

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra praktické teologie

Bakalářská práce

Důsledky dlouhodobého užívání návykových látek
(Drogová závislost jako cesta k sociálnímu vyloučení)

Vedoucí práce: Mgr. Jana Šimečková

Autor práce: Olga Hynoušová

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

forma studie: Kombinovaná

Ročník: třetí

2008

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma *Důsledky dlouhodobého užívání návykových látek (Drogová závislost jako cesta k sociálnímu vyloučení)* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím literárních pramenů uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

.....2008

.....
Olga Hynoušová

Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Janě Šimečkové za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce, Mgr. Lence Čížkové za jazykovou korekturu a také Doc. Michalovi Kaplánkovi, Th.D. za odborné konzultace při zpracovávání praktické části této práce. Zároveň děkuji také Kontaktnímu a krizovému centru ve Strakonici a Jihočeskému streetworku v Českých Budějovicích za vytvoření příjemného prostředí pro realizaci mého výzkumu..

V poslední řadě také patří velké díky za ochotu a spolupráci všem respondentům, kteří se zúčastnili rozhovorů a umožnili tak nejen mě, ale především čtenářům této práce nahlédnout do jejich osobního života.

OBSAH

ÚVOD	7
I TEORETICKÁ ČÁST	9
1 <u>DROGOVÁ ZÁVISLOST</u>	9
1.1 Pojem droga a její charakteristiky	9
1.2 Vznik drogové závislosti	10
1.2.1 <i>Syndrom závislosti</i>	10
1.2.2 <i>Modely závislosti</i>	12
1.2.2.1 <i>Biomedicínský model</i>	12
1.2.2.2 <i>Bio-psycho-sociální model</i>	13
1.2.2.3 <i>Přístupy ochrany veřejného zdraví („public health“)</i>	15
1.2.2.4 <i>Přístup minimalizace rizik („harm reduction“)</i>	16
1.2.2.5 <i>Sociální a sociálně-pedagogický přístup</i>	16
1.2.2.6 <i>Morální, spirituální model</i>	19
1.3 Abúzus drog	19
1.4 Fáze užívání drog	20
1.5 Problémové užívání drog	21
2 <u>SOCIÁLNÍ VYLOUČENÍ</u>	22
2.1 Definice sociální vyloučení	22
2.2 Vznik sociálního vyloučení u drogově závislých jedinců	23
2.3 Důsledky dlouhodobého užívání drog	25
2.3.1 Bezdomovectví	25
2.3.2 Špatný zdravotní stav	27
2.3.2.1 <i>Infekce spojené s i.v. aplikací drog</i>	27
2.3.2.2 <i>Psychická komorbidita</i>	30
2.3.3 Drogová kriminalita	31

2.3.3.1	<i>Sekundární drogová kriminalita</i>	31
2.3.3.2	<i>Sociální práce v rámci PMS</i>	32
2.3.4	Trh práce	32
2.3.5	Volný čas	33
3	<u>SOCIÁLNÍ PRÁCE S UŽIVATELI DROG</u>	
3.1	Cíle a principy práce s uživateli drog	34
3.1.1	<i>Protidrogová politika</i>	34
3.1.2	<i>Hlavní principy protidrogové politiky ČR</i>	35
3.1.3	<i>Cíle Národní strategie protidrogové politiky 2005 až 2009</i>	36
3.2	Výčet sociálních služeb pro uživatele drog	37
II	PRAKTICKÁ ČÁST	39
5	CÍL PRÁCE	
5.1	Cíl práce	39
5.2	Výzkumná otázka	39
6	METODIKA	39
6.1	Charakteristika sledovaného souboru	39
6.2	Použité metody	40
6.3	Strategie	40
7	ANALÝZA DAT	42
7.1	Diskursivní analýza	42
7.2	Obsahová analýza	47

8 DISKUZE	51
ZÁVĚR	56
Seznam použitých zdrojů (literatury)	57
Seznam zkratk	62
Seznam příloh	63
Přílohy	64
Abstrakt	67
Abstrakt v anglickém jazyce	68

ÚVOD

Tato práce vychází nejen z odborných publikací o drogách, o léčbě drogových závislostí a o životním stylu uživatelů drog, ale také z mé vlastní profesní zkušenosti terénního pracovníka s uživateli drog. Specifická sociální práce – streetwork „*má především poukázat na způsob předcházení sociálnímu vyloučení a na přímé reakce odborníků tohoto oboru na životní obtíže jednotlivců i sociálních skupin, zejména mladých lidí.*“¹ Již při zběžné znalosti světové literatury můžeme pozorovat, že drogy provázely vývoj naší civilizace od samého počátku, jsou neoddělitelným prvkem našeho života. To, že drogy a problémy s nimi spojené jsou všude kolem nás, je převážně věc známá.

Závislími na návykových látkách se stávají lidé, kteří mají vnitřní potřebu opírat se o něco či někoho, a to vědomě či podvědomě. Potřebují určovat životní směr. Takže z pohledu kognitivně-behaviorální terapie, která bývá v léčbě závislostí uplatňována, je závislost důsledek onemocnění lidské duše. „*Aby mohl být odstraněn důsledek, je nejprve nutné pojmenovat si příčiny - bolesti lidské duše.*“² Poskládat je jinak, nově na ně nahlédnout, nově nahlédnout na sebe.

Cílem mé práce je umožnit i laické veřejnosti nahlédnout na sociální situaci uživatelů drog. Budu se zabývat důsledky dlouhodobého užíváním drog a chtěla bych podhalit většinové společnosti sociální situaci uživatelů. Cílovou skupinou terénních programů streetwork jsou převážně tyto uživatelé a jsou často jako skupina společností neakceptováni.

Ve svém poznávacím cíli bych chtěla vycházet z identifikace jednotlivých aspektů sociálního vyloučení, které budu podrobně rozpracovávat v následující části své práce. Jelikož všichni uživatelé návykových látek v majoritě nepřinášejí stejná rizika, zaměřím se především na ty, kteří představují nejvyšší zátěž pro

¹ KLÍMA, P. et al. *Kontaktní práce: Antologie textů České asociace streetwork*. Praha: Publikováno v rámci projektu „Profesní vzdělávání pracovníků a odborníků v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež (NZDM) a streetwork (SW) sdružených v ČAS“, 2007. s. 1. ISBN nevedeno.

² PLOCOVÁ, M. *Lidská duše a závislost. AT konference - XII. ročník* [online]. 2006 [cit. 2007-03-13]. Dostupný z WWW: <<http://www.adiktologie.cz/articles/cz/184/662/Prispevky-a-prezentace.html>>. ISSN nevedeno.

společnost i sebe samotné, na *problémové uživatele*.³ Tyto aspekty zasadí problémové užívání drog do širšího rámce a určí jeho charakter u drogově závislých. Poznávací cíl mé práce bude tedy: **Vede dlouhodobé užívání drog k sociálnímu vyloučení?** Popř. jaká specifika vykazují dlouhodobí uživatelé drog v podmínkách sociálního vyloučení? Terénní pracovníci se snaží tuto propast zmenšit a umožnit tím narkomanům návrat a začlenění do společnosti alespoň v míře potřebné k socializaci. Součástí této práce je také snaha přispět k tomu, aby zbytek světa (tedy ti, co drogy neberou) pochopil, co s sebou užívání drog přináší, proč má cenu takové lidi neodsuzovat, nebo jim dokonce pomáhat. Myslím, že předáváním informací o životě narkomanů může postoj „zbytku“ světa k narkomanům ovlivnit. Vzhledem k tomu, že jsem zároveň členem i tohoto „zbytku“ světa, snažím se vylepšovat chování narkomanů a můžu prostředkovávat informace tedy i obráceně.

Při volbě tématu své práce jsem vycházela z toho, že tento existující problém u této cílové skupiny vidím jako velmi alarmující. V první kapitole teoretické části může čtenář nahlédnout na drogovou závislost obecně. Dozví se o jejím vzniku, fázích užívání a různých přístupech, které se ve světě uplatňují v teoretických výkladech drogové závislosti. V druhé kapitole se zabývám sociálním vyloučením. Je zde poukazováno na důsledky dlouhodobého užívání návykových látek, které vykazuje sociální vyloučení. V poslední kapitole jsou nastíněné principy na kterých staví sociální práce s touto cílovou skupinou, a stručný přehled služeb pro drogově závislé.

Praktická část je postavena na zvoleném výzkumu formou hloubkových rozhovorů klientů terénních programů. Přináší jejich „live story“. Vyhodnocování tohoto kvalitativního výzkumu je postaveno na osobních výpovědích dlouhodobých uživatelů drog o své sociální situaci.

Ambice, které tato práce má, nejsou velké – rozšířit pohled společnosti na subkulturu drogově závislých a pokusit se přispět k pochopení podstaty sociální struktury u drogově závislých lidí.

³ Lidé, kteří dlouhodobě či pravidelně užívají injekčním způsobem opiáty a drogy amfetaminového typu (podle HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2000. s. 126. ISBN 80-7178-303-X.

MOTTO:

„Nevidíme věci takové, jaké jsou, vidíme je podle toho, jací jsme my“

(staré přísloví z talmudu)⁴

I TEORETICKÁ ČÁST

1 DROGOVÁ ZÁVISLOST

1.1 **Pojem droga a její charakteristiky**

Vymezit drogový problém je ještě obtížnější než definovat pojem droga. Droga je „látka, která je požívána a zneužívána pro změnu nálady, vědomí, povzbuzení či tlumení somatopsychických funkcí; ovlivňuje biochemické pochody v mozku, příp. v centrální i periferní nervové soustavě, při opakovaném užívání možnost závislosti“.⁵ Nebo-li látka, která svou chemickou strukturou způsobuje změny funkce lidského organismu. Je pravda, že pokud by kolem nás neexistovaly žádné návykové látky ovlivňující psychiku, drogový problém by těžko vznikal. Mluvíme tedy o psychoaktivních látkách, které ovlivňují chování a vnímání jedince.

Drogy jsou konkrétní látky, legálně i nelegálně vypěstované v přírodě nebo vyrobené v laboratoři. Nedovolené drogy užívají nejrůznější lidé k nejrůznějším účelům. Droga je v mnoha případech velmi žádoucí, např. v oblasti medicínské. Nebezpečím je nadměrné užívání legálních drog nebo jakékoli užívání ilegálních a nebezpečných drog. Jde o společensky neakceptovatelné užívání drog.⁶

⁴ SHLAIN, B, LEE, M.A. *Sny vědomí, CIA, LSD a revolta 60. let*. Zdeněk Bohm. Praha: Volvox globator, 1996. s. 3. ISBN 80-7207-018-5.

⁵ HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. s. 122. ISBN 80-7178-303-X.

⁶ Podle KALINA, K.a kol. *Drogy a drogové závislosti : Návykové problémy a přístupy*. [online]. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. [cit. 2007-07-23]. Kapitola , KALINA, K. *Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy*. s. 15. Dostupný z WWW: http://www.drogy-info.cz/pdf/drogy_a_drog_zavislosti_dil1.pdf ISBN 80-86734-05-6.

1.2 Vznik drogové závislosti⁷

V organismu i v životě každého člověka existují faktory vytvářející riziko vzniku závislosti na drogách a ty, které vedou k jejímu rozvinutí. Existují také ochranné, projektivní faktory, které vzniku závislosti brání. Závislost vzniká, nebo nevzniká podle toho, jaké faktory převáží. „*Příčin, které mohou vést k užívání drog, ke vzniku a rozvinutí závislosti, je řada a většinou působí jako komplex navzájem se ovlivňujících faktorů.*“⁸ Například určité fyziologické faktory buď dědičné, nebo získané se kombinují s psychologickými nebo sociokulturními při vytvoření závislosti. Různé teorie o možných příčinách drogové závislosti je možno nalézt v odborné literatuře (viz.str. 57).

1.2.1 Syndrom závislosti

Dlouhodobým užíváním drog vzniká téměř vždy závislost. Ústřední charakteristikou závislosti je touha brát psychoaktivní látky. Typická je tendence pokračovat za všech okolností a zvyšovat dávku. Přerušil-li se příjem látky, objeví se syndrom odnětí drogy (abstinenční příznaky), který jejím dodáním zmizí⁹.

Podle 10.verze mezinárodní klasifikace nemocí, kterou vytvořila Světová zdravotnická organizace (WHO), je syndrom závislosti chápán jako „*psychický, někdy i fyzický stav charakterizovaný změnami chování a dalšími reakcemi, které vždy zahrnují nutkání užívat drogu opakovaně pro její psychické účinky, a dále také proto, aby se zabránilo vzniku nepříjemných stavů vznikajících při nepřítomnosti drogy v organismu*“¹⁰. Stav drogové závislosti je již řadu let řazen mezi chronická onemocnění CNS. Některé závislosti mají přesná označení v Mezinárodní klasifikaci nemocí (např. závislost na heroinu - případně na kodeinu či Subutexu má označení MKN-10, F 11.2).

⁷ Podle PRESL, J. *Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě?*. 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 1995. s. 46 – 49. ISBN 80-85800-25-X.

⁸ DOČKAL, J. *Člověk a drogy*. Praha : Éthum, 2000. s. 39. ISBN neuvedeno.

⁹ Podle PRESL, J. *Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě?*. 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 1995. s. 60 – 70. ISBN 80-85800-25-X.

¹⁰ Dle Světové zdravotní organizace (WHO), *The role of WHO in public health* [online]. 2008 [cit. 2008-01-16]. Dostupný z WWW: <<http://www.who.int/about/role/en/index.html>>.

Drogové závislosti jsou tedy posuzovány jako onemocnění, která je možno diagnostikovat, je třeba je léčit a kterým je možno předcházet. Podle definice MUDr. Jiřího Presla¹¹ lze jako drogu chápat každou látku, ať už přírodní nebo syntetickou, která splňuje dva základní požadavky:

- 1) má tzv. psychotropní účinek, tj. ovlivňuje určitým způsobem naše prožívání okolní reality, působí na naši psychiku;
- 2) má tzv. „závislostní potenciál“, tj. může vyvolat závislost;

*„V závislosti usadí člověk ochranu, bezpečie, istotu, ale závislost aj ohrozuje, obmezuje jeho slobodu, voľnosť a neraz ho deteriorizuje nielen jako osobnost, ale aj jako ľudskú bytosť.“*¹²

Závislosti na návykových látkách představují závažný celosvětový problém, a proto jsou příčiny a mechanismy jejich rozvoje již desítky let intenzivně studovány. Každé užívání návykové látky ještě není závislost. To ovšem neznamená, že užívání, které se v závislost ještě nerozvinulo, nepřináší problémy. Drogová závislost se rozvíjí postupně a pomalu. Nevzniká po jediné aplikaci drogy. Aby se člověk stal závislým, musí drogy užívat nějaký čas, obvykle alespoň několik měsíců.¹³

Jak má ale člověk poznat, že je na droze závislý? Diagnóza syndromu závislosti se dle Světové zdravotnické organizace (MKN-10) stanovuje: *„pokud po dobu alespoň jednoho měsíce, nebo opakovaně v kratších obdobích během posledních dvanácti měsíců došlo nejméně ke třem z následujících jevů:*

- *silná touha nebo puzení užívat látku – takzvané „chutě“ tzn. potíže v kontrole užívání látky – např. když mám obtíže neužít látku, i když vím, že mám nějaké povinnosti (pracovní, studijní i další);*
- *somatický (tělesný) odvykací stav, nebo užívání látky se záměrem zmírnit odvykací příznaky;*

¹¹ Podle PRESL, J. *Drogová závislost : Může být ohroženo i Vaše dítě?*. 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 1995. s. 19. ISBN 80-85800-25-X.

¹² ONDREJKOVIČ, P.; POLIAKOVÁ, E. *Proti drogová výchova*. Bratislava: Veda, 1999. s. 58. ISBN 80-224-0553-1.

¹³ Podle ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. s. 34. ISBN 80-244-0709-4.

- *zvýšená tolerance k účinku látky – musím užívat stále větší množství drogy, abych dosáhl/a kýženého výsledku;*
- *narůstající redukce jiných zálib a zájmů mimo užívání látky a zvýšení množství času nutného k získání látky, nebo zotavení se z jejích účinků;*
- *pokračování v užívání navzdory jasnému důkazu škodlivých následků - např. poškození jater nadměrným pitím, depresivní stavy z nadměrného užívání látek nebo toxické poškození psychiky“.*¹⁴

S drogovou závislostí se úzce pojí pojmy toxikomanie a narkomanie. Toxikomanie je jeden z nejstarších a obvykle užívaných termínů k popisu a vysvětlení fenoménu dlouhodobého zneužívání drog. „*Je definován jako opakované užívání psychoaktivní látky nebo látek v míře, kdy je uživatel (toxikoman) periodicky nebo chronicky intoxikovaný, má nutkání k užití dané psychoaktivní látky, činí mu velké problémy úmyslně zastavit nebo změnit její užívání a má tendenci získat danou psychoaktivní látku téměř každým způsobem.*“¹⁵ Narkomanie je pouze starší termín pro zneužívání narkotik – omamných látek. Je v podstatě ekvivalentním výrazem pro toxikomanie.

