprůměrných výdělků i kariérový postup
<b>Případ 10</b>	Získání vysněné práce sanitáře s možností ubytování
<b>Případ 11</b>	Zaměstnána v kavárně; práce jí vyhovuje, baví ji komunikace se zákazníky
<b>Případ 12</b>	Dostal zaměstnání v sociální firmě, kde povolna nabývá pracovních zkušeností; zjistil, že příliš neumí řešit pracovní konflikty; je vnímán jako spolehlivý pracant
<b>Případ 13</b>	Zaměstnán v práci, kde není spokojen
<b>Případ 14</b>	V projektu vyzkoušela řadu brigád a prací; nyní pracuje brigádně v uklízení firmě; ze začátku strach z hledání práce, zaměřovala se na pozice pod své vzdělání a nad své fyzické možnosti
<b>Případ 15</b>	Zaměstnán jako skladník se smlouvou do konce roku a s příslibem prodloužení; obsah práce se mu líbí; s jedním kolegou ve velmi napjatém vztahu
<b>Případ 16</b>	Domluvil si účast v programu pobytového zařízení, kde může navštěvovat podporované zaměstnávání
<b>Případ 17</b>	Celkem spokojený v práci; naučil se novým pracovním dovednostem; zvládá kritiku vedoucího; řekne si o pomoc; nebojí se hledání nového zaměstnání
<b>Případ 18</b>	Práce v kavárně, v baru, práci si velice chválí
<b>Případ 19</b>	Dokázal si najít práci; z první práce odešel a v zápětí si našel práci novou
<b>Případ 20</b>	Věří, že brzy najde práci; s koučem řeší výběr práce a rizikovost nočních směn
<b>Případ 21</b>	Pracuje na nalezení zaměstnání; mapuje možnosti, píše emaily, reaguje na nabídky práce

<b>Případ 22</b>	Má práci
<b>Případ 23</b>	Osvojit si pracovní návyky a dokázal si najít i udržet práci
<b>Případ 24</b>	Našel si práci, která odpovídá jeho kvalifikaci, schopnostem a zájmům; působí ve vedoucí funkci; je zodpovědný za čtyři zaměstnance; práci si dovede zorganizovat, umí delegovat úkoly a vede své podřízené k samostatnosti
<b>Případ 25</b>	Má práci jako servírka a zjistila, že ji zvládne i s léky, které bere
<b>Případ 26</b>	Napsala si životopis a motivační dopis; vyzkoušela si hledání práce - povedlo se jí velmi rychle najít práci vrátné
<b>Případ 27</b>	Klientovi se podařilo pracovat - zde byl důležitý trénink odolnosti vůči stresu; zdokonalil se v práci na PC a v internetovém prostředí
<b>Případ 28</b>	Po počátečním zmatku s prací a pracovní smlouvou pochopil, že se musí také někdy zastavit a přemýšlet; ačkoliv byl v práci na počátku nespokojený a měl stále pocit bažení, v práci setrval a úspěšně abstinuje
<b>Případ 29</b>	Práci si našel brzy, ale zásadní pro něj bylo v práci vydržet - komplikovali to především vztahové problémy, které si do práce nosil; nastavil si vlastní kariérní řád, stabilizoval se v práci
<b>Případ 30</b>	Dokázal si najít práci, vydělat si peníze na cestu do Anglie
<b>Případ 31</b>	Našel si práci, která je fyzicky náročná, ale docela ho baví; rozumí si s lidmi, kteří tam pracují
<b>Případ 32</b>	Má práci, která je pro ni dost nepříjemná; cítí se špatně se směnou, na kterou teď chodí; mluví dokonce o šikaně
<b>Případ 33</b>	V současnosti jen brigáda; zapojení do pracovního procesu se ukázalo jako neskutčné, komplikace jsou ve velkém strachu; sama si našla program na UP, který pomáhá hledat místa pro zdravotně znevýhodněné
<b>Případ 34</b>	Našel si práci, je dostatečně zapracován, výplata velmi dobrá
<b>Případ 35</b>	Nemá práci, se kterou by byl spokojen; často pracoval na brigádách; chce práci, která ho bude bavit; zvládá internet a vyhledávání pracovních nabídek
<b>Případ 36</b>	Práci v oboru nemůže najít; je ráda za brigádu v kavárně; napsat životopis umí, ale když zažívá neúspěch je úzkostná a demotivovaná

*Tab. 7 Pracovní proces*

### **2.3.2 Kvalita osobního života a vlastní rozpoložení klienta po programu**

Do oblasti kvalita osobního života a vlastní rozpoložení klienta po programu řadím to, jak se klienti momentálně cítí nebo co zlepšili, dále zde zařazuji témata jako je bydlení, vztahy či volný čas aj.

