

Univerzita Hradec Králové
Ústav sociální práce

Diplomová práce

2015

Bc. Lenka Velagyiová

Univerzita Hradec Králové
Ústav sociální práce

**Hodnocení sociálních služeb z pohledu uživatelů
drog**
Diplomová práce

Autor: Bc. Lenka Velagyiová
Studijní program: N6731 – Sociální politika a sociální práce
Studijní obor: Sociální práce
Vedoucí práce: PhDr. Daniela Květenská, Ph.D.

Zadání diplomové práce

Autor: Bc. Lenka Velagyiová

Studium: U142

Studijní program: N6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

Název diplomové práce: **Hodnocení sociálních služeb z pohledu uživatelů drog**

Název diplomové práce AJ: Evaluation of Social Services from the Perspective of Drug Users

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Vymezení pojmů, historie sociální práce s uživateli drog, terénní sociální práce, kontaktní sociální

práce, metodika, motivace, drogová scéna v ČR, typy zařízení pro drogově závislé apod. Praktická

část: Specifika sociální práce s uživateli drog - formou dotazníkového šetření zjištění spokojenosti

klientů s prací sociálních pracovníků z různých organizací a porovnání zjištěných výsledků.

Výzkumná metoda: Kvantitativní výzkum formou dotazníků s komparační funkcí

Garantující pracoviště: Katedra sociální práce a sociální politiky,
Ústav sociální práce

Vedoucí práce: PhDr. Daniela Květenská, Ph.D.

Oponent: JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc.

Datum zadání závěrečné práce: 28.1.2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Tanvaldu dne 7. 12. 2015

Bc. Lenka Velagyiová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala paní PhDr. Daniele Květenkové, Ph. D. za odborné vedení této diplomové práce, cenné rady, připomínky a nasměrování, které mi bylo z její strany ochotně poskytnuto.

Dále bych chtěla poděkovat pracovníkům zkoumaných nízkoprahových organizací za pomoc s realizací výzkumu a vyplnění dotazníků s klienty.

Nakonec také moc děkuji rodině, která mě ve studiu podporovala a studium na vysoké škole mi umožnila.

Abstrakt

VELAGYIOVÁ, Lenka Bc. *Hodnocení sociálních služeb z pohledu uživatelů drog*. Hradec Králové, 2015. 71 s. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: PhDr. Daniela Květenská, Ph.D.

Tato diplomová práce se zabývá tématem hodnocení sociálních služeb z pohledu uživatelů drog.

Na počátku práce v krátkosti vymezuje pojmy spojené s tématem práce. Podkapitola je o rozdělení drog a stručně je charakterizuje. Sociální práci s uživateli drog, důsledky a rizika spojené s užíváním nealkoholových psychoaktivních látek. Důležitou částí je kapitola, která obsahuje sociální služby pro uživatele drog. Zde je stručně uvedena historie zneužívání nealkoholových drog a metody protidrogové prevence v ČSSR. Dále je uveden termín primární, sekundární a terciární prevence, výkon drogových služeb, nízkoprahové programy a s nimi související pojem harm reduction. Také popisuje sociální služby pro uživatele drog – terénní programy, nízkoprahová kontaktní centra, ambulantní léčbu, denní stacionáře, detox, psychiatrické léčebny, terapeutické komunity, doléčovací centra, substituční léčbu a právní poradnu. Obsáhleji vymezuje terénní programy a kontaktní centra, která jsou předmětem výzkumu. Další část diplomové práce je zaměřena na metodu motivačních rozhovorů, konkrétně na tzv. kolo změny.

Praktická část se zaměřuje na specifika sociální práce s uživateli drog v nízkoprahových zařízeních, které jsou předmětem zkoumání této práce. Výzkumné šetření je zaměřeno na porovnání názorů na práci sociálních pracovníků v nízkoprahových zařízeních, v hlavním městě Praha a Libereckém kraji. Konkrétně se zaměřuje na vyjádření míry spokojenosti klientů se službami poskytovanými v těchto zařízeních. Pro tuto diplomovou práci byl zvolen kvantitativní výzkum formou dotazníku.

Klíčová slova: uživatel, droga, služba, nízkoprahovost, klient, závislost

Abstract

VELAGYIOVÁ, Lenka Bc. Evaluation of social services from the perspective of drug users. Hradec Kralove, 2015. 71 p. Master Degree Thesis. University of Hradec Králové. Leader of the Master Degree Thesis: PhDr. Daniel Květenská, Ph.D.

This thesis deals with evaluation of social services from the perspective of drug users.

At the beginning of the work briefly defines the concepts related to the theme of work. Another section is about the distribution of drugs and briefly characterizes them. Social work with drug users, implications and risks associated with the use of non-alcohol psychoactive substances.

The important part is the chapter that includes social services for drug users. Here are given a brief history of non-alcohol drug abuse and methods of drug prevention in Czechoslovakia. Furthermore shown terms primary, secondary and tertiary prevention, drug services operation, low-threshold programs and the related concept of harm reduction. It also discusses social services for drug users - outreach programs, low-threshold contact centers, outpatient treatment, day care centers, detox, psychiatric hospitals, therapeutic communities, aftercare centers, substitution treatment, and legal advice. Comprehensively defines outreach programs and contact centers that are the aim of research. Another part of the thesis is focused on the motivational interviewing method, called wheel changes.

The practical part focuses on the specifics of social work with drug users in low-threshold facilities, which are the subject of this research. The research is focused on the comparison of views on the work of social workers in low-threshold facilities in the capital city of Prague and Liberec. Specifically, it focuses on the expression level of client satisfaction with services provided in these facilities. For this thesis was chosen quantitative research by questionnaire.

Keywords: user, drug, service, low - threshold, the client, addiction

OBSAH

ÚVOD	9
Teoretická část	11
1 Vymezení pojmů	11
1.1 Rozdělení drog.....	13
2 Sociální práce s uživateli drog	16
2.1 Důsledky abúzu nealkoholových psychoaktivních látek.....	17
3 Sociální služby pro uživatele drog	20
3.1 Nízkoprahové programy.....	23
3.1.1 <i>Terénní programy</i>	25
3.1.2 <i>Nízkoprahová kontaktní centra</i>	27
3.2 Ostatní sociální služby pro uživatele drog.....	28
4 Motivační rozhovory	32
4.1 Kolo změny.....	33
5 Hodnocení nízkoprahových služeb z pohledu uživatelů drog	37
5.1 Cíle a výzkumný problém.....	37
5.1.1 <i>Dílčí cíle</i>	37
5.1.2 <i>Transformace dílčích cílů do dotazníkových otázek</i>	38
5.2 Metody výzkumu.....	39
5.2.1 <i>Sestavení dotazníku a předvýzkum</i>	40
5.3 Popis realizace výzkumného šetření.....	41
5.4 Charakteristika výzkumného souboru.....	41
5.5 Vyhodnocení výzkumu podle pořadí znaku dotazníku.....	41
5.6 Interpretace a shrnutí dílčích zjištění.....	65
ZÁVĚR	67
Seznam literatury.....	69

Seznam příloh

PŘÍLOHA 1 – Dotazník.....	72
PŘÍLOHA 2 – Vyplněný dotazník.....	76
PŘÍLOHA 3 – Seznam použitých zkratk s výkladem.....	80
PŘÍLOHA 4 – Seznam tabulek, grafů a obrázků.....	81

ÚVOD

Jako téma své diplomové práce jsem si zvolila: „Hodnocení sociálních služeb z pohledu uživatelů drog. Hlavním cílem je zkoumat specifika práce sociálního pracovníka s uživateli drog, konkrétně práci v nízkoprahových zařízeních. Zejména v empirickém šetření jde o to zachytit, vyhodnotit práci sociálních pracovníků v nízkoprahové organizaci v Libereckém kraji a Praze, tak jak ji vnímají uživatelé drog. Dále zjistit, jak služby nízkoprahových center hodnotí a zda jsou s poskytovanou pomocí spokojeni.

V první kapitole diplomové práce vymezím pojmy, které s tématem práce souvisí a objevují se v dalších kapitolách. Podkapitola stručně charakterizuje drogy dostupné v České republice.

V druhé kapitole se budu zabývat tématem sociální práce s uživateli drog, kde je nejprve charakterizovaná cílová skupina, která je předmětem výzkumu. Dále budou uvedeny důsledky abúzu nealkoholových psychoaktivních látek a důsledky intravenózní, nitrožilní aplikace těchto látek. Toto je důležité znát při práci s uživateli drog, zejména proto, aby sociální služba byla co nejkvalitnější.

Pro tuto práci je stěžejní kapitola „sociální služby pro uživatele drog“. Na počátku této kapitoly bude stručně popsána historie léčby a středisek pro závislosti. Dále metody protidrogové prevence v ČSSR. Následně popíši prevenci v dnešní době, kterou dělíme na primární, sekundární a terciární. Dále charakterizují jednotlivé služby, které jsou zahrnuty v našem systému péče pro uživatele drog. Nejvíce rozpracovaná bude kapitola s názvem nízkoprahové programy, z toho důvodu, že je předmětem hodnocení sociálních služeb ve výzkumu. S nízkoprahovými programy souvisí pojem harm reduction, který zde bude také blíže představen. Dále budou vymezeny terénní programy a kontaktní centra. V závěru kapitoly jsou charakterizovány ostatní služby určené pro uživatele drog.

Čtvrtá kapitola se bude věnovat komunikačnímu přístupu zaměřenému na hledání a rozvíjení motivace klientů ke změně chování, který se nazývá motivační rozhovory. Jde o empatický přístup, který má své využití v práci s uživateli drog, kdy pomocí motivačních rozhovorů je možné intervencí změnit chování klienta směrem k méně rizikovému chování.

Praktická část diplomové práce se bude zabývat zjištěním a porovnáním názorů uživatelů drog na práci sociálních pracovníků v nízkoprahových organizacích v Libereckém kraji a Praze. Výsledky zjištění budou vzájemně porovnány. Hlavním cílem je zjistit názory uživatelů drog na práci sociálních pracovníků v terénních programech a kontaktních centrech, jak poskytované služby hodnotí a zda jsou se službou spokojeni.

Pro tuto práci bude zvolen kvantitativní výzkum a to formou dotazníku. Dotazníkové šetření je technika, při které potřebné informace od respondentů získáváme písemně a nemusíme být v osobním kontaktu s respondenty. Proto byl dotazník pro tento výzkum nejvhodnější, protože bylo nutné za krátkou dobu získat, co nejvíce odpovědí.

Téma jsem volila z osobního zájmu. Velmi mě téma sociální práce s uživateli drog zajímá. A v době zvolení tématu diplomové práce jsem pracovala v terénním programu pro uživatele drog v Libereckém kraji. Tato práce mi přijde náročná zejména, co se týče psychiky pracovníka a vyžaduje individuální přístup ke klientům.

Na téma sociální práce s uživateli drog je jistě mnoho výzkumů, ale hodnocení sociálních služeb z pohledu klientů by mohlo být přínosem zejména pro zkoumané organizace, které tímto získaly zpětnou vazbu. Tato práce by mohla být přínosná i pro ostatní sociální pracovníky zabývající se touto cílovou skupinou, pro studenty/studentky sociální práce a podobných oborů, v neposlední řadě i pro širokou veřejnost. Mimo jiné získají alespoň minimální povědomí o práci sociálních pracovníků s uživateli drog a informace o nízkoprahových zařízeních.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Vymezení pojmů

V úplném počátku diplomové práce vymezím pojmy, které jsou spojené s tématem práce „hodnocení sociálních služeb z pohledu uživatelů drog“, a které budou zmíněny v dalších kapitolách. Podkapitolou této části je stručná charakteristika drog, abychom získali povědomí o dostupných drogách v České republice.

Jedním ze stěžejních pojmů při práci s uživateli drog je pojem *závislost*, kterou mezinárodní klasifikace nemocí definuje jako „...skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost, než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Syndrom závislosti je touha brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák...“ (Nešpor, 1994, s. 16) Mezinárodní klasifikace dále uvádí, že definitivní diagnóza závislosti by se měla stanovit pouze tehdy, jestliže během posledního roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů: silná touha užít látku, potíže v kontrole užívání látky, somatický odvykací stav, průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látky, postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů a zvýšené množství času věnovaného k získání či užívání psychoaktivní látky, pokračování v užívání i přes zjevné škodlivé následky. (Fleischmann, 2006)

Termín *droga* má mnoho významů. V úmluvách OSN takto označujeme látky podřízené mezinárodní kontrole. V medicíně pojem chápeme jako některá léčiva užívaná pro předejití, vyléčení nemoci nebo pro zvýšení fyzické či psychické kondice. Farmakologie drogy chápe jako chemické činitele, které upravují biochemické nebo fyziologické procesy ve tkáni nebo organismu. Pro účely této práce drogou rozumíme nezákonnou psychoaktivní látku. Nepovažujeme za ní kofein, tabák, alkohol a další látky, které jsou běžně užívány bez lékařského předpisu a v jistém slova smyslu také drogy, ale jejich užívání není nezákonné. Práce je zaměřena na cílovou skupinu uživatelů drog nealkoholových látek, kam spadají látky, které jsou více popsány v podkapitole rozdělení drog. Droga je často chápána jako psychotropní látka, což je látka, která mění duševní procesy, tedy myšlení nebo emoce. Tento pojem se týká všech druhů látek a nejen povolených, ale i zakázaných a nemusí nutně vytvářet závislost. (Kalina, 2001)

Sociální služby jsou poskytované osobám, které se přechodně ocitly nebo žijí v mimořádně obtížných poměrech a osobám jejich životní způsoby vedou ke konfliktům se společností. Slouží také k ochraně společnosti před vznikem a šířením negativních jevů. Jedná se o činnosti preventivního charakteru, činnosti poskytující okamžitou a nezbytnou pomoc při začleňování do společnosti. (Matoušek, 2003) Základní formou sociálních služeb, dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění, je sociální poradenství, sociální péče a sociální prevence. Služby se poskytují jako pobytové (spojené s ubytováním v zařízeních), ambulantní (za kterými osoba dochází nebo je doprovázena, součástí služby není ubytování) a terénní (poskytované v přirozeném prostředí klientů).

Sociální služby se zaměřují na různé *cílové skupiny*, kdy těmto rozumíme jako specifické skupině v populaci, určené například věkem, mírou rizika, nepříznivou zdravotní, sociální, právní či jinou situací, na niž se zaměřuje určitý program nebo služba. Sociální služba pro uživatele drog je komplex zdravotních, zdravotně-sociálních či jiných intervencí. (Miovska a kol. 2006)

V další části práce jsou vymezeny *nízkoprahové programy*, zařízení dostupná klientům bez nutnosti se objednávat, případně i bez nutnosti uvádět vlastní totožnost. Patří mezi ně *kontaktní centra* (k-centra), která jsou určena klientům, kterým stačí pravidelný nebo občasný ambulantní program. Jedná se o zařízení sloužící lidem, kteří užívají návykové látky a nevyužívají jiné služby. Klient může zařízení navštívit bez doporučení, anonymně a kdykoli v době, kdy je otevřené. (Matoušek, 2003) Mezi nízkoprahová zařízení dále řadíme *terénní programy* pro uživatele drog. Terénní práce (streetwork) je specifická forma sociální služby, poskytovaná přímo na ulici. Jedná se o aktivní vyhledávací, doprovodnou a mobilní sociální práci, jež zahrnuje nízkoprahovou nabídku sociální pomoci. (Bednářová, 2003)

Detoxifikace je samostatný pojem označující „...léčení abstinčního syndromu, který vzniká po přerušení užívání návykové látky a bezprostředně pacienta neohrožuje na životě. Abstinční příznaky je možné zmírňovat podáním substituční látky. Bývá podmínkou dalšího soustavného léčení drogové závislosti...“ (Matoušek, 2003, s. 50)

Relaps znamená „užití drogy člověkem, který je aktuálně léčen pro drogovou závislost nebo léčbu již skončil.“ (Matoušek, 2003, s. 182)

Důsledky užívání nealkoholových drog budou popsány v další kapitole, k tomuto se váže pojem *abúzus psychoaktivních látek*, což je vymezeno Palčovou (2000, s. 12) jako „...způsob maladaptivního užívání projevující se pokračující konzumací, přestože si konzument uvědomuje, že vyvolává trvalé anebo opakované problémy sociální, pracovní, psychologické nebo zdravotní, které jsou působeny anebo obnoveny požíváním v situacích, kdy ohrožuje své zdraví...“ K důsledkům užívání drog patří také nákaza infekčními chorobami jako je *hepatitida*, tedy infekční žloutenka, která je nakažlivým onemocněním způsobeným viry, které napadají játra. Máme několik typů hepatitid: Hepatitida A – přenáší se špinavými rukama a znečištěnými potravinami, hepatitida B – přenosná nechráněným pohlavním stykem, nesterilním injekčním náčiním a z matky na dítě, hepatitida C – přenosná krví zejména nesterilním injekčním náčiním. Očkování je dostupné proti hep. A a B.“ (Sananim, 2009) Další infekční choroba se nazývá *AIDS* neboli smrtelné onemocnění známé jako syndrom získaného selhání imunity, ve kterém je imunitní systém oslaben a neschopen bojovat proti infekcím a nádorovému bujení. Onemocnění je způsobeno virem zvaným HIV. Mezi uživateli drog je hlavní cestou přenosu viru HIV sdílení injekčního náčiní. (Kalina, 2001)

Jedna z kapitol práce se zaměřuje na *motivační rozhovory* (dále MR), což je komunikační přístup zaměřený na hledání a rozvíjení vnitřní motivace klientů ke změně chování. Nejsou zázračnou či všemocnou metodou, pomocí níž lze za několik minut od základů změnit život člověka. Nejsou ani souborem technik či triků, jak druhého přimět, aby udělal to, co je pro něj, pro jeho okolí dobré, i když to sám nechce. (Soukup, 2014)

1.1 Rozdělení drog

K vymezeným pojmům, ve stručnosti zahrnu rozdělení drog. Rozdělení drog se objevuje v mnoha publikacích, knihách, člancích apod. V této práci se též jedná o téma, které nelze vynechat. Uživatelé drog jsou respondenti výzkumné části a díky stručné charakteristice drog získáme povědomí o látkách, které jsou u nás nejčastěji užívány.

V České republice se dle Bendářové (2003) nejčastěji užívají tyto psychoaktivní látky: konopí (*cannabis*) – marihuana, hašiš; látky těkavé – toulén, trichloretylen, organická rozpouštědla, ale i benzín; opiáty – braun, směs derivátů kodeinu, heroin, kodein, morfin; tlumivé látky – neopiátová analgetika (léky proti bolesti), barbituráty

(fenobarbital), hypnotika (léky na spaní), sedativa (léky na uklidnění), anxiolytika (léky proti úzkostem např. diazepam); stimulační látky – amfetamin, efedrin, pervitin (metamfetamin), kokain, crack; halucinogeny - LSD, trip, mescalín, psilocybin, psilocyn.

Kanabis popisuje všechny drogy vyrobené z konopí, kdy chemická látka, která vytváří narušené vnímání, se nazývá THC. (Pravda o drogách, 2009) Do této skupiny patří marihuana, tedy vysušené květy, semena a listy indického konopí a hašiš, což je konopná pryskyřice. Konopí je převážně kouřeno, méně často konzumováno jako jídlo či nápoj. (Kalina, 2003)

Mezi látky těkavé, prchavé či inhalační patří rozpouštědla, ředidla, lepidla a plynné látky. (Svoboda, 2006) Jedná se o chemické látky, které uživatelé čichají. Nejznámější látkou je toulén – bezbarvá kapalina, získaná z ropy, lehkého oleje nebo koksových plynů, dále aceton, éter, trichlorethylen, benzín či rajský plyn (Kalina, 2003)

Opiáty se užívají v lékařství jako nejsilnější léky proti bolesti nebo jako léky proti kašli, protože tlumí reflex kašle. (Kalina, 2003) Opium je sušená šťáva z makovic, která obsahuje množství chemických látek včetně morfinu a kodeinu. Nejčastěji zneužívaný opiát je heroin, který je vyroben z pryskyřice rostlin máku. Může být kouřen, šňupán nebo aplikován injekčně (nejčastější). Do této kategorie dále patří kodein, braun, morfin, subutex, metadon apod. (Pravda o drogách, 2009)

Tlumivé látky jsou obsaženy v lécích, u kterých může vzniknout závislost, patří sem analgetika (tlumí bolest), sedativa (na uklidnění), hypnotika (na spaní), anxiolytika (proti úzkostem) a některé další jako stimulancia a anorektika. Některé léky sami o sobě závislost nezpůsobují, k jejich základní složce je často přidána další složka jako kodein, kofein, efedrin či barbiturát.