1.2.2 Modely závislosti¹⁶

V této části bych se pokusila stručně nastínit několik nejdůležitějších přístupů, které se ve světě uplatňují v teoretických výkladech drogové závislosti a v práci s ohrožující mládeží a s uživateli drog.

1.2.2.1 *Biomedicínký model*

Tento model dominoval v oblasti závislostí v době, kdy nezákonné drogy byly odborným problémem, jímž se na straně poptávky zabývali výhradně lékaři

¹⁴ ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2003. s. 16. ISBN 80-244-0709-4.

¹⁵ *TOXIKOMÁNIE, TOXIKOMAN (ADDICTION, ADDICT)* [online]. 2003 , 4.10.2005 [cit.2003-04-23].Dostupný z WWW.<www.drogy-info.cz>.Http://www.drogy info.cz/index.php/info/glosar _pojmu/t/toxikomani_toxikoman_ad

¹⁶ Podle KALINA, K.a kol. *Drogy a drogové závislosti : Návykové problémy a přístupy*. [online]. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. [cit. 2007-07-23]. Kapitola , KALINA, K.*Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog*. s. 78 – 81. ISBN 80-86734-05-6.

– psychiatrii. V biomedicínckém modelu je drogová závislost nemocí v lékařském slova smyslu. Pokládá se za nemoc chronickou, obtížně léčitelnou, s častými *recidivami*¹⁷. V současné době je tento model překryt modelem bio-psycho-socio-spirituálním.

1.2.2.2 *Bio-psycho-sociální model*

V tomto modelu se rozšiřuje model biomedicínský o rozměr psychických funkcí, mezilidských vztahů, jejich dynamického vývoje a vzájemného podmiňování. Tento model používá medicínskou terminologii a diagnózy, zároveň se však opírá i o široký koncept zdraví, definovaný WHO jako: „*stav tělesné, duševní a sociální pohody*“, nikoliv pouze jako nepřítomnost nemoci nebo vady.

Současně je charakterizován i celostním (holistickým) zohledňováním a využíváním spirituálního rozměru jakožto přirozené součásti života i překonávání krize a uzdravování z nemoci. Nemoc, a tedy i drogová závislost vzniká v průběhu vývoje osobnosti ve vzájemné interakci biologických, psychologických a vztahových faktorů. V každé oblasti je možno najít dispozice (předpoklady) a spouštěcí mechanismy (jevy, události, situace).

a) Biologická úroveň

Za biologické faktory můžeme považovat některé problematické okolnosti za těhotenství matky dítěte – např. zda matka byla sama toxikomanka a zda se plod setkával s účinky návykových látek ještě před narozením, okolnosti porodu ovlivňující neurobiologii jedince, přítomnost traumat, nemocí apod.¹⁸

Působení drogy na organismus je biochemický proces. Různí lidé jsou různě vnímaví na různé látky, mají k nim různou toleranci. „*To závisí na zděděných*

¹⁷ znovu upadající do závislosti (podle HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. s. 126. ISBN 80-7178-303-X.)

¹⁸ podle KALINA, K.a kol. *Drogy a drogové závislosti : bio-psycho-sociální model*. [online]. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. [cit. 2007-07-23]. Kapitola 2, KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. s. 93. Dostupné na WWW: http://www.drogy-info.cz/pdf/drogy_a_drog_zavislosti_dil1.pdf. ISBN 80-86734-05-6.

*vlastnostech organismu, ale i na pohlaví, věku, odolnosti nebo oslabení a dalších charakteristikách.*¹⁹

b) Psychologická úroveň

Tzv. psychogenní vlivy a faktory pro vznik a rozvoj závislosti – prenatalní (péče těsně před porodem) i perinatální (péče těsně po porodu) traumata a úroveň postnatální péče (péče o harmonický vývoj dítěte s ohledem na diferenciaci jeho potřeb, jejich přiměřené uspokojování s respektem k hranicím). Dále pak přiměřená podpora v dospívání a vývojových krizích, adekvátní pomoc v obtížných situacích (nemoc, poruchy chování, nečekané události v rodině apod.)²⁰

Mezi faktory v psychické oblasti můžou patřit také osobnostní charakteristiky – temperament a charakter, vliv může mít i snížený intelekt, neschopnost a neobratnost v komunikaci, citová deprivace a nenaplnění dalších základních potřeb. *„Jako spouštěcí mechanismus mohou působit deprese, citová zranění, zvýšený stres.*²¹

c) Sociální úroveň

Zaměřuje se na kontext, ve kterém se klient nachází, všímá si vlivů vztahů s okolím (rodina, vrstevníci), které formují zrání jedince, sociálně-ekonomického statutu jedince a rodiny, prostředí (lokality), kde jedinec žije. Mezi sociální rizika patří např. prostředí „fetující“ party, kriminální subkultura, neúplná nebo dysfunkční rodina, rodina, kde dítě vyrůstá v těsné blízkosti závislých osob, příliš autoritativní nebo projektivní výchova, lhostejnost nebo nedostatek času rodičů. *„Život se závislým znamená žít dysfunkční vztahy, být vystaven prudkým změnám nálad a postojů podle toho, zda je závislý intoxikován, nebo ne. Často je jedinec*

¹⁹ DOČKAL, J. *Člověk a drogy*. Praha: Éthum, 2000. s. 39. ISBN nevedeno.

²⁰ podle KALINA, K.a kol. *Drogy a drogové závislosti : bio-psycho-sociální model*[online]. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. [cit. 2007-07-23]. Kapitola 2, KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. s. 89. Dostupné z WWW: http://www.drogy-_závislosti_dill.pdf. ISBN nevedeno

²¹ DOČKAL, J. *Člověk a drogy*. Praha : Éthum, 2000. s. 39. ISBN nevedeno.

žijící v těsné blízkosti se závislým vystaven zneužití jak na fyzické, tak na emoční úrovni.“²²

Vedle rodiny v procesu sociálního učení hraje nezastupitelnou roli kolektiv vrstevníků. Mezi rizikové faktory na úrovni vrstevníků patří extrémní postavení ve skupině, užívání drog vrstevníky, pro-drogové postoje vrstevnické skupiny, vazba na rizikové skupiny nebo organizace. Do podpory této úrovně patří především podpora pro zdravý a aktivní rozvoj vztahů a s tím i zájmových činností.

d) Spirituální úroveň

„Spiritualita je duchovnost, vyhraněná zaměřenost na psychickou stránku člověka; důraz na co nejmenší závislost psychiky na faktorech tělesných.“²³

Spiritualita je vztahem k tomu, co mě přesahuje, k čemu se vztahuji jako k nejvyšší autoritě, řádu, ideji. Jde o intimní oblast přímého prožitku toho, co je za každodenním úsilím, co dává smysl životu vůbec. Nejznámějším příkladem je hnutí Anonymních alkoholiků, které hraje velmi významnou roli v bio-psycho-socio-spirituálním modelu závislosti právě tím, že vneslo do této oblasti spirituální dimenzi. Hovoří zde o vztahu k Vyšší moci, která má pomoci obnovit zdraví a navrátit smysl životu.²⁴

1.2.2.3 *Přístupy ochrany veřejného zdraví („public health“)*

Přístup „public health“ vychází z epidemiologie, sociologie a veřejné politiky. Tento přístup nesleduje zájem individuálního klienta, ale ochranu populace, především před přenosem závažných infekčních chorob (AIDS,

²² KALINA, K.a kol. *Drogy a drogové závislosti : bio-psycho-sociální model*. [online]. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. [cit. 2007-07-23]. Kapitola 2, KUDRLE, S.Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. s. 93. Dostupné na WWW:<http://www.drogy-info.cz/pdf/drogy_a_zavislosti_dill.pdf>. ISBN 80-86734-05-6.

²³ HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. s. 556. ISBN 80-7178-303-X

²⁴ Podle NEŠPOR, K, MÜLLEROVÁ, M. *Jak přestat brát (drogy) : Svépomocná příručka. Duchovní pomoc při překonávání problémů s drogami*[online]. 2006 [cit. 2007-07-29], s. 77-82. Dostupné na WWW: <<http://www.plbohnice.cz/nespor/shd06w.pdf>>. ISSN neuvedeno.

hepatitidy B a C). Od tohoto přístupu se odvinuly metodické přístupy jako výměna jehel a stříkaček, distribuce kondomů a edukačních materiálů atd.²⁵

1.2.2.4 *Přístup minimalizace rizik („harm reduction“)*

Jde na rozdíl od výše jmenovaného přístupu „*public health*“ o přístup individuální, zaměřený na individuální potřeby a perspektivy klienta. Neklade si tento přístup za cíl abstinenci klienta od drog. „*Akceptuje, že klient v této době nechce, nebo nemůže přestat s užíváním drog a snaží se zachovat klienta při životě a maximálně možném zdraví v bio-psycho-socio – spirituálním smyslu.*“²⁶

Do rámce „*harm reduction*“ patří i v podstatě podávání náhradní drogy (substituce, např. metadon) pod lékařským dozorem, což omezuje u závislých prostituci a trestnou činnost pro získání drogy či finančních prostředků na ní.²⁷

1.2.2.5 *Sociální a sociálně-pedagogický přístup*

V modelu drogových závislostí tyto přístupy zdůrazňují vnější faktory: nepříznivé sociální prostředí, nevhodnou výchovu, chybějící sociální dovednosti či jejich ztrátu a neschopnosti a nemožnosti integrovat se do komunity. Tento přístup těží z rozvoje aplikovaných sociálních a pedagogických věd a je rovněž výrazem emancipace nezdravotnických profesí. V sociální a sociálně-výchovné oblasti je také hlavní těžiště dobrovolné práce, svépomoci a charity.²⁸

1.2.2.6 *Morální, spirituální přístup*

Spirituální dimenze, s kterou vlastně jedinci ztratili spojení, se pro ně otevírá připuštěním vlastní bezmoci a přijetím poznání své závislosti.

²⁵ Podle ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. s. 30. ISBN 80-244-0709-4.

²⁶ Tamtéž s. 32.

²⁷ Tamtéž s. 33.

²⁸ Podle KLÍMA, P, et al. *Kontaktní práce : Antologie textů České asociace streetwork*. Praha : Publikováno v rámci projektu „Profesní vzdělávání pracovníků a odborníků v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež (NZDM) a streetwork (SW) sdružených v ČAS“, 2007.s. 226. ISBN neuvedeno

„Pojem spirituální se odlišuje od pojmu náboženský v tradičním pojetí. Důraz je kladen především na přímý prožitek Božství, nikoliv účast v nějaké konkrétní církvi a sdílení její věrouky.“²⁹

Po vzoru anonymních alkoholiků vznikla v americkém Lexingtonu organizace „Narcotics Anonymus“ (Anonymní narkomané). Činnost Anonymních narkomanů a Anonymních alkoholiků se překrývá. Pokud v určitém městě nepracují Anonymní narkomané, navštěvují lidé závislí na drogách organizaci Anonymních alkoholiků. Obě organizace také spojuje program dvanácti kroků k uzdravení. Spolupráce Anonymních narkomanů s profesionálními zdravotnickými zařízeními je ve světě běžná. K popularitě organizace přispívá i anonymita členů, kteří se zásadně oslovují křestními jmény.³⁰

Duchovní pomoc při překonávání problémů s drogami popsali ve své knize Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc a Mgr. Marie Millerová [Jak přestat brát (drogy), Svépomocná příručka]. Rozpracovali hluboké a trvalé účinky na rozvoj osobnosti, které mohou mít nejen krize, ale i zážitky vrcholů. „Anonymní narkomané mluví o „dopadnutí na dno“, tedy o bezvýchodné životní situaci způsobené drogami, která motivuje člověka ke změně. To neznamena, že by měl člověk drastické zážitky vyhledávat. Ale když už nastanou, je možné je využít.“³¹

Podle mého názoru vzrůstá u lidí potřeba spirituálního naplnění. Vyvolává ji pravděpodobně celá řada jevů: nereflektování těchto potřeb ve způsobů žití orientovaném převážně na konzumní uspokojení s absencí duchovních hodnot.

Podle současného generálního představeného salesiánů **Pascala Chaveze** je „největším problémem u mladých lidí chybějící směr, obzor, smysl a projekt života, což vede k povrchnímu životu, ke konzumaci věcí a zkušeností, aniž by něco jejich život sjednocovalo a dávalo mu dynamiku.“³²

²⁹ FROUZOVÁ, M. . Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti, *Drogy a drogová závislosti*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. s. 124-128. ISBN nevedeno.

³⁰ Podle NEŠPOR, K, MÜLLEROVÁ, M. Jak přestat brát (drogy): Svépomocná příručka. *Anonymní narkomané*[online]. 2006 [cit. 2007-07-29], s. 75-76. Dostupné na WWW: <http://www.plbohnice.cz/nespor/shd06w.pdf>. ISSN nevedeno

³¹ Tamtéž s. 77-82.

³² ŠRAJER, J. Drogová závislost a výchova ke svobodě . *Teologické texty* [online]. 2004, roč. 4 [cit. 2007-07-29], s. 137-139. Dostupné na WWW:<http://www.tf.jcu.cz/cz_lmenu/katedry/etika/Index.php>.

Při studiu odborných publikací těchto odborníků na léčbu závislostí, které zde uvádím, hledají mnozí lidé závislí na drogách původně v drogách naplnění tohoto chybějícího směru. Všichni se shodují na tom, že namísto vnitřní svobody však nachází původní experimentátor fatální vazbu na drogu jako závislý.

Jeden z našich předních odborníků na závislosti, Kamil Kalina, uvádí, že čím větší je potenciál drogy pro naplnění rychlého uspokojení a tím i pro závislost, tím nižší je její potenciál spirituální. Podle něj neexistuje osobnost, která by byla proti vzniku závislosti zcela chráněna. *„Na otázku, proč lidé užívají drogy, kdy a jak vzniká závislost, neexistuje jednoznačná odpověď. Je to velmi diskutovaná, ale také diskutabilní otázka.“*³³

*„Brát drogy je sice volba jednotlivce, je ale třeba mít na paměti, že často je jeho volba omezená v důsledku celé řady vnějších a vnitřních rizikových a projektivních faktorů, jako jsou např. ekonomické, sociální, kulturní, historické a výchovné podmínky v nichž daný člověk žije, stejně jako jeho individuální pocit a vztah k sobě samému, ke svým blízkým, k sociálním institucím a k jimi vyznávaným hodnotám, k riziku či k nonkonformitě (chování neshodující se s normami a cíli dané skupiny nebo společnosti).“*³⁴

V této kapitole jsem se snažila srovnat pohled na morální, spirituální přístup několika předních odborníků na léčbu závislostí. Většina se shoduje v tom, že existuje tolik důvodů, proč lidé mohou užívat drogy, že je v každém individuálním případě velmi obtížné stanovit, který z nich u konkrétního uživatele drog hraje nejvýznamnější roli. Jeden člověk může užívat drogy z jednoho i z více důvodů najednou.

Na téma bio-psycho-socio-spirituální model závislostí také proběhla ve dnech 21.-25. května 2007 v Měříně XII. mezinárodní konference Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP a 45.mezinárodní konference AT sekce Psychiatrické

³³ Podle KALINA, K.a kol. *Drogy a drogové závislosti : bio-psycho-sociální model*[online]. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. [cit. 2007-07-23]. Kapitola 2, KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. s. 89.Dostupné na WWW: http://www.drogy-info.cz/pdf/drogy_a_drog_zavislosti_dil1.pdf ISBN 80-86734-05-6.

³⁴ RADIMECKÝ, J. Proč lidé užívají drogy. *Drogy - mýty a stereotypy* [online].2006 [cit. 2007-07-29].s. 1. Dostupné na WWW: <http://www.adiktologie.cz/articles/cz/69/28/Proc-lide-uzivaji-drogy.html>. ISSN neuvedeno.

společnosti ČLS JEP. Některé příspěvky z této konference mi byly návodem pro sestavení této kapitoly.

1.3 Abúzus

Toto slovo vyjadřuje „*nadměrné požívání psychotropních nebo toxických látek a jejich užívání v nevhodnou dobu (práce, těhotenství)*“.³⁵

Závislost můžeme dělit podle oblastí, které jsou u jedince zasaženy.

a) Psychická závislost

Je způsobena účinkem drog a osobností jedince (např. osobnost nezralá, nedostatečně integrovaná, deprivovaná, apod.). Projevuje se neodolatelnou touhou po užití drogy.³⁶

Pokračování v užívání, „*je mnohem hůře ovlivnitelná a její zvládnutí vyžaduje mnohem více než pevnou vůli, je příčinou recidiv (znovu upadající do závislosti) i po několikaleté abstinenci, její zvládnutí může trvat mnoho měsíců či let a často vyžaduje zásadní změnu myšlení, vztahů, prostředí a životního stylu vůbec.*“³⁷

b) Fyzická závislost

Tělo si zvykne na přítomnost drogy a osoba musí pokračovat v jejím užívání, aby zabránila abstinenčnímu stavu, odvykací stav je sice nepříjemný, může ohrozit i život postiženého, ale odeznívá během několika dní.

c) Sociální závislost

Závislost na „*fetáckém*“ životním stylu. Uživatelé tvoří více méně specifická společenství, ve kterých jsou členové zejména na počátku drogové kariéry svázáni

³⁵ HARTL,P.;HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. s. 126. ISBN 80-7178-303-X.