<b>Případ 1</b>	Působí spokojeněji; spokojenost cítí i sám se sebou; je si vědom ohromného pokroku
<b>Případ 2</b>	Motivace k životu; stěhování do vlastního podnájmu; vychází s penězi
<b>Případ 3</b>	Osobní starosti - snaha nenosit si vztahové problémy do práce
<b>Případ 4</b>	Spousta rozhodnutí důležitých pro abstinenci; zvládá upřednostňovat své zdraví před prací
<b>Případ 5</b>	V osobním životě se mu velmi daří
<b>Případ 6</b>	Je spokojený, práce ho baví a abstinence rovněž
<b>Případ 7</b>	Celkově je mu dobře, našel si práci, bydlení a je v kontaktu s rodinou
<b>Případ 8</b>	Klientka zakusila řadu úspěchů a zvýšila se tak její sebedůvěra do budoucna
<b>Případ 9</b>	Motivovaný pracovat na svých tématech, které se týkají méně práce a více mimopracovního života
<b>Případ 10</b>	Bojí se nutnosti žít samostatně - je nesamostatný
<b>Případ 11</b>	Práce ji velmi baví a má pocit, že jí jde; v práci hovoří o problematických věcech, což v ní vzbuzuje pocit bezpečí spojený s touhou se v práci zlepšovat
<b>Případ 12</b>	Navázal vztah s partnerkou; rád by udělal řidičák a možná se i vyučil; nyní je pro něj důležité dotahování věcí do konce
<b>Případ 13</b>	Cítí, že potřebuje více času než klienti kolem něj
<b>Případ 14</b>	V současnosti bydlí krátce se svým přítelem v pronajatém bytě a zařizují se; pracuje na zvyšování své fyzické kondice
<b>Případ 15</b>	Snaží se mít uspokojivé vztahy; je mnohem přátelštější
<b>Případ 16</b>	Snaha bezpečně fungovat
<b>Případ 17</b>	Finančně se osamostatnil, daří se mu vracet dluhy
<b>Případ 18</b>	Aktivně spolupracuje s PMS; řeší své dluhy i vztahy s rodinou - to vše mu dodává energii v udržení abstinence a práce
<b>Případ 19</b>	Uvědomil si, co je pro něj rizikové a kam až nehodlá zajít; uvědomil si, jak si váží své abstinence a nechce ji ohrozit
<b>Případ 20</b>	Řeší svoji obrovskou únavu a práci s ní; má radost ze své samostatnosti; často komunikuje s rodiči a snaží se o vymezení hranic
<b>Případ 21</b>	Chce se srovnat se svými úspěšnými rodiči, už by je nechtěl zklamat; nastavuje si však laťku příliš vysoko, nevidí nebezpečí, které by to mohlo přinést
<b>Případ 22</b>	Působí klidným vyrovnaným dojmem; uvědomuje si kus cesty, kterou prošel; má práci, ženu, auto a svůj vlastní podnájem
<b>Případ 23</b>	klient působí uvolněně a více sebevědomě; aklimatizoval se v Olomouci; pracoval na své identitě a docílil jistého uvědomění; osvojil si formy zacházení

	se svými emocemi
<b>Případ 24</b>	Působí uvolněně, hodně se směje, je vtipný a působí spokojeně; je rozhodnutý pro celoživotní abstinenci; upravil vztahy s rodinou, buduje si okruh přátel bez drogové minulosti; našel si přítelkyni, se kterou plánuje budoucnost
<b>Případ 25</b>	Upravila si životosprávu, začala více sportovat, rozvíjí své koníčky; je spokojená; uvědomuje si rizikovost svého pracovního prostředí, cítí se stabilizovaná
<b>Případ 26</b>	Rozhodla se, že se odstěhuje za dcerou a vše co se v programu naučila, se pokusí uplatnit i tam
<b>Případ 27</b>	Je v pravidelném kontaktu se svým synem a bývalou ženou, taktéž s dospělým synem z prvního manželství; pracuje též na vztahu se svou matkou, se kterou bydlí
<b>Případ 28</b>	Je pyšný na svou abstinenci; snaží se být samostatný; vztahy s rodinou jsou lepší; od rodičů se odpoutává pomaleji; více na sebe dbá, působí klidněji a vyrovnaněji
<b>Případ 29</b>	Naučil se hospodařit s penězi, ujasnil si vztahovou problematiku
<b>Případ 30</b>	Cítí se dobře, má zdravou chuť k abstinenci; je plný plánů a očekávání z Anglie; cítí se silnější a schopný zvládnout situace, které budou složité
<b>Případ 31</b>	Má bydlení, které splňuje jeho požadavky; vztahy v rodině se nezlepšily; nemá odvahu navázat partnerský vztah
<b>Případ 32</b>	Cítí pevnost v rodině; nový partnerský vztah; cítí se pevnější, sebevědomější, nebojí se komunikovat; nepodléhá tolik aktuálním náladám a výbuchům vzteku; konflikty na pracovišti už nemá tendenci řešit po svém, ale regulérní cestou
<b>Případ 33</b>	Nevyjadřuje se
<b>Případ 34</b>	Cítí se spokojen, jak se mu podařilo v Olomouci zapojit do práce; cítí se dostatečně zapracován a i výplata je velmi dobrá
<b>Případ 35</b>	Ví, že má potíže s komunikací; je si vědom pokroků, které udělal
<b>Případ 36</b>	Je velice úzkostná; cítí, že podpora P-centra je hlavně v oblasti psychické; chtěla by si najít práci v oboru

*Tab. 8 Kvalita osobního života a vlastní rozpoložení klienta po programu*

### 2.3.3 Hlavní přínosy programu

Hlavní přínosy programu se zaměřují na to, co klienti považují jako největší úspěch v rámci absolvování projektu.