Nejčastěji zneužívanou nealkoholovou látkou v České republice je pervitin (metamfetamin), který patří do skupiny stimulačních látek. Pervitin je bílá syntetická látka ve formě prášku nebo krystalů. Snadno se rozpouští ve vodě nebo alkoholu. Jako základ pro výrobu drogy se často používají běžně dostupné léky. Může být kouřen, šňupán (sniff), podáván ústně nebo aplikován nitrožilně. (Tyler, 2000) Mezi účinky pervitinu patří dobrá nálada, pohoda, zvýšená energie, bdělost, lepší fyzické výkony a snižuje únavu. Další účinky shledány uživateli jako pozitivní jsou snižující se sociální či sexuální zábrany a přátelskost k ostatním lidem. Toto široké spektrum účinků by mohlo

vysvětlovat užívání u mnoha různých skupin obyvatelstva, včetně vojáků, dělníků, studentů, prostitutek, na zábavách apod. (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2010). Mezi stimulanty dále patří amfetamin, kokain a méně typickým zástupcem je extáze, která je na pomezí halucinogenu a stimulantu.

Halucinogeny dělíme na přírodní látky – bufotenin (ropuší jed), psilocybin (lysohlávky), mezkalin (kaktus *Lophophora Williamsi*) a na látky syntetické – LSD a MDMA (extáze). LSD je jednou z nejúčinnějších chemických látek měnících stav vědomí. Vyrábí se z kyseliny lysergové. Podává se ústně v podobě malých tablet (mikráčů), kapslí nebo kousků želatiny. (Miovský, 1996) MDMA je syntetická látka, která měla původně sloužit jako lék na hubnutí. Svým účinkem spadá na pomezí stimulací a psychedelik. (Svoboda, 2006)

Dle Kaliny (2003, s. 166) „ ... z nelegálních drog s vysokým potenciálem pro závislost je pervitin v České republice nejrozšířenější, i když v Praze a některých regionech již zaujímá první místo heroin... „

2 Sociální práce s uživateli drog

Další kapitola této práce se zabývá tématem sociální práce s uživateli drog, kdy tito uživatelé patří mezi jednu ze specifických skupin v sociální práci. Pracovníci pohybující se v oblasti drogových závislostí se zabývají otázkou míry závislosti klienta na droze, zejména z toho důvodu, aby mohli pracovat na dalším postupu při práci s klientem. Jako podkapitola jsou uvedeny důsledky abúzu nealkoholových psychoaktivních látek, které též úzce souvisí s prací s touto cílovou skupinou a s realizováním dalších postupů.

Sociální práce se obecně realizuje skrze sociální služby a jejich prostřednictvím. Profesionální sociální pracovník je zaměstnáván sociálními subjekty, aby realizoval jejich cíle, programy, plány či projekty a poskytoval klientům předměty k uspokojení sociálních potřeb. (Matoušek, 2007)

Samotná problematika závislostí, která je důležitou částí této práce, je svou povahou interdisciplinární. Zabývají se jí různé pomáhající profese, jako jsou sociální pracovníci, psychologové, psychiatři, speciální pedagogové a další. Dále se touto oblastí zabývá několik resortů státní správy, veřejná správa a mnoho státních či nestátních institucí (např.: léčebná zařízení, policie, soudy, protidrogoví koordinátoři, sociální kurátoři, hygienická centra, infekční oddělení a další). (Matoušek, 2003)

Cílovou skupinou pro sociální pracovníky pracující v oblasti drogových závislostí mohou být klienti užívající drogu jakýmkoli způsobem. Míru závislosti člověka na droze můžeme vyjádřit dle frekvence intenzity a následků užívání jedním z pěti stupňů:

První stupeň nazýváme experimentální užívání drogy. Jedná se o stádium, kdy je droga užívána občasně a nepravidelně a jejím užíváním nemusí vzniknout žádné následky. V dalším stupni hovoříme o příležitostném užívání drogy, kdy toxikomani berou drogu pravidelně, ale ne častěji než jednou týdně. Užívání drogy je součástí jejich životního stylu, převážně ve volném čase. Následky užívání se projevují pouze po aplikaci, uživatel nemusí mít větší problémy ve své psychické rovnováze a sociálním fungování. Ve fázi pravidelného (škodlivého) užívání drogy si klient drogu aplikuje pravidelně a to vícekrát než jednou týdně. Užívání drogy se stalo součástí jeho životního stylu. Následkem již bývají projevy jistých škodlivých účinků drog. Po této fázi nastává problémové konzumování drogy, látka je užívána pravidelně a ovlivňuje soukromý i

pracovní život člověka. Začínají se projevovat známky zdravotních problémů, které souvisejí s aplikací drogy. V této fázi bývá droga užívána rizikovým způsobem a to intravenózně neboli nitrožilně. Poslední stupeň označuje jako závislost na droze, ve kterém uživatel získává vyšší toleranci k droze, což znamená, že pro dosažení žádoucího účinku je nutné zvyšovat dávkování látky. Uživatel po droze touží a této touze se postupně podřizuje celý jeho život. Již jsou zřetelné zdravotní, psychické i sociální problémy.

Klienti patřící do prvních dvou fází nemají zpravidla potřebu kontaktovat odborníky. Sociální pracovníci a další pomáhající profesionálové pracují převážně s klienty, kteří spadají do třetího až pátého stupně rizikového užívání drog. Jedná se o klienty, kteří užívají drogy škodlivě, problémoví uživatelé a ti, kteří jsou na drogách závislí. Při práci s rizikovými uživateli drog nesmíme opomenout práci s jejich rodinnými příslušníky, kteří jsou sekundární cílovou skupinou. (Matoušek, 2003)

2.1 Důsledky abúzu nealkoholových psychoaktivních látek

Pro práci s uživateli drog je důležité znát důsledky abúzu nealkoholových psychoaktivních látek, s kterými se často v praxi setkáváme a to zejména proto, abychom věděli, jak s klienty pracovat a postupovat.

Závislost na psychoaktivních látkách může poškodit somatické zdraví jedince. Může jít o poškození CNS, zažívacího traktu, jater, ledvin, cévního systému, pankreatu a zvyšuje se riziko nákazy hepatitid a HIV. Mění se i zevnějšek člověka. Závislý člověk celkově tělesně chátrá a přestává o sebe dbát, nedodržuje hygienu apod. Tato změna velmi často ovlivňuje jeho sebevědomí.

Závislost dále mění psychické projevy a v souhrnu celou osobnost. Dlouhodobé užívání psychoaktivních látek může vést ke vzniku psychických změn, které jsou vyvolány poškozením mozku. Mění se emoční prožívání uživatele, citové reakce nejsou vždy přiměřené vyvolávajícímu podnětu. Lidé užívající drogy bývají afektivně labilnější, dráždivější, se sklonem k extrémním citovým reakcím a poruchám citového ladění. Často bývají vztahovační až paranoidní, úzkostní a mají depresivní nálady. Mění se oblast kognitivních procesů, kdy dlouhodobé užívání drog zhoršuje schopnost koncentrace pozornosti, paměti a způsob myšlení. Mění se také vnímání a zpracování informací zejména pod vlivem drogy. V důsledku užívání některých psychoaktivních

látek může dojít až k celkovému úbytku kognitivních schopností, demenci. Uživatelé mají jiné hodnoty a motivaci. Také jinou hierarchii hodnot, která ovlivňuje jejich jednání. Nebývají schopni potřebného sebeovládání, i když by si přáli dávku alespoň nezvyšovat. Po určité době již své jednání nijak nehodnotí a přestávají pociťovat vinu. Uživatelům nakonec zbývá jen droga, všechno ostatní přestalo mít svůj význam, nemají budoucnost, neplánují ji, neuvažují o ní, jsou soustředěni pouze na přítomnost. Také se mění chování závislého, kdy pod vlivem drogy může být extrémně aktivní nebo naopak v útlumu, neschopen jakékoli aktivity. Dochází ke zhoršení celkové výkonnosti a stává se, že potřebuje drogu, aby byl vůbec schopen nějaké činnosti. Návyk na drogu mění životní styl, kdy jej výrazně ochuzuje a život závislého člověka se nakonec stává značně redukováným stereotypem. Je naplněn aktivitou zaměřenou na získání drogy, její užití a opakování těchto činností dokola. Nakonec osobnost drogově závislého postupně upadá. Někdy si člověk svůj úpadek uvědomuje, ale nebývá schopen aktivní obrany, má pocit, že už se nedá nic dělat. Racionálně se zdůvodňuje, proč to nejde - nemělo by to smysl.

Závislost má významné sociální důsledky, které často vyplývají z psychických změn a odlišného chování těchto lidí. Uživatelé drog přestávají respektovat normy, neplní své povinnosti, přestávají chodit do zaměstnání nebo do školy. Pod vlivem drogy bývají unaveni, nejsou schopni požadovaného výkonu, nemohou se soustředit a navíc ztrácí motivaci k této činnosti. Postupně ztrácejí většinu svých sociálních rolí, protože nejsou schopni plnit požadavky, které jsou s nimi spojené. Nakonec jim zůstává jen stigmatizující role drogově závislého. Dlouhodobě závislý jedinec se stává pro svou rodinu přítěží, zatěžuje ji ekonomicky i psychicky. Rodina vzdává iluze, že by se mohla situace změnit a po vyčerpání všech možností rezignují. Po nějakém čase uživatel odchází z domova a ztrácí své sociální zázemí. Mění se i vztahy s ostatními lidmi, protože se pod vlivem drog stává nespolehlivým, sobeckým a necitlivým k potřebám ostatních. Tito lidé nejsou schopni navázat a udržet jakýkoli citový vztah. Hlubší partnerské nebo přátelské vztahy nevydrží, ani když jsou konzumenty oba partneři. Častým důsledkem drogové závislosti je trestná činnost. Finanční náročnost, změna osobnosti a hodnotového systému zvyšují pravděpodobnost nezákonného jednání (výroba a distribuce drog, krádeže, vloupání, násilné trestné činy apod.). (Vágnerová, 2008)

U uživatelů drog, kteří látky užívají intravenózně neboli nitrožilně, se zvyšuje riziko zejména těžké otravy neboli předávkování, protože koncentrace drogy v krvi rychle stoupá. Je možnost zanesení infekce, zánět srdečních nitroblány v důsledku přenesení bakteriální infekce krví k srdci. A velké riziko nakažení hepatitidami a onemocněním AIDS, které jsou krví též přenášeny. Často vznikají hnisavá ložiska v místě vpichu i v jiných částech těla a záněty žil. Z nerozpuštěných částic drogy, vzduch ve stříkačce může vmetek neboli embolie ucpat plicnice a ohrozit uživatele na jeho životě. Velkým rizikem je také otrava příměsemi, které se do drogy dostaly při výrobě nebo příměsi, jimiž byla droga z nějakého důvodu obohacena nebo zředěna, aby se zvětšil její objem a tím i zisk z prodeje. (Nešpor, 1997)

Někteří starší uživatelé drog pravděpodobně trpí fyzickými a duševními vlivy užíváním drogy, předávkováním a infekcemi. Mnozí mohou trpět zdravotním znevýhodněním či postižením získaným během své drogové kariéry. Stávají se náchylnějšími k srdečním onemocněním nebo ke vzniku cukrovky. Infekční onemocnění přenosné zejména mezi uživateli mohou způsobit významná onemocnění dokonce úmrtí. (chronická hepatitida, HIV, syfilis). (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2, 2010)

3 Sociální služby pro uživatele drog

V kapitole s názvem sociální služby pro uživatele drog stručně popíši historii léčby a středisek pro závislosti, abychom si udělali představu o službách, které se v našem systému objevovali dříve. Dále se zmíním o metodách protidrogové prevence v ČSSR a následně na to uvedu prevenci, jak ji chápeme v dnešní době a dělíme ji na primární, sekundární a terciární. Sociální služby se během několika let velmi posunuly. Nejobsáhlejší část této kapitoly tvoří nízkoprahové programy, protože jsou předmětem hodnocení sociálních služeb ve výzkumné části. Nízkoprahové programy jsou tvořeny kontaktními centry a terénními programy, které se zabývají uživateli drog. Dále charakterizují ostatní služby zaměřené na práci s cílovou skupinou – ambulantní léčba, denní stacionáře, detox, psychiatrické léčebny, terapeutické komunity, doléčovací centra, substituční léčba a právní poradna.

Sociální služby pro uživatele drog na našem území začali vznikat až koncem roku 1971, kdy skupina čtyř odborníků: MUDr. Jaroslav Skála, CSc., MUDr. Jaromír Rubeš, PhDr. Eduard Urban a MUDr. Jiří Drtil, CSc. zahájili práci Střediska drogových závislostí (SDZ) v Praze. MUDr. Skála taktéž prosadil vytvoření celorepublikové sítě středisek AT (alkoholismus – toxikomanie). Vlastní léčení bylo v té době možné rozdělit do čtyř forem - dobrovolné: ambulantní a ústavní, ochranné léčení: ambulantní a ústavní, které bylo nařízeno soudem. Ambulantní léčba probíhala v odborném zdravotnickém zařízení (SDZ v Praze, ordinaci AT). Ústavní léčba hospitalizací v psychiatrické léčebně a to ve spojení s léčbou závislých na alkoholu, nebo s ostatními pacienty, což nebylo příliš vhodné. Základní dobrovolná léčba trvala 4 měsíce a stála v průměru 50 000 Kč, které byly hrazeny ze státního rozpočtu. Léčba ve vězení v té době moc nefungovala. Koncem roku 1986 bylo možné léčit nealkoholové toxikomany, kterým soud uložil ochranné ústavní léčení, ve velmi omezeném rozsahu ve dvou nápravně výchovných zařízeních v ČSSR a to v Rýnovicích a Plzni. Od ledna 1987 tato léčba byla zrušena, protože byla v rozporu se zákonem. Odsouzení toxikomani se ocitali v běžném vězeňském prostředí, které nemělo na jejich léčbě zájem.

Prevence v ČSSR probíhala tak, že v posledním ročníku základní školy byla pro žáky zorganizovaná přednáška, kam byl pozván odborník na drogovou problematiku. Úroveň těchto přednášek byla různá. V některých případech se jednalo o monologické

vystoupení psychiatra, který děti zastrašoval, zakazoval, mentoroval. V 80. letech přestali být drogy v oblasti kultury úplným tabu. Důkazem byl film Pavučina, kniha Memento a překlad knihy Děti ze stanice Zoo. Dále vznikaly různé dokumenty o drogách. Metodické materiály obsahovali definice různých pojmů, popis různých druhů drog, způsoby zneužívání a důsledky drogových závislostí. Přes zdůrazňování úlohy školy v protidrogové prevenci byla aktivní účast samotných pedagogů minimální. Pro učitele byla problematika drog podobně jako otázky sexuální výchovy nepřekročitelné tabu. (Nožina, 1997)

V dnešní době lze programy určené toxikomanům rozdělit podle jejich dostupnosti pro klienty na nízkoprahové programy, středně vysokým prahem a vysokoprahové programy. Nízkoprahové programy jsou směřovány k populaci drogově závislých, kteří nechtějí se závislostí skoncovat. Programy se středně vysokým prahem jsou určeny klientům, kteří uvažují o změně životního stylu a způsobu užívání drog (např.: substituční programy). Vysokoprahové léčebné programy a rehabilitace jsou určeny závislým, kteří uvažují o tom, že se závislostí skončí. (Bednářová a kol., 2003)

Rozhodování, jaký typ terapie je pro klienta závislého na nealkoholových drogách nejvhodnější, se doporučuje dle Kaliny (2002) hodnotit dle zdravotního stavu klienta a případných somatických komplikací závislosti, doprovodného psychologického a psychopatologického problému, stupně motivace a potřeby podpory, intenzity příznaků závislosti – jaká je pravděpodobnost relapsu, výskyt abstinčních příznaků a schopnost je zvládat, nejbližších vztahů a sociálního prostředí klienta. Mimo těchto doporučení bychom měli také brát zřetel na zaměstnání a vzdělávací dráhu klienta.

Ve vztahu k sociálním službám pro uživatele drog si vymezíme také pojmy jako je primární, sekundární a terciární prevence. Každá z uvedených služeb využívá ke svému poslání jinou formu prevence. Prevenci v této práci chápeme jako soubor opatření, jimiž lze předcházet sociálnímu selhání, a to především takovému, které ohrožuje základní hodnoty společnosti.

Dle Kaliny a kol. (2008) si primární prevence klade za cíl odradit od prvního užití drogy nebo alespoň, co nejdéle odložit první kontakt s drogou. Specifickým cílem je předcházet užívání mezi rizikovou populací. Primární prevence má programově podporovat zrání jedince, aby co nejbezpečněji prošel cestou hledání vlastní identity.

Má rozvíjet jednotlivé předpoklady bio-psycho-sociálně-spirituální komplexity člověka, působit na celou společnost diferencovaně, se zaměřením na cílové skupiny.

Sekundární prevence spočívá v předcházení vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti u osob, které již drogu užívají nebo se na ní staly závislými. Obvykle je používána jako souborný název pro včasnou intervenci, poradenství a léčení. Léčba se principiálně rozlišuje na léčbu vedoucí k abstinenci, výjimečně na léčbu vedoucí ke kontrolovanému užívání a v posledním směru na léčbu s udržovací substitucí, kdy je podávána v terapeutickém záměru substituční látka. U tohoto typu léčby není vždy cílem abstinence. Léčebné úsilí se obvykle neomezuje jen na jedince, ale zaměřuje se také na jeho rodinu. Využívá se i nemedicínských přístupů: resocializace, reedukace, právní poradenství apod.

Pod pojmem terciární prevence rozumíme předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. V tomto smyslu je terciární prevencí: resocializace či sociální rehabilitace u klientů, kteří prošli léčbou vedoucí k abstinenci nebo se zapojili do substituční léčby a abstinují od nelegálních drog. Také intervence u klientů, kteří aktuálně drogy užívají a nejsou rozhodnutí užívání zanechat (souborně zvané „harm reduction“). Zaměřují se především na snížení zdravotních rizik, přenosu infekčních nemocí při nitrožilním užívání drog.

Do úvodu kapitoly sociální služby pro uživatele drog uvádím pro přehled, jak Miovská a kol. (2006) určují ve své publikaci výkon drogových služeb. Tento termín označují jako časově ohraničenou jednotku práce s klientem. Mezi tzv. průřezové výkony drogových služeb uvádějí: Individuální poradenství, poradenství pro rodiče a osoby blízké klientům, psychoterapii, jiné odborné vyšetření, krizovou intervenci – osobní, po telefonu nebo internetu, odběry biologického materiálu, práci s rodinou, různé druhy terapií – pracovní, rodinnou, skupinovou, socioterapii, vyšetření – psychiatrické, psychologické a somatické vyšetření, skupiny pro rodiče a osoby blízké, sociální práci, orientační test z moči, testování infekčních nemocí, úkony potřebné pro zajištění práce s klientem, zhodnocení stavu a potřebnosti drogové služby.

Mezi specifické výkony, které se odvíjí od konkrétních požadavků na práh pro poskytování výkonu nebo na prostředí, v němž se klient nachází uvádí navíc: besedu, dlouhodobý komplexní program primární prevence, edukativní programy, hygienický

servis, chráněnou práci, informační servis, interaktivní semináře, intervenci v prostředí, preventivní programy, kontaktní práci, korespondenční práci, kvalitativní analýzu tablet syntetických drog, potravinový servis, program primární prevence pro rizikové skupiny, program včasné intervence, přednášky, rekvalifikace, sekundární výměnný program, výměnný program, vzdělávací semináře, vzdělávání peer aktivistů, základní zdravotní ošetření a zátěžové programy.