³⁶ podle FLEISCHMANN, O., et al. *Vybrané psychologické aspekty terénní sociální práce*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E.Purkyně, 2006. s. 69. ISBN 80-7044-769-9.

³⁷ MINAŘÍK, J. Definice (syndromu) závislosti na psychoaktivních látkách . *Závislost* [online]. 2004[cit.2007-07-15],s.1.Dostupné na WWW:<http://www.odrogach.cz/index.php?p=2&sess=texty&offset=116&list=116&shw=100093>

například společnými cíli, hodnotami, normami, rolemi a každý člen zaujímá specifické postavení.

1.4 Fáze užívání drog³⁸

1. Fáze experimentování

Příležitostné, experimentální užívání může vycházet z nudy, zvědavosti, touhy po něčem neobyčejném, vzrušujícím. Experimentátor bere drogy s druhými, jen pokud jsou mu nabídnuty. V této situaci hraje významnou roli sociální model, vzor lidí, kteří drogu užívají. Tito lidé bývají většinou pro experimentátora atraktivní, naslouchají mu, akceptují ho. Příčinou se může stát také potřeba uniknout od problémů, jež dotyčný člověk neumí nebo ani nechce řešit. Dále také spouštěcí situací může být osobní nouze, problém, s nímž si neví rady a potřebuje se s ním nějak vyrovnat. V počáteční fázi užívání drogy vyvolává droga žádoucí pocity: uvolněnost, štěstí, euforii, zvyšují aktivitu, dodávají jistotu. Zbavují člověka úzkosti, pocitu strachu a nejistoty. V emocionální sféře převažuje zvědavost. Ve fázi experimentování není narušeno zdraví, pracovní způsobilost ani výkonnost. Tento druh užívání neovlivňuje finance dotyčného.³⁹

2. Fáze příležitostného užívání

V této fázi se většinou uživatel drog sdružuje s ostatními uživateli, vyděluje se od původního okruhu lidí. Naučil se, že mu droga může pomoci v situaci nouze nebo nudy. Stále si ještě uvědomuje, že droga není dobrým řešením. Dostavují se také první „dojezdy“. Utrácí již peníze za drogy. Na pocitové úrovni vyhledává slast, prožívá však již i *dysforie*.⁴⁰

³⁸ podle VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese : Variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 2002. s. 299. ISBN 80-7178-678-0.

³⁹ Podle ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. s. 18-19. ISBN 80-244-0709-4.

⁴⁰ mrzuté depresivní nálady, citově nepříjemné vyladění organismu (podle HARTL,P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2000. s. 126. ISBN 80-7178-303-X.)

3. Fáze pravidelného užívání

Spotřeba drog narůstá a s tím i utrácené peníze za drogy. Člověk užívá drogu čím dál častěji, ale nechce si připustit její závažnost. Většinou v této fázi člověk začíná měnit své postoje. „*Objevují se poruchy výživy, spánku. Na pracovišti podává zhoršené výkony, vypadá neupraveně, mění svůj vzhled, distancuje se od druhých.*“⁴¹ Utrácí nadměrné částky za drogy, zadlužuje se. Na pocitové úrovni jsou častá střídání nálad.

4. Fáze návykového užívání

V této fázi závislý člověk ztrácí motivaci, ztrácí svou profesní roli, rozbíjí vztahy s přáteli, s rodinou. Udržuje kontakt většinou pouze s takovými lidmi, kteří rovněž užívají drogy. Člověk je na droze závislý, velmi těžce se bez ní dokáže obejít. Akceptuje ji jako trvalou součást svého života. „*Bere často i sám a často již vysoké dávky drog. Zdraví je narušeno mnohočetnými fyzickými i duševními problémy. Bere, aby se cítil normálně.*“⁴²

1.5 **Problémové užívání drog**

Problémové užívání drog je podle EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) definováno jako injekční dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů a drog amfetaminového typu. Kokain není součástí národní definice, v ČR se vyskytuje stále sporadicky. Z drog amfetaminového typu se vyskytuje téměř výhradně pervitin, z opiátů heroin a Subutex®. Odhadovaný počet problémových uživatelů drog v r. 2006 mírně klesl na cca 30,2 tisíc, z toho je odhadováno 10 a půl tisíce uživatelů opiátů a téměř 20 tisíc uživatelů pervitinu; cca 29 tisíc je injekčních uživatelů drog. Poprvé byl za r. 2006 proveden odhad problémových uživatelů Subutexu – dosáhl více než 4 tisíce osob, jejich počet je značný zejména v Praze a severních Čechách; nárůst počtu uživatelů Subutexu je doprovázen poklesem v počtu uživatelů heroinu. Problémové užívání drog

⁴¹ podle ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. s. 18-19. ISBN 80-244-0709-4.

⁴² Tamtéž s. 18.

je nejvíce rozšířeno mezi mladými lidmi ve věku od 15 do 25 let. Užívání drog způsobuje problémy nejen jim, ale také jejich rodinám a sociálnímu okolí.⁴³

Problémové užívání drog je odlišné od drogové závislosti. Je definováno jako „sociální, psychologický, tělesný nebo právní problém související s intoxikací nebo pravidelným nadměrným příjmem drog, léků nebo jiných chemických látek.“⁴⁴ Problémové užívání drog je klíčovou motivační silou vedoucí k vyhledání pomoci a následné změny.

2 SOCIÁLNÍ VYLOUČENÍ

2.1 Definice sociálního vyloučení

Druhá část této práce se zaměřuje na sociální vyloučení ve vztahu k uživatelům drog. Následující kapitoly se věnují specifiku sociálního vyloučení u drogově závislých, jejich typickým rysům a úkonům sociální práce s nimi. V odborné literatuře se většinou uvádí sociální práce s cílovými skupinami, jako jsou drogově závislí a sociálně vyloučení jako samostatné skupiny a odlišná práce s nimi. Avšak podle mého názoru, často s drogovou závislostí úzce souvisí sociální vyloučení, nebo alespoň toto riziko hrozí.

Sociální vyloučení (social exclusion), „termín označuje obvykle komplexně podmíněnou nedostatečnou účast jednotlivce, skupiny nebo místního společenství na životě celé společnosti.“⁴⁵ Sociální vyloučení může mít různou úroveň a měnit se v čase. Znamená to tedy život v chudobě, bez účasti na trhu práce (u mladých lidí bez účasti na systematickém vzdělávání), bez přiměřeného bydlení, bez dostatečného příjmu, obvykle v izolaci či v malé skupině podobně deprivovaných lidí pohybujících se na okraji společnosti. Mezi skupiny přímo ohrožené sociální exkluzí patří kromě imigrantů, příslušníků minorit, nezaměstnaných, bezdomovců a osob s nízkým vzděláním, také uživatelé drog. Projevem sociálního vyloučení je

⁴³Podle MRAVČÍK, V., et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost. Sociální souvislosti a důsledky užívání drog. s. 21. ISBN 978-80-87041.

⁴⁴Podle EMCDDA

⁴⁵MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. s. 217. ISBN 80-7178-549-0.

tedy například dlouhodobá nezaměstnanost, závislost na sociálních dávkách, nedostatečné sociální dovednosti, špatné duševní i tělesné zdraví, vysoká úroveň kriminality, závislost na návykových látkách, nefunkčnost rodiny aj.⁴⁶

Ale může také závislost na návykových látkách způsobit sociální vyloučení? Mohou osoby, které jsou dlouhodobě závislí na návykových látkách být sociálně vyloučeni ze společnosti? Jako adaptace na podmínky sociálního vyloučení se často vytvářejí specifické hodnoty a normy, mezi než patří např. důraz na přítomnost, neschopnost plánovat do budoucna, pocity beznaděje a bezmocnosti či přesvědčení, že člověk nemůže ovlivnit vlastní sociální situaci. *„Dlouhodobě se ukazuje, že k častým sociálním problémům spojeným s užíváním drog patří zhoršené rodinné, pracovní nebo školní vztahy, nižší dokončené nebo dokonce nedokončené vzdělání, nezaměstnanost, nižší ekonomický status a špatná bytová situace, která může vést až k bezdomovectví .“⁴⁷*

Jako kontaktní a terénní pracovník pracuji s lidmi, kteří dlouhodobě užívají návykové látky. U této skupiny lidí můžeme pozorovat postupné vylučování ze společnosti, bez možnosti se spolupodílet na vytváření společenského života. Důsledkem dlouhodobého užívání drog se postupně tyto lidé stávají bezdomovci, nezaměstnanými, nemocnými, lidmi se špatnými komunikačními schopnostmi a samozřejmě také lidmi, kteří ztrácejí schopnost navazovat vztahy s nedrogovou populací.

V této kapitole hovoříme o sociálním vyloučení u drogově závislých jedinců, avšak ne všech se to týká. Chtěla bych pouze upozornit na to, jak velké je riziko sociálního vyloučení u této cílové skupiny. Sociální vyloučení může nastat u drogově závislých jedinců jako důsledek dlouhodobého užívání drog, ale také může být příčinou užívání drog.

⁴⁶ Podle MAREŠ, P. Chudoba, marginalizace, sociální vyloučení. *Sociologický časopis* [online]. 2000, č. 3 [cit. 2008-02-24], s. 1-13. Dostupné na WWW: <http://sreview.soc.cas.cz/upl/archiv/files/376_285MARES.pdf>.

⁴⁷ MRAVČÍK, V., et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006*. Praha: Úřad vlády ČR, NMS, 2006. s. 55. Dostupný z WWW: <<http://www.drogy-info.cz>>. ISBN 80-86734-99-4.

2.2 Vznik sociálního vyloučení u drogově závislých jedinců

Pokud člověk v užívání drog dojde až k návykové fázi, tím se rozumí doba, kdy se člověk většinou bez drogy neobejde, ocitá se většinou v krizové situaci. Nejohroženější jsou ti, kteří se dostávají do několika krizových situací najednou, nebo ti, kteří jednu krizi nedokázali vyřešit a nabalují na sebe další, související problémy. Lidé, kteří v krizové situaci setrvávají dlouhodobě, se ocitají v ohrožení sociálního vyloučení.⁴⁸

Je to proces vydělování jedinců i celých sociálních kategorií z organizací či komunit, z nichž je složena společnost. Sociální vyloučení v užším smyslu brání sdílet určité sociální statusy či sociální instituce.⁴⁹

Nejisté bydlení, nestálé zaměstnání a několik trestů odnětí svobody jsou známkami sociálního vyloučení, které charakterizují život mnoha uživatelů drog. Projevem sociálního vyloučení u uživatelů drog je především dlouhodobá závislost na droze. Většinou se ve společnosti mluví o sociálním vyloučením např. u dlouhodobě nezaměstnaných, ale většinou se moc nemluví o sociálním vyloučením drogově závislých. „*Jako adaptace na podmínky sociálního vyloučení se často vytvářejí specifické hodnoty a normy, mezi něž patří například důraz na přítomnost, neschopnost plánovat do budoucna, pocity beznaděje a bezmocnosti či přesvědčení, že člověk nemůže ovlivnit vlastní sociální situaci.*“⁵⁰

Dlouhodobé užívání drog a s tím související sociální vyloučení je často spojeno a projevuje se zejména (nikoli však pouze) :

- „*prostorovým vyloučením (jedinci a skupiny postižené sociálním vyloučením často žijí v uzavřených anebo izolovaných lokalitách s nízkou úrovní bydlení a nedostatečnou občanskou vybaveností);*
- *symbolickým vyloučením spojeným se stigmatizací (zevšeobecňujícím přisuzováním negativních vlastností) jedinců či skupin;*

⁴⁸ Podle *Sociální vyloučení : Jak vzniká sociální vyloučení* [online]. 2003 [cit. 2008-02-24]. Dostupný z WWW: <<http://www.clovekvtsni.cz/index2.php?parent=119&sid=113&id=217>>.

⁴⁹ Podle MAREŠ,P. Chudoba, marginalizace, sociální vyloučení. *Sociologický časopis* [online]. 2000, č. 3 [cit. 2008-02-24], s. 1-13. Dostupný z WWW: <http://sreview.soc.cas.cz/upl/archiv/files/376_285MARES.pdf>.

⁵⁰ *FORINT: Fórum pro integraci* [online]. 2004 , 2008 [cit. 2008-02-24]. Dostupný z WWW: <<http://www.forint.cz/portal/co-je-to-socialni-exkluze/>>.

- nízkou mírou vzdělanosti a ztíženou možností tuto nevýhodu překonat;
- ztíženým přístupem k legálním formám výdělečné činnosti, závislostí nasociálních dávkách a s tím spojenou materiální chudobou;
- rizikovým životním stylem, špatnými hygienickými poměry a s nimi souvisejícím horším zdravotním stavem;
- životními strategiemi orientovanými na přítomnos;
- uzavřeným ekonomickým systémem vyznačujícím se častým zastavováním majetku a půjčováním peněz na vysoký úrok (lichva a tzv. rychlé půjčky);
- větším potenciálem kriminality (zvýšeným rizikem stát se pachatelem, ale i obětí trestné činnosti);
- sníženou sociokulturní kompetencí (např. jazykovou bariérou, nezkušeností či neznalostí vlastních práv a povinností)⁵¹

2.3 Důsledky dlouhodobého užívání drog

2.3.1 Bezdomovectví

„Pojem bezdomovec je podle názoru některých autorů zatížen hluboce zakořeněnými stereotypy.“⁵² Bezdomovec je ten, kdo je bez domova.

Sice je tento termín stručný a výstižný, ale v současné době, jak se v odborném diskurzu jak uvádí, používá častěji termín „lidé bez domova“.⁵³ Bezdomovství se ukazuje být extrémním projevem společenského vyloučení a často jej ztotožňujeme s navyklým stereotypem „tuláků“ a „povalečů“. Široká veřejnost má tento pojem spojen s negativními předsudky a stereotypy. „Konečně těžce definovatelným charakteristickým rysem je skutečnost, že bezdomovectví by mělo být posuzováno raději ve svých příčinách, nežli v důsledcích, raději v prevenci než

⁵¹ Podle NEDĚLNÍKOVÁ, D, et al. *Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce*. Ostrava :Ostravská Univerzita, 2007. s. 201. Dostupné na WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/4031/Methodicka_prirucka_TSP.pdf>. ISBN neuvedeno.

⁵² MATOUŠEK, O. et al. *Sociální práce v praxi : Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. Sociální práce s bezdomovci, s. 315. ISBN 80-7367-002-X.

⁵³Tamtéž s. 314.

v *repressi*.“⁵⁴ Uživatelé drog, kteří ztratili střechu nad hlavou, se řadí mezi tzv. skryté bezdomovce. Jejich situace je okolím považována za bezdomoveckou, avšak z nejrůznějších důvodů se neobracejí na veřejné nebo charitativní služby, aby našli nocleh. Bydlí tak ve squatech, sklepích, domech určených k demolici, ve starých automobilech, kontejnerech nebo ve stanech. Oni však tímto nepřijatelným způsobem bydlení přečkávají dny a noci.

Při své odborné praxi se setkávám s tím, že opravdu tito lidé nechtějí využívat sociálních služeb pro bezdomovce. Největším důvodem bývá skutečnost, že si nechtějí připustit svojí situaci, a také to, že mnohé ubytovny odmítají toxikomany. Myslím si, že závažjším problémem u nás je chybějící následná péče pro propuštění z věznice. Mnozí z klientů Kontaktních center a Terénních programů, kteří se dostali po podmíněném odsouzení do vazby, ve které úspěšně prošli léčebným programem, se při odchodu z vazby ocitají znova na ulici, bez zázemí, bez peněz, často bez občanského průkazu, bez nároků na dávky SSP, bez možnosti ubytování. *„Ulice vítá každého stejně. Její chladná náruč je lhostejná a bez citu. Statistiky prokazují, že čtrnáct dnů a nocí strávených na ulici poznamenají lidskou bytost nadlouho a vtlačí jí své stigma deprivace a hostility (nepřátelství).“*⁵⁵

Bezdomovce můžeme často potkat v parcích, na nádražích, na ulicích. Společnost právě jim přisuzuje nadměrné konzumování alkoholu, drog a obraz nádražního povaleče s levným, krabicovým vínem před sebou. Jenže tak trochu se zapomíná na to, že lidé závislí na alkoholu a drogách také žijí mezi námi, ne jenom na nádražích.