<b>Případ 1</b>	Našel si práci; získal sebevědomí; je spokojenější; odvedl velký kus práce
<b>Případ 2</b>	Motivace k pracovnímu fungování a životu vůbec; vyházení s penězi
<b>Případ 3</b>	Našel si práci; snaží se v ní vydržet; řešení dluhů
<b>Případ 4</b>	Odvedl velký kus práce; upřednostňování zdraví před prací; abstinence
<b>Případ 5</b>	Stabilní práce
<b>Případ 6</b>	Má práci; upravil si životosprávu; cvičí; pravidelně se stravuje; zlepšil si vztahy s otcem a vůbec celou rodinou
<b>Případ 7</b>	Našel si práci, která ho baví; našel si bydlení; cítí se dobře
<b>Případ 8</b>	Zvýšení sebevědomí; příslib práce
<b>Případ 9</b>	Uvědomění si souvislosti s dlouhodobou stabilizací v práci s celkovým životním stylem
<b>Případ 10</b>	Získání práce; stěhování - těší se, že bude dál od rodičů, přestanou ho kontrolovat a matka tak často navštěvovat
<b>Případ 11</b>	Získání práce, která ji baví a naplňuje
<b>Případ 12</b>	Nalezení práce, vztah, umět dotahovat věci do konce
<b>Případ 13</b>	<i>Zejména zamyšlení se nad sebou - možná jsem typ člověka, který potřebuje být nespokojený a potřebuje pořád na něco nadávat</i>
<b>Případ 14</b>	Připuštění a uvědomění si, že její současná fyzická a duševní kondice jí neumožňuje práci na plný úvazek
<b>Případ 15</b>	Zaměstnán; řešení konfliktů a uznání svého podílu; za úspěch považuje to, že dokázal připravit vše pro svou insolvenční a nyní čeká na rozhodnutí soudu
<b>Případ 16</b>	Uvědomění si důležitosti práce, která sebou nese i určitou stabilitu
<b>Případ 17</b>	Změna nežádoucího chování, finanční samostatnost
<b>Případ 18</b>	Práce, abstinence, řešení dluhů a vztahů s rodinou, spolupráce s PMS
<b>Případ 19</b>	Práce, uvědomění si rizik a cennosti abstinence
<b>Případ 20</b>	Samostatnost, motivovanost
<b>Případ 21</b>	Motivace pro práci
<b>Případ 22</b>	Má práci, stabilizoval vztahy
<b>Případ 23</b>	Našel si a udržel si práci; docílil mnohých uvědomění
<b>Případ 24</b>	Odhodlání k celoživotní abstinenci; nalezení práce
<b>Případ 25</b>	Má práci; cítí se stabilizovaná; upravení životosprávy
<b>Případ 26</b>	Našla si práci, získala zkušenosti s hledáním práce, naučila se zvládat stres doprovázející těžkosti zaměstnání
<b>Případ 27</b>	Našel si práci, zvládnutí stresů spojených s hledáním práce, stabilizace rodinných vztahů

<b>Případ 28</b>	Má práci, abstinuje, samostatnost
<b>Případ 29</b>	Udržení práce, stabilizace, ujasnění vztahové problematiky
<b>Případ 30</b>	Práce, abstinence, celková spokojenost
<b>Případ 31</b>	Práce; bydlení; samostatnost
<b>Případ 32</b>	Práce, vztahy, nepodléhá tolik aktuálním emocím
<b>Případ 33</b>	Brigáda, program UP
<b>Případ 34</b>	Práce
<b>Případ 35</b>	Ovládání internetu, motivace pro práci
<b>Případ 36</b>	Brigáda, psychická podpora

*Tab. 9 Hlavní přínosy programu*

### 2.3.4 Témata pro další práci

Témata pro další práci, jak už sám název napovídá, se orientuje na oblasti nedostatků či rizik, na které by se klienti chtěli nebo měli v rámci další práce zaměřit.

<b>Případ 1</b>	Nevyjadřuje se
<b>Případ 2</b>	Volný čas, relaxace
<b>Případ 3</b>	Nevyjadřuje se
<b>Případ 4</b>	Učit se lépe naslouchat sobě a svým potřebám
<b>Případ 5</b>	Chudoba, exekuce, úspory
<b>Případ 6</b>	Nevyjadřuje se
<b>Případ 7</b>	Vycházení s penězi
<b>Případ 8</b>	Zabezpečení základních životních potřeb – bydlení
<b>Případ 9</b>	Vztahová problematika -navazování blízkých vztahů
<b>Případ 10</b>	Nastavení svých hranic, vymezení se
<b>Případ 11</b>	Lepší rozplánování času, zejména v práci
<b>Případ 12</b>	Existencionální stabilizace, zaplacení dluhů, řešení konfliktů
<b>Případ 13</b>	Dlouhodobá psychoterapii, která není orientovaná na rychlou změnu v časově limitovaném programu
<b>Případ 14</b>	Řadu témat, která si uvědomila, si nese dál do terapie a je odhodlaná na nich pracovat
<b>Případ 15</b>	Po ukončení projektu dále pracuje se svými tématy v programu DC a vlastní terapie
<b>Případ 16</b>	Práce na svých úzkostech
<b>Případ 17</b>	Stabilita volnočasových aktivit; zvládání sociálních situací

<b>Případ 18</b>	Kontakt s alkoholem při práci v baru
<b>Případ 19</b>	Rozpory v sebevymezení vůči rodině a klientům či kolegům; přišel na další důležitá témata do terapie
<b>Případ 20</b>	Potřeba dělat si věci sám za sebe; je velmi motivovaný do další spolupráce
<b>Případ 21</b>	Nevyjadřuje se
<b>Případ 22</b>	Navázal kontakt s Poradnou pro alkoholové a jiné závislosti
<b>Případ 23</b>	Je si vědom svých slabých míst a toho, že na sobě bude muset pracovat; navázal kontakt s Poradnou pro alkoholové a jiné závislosti
<b>Případ 24</b>	Nevyjadřuje se
<b>Případ 25</b>	Nevyjadřuje se
<b>Případ 26</b>	Našla si psychologa, se kterým bude své těžkosti a problémy probírat
<b>Případ 27</b>	Nevyjadřuje se
<b>Případ 28</b>	Chce zůstat v kontaktu s P-centrem
<b>Případ 29</b>	Nevyjadřuje se
<b>Případ 30</b>	Kompetence pro udržení vztahu
<b>Případ 31</b>	Zdravotní problémy
<b>Případ 32</b>	Chce dále docházet na terapeutická sezení
<b>Případ 33</b>	Pro další včleňování do pracovního života je nezbytná další terapie i se zapojením rodiny, dokončení separace a získání přiměřeného sebenáhledu na vlastní schopnosti a možnosti
<b>Případ 34</b>	Rizika: pracovní doba; rizikovní pracovníci; trávení volného času
<b>Případ 35</b>	Stabilizace, podpora v hledání práce, komunikace
<b>Případ 36</b>	Bude dál využívat podpory P-centra

*Tab. 10 Témata pro další práci*

### 2.3.5 Celkové zhodnocení programu klientem

Celkové hodnocení nám podává závěr či shrnutí z klientovy strany o tom, co si o programu myslí, zda pro něj projekt byl přínosný či nikoliv.