3.1 Nízkoprahové programy

Pro účely této práce jsou dále více rozpracovány nízkoprahové programy, které jsou stěžejní pro výzkumnou část, kdy výzkum je zaměřen na klienty nízkoprahových programů – terénních programů a kontaktních center.

Pojem nízkoprahovost naplňuje takový program, který je dostupný komukoli bez dalších nároků či stanovených omezení. Cílem je oslovit a vejít do kontaktu, s co největším počtem osob. Program je utvořen tak, aby nestavěl bariéry, které by mohly bránit uživatelům drog nebo jejich blízkým, službu využít. Může přijít kdokoli, nemusí se předem objednávat či sjednávat schůzku za již předem promyšleným účelem. Pro mnohé klienty je důležité zůstat během kontaktu s odborníkem v anonymitě, což nízkoprahové programy umožňují (vedou klienty pod anonymními kódy). Častokrát je pracovník takovéto služby vůbec první odborník, se kterým uživatelé drog hovoří o své situaci. Na přicházející osobu nejsou kladeny nároky na abstinenci, tyto programy jsou určeny především aktuálním uživatelům, pro které je okamžitá abstinence či abstinence v krátkém časovém horizontu nereálná. Tato služba musí být též dostupná v čase i prostoru. Proto většina programů zajišťuje služby během odpoledních či večerních hodin. Kontaktní centra jsou umístována tak, aby byla snadno dostupná z centra města. Terénní pracovníci docházejí na místa, kde se uživatelé objevují. Klient si může vybrat z nabízených služeb, kdy každý program má stanovená pravidla pro jejich využívání (např.: výměna stříkaček kus za kus apod.). V neposlední řadě je důležitým znakem nízkoprahovosti individuální přístup ke každému klientovi.

Hlavním úkolem při prvním kontaktu je předat klientovi základní informace o programu s cílem nabídnout mu důvod, proč, a za jakých podmínek může program využívat nadále. Tímto je možné udržet klienta v kontaktu s programem a dále klientovi nabízet intervence směrem k bezpečnějšímu životnímu stylu.

Nízkoprahové služby jsou důležitou pomyslnou branou do dalších služeb, jako např.: substituční programy, ambulantní a rezidenční léčebné programy, ale také zprostředkování odborné lékařské pomoci či sociální služby. Díky tomuto přístupu je možnost nabízet uživatelům včasné řešení jejich situace a to dříve než by např.: pominul zájem o rezidenční léčbu, či by se zdravotní a sociální problémy vystupňovaly natolik, že by jejich řešení vyžadovalo mnohem náročnější a intenzivnější způsob řešení.

Mezi základní cíle nízkoprahových programů patří: zvyšování informovanosti klientů o účincích drog, snižování počtu předávkování, omezení šíření infekčních onemocnění, zejména hepatitid a udržení nízkého výskytu HIV mezi uživateli drog, zvyšování motivace klientů k méně rizikovému chování a ke změně životního stylu směrem k abstinenci. (Kalina a kol., 2008)

S nízkoprahovými programy úzce souvisí termín „harm reduction“ (HR) v doslovném překladu znamená snižování poškození (škod) a je používán v mnoha slovních spojeních: HR jako pilíř protidrogové politiky, HR jako program výměny jehel, HR jako přímá intervence směrem ke klientovi, která se týká bezpečnějšího užívání drog apod. Použití termínu odkazuje na vztah k přístupu a na specifickou oblast nejvíce spojovanou s programy výměny jehel a snahou o zastavení šíření infekčních chorob, zejména HIV/AIDS. V užším pojetí Kalina (2008, s. 100) definuje HR „...jako soubor praktických strategií, které redukuje negativní dopady užívání drog, a zahrnuje spektrum strategií od bezpečnějšího užívání po strategie vedoucí k abstinenci. Harm reduction strategie se snaží pracovat s klienty „tam, kde právě jsou“ a zaměřuje se na okolnosti užívání i na užívání samotné ...“

Harm Reduction Coallition (2007) navrhuje následující principy jako jádro praxe harm reducion: Akceptovat, že legální a nelegální drogy jsou součástí našeho světa, proto budeme volit spíše přístup minimalizace poškození, který z užívání drog plyne, než abychom je ignorovali nebo odsuzovali. Přístupovat k užívání drog jako ke komplexu, mnohotvárnému fenoménu, který zahrnuje, jak velmi pokročilé užívání, tak abstinenci a uznává, že některé způsoby užívání drog jsou bezpečnější. Prosadit neodsuzující, nenátlakový přístup a poskytování služeb uživatelům i komunitám, v nichž obyvatelé žijí, a dále prosazovat poskytování služeb s cílem minimalizovat vzniklá poškození. Zaručit uživatelům drog a těm, kteří drogy užívali, uplatnění jejich

hlasu při tvorbě programů a služeb, které jsou pro ně určeny. Tyto služby by měly utvrzovat snahu uživatelů minimalizovat poškození spojená s užíváním drogy. Pojmu užívání rozumět jako multifaktoriálnímu fenoménu, který obsahuje kontinuální chování od pravidelného denního užívání až po úplnou abstinenci, a chápat, že některé způsoby užívání jsou bezpečnější než ostatní. Vědět, že pouhé vybudování kvalitního slušného života nemůže být kritériem úspěšných intervencí a přístupů, protože nutně nevede k abstinenci. Tvrdit, že uživatelé drog jsou ti, kteří mohou jako první snižovat poškození svého chování. Snažit se zplnomocňovat uživatele ke sdílení informací a ke vzájemnému podporování využívání vhodných strategií harm reduction, které se potkávají s jejich aktuálním stavem. Měli bychom vědět, že skutečnost chudoby, rasismu a sociální izolace, prožitá traumata, pohlavní diskriminace a ostatní sociální nepoměry činí lidi zranitelnými a snižuje jejich schopnosti efektivně se zabývat minimalizací poškození způsobených drogami. Nesnažit se bagatelizovat nebo ignorovat tragická poškození a reálná nebezpečí, která plynou z užívání legálních a nelegálních drog.

3.1.1 Terénní programy

Terénní programy jsou realizovány v přirozeném prostředí klientů tedy přímo „na ulici“. Jedná se o jedinou službu v systému péče, která není poskytována v kamenném zařízení. Klientům jsou poskytovány aktuální informace o rizicích spojených s užíváním drog a o možnostech snižování rizik spojených s užíváním návykových látek zejména nitrožilní aplikací. V rámci harm reduction probíhá výměna stříkaček, distribuce kondomů, dezinfekčních prostředků apod. Klientům jsou také poskytovány informace o dostupných programech péče a léčby. (Matoušek, 2005)

Při terénní práci je stěžejní navázání prvního kontaktu s uživatelem a získání jeho důvěry. Specifikem je prostor, ve kterém se kontakt odehrává. Místem je často ulice, která neposkytuje příliš dobré podmínky pro delší rozhovor s klientem. Mezi služby nabízené terénními programy patří výměna injekčního materiálu, informační servis, sociální a zdravotní poradenství, poradenství a krizová intervence, asistenční služba. (Kalina a kol., 2008)

Cílem terénní práce dle Rhodese (1999, s. 11) je „...vyjít vstříc cílové skupině populace. Většina jiných způsobů intervence je institucionalizovaná a spoléhá na to, že

jednotlivci sami vyhledají pomoc. Terénní práce spočívá ve vyhledávání kontaktů s cílovými skupinami populace mimo rámec některé instituce. Nečeká na to, až jednotlivec sám pomoc začne hledat, protože má problémy s drogami nebo se zdravím, ale sama vyhledává jednotlivce, aby jim přímo v komunitě poskytla informace a služby. To znamená, že může intervenovat v počáteční fázi drogové dráhy konzumenta, ještě předtím, než přejde k nebezpečnějším způsobům užívání drog.“

Mezi nabídku služeb poskytovaných v terénu patří:

- Informační servis – informace o bezpečnějším užívání drogy, sexu, pohlavně přenosných nemocech, zejména HIV, hepatitidy, syfilis apod.
- Individuální poradenství – drogové, sociální, trestně-právní, zdravotní apod.
- Krizová intervence – aktuální pomoc v tísni a to, jak osobní, tak i telefonická
- Výměna použitých injekčních stříkaček za sterilní + HR materiál (desinfekce, voda, kyseliny, prezervativy, filtry, alobal, želatinové kapsle, masti, vitamíny a jiný zdravotnický materiál.
- První pomoc a základní zdravotní ošetření
- Zprostředkování kontaktu na odbornou pomoc – K-centrum, detox, léčba, psychiatr, terapeut apod.
- Osobní asistence – k lékaři, na úřady apod.
- Testování na HIV, HCV a syfilis, těhotenské testy
- Sběr pohozeného injekčního materiálu a s ním související bezpečná a ekologická likvidace (Most k naději, 2014)

Terénní pracovníci svými intervencemi málokdy dovedou klienta k abstinenci, ale mohou výrazně pomoci tomu, aby se do léčebných zařízení dostávali klienti, kteří byli motivováni se o sebe starat již v čase, kdy užívali drogy, a tedy s co nejmenším poškozením. Klienti, kteří jsou motivováni na svém problému dále pracovat, a možná budou mít daleko větší šanci dostat se do stádia, kdy budou motivováni své rizikové chování zcela odstranit, a budou věřit tomu, že jsou schopni to dokázat. (Větrovec in Klíma, 2009)

3.1.2 Nízkoprahová kontaktní centra

Kontaktní centrum patří stejně jako terénní program mezi zařízení pro uživatele drog, které se vyznačuje snadným přístupem ke službě, nízkoprahovostí, zachováním anonymity klienta tím, že pro využití služby nevyžaduje abstinenci. Kromě toho také nabízí potravinový a hygienický servis. V centrech jsou podmínky pro cílenější a dlouhodobější práci s klientem. Soustředí se také na motivaci klientů k léčbě. Kontaktní centra (K-centra) mohou hodnotit aktuální stav uživatele, vybrat pro něj vhodnou léčbu, případně mu zprostředkovat nástup do léčby. (Matoušek, 2005)

Mezi služby nabízené kontaktními centry patří kontaktní práce jako taková, kde jde zejména o navázání a prohlubování kontaktu s uživateli drog, minimalizace zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním nealkoholových drog, nabídka asistenční služby, poskytování informací stavu klienta, o rizicích spojených s užíváním návykových látek. Velmi důležitou službou je poradenství, dále výměnný program, základní zdravotní péče, testování na přenosné infekční nemoci, neodkladná péče, doplňkové služby jako je hygienický, potravinový, vitamínový servis.

Mezi typy služeb poskytovaných v K-centrech patří:

- výměnný program (výměna použitého injekčního materiálu za sterilní včetně doprovodného harm reduction materiálu)
- základní zdravotní ošetření
- informační servis
- poradenství - sociálně-právní, zdravotní, při nástupu do léčby, poradenství pro rodiče aj.
- kompletní krizová intervence - telefonická i osobní
- delegování či doporučování klienta k další odborné pomoci
- testování na přítomnost drog v moči
- testování screeningovými testy na přítomnost protilátek HIV, hepatitidy C a syfilis, včetně poradenství
- těhotenské testy
- služby kontaktní místnosti
- hygienický servis
- služba praní prádla

- minimální potravinový servis
- asistenční služba (Most k naději, 2011)

Kontaktní centra jsou tzv. „dveřmi do systému služeb“, spolupráce, předávání klientů do dalších služeb v sociálním systému. Jsou vázána povinností předávat údaje hygienickým stanicím, spolupracují s praktickými lékaři s ambulantními psychiatry, s programy detoxifikace, s terapeutickými komunitami, stacionáři a dalšími níže popsanými službami, které jsou poskytovány uživatelům drog.

3.2 Ostatní sociální služby pro uživatele drog

Ostatní poskytované služby zaměřené, na již několikrát zmíněnou cílovou skupinu, uživatele nealkoholových látek si popíšeme níže.

Jednou ze služeb, která nepatří k nízkoprahovým programům, je ambulantní léčba, která může být nabízena a poskytována různými zařízeními a to od krizových center přes centra poradenská až po AT poradny. Ambulantní léčba klade na klienty určité nároky. Na začátku práce s klientem je připraven individuální plán léčby, jehož plnění je pravidelně konzultováno. Někdy může být součástí i rodinná či párová terapie. (Matoušek, 2005) Cílová populace není vymezena, je určena pro všechny potřebné osoby bez jakéhokoli omezení. Přístup do ordinace mají nejen závislí, ale i experimentátoři, konzumenti, víkendoví uživatelé bez závislosti a problémoví uživatelé. Nezáleží na tom, zda se jedná o člověka motivovaného k abstinenci či přinuceného nějakým ultimátem. Mezi klienty mohou být i ti, kterým byla léčba uložena soudem. (Kalina a kol, 2003)

Denní stacionáře pro osoby závislé na návykových látkách patří mezi zdravotnické nebo nezdravotnické zařízení, které poskytuje docházkový program osobám se závislostí na návykových látkách, mají dostatečnou motivaci k tomuto typu terapie, jsou sociálně stabilizované a netrpí výraznými tělesnými či psychickými následky závislosti. Pravidelný program může být dopolední, odpolední i noční. Hlavní součástí je skupinová psychoterapie doplněná rodinnou terapií, farmakoterapií, osvětovými programy i sociální prací s klienty. (Matoušek, 2003) Denní stacionáře nabízejí intenzivní ambulantní léčbu ve formě celodenního programu v rozsahu 2 - 3 měsíců, během nichž se klienti denně vrací do svého přirozeného prostředí. (Matoušek, 2005)

Detox je péče v detoxifikačních jednotkách, který se zaměřuje na minimalizování projevů odvykacích symptomů a zbavení organismu uživatele návykových látek, přičemž je možné využít medikaci. Detoxifikace zpravidla trvá pět až deset dní. Většina zařízení poskytujících dlouhodobou pobytovou léčbu vyžaduje, aby klient do léčby nastupoval až po absolvování detoxu. (Matoušek, 2005) Zbavení organismu návykové látky se může dít bez použití léků nebo za farmakologické podpory. Detox má pacienta připravit na další léčbu. Častým důvodem jeho podstoupení bývá nebezpečnost pacienta sobě nebo okolí z důvodů duševní choroby, což bývá nejčastěji u toxických nebo alkoholických psychóz. Detoxifikaci provádí oddělení pro léčbu závislosti, detoxifikační jednotky v nemocnici, zařízení, která poskytují ambulantní léčbu. Může také proběhnout v domácím prostředí. (Nešpor, 1996)

Psychiatrické léčebny patří mezi pobytovou léčbu. Jedná se o léčbu krátkodobou ve standardním rozsahu tři až šest měsíců. Léčba bývá rozdělena do tří fází, kdy každá z nich má svá specifická pravidla. (Matoušek, 2005) Ústavní léčba má, proti ambulantní, dvě základní výhody a to, že je bezpečnějším prostředím, kde je nepřetržitá odborná péče s podstatně nízkou dostupností návykových látek. Nachází se zde také méně spouštěčů, než v klientově přirozeném prostředí. Je zde možnost intenzivnějšího programu. Za indikace k ústavní léčbě se považují zejména tyto okolnosti:

- Stav, u kterých je nutné nepřetržité nebo průběžné sledování odborníky (těžké odvykací stavy, duševně nemocní klienti apod.).
- Těžké emoční a behaviorální problémy.
- Vysoká rezistence vůči léčbě bez ohledu na důsledky pokračujících problémů, což vyžaduje intenzivní práci s motivací.
- Neúspěšnost ambulantního léčení
- Nebezpečné, nevhodné přirozené sociální prostředí klienta
- Léčba nařízena soudem nebo úřadem. (Nešpor, 1996)

Specifickou službou jsou terapeutické komunity (dále TK), které poskytují střednědobou a dlouhodobou pobytovou léčbu v délce šest až osmnáct měsíců. Jde o strukturovanou, intenzivní léčbu, která klade na klienty vysoké nároky. Důraz je také kladen na intenzivní terapeutický proces a komunitní způsob života. Využívá individuální poradenství, skupinovou, rodinnou a pracovní terapii. (Matoušek, 2005)

Principem terapeutické komunity je aktivní podíl klientů na léčení, vytvoření dobré obousměrné komunikace na všech úrovních, tedy mezi klienty, klienty a týmem i uvnitř terapeutického týmu, zvýšená rovnoprávnost v rozhodování, kolektivnost, sociální učení, při kterém dostává člen komunity rychlou zpětnou vazbu o tom, jak jeho chování působí na druhé. V terapeutické komunitě funguje vnitřní diferenciací. Většina komunit má také jasná pravidla (např.: drug free – není povoleno do komunity přinášet drogy nebo alkohol). Dlouhodobá léčba v terapeutické komunitě, ač účinná, není přijatelná pro všechny závislé. Mnoho klientů do takové léčby nenastoupí a někteří komunitu ukončují předčasně.

Léčba v TK probíhá ve třech stádiích:

- a) Úvodní stadium, trvá do šedesáti dnů. Během tohoto stádia komunita posoudí vhodnost léčby jedince v komunitě. Jedinec se seznámí s pravidly komunity a připravuje se na členství.
- b) Stadium primární léčby, trvá 2 – 12 měsíců. Zde má docházet k socializaci, rozvoji osobnosti a lepšímu sebeuvědomování a sebepoznání. Toto stadium se obvykle člení do více podstadií.
- c) Re-entry stadium = návrat do společnosti, trvá 13 - 24 měsíců. V první polovině se klade důraz na praktické dovednosti potřebné v normálním životě (hospodaření s penězi, hledání práce, využití volného času apod.). V druhé polovině člen již žije mimo komunitu, má vlastní zaměstnání a vede svou domácnost. Účastní se doléčovacích aktivit, jakou jsou svépomocné skupiny. Často také dochází na rodinnou nebo individuální terapii. Frekvence kontaktů s léčebným zařízením se postupně snižuje.“ (Nešpor, 1996)

Doléčovací centra jsou velmi důležitá v systému léčby závislostí. Patří mezi specializovaná zařízení pro následnou péči a prevenci relapsu užívání drogy. Doléčování obvykle trvá šest až dvanáct měsíců. Součástí nabídky může být chráněné bydlení a práce v chráněných dílnách. (Matoušek, 2005) Přejít z léčby do následné péče by měl být pro závislého vývojovým krokem kupředu v procesu změny. Ustupující intenzita podpory klienta je důležitým momentem celého procesu k abstinenci. Klient má možnost převzít plně zodpovědnost za svůj život.

Substituční léčba je určena pro uživatele drog opiátového typu. V rámci substituce je klientům podávána náhražka nelegální drogy. Substituce může být poskytována specializovaným programem nebo prostřednictvím odborných lékařů. V současné době jsou využívanými látkami metadon a subutex. Léčba je zaměřena na fyzickou, psychickou a sociální stabilizaci uživatele a prevenci kriminálního chování v souvislosti se získáváním prostředků na drogu. (Matoušek, 2005) Substituce je terapeutický postup, při kterém je původně užívaná návyková látka nahrazena bezpečnější látkou. Jedná se o tzv. udržovací terapii, která odkládá splnění konečného cíle na dobu, kdy bude klient objektivně i subjektivně schopen abstinенně orientovanou léčbu podstoupit. Substituční látka je podávána odborně v takovém množství, která efektivně potlačuje klientovy abstinенční příznaky a umožňuje mu vést po všech stránkách, co možná nejlhodnotnější stabilní život. Substituční léčba má formu krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou. (Kalina a kol., 2003)

Poslední službou zmíněnou v této kapitole jsou právní poradny pro uživatele drog, které bývají ojedinělou službou v systému péče pro drogově závislé. Služby jsou poskytovány těm, kteří se dostali do konfliktu se zákonem nebo řeší jiné právní poradenství a zastupování ve sporech. (Matoušek, 2005)

4 Motivační rozhovory

Motivační rozhovory jsou součástí této práce zejména pro to, že se jedná o pozoruhodný přístup zaměřený na motivaci klientů ke změně jejich dosavadního chování. Nejčastěji je tento přístup uplatňován a popisován v terénních programech a v nízkoprahových službách. Setkáváme se s názory, že na ulici díky krátkým intervencím není možné klienty motivovat. Jedinou možností je nechat ho klesnout až na „dno“. Zkušenosti, ale ukazují, že toto tvrzení není tak úplně pravda a lze s klientem na jeho motivaci pracovat. Často už jen to, že klient s nějakou službou začne spolupracovat je velkým krokem a hraje zde roli určitá motivace ke změně chování. Rozhovory spojené s motivací jsou důležitou součástí sociální práce s uživateli drog, kdy tyto mohou značně zkvalitnit danou službu.