Ve své analýze popsal *„kulturu ulice“* výborně francouzský sociolog **Patrick Gabouriau**. Odpověděl na otázku, proč se bezdomovec stává alkoholikem. Dovolila bych si tuto teorii vztáhnout i na uživatele drog. Alkoholici představují většinou starší generaci s věkovým průměrem o patnáct až dvacet let vyšším, než jsou přicházející toxikomané. Mezi těmito skupiny můžeme ještě spatřit jednu skupinu osob, které oscilují mezi zneužíváním toxických látek

⁵⁴ HRADEČTÍ, V.,I. *Bezdomovství-extrémní vyloučení*. Praha: O.s. Naděje, 1996. s.28 Dostupné na WWW: <http://www.nadeje.cz/vz/bezdomovstvi_exv.pdf>. ISBN neuvedeno.

⁵⁵Tamtéž s. 34.

a alkoholem. Většinou jde o substituci v té chvíli nedostupného alkoholu. Zkušenost s užíváním drog uvedlo téměř 80 % osob na ulici – jedná se především o pervitin a konopné látky, velmi rozšířené je i čichání toluenu, které může sloužit i jako náhražka alkoholu.⁵⁶

Lidé bez domova, ať už jsou to uživatelé alkoholu, drog či neužívají žádné návykové látky, mají fyziologické potřeby jako ostatní spoluobčané. Potřebují se ohřát, nasytit svá hladová břicha, ošatit se, potřebují osobní hygienu, mnohdy jim stačí si jen odpočinout v přívětivém prostředí či se trochu prospat. To vše mohou nabídnout specializované zařízení jako např. Kontaktní centra, která jsou většinou určená jen uživatelům drog. Tato centra nabízejí potravinové (polévky, čaj, kávu), hygienické (možnost osprchovat se, vyprat si prádlo) a jiné programy. Služby jsou nízkoprahové, tzn. zadarmo, bez objednání a anonymní. Cíle resocializačních programů v těchto zařízeních by měly směřovat především k hledání smyslu života, k hledání přiměřeného bydlení, ke zdroji příjmů a k jeho udržení.

„Ze všeho nejdůležitější je dobré slovo, nabídka spoluúčasti na problému a jeho vyřešení, osobní vztah. Křesťané, duchovní pastýři i laici pak mohou do vztahu vnést duchovní rozměr při osobní pastoraci i při společné bohoslužbě.“⁵⁷

2.3.2 Špatný zdravotní stav

2.3.2.1 Infekce spojené s i.v.⁵⁸ aplikací drog

Užívání jakýchkoli drog přináší vždy nějaká zdravotní rizika. Může se jednat o akutní stavy při intoxikaci drogou, o potíže způsobené už po jednorázovém užití nebo poškození organismu po delším užívání. V této kapitole chci spíš upozornit na rizika, která jsou méně specifická nebo jsou typická pro i.v. aplikací drog. Jedním z vážnějších zdravotních důsledků injekčního užívání nezákonných drog je přenos onemocnění HIV a dalších infekčních nemocí, zejména hepatitidy typu

⁵⁶ HRADEČTÍ, V.,I. *Bezdomovství-extrémní vyloučení*. Praha: O.s. Naděje, 1996. s. 21 Dostupné na WWW: <http://www.nadeje.cz/vz/bezdomovstvi_exv.pdf>. ISBN neuvedeno.

⁵⁷Tamtéž s. 55.

⁵⁸ Intravenózní (injekční) aplikace drog (převzato z propagačního materiálu projektu Jihočeský streetwork)

C a B. Souvislost mezi injekčním užíváním drog a přenosem nemocí je jasně prokázána.

Hlavním cílem opatření v oblasti veřejného zdraví se tedy stalo snižování injekčního užívání drog a sdílení injekčního náčiní. Podle EMCDDA studie rovněž poukazují na souvislost mezi užíváním drog a vysoce rizikovým sexuálním chováním, z čehož vyplývá stále větší potřeba propojovat protidrogová opatření se strategiemi veřejného zdraví zaměřenými na sexuální zdraví.⁵⁹

a) Od roku 1981 nás provází onemocnění **AIDS**

Je přenosné z člověka na člověka. Jeho původcem je virus HIV, který způsobuje ztrátu obranyschopnosti (imunity) člověka před nejrůznějšími infekcemi. Tento virus napadá zejména určitou skupinu bílých krvinek, takzvaných T-lymfocytů, které mají důležitou úlohu v imunitním systému lidského organismu. Virus se v nich množí, poškozují jejich funkci a nakonec je i usmrcuje. Jejich absolutní počet se tak snižuje, což vede k úplné ztrátě imunity a ke vzniku onemocnění AIDS. V podstatě se jedná o konečné stadium infekčního onemocnění. Napadený organismus se stává vnímavým k celé řadě dalších infekcí a nádorovým onemocněním. Virus HIV se vyskytuje v krvi, v sekretech pohlavního ústrojí (sperma, vaginální sekrety) a v dalších tělních tekutinách, včetně mateřského mléka. Jeden ze způsobů přenosu je krevní cestou, injekčním užíváním drogy (hlavně společným používáním jehel, injekčních stříkaček a roztoku drogy a dalšího náčiní určeného k nitrožilní aplikaci drogy). K zabránění nákazy může injekční uživatel drog přispět především tím, že si nebude půjčovat jehly ani stříkačky nebo jiné předměty používané při aplikaci (lžička, filtry...), které se mohou dostat do styku s krví jiného člověka!⁶⁰

Podle Národního programu boje proti AIDS v České republice je k 31.12.2007 evidováno v ČR 1024 případů výskytu HIV, z toho 30 případů v Jihočeském kraji,

⁵⁹ Podle EMCDDA: *Výroční zpráva za rok 2007. Stav drogové problematiky v Evropě*. Lucemburg: Úřad pro úřední tisky evropských společenství, 2006. 96 s. ISBN 92-9168-254-3.

⁶⁰ Podle ORLÍKOVÁ, B. *Nemoci a drogy : HIV. Drogy a nemoci : HIV* [online]. 2005 [cit. 2008-03-21]. Dostupný z WWW: <<http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=30>>. ISSN neuvedeno.

který se řadí mezi kraje s nejnižším výskytem pozitivy HIV. Podle způsobu přenosu injekční uživatelé drog zaujímají 5,1%.⁶¹

Dalším infekčním a u nás v České republice poměrně rozšířeným onemocněním je

b) **Virová hepatitida,**

nazývaná též infekční žloutenka. Jedná se o nakažlivé onemocnění způsobované virem napadající játra. V současné době je dobře popsáno pět typů virů hepatitid, označovaných písmeny A - E. Ale mezi injekčními uživateli se nejčastěji šíří virová hep. typu B a C. Přenos těchto infekčních chorob je stejný jako u předešlého popsání přenosu viru HIV. Stále platí, že i zde jako prevence pro uživatele drog je používání svých čistých injekčních stříkaček a nepůjčování si od druhých. U hep. Typu B a nejčastěji u hep. typu C se může stát, že se tělu nepodaří virus zcela odstranit a onemocnění může přejít do chronického stadia. Znamená to, že se virus dále množí a postupně ničí jaterní buňky. Až donedávna pro chronické virové hepatitidy neexistovala specifická léčba. Významným pokrokem posledních let je léčba interferonem, který onemocnění zcela vyléčí asi u jedné třetiny pacientů. U chronických hepatitid hrozí po cca. deseti až dvaceti letech trvání choroby rozvoj jaterní cirhózy.⁶²

Výskyt virové hep. typu C je podle NMSPD pod úrovní většiny zemí EU (v ČR je hep. typu C infikováno cca 30 % klientů kontaktních center, ve většině evropských zemích je *prevalence*⁶³ 60 - 70 %).⁶⁴

2.3.2.2 *Psychická komorbidita*⁶⁵

Poměrně častým jevem jsou různá duševní onemocnění vyskytující se společně s užíváním drog . Souběh duševní choroby a užívání drog je častý a setkávají se

⁶¹ Podle *HIV/AIDS v ČR : Výskyt a šíření HIV/AIDS v ČR V ROCE 2007* [online]. 2008, 11/2/2008 [cit. 2008-02-24]. Dostupný z WWW: <<http://www.aids-hiv.cz/udajevCR.html>>.

⁶² Podle ORLÍKOVÁ, B. *Nemoci a drogy : HIV. Drogy a nemoci : Hepatitidy* [online]. 2005 [cit. 2008-03-21]. Dostupný z WWW: <<http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=31>>. ISSN neuvedeno.

⁶³ demografický ukazatel

⁶⁴ Výroční zpráva Národní protidrogové centrály 2006. *Výroční zpráva Národní protidrogové centrály 2006* [online]. 2006 [cit. 2007-08-10], s. 23. Dostupný z WWW: <<http://www.mvcr.cz/dokument/index.html#drogy>>.

⁶⁵ Současný výskyt více psychických nemocí

s ním všechna zařízení, která se zabývají péčí o drogově závislé. Z velké části se jedná o onemocnění méně vážná, vyskytují se však i velmi vážná duševní onemocnění typu psychóz. Duševní poruchy, které se vyskytnou v souvislosti s užíváním drog, můžeme rozdělit podle doby vzniku a souvislosti s užíváním drog na:

- a) poruchy, které vznikly před začátkem užívání drog (takové poruchy mohou působit jako dispoziční faktor, který vede k prohloubení užívání po prvotní zkušenosti s drogou);
- a) poruchy, které vznikly přímým působením drogy. Jedná se o poruchy vzniklé z „toxické příčiny“. Začínají často velmi rychle, jejich průběh bývá dramatický a většinou rychle odeznívají. Nejčastěji se jedná o různé druhy psychotických, depresivních či úzkostných poruch. např. toxická psychóza. Dotyčný je natolik zmatený a mimo realitu, že není jisté, jestli neprovede něco nebezpečného sobě nebo okolí;
- b) poruchy, které vznikly v souvislosti s užíváním drog a nemají „toxickou příčinu“ (např. posttraumatická stresová porucha, která vznikne na základě šokujícího zážitku při užívání drog (přepadení, znásilnění, smrt kamaráda, se kterým postižený drogy užíval, ...). Posttraumatická stresová porucha obvykle spontánně neodezní a vyžaduje dlouhodobou léčbu;

Psychiatrické poruchy spojené s užíváním drog, představují především poruchy osobnosti a chování u dospělých, neurotické a stresové poruchy, dále schizofrenii, schizotypní poruchy a bludy, a to hlavně u uživatelů konopných látek, stimulačních látek, halucinogenů a afektivní poruchy u uživatelů opioidů, hypnotik a kokainu.⁶⁶

Podle NMSPD se výskyt smrtelných předávkování drogami v r. 2006 snížil, celkem bylo hlášeno 37 předávkování na nelegální drogy a těžké látky v r. 2006 (v minulých třech letech to bylo cca 60 případů ročně).⁶⁷ V r. 2006 došlo

⁶⁶Podle Toxické psychózy II. *Dekontaminace : Pro sekundární a terciální prevenci drogových závislostí*. 2001, č. neuvedeno, s. 18-19. ISSN neuvedeno.

⁶⁷Podle Výroční zpráva Národní protidrogové centrály 2006. *Výroční zpráva Národní protidrogové centrály 2006* [online]. 2006 [cit. 2007-08-10], s. 23. Dostupný z WWW: <<http://www.mvcr.cz/dokument/index.html#drogy>>.

však k nárůstu úmrtí za přítomnosti drog z jiných příčin než předávkování – zejména se to týká nálezů pervitinu a konopných drog u smrtelných nehod, včetně dopravních.

2.3.3 Drogová kriminalita

V ČR existuje několik stabilních zdrojů dat o tzv. drogových trestných činech, tj. trestných činech podle ustanovení § 187, 187a, 188 a 188a TZ. Jedná se především o statistiky Národní protidrogové centrály Policie ČR (dále jen NPC), Policie ČR a MS (státní zastupitelství a soudy). Další informace o trestně stíhaných a odsouzených osobách evidují Probační a mediační služba ČR a Vězeňská služba ČR. Základním zdrojem dat o podílu jednotlivých drog na drogových trestných činech, u nichž bylo zahájeno vyšetřování a ve většině případů i trestní stíhání, je NPC. Nejčastěji zastoupenou drogou u drogových trestných činů je pervitin – v r. 2006 bylo zaznamenáno 1 293 případů. Konopné látky (především marihuana) byly v tomto roce hlavní drogou v 638 případech. V posledních pěti letech lze v drogové kriminalitě sledovat trend nárůstu podílu pervitinu a pokles podílu konopných látek a dalších drog, zejména extáze. U trestných činů souvisejících s konopnými látkami je oproti trestným činům souvisejících s pervitinem a heroinem výrazně vyšší podíl mladistvých osob.⁶⁸

2.3.3.1 Sekundární drogová kriminalita

Jedná se o kriminalitu páchanou uživateli drog za účelem získání prostředků na nákup drog pro vlastní potřebu. V r. 2007 byla provedena studie NPC sekundární drogové kriminality, která navazovala na předchozí studie z let 2004 a 2005. Podle popsaného odhadu bylo v r. 2006 uživateli drog spácháno 30 % zjištěných a 21 % objasněných trestných činů.. Nejčastěji se jedná o krádeže – cca 66 tisíc

⁶⁸ Podle MRAVČÍK, V., et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006*. Praha : Národní monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost, 2007. ISBN 978-80-87041-. Sociální souvislosti a důsledky užívání drog, s. 54-65.

(32 %) zjištěných a 9 tisíc (26 %) objasněných krádeží bylo podle studie spácháno uživateli drog.⁶⁹

2.3.3.2 Sociální práce v rámci PMS

Při práci s drogově závislými lidmi se v praxi většinou hojně můžeme setkat se specializovanou sociální službou, působící v rámci MS ČR. Činnost v rámci PMS je zaměřena na práci s pachateli a oběťmi trestných činů. Často se setkáváme u uživatelů drog a pachatelů trestných činů s obecně prospěšnými pracemi (dále jen OPP). Smyslem OPP je umožnit odsouzeným vykonat trest na svobodě způsobem společensky prospěšným.

Trestní zákon umožňuje uložit nepodmíněně trest odnětí svobody s horní hranicí trestní sazby 5 let, a dále s ohledem na povahu spáchaného trestného činu a možnosti nápravy pachatele. Trest OPP je možné uložit dospělým pachatelům v rozsahu 50-400 hodin, mladistvým pak do 200 hodin.⁷⁰

2.3.4 Trh práce

Pro uživatele drog je většinou typické postupné selhávání v profesní roli, nejsou schopni chodit pravidelně do školy nebo do zaměstnání. V případě substituční léčby je v těchto případech dokonce nástup do zaměstnání jednou z hlavních podmínek setrvání v programu. I nízkoprahové sociální služby pro uživatele drog (dále jen UD) se snaží při práci se svými klienty alespoň docílit toho, aby klient, pokud nepracuje, byl hlášen na ÚP. Velkým problémem se stávají u UD narůstající dluhy na zdravotních pojišťovnách za dobu, kdy nepracovali a nebyli hlášeni na ÚP.

Nejčastěji uváděným problémem v souvislosti s hledáním zaměstnání byl záznam v rejstříku trestů, což klienty vedlo k přijímání práce bez pracovní smlouvy, a nízká kvalifikace, tedy často nedokončené vzdělání a nedostatek praxe; v rozporu s tím jsou vysoká očekávání klientů na vyšší platu a náplň práce.

⁶⁹ Podle MRAVČÍK, V., et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost, 2007. Sociální souvislosti a důsledky užívání drog, s. 66. ISBN 978-80-87041.

⁷⁰ Podle Trestního zákona č. 140/1961 Sb.

Častou příčinou ztráty zaměstnání bylo uváděno viditelné užívání drog, konflikty na pracovišti nebo nedostatek pracovní disciplíny.⁷¹

2.3.5 Volný čas

Volný čas se stal bohatstvím společnosti a lidským a sociálním zdrojem dalšího rozvoje společnosti. Způsob využívání volného času u dětí je ovlivněn sociálním prostředím. Zvlášť silný je vliv rodiny. Rodiče slouží svým dětem jako vzory, buď pozitivní, či negativní.

„Rodiny, které neplní dobře svoji výchovnou funkci, se velmi často vyznačují nezájmem o to, jak dítě tráví svůj volný čas. Výchovná zařízení i další subjekty mají možnost tento nedostatek do určité míry kompenzovat kvalifikovaným pedagogickým vedením. Pokud se to nepodaří, je zvýšené nebezpečí, že se dítě dostane do vlivu nežádoucích skupin vrstevníků, kde je jeho vývoj ohrožen.“⁷²

„Práce a vydělávání peněz jsou aktivity nepostradatelné pro život, ovšem v porovnání se životem ve volném čase poskytují relativně málo prostoru pro realizaci osobních přání, cílů a snů.“⁷³ Profese nutí spíše k přizpůsobování se při plnění povinností a dodržování disciplíny. Lidé závislí na drogách mají spoustu volného času. Většinou nechodí do práce a svůj volný čas tráví obstaráváním si prostředků na drogu. U mnoha případů je to nelegálním způsobem. *„Volný čas není doba zahálky a pasivity, ale naopak kvalitativně nová potencialita homo sapiens, objevující se souběžně s osvobozováním se od permanentních aktivit nutných k přežití.“⁷⁴*

Myslím si, že absence pozitivních sociálních vazeb, nedostatek citu, pocit, že se o mne nikdo nezajímá a nikdo o mne nestojí, opakované neúspěchy

⁷¹ Podle MRAVČÍK, V., et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost, 2007. Sociální souvislosti a důsledky užívání drog, s. 55. ISBN 978-80-87041.