<b>Případ 1</b>	Za účast v projektu je velmi rád; péči, která mu byla věnována, uměl zúročit
<b>Případ 2</b>	Spokojenost s odvedenou prací; ví na čem ještě má a chce pracovat
<b>Případ 3</b>	Působení projektu hodnotí pozitivně
<b>Případ 4</b>	Nevyjadřuje se
<b>Případ 5</b>	Nevyjadřuje se
<b>Případ 6</b>	Projekt hodnotí jako pro sebe velmi prospěšný, který mu vydatně pomohl

	v začátku
<b>Případ 7</b>	Je rád za podporu P-centra a projektu Restart; díky tomu zvládl velmi náročné situace v začátcích
<b>Případ 8</b>	Nevyjadřuje se
<b>Případ 9</b>	Nevyjadřuje se; v programu DC pokračuje i po skončení projektu
<b>Případ 10</b>	Pobyt a program na P-centrum hodnotí velmi příznivě, rád by zůstal v kontaktu
<b>Případ 11</b>	V rámci projektu měla možnost reflektovat své slabé a silné stránky, což jí nyní pomáhá v dalším rozvoji
<b>Případ 12</b>	Je rád za zapojení do projektu; v programu DC stále zůstává a chce jej úspěšně dokončit
<b>Případ 13</b>	Program hodnotí jako užitečný a podnětný, prostředí přijímající a bezpečné
<b>Případ 14</b>	Nevyjadřuje se
<b>Případ 15</b>	Nevyjadřuje se
<b>Případ 16</b>	Celkově byl pro něj program přínosný; velmi mu pomáhala příručka programu a podpora terapeutů
<b>Případ 17</b>	Nevyjadřuje se
<b>Případ 18</b>	Na celém programu mu pomohla jak příručka, tak i pohovory s poradenským pracovníkem a koučem
<b>Případ 19</b>	S náplní projektu byl spokojen
<b>Případ 20</b>	Veliká spokojenost s tím, jak mu tým pomáhá hledat práci, psát životopis a motivační dopis
<b>Případ 21</b>	Nevyjadřuje se
<b>Případ 22</b>	Je velmi rád, že existují projekty jako je restart, které pomáhají postavit se na nohy lidem, kteří o to stojí; oceňuje projekt jako prospěšný a je rád, že v projektu byl
<b>Případ 23</b>	Nevyjadřuje se
<b>Případ 24</b>	Nevyjadřuje se
<b>Případ 25</b>	Program hodnotí jako prospěšný a podpůrný
<b>Případ 26</b>	Nevyjadřuje se
<b>Případ 27</b>	Přímo se nevyjadřuje; poznamenává však, že bez tréninku zvládnutí stresu při hledání zaměstnávání, by hledání práce dávno vzdal
<b>Případ 28</b>	Chce zůstat v kontaktu s P-centrem
<b>Případ 29</b>	Klient je rád za projekt a především za odborné zázemí, které měl v koučích, kteří mu byli oporou v pracovních i vztahových záležitostech
<b>Případ 30</b>	Klient je rád za účast v projektu, především za osvojení dovedností, které bude

	potřebovat v Anglii, klient oceňuje především publikaci Jak si najít a udržet místo; dále se mu líbila práce na jeho traumatech z války
<b>Případ 31</b>	Nevyjadřuje se
<b>Případ 32</b>	Projekt hodnotí jako velmi přínosný; dodal jí sebevědomí zkoušet novou práci a nevracet se k zaměstnání, které ji přináší spoustu negativních vzpomínek na drogovou minulost
<b>Případ 33</b>	Nevyjadřuje se
<b>Případ 34</b>	Nevyjadřuje se
<b>Případ 35</b>	Nevyjadřuje se, ale uvádí další spolupráci s P-centrem
<b>Případ 36</b>	Cítí, že jí P-centrum pomáhá hlavně v oblasti psychické; bude dál využívat podpory P-centra

*Tab. 11 Celkové zhodnocení programu klientem*

## 2.4 Shrnutí a závěr výsledků výzkumu

Z celkového počtu respondentů, jenž byl 59, řádně dokončilo projekt 36 klientů. Klienti, kteří projekt nedokončili, odcházeli buď z důvodu návratu k drogám či přerušení kontaktu s P-centrem. Někteří klienti ukončili program z důvodu vlastního pocitu stabilizace a projekt hodnotí jako přínosný.

Ze zbylých 36 závěrečných rozhovorů vyplývá následující:

- Co se oblasti pracovního procesu týče, tak většina klientů si v tomto ohledu projekt cení a hodnotit ho můžeme jako velice úspěšný. Téměř všem klientům se podařilo najít zaměstnání či alespoň brigádu a snaží si práci udržet. Klienti dále získali zkušenosti se psaním životopisů a motivačních dopisů, naučili se zvládat stres a snášet těžkosti spojené s hledáním zaměstnání, osvojili si pracovní návyky, snaží se sžít s pracovním režimem, učí se řešit pracovní konflikty, získali základy práce na PC a práce s internetem a hlavně celkově větší motivovanost k práci.
- Oblast kvalita osobního života a vlastní rozpoložení klienta dopadla také velice pozitivně. Klienti se po absolvování projektu celkově cítí mnohem lépe a jsou spokojeni se svými pokroky. Vnímají se více sebevědomě, jsou motivováni k životu a práci. Někteří jsou velice odhodlaní k abstinenci. Jako další pozitivní změny vnímají např.: větší sebedůvěra, vlastní bydlení, celkové upravení vztahů, úprava životosprávy, samostatnost či zlepšení hospodaření s penězi.