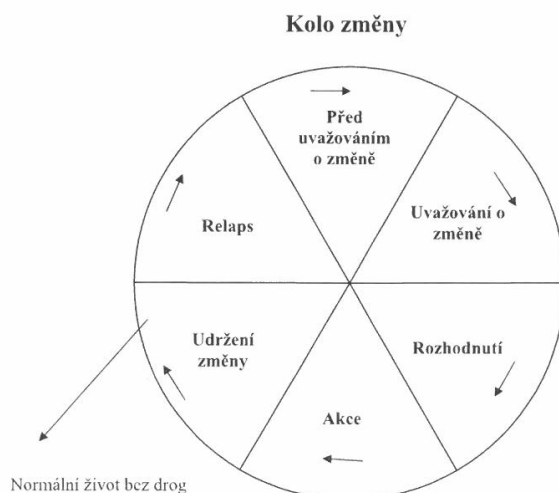
Motivační rozhovory mají své místo jako samostatná metoda i jako doplněk dalších přístupů. Je možné je využít při úvodních setkáních s klienty, kteří právě vyhledali službu daného zařízení. Cílem je navázání spolupráce a vytvoření dobrého pracovního vztahu pojmenování potíží a potřeb klienta poskytnutí nutných či relevantních informací a motivace k dalším krokům v léčbě či k udržení kontaktu. (Soukup, 2014)

MR se vyznačují nekonfrontačním empatickým přístupem, který má své využití v práci s uživateli drog, ale i v případech, kdy je žádoucím cílem intervencí změna chování klienta směrem k méně rizikovému chování.

Důležitou roli při práci s motivací hraje mnoho aspektů. Prvním z nich je, že v roli pracovníků bychom měli být schopni oddělovat naše představy a tužby od schopností a možností klientů. Může se stát, že budeme klást klientům nesmyslně náročné cíle a povinnosti, které není schopen splnit. Pomáhající pracovník musí být schopen eliminovat své ambice a své síly zcela nabídnout k dispozici klientovi, akceptovat jeho představy, kterým směrem se chce na cestě za změnou vydat. Poskytovat klientovi nezkreslený, reálný obraz toho, co je možné v konkrétní situaci udělat tak, aby to byl cíl dosažitelný, splnitelný, reálný a proveditelný v časově přijatelném horizontu. Nejdůležitější je podpora schopností klienta.

4.1 Kolo změny

Změna v chování klienta je dlouhodobý proces, který začíná první úvahou o potřebě změnu učinit a končí realizací a udržením změny. K podrobnému popisu tohoto procesu slouží schéma nazvané „kolo změny“.



Obrázek 1 – Kolo změny

Zdroj: Větrovec in Klíma, 2009, s. 190

V rámci tohoto modelu je motivace chápána jako proces připravenosti ke změně či touha po ní, která se dostavuje v jednotlivých fázích, kterými lidé v průběhu změny procházejí. Jedná se o stav, který se v průběhu procesu změny mění, lze jej ovlivnit, vyvolat a podpořit. Pro klienty s modelem závislého chování je typické, že kdo usiluje o změnu vlastního zažitého chování, zpravidla prochází opakovaně různými fázemi, vrací se do předchozích fází a také absolvuje celý proces několikrát, než se mu podaří změnu trvale upevnit. Pro pracovníka je velmi důležité odhadnout, ve které fázi procesu změny se klient nachází, protože tomu přizpůsobí postupy a techniky, které se v jednotlivých fázích liší.

První fázi nazýváme jako „*období před uvažováním o změně*“, ve které se nacházejí experimentátoři, případně uživatelé s nedlouhou drogovou kariérou, jejichž somatické a sociální poškození je zatím minimální. Klienti nacházející se v této fázi zpravidla ještě ani nezaznamenali, že by mohli mít nějaký problém. Jsou přesvědčeni o tom, že mají vše pod kontrolou, a pokud má někdo s jejich užíváním problém, pak je to jejich okolí, ale ne oni sami. Úkolem pracovníka v tomto případě je tedy podat klientovi

maximální možné množství objektivních informací o všech možných rizicích spojených s uživatelským chováním a zároveň sloužit jako prostředník mezi klientem a vnějším, nedrogovým světem. Tímto se pracovník snaží konfrontovat klienta s realitou a vyvolat v něm pochyby o proklamované neškodnosti jeho chování. Namísto je vstřícnost a přijetí. Klient by měl být sám schopen začít vidět nejen pozitiva, která mu jeho současné chování dává, ale i rizika, která s sebou jeho chování může přinášet. Tento proces často probíhá velmi dlouhou dobu a bývá zkouškou trpělivosti pracovníků.

Další fázi označujeme jako „*uvažování o změně*“, s touto se nejčastěji setkávají terénní pracovníci. Nachází se zde klienti, kteří už jsou schopni přijmout fakt, že s jejich chováním není vždy vše v pořádku a může mít i aspekty, které klientovi nejsou příjemné. Pro tuto fázi je typické střídání argumentů pro a proti, a to často i v jednom souvětí. Klient již dospěl k přesvědčení, že je potřeba učinit změnu, zatím ale stále neví, jaká změna by to měla být. Zvažuje, jakou cenu je ochoten za změnu zaplatit. Bývá velmi zmaten, problémy se mu většinou kumulují a on se v nich neorientuje. Klientovi musí být dovoleno o svém problému bez přerušování hovořit, uvažovat o možných pro a proti, vracet se a znovu posouvat, obhajovat se, být zmatený, nerozhodný, nevědět. Úkolem pracovníka je především podporovat klientovy argumenty pro změnu, stejně jako víru v jeho vlastní schopnosti změnu učinit. Tato fáze může být pro mnoho klientů kritická.

„*Rozhodnutí*“ učinit změnu je logickým vyústěním snahy klienta a pracovníka o rozpoznání negativních aspektů jeho chování. V případě, že dospěl k rozhodnutí pro změnu, nemá zpravidla příliš jasno v tom, jaké možnosti řešení se mu nabízí a jaké řešení zvolit. Nastupuje tedy fáze, ve které dochází k tzv. párování potřeb. Pracovník zde pomáhá nejprve klientovi formulovat zakázku. Poté, co se jí podařilo formulovat, dochází k dojednávání. Je třeba odstranit všechny překážky, které by se na cestě k cíli mohly vyskytnout. Úkolem pracovníka je pomoci klientovi nacházet a pojmenovávat všechny varianty, které by mohly celý plán zkomplikovat, stejně jako nacházet všechny případné možnosti řešení, vyhnout se těmto překážkám. Pracovník by měl být schopen předložit klientovi celou paletu možných řešení, včetně výhod a nevýhod jednotlivých variant.

U fáze s názvem „*akce*“ je osvědčeným prostředkem rychlost. Ideálním řešením je, když akce následuje bezprostředně po rozhodnutí změnu učinit. Formulace zakázky

v zařízení, které navštíví, v tomto případě již není pro klienta traumatizující záležitostí, protože o možnostech a podobách další péče s pracovníkem vyčerpávajícím způsobem hovořil. Zkušenost pracovníků je taková, že více klientů opravdu dojde do příslušného zařízení, poté, co se rovnou objednají, než když pouze slíbí, že to udělají. Popisovaný proces je však pouze jistým mezistupněm mezi rozhodnutím učinit změnu a opravdovou akcí. Ta totiž nastane teprve ve chvíli, kdy klient skutečně do onoho zařízení dorazí, popřípadě ve chvíli, kdy změní své dosavadní chování. Bohužel se však většinou stává, že zůstane jen u slov a klient není schopen akci z jakýchkoli důvodů zahájit. Mnoho klientů se za to potom stydí a snaží se po takovém promarněném pokusu pracovníkovi vyhnout, aby své selhání nemuseli vysvětlovat. Tento fakt totiž může značit několik věcí. První možnost je ta, že byla zvolena špatná varianta akce a klientovi zkrátka nevyhovuje. V takovém případě se po kole změny vracíme jen o fázi zpět a s klientem, stále rozhodnutým pro změnu, vybíráme jinou možnost řešení, která bude lépe vyhovovat jeho potřebám, nebo se pokoušíme pojmenovávat a odstraňovat dosud neobjevené překážky. Další možnost je ta, že klient na změnu ještě není připraven a byl tedy špatně zvolen cíl nebo načasování celé akce. Tato varianta znamená návrat do ranějších fází kola změny a začíná se pracovat na motivaci pro jinou, dostupnější a celkově realističtější změnu. Fáze „akce“ je charakteristická tím, že je časově velmi omezená. Je pro klienta šancí, kterou musí využít právě ve chvíli rozhodnutí, jinak je velmi pravděpodobné, že se po kole změny vrátí do předcházející fáze. V každém případě je v tomto stádiu velmi důležitá podpora víry v klientovy vlastní schopnosti dosáhnout cíle a oceňování každého sebemenšího kroku správným směrem.

O fázi „*udržení změny*“ mluvíme v tom případě, nebylo-li cílem změny dosaženo definitivní abstinence. Obecně však platí, že jakákoliv pozitivní změna je výsledkem značné snahy a odhodlání. V této fázi je tedy na místě poskytnout klientovi především ocenění a podporu, nejlépe podporu chování, která vede k dalším pozitivním změnám. Zároveň je však třeba nezanedbat prevenci relapsu.

„*Relaps*“ je přechodný návrat k nechtěnému modelu chování, ale pouze v případě, nejde - li o intenzivní, nezachycený a nezvládnutelný stav, který by klienta trvale vracel do počátečních fází procesu změny a k trvalému návratu k rizikovému chování. Klient musí být informován o tom, že k tomuto selhání může dojít, předem by měly být připraveny strategie, jak danou situaci zvládnout, ale i jak jí úspěšně předcházet. Relaps

je přirozenou součástí závislosti. Při této fázi je důležité zabránit návratu do počátečních fází kola změny a iniciovat další pokus o započatou změnu. Zejména je třeba zmírnit klientovo trauma a ocenit ho, že dokáže o relapsu mluvit a žádat pomoc. Osvědčená varianta je opět přechod zpět do fáze akce. Odešel-li klient z léčebny, je dobré mu nabídnout možnost okamžitého zprostředkování kontaktu s danou léčebnou, případně další pomáhajících institucí.

K výše popsanému procesu tzv. kolo změny je vhodné používat techniky motivačních rozhovorů mezi, které patří používání otevřených a uzavřených otázek, reflektivní naslouchání, potvrzování a oceňování, shrnování a sebemotivující prohlášení. (Větrovec in Klíma, 2009)

5 Hodnocení nízkoprahových služeb z pohledu uživatelů drog

Výzkumné šetření je zaměřeno na porovnání názorů uživatelů drog na práci sociálních pracovníků v nízkoprahových zařízeních, v hlavním městě Praha a Libereckém kraji. Konkrétně jde o vyjádření míry spokojenosti klientů s touto službou.

5.1 Cíle a výzkumný problém

Hlavním cílem této práce je zjistit názory uživatelé drog na práci sociálních pracovníků v terénních programech a K-centru organizace v Libereckém kraji a v nejmenované pražské organizaci a tyto zjištěné fakty porovnat. Výzkumným problémem je zda uživatelé drog využívají nabízené služby sociálních pracovníků z těchto dvou organizací. A jak poskytované služby klienti hodnotí.

5.1.1 Dílčí cíle

DC1. Zjistit a porovnat, jakou ze služeb využívají klienti nízkoprahových služeb (uživatelé drog) nejvíce.

Předpokládám, že uživatelé drog nízkoprahových organizací nejvíce využívají tzv. výměnný program (výměnu injekčního materiálu). Výměna stříkaček a jehel je jednou ze základních služeb v rámci harm reduction intravenózních uživatelů drog. Hlavním argumentem pro výměnu injekčního náčiní je prevence šíření infekčních onemocnění.

DC2. Zjistit a porovnat, jestli jsou klienti spokojeni s poskytovanou pomocí, jak práci sociálních pracovníků hodnotí.

Sociální pracovník by měl být odborníkem, který je nejen profesionální, ale také empatický, neustranný a hájí práva klientů, Proto by hodnocení pracovníka mělo být spíše kladné a klienti by měli být s poskytovanou pomocí spokojeni.

DC3. Zjistit a porovnat, jestli jsou klienti spokojeni s přístupem sociálních pracovníků a zda je pro ně důležitá důvěra ve vztahu k pracovníkovi.

Jsem si jistá, že se pracovníci snaží klientům vyhovět pokaždé, kdy se na ně obrátí pro pomoc či radu. Avšak se může stát, že je skutečnost jiná a pracovníci mohou být laxní, neochotní, nepříjemní apod., proto je dobré zjistit, zda pracovníci nízkoprahových zařízení opravdu pomohou nebo poradí vždy, když se na ně klienti obrátí.

Domnívám se, že u této cílové skupiny klientů je důvěra ve vztahu k pracovníkovi opravdu důležitá, jinak by tyto služby nemohli existovat, protože se mnohdy jedná o první kontakt drogových klientů se sociální službou.

DC4. Zjistit a porovnat, proč začali klienti užívat drogy, jaká je jejich primární droga, jak často a jakým způsobem ji užívají.

U tohoto dílčího cíle předpokládám, že klienti začali užívat drogy převážně z toho důvodu, aby se odpoutali od běžné reality, opustili stereotyp běžného života nebo drogou utekli od problémů, které je v běžné realitě sužují. Primární drogou bude jednoznačně pervitin, který je velmi dostupný ve zkoumané oblasti. Dále soudím, že klienti využívající tyto služby jsou aktivní uživatelé drog nikoli experimentátoři, proto užívají drogu nitrožilně několikrát denně nebo alespoň jednou denně.

DC5. Zjistit a porovnat: Klienti jakého pohlaví, věkového rozsahu, s jakým vzděláním a stavem na trhu práce využívají služby nabízené nízkoprahovým zařízením.

Předpokládám, že nejvíce dotázaných respondentů, u kterých byl zjišťován názor na práci sociálních pracovníků v nízkoprahových organizacích, budou muži, nezaměstnaní ve věku 27 – 35 let se základním vzděláním po případě střední škola bez maturity.

5.1.2 Transformace dílčích cílů do dotazníkových otázek

Tabulka 1 - Transformace dílčích cílů a dotazníkových otázek

Hlavní cíl	Dílčí cíl	Technika	Respondenti (uživatelé drog)	Dotazníkové otázky
Porovnání názorů uživatelů drog na práci sociálních pracovníků v nízkoprahových organizacích v hlavním městě Praha a Libereckém kraji	DC1. - Zjistit a porovnat, jakou ze služeb využívají klienti nízkoprahových služeb (uživatelé drog) nejvíce.	Kvantitativní dotazníkové šetření	Klienti nízkoprahových organizací (uživatelé drog)	DO1 – Jakým způsobem jste se dozvěděl/a o službě K-centra či Terénního programu? DO2 – Za jakým účelem jste Káčko či Teréňáky poprvé navštívil/a? DO3 – Využíváte služeb od pracovníků TP či K-centra pravidelně? DO4 – Jaké služby využíváte nyní? DO12 – Jak dlouho využíváte služeb TP/Káčka?

	DC2 - Zjistit a porovnat, jestli jsou klienti spokojeni s poskytovanou pomocí, jak práci sociálních pracovníků hodnotí.	Kvantitativní dotazníkové šetření	Klienti nízkoprahových organizací (uživatelé drog)	DO5 – Jste spokojen/a s nabídkou služeb TP/Káčka? DO6 – Zhodnoťte, jak jste spokojeni s nabídkou služeb TP/Káčka? DO7- Chybí Vám nějaké služby?
	DC3 – Zjistit a porovnat, jestli jsou klienti spokojeni s přístupem sociálních pracovníků a zda je pro ně důležitá důvěra ve vztahu k pracovníkovi.	Kvantitativní dotazníkové šetření	Klienti nízkoprahových organizací (uživatelé drog)	DO8 – Jak jste spokojen/a s přístupem pracovníků v organizaci? DO9 – Jak byste zhodnotil/a svůj vztah s pracovníky organizace? DO10 – Je pro Vás důležitá důvěra ve vztahu s pracovníkem? DO11- Jak hodnotíte důvěru ve vztahu s pracovníkem?
	DC4 – Zjistit, porovnat: proč začali klienti užívat drogy, jaká je jejich primární droga, jak často a jak drogu užívají	Kvantitativní dotazníkové šetření	Klienti nízkoprahových organizací (uživatelé drog)	DO13 – Proč jste začal/a brát drogy? DO14 – Jaká je Vaše primární droga? DO 15 – Jak drogu převážně užíváte? DO 16 – Jak často užíváte primární drogu?
	DC5 - Zjistit a porovnat: Klienti jakého pohlaví, věkového rozsahu, s jakým vzděláním a stavem na trhu práce využívají nízkoprahové služby.	Kvantitativní dotazníkové šetření	Klienti nízkoprahových organizací (uživatelé drog)	DO17 - Pohlaví DO18 – Jaký je Váš věk? DO19 – Jaké máte nejvyšší dokončené vzdělání? DO20 – Jaký je váš současný stav na trhu práce?

5.2 Metody výzkumu

V této práci byl zvolen kvantitativní výzkum, ve kterém byla použita metoda dotazování a jako technika dotazník.

Dotazníkové šetření je taková technika terénního sběru informací, kdy jsou potřebné informace od zkoumaných osob získávány písemně, prostřednictvím otázek předtištěných na zvláštním formuláři, dotazníku. Neexistence přímého osobního styku prohlubuje u respondentů důvěru v anonymitu. Písemný způsob odpovědi poskytuje respondentům více času než při přímém dotazování. (Pergler a kol., 1969)

Dotazník je způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí.“ (Gavora, 1999; s. 121) „Dotazník je velmi frekventovanou metodou k zjišťování údajů a určen k jejich hromadnému získávání (velký počet respondentů). Považuje se za ekonomický výzkumný nástroj a můžeme jím získat velké množství informací při malé investici času. (Chrásková, 2007)

Nevýhodou je nižší návratnost než u osobního dotazování (snadnější je vyhodit nevyplněný dotazník než odmítnout žádost tazatele o rozhovor). Dále možnost rozmyšlení odpovědi nedovoluje zachytit důležité spontánní odpovědi. Není možná kontrola, kdo skutečně dotazník vyplnil, zda ten, komu byl adresován, či někdo jiný. Nejsou pod kontrolou podmínky (zejména rušivé jevy), za kterých byl dotazník vyplněn. Nepřítomnost výzkumníka je nevýhodou, protože nemůže reagovat na dotazy, popř. vysvětlit položené otázky. (Surynek a kol., 2001)

Jedním z neefektivnějších nástrojů ke zvýšení návratnosti dotazníků je odměna za jeho vyplnění. Obvykle nebývá příliš vysoká, jde spíše o symbolický význam. (Disman, 2011)

5.2.1 Sestavení dotazníku a předvýzkum

Dotazník byl sestaven formou polouzavřených otázek, které byly naformulovány tak, aby byly jasné a srozumitelné vzhledem k povaze respondentů. V úvodní formulaci byli respondenti seznámeni, s tím, za jakým účelem byl dotazník sestaven a k čemu slouží. Respondenty jsem ujistila o anonymitě a žádala o upřímnost při vyplňování dotazníku. První otázkou v dotazníku zjišťuji, jakým způsobem se klienti nízkoprahových center (uživatelé drog) o této službě dozvěděli. Od této otázky jsou odvíjeny další. Osobní otázky jsou zařazeny na konec dotazníku.

Cílem předvýzkumu bylo zjistit, zda formulace otázek je pro klienty jasná a srozumitelná, zda míří k vytyčenému cíli. Chtěla jsem se vyvarovat možných chyb. Dotazník byl rozdan v malém vzorku deseti klientů z organizace v Libereckém kraji. Po vyhodnocení dotazníku bylo zjištěno, že je v pořádku a může být bez problému použit pro výzkum.