⁷² MATOUŠEK, O., et al. *Sociální práce v praxi : Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. Sociální práce s rizikovou mládeží. s. 216. ISBN 80-7367-002-X.

⁷³ LAMPRECHT, M, HANSPETER, S. Struktury a funkce volného času v současnosti. *Překlad přednášky podle jejich knihy Die sozielle Ordnung der Freizeit* [online]. 1994 [cit. 2008-03-15], s. 127 -154. Dostupný z WWW: <http://www.tf.jcu.cz/cz_lmenu/katedry/pedag/index.php>. ISSN neuvedeno.

⁷⁴ SAK, P. Proměny volného času a zaostávání pedagogiky. *Britské listy: deník o všem, o čem se v České republice příliš nemluví* [online]. 2006 [cit. 2007-03-15]. Dostupné na WWW: <<http://www.blisty.cz/art/29205.html>>. ISSN 1213-1792dení.

ve škole/práci, dlouhotrvající pocit nudy/přepracování – to jsou vlivy, které negativně formují jedince. Při kvalitativním výzkumu v praktické části (viz. s. 39.) této práce je také jedna z mých otázek na respondenta koncipována na trávení volného času, na strukturování času obecně.

3 SOCIÁLNÍ PRÁCE S UŽIVATELEMA DROG

Problematika závislostí má interdisciplinární povahu. Práci s uživatelem se věnují profesionálové s kvalifikací v různých pomáhajících profesích. Problematikou závislostí se zabývá několik resortů státní správy, veřejná správa a mnoho státních i nestátních institucí.

2.3.1 Cíle a principy práce s uživateli drog

2.3.1.1 *Protidrogová politika*⁷⁵

Užívání drog se stalo jedním ze závažných společenských problémů nejenom v naší zemi, ale v celém světě. Řešení drogové problematiky a péče o uživatele drog jsou v západních zemích formovány společensko-politickým diskurzem, jehož výsledkem je protidrogová politika státu. Protidrogová politika západních zemí se pohybuje vždy někde mezi represivní (prohibicionistickou) pozicí a liberální (pragmatickou) pozicí.

Vláda České republiky již v roce 1993 položila základy národní protidrogové politiky, které dále rozvíjí a aktualizuje. Dále se vláda svojí protidrogovou politikou hlásí k mezinárodním úmluvám OSN o drogách, k Politické deklaraci o základních principech snižování poptávky po drogách.

Současná česká protidrogová politika a systém její koordinace jsou orgány EU jsou hodnoceny jako příklad dobré praxe, přesto je v nich dostatek prostoru ke zlepšení. *Národní strategie protidrogové politiky 2005 až 2009* je klíčový dokument vlády ČR, který aktualizuje předcházející strategie v souladu se

⁷⁵ Podle *Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005, 2005. 31 s. Dostupné na WWW: <www.vlada.cz>. ISBN 80-86734-39-0.

současným stavem vědeckého poznání o fenoménu užívání drog, o jeho důsledcích a o účinných řešeních s ním souvisejících problémů. Vláda v něm definuje základní východiska a směry řešení problému užívání drog a doporučený základní rámec pro tvorbu a uskutečňování protidrogových strategií všech článků veřejné správy na úrovni resortů, krajů a obcí. *Akční plány* rozvíjejí strategii a jsou nástroji pro její realizaci. Jako každá moderní protidrogová strategie v rámci EU je založena na vyváženém uplatňování intervencí v oblasti snižování poptávky (prevence, léčba a resocializace), minimalizace rizik (harm reduction) a potlačování nabídky (snižování dostupnosti drog (kontrola prodeje a distribuce legálních a potlačování nezákonné distribuce ilegálních drog). Protidrogovou politiku České republiky tvoří čtyři základní pilíře - primární prevence, léčba a resocializace, snižování rizik a snižování dostupnosti drog.

2.3.1.2 Hlavní principy protidrogové politiky ČR⁷⁶

Hlavní princip české protidrogové politiky je zaměřen na ochranu veřejného zdraví. Tento koncept, definovaný Světovou zdravotnickou organizací, staví na komplexu preventivních, vzdělávacích, léčebných, sociálních, regulačních a kontrolních opatření včetně opatření vymáhání práva a dalších, jež mají za cíl zlepšovat zdravotní, sociální, ekonomické, bezpečnostní a trestněprávní podmínky, které ovlivňují zdravý vývoj jednotlivce i společnosti.

Dalšími principy uplatňovanými při realizaci protidrogové politiky v období 2005–2009 jsou:⁷⁷

1. **Realistický a poučený přístup:** Protidrogová politika bude vycházet z analýzy současné situace a identifikovaných problémů, potřeb a priorit. Jejich cíle budou realistické (tj. dosažitelné) a měřitelné (tj. hodnotitelné).
2. **Priorita ověřených dat a strategií:** všechny aktivity protidrogové politiky musejí vycházet z vědecky ověřených faktů a dat, nikoli z předpokladů a domněnek. Pro uplatňování a zavádění ověřených a účinných strategií a intervencí je nutná podpora výzkumu a zavádění jeho poznatků do praxe.

⁷⁶ Podle *Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005, 2005. s. 31. Dostupné na WWW: <www.vlada.cz>. ISBN 80-86734-39-0.

⁷⁷ Tamtéž s. 32.

3. **Partnerství a společný postup:** Národní strategie staví na partnerství a široké spolupráci všech článků veřejné správy a občanské společnosti. Společný koordinovaný postup na místní – komunitní, krajské, národní i mezinárodní úrovni zvyšuje předpoklad účinnosti působení a úspěchu při dosahování stanovených cílů.
4. **Komplexní přístup:** řešení problematiky užívání drog vyžaduje komplexní a strukturovaný přístup, v němž jednotlivé složky protidrogové politiky hrají nezastupitelnou a rovnocennou roli. Změny v dosavadním nepříznivém vývoji tak komplexního jevu nelze dosáhnout dílčími ani izolovanými opatřeními v jedné z oblastí protidrogového působení.
5. **Hodnocení efektivity:** všechna opatření protidrogové politiky je třeba důsledně monitorovat a vyhodnocovat jejich účinnost, případně v souvislosti s vývojem trendů v užívání drog a vědeckých poznatků o jejich řešení modifikovat realizované aktivity. Proto je strategie sestavena ve struktuře usnadňující hodnocení její realizace a efektivity, stejně jako definuje indikátory pro hodnocení dosažení stanovených cílů.
6. **Dlouhodobé plánování:** zkušenosti ukazují, že problém užívání drog lze ovlivnit pouze dlouhodobým úsilím a dlouhodobými strategiemi, nikoli jednorázovými opatřeními.

2.3.1.3 Cíle Národní strategie protidrogové politiky 2005 až 2009⁷⁸

V kontextu vyváženého uplatňování tří základních strategií - snižování nabídky drog, snižování poptávky po drogách a snižování potencionálních rizik spojených s jejich užíváním – má Národní strategie ještě dva hlavní cíle.

1. Potírat organizovaný zločin zapojený do nezákonného nakládání s drogami a vymáhat dodržování zákonů ve vztahu k distribuci legálních drog.
2. Snižit užívání všech typů drog a potencionální rizika a škody, které mohou jednotlivcům a společnosti v důsledků jejich užívání nastat.

⁷⁸ Podle *Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005, 2005. s. 37. Dostupné na WWW: <www.vlada.cz>. ISBN 80-86734-39-0.

2.3.2 Výčet sociálních služeb pro uživatele drog⁷⁹

Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách upravuje sedmnáct druhů služeb sociální prevence, do kterých spadají většinou všechny tyto služby. Zde jsou popsány pouze ty služby, které by případně mohly být využity drogově závislými jedinci.

- Telefonická krizová pomoc je poskytována osobám, které se nacházejí v ohrožení života či zdraví, nebo jsou v obtížné životní situaci a nemohou tuto situaci momentálně řešit vlastními silami. Jedná se především o provoz linek důvěry a podobných telefonních služeb.
- Azylové domy jsou pobytové služby pro osoby, které se ocitly v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení. Jsou různého druhu, např. azylové domy pro rodiče s dětmi, azylové domy pro ženy, pro muže, případně i pro osoby mladší 18 let. Vedle poskytnutí ubytování je vždy nezbytné poskytnout také podporu, která vede k vyřešení nepříznivé sociální situace, a to především prostřednictvím sociální práce.
- Domy na půl cesty jsou pobytovou službou pro osoby do 26 let, které žily dlouhodobě ve školských zařízeních ústavní nebo ochranné výchovy, nebo v jiných zařízeních pro děti a mládež a pro osoby, které byly propuštěny z výkonu trestu odnětí svobody nebo ochranné léčby. Domy na půl cesty mají těmto lidem poskytnout podmínky pro úspěšný samostatný start do běžného života.
- Kontaktní centra jsou obvykle ambulantní zařízení určená osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Služby zde poskytované mají za cíl snižovat sociální a zdravotní rizika spojená se zneužíváním návykových látek.
- Krizová pomoc je terénní, ambulantní, ale i pobytová sociální služba určená osobám, které se přechodně nacházejí v situaci ohrožení zdraví a života a nejsou schopny tuto situaci v daném okamžiku řešit vlastními silami. Součástí krizové pomoci je také poskytování pomoci obětem domácího násilí (blíže viz intervenční centra). Krizová pomoc vedle poskytnutí stravy či ubytování nabízí především socioterapii a pomoc při vyřízení nezbytných osobních záležitostí.

⁷⁹ Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

- Nízkoprahová denní centra jsou určena osobám bez přístřeší a nabízejí pomoc se zajištěním osobní hygieny, zajištěním stravy a vyřízením nezbytných osobních záležitostí.
- Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež poskytují zejména ambulantní služby pro děti a mládež ve věku 6 až 26 let, které jsou ohroženy společensky nežádoucími jevy (kriminalita, drogy, alkohol apod.). Cílem služby je zejména nabízet smysluplné využití volného času, pomoc v orientaci ve společenském prostředí a pomoc se změnou životního stylu, který je ohrožuje.
- Noclehárny nabízejí osobám bez přístřeší možnost přenocování a podmínky pro osobní hygienu.
- Služby následné péče jsou určeny osobám trpícím chronickým duševním onemocněním nebo osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly ústavní léčbu. Jejich cílem je pomoc při zvládnutí běžných životních situací a prevence „recidivy“⁸⁰.
- Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi nabízejí rodinám s dětmi pomoc se zvládnutím dopadů dlouhodobě krizové sociální situace rodiny nebo jejího člena.
- Sociálně terapeutické dílny, jejichž úkolem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie.
- Terapeutické komunity poskytují pobytové služby pro osoby závislé na návykových látkách nebo i osoby s chronickým duševním onemocněním s cílem zbavit se závislosti a vytvořit dobré podmínky pro začlenění do společnosti.
- Terénní programy jsou realizovány s cílem vyhledávat osoby, které žijí rizikovým způsobem života nebo žijí v sociálně vyloučených komunitách, a pomáhat jim v minimalizaci rizik spojených s tímto způsobem života a v začlenění do společnosti.
- Sociální rehabilitace má za cíl pomoc lidem k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti, a to rozvojem jejich schopností a dovedností

⁸⁰ opakování přestupků nebo trestních činů (podle HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. s. 126. ISBN 80-7178-303-X.)

a posilováním návyků potřebných pro samostatný život. Služba je určena osobám se zdravotním postižením, ale také osobám, které jsou ohroženy sociálním vyloučením z jiného důvodu, například etnické příslušnosti, chudoby, dlouhodobé nezaměstnanosti apod.

II PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

5.1 Cíl práce

Cílem práce je přispět k pochopení „life story“, chování a uvažování lidí, kteří dlouhodobě užívají návykové látky.

5.2 Výzkumná otázka

Jaké charakteristiky vykazují dlouhodobí uživatelé návykových látek?

6 METODIKA

6.1 Charakteristika sledovaného souboru

Volbu účastníků hloubkových rozhovorů jsem prováděla účelovým výběrem. Rozhodla jsem se vybrat účastníky výzkumu, kteří budou reprezentovat tuto populaci drogově závislých lidí, podle několika měřítek.

- a) podle města, kde žijí;
- b) podle délky doby pravidelného užívání návykových látek (tato doba užívání by měla být delší než 3 roky);

Výzkumný vzorek této práce tvořili klienti Kontaktního a krizového centra o.s. Prevent ve Strakonících a klienti programu Jihočeský streetwork o.s. Prevent v Českých Budějovicích. Celkově bylo vybráno náhodnou formou pět dlouhodobých uživatelů drog ze Strakoníc a pět z Českých Budějovic.

6.2 Použité metody

Metodologická část této práce byla zpracována metodou kvalitativního výzkumu formou hloubkových rozhovorů a přímého pozorování. Jedná se zejména o rozhovory trvající cca. 45 minut, ve kterých „dotazovaná osoba tváří v tvář výzkumníkovi přibližuje podrobnosti svého osobního života a osobní historii, tak jak souvisejí se zkoumanou oblastí.“⁸¹ Hloubkový rozhovor je důvěrný rozhovor. Přímé pozorování probíhá při každodenním kontaktu během výkonu mé profese kontaktního a terénního pracovníka s touto cílovou skupinou.

Zajímám se o informace nebo chování, které je citlivé a někdy také ilegální. Je to z toho důvodu, abych zjistila, jak je chování těchto lidí propojeno se sociálním prostředím a také k jakým interakcím zde dochází. Společnosti je mnohdy tento sociální kontext drogově závislých skryt.

6.3 Strategie

Pracovala jsem metodou terénního výzkumu ve městě Strakonice a České Budějovice. Výzkum probíhal od 17.3 2008 do 4.4 2008. Vždy jsem v jednom dnu prováděla max. dva rozhovory. Důvodem byla náročnost těchto rozhovorů, jelikož jsem byla v roli posluchače a zároveň v roli moderátora rozhovoru.

Každý respondent byl seznámen na začátku rozhovoru s anonymním způsobem zpracování informací a s účelem a podstatou tohoto výzkumu. Sdělila jsem i možnost kontaktu na mojí emailovou adresu, pokud by někdo měl zájem o zaslání jakékoli informace či výsledků výzkumu této studie. Na žádost respondentů jsem tyto rozhovory nenahrávala, tudíž jsem zvolila metodu zapisování poznámek během rozhovoru. Nahrávat rozhovory může potencionálně ohrožovat tuto cílovou skupinu.

Na začátku našeho rozhovoru jsem se s každým respondentem domluvila na tom, že pokud nebude chtít na některou z položených otázek odpovídat, samozřejmě nemusí. Má na to právo. Jelikož se stýkám se všemi respondenty skoro každý den

⁸¹ BARKER, G. *Použití kvalitativních výzkumných metod při postupech rychlého posuzování : (Rapid Assessment) zneužívání drog ve společnosti.* Sdružení Podané ruce, Brno; Ervin Široký. Boskovice: Albert, 1999. s. 21. ISBN 80-85834-78-2.

v rámci své práce a tykáme si, při tomto rozhovoru jsme zachovali společně s respondenty tuto formu také.

Samotný rozhovor s každým respondentem probíhal cca.30 minut. Vždy po ukončení rozhovoru jsem si nechala ještě 15 minut na celkové zhodnocení tohoto setkání, i společné spolupráce a samozřejmě pro dodatečný zápis rozhovoru. Při výzkumu jsem se řídila návodem podle M. Dismana, který ve své publikaci „Jak se vyrábí sociologická znalost“ uvádí, že „*cílem kvalitativního výzkumu není ověřování teorie, ale její vytváření.*“⁸²

Jako výzkumné nástroje jsem použila (viz. příloha č. 1.):

1) Předem připravenou tabulku s osobními údaji, která sloužila pro urychlení zapsání osobních údajů respondentů. Tato tabulka sloužila mým účelům, respondentům nebyla předložena.

2) Plán předem vytvořených otázek, pokládaných během rozhovoru,

Rozhovor s každým respondentem měl svůj vlastní pracovní zápis, jenž obsahoval následující⁸³:

- a) zahrnuté otázky a zahrnuté témata;
- b) výzkumníkovy interpretace odpovědí na každé téma nebo otázku;
- c) verbální i neverbální reakce na každé téma nebo otázku;
- d) závěry individuálního rozhovoru;
- e) celkové poznámky o setkání – zaznamenaná úroveň celkové spolupráce se zúčastněnou osobou;

Každý rozhovor byl rozdělen na tři části. První obsahovala drogovou kariéru respondenta, druhá byla zaměřena na nynější sociální situaci respondenta a poslední na subjektivní vnímání sociálního vyloučení. Pokud zhlédnete přiloženou strukturu rozhovoru (viz příloha č.1.), která sloužila k mým účelům a respondentům nebyla předložena, můžete vidět rozdělení těchto částí na několik podotázek. Tyto podotázky sloužily pouze k rychlejšímu zapisování důležitých

⁸² DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost : Příručka pro uživatele.* Praha: Karolinum, 1993. s. 302. ISBN 80-7184-141-2.