- K hlavním přínosům programu se pro shrnutí řadí zejména získání a udržení práce. Dále je pak často uváděna zejména samostatnost, sebevědomí, spokojenost, motivace, hospodaření s penězi, úprava životosprávy, abstinence, zlepšení vztahů, vlastní bydlení a především celková stabilizace.
- Klienti si však uvědomují i řadu dalších témat, se kterými by měli dále pracovat. Často se zde vyskytují témata jako vztahová problematika, volnočasové aktivity nebo řešení finančních problémů. Dále klienti uvádějí, že by i nadále chtěli využívat podpory P-centra, různých terapeutických sezení, psychologů či Poradny pro alkoholové a jiné závislosti.
- Závěrečná oblast zahrnuje celkové hodnocení tohoto programu klienty. Téměř všichni klienti hodnotí projekt jako velice prospěšný. Jako projekt, který jim pomohl zvládnout spoustu náročných životních situací a byl jim oporou ve vztahových i pracovních záležitostech. Mnoho klientů se k celkovému hodnocení projektu nevyjádřilo, avšak ze závěrečných rozhovorů vyplynulo, že i pro ně byl tento projekt prospěšný.

## 2.5 Diskuse

K hlavním cílů diplomové práce s názvem Treapeuticko - edukační intervence v následné péči osob se závislostí patřilo:

- nastínění problematiky následné péče, s níž souviselo i objasnění příbuzných témat jako je závislost, uživatelé návykových látek, rozdělení návykových látek, legislativní rámec problematiky či celkový systém péče služeb;
- analýza výsledků projektu „Restart“, respektive rozborů závěrečných rozhovorů klientů následné péče P-centra, kteří se účastnili projektu „Restart“ a na zhodnocení a účinnost tohoto projektu těmito klienty.

Nastínění problematiky následné péče a objasnění příbuzných témat bylo řešeno v teoretické části této diplomové práce. V souvislosti s cíli práce hodnotím obsah i rozsah této části pro potřeby práce jako dostačující. Dle mého názoru byl první cíl splněn.

Analýza závěrečných rozhovorů účastníků projektu „Restart“ byla prováděna v rámci části druhé, praktická část. Z rozborů vyplývá, že klienti, kteří projekt absolvovali, si ve valné většině našli práci či alespoň brigádu, celkově se vybavili lepšími vědomostmi a dovednostmi

z oblasti práce a zaměstnání a projekt hodnotí jako přínosný. Dle mého názoru projekt splnil své cíle. Druhý cíl mé práce byl splněn.

### **2.5.1 Dříve řešené výzkumné projekty**

Některá ze zařízení následné péče a doléčování řeší spousta vlastních šetření a projektů, které jsou ve většině dostupné na jejich webových stránkách či výročních zprávách. Patří mezi ně např. Magdaléna, o. p. s. či Sdružení Podané ruce, o. p. s. Tyto organizace mají vlastní projektové manažery a týmy, které se zaměřují specificky na přípravu projektů. Pro větší názornost si můžeme některé z nich, zejména ty, které se týkají následné péče, představit.

Obecně prospěšná společnost Magdaléna (Magdaléna o.p.s., ©2015) realizovala v době od 1. 5. 2011 - 30. 4. 2013 projekt s názvem Ambulantní následná péče s podporovaným bydlením a pracovními místy na zkoušku. Tento projekt byl podpořen z Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost. Obsahem projektu bylo vytvoření komplexního odborného programu v rámci sociální služby Ambulantní následná péče (ANP), který bude rozvíjet a posilovat sociální kompetence absolventům dlouhodobé léčby závislosti tak, aby došlo k úspěšnému dokončení jejich sociální integrace, tedy aby byli schopni začlenit se zpět do společnosti a uplatnit se na trhu práce. Cílem projektu bylo, aby minimálně 40 klientů po ukončení programu následné péče našlo zaměstnání, samostatné bydlení a byli samostatní a soběstační v běžném životě.

Jako další můžeme zmínit např. projekt organizace Podané ruce (Společnost Podané ruce o.p.s., ©1995-2015), který byl realizován v době od 1. 5. 2010 do 31. 4. 2013 a nese název Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek. Obecným cílem bylo vytvoření dlouhodobě udržitelného a flexibilního mechanismu, který bude:

- předcházet prohlubování sociální exkluze u lidí závislých na návykových látkách, kteří opakovaně procházejí zdravotními a sociálními službami bez viditelného pokroku;
- usnadňovat sociální integraci těchto osob.

Dalšími hlavními cíli bylo:

- zlepšení kvality života podpořených osob (zlepšení postavení klientů na trhu práce, kvality jejich bydlení, řešení dluhů apod.);

- rozvoj vzájemné spolupráce sociálních služeb v Brně v zájmu sociální integrace konkrétních klientů (propojení sociálních služeb na základě individuálních plánů konkrétních klientů);
- rozvoj případové práce pro osoby ohrožené sociálním vyloučením (osvojení si dovedností případové práce a vytvoření metodiky).

Při dalších studiích v oblasti následné péče můžeme vycházet také z výstupů jiných diplomových či bakalářských prací. Byly prováděny výzkumy na témata jako např.:

- Problematika abstinence klientů následné péče;
- Evaluace kvality služeb následné péče Modrého kříže;
- Terciární prevence a následná léčba u drogových a jiných závislostí;
- Následná péče v doléčovacím zařízení pro osoby závislé na nealkoholových drogách.



## ZÁVĚR

Ve své diplomové práci jsem se zabývala terapeuticko - edukační intervencí v následné péči osob se závislostí.