5.3 Popis realizace výzkumného šetření

Na základě povolení vedoucích terénního programu a K-centra v Libereckém kraji byl uskutečněno výzkumné šetření. Nejprve jsem provedla předvýzkum, kde respondenti dotazník vyplňovali za mé přítomnosti, aby se mohli na jakoukoli nejasnost zeptat. Poté byl proveden samotný výzkum, kdy za pomoci pracovníků terénního programu a K-center byly rozdány dotazníky uživatelům drog /respondentům/, kteří jsou klienty této nejmenované nízkoprahové organizace. Následné rozhovory v rámci validizace nebyly provedeny.

V organizaci v hlavním městě Praha jsem dostala možnost tří denní stáže v K – centru, které si nepřeje uvádět své jméno. Během této stáže vyplňovali respondenti /klienti/ dotazníky za mé přítomnosti, kdy za vyplněný dotazník dostali malou pozornost /tatrunku/, aby byli více motivováni.

Následné rozhovory v rámci validizace nebyly provedeny. Sledovaná proměnná měla charakter reaktivního znaku, což znamená, že respondent ví, že je sledován, mohlo by v souhrnu odpovědí dojít k příznivějším výsledkům, než jaká je skutečnost. Dotazníky byly vráceny během několika dnů se stoprocentní návratností.

5.4 Charakteristika výzkumného souboru

Pro tento výzkum byla použita metoda náhodného výběru klientů, kteří využívají nabízené nízkoprahové služby. Při výběru respondentů bylo osloveno 226 klientů (uživatelů drog), kteří byli ochotni dotazník vyplnit. V nízkoprahové organizaci v Libereckém kraji dotazník vyplnilo 164 klientů a v Praze 62 klientů.

5.5 Vyhodnocení výzkumu podle pořadí znaku dotazníku

Hlavním cílem tohoto výzkumu bude zjistit názory uživatelů drog na práci sociálních pracovníků v nízkoprahové organizaci v Libereckém kraji a zároveň porovnat s názory uživatelů drog v organizaci v Praze.

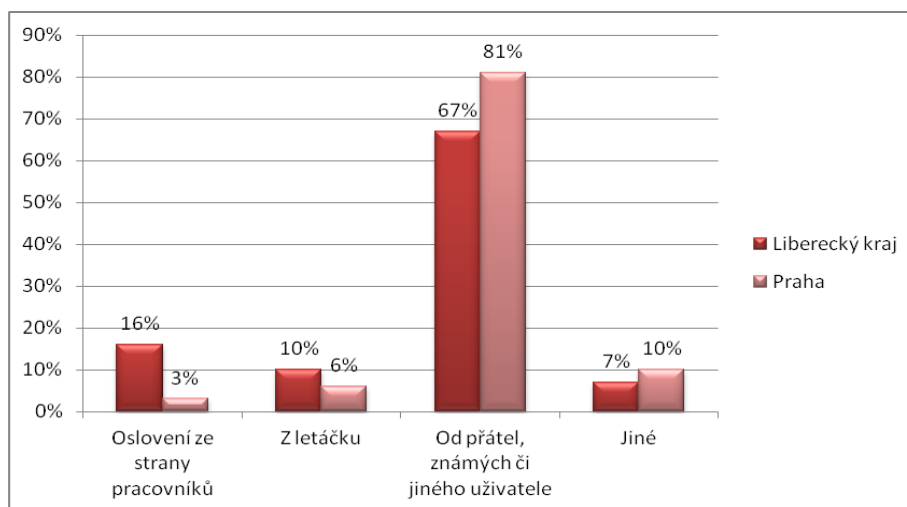
Dílní cíle budou vyhodnoceny podle pořadí znaku dotazníku a interpretovány v závěru diplomové práce. Výsledky, jak z nízkoprahové organizace v Libereckém kraji, tak z organizace v Praze, budou níže zpracovány do přehledných tabulek a grafů, podle možných odpovědí.

Otázka č. 1: Jakým způsobem jste se dozvěděl/a o službě Káčka (K-centra) či Terénního programu?

Tabulka 2 - Způsob jakým se klienti dovědí o službě – srovnání nízkoprahové organizací v Libereckém kraji a Praze

DO1	Liberecký kraj		Praha	
	Počet respondentů	Četnost (%)	Počet respondentů	Četnost (%)
Oslovení ze strany pracovníků	26	16	2	3
Z letáčku	16	10	4	6
Od přátel, známých či jiného uživatele	110	67	50	81
Jiné	12	7	6	10
Počet odpovědí	164	100	62	100

Graf 1 - Způsob jakým se respondenti dovědí o službě - srovnání Liberecký kraj a Praha



Z grafu č. 1 vyplývá, že nejvíce se respondenti dozvídají o službě *od přátel známých či jiného uživatele* a to 67% v Libereckém kraji a 81% v Praze. V Libereckém kraji následuje *oslovení ze strany pracovníků* 16%, *z letáčku* 10% a *z jiného důvodu* 7%. V Praze následovaly odpovědi *jiné* 10%, *z letáčku* 6%, *oslovení ze strany pracovníků* 3%. Do odpovědi *jiné* respondenti často nic neuvědli, někteří už nevědí a jiní se o službě dověděli přes internet.

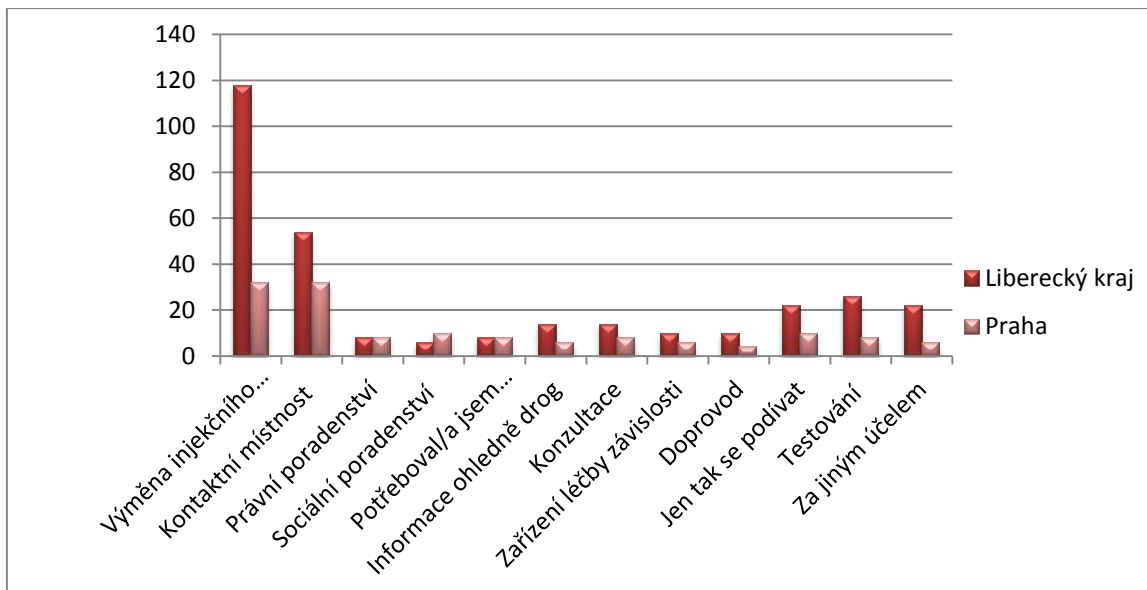
Tento výsledek je možné si vysvětlit na metodě snowballing, tzv. nabalující se sněhová koule, kdy se o službě klienti dozvěděli od přátel, známých či jiného uživatele, kteří o této službě vědí nebo s ní mají svou vlastní zkušenost. Z letáčku se o službě dozvědělo více klientů v Libereckém kraji z toho důvodu, že výzkum byl prováděn také v terénním programu, ve kterém aktivně pracovníci klienty vyhledávají a oslovují je při navázání prvního kontaktu.

Otázka č. 2 – Za jakým účelem jste Káčko či Terěňáky poprvé navštívil/a? (více možných odpovědí)

Tabulka 3 - *Využití služeb při první návštěvě – srovnání Liberecký kraj a Praha*

DO2	Liberecký kraj		Praha	
	Počet odpovědí	Pořadí	Počet odpovědí	Pořadí
Výměna injekčního materiálu	118	1.	32	1. a 2.
Kontaktní místnost (sprcha, káva atd.)	54	2.	32	1. a 2.
Právní poradenství	8	10. a 11.	8	5. – 8.
Sociální poradenství (práce, občanský průkaz atd.)	6	12.	10	3. a 4.
Potřeboval/a jsem poradit ohledně mého zdravotního stavu	8	10. a 11.	8	5. – 8.
Informace ohledně drog	14	6. a 7.	6	9. – 11.
Konzultace	14	6. a 7.	8	5. – 8.
Zařízení léčby závislosti	10	8. a 9.	6	9. – 11.
Doprovod (k lékaři, na úřad)	10	8. a 9.	4	12.
Jen tak se podívat	22	4. a 5.	10	3. a 4.
Testování na přenosné infekční nemoci (HIV, HCV, syfilis)	26	3.	8	5. – 8.
Za jiným účelem	22	4. a 5.	6	9. – 11.

Graf 2 - Využití služeb při první návštěvě – srovnání Liberecký kraj a Praha



Z tohoto grafu č. 2 je zřejmé, že uživatelé drog využívají sociální služby v nízkoprahových organizacích v Libereckém kraji a v Praze. Nejvíce využívanou službou při první návštěvě je v Libereckém kraji jednoznačně *výměna injekčního materiálu*. V Praze je na prvním místě také *výměna injekčního materiálu*, ale i *kontaktní místnost*, což je dáno tím, že v pražské organizaci byl výzkum prováděn pouze v K-centru nikoli v terénním programu. V Libereckém kraji dále využívají tyto služby: Testování na přenosné infekční nemoci, jen tak se podívat, za jiným účelem, konzultace, informace ohledně drog, doprovod, zařízení léčby závislosti, právní poradenství, potřebovali poradit ohledně zdravotního stavu, sociální poradenství. V Praze využívají klienti další služby takto za sebou: sociální poradenství, jen tak se podívat, právní poradenství, potřebovali poradit ohledně zdravotního stavu, konzultace, testování, informace ohledně drog, zařízení léčby závislosti, za jiným účelem doprovod.

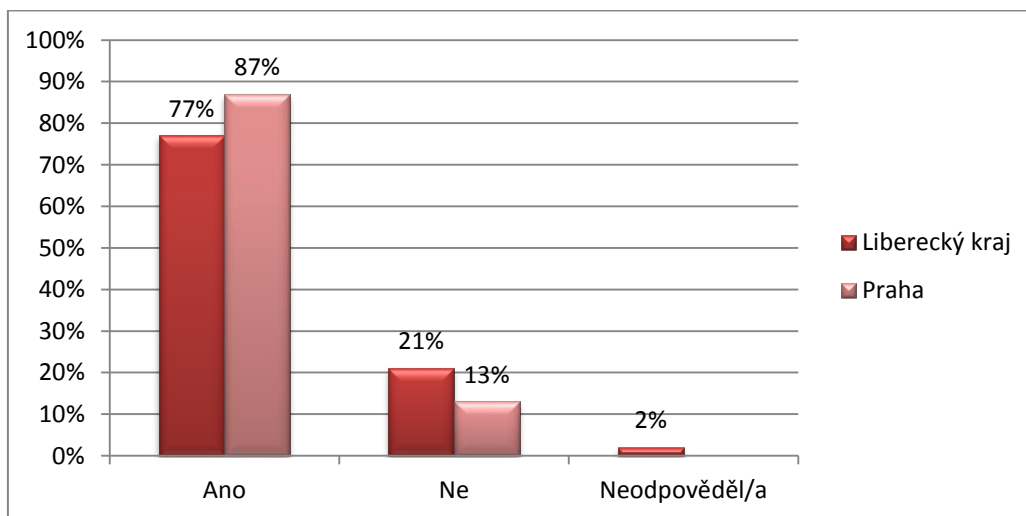
Zde se potvrdil dílčí cíl, kdy je zřejmé, že výměnný program je jednou ze základních služeb nízkoprahových organizací a to v rámci přístupu harm reduction a proto je klienty také nejvíce využívaný, dá se říci, že se jedná o primární službu těchto organizací.

Otázka č. 3: Využíváte služeb od pracovníků Terénního programu či K – centra (Káčka) pravidelně?

Tabulka 4 - Pravidelné využívání služeb v nízkoprahových organizacích – srovnání Liberecký kraj a Praha

DO3	Liberecký kraj		Praha	
	Počet odpovědí	Četnost (%)	Počet odpovědí	Četnost (%)
Ano	126	77	54	87
Ne	34	21	8	13
Neodpověděl/a	4	2	0	0
Počet odpovědí	164	100	62	100

Graf 3 - Pravidelné využívání služeb v nízkoprahových organizacích – srovnání Liberecký kraj a Praha



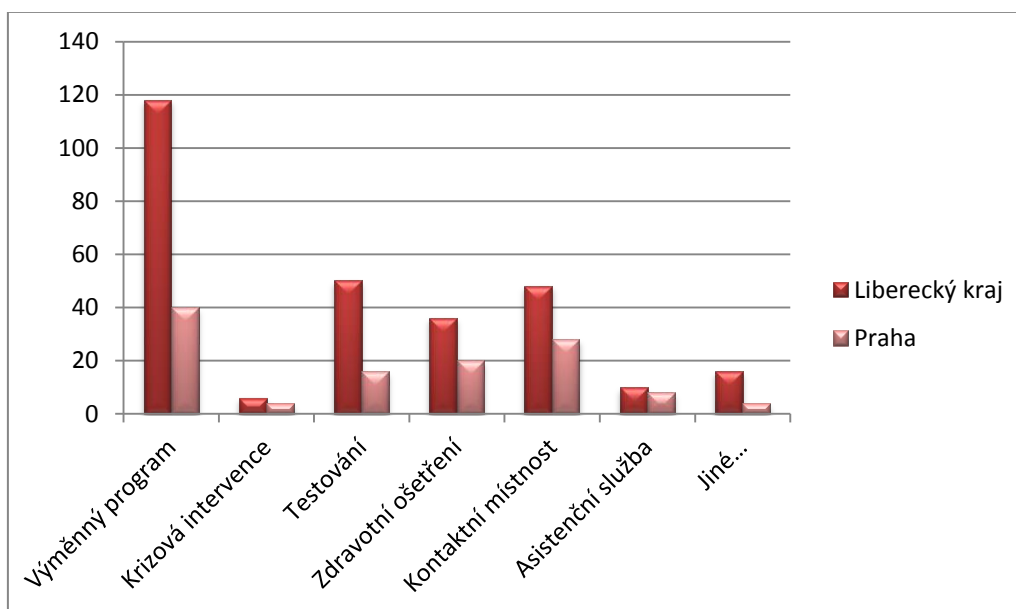
Z grafu č. 3 vyplývá, že klienti obou nízkoprahových zařízení využívají jejich služby pravidelně. V Libereckém kraji 77% respondentů a v pražské organizaci 87% respondentů. Z výsledku je tedy zřejmé, že se převážně jedná o pravidelné klienty využívající tyto služby.

Otázka č. 4: Jaké služby využíváte nyní? (možno více odpovědí)

Tabulka 5 - *Využití služeb nízkoprahových organizací - srovnání Liberecký kraj a Praha*

DO4	Liberecký kraj		Praha	
	Počet odpovědí	Pořadí	Počet odpovědí	Pořadí
Výměnný program	118	1.	40	1.
Krizová intervence	6	7.	4	7.
Testování	50	2.	16	4.
Zdravotní ošetření	36	4.	20	3.
Kontaktní místnost	48	3.	28	2.
Asistenční služba	10	6.	8	5.
Jiné...	16	5.	4	6.

Graf 4 - *Využití služeb nízkoprahových organizací - srovnání Liberecký kraj a Praha*



U této otázky bylo možné zaškrtnout více odpovědí, kdy klienti organizace v Libereckém kraji nejvíce využívají *výměnný program*, poté *testování* (jak na přítomnost OPL v moči, tak na přenosné infekční nemoci), *kontaktní místnost*, *zdravotní*

ošetření, jiné, asistenční služby a krizovou intervenci. Respondenti pražské organizace také nejvíce využívají *výměnný program*, dále *kontaktní místnost, zdravotní ošetření, testování, asistenční službu, jiné a krizovou intervenci.*

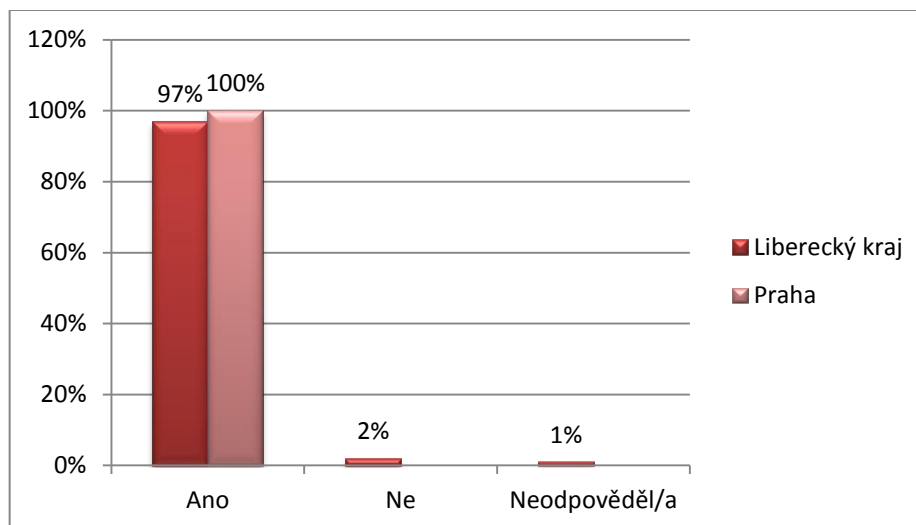
Mezi jiné služby respondenti často nic neuvedli, pokud ano, objevovali se například tyto služby: poradenství, výměna názoru s ostatními klienty i pracovníky organizace, spojení s kurátorem apod.

Otázka č. 5: Jste spokojen/a s nabídkou služeb Terénního programu/Káčka (K-centra)?

Tabulka 6 - *Spokojenost s nabídkou služeb nízkoprahových organizací – Liberecký kraj a Praha*

DO5	Liberecký kraj		Praha	
	Počet odpovědí	Četnost (%)	Počet odpovědí	Četnost (%)
Ano	159	97	62	100
Ne	3	2	0	0
Neodpověděl/a	2	1	0	0
Počet odpovědí	164	100	62	100

Graf 5 - *Spokojenost s nabídkou služeb nízkoprahových organizací - srovnání Liberecký kraj a Praha*



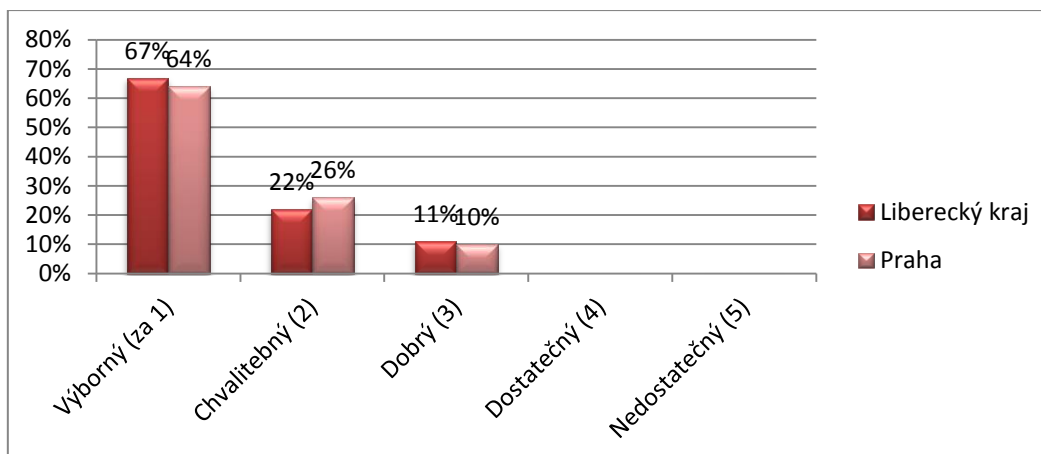
Respondenti z organizace v Libereckém kraji uvedli, že jsou s poskytovanými službami spokojeni a to 97% z nich. Pouze 2% respondentů odpovědělo, že spokojeni nejsou a 1% na otázku neodpovědělo vůbec. V pražské organizaci dokonce všichni respondenti odpověděli, že jsou na 100% s nabídkou poskytovaných služeb tohoto zařízení spokojeni. Modální i mediální hodnota odpovědi *ano* přesahuje 97% z celkového počtu odpovědí.