⁸³ podle BARKER, G. *Použití kvalitativních výzkumných metod při postupech rychlého posuzování : (Rapid Assessment) zneužívání drog ve společnosti.* Sdružení Podané ruce, Brno; Ervin Široký. Boskovice: Albert, 1999. s. 21. ISBN 80-85834-78-2.

informací v rozhovoru. Respondentovi jsem se snažila pokládat jen šest otázek, které jsou také uvedeny v příložené struktuře rozhovoru a jsou tučně zvýrazněny. Vlastní výzkum začal „*narrativem* – osobní výpovědí toho, kdo tento problém prožívá, jeho osobním *accountem* – vylíčením – tohoto problému.“⁸⁴ Pokud respondent nezačal hovořit o tématu sám, doptávala jsem se na podotázky, které byly ke každé tématické otázce rozepsány. Při rozhovoru jsem dávala najevo celkový zájem, vyjadřovala podporu a aktivně naslouchala.

7 ANALÝZA DAT

7.1 Diskurzivní analýza dat

Výsledky kvalitativního výzkumu nemohou být zobecňovány na celkovou populaci, jako je tomu u výzkumu, který se zabývá vzorkem vybraným statistickým náhodným výběrem.⁸⁵

Cílem tohoto kvalitativního výzkumu především stále zůstává porozumění respondentů, zastupující tuto populaci drogově závislých, v jeho sociální situaci.

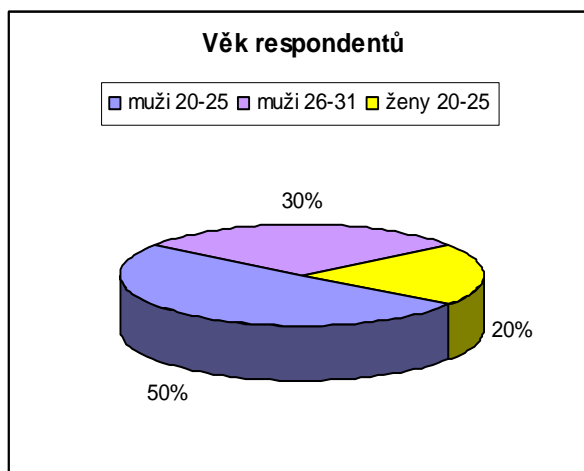
Na úvod bych ráda čtenářům nabídla zpracování statistických údajů, které byly sebrány před začátkem samostatných rozhovorů s respondenty. Na tyto otázky (viz. příloha č. 1) odpovídal respondent před rozhovorem. Tyto údaje slouží spíše pro zajímavost vybraného vzorku respondentů zastupující tuto populaci.

Věk respondentů se pohyboval podle grafu č. 1 mezi 20 – 31 lety. Ze vzorku respondentů byly zastoupeny jen dvě ženy, které obě uvedly věk od 20-25 let. Muži tvořili většinu, a to 80% respondentů. Z toho 5 respondentů uvedlo věk od 20-25 let a 3 respondenti od 26-31 let.

⁸⁴ Podle DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum, 1993. s.300. ISBN 80-7184-141-2.

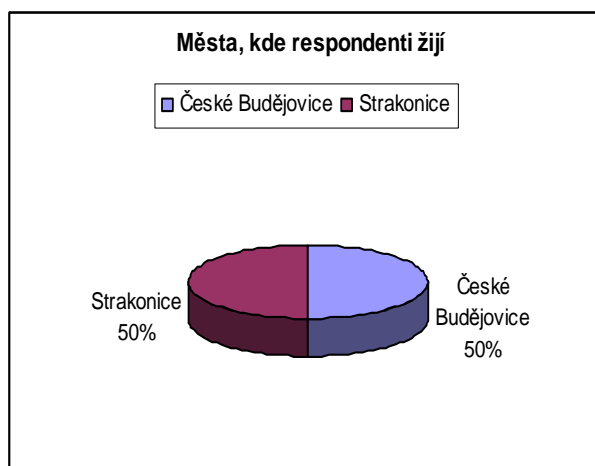
⁸⁵ Podle BARKER, G. *Použití kvalitativních výzkumných metod při postupech rychlého posuzování: (Rapid Assessment) zneužívání drog ve společnosti*. Sdružení Podané ruce, Brno; Ervin Široký. Boskovice: Albert, 1999. s. 30. ISBN 80-85834-78-2.

Graf č. 1: Věk



Zdroj: vlastní šetření

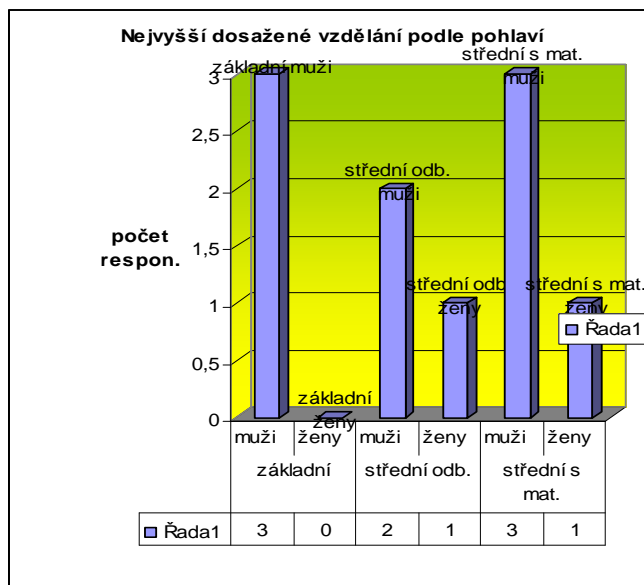
Graf č. 2: Město, kde žijí



Zdroj: vlastní šetření

Byl účelově vybrán vzorek pěti respondentů ze Strakonice a pět respondentů z Českých Budějovic. Tímto jsem chtěla porovnat chování lidí ve velkém městě (České Budějovice) a na malém městě (Strakonice).

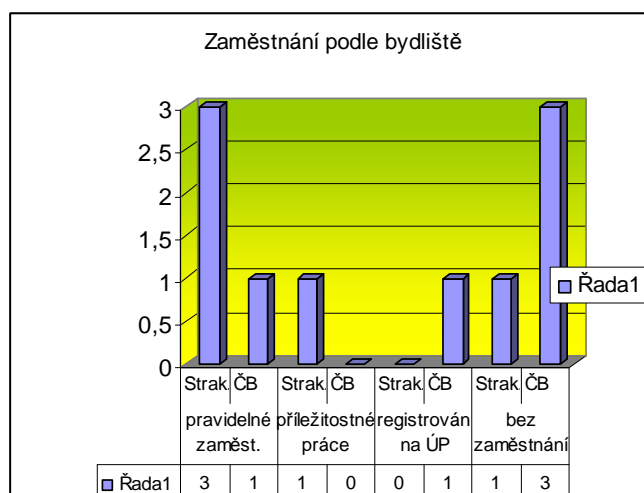
Graf č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání



Zdroj: vlastní šetření

Zde je důležitá informace o vzdělání respondentů. Ve Strakonících mělo ze zúčastněných osob tohoto výzkumu 20% základní vzdělání, 60% dokončené středoškolské vzdělání s maturitou. V Českých Budějovicích mělo 40% základní vzdělání, a pouze 20% středoškolské vzdělání s maturitou.

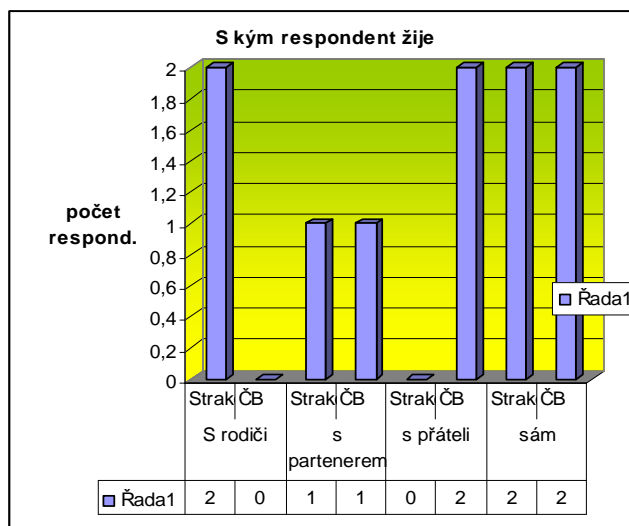
Graf č. 4: Zaměstnání



Zdroj: vlastní šetření

V okrese Strakonice uvádělo 60% respondentů pravidelné zaměstnání a 20% bez zaměstnání. V okrese České Budějovice uvedlo 80% respondentů bez zaměstnání.

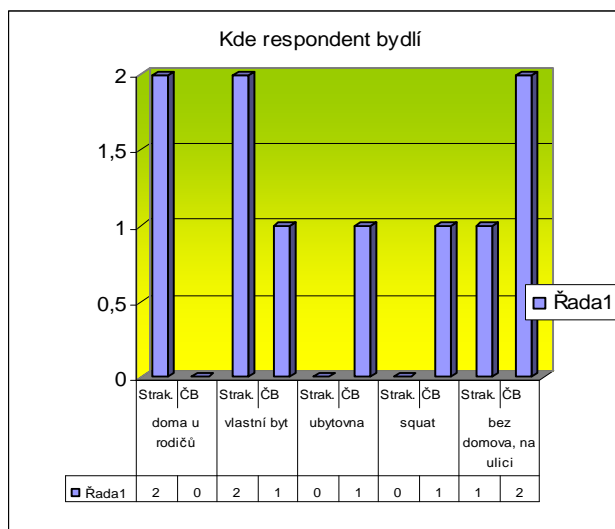
Graf č. 5: S kým respondent žije



Zdroj: vlastní šetření

Nejvíce respondentů uvedlo, že žijí sami a to celých 40% dotázaných z celého vzorku respondentů. Celých 60 % z celého vzorku respondentů uvedlo, že se s rodiči nestýká a ani neudržuje vztahy s blízkými příbuznými.

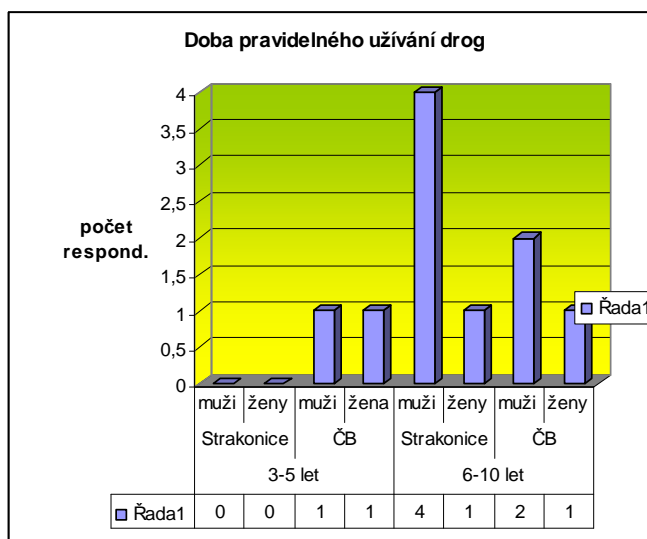
Graf č. 6: Kde respondent bydlí



Zdroj: vlastní šetření

Zde se lišil počet osob žijících „na ulici“ nebo ve „squat“ jak ve Strakonících, tak i v Českých Budějovicích. 50% všech dotázaných uvedl, že jsou bez domova, nebo přespávají na ubytovně. Ze Strakonice uvedl pouze jeden respondent, že žije „na ulici“ V Českých Budějovicích uvedli život „na ulici“ čtyři respondenti.

Graf č. 7: Doba pravidelného užívání drog



Zdroj: vlastní šetření

Většina respondentů uvedla dobu pravidelného užívání více než pět let. Ze Strakonice neuvedl žádný z dotazovaných respondentů dobu užívání menší než pět let. Z Českých Budějovic uvedli dva respondenti méně než pět let. To může svědčit o mnoha zkušenostech těchto respondentů v oblasti užívání drog.

7.2 Obsahová analýza dat

Tento výzkum je analýzou smyslu a významu prohlášení účastníků. Je pokusem o vytvoření interpretací účastníků a odvození souvislostí.⁸⁶

1. Část rozhovoru zaměřena na drogovou kariéru

Všichni respondenti uvádějí bohatou zkušenost s užíváním různých drog. Věk prvního užití nelegální drogy, včetně alkoholu a marihuany, uvedlo 20% do 10 let, 70% všech respondentů od 10 do 15 let a 10% respondentů od 15 do 18 let. U žen byl věk prvního užití nelegální drogy poměrně vyšší než u mužů. Jedna žena uvedla věk prvního užití do 15 let a druhá žena od 15 do 18 let. Důvodem, který ve většině případů uvedli jako začátek užití drogy, byl vliv kamarádů či partnera v době starší školní docházky, puberty a dospívání. Také se objevoval často jako jeden z důvodů - útek od problémů především v rodině. „*Droga mi dává únik od reality, od problémů.*“ (Jana, 24 let)

V této době všichni dotázaní uváděli injekční aplikaci drogy. Zkušenosti s abstinencí od drog uvedli všichni respondenti starších 26 let, a to zkušenosti s opakovanou, avšak neúspěšnou abstinencí. Výpověď jednoho z respondentů byla velmi zajímavá, uvedl: „*nemám zkušenosti s abstinencí a ani v budoucnu o této volbě nepřemýšlím. Momentálně necítím mít s drogami problém*“ (respondent uvedl dobu užívání 5 let, věk 22 let)

2. Čst zaměřena na sociální situaci respondenta

Ve Strakonických respondenti ve dvou případech uvedli, že bydlí s rodiči. Vztahy s rodiči ovšem byly odlišné. Zatímco jedni nevěděli, že respondent užívá

⁸⁶Podle BARKER, G. *Použití kvalitativních výzkumných metod při postupech rychlého posuzování: (Rapid Assessment) zneužívání drog ve společnosti.* Sdružení Podané ruce, Brno; Ervin Široký. Boskovice: Albert, 1999. s. 31. ISBN 80-85834-78-2.

drogy ji celých pět let, ve druhém případě rodiče o užívání drog u svého syna věděli. Cituji odpověď jednoho z respondentů: „*rodiče ví, že беру, ale navzájem se snažíme vytvořit takové podmínky, aby nám to vyhovovalo všem*“ dodává ještě, že po všech marných snahách rodičů dostat ho na léčení, se rodiče staví k tomuto problému pasivně. Pokud respondenti uvedli, že jsou bez domova, „na ulici“ nebo „na squatu“, tak popisovali několik společných faktorů, které je vedly k tomuto způsobu života. Shodovali se na neshodách v rodině, hlavně po finanční stránce. Uváděli převážně krádeže cenných věcí svým rodičům, aby měli finanční prostředky drogu. Protože nepřistoupili na podmínky rodičů, byli posléze vyhozeni z domova. Jelikož tito respondenti zároveň neuvedli žádné zaměstnání, nemohou si obstarávat peníze na drogu jiným způsobem než nelegálním a kriminálním chováním.

Respondent, který strávil v Praze „na ulici“ 1 a půl roku, popisoval svůj život zde takto: „*Vše se točí kolem drog. Ráno vstaneš, a první co tě napadne, je, jak sehnat prachy na smah. Tak jdeš bloumat po ulicích a myslíš na to, jak vydělat prachy. S kámošem nebo bez nich. Když někde něco ukradneš, tak to musíš co nejdřív prodat a to třeba i za směšnou cenu. Hlavně aby byly prachy na fet. Když to prodáš, tak jdeš sehnat dealera, což není takovej problém. Pak přichází vytoužený okamžik nášlehu. Chvíli jsi v rauši a pak teprve začneš pocíťovat druhotné potřeby jako jsou u feťáka jídlo, cigára a kde dneska přespíš. Pokud ti dávka vydrží na celý den, tak mš po šichtě. Pokud ne, tak začíná tenhle kolotoč nanovo.*“ (Petr, 31 let)

To souvisí s otázkou týkající se zkušenosti s trestnou činností, která je popsána níže. Při výzkumu jsem se také stkala poprvé s nejnižším věkem respondenta, který se ve svých 11 letech ocitnul poprvé na dva roky „na ulici“. Jako důvod uvedl, že máma si našla jiného partnera a tento partner ho vyhodil „na ulici“. Pokud respondenti uvedli, že bydlí společně s přáteli, uváděli také, že přátele taktéž užívají drogy. A stýkají se skoro ve všech případech dotázaných jen s lidmi, kteří také berou drogy. Pokud se stýkali i s lidmi, kteří neberou, postupem času tyto vztahy byly ukončeny, a to ať už ze strany respondentů, nebo jejich přátel. To svědčí o vytváření drogové komunity.