Jako cíl své diplomové práce jsem si zvolila nastínit problematiku následné péče, s níž souvisí i objasnění příbuzných témat jako je závislost, uživatelé návykových látek, rozdělení návykových látek, legislativní rámec problematiky a v neposlední řadě také systém péče služeb. Jako hlavní cíl praktické části pak analýzu výsledků projektu „Restart“, který byl řešen P-centrem Olomouc ve spolupráci s britským odborníkem na závislosti Aidanem Grayem a společností Hum London, která je partnerem P-centra a zajišťuje proškolení a supervizi tavných pracovníků. Projekt byl realizován v době od prosince 2012 do listopadu 2014 v rámci Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost Evropského sociálního fondu. Projekt „Restart“ byl zaměřen na jeden z pilířů úspěšné inkluze – na práci a zaměstnanost.

Diplomová práce se nejprve zabývá teoretickým vymezením či definováním základních pojmů dané problematiky, jako je např. závislost, syndrom závislosti, faktory vzniku a rozvoje závislostí, návykové látky a jejich účinky, uživatel návykových látek a další. Nastíněn byl také historický kontext a legislativa týkající se drogové problematiky. Dále se teoretická část věnuje podrobněji systému služeb péče pro osoby se závislostí se zaměřením na péči následnou. V souvislosti se stanoveným cíle - nastínění problematiky následné péče, byl dle mého názoru tento cíl naplněn.

V rámci praktické části své diplomové práce jsem se zabývala výsledky projektu „Restart“, který byl zaměřen na pomoc klientům následné péče s návratem do pracovního života, respektive rozbory závěrečných rozhovorů klientů po absolvování projektu a na zhodnocení a účinnost tohoto projektu těmito klienty. V první kapitole praktické části jsem se zaměřila na přiblížení tohoto projektu. Další kapitoly jsem věnovala vlastnímu šetření, výzkumným metodám, respondentům a zejména vyhodnocení dat.

Analýzu závěrečných rozhovorů daných klientů jsem prováděla pomocí kvantitativního výzkumu formou rámcové analýzy dat. Co se týká metody získávání dat, tak zde uplatňuji metodu uskutečňující se pomocí dokumentů a fyzických dat. Data do mé diplomové práce byla použita z projektu „Restart“ pod registračním číslem CZ.1.04/5.1.01/77.00377.

Při analýze jsem postupovala tak, že jako první jsem se důkladně seznámila s materiálem a jeho strukturou. Dále jsem si sestavila seznam témat, která sloužila pro základní klasifikaci. Mezi vzniklá témata patří pracovní proces, kvalita osobního života a vlastní rozpoložení klienta po programu, hlavní přínosy programu, témata pro další práci a celkové zhodnocení programu klientem. V dalším kroku jsem označila jednotlivé části textu pomocí vytvořených seznamů. Ve třetí fázi jsem vytvořila tematické tabulky a to tak, že každé téma má svoji tabulku a každý jedinec má v tabulce svoji pozici. Dalším krokem bylo řazení klasifikovaných dat do tabulek. Závěrečnou část představuje shrnutí o celé množině dat.

Z celkového počtu respondentů, jenž byl 59, řádně dokončilo projekt 36 klientů. Klienti, kteří projekt nedokončili, odcházeli buď z důvodu návratu k drogám či přerušení kontaktu s P-centrem. Někteří klienti ukončili program z důvodu vlastního pocitu stabilizace a projekt hodnotí jako přínosný.

Klienti, kteří program řádně ukončili, si většinou našli práci či brigádu, rozšířili vlastní schopnosti a dovednosti co se týká hledání a udržení pracovního místa, zvýšili si sebevědomí, stabilizovali se v osobním životě a celkově hodnotí účast na projektu kladně.

Závěrem bych tedy mohla shrnout, že projekt „Restart“ je považován za velice přínosný, neboť každá činnost, která je zaměřená na pomoc těm, kteří to potřebují a vykazuje byť malé procento úspěchu, je přínosem. Dle mého názoru projekt splnil své cíle. Druhý cíl mé práce - analýza výsledků projektu „Restart“, byl splněn.

## Anotace

<b>Jméno a příjmení:</b>	Veronika Benešová
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Michal Růžička Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2015

<b>Název práce:</b>	Terapeuticko - edukační intervence v následné péči osob se závislostí
<b>Název v angličtině:</b>	Therapy - educational Intervention in the Aftercare of People with Addictions
<b>Anotace práce:</b>	Diplomová práce je zaměřena na terapeuticko - edukační intervenci v následné péči osob se závislostí. Tato práce je rozdělena do dvou částí. První, teoretická část, je věnována teoretickému vymezení základních pojmů a témat souvisejících s danou problematikou, jako je např. závislost, syndrom závislosti, faktory vzniku a rozvoje závislostí, návykové látky a jejich účinky, uživatel návykových látek a další. Nastíněn je také historický kontext a legislativa týkající se drogové problematiky. Dále se teoretická část věnuje podrobněji systému služeb péče pro osoby se závislostí se zaměřením na péči následnou. Druhá, praktická část, se zabývá analýzou výsledků projektu „Restart“. První kapitola praktické části je zaměřená na přiblížení tohoto projektu. Další kapitoly se věnují šetření, výzkumným metodám, respondentům a zejména vyhodnocení dat.
<b>Klíčová slova:</b>	Závislost, droga, návyková látka, uživatel, legislativa, služba, následná péče, doléčování
<b>Anotace v angličtině:</b>	The thesis is focused on therapy - educational intervention aftercare of people with addictions. This thesis is divided into two parts. The first theoretical part is devoted to the theoretical definition of basic concepts and themes related to the topic, such as addiction, dependence syndrome, factors of formation and development of addiction, addictive drugs and their effects, substance users, and more. Also outlined the historical context and legislation concerning drug problems. This part is also covered in more detail the system of care services for addicts, focusing on aftercare. The second part,

	analyzes the results of the project "Restart". The first chapter of the practical part is focused on the approach of this project. Other chapters are devoted to the investigation, research methods, respondents, and especially data evaluation.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Addiction, drugs, substance addiction, user, legislation, services, aftercare, postcare
<b>Rozsah práce:</b>	98 stran
<b>Jazyk práce:</b>	Český