Otázka č. 6: *Zhodnoťte, jak jste spokojeni s nabídkou služeb TP/Káčka?*
(1 nejlepší, 5 nejhorší)

Tabulka 7 - *Zhodnocení spokojenosti s nabídkou služeb nízkoprahových organizací – srovnání Liberecký kraj a Praha*

DO6	Liberecký kraj		Praha	
	Počet odpovědí	Četnost (%)	Počet odpovědí	Četnost (%)
Výborný (za 1)	110	67	40	64
Chvalitebný (2)	36	22	16	26
Dobrý (3)	18	11	6	10
Dostatečný (4)	0	0	0	0
Nedostatečný (5)	0	0	0	0
Počet odpovědí	164	100	62	100

Graf 6 - *Zhodnocení spokojenosti s nabídkou služeb nízkoprahových organizací – srovnání Liberecký kraj a Praha*



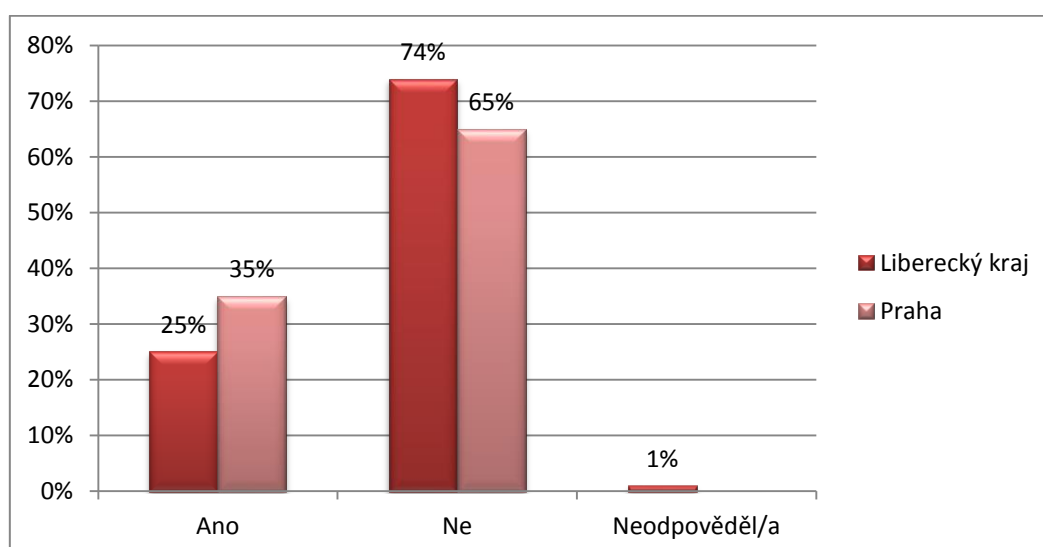
Ze 164 dotazovaných klientů organizace v Libereckém kraji 67% uvedlo, že nabídku služeb hodnotí známkou *výborně*, 22% *chvalitebně* a 11% respondentů *dobře*, což je velkou mírou totožné s odpověďmi klientů pražské organizace, kdy 64% hodnotí nabídku služeb známkou *výborně*, 26% *chvalitebně* a 10% *dobře*. Žádný z respondentů nehodnotil nabídku služeb hůře než známkou *dobře*. Z tohoto grafu tedy vyplývá, že jsou klienti s poskytovanými službami spokojeni.

Otázka č. 7: Chybí Vám nějaké služby?

Tabulka 8 - Dostatek služeb nízkoprahových organizací - srovnání Liberecký kraj a Praha

DO7	Liberecký kraj		Praha	
	Počet odpovědí	Četnost (%)	Počet odpovědí	Četnost (%)
Ano	40	25	22	35
Ne	122	74	40	65
Neodpověděl/a	2	1	0	0
Počet odpovědí	164	100	62	100

Graf 7 - Dostatek služeb nízkoprahových organizací - srovnání Liberecký kraj a Praha



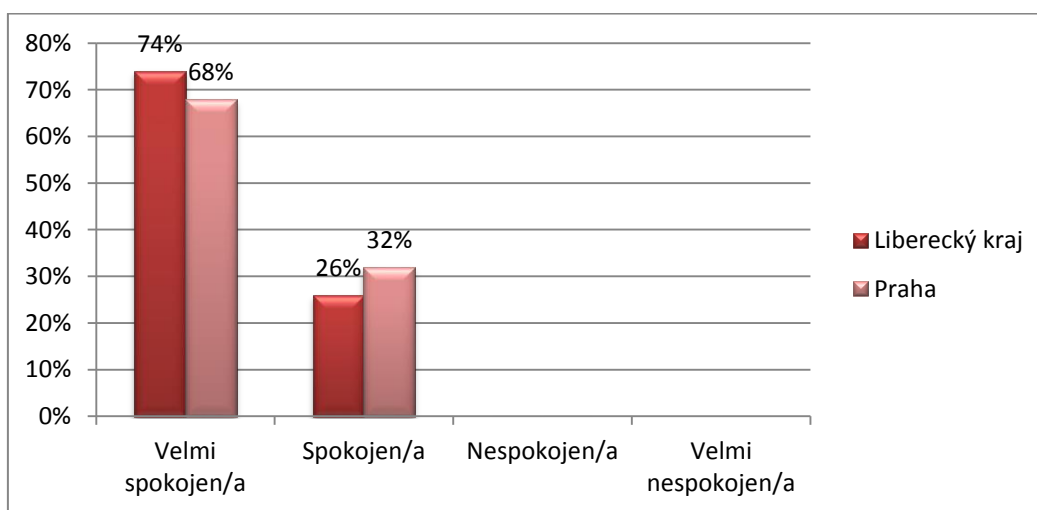
Z grafu č. 7 je patrné, že většině klientů žádná ze služeb poskytovaných organizací nechybí, kdy takto odpovědělo 74% respondentů z Libereckého kraje a 65% z pražské organizace. V Libereckém kraji 25% dotázaným klientům a 35% z Prahy nějaká služba chybí. Mezi odpovědi, jaké služby v organizaci postrádají, uváděli např.: niternější kontakt s pracovníky, sexuální, telefonování známým, denní tisk, papírky, internet, chybí zde lékař, který by konzultoval vaše zdravotní problémy, polévka, pračka (pouze v jednom testovaném K-centru) apod.

Otázka č. 8: Jak jste spokojen/a s přístupem pracovníků v organizaci?

Tabulka 9 - *Spokojenost s přístupem pracovníků nízkoprahových organizací - srovnání Liberecký kraj a Praha*

DO8	Liberecký kraj		Praha	
	Počet odpovědí	Četnost (%)	Počet odpovědí	Četnost (%)
Velmi spokojen/a	122	74	42	68
Spokojen/a	42	26	20	32
Nespokojen/a	0	0	0	0
Velmi nespokojen/a	0	0	0	0
Počet odpovědí	164	100	62	100

Graf 8 - *Spokojenost s přístupem pracovníků nízkoprahových organizací - srovnání Liberecký kraj a Praha*



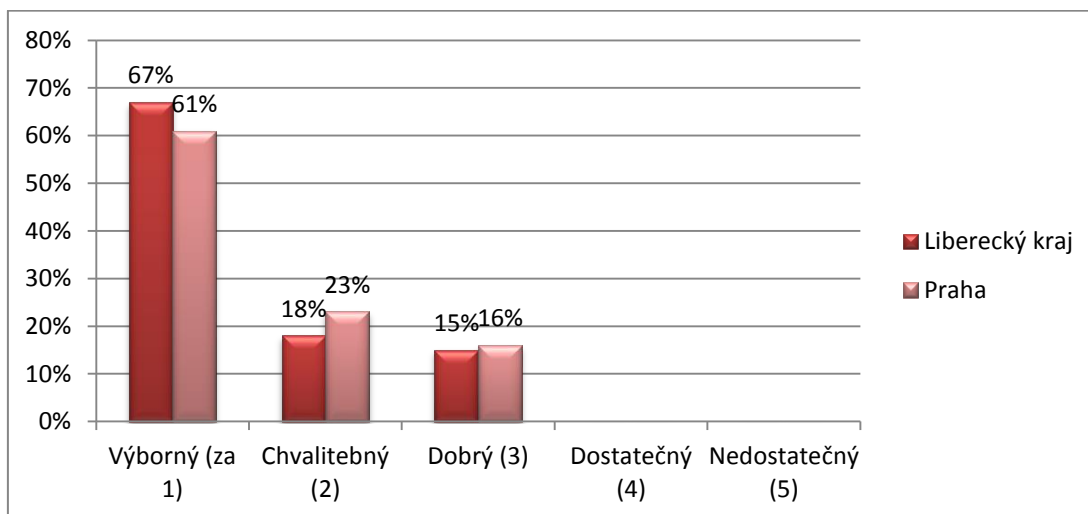
V rámci hodnocení spokojenosti s přístupem pracovníků nízkoprahových organizací jsme se dozvěděli, že klienti z Libereckého kraje jsou *velmi spokojeni* s přístupem a to 74% a 68% klientů z Prahy, což je hodnota nominální. Hodnotou mediální je v odpověď *spokojen* - 26% v Libereckém kraji a 32% v Praze.

Otázka č. 9: Jak byste zhodnotil/a svůj vztah s pracovníky organizace?
(1 nejlepší, 5 nejhorší)

Tabulka 10 - Zhodnocení vztahu s pracovníky nízkoprahových organizací – srovnání Liberecký kraj a Praha

DO9	Liberecký kraj		Praha	
	Počet odpovědí	Četnost (%)	Počet odpovědí	Četnost (%)
Výborný (za 1)	110	67	38	61
Chvalitebný (2)	30	18	14	23
Dobrý (3)	24	15	10	16
Dostatečný (4)	0	0	0	0
Nedostatečný (5)	0	0	0	0
Počet odpovědí	164	100	62	100

Graf 9 - Zhodnocení vztahu s pracovníky nízkoprahových organizací – srovnání Liberecký kraj a Praha



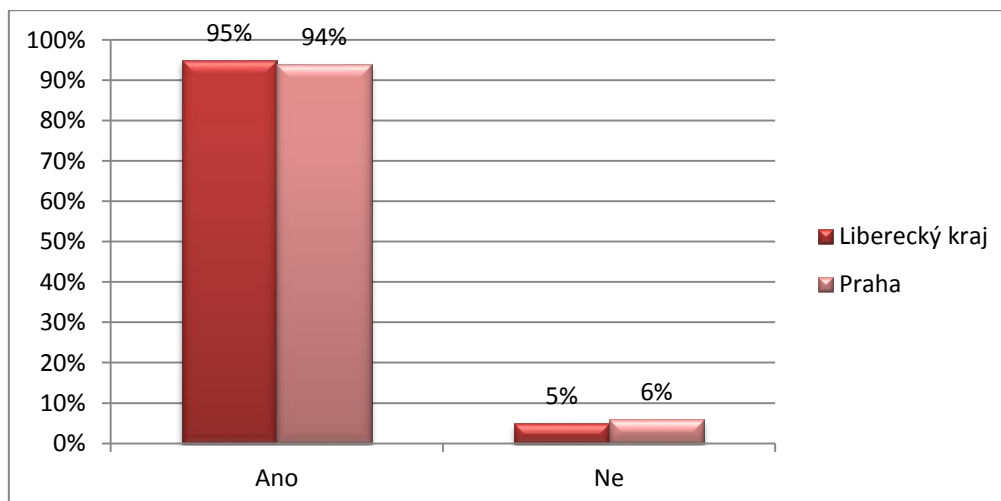
Svůj vztah s pracovníky organizace hodnotili respondenti velmi kladně. Klienti organizace v Libereckém kraji hodnotili vztah s pracovníkem z 67% známkou *výborně*, z 18% *chvalitebně* a z 15% *dobře*. Klienti pražské organizace tento vztah hodnotili taktéž pozitivně – 61% respondentů známkou *výborně*, 23% *chvalitebně* a 16% *dobře*. Z tohoto zjištění vyplývá, že klienti nízkoprahových organizací jsou se vztahem s pracovníky spokojeni a hodnotí jej velmi kladně.

Otázka č. 10: Je pro Vás důležitá důvěra ve vztahu s pracovníkem?

Tabulka 11 - *Důležitost důvěry ve vztahu s pracovníky z nízkoprahových organizací - srovnání Liberecký kraj a Praha*

DO10	Liberecký kraj		Praha	
	Počet odpovědí	Četnost (%)	Počet odpovědí	Četnost (%)
Ano	156	95	58	94
Ne	8	5	4	6
Počet odpovědí	164	100	62	100

Graf 10 - *Důležitost důvěry ve vztahu s pracovníky z nízkoprahových organizací - srovnání Liberecký kraj a Praha*



Z grafu č. 10 vyplývá, že pro většinu klientů je důvěra ve vztahu s pracovníkem velmi důležitá. V Libereckém kraji takto odpovědělo 95% klientů zkoumané organizace

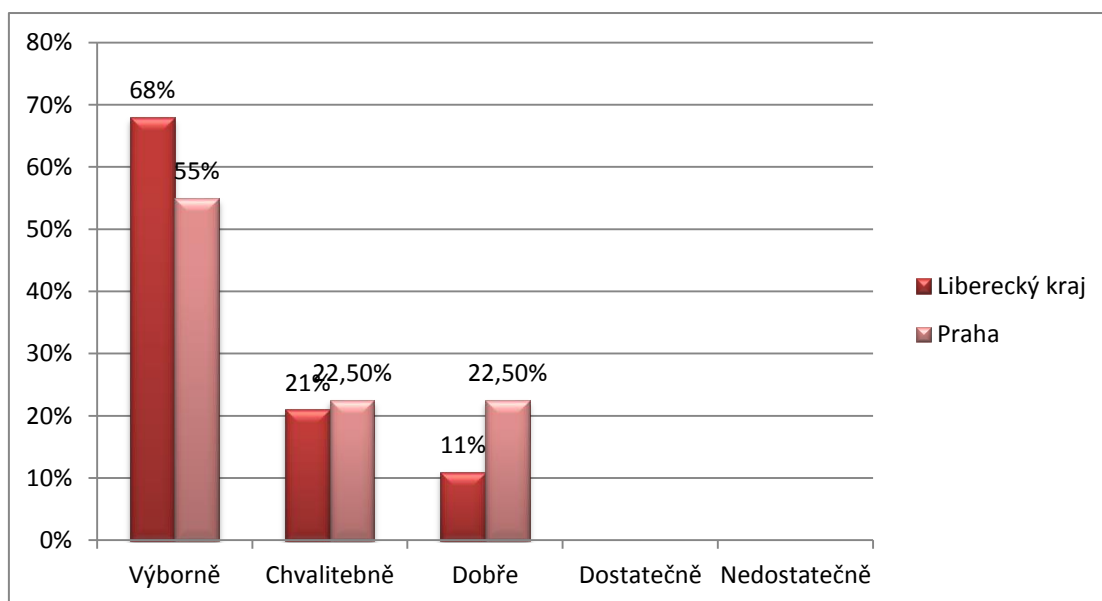
a v Praze 94% klientů. Kdy nedůležitost důvěry shledává pouze malá část výzkumného vzorku – v Libereckém kraji 5% a v Praze 6% všech dotázaných.

Otázka č. 11: Jak hodnotíte důvěru ve vztahu s pracovníkem?

Tabulka 12 - *Hodnocení důvěry ve vztahu s pracovníky nízkoprahových organizací – srovnání Liberecký kraj a Praha*

DO11	Liberecký kraj		Praha	
	Počet odpovědí	Četnost (%)	Počet odpovědí	Četnost (%)
Výborně	112	68	34	55
Chvalitebně	34	21	14	22,5
Dobře	18	11	14	22,5
Dostatečně	0	0	0	0
Nedostatečně	0	0	0	0
Počet odpovědí	164	100	62	100

Graf 11 - *Hodnocení důvěry ve vztahu s pracovníky nízkoprahových organizací – srovnání Liberecký kraj a Praha*



U hodnocení důvěry ve vztahu s pracovníkem nízkoprahové organizace klienti hodnotili známkou *výborně* – 68% v Libereckém kraji a 55% v Praze. V Libereckém

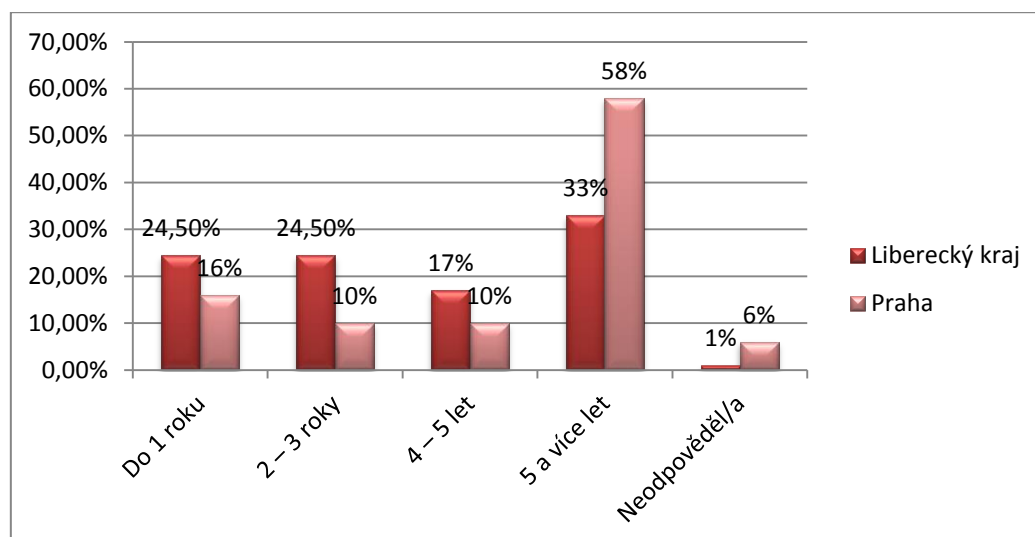
kraji klienti dále hodnotili známkou *chvalitebně* 21% a *dobře* 11%. V pražské organizaci na dalším místě se stejnými hodnotami 22,5% bylo hodnocení *chvalitebně* a *dobře*. Ani jedním klientem nebyla zvolena známka dostatečně a nedostatečně.

Otázka č. 12: Jak dlouho využíváte služeb TP/Káčka?