Tito lidé tedy vesměs neudržují vztahy se společnostmi, mnohdy tyto vztahy, které dělají prostředníka mezi společnostmi a těmito lidmi, nahrazují streetworkeri.⁸⁷

Po zdravotní stránce respondenti, kteří užívají pervitin se shodli na depresivních stavech, špatných náladách, emoční labilitě po dlouhodobém užívání této drogy. Uživatelé opiátů (např. Subutexu či heroinu) uvedli po vysazení drogy příznaky tělesných abstinenčních syndromů, např. pocení, bolest svalů, nevolnost, třes, horečku). Všichni dotázaní uvedli zkušenost ze zánětem žil či *abscesem*.⁸⁸

Dva respondenti uvedli že u nich při testech byla prokázána hepatitida typu C. Důležitý postřeh je ten, že celých 70% všech dotázaných uvedlo, že již byli testováni na HIV a Hep. C. Což může nasvědčovat o informovanosti této cílové skupiny uživatelů drog o přenosu a nákaze infekčních chorob.

Otázka týkající se obstarávání prostředků na drogu, byla pro respondenty nejvíce intimní. Mnoha respondentům jsem musela zdůraznit, že vše, co zde řeknou, bude anonymně zpracováno. Z výzkumu vzešlo, že 90% zúčastněných má zkušenosti s trestnou činností. Ve výpovědích žen měla jedna zkušenosti s trestnou činností a druhá ne. Pokud nemají pravidelné zaměstnání, žijí „na ulici“, obstarávají si prostředky na drogu kriminálním chováním. Je zajímavé, že v Českých Budějovicích uvedli všichni dotázaní respondenti kriminální chování (krádeže, distribuce drog, el pasa atd.) Také z tohoto okresu mělo 90% zkušenosti s opakovaným trestním řízením. Ze Strakonice uvedl pouze jeden respondent zkušenost s opakovaným trestním řízením.

Otázka na strukturu všedního dne a volného času těchto osob patřila mezi otázky, které vyvolávali u respondentů často negativní emoce. Ve většině případech si vlastně respondenti mohli uvědomit, že droga jim zabírá veškerý volný čas. Což se také stávalo. Při vyhodnocování bylo zajímavé, že respondenti ze Strakonice uváděli, že kromě drogy, mají také jiné zájmy. Sice ve většině případech tyto zájmy byli spojené s relaxací, ale vyskytovaly se také odpovědi

⁸⁷ BEDNÁŘOVÁ, Z, PELECH, L. *Sociální práce na ulici: streetwork*. Brno: Doplněk, 2000. s. 56. ISBN 1081-146-2000.

⁸⁸ Ohraničení hnisání v místě vpichu. Tvoří se zejména aplikací drogy na nesterilní místo, či aplikací nesterilní jehlou (převzato z propagačního materiálu projektu Jihočeský streetwork)

např. jízda na koni, pes i jiné zvíře či četba. Respondenti z Českých Budějovic nevedli ani jednu činnost, kterou by dělali ve volném času, kromě činností, které souvisejí s kriminálním chováním. Zde ve výpovědích žen byly rozdíly. Zatímco žena ze Strakonicka uvedla více než tři zájmy a způsoby trávení volného času, žena z Českobudějovicka nevedla žádný způsob trávení volného času., *Většinu času strávím sháněním prachů. A když mám trochu času, chodím rád na pokec do Káčka*“ (Jana, 24 let) „*Drogy mi zabírají moc času. Mrzí mě to, ale jsem, línej, nikdy jsem si nevytvořil žádného koníčka za dobu, co beru*“ (Petr, 31 let)

3. Část zaměřena na sociální exkluzi

Vyhodnocení této části bylo pro mě nejzajímavější. 80% dotázaných uvádí, že vztahy ostatních členů nedrogové společnosti k drogově závislým lidem závisí na tom, jak se uživatelé drog chovají ve společnosti. „*Pokud se člověk nesnaží ze sebe dělat za každých okolností socku a určitým způsobem se snaží zapadnout do společnosti, tak je to jedno, jestli bere nebo ne*“ (Markéta, 22 let, pravidelné zaměstnání, 5 let na opiátech).

Více než polovina uvedla, že se již cítili vyloučení ze společnosti, a to především při jednání ve zdravotnických zařízeních, na úřadech nebo v obchodech.

8 DISKUZE

Cílem následující diskuze je soustředění se na souvislosti vedoucí k potvrzení či vyvrácení hypotéz (dále jen H1, H2), ověřené na základě rozhovorů s respondenty. Pokud se bude vyskytovat daný jev více než 55%, bude H1 či H2 potvrzena. Pokud tomu bude naopak, tedy daný jev se bude vyskytovat méně než 55%, budou vyvráceny.

Hypotéza č.1: Dlouhodobá konzumace nelegálních drog vede ke kumulaci znaků sociálního vyloučení u konzumentů (např. bezdomovectví, špatný zdravotní stav, drogová kriminalita atd.)

Připomeňme si znovu s čím je spojeno často sociální vyloučení (viz. kap. 2.2 vznik sociálního vyloučení u drogově závislých jedinců, s. 24) a jak se zejména projevuje (nikoli však pouze) :

- 1) prostorovým vyloučením (jedinci anebo skupiny postižené sociálním vyloučením často žijí v uzavřených anebo izolovaných lokalitách s nízkou úrovní bydlení a nedostatečnou občanskou vybaveností);
- 2) symbolickým vyloučením spojeným se stigmatizací (zevšeobecňujícím přisuzováním negativních vlastností) jedinců či skupin;
- 3) nízkou mírou vzdělanosti a ztíženou možností tuto nevýhodu překonat;
- 4) ztíženým přístupem k legálním formám výdělečné činnosti, závislostí na sociálních dávkách a s tím spojenou materiální chudobou;
- 5) rizikovým životním stylem, špatnými hygienickými poměry a s nimi souvisejícím horším zdravotním stavem;
- 6) životními strategiemi orientovanými na přítomnost;
- 7) uzavřeným ekonomickým systémem vyznačujícím se častým zastavováním majetku a půjčováním peněz na vysoký úrok (lichva a tzv. rychlé půjčky);
- 8) větším potenciálem kriminality (zvýšeným rizikem stát se pachatelem, ale i obětí trestné činnosti);
- 9) sníženou sociokulturní kompetencí (např. jazykovou bariérou, nezkušeností či neznalostí vlastních práv a povinností);

Z grafu č. 7 můžeme pozorovat, že bylo dotázaných celkem deset respondentů, kteří uvedli, že osm jich užívá návykové látky více než pět let a dva respondenti uvedli dobu užívání méně než pět let. Pokud budeme postupovat podle částí, na které byl rozhovor rozdělen, můžeme potvrdit či vyvrátit tuto hypotézu. Respondenti kteří uvedli, že jsou bez domova (patří do důsledků sociálního vyloučení) v 70% případech uvádějí delší dobu užívání více než pět let. Také skoro ve všech případech se vyskytl vzorek toho, že se tyto respondenti stýkají pouze s lidmi, kteří také užívají drogy. Pokud bychom vyhodnotili první bod, s kterým je často spojeno sociální vyloučení, můžeme říci, že v tomto bodě by se

náš vzorek shodoval. Ke druhému bodu, můžeme vztáhnout otázku z oblasti sociálního vyloučení (viz.příloha č. 1).

Z obsahové analýzy vyplývá, že 60% respondentů uvedla, že se již cítili vyloučení ze společnosti, a to především při jednání ve zdravotnických zařízeních, na úřadech nebo v obchodech. Avšak v názorech těchto lidí na vztahy nedrogové společnosti k nim se shodují v tom, že vztahy ostatních členů nedrogové společnosti k drogově závislým lidem závisí na tom, jak se uživatelé drog chovají ve společnosti. Pakliže ale budeme brát v úvahu pouze to, jestli se v nějaké situaci cítili sociálně vyloučení ze společnosti v důsledku svého užívání drog, můžeme říci, že v tomto bodě by se také vzorek shodoval.

Z grafu č. 3 je patrné, že míra vzdělanosti u tohoto vzorku je vysoká. 40% respondentů uvedlo dokončené středoškolské vzdělání s maturitou, 30% středoškolské odborné a 30% základní dokončené vzdělání. V tomto bodě by se vzorek neshodoval. Ve čtvrtém bodě, který sledoval ztížený přístup k legálním formám výdělečné činnosti, závislost na sociálních dávkách a s tím spojenou materiální chudobou souvisí graf č. 4. Respondenti, kteří uvedli dobu užívání návykových látek delší než pět let jsou pouze z 40% bez zaměstnání. Ve Strakonících vyskytlo dokonce u tohoto vzorku dokonce 60% těch, kteří mají pravidelné zaměstnání a užívají více než pět let. Závislost na sociálních dávkách neuvedl žádný z respondentů. Což by také mohlo svědčit o neinformovanosti u těchto jedinců o nároku na dávky SSP a jiné dávky. Ale toto je pouze moje hypotéza, která nebyla nijak ověřena. Pokud budeme brát v ohled snížený přístup k legálním formám výdělečné činnosti, závislosti na sociálních dávkách a s tím spojenou materiální chudobou, pak můžeme říci, že vzorek se v tomto bodě také neshoduje. Většina respondentů, kteří jsou bez zaměstnání, odpověděla, že práci sami nehledají. Pouze jeden respondent byl hlášen v Českých Budějovicích na Úřadu práce. V bodě 5 podle grafu č. 4 bylo 50% respondentů bez zaměstnání nebo hlášeno na ÚP a 50% respondentů mělo pravidelné zaměstnání nebo příležitostné práce. U tohoto bodu nemůžeme tedy přesně zjistit, zda by se vzorek shodoval, či nikoli.

Tito lidé převážně žijí rizikovým způsobem. Mají mnohdy špatné hygienické podmínky. I když v rozhovoru nebyla přímo otázka týkající se úrovně životního stylu, z praxe mohu potvrdit, že čím je delší doba užívání návykových látek, tím se také mění úroveň životního stylu. Pokud bychom vzali v potaz to, že ve všech případech respondenti uvedli problémy spojené s injekční aplikací drogy, s psychickou komorbiditou a se snahou spojenou vysadit drogy, tak tento bod by se také shodoval se vzorkem dotázaných.

Životní strategie orientovaná na přítomnost je jasná ze struktury času v otázce č. 5 (viz příloha č.1). „*Jako adaptace na podmínky sociálního vyloučení se často vytvářejí specifické hodnoty a normy, mezi něž patří například důraz na přítomnost, neschopnost plánovat do budoucna, pocity beznaděje a bezmocnosti či přesvědčení, že člověk nemůže ovlivnit vlastní sociální situaci.*“⁸⁹ Při subjektivním vnímáním respondentů, kteří odpovídali na otázku č. 5, se tato teorie potvrdila. Tito lidé nemívají ve většině případů žádné plány do budoucna, žijí, tím co je.⁹⁰

Bod 7 nebyl předmětem mého zkoumání. Spíše se u této cílové skupiny vyskytuje kriminální chování, což je obsahem bodu 8. Kriminální zkušenost uvedlo 90% dotázaných respondentů. Podle mého názoru v toto bodě nezávisí na délce užívání drog, ale na způsobu života toho, který užívá návykové látky. V tomto bodě taktéž nalezneme shodu.

Sníženou sociokulturní kompetenci (např. jazykovou bariérou, nezkušeností či neznalostí vlastních práv a povinností) můžu odvodit pouze z vlastních praxe, nikoli z tohoto kvalitativního výzkumu. Většina těchto osob mívá snížené sebevědomí a nedůvěru ve vlastní rozhodnutí. Podle mého názoru, jedinci, kteří dokáží při užívání drog mít pravidelné zaměstnání, tak určitým způsobem mají zachované sociokulturní kompetence, z důvodu např. styku s lidmi z nedrogové společnosti. Ale ti, co žijí „na ulici“, bez zaměstnání a nikterak se nesnaží zlepšit svojí sociální situaci, tyto kompetence postupně ztrácejí.

⁸⁹ FORINT: Fórum pro integraci [online]. 2004 , 2008 [cit. 2008-02-24]. Dostupný z WWW: <<http://www.forint.cz/portal/co-je-to-socialni-exkluze/>>.

⁹⁰ Podle PRESL, J. *Drogová závislost : Může být ohroženo i Vaše dítě?*. 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 1995. 88 s. ISBN 80-85800-25-X.

Bednářová a Pelech ve své odborné publikaci o terénní sociální práci taktéž uvádějí, že mnohdy jsou těmi, kteří spojují svět narkomanů s normálním světem, se světem lidské společnosti, streetworkeri.⁹¹ Takže v závěru zhodnocení souvislostí, vedoucí k potvrzení či vyvrácení H1 můžeme říci, že tato **H1 se nám potvrdila** v 5 bodech, ve 2 bodech ne a 2 body nebyly předmětem zkoumání.

Hypotéza č.2: V chování respondentů z malého města (Strakonice) budou převažovat prvky chování, které toleruje většinová společnost (tj. budou svůj životní styl skrývat).

Tato hypotéza by podle mého názoru potřebovala k ověření platnosti samozřejmě více respondentů. Sebrala jsem vzorek pouze pěti respondentů, ale protože do Strakonic jezdím jako terénní sociální pracovník a terénní práce s uživateli drog se zde dělá více než tři roky, mohu také čerpat ze svých zkušeností a zkušeností svých kolegů. Pro lepší přehled jsem zvolila krátké shrnutí informací.

- Ve Strakonicích bylo 80% respondentů, kteří užívají déle než pět let;
- jeden respondent měl základní dokončené vzdělání, jeden středoškolské odborné a tři respondenti středoškolské s maturitou;
- tři respondenti měli pravidelné zaměstnání, jeden uvedl, že je bez zaměstnání a jeden respondent měl příležitostnou práci;
- dva respondenti bydleli doma u rodičů, dva měli vlastní byt a jeden respondent uvedl, že žije „na ulici“;
- dva respondenti žili s rodiči, dva uvedli, že sami a jeden dotázaný uvedl, že žije s partnerem;
- 100% mělo zkušenost s kriminální činností, avšak pouze jeden s opakovaným trestním řízením;
- 80% z tohoto města uvedlo, že mají své záliby ve svém volném času.

⁹¹Podle BEDNÁŘOVÁ, Z, PELECH, L. *Sociální práce na ulici: streetwork*. Brno: Doplněk, 2000. s. 69. ISBN 1081-146-2000.

Z tohoto závěru můžeme definovat taktéž **platnost H2**. Stále však bych chtěla připomenout, že nebylo mým cílem vytvořit statistické údaje podle vzorku dotázaných, ale pochopit chování těchto lidí, které je propojeno se sociálním prostředím, a také porozumět interakcím, ke kterým zde dochází.

Závěr diskuze bych chtěla věnovat možným přístupům, jak by byl možné dosáhnout zlepšení sociální situace u této cílové skupiny. Velký přínos vidím v terénní sociální práci, v činnosti K-center a ve všech dalších službách, které nabízí sociální síť. Lidé, kteří v těchto sociálních službách pracují, jsou v každodenním kontaktu s drogově závislými, zprostředkovávají jim nejen sterilní injekční materiál, ale především také šíří různé informace, informace o možnosti testování, zařizují léčby, dělají asistenci této skupině lidí (např. při kontaktech s úřady a se zdravotnickým zařízením) a především je motivují k abstinenci a k začátku nového života bez drog. Sama z praxe mohu potvrdit, že jsem se již setkala se stigmatizováním těchto lidí na úřadech či ve zdravotnictví. Neochotu personálu poskytovat služby, na které má člověk, který užívá drogy, stejný nárok jako člověk, který je neužívá. Na druhou stranu jsem mnohdy svědkem toho, že opravdu si v některých situacích za stigmatizaci mohou sami uživatelé drog především tím, jak se chovají ve společnosti a především ke členům nedrogové společnosti. Je však důležité hledat společné cesty nedrogové populace k lidem závislým na drogách.

ZÁVĚR

V závěru této práce bych chtěla shrnout poznatky, které jsem při zpracování této práce získala. Tato práce si kladla za cíl umožnit laické veřejnosti nahlédnout do sociální situace uživatelů drog. Teoretická část práce přiblížila specifika dlouhodobého užívání drog po odborné stránce a v praktické části jsem se snažila ukázat život toxikomanů na základě jejich osobních výpovědí. Hypotézy se sice potvrdily, ale neznamená to, že by se daly tyto hypotézy vztáhnout na celou populaci uživatelů drog. Sebrala jsem pouze malý vzorek respondentů, ale i tento malý vzorek může svědčit o sociální situaci uživatelů drog. Je pouze na čtenáři, jaký si vytvoří náhled na tuto specifickou skupinu lidí, kteří žijí mezi námi. Také tito lidé potřebují někdy pomocnou ruku, jako někdy my všichni, ať už drogy bereme, nebo ne. Z této problematiky je to pouze zlomek toho, co mohu čtenářům této práce nabídnout. Avšak i malý vzorek může přispět k dalšímu vytvoření si určitého postoje k těmto lidem. Ať bude pozitivní či negativní.