## Seznam tabulek a obrázků

- Tabulky:
- Tabulka č. 1 Rozdělení drog podle míry rizika
  - Tabulka č. 2 Rozdělení drog podle účinku na psychiku
  - Tabulka č. 3 Oblasti působení AT
  - Tabulka č. 4 Činnost ordinací AT
  - Tabulka č. 5 Tematické zobrazení
  - Tabulka č. 6 Zobrazení podle případů
  - Tabulka č. 7 Pracovní proces
  - Tabulka č. 8 Kvalita osobního života a vlastní rozpoložení klienta  
po programu
  - Tabulka č. 9 Hlavní přínosy programu
  - Tabulka č. 10 Témata pro další práci
  - Tabulka č. 11 Celkové zhodnocení programu klientem
- Obrázky:
- Obrázek č. 1 Stádia změny zobrazené v kruhovém diagramu
  - Obrázek č. 2 Tradiční model léčby
  - Obrázek č. 3 Socioterapie - následná péče

## Seznam literatury

- [1] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* [online]. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1994. ISBN 0-89042-061-0 (hard: alk. paper). — ISBN 0-89042-062-9 (paper: alk. paper). Dostupné také z: <http://justines2010blog.files.wordpress.com/2011/03/dsm-iv.pdf> [cit. 3. 11. 2014].
- [2] HENDL, J.: *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- [3] KALINA, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup 1*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
- [4] KALINA, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
- [5] KALINA, K. a kol.: *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Fila Nova, 2001. ISBN: 80-238-8014-4.
- [6] KALINA, K. a kol.: *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.
- [7] MARLATT, G. A., BARRETT, K.: *Relapse Prevention*. In: Galanter, M., Kleber, H.: *Textbook Substance Abuse Treatment*. Washington D.C.: American Psychiatric Press, 1994.
- [8] MARLATT, G. A., DONOVAN, D. M.: *Relapse Prevntion: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. The Guilford Press, 2005. ISBN-10: 1-59385-176-6.
- [9] MATOUŠEK, O. a kol.: *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi* [online]. Praha: Portál, 2005. ISBN: 80-7367-002-X.
- [10] MIOVSKÝ, M, VAVRINČÍKOVÁ, L., LIBRA, J.: *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*. 4. verze. Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP. Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. Praha, 2013.

- [11] MKN – 10: *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Praha, 2013. ISBN: 978-80-904259-0-3.
- [12] NÁRODNÍ MONITIRIVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI: *Seznam a definice výkonů drogových služeb*. Úřad vlády ČR, 2006. ISBN: 80-86734-81-1.
- [13] NÁRODNÍ MONITIRIVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI: *Zaostřeno na drogy 3. Syndrom rizikového chování dospívajících* [online]. Úřad vlády ČR, 2010. ISBN: 1214-1089. Dostupné také z: [file:///C:/Users/Okay\\_2/Documents/Downloads/9%20-%20zaost%C5%99eno%20-%20syndrom.pdf](file:///C:/Users/Okay_2/Documents/Downloads/9%20-%20zaost%C5%99eno%20-%20syndrom.pdf) [cit. 1. 11. 2014].
- [14] NEŠPOR, K. CSÉMY, L.: *Alkohol, drogy a vaše děti: Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat*. Praha, 1994.
- [15] NEŠPOR, K.: *Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2000. ISBN: 80-7178-432-X.
- [16] NIDA (National Institute of Drug Abuse): *Methadone maintenance treatment research in the United States. Questions and answers*. Rockville, Maryland, 1996.
- [17] NOCIAR, A.: *Drogové závislosti*. Slovak Academic Press, Bratislava, 2009. ISBN: 978-80-89271-68-9.
- [18] ONDREJKOVIC, P. POLIAKOVÁ, E. a kol.: *Protidrogová výchova*. Bratislava: VEDA, 1999. ISBN: 80-224-0553-1.
- [19] RABOCH, J. PAVLOVSKÝ, P. JANOTOÁ, D.: *Psychiatrie. Minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2006. ISBN: 80-7254-746-1.
- [20] RŮŽIČKA, M. PRACHAŘOVÁ, P. a kol.: *Teorie a praxe strukturovaných doléčovacích programů v adiktologii. Sborník zkušeností*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN: 978-80-244-4171-9.

- [21] ŠTELIAR, I.: *Čo (ne)viete o drogách?* Bratislava: Úrad vlády Slovenskej republiky, 2004.
- [22] VETULANI, J.: *Drug addiction. Part I. Psychoactive Substances in the Past and presence.* Pol.J.Pharmacol, 2001. 53, s. 201-214. ISSN 1230-6002.
- [23] VETULANI, J.: *Drug addiction. Part II. Neurology of addiction.* Pol.J.Pharmacol, 2001. 53, s. 307-317. ISSN: 1230-6002.
- [24] VETULANI, J.: *Drug addiction. Part III. Pharmacotherapy of addiction.* Pol.J.Pharmacol, 2001. 53, s. 415-434. ISSN: 1230-6002.
- [25] Zákon č. 40/2009 Sb., *trestní zákoník.* Sbírka zákonů, Česká republika.
- [26] Zákon č. 108/2006 Sb., *o sociálních službách.* Sbírka zákonů, Česká republika.
- [27] Zákon č. 167/1998 Sb., *o návykových látkách.* Sbírka zákonů, Česká republika.
- [28] Zákon č. 200/1990 Sb., *o přestupcích.* Sbírka zákonů, Česká republika.
- [29] Zákon č. 379/2005 Sb. *o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů.* Sbírka zákonů, Česká republika.
- [30] Zákon č. 435/2004 Sb., *o zaměstnanosti.* Sbírka zákonů, Česká republika.
- [31] Zákon č. 455/2009 Sb., *Nariženi vlády, kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, které rostliny nebo houby se považují za rostliny a houby obsahující omamnou nebo psychotropní látku a jaké je jejich množství větší než malé ve smyslu trestního zákoníku.* Sbírka zákonů, Česká republika.
- [32] Zákon č. 467/2009 Sb., *Nariženi vlády, kterým se pro účely trestního zákoníku stanoví, co se považuje za jedy a jaké je množství větší než malé u omamných látek, psychotropních látek, přípravků je obsahujících a jedů.* Sbírka zákonů, Česká republika.