Tabulka 13 - *Doba využívání služeb nízkoprahových organizací – srovnání Liberecký kraj a Praha*

DO12	Liberecký kraj		Praha	
	Počet odpovědí	Četnost (%)	Počet odpovědí	Četnost (%)
Do 1 roku	40	24,5	10	16
2 – 3 roky	40	24,5	6	10
4 – 5 let	28	17	6	10
5 a více let	54	33	36	58
Neodpověděl/a	2	1	4	6
Počet odpovědí	164	100	62	100

Graf 12 - *Doba využívání služeb nízkoprahových organizací – srovnání Liberecký kraj a Praha*



Graf č. 12 ukazuje, že služby nízkoprahových organizací klienti využívají po dobu několika let. V libereckém kraji 33% respondentů využívá služeb organizace 5 a více

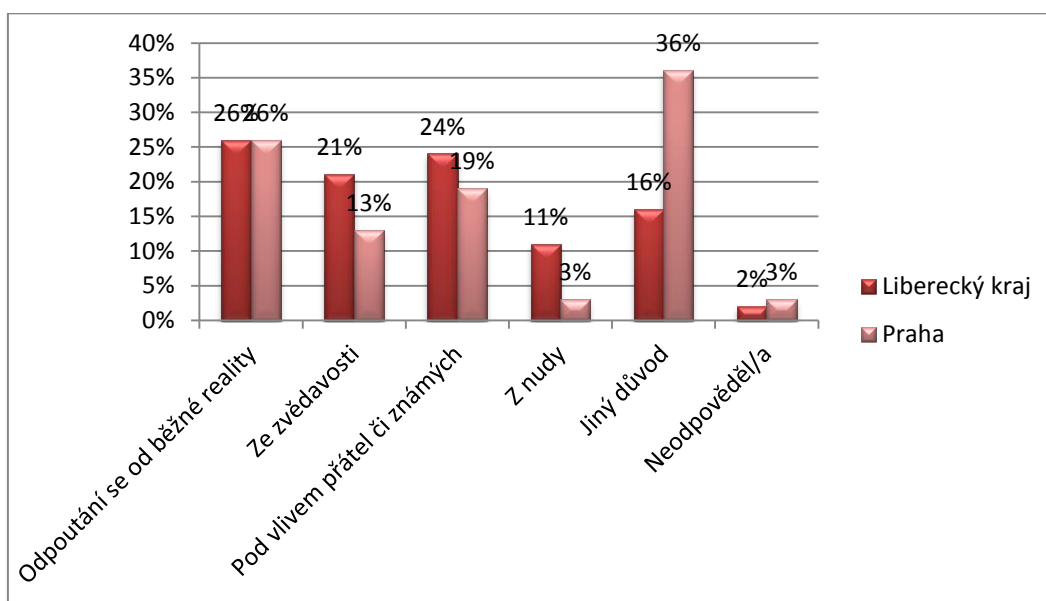
let, 24,5% uživatelů drog uvedlo odpovědi *do 1 roku* a *2 – 3 roky*, 10% klientů využívá službu *4 – 5 let*, 1% na otázku *neodpovědělo*. V Praze 55% respondentů využívá služeb organizace *5 a více let*, 16% *do 1 roku*, 10% klientů uvedlo, že službu využívají *2 – 3 roky* a *4 – 5 let*, 6% na položenou otázku *neodpovědělo*.

Otázka č. 13: Proč jste začal/a brát drogy?

Tabulka 14 - *Důvod užívání drog klientů nízkoprahových organizací - srovnání Liberecký kraj a Praha*

DO13	Liberecký kraj		Praha	
	Počet odpovědí	Četnost (%)	Počet odpovědí	Četnost (%)
Odpoutání se od běžné reality	42	26	16	26
Ze zvědavosti	34	21	8	13
Pod vlivem přátel či známých	40	24	12	19
Z nudy	18	11	2	3
Jiný důvod	26	16	22	36
Neodpověděl/a	4	2	2	3
Počet odpovědí	164	100	62	100

Graf 13 - *Důvod užívání drog klientů nízkoprahových organizací - srovnání Liberecký kraj a Praha*



V grafu č. 13 vidíme, proč klienti zkoumaných nízkoprahových organizací začali drogu užívat. V organizaci v Libereckém kraji nejčastěji klienti uváděli odpověď *odpoutání se od běžné reality* 26%, další odpovědi: 24% *pod vlivem přátel či známých*, 21% *ze zvědavosti*, 11% *z nudy* a *jiný důvod* uvedlo 16% respondentů. V organizaci v Praze nejčastěji klienti uváděli odpověď *z jiného důvodu* a to 36%, další odpovědi: *odpoutání se od běžné reality* 26%, *pod vlivem přátel či známých* 19%, *ze zvědavosti* 13%, *z nudy* pouze 3%. Na otázku *neodpověděl/a* dohromady 5% respondentů z obou organizací.

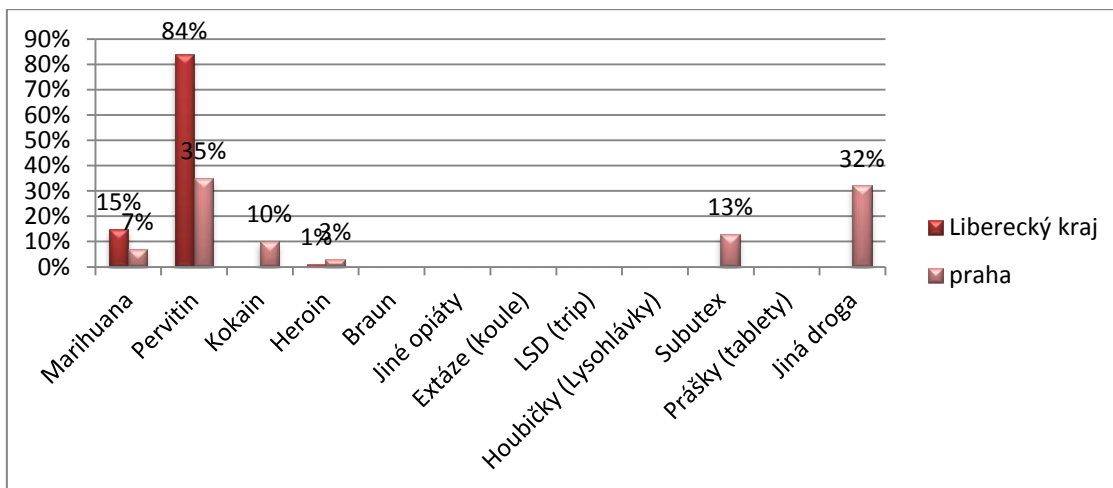
Do odpovědi *z jiného důvodu* doplnili uživatelé drog například tyto důvody: chtěl jsem poznat něco jiného než běžnou realitu; z frajeřiny; nuda, zvědavost; abych zhubla, měla jsem 120kg; od malička vždy ve špatném kolektivu; z blbosti; myslela jsem, že mi to pomůže z trápení; ulice mě donutila; kvůli psychickým problémům a práci; úmrtí matky; nevím; po zamyšlení bych řekla, že proto, aby si mě matka více všímala nebo, abych byla dokonalejší, rodinné problémy, sex.

Otázka č. 14: Jaká je Vaše primární droga? (droga číslo jedna)

Tabulka 15 - Primární droga klientů nízkoprahových organizací - srovnání Liberecký kraj a Praha

DO14	Liberecký kraj		Praha	
	Počet odpovědí	Četnost (%)	Počet odpovědí	Četnost (%)
Marihuana	24	15	4	7
Pervitin	138	84	22	35
Kokain	0	0	6	10
Heroin	2	1	2	3
Braun	0	0	0	0
Jiné opiáty	0	0	0	0
Extáze (koule)	0	0	0	0
LSD (trip)	0	0	0	0
Houbičky (Lysohlávky)	0	0	0	0
Subutex	0	0	8	13
Prášky (tablety)	0	0	0	0
Jiná droga	0	0	20	32
Počet odpovědí	164	100	62	100

Graf 14 - Primární droga klientů nízkoprahových organizací - srovnání Liberecký kraj a Praha



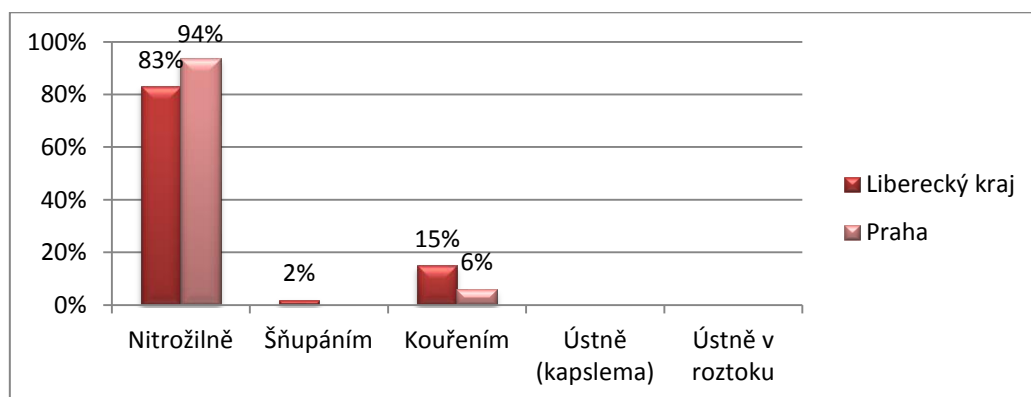
U otázky č. 14 bylo zjišťováno, jaká je primární droga klientů (uživatelů drog) zkoumaných nízkoprahových organizací. V Libereckém kraji je jednoznačně drogou číslo jedna *pervitin*, který uvedlo 84% dotázaných respondentů, poté 15% *marihuana* a 1% *heroin*. V pražské organizaci je primární drogou taktéž *pervitin*, ale těsně za ním s 32% byla odpověď *jiná droga* – klienti často drogy kombinují, aplikují si takovou drogu, která je zrovna dostupná, nemají primární drogu. Klienti uváděli odpovědi: kombinace pervitinu a heroinu, jiné opiáty, rivotril, funky apod. Další primární drogou u klientů pražské organizace je *subutex* 13%, *kokain* 10%, *marihuana* 7%, *heroin* 3%.

Otázka č. 15: Jak drogu převážně užíváte? (primární drogu)

Tabulka 16 - Užívání primární drogy klienty nízkoprahových organizací - srovnání Liberecký kraj a Praha

DO15	Liberecký kraj		Praha	
	Počet odpovědí	Četnost (%)	Počet odpovědí	Četnost (%)
Nitrožilně	136	83	58	94
Šňupáním	4	2	0	0
Kouřením	24	15	4	6
Ústně (kapslema)	0	0	0	0
Ústně v roztoku	0	0	0	0
Počet odpovědí	164	100	62	100

Graf 15 - Užívání primární drogy klienty nízkoprahových organizací - srovnání Liberecký kraj a Praha



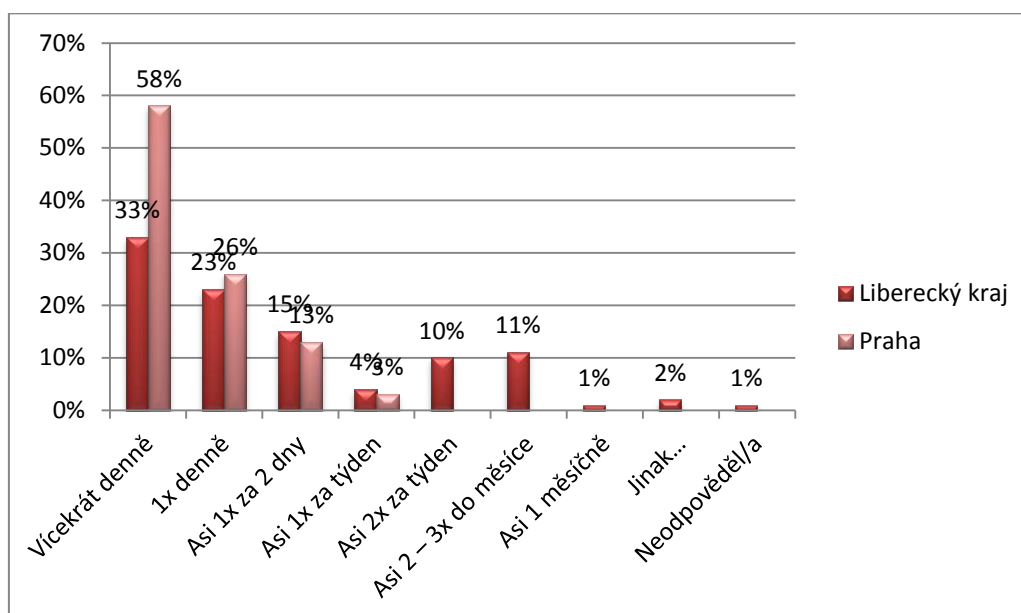
Z grafu č. 15 vyplývá, že 83% dotázaných klientů z organizace v Libereckém kraji užívá drogu *nitrožilně*, 15% *kouřením* a 2% *šňupáním*. V Praze si *nitrožilně* aplikuje drogu 94% a *kouří* ji 6% respondentů. Tento výsledek nám znázorňuje, že většina klientů nízkoprahových organizací jsou nitrožilními uživateli, tedy rizikovými uživateli. Již z grafu popsaného výše je patrné, že klienti nejvíce využívají výměnný program, proto se bude jednat převážně o uživatele s nitrožilní aplikací drogy.

Otázka č. 16: Jak často užíváte primární drogu?

Tabulka 17 - *Frekvence užívání primární drogy klientů nízkoprahových organizací - srovnání Liberecký kraj a Praha*

DO16	Liberecký kraj		Praha	
	Počet odpovědí	Četnost (%)	Počet odpovědí	Četnost (%)
Vícekrát denně	54	33	36	58
1x denně	38	23	16	26
Asi 1x za 2 dny	24	15	8	13
Asi 1x za týden	6	4	2	3
Asi 2x za týden	16	10	0	0
Asi 2 – 3x do měsíce	18	11	0	0
Asi 1 měsíčně	2	1	0	0
Jinak...	4	2	0	0
Neodpověděl/a	2	1	0	0
Počet odpovědí	164	100	62	100

Graf 16 - Frekvence užívání primární drogy klientů nízkoprahových organizací - srovnání Liberecký kraj a Praha



Z grafu č. 16 s názvem frekvence užívání primární drogy klientů nízkoprahových organizací je zřejmé, že se jedná o pravidelné uživatele drog, kdy jejich frekvence užívání drogy je převážně vícekrát denně nebo alespoň jednou denně.

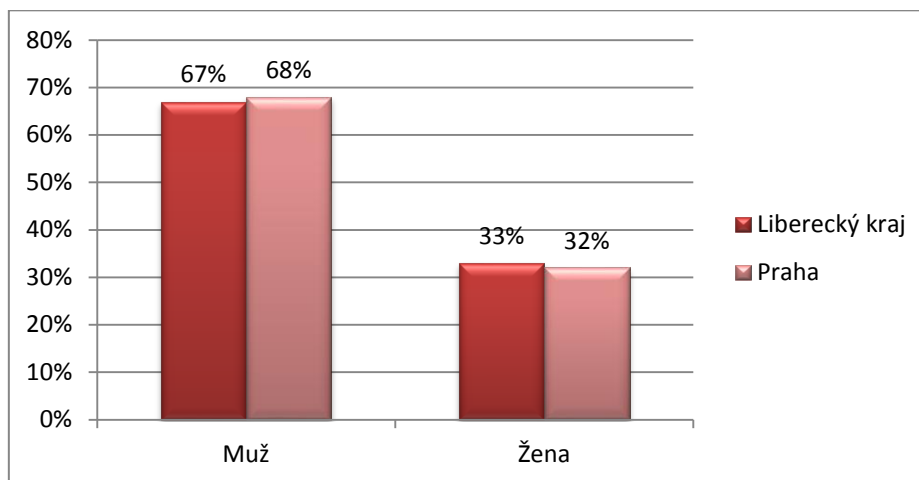
V Libereckém kraji odpověď *vícekrát denně* uvedlo 33% respondentů, *1 krát denně* 23%, *asi 1x za 2 dny* 15%, *asi 2 - 3x do měsíce* 11%, *asi 2x za týden* 10% *asi 1x za týden* 4%, *jinak* 2%, *asi jednou měsíčně* 1% a *neodpovědělo* také 1% respondentů. V Praze uvedlo odpověď *vícekrát denně* 58%, *1x denně* 26%, *asi 1x za 2 dny* 13%, *asi 1x za týden* 3%. V odpovědi jinak bylo uvedeno: táhnu třeba měsíc v kuse.

Otázka č. 17: Pohlaví

Tabulka 18 - Pohlaví klientů nízkoprahových organizací - srovnání Liberecký kraj a Praha

DO17	Liberecký kraj		Praha	
	Počet odpovědí	Četnost (%)	Počet odpovědí	Četnost (%)
Muž	110	67	42	68
Žena	54	33	20	32
Počet odpovědí	164	100	62	100

Graf 17 - Pohlaví klientů nízkoprahových organizací - srovnání Liberecký kraj a Praha



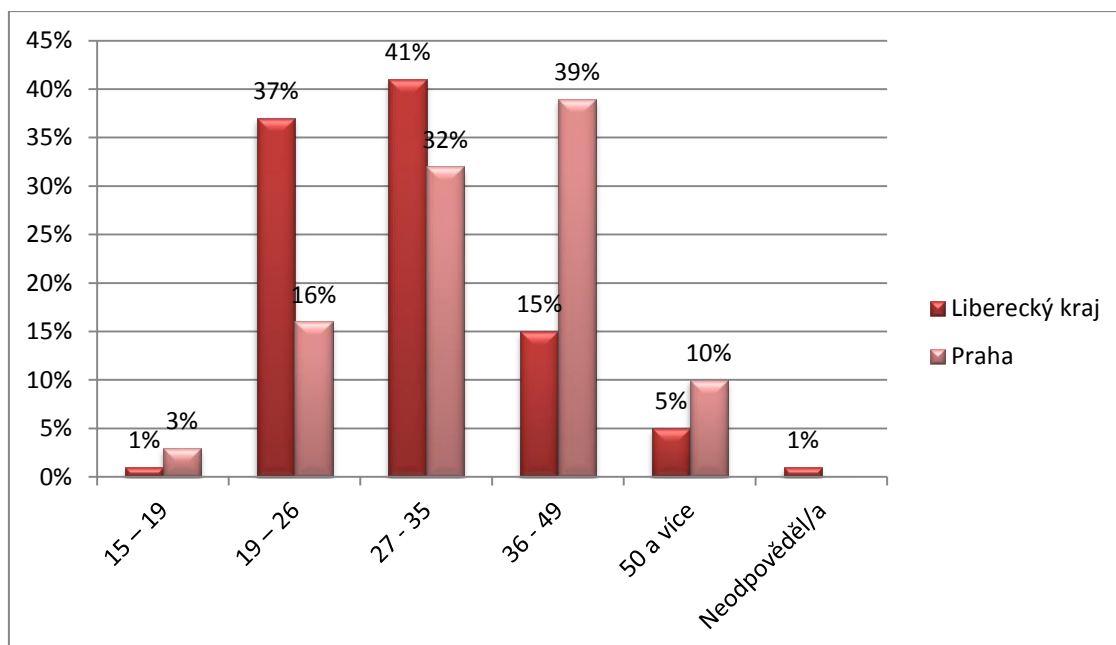
Z tohoto grafu vyplývá, že klienti nízkoprahových organizací v Libereckém kraji a Praze jsou více muži než ženy. Mužů bylo 67% v Libereckém kraji a 68% v Praze, žen 33% v Libereckém kraji a 32% v Praze.

Otázka č. 18: Jaký je Váš věk?

Tabulka 19 - Věk respondentů

DO18	Liberecký kraj		Praha	
	Počet odpovědí	Četnost (%)	Počet odpovědí	Četnost (%)
15 – 19	2	1	2	3
19 – 26	60	37	10	16
27 - 35	68	41	20	32
36 - 49	24	15	24	39
50 a více	8	5	6	10
Neodpověděl/a	2	1	0	0
Počet odpovědí	164	100	62	100

Graf 18 - Věk respondentů



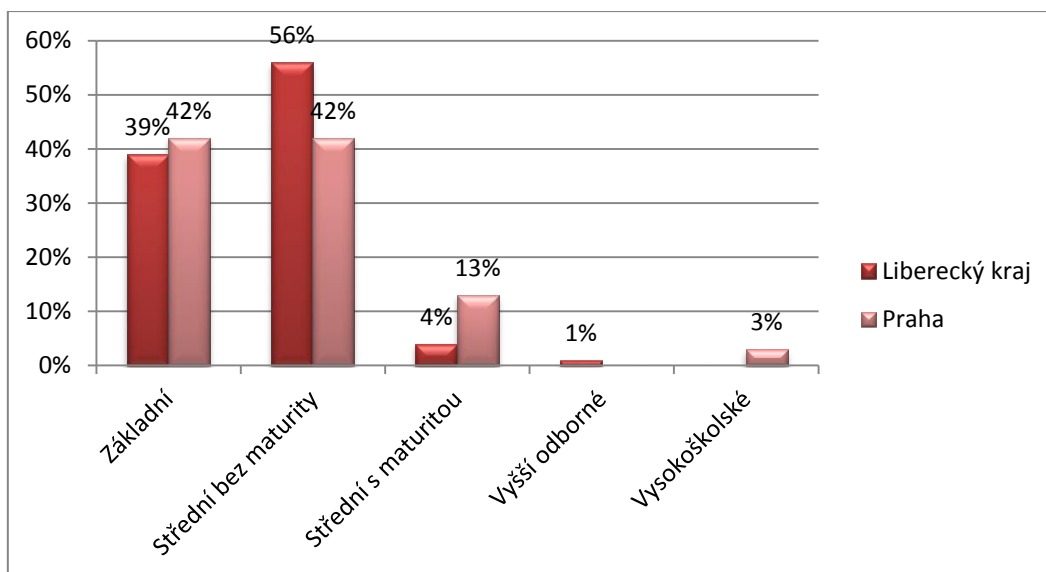
Z grafu č. 18 vyplývá, že nejčetnější skupinou dotazovaných klientů nízkoprahové organizace v Libereckém kraji tvoří věková skupina 27 – 35 let s 41%, dále 19 - 26 let s 37%, 36 – 49 let 15%, 50 a více let 5% a 15 – 19 let 1%. V Praze nejčetnější skupinou dotázaných respondentů tvoří věková hranice 36 – 49 let s 39%, dále věk 27 – 35 s 32%, 19 – 26 let 16%, 50 a více let 10%, 15 – 19 let 3%.

Otázka č. 19: Jaké máte nejvyšší dokončené vzdělání?

Tabulka 20 - Vzdělání respondentů

DO19	Liberecký kraj		Praha	
	Počet odpovědí	Četnost (%)	Počet odpovědí	Četnost (%)
Základní	64	39	26	42
Střední bez maturity	92	56	26	42
Střední s maturitou	6	4	8	13
Vyšší odborné	2	1	0	0
Vysokoškolské	0	0	2	3
Počet odpovědí	164	100	62	100

Graf 19 - *Vzdělání respondentů*



U otázky č. 19 nejvíce respondentů v Libereckém kraji odpovědělo, že mají *střední školu bez maturity* (56%), v Praze se stejným počtem odpovědí mají klienti *základní vzdělání* a *střední školu bez maturity* (42%), což získává hodnotu modální. Za hodnotu mediální považujeme v Libereckém kraji odpověď *základní vzdělání* (39%) a v Praze odpověď *střední škola s maturitou* (13%). *Středoškolské vzdělání ukončené maturitou* má v Libereckém kraji 4% dotazovaných respondentů a *vyšší odborné* 1%. V Praze byli mezi klienty 3% *vysokoškoláků*.

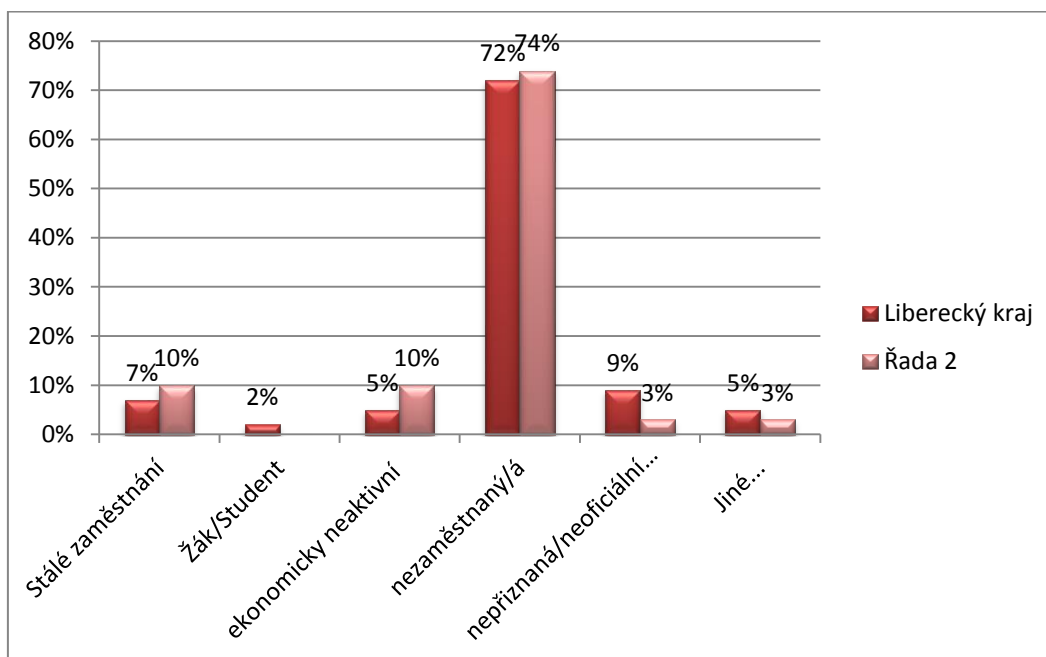
Otázka č. 20: Jaký je Váš současný stav na trhu práce?

Tabulka 21 - *Stav respondentů na trhu práce*

DO20	Liberecký kraj		Praha	
	Počet odpovědí	Četnost (%)	Počet odpovědí	Četnost (%)
Stálé zaměstnání	12	7	6	10
Žák/Student	4	2	0	0
ekonomicky neaktivní (v důchodu/domácnosti, invalidním důchodu)	8	5	6	10
nezaměstnaný/á	118	72	46	74

nepřiznaná/neoficiální práce/práce na „černo“	14	9	2	3
Jiné...	8	5	2	3
Počet odpovědí	164	100	62	100

Graf 20 - Stav respondentů na trhu práce



Graf č. 20 ukazuje, že většina klientů nízkoprahových organizací je *nezaměstnaných*, v Praze takto odpovědělo 74% respondentů a v Libereckém kraji 72%. V Libereckém kraji dále klienti uváděli, že 9% dělají *nepřiznanou* či *neoficiální práci na „černo“*, 7% jsou *stále zaměstnaní*, 5% je *ekonomicky neaktivních* (v důchodu/domácnosti/invalidním důchodu), 2% jsou *studenti*. V Praze 10% respondentů je *stále zaměstnaných*, 10% *ekonomicky neaktivních*, 3% dělají *nepřiznanou* či *neoficiální práci na „černo“*, *jiné* a 2% jsou *studenti*. U odpovědi *jiné* respondenti většinou nevedli nic, pouze ji zakroužkovali. Jedna respondentka odpověděla, že je žebračka.

5.6 Interpretace a shrnutí dílčích zjištění

Vyhodnocení dotazníkového šetření bylo zobrazeno v přehledných tabulkách a vizuálně zobrazeno grafy, kde byly porovnány zjištěné výsledky výzkumu z nízkoprahové organizace v Libereckém kraji a v Praze.

Dílčí cíl č. 1 měl zjistit a porovnat, jakou ze služeb využívají klienti nízkoprahových zařízení nejvíce. Dle provedeného výzkumu klienti využívají služby nízkoprahových organizací pravidelně a nejčastěji využívanou službou je výměnný program, na druhém místě kontaktní místnost a testování. Respondenti jsou převážně dlouhodobými klienty zkoumaných zařízení, kdy do jednoho roku uvedlo pouze 24,5% z Libereckého kraje a 16% z Prahy. U tohoto dílčího cíle se potvrdil předpoklad, že uživatelé drog vyhledávající nízkoprahové organizace nejvíce využívají výměnný program (výměnu injekčního materiálu).

Dílčí otázka č. 2 se týkala zjištění, zda jsou klienti spokojeni s poskytovanou pomocí, jak práci sociálních pracovníků hodnotí. Výzkum uvádí, že s nabídkou poskytovaných služeb v nízkoprahových zařízeních jsou spokojeni a hodnotí ji nejhůře známkou dobře, odpověď nespokojen/a uvedli pouze 2% dotázaných v Libereckém kraji. Dále z výzkumu vyplývá, že převážné části klientů žádné další služby poskytované v organizaci nechybí. U tohoto dílčího cíle se potvrdil předpoklad, že sociální pracovníci jsou v této oblasti odborníci a klienti jejich práci hodnotí pozitivně.

Dílčí otázka č. 3 zjišťuje a porovnává, zda jsou klienti spokojeni s přístupem sociálních pracovníků a jestli je pro ně důležitá důvěra ve vztahu k pracovníkovi. V rámci hodnocení spokojenosti s přístupem pracovníků nízkoprahových organizací se vyskytovala pouze odpověď velmi spokojen/a, spokojen/a. Nespokojen s přístupem pracovníků nebyl ani jeden respondent. Vztah s pracovníkem hodnotili klienti nejhůře známkou dobře (3), kdy jednoznačně převažovala známka výborně (1). Pro více než 94% respondentů obou organizací je důležitá důvěra ve vztahu se sociálním pracovníkem, kdy ji hodnotí nejhůře známkou dobře. Zámka výborně opět převažuje, tuto odpověď uvedla více než polovina oslovených. Předpoklad dílčího cíle byl naplněn. Klienti jsou s přístupem sociálních pracovníků spokojeni a důvěra ve vztahu pracovník klient je velmi důležitá.

Dílčí cíl č. 4 zjišťoval a porovnával, proč klienti začali drogu užívat, jaká je jejich primární droga, jak často a jakým způsobem drogu užívají. Bylo zjištěno, že oslovení

respondenti začali užívat drogu, aby se odpoutali od běžné reality, pod vlivem přátel či známých a ze zvědavosti. Tyto odpovědi byly uváděny nejčastěji. V Praze kroužkovali také odpověď jiné, kde se objevovali důvody jako: z frajeřiny, abych zhubla, kvůli trápení, ulice mě donutila apod. Primární drogou byl jednoznačně pervitin, který je u nás z nitrožilně aplikovaných drog nejdostupnější. V Libereckém kraji byl uváděn pouze pervitin a marihuana. V Praze se objevovali i jiné drogy a klienti často nemají vyhraněnou pouze jednu drogu nebo látky kombinují. Lze si to vysvětlovat tím, že v Praze je jiná poptávka a nabídka drog než v menších městech a taky drogová scéna je podstatně odlišná. U četnosti užívání převažovala odpověď vícekrát denně nebo alespoň jednou denně. Předpoklad dílčího cíle byl naplněn.

Dílčí cíl č. 5 zjišťuje všeobecné informace o respondentech – pohlaví, věk, vzdělání a stav na trhu práce. Opět se potvrdil předpoklad, kdy respondenty byli převážně muži, více než 67% obou organizací. V Libereckém kraji byli klienti o něco mladší, v rozmezí 19- 35 let než v Praze, kde převažoval věk 27 – 49 let. Respondenti měli základní vzdělání či střední bez maturity. Dva klienti z pražské organizace odpověděli, že mají vysokoškolské vzdělání. Více než 70% oslovených uživatelů drog je nezaměstnaných.

Hlavní výzkumnou otázkou bylo zjistit názor uživatelů drog na práci sociálních pracovníků v nízkoprahových zařízeních v Libereckém kraji a Praze, zejména určení míry spokojenosti se službou. Z výzkumu je patrné, že klienti zkoumaných organizací jsou se službami nízkoprahových organizací spokojeni. Sociální pracovník zde působí jako odborník a klienti jejich práci hodnotí pozitivně. Jsou spokojeni s jejich přístupem a s navázanou důvěrou mezi nimi.

ZÁVĚR

Domnívám se, že hlavní cíl této práce byl naplněn. Získání dat pomocí dotazníků určeným pro uživatele drog nízkoprahových programů v Libereckém kraji a v hlavním městě Praha se ukázalo jako vhodná technika, která poskytla dostačující množství informací.

V teoretické části byly vymezeny základní pojmy, které jsou spojené s tématem práce. Mezi tyto pojmy je zahrnuto stručné rozdělení drog. Další větší částí je kapitola o sociální práci s uživateli drog, ve které je vymezeno, jak se realizuje sociální práce, problematika závislostí, vymezena cílová skupina pro sociální pracovníky pracující v oblasti drogových závislostí. V podkapitole byly popsány důsledky užívání nealkoholových psychoaktivních látek a rizika nitrožilní aplikace těchto látek. Na toto navazuje nejdůležitější část, kde jsou popsány sociální služby pro uživatele drog, zejména nízkoprahové programy, které jsou předmětem výzkumné části.

Hlavním cílem empirické části bylo zjistit názor uživatelů drog na práci sociálních pracovníků v nízkoprahových zařízeních v Libereckém kraji a v Praze, zároveň zjištěné fakty vzájemně porovnat. V Libereckém kraji bylo osloveno 164 klientů a v Praze 62 klientů, kteří byli ochotni dotazník vyplnit. Celkem bylo osloveno 226 klientů nízkoprahových zařízení. Dotazníky byly vráceny se stoprocentní návratností. Vyhodnocení dotazníků je zobrazeno v přehledných tabulkách a vizuálně zobrazeno grafy, kde jsou porovnány výsledky výzkumu z organizace v Libereckém kraji a v Praze. Z výzkumu vyplývá, že klienti nejvíce využívají výměnný program (výměnu injekčního materiálu a HR materiálu) a kontaktní místnost. O službě se dozvídají od přátel, známých či jiného uživatele. Nízkoprahové služby většinou navštívili z důvodu výměny injekčního materiálu nebo návštěvy kontaktní místnosti. Respondenti byli převážně dlouhodobými klienty nízkoprahových zařízení, kdy využívání služeb do jednoho roku uvedlo pouze 24,5% z Libereckého kraje a 16% z Prahy. Dále je z výzkumu patrné, že klienti jsou s nabídkou služeb zkoumaných organizací spokojeni. Tyto služby jsou postaveny na dobrovolnosti, proto předpokládám, pokud by klienti spokojeni nebyli, tuto službu by nevyhledávali a našli by si jiný způsob, jak si např.: vyměnit stříkačku. Žádný z klientů službu nehodnotil hůře než známkou dobře, což také značí, že jsou s poskytovanými službami spokojeni. Většině žádná služba nechybí. Mezi odpověďmi, jaké služby v organizaci postrádají, uváděli např.: niternější kontakt

s pracovníky, sexuální, telefonování známým, denní tisk, papírky, internet apod. S přístupem pracovníků v nízkoprahových organizacích jsou klienti velmi spokojeni nebo spokojeni, žádná jiná odpověď nebyla zaznamenána. Za důležitou hodnotu ve vztahu s pracovníkem považují důvěru a to přes 93% respondentů obou organizací, tuto hodnotí nejhůře známkou dobře. Klienti začali drogy užívat převážně proto, aby se odpoutali od běžné reality, ze zvědavosti nebo pod vlivem přátel či známých. Primární drogou byl jednoznačně pervitin, který je u nás nejdostupnější. Droga je klienty většinou užívána nitrožilně, více krát denně nebo alespoň jednou denně. Klienti zkoumaných zařízení jsou převážně muži, nezaměstnaní ve věku 19 – 35 let v Libereckém kraji a 27 – 49 let v Praze. Větší rozdíly v odpovědích respondentů z Libereckého kraje a z Prahy nebyly zaznamenány.

Sociální práce s uživateli drog je velmi důležitým odvětvím dnešní doby. Zejména nízkoprahové programy se snaží snížit rizika spojená s užíváním drog prostřednictvím harm reduction, což hraje velmi důležitou roli zejména pro veřejné zdraví nejen u nás, ale i ve světě. Nezbytnou součástí této práce je ke každému uživateli přistupovat jako k jedinečné, individuální bytosti a stejně, tak s ním pracovat. Sociální pracovník se na profesionální úrovni snaží poskytovat sociální služby. Díky této práci je zřejmé, že nízkoprahové služby jsou dostupné, kvalitní a využívány. Cíl nízkoprahových programů je jejich prostřednictvím naplňován. Z názorů uživatelů drog vyplývá, že sociální pracovníci pracují kvalitně a poskytované služby jim vyhovují.

Výsledky této práce by mohly být zdrojem užitečných informací nejen pro mě, ale i pro sociální pracovníky, další odborníky a v neposlední řadě pro širokou veřejnost.

Seznam literatury

- [1] BEDNÁŘOVÁ, Z., PELECH L. *Slabikář sociální práce na ulici: supervize, streetwork, financování*. 1. vyd. Brno: Doplněk, 2003, 99 s. Co, jak, proč? ISBN 80-7239-148-8.
- [2] ČEŠKOVÁ, E., SVOBODA M., KUČEROVÁ H. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006, 317 s. ISBN 80-7367-154-9.
- [3] DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 4. vyd. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum, 2011, 372 s. ISBN 978-80-246-1966-8
- [4] European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2010, 35 s. Selected issue. ISBN 978-92-9168-450-2.
- [5] European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2. *Treatment and care for older drug users*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2010, 31 s. Selected issue. ISBN 978-92-9168-453-3.
- [6] FLEISCHMANN, O. a kol. *Vybrané psychologické aspekty terénní sociální práce*. vyd. 1. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 2006, 143 s. ISBN 80-7044-769-9.
- [7] GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. rozš. vyd. Brno: Paido, 2010, 260 s. ISBN 978-80-7315-185-0
- [8] CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4
- [9] KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 319 s. ISBN 80-86734-05-6.
- [10] KALINA, Kamil. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia nova, 2001, 118 s. ISBN 80-238-8014-4
- [11] KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 388 s. ISBN 978-80-247-1411-0.
- [12] KLÍMA, P. (ed.). *Kontaktní práce: antologie textů České asociace streetwork*. 2. vyd. Praha: Česká asociace streetwork, 2009, 359 s. ISBN 978-80-254-4001-8.

- [13] MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, 287 s. ISBN 80-7178-549-0.
- [14] MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, 351 s. ISBN 80-7367-002-x.
- [15] MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007, 309 s. ISBN 978-80-7367-331-4
- [16] MIOVSKÝ M. *LSD a jiné halucinogeny*. Boskovice Brno: ALBERT, 1996. 108 s. ISBN 80-85834-35-9
- [17] MIOVSKÁ, L. a kol. *Seznam a definice výkonů drogových služeb*. ISBN 80-86734-81-1
- [18] MOST K NADĚJI. *Operační manuál: Terénní programy (TP) pro uživatele drog v Libereckém kraji*. Liberec, 2014
- [19] NEŠPOR, K. *Jak poznat účinky drog a jaká mají rizika*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1997, 16 s. ISBN 80-7071-079-9
- [20] NEŠPOR, K., CSÉMY L.. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1996, 199 s. ISBN 80-85121-52-2
- [21] NEŠPOR, K. a kol. *Prevence problémů působených návykovými látkami: Příručka pro pedagogy*. Praha: BESIP MV, 1994, 124 s.
- [22] NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. 1. vyd. Praha: KLP-Koniasch Latin Press, 1997, 347 s. ISBN 80-85917-36-x
- [23] PALČOVÁ, A. (ed.). *Terminologický slovník z oblasti alkoholu a drog*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2000, 80 s. ISBN 80-85121-08-5
- [24] PERGLER, P. a kol. *Vybrané techniky sociologického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Svoboda, 1969, 768 s.
- [25] RHODES, T. *Terénní práce s uživateli drog: zásady a praxe*. 1. vyd. Boskovice: Albert, 1999, 70 s. SCAN. ISBN 80-85834-71-5
- [26] SURYNEK, A. et al. *Základy sociologického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Management Press, 2001, 160 s. ISBN 80-7261-038-4
- [27] TYLER, A. *Drogy v ulicích: mýty – fakta – rady*. Praha: I. Železný, 2000, 426 s. ISBN 80-237-3606-x
- [28] VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. rozš. a přeprac. vyd.. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

Internetové zdroje

- [29] Most k naději. *K-centrum Liberec: Poskytované služby* [online]. Liberec, 2011 [cit. 2015-11-10]. Dostupné z: <http://www.mostknadeji.eu/liberecky-kraj/k-centrum-liberec/>.
- [30] Pravda o drogách. *Řekni ne drogám – řekni ano životu* [online]. 2009 [cit. 2015-10-16]. Dostupné z: <http://www.drogy.cz/>
- [31] Principles of Harm Reduction. *Harm reduction coalition* [online]. [cit. 2015-11-10]. Dostupné z: <http://harmreduction.org/about-us/principles-of-harm-reduction/>
- [32] Drogová poradna. *SANANIM: Hepatitidy*. [online]. 2009 [cit. 2015-10-10]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/drogy-a-nemoci/hepatitidy.html>
- [33] ZÁKON č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. [online]. In: *Zákony pro lidi*, 2010-2015 [cit. 2015-07-10]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast8>