Sociální služby pro uživatele drog jsou často považovány většinou v očích spoluobčanů za neefektivní a zbytečné. V našem konzumním světě se často setkávám s nízkým hodnocením a dokonce pohrdáním lidí, kteří pracují s drogově závislými. Naši občané by si měli uvědomit, že žijí ve společnosti, která je zvyklá vše přijímat a ne moc rozdávat. Sociální práce zatím u nás nelze považovat za prestižní zaměstnání. Pokud prestiží rozumíme vydělávání peněz a ocenění ve společnosti, tak opravdu ne. Ale i u nás existuje řada odborníků, kteří celý svůj život zasvětili pomoci druhým a těm patří největší ocenění.

Doufám, že postupem času se náhled na toto zaměstnání v naší společnosti změní. Že většina lidí neupřednostní honbu za penězi a materiálním bohatstvím, ale že do popředí se dostanou hodnoty jako je dobrý pocit z toho, že můžu někomu pomoci, dát naději a víru v lepší a zdravější život člověka i celé společnosti...

Seznam použitých zdrojů (literatury)

MONOGRAFIE

- 1) BARKER, G. *Použití kvalitativních výzkumných metod při postupech rychlého posuzování: (Rapid Assessment) zneužívání drog ve společnosti.* Sdružení Podané ruce, Brno; Ervin Široký. Boskovice: Albert, 1999. 60 s. ISBN 80-85834-78-2.
- 2) BEDNÁŘOVÁ, Z, PELECH, L. *Sociální práce na ulici: streetwork.* Brno: Doplněk, 2000. 102 s. ISBN 1081-146-2000.
- 3) DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost : Příručka po uživatele.* Praha: Karolinum, 1993. 374 s. ISBN 80-7184-141-2.
- 4) DOČKAL, J. *Člověk a drogy.* Praha : Éthum, 2000. 84 s. ISBN neuvedeno
- 5) EMCDDA: *Výroční zpráva za rok 2007, Stav drogové problematiky v Evropě.* Lucemburg: Úřad pro úřední tisky evropských společenství, 2006. 96 s. ISBN 92-9168-254-3.
- 6) FLEISCHMANN, O., et al. *Vybrané psychologické aspekty terénní sociální práce.* Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 2006. 69 s. ISBN 80-7044-769-9.
- 7) FROUZOVÁ, M. Psychologické a psychosociální faktory vzniku a rozvoje závislosti, *Drogy a drogové závislosti.* Praha: Úřad vlády ČR, 2003. s.124-128. ISBN neuvedeno.
- 8) HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník.* Praha : Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
- 9) KLÍMA, P, et al. *Kontaktní práce : Antologie textů České asociace streetwork.* Praha: Publikováno v rámci projektu "Profesní vzdělávání pracovníků a odborníků v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež (NZDM) a streetwork (SW) sdružení v ČAS", 2007. 359 s. ISBN neuvedeno.
- 10) LEARY, T, METZNER, R, ALPERT, R. *Psychedelická zkušenost: příručka na podkladě Tibetské knihy mrtvých.* Praha : Levné knihy KMa, 2000. 189 s. ISBN 80-86425-97-5.

- 11) MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. 288 s. ISBN 80-7178-549-0.
- 12) MATOUŠEK, O., et al. *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. Sociální práce s rizikovou mládeží, 315 s. ISBN 80-7367-002-X.
- 13) MRAVČÍK, V., et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007*. Praha : Národní monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost, 2006. Sociální souvislosti a důsledky užívání drog, s. 54-65. ISBN 978-80-87041.
- 14) PRESL, J. *Drogová závislost : Může být ohroženo i Vaše dítě?. 2. rozš. vyd.* Praha: Maxdorf, 1995. 88 s. ISBN 80-85800-25-X.
- 15) SHLAIN, B, LEE, M.A. *Sny vědomí, CIA, LSD a revolta 60. let*. Zdeněk Bohm. Praha : Volvox globator, 1996. 378 s. ISBN 80-7207-018-5.
- 16) VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese : Variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.
- 17) ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. 95. s. ISBN 80-244-0709-4.

ELEKTRONICKÉ DOKUMENTY

- 18) FORINT : *Fórum pro integraci* [online]. 2004 , 2008 [cit. 2008-02-24]. Dostupné na WWW: <<http://www.forint.cz/portal/co-je-to-socialni-exkluze/>>.
- 19) HIV/AIDS v ČR : *Výskyt a šíření HIV/AIDS v ČR V ROCE 2007* [online]. 2008, 11/2/2008 [cit. 2008-02-24]. Dostupný z WWW: <<http://www.aids-hiv.cz/udajevCR.html>>
- 20) HRADEČTÍ, V.,I. *Bezdomovství-extrémní vyloučení*. Praha: O.s. Naděje, 1996. 28 s. Dostupné na WWW: <http://www.nadeje.cz/vz/bezdomovstvi_exv.pdf>. ISBN neuvedeno.

- 21) KALINA, K.a kol. *Drogy a drogové závislosti : bio-psycho-sociální model*. [online]. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. [cit. 2007-07-23]. Kapitola 2, KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. Dostupné na WWW: http://www.drogy-info.cz/pdf/drogy_a_drog_zavislost_dill.pdf. ISBN 80-86734-05-6.
- 22) KALINA, K.a kol. *Drogy a drogové závislosti : Návykové problémy a přístupy*. [online]. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. [cit. 2007-07-23]. Kapitola , KALINA, K. *Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy*. s. 15. Dostupné na WWW: http://www.drogy-info.cz/pdf/drogy_a_drog_zavislosti_dil1.pdf. ISBN 80-86734-05-6.
- 23) LAMPRECHT, M, HANSPETER, S. Struktury a funkce volného času v současnosti. *Překlad přednášky podle jejich knihy Die sozielle Ordnung der Freizeit* [online]. 1994 [cit. 2008-03-15], s. 127-154. Dostupné na WWW: http://www.tf.jcu.cz/cz_lmenu/ka-
- 24) MEZINÁRODNÍ DISKUZNÍ FÓRUM "Drogy a televize", Třeboň, 2.-3. května 2007 [online]. 2007 [cit. 2007-08-10]. Dostupný z WWW: www.drogy-info.cz.
- 25) MINAŘÍK, J. Definice (syndromu) závislosti na psychoaktivních látkách . *Závislost* [online]. 2004 [cit. 2007-07-15], s. 1. Dostupné na <http://www.odrogach.cz/index.php?p=2&sess=&disp=texty&offset=116&list=116&shw=100093>
- 26) *NÁRODNÍ STRATEGIE PROTIDROGOVÉ PILITYKY NA OBDOBÍ 2005 AŽ 2009*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005, 2005. 31 s. Dostupné na WWW: www.vlada.cz. ISBN 80-86734-39-0.
- 27) NEDĚLNÍKOVÁ, D, et al. *Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce*. Ostrava: Ostravská Univerzita, 2007. 201 s. Dostupné na WWW: <http://www.mpsv.cz>
- 28) NEŠPOR, K, MÜLLEROVÁ, M. Jak přestat brát (drogy) Svépomocná příručka: *Anonymní narkomané* [online]. 2006 [cit. 2007-07-29], 98 s. Dostupné na WWW: <http://www.plbohnice.cz/nespor/shd06w.pdf>. ISSN nevedeno.

- 29) ORLÍKOVÁ, B. Nemoci a drogy : HIV. *Drogy a nemoci: Hepatitidy* [online] 2005 [cit. 2008-03-21]. Dostupný z WWW: <<http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=30>>. ISBN nevedeno.
- 30) ORLÍKOVÁ, B. Nemoci a drogy : HIV. *Drogy a nemoci: HIV* [online] 2005 [cit. 2008-03-21] Dostupné na WWW: <<http://www.drogovaporadna.cz/rubrika.php?rubrika=30>>. ISSN nevedeno.
- 31) PLOCOVÁ, M. Lidská duše a závislost. *AT konference - XII. ročník* [online]. 2006 [cit. 2007-03-13]. Dostupné na WWW: <<http://www.adiktologie.cz/articles/cz/184/662/Prispevky-a-prezentace.html>>. ISSN nevedeno
- 32) RADIMECKÝ, J. Proč lidé užívají drogy. *Drogy - mýty a stereotypy* [online]. 2006 [cit. 2007-07-29], s. 1. Dostupné na WWW: <<http://www.adiktologie.cz/articles/cz69/28/Proc-lide-uzivaji-drogy.html>>. ISSN nevedeno.
- 33) SAK, P. Proměny volného času a zaostávání pedagogiky. *Britské listy: deník o všem, o čem se v České republice příliš nemluví* [online]. 2006 [cit. 2007-03-15]. Dostupný z WWW: <<http://www.blisty.cz/art/29205.html>>. ISSN 1213-1792 dení.
- 34) *SOCIÁLNÍ VYLOUČENÍ: Jak vznikla sociální vyloučení* [online]. 2003 [cit. 2008-02-24]. Dostupné na WWW: <<http://www.clovekvtisni.cz/index2.php?parent=119&sid=113&id=217>>.
- 35) ŠRAJER, J. Drogová závislost a výchova ke svobodě . *Teologické texty* [online]. 2004, roč. 4 [cit. 2007-07-29], s.137-139. Dostupný z WWW: <http://www.tf.jcu.cz/cz_lmenu/katedry/etika/index.php>. ISSN nevedeno
- 36) *TOXIKOMÁNIE, TOXIKOMAN (ADDICTION, ADDICT)* [online]. 2003 , 4.10.2005 [cit. 2003-04-23]. Dostupné na WWW: <www.drogy-info.cz>. [Http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/t/toxikomani_toxikoman_ad](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/t/toxikomani_toxikoman_ad)
- 37) TRESTNÍ ZÁKON: *Zákon č. 140/1961 Sb.* [online]. 2007 , 1.1.2008 [cit. 2008-04-19]. Dostupný z WWW: <<http://zakony.ic.cz/trestni-zakon/>>.

- 38) VÝROČNÍ ZPRÁVA NPC. 2006. *Výroční zpráva Národní protidrogové centrály 2006* [online]. 2006 [cit. 2007-08-10], 23. s. Dostupné na WWW: <<http://www.mvcr.cz/dokument/index.html#drogy>>.
- 39) ZÁKON č. 108/2006 Sb., O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH [online]. 2006, 12.10. 2006 [cit. 2008-02-10]. Dostupné na WWW: <www.mpsv.cz> http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky_odpovedi_22-rev2.pdf.

CIZOJAZYČNÁ LITERATURA

- 40) Dle Světové zdravotní organizace (WHO), *The role of WHO in public health* [online]. 2008 [cit. 2008-01-16]. Dostupné na WWW: <http://www.who.int/about/role/en/index.html>.
- 41) FELDMAN, H. *Ideological to becoming and remaining heroin addict. Journal of Health and Social Behavior*, Vol.9, 1968, s.131-139.
- 42) ONDREJKOVIČ, P.; POLIAKOVÁ, E. *Proti drogová výchova*. Bratislava: Veda, 1999. s. 58. ISBN 80-224-0553-1.

ČASOPISECKÉ STATĚ

- 43) MAREŠ, P. Chudoba, marginalizace, sociální vyloučení. *Sociologický časopis* [online]. 2000, č. 3 [cit. 2008-02-24], s. 1-13. Dostupný z WWW: <http://sreview.soc.cas.cz/upl/archiv/files/376_285MARES.pdf>.
- 44) propagační materiály projektu Jihočeský streetwork
- 45) Toxické psychózy II.. Dekontaminace: Pro sekundární a terciální prevenci drogových závislostí. 2001, č. neuvedeno, s. 25. ISSN neuvedeno

Seznam zkratk

WHO (World Health Organization) - Světová zdravotnická organizace

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction)

- Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost

i.v. – intra-venózní užívání drog (injekční aplikace drog)

NMS – Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

EU – Evropská unie

NPC – Národní protidrogová centrála

PMS – Probační a mediační služba

OPP – Obecně prospěšné práce

MS ČR – Ministerstvo spravedlnosti České republiky

OSN – Organizace spojených národů

SSP – Státní sociální podpora

TZ – Trestní zákon

Seznam příloh

Příloha č. 1: Obsah strukturovaného rozhovoru

Přílohy

Příloha č.1 Obsah strukturovaného rozhovoru

Věk	
Pohlaví:	1. žena 2. muž
Nejvyšší dokončené vzdělání:	1. nedokončené vzdělání 2. základní 3. střední odborné 4. střední s maturitou 5. vysokoškolské
Zaměstnaní / škola:	1. pravidelné zaměstnání 2. škola 3. příležitostná práce 4. registrován na ÚP 5. bez zaměstnání 6. dávky SZ
Bydliště:	1. České Budějovice 2. Strakonice
S kým žiješ:	1. sám 2. s rodiči/rodinou 3. s přáteli 4. s partnerem
Kde bydlíš:	1. doma (u rodičů) 2. vlastní byt (i pronajatý) 3. cizí byt 4. ubytovna 5. squat 6. bez domova, na ulici
Doba pravidelného užívání drog	

1. Drogová kariéra

ot. č.1 **Můžeš mi povědět o svých zkušenostech s drogami?** (drogová kariéra)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Jaké drogy si za dobu užívání zkusil/a?

.....
.....

V kolika letech jsi užil/a poprvé ilegální drogu?

Proč si myslíš, že jsi začal/a s užíváním drog?

.....
.....
.....

Máš zkušenosti s abstinencí od drog?

.....
.....

2. Sociální situace

ot. č.2 **Jak vypadá tvoje situace ohledně bydlení?**

.....
.....
.....
.....

Zkus popsat, jak vypadá takový život „na ulici“?

.....
.....
.....
.....

Z jakého důvodu ses „na ulici“ dostal/a?

.....
.....

V kolika letech jsi se poprvé ocitl/a „na ulici“?

S jakými lidmi se nejčastěji stýkáš?

.....
.....

Popiš současný vztah s rodinou, s blízkými příbuznými

.....
.....
.....

ot. č.3 **Jak se v současnosti cítíš po zdravotní stránce?**

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Myslíš si, že má užívání drog vliv na tvůj zdravotní stav?

.....
.....

ot. č.4 **Jak si obstaráváš prostředky na drogu?**

.....
.....
.....
.....
.....

Máš zkušenosti s trestnou činností?

.....
.....

3. ot. č.5 **Zkus popsat, jak trávíš obyčejný všední den.**

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. Sociální exkluze

ot. č. 6 **Jak vnímáš vztahy ostatních členů nedrogové společnosti k drogově závislým lidem?**

.....
.....
.....
.....
.....

Cítil/a jsi se někdy sociálně vyloučený/á ze společnosti? V jaké situaci?

.....
.....

Abstrakt v českém jazyce

HYNOUŠOVÁ, O. *Důsledky dlouhodobého užívání návykových látek (drogová závislost jako cesta k sociálnímu vyloučení*. České Budějovice 2008. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie. Vedoucí práce Mgr. Jana Šimečková

Klíčová slova: drogová závislost, uživatelé drog, modely závislosti, problémový uživatelé drog, sociální vyloučení, stigmatizace, toxikomani, kriminalita, nízkoprahové sociální služby

Práce pojednává o závislosti na návykových látkách, dlouhodobém užívání drog, s tím spojených důsledků a rizik a především o náhledu do sociální situace dlouhodobých uživatelů drog.

První kapitola teoretické části se zabývá drogovou závislostí, jejím vznikem, fázemi užívání a různými přístupy, které se ve světě uplatňují v teoretických výkladech drogové závislosti. Druhá kapitola nahlíží na sociální vyloučení a vychází z identifikace jednotlivých aspektů sociálního vyloučení, které jsou v této kapitole podrobně rozpracovány. V poslední kapitole jsou nastíněné principy na kterých staví sociální práce s touto cílovou skupinou a stručný přehled služeb pro drogově závislé.

Praktická část přináší souhrn poznatků z prováděného kvalitativního výzkumu, který je postaven na osobních výpovědích dlouhodobých uživatelů drog.

Mojí snahou v této práci je především rozšířit pohled společnosti na subkulturu drogově závislých a pokusit se přispět k pochopení podstaty sociální struktury u drogově závislých lidí.

Abstrakt v anglickém jazyce

THE ABSTRACT

The consequences of long-term using drugs (drug addiction like a way of the social suspension)

The keywords: drug addiction, drug users, the patterns of addiction, problematic users, the social suspension, stigmatization, drug addicts (toxic users), delinquency, the low-threshold social services

The aim of this essay is to deal with drug addiction, long-term using drugs, related consequences and risks and mainly with the opinion about the social situation of long-term users.

The first part of academic section concerns the drug addiction, its outset, the periods of using and the varied approaches, which have been using for theoretical interpretation of drug addiction. The second part discusses the social suspension and proceeds from identification of the individual aspects of it. These are developed in this part minutely. The last part refers to the principals based on social work with this focus group and to the overview of the services for drug addicts.

The practical section brings a summary of the facts and details from performed qualitative analysis, which is based on the personal statements from long-term users.

The essential purpose of my essay is to expand a view of this society on drug subculture and to attempt to contribute to the comprehension of substance of social structure connected with drug addicts.