## Internetové zdroje

- [33] *Americká psychiatrická asociace: DSM - 5: Substance-Related and Addictive Disorders* [online]. American Psychiatric Association: ©2013 [cit. 2015-03-15]. Dostupné z: <http://www.dsm5.org/Documents/Substance%20Use%20Disorder%20Fact%20Sheet.pdf>
- [34] *Drogy: Rozdělení* [online]. Pavel Danko: ©2003 [cit. 2015-03-26]. Dostupné z: <http://www.paveldanko.com/drogy/index.htm>
- [35] *Drogová poradna: Pomoc a léčba* [online]. Sanamin: ©2009 [cit. 2014-12-13]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba.html>
- [36] *Evropský sociální fond v ČR: Služby následné péče pro uživatele drog – doléčovací programy, chráněné bydlení a zaměstnání* [online]. [cit. 2015-03-10]. Dostupné z: <http://www.asociace.org/wp/wp-content/uploads/2014/02/netad.pdf>
- [37] *Internet archive: DSM - V* [online]. [cit. 2015-03-15]. Dostupné z: <https://archive.org/details/pdfy-85JiVdvN0MYbNrcr>
- [38] *Klinika adiktologie: Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice* [online]. Klinika adiktologie: ©2011 [cit. 2014-11-08]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/172/4383/Koncepce-site-specializovanych-adiktologickych-sluzeb-v-Ceske-republice>
- [39] *Magdalena o.p.s.: Ambulantní následná péče* [online]. Magdalena o.p.s.: ©2015 [cit. 2015-03-30]. Dostupné z: <http://www.magdalena-ops.eu/index.php/ambulantn%C3%AD-n%C3%A1sledn%C3%A1-p%C3%A9%C4%8De.html>
- [40] *Masarykova universita. Kopečková, I.: Následná péče v doléčovacím zařízení pro osoby závislé na nealkoholových drogách - Bakalářská práce* [online]. [cit. 2014-12-20]. Dostupné z: [http://is.muni.cz/th/136351/pdf\\_b/PB-Yvca-fin2.pdf?lang=en](http://is.muni.cz/th/136351/pdf_b/PB-Yvca-fin2.pdf?lang=en)
- [41] *Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti: Zaostřeno na drogy 3 - Syndrom rizikového chování dospívajících; krátká intervence ke snížení zneužívání návykových látek v praxi praktického lékaře pro děti a dorost* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky: ©2003-2006 [cit. 2014-11-05]. Dostupné z: [file:///C:/Users/Okay\\_2/Documents/Downloads/9%20-%20zaost%C5%99eno%20-%20syndrom.pdf](file:///C:/Users/Okay_2/Documents/Downloads/9%20-%20zaost%C5%99eno%20-%20syndrom.pdf)

- [42] *Následná péče a rekonvalescence: Pracovní rehabilitace - chráněné dílny, denní stacionáře* [online]. [cit. 2014-11-05]. Dostupné z: <http://naslednapece.blog.cz/1312/37-pracovni-rehabilitace-chranene-dilny-denni-stacionare>
- [43] *Podané ruce o.p.s.: Case management* [online]. Společnost Podané ruce o.p.s.: ©1995-2015 [cit. 2015-03-30]. Dostupné z: <http://ies.podaneruce.cz/granty-a-projekty/case-management/>
- [44] *Podané ruce o.p.s.: Drogy a zákon* [online]. Společnost Podané ruce o.p.s.: ©1995-2015 [cit. 2015-02-12]. Dostupné z: <http://www.znojmo.podaneruce.cz/prakticke-informace/pravni/drogy-a-zakon/>
- [45] *P-centrum: Doléčovací centrum* [online]. P-centrum: ©2013 [cit. 2015-03-27]. Dostupné z: <http://www.p-centrum.cz/dolecovaci-centrum/>
- [46] *P-centrum: Jak si najít a udržet práci* [online]. P-centrum: ©2013 [cit. 2015-03-26]. Dostupné z: <http://www.p-centrum.cz/uploads/soubory/Restart/manual1.pdf>
- [47] *P-centrum: Restart* [online]. P-centrum: ©2013 [cit. 2015-03-27]. Dostupné z: <http://www.p-centrum.cz/restart/>
- [48] *P-centrum. Růžička, M. Wittmannová, J.: Restart – hodnocení a prezentace výsledků projektu* [online]. P-centrum: ©2013 [cit. 2015-03-27]. Dostupné z: <http://www.p-centrum.cz/uploads/soubory/Restart/prezentace%20restart.pdf>
- [49] *Substituční léčba: Rozdělení drog* [online]. MeDitorial: ©2015 [cit. 2014-12-12]. Dostupné z: <http://www.substitucni-lecba.cz/rozdeleni-drog>
- [50] *Theses: Vysokoškolské kvalifikační práce* [online]. Fakulta informatiky Masarykovy univerzity [cit. 2015-03-30]. Dostupné z: <http://theses.cz/>
- [51] *Zákony pro lidi: Zákony pro lidi* [online]. AION CS: ©2010-2015 [cit. 2014-12-12, 2014-12-14]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz>