

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO
PRAHA**

magisterské kombinované studium
2010 – 2012

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Radka Katsarová

**RESOCIALIZACE A REEDUKACE UŽIVATELŮ
NÁVYKOVÝCH LÁTEK V KONTEXTU SOCIÁLNÍ
ANDRAGOGIKY**

Sekundární prevence v Ústřední vojenské nemocnici Praha

Praha 2012

**Vedoucí diplomové práce:
doc. PhDr. Jaroslav Veteška, Ph.D.**

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

Master Combined Studies
2010 – 2012

DIPLOMA THESIS

Bc. Radka Katsarová

RESOCIALIZATION AND REEDUCATION OF DRUG
USERS IN THE CONTEXT OF SOCIAL ANDRAGOGY
Secondary prevention in Central military hospital Prague

Prague 2012

**The Diploma Thesis Work Supervisor:
doc. PhDr. Jaroslav Veteška, Ph.D.**

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze 22. 2. 2012

Radka Katsarová

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala váženému panu doc. PhDr. Jaroslavu Veteškovi, Ph.D. za vysoce fundované odborné vedení. Vážím si jeho laskavé pomoci, cenných rad, ochoty a vstřícnosti při zpracování této práce. Dále bych chtěla poděkovat zaměstnavateli za schválení a podporu tématu diplomové práce, věcné a podnětné rady v drogové i personální problematice. Rovněž můj kolega z ÚVN Praha přispěl významnou měrou ke kvalitě předložené diplomové práce.

Anotace

Tato diplomová práce se zabývá resocializací a reedukací uživatelů návykových látek v kontextu sociální andragogiky. V teoretické části se zabývá problematikou sociálně nežádoucích jevů, příčinami vzniku a rozvoje zneužívání návykových látek, možnostmi prevence sekundární neboli indikované, péčí o sociální skupinu uživatelů návykových látek, psychosociálními východisky resocializace a reedukace. Závěry práce nabízejí možnosti pro sociální andragogy v oblasti péče a reedukace uživatelů návykových látek, pro společnost ušetření velkých finančních částek za léčbu závislých a pro zaměstnavatele vyloučení ztráty kvalifikovaného zaměstnance. Empirické části nabízí metodický postup při řešení problematiky návykových látek na pracovišti.

Klíčové pojmy

Resocializace, reedukace, sociální andragogika, sociálně nežádoucí jevy, sekundární prevence, indikovaná prevence, profesní testování, užívání návykových látek, pracovní prostředí.

Annotation

This diploma thesis deals with resocialization and reeducation of drug users in the context of social andragogy. The theoretical part discusses the issues of socially pathological phenomena, the causes of rise and use of drugs, possibilities of secondary or indicated prevention, care of the social groups of drug users and psycho-social starting points of resocialization and reeducation. The outcomes of the thesis offer suggestions for social andragogues in the area of care and reeducation of drug users, for the society great amounts of money spared on drug users' treatment, and for employers not losing skilled workers. The empirical part presents a methodical procedure to solve the problem of drug using at workplace.

Key words

Resocialization, reeducation, social andragogy, socially pathological phenomena, secondary prevention, indicated prevention, professional testing, drug using, work environment.

OBSAH

TEORETICKÁ ČÁST

1 SOCIÁLNĚ NEŽÁDOUCÍ JEVY V KONTEXTU SOCIÁLNÍ

ANDRAGOGIKY 11

1.1 Teorie příčin vzniku a rozvoje sociálně nežádoucích jevů..... 15

1.2 Kulturně-historické a společensko-politické aspekty užívání návykových látek 18

1.3 Omamné a psychotropní/návykové látky současnosti..... 20

2 PREVENCE ZNEUŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK..... 23

2.1 Druhy prevence zneužívání návykových látek..... 26

2.2 Sekundární prevence v kontextu resocializace, reedukace..... 29

2.3 Péče o sociální skupinu uživatelů návykových látek 31

3 PROBLEMATIKA NÁVYKOVÝCH LÁTEK V PRACOVNÍM

PROSTŘEDÍ..... 35

3.1 Pracovní prostředí zvyšující rizika užívání návykových látek 36

3.2 Identifikace ovlivnění návykovými látkami v pracovním prostředí 39

4 PSYCHOSOCIÁLNÍ VÝCHODISKA RESOCIALIZACE A

REEDUKACE UŽIVATELŮ NÁVYKOVÝCH LÁTEK 40

4.1 Faktory zvyšující pravděpodobnost vývoje toxikomanie..... 43

4.2 Psychické poruchy způsobené užíváním návykových látek..... 47

4.3 Závislost na návykových látkách 52

5 RESOCIALIZACE A REEDUKACE UŽIVATELŮ

NÁVYKOVÝCH LÁTEK 54

5.1 Formy a metody reedukace uživatelů návykových látek 56

5.2 Resocializace a reedukace uživatelů návykových látek v Ústřední vojenské nemocnici Praha 61

II. EMPIRICKÁ ČÁST

6. PROBLEMATIKA UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK U PŘÍSLUŠNÍKŮ ARMÁDY ČESKÉ REPUBLIKY	65
6.1 Teoretická a metodologická východiska profesního testování příslušníků Armády České republiky	66
6.2 Cíl výzkumu	67
6.3 Hypotézy	68
6.4 Cílová skupina a metodologie výzkumu	68
6.5 Analýza statistických dat	69
6.6 Vyhodnocení a interpretace zjištěných dat	77
7. PROBLEMATIKA UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK.....	78
U NELÉKAŘSKÉHO ZDRAVOTNICKÉHO PRACOVNÍKA	78
7.1 Kazuistiky – dva odlišné způsoby řešení	79
7.1.1 Kazuistika 1	79
7.1.2 Kazuistika 2	81
7.2 Sekundární prevence uživatelů návykových látek v ÚVN Praha.....	83
8. SHRUTÍ EMPIRICKÉ ČÁSTI A NÁVRH ŘEŠENÍ.....	85
ZÁVĚR.....	90
SEZNAM POUŽITÉ ČESKÉ LITERATURY A PRAMENŮ	92
SEZNAM POUŽITÉ ZAHRANIČNÍ LITERATURY A PRAMENŮ.....	97
SEZNAM PŘÍLOH	99

ÚVOD

V celospolečenském problému zneužívání návykových látek je jediným možným řešením prevence a resocializace. Lidé, kteří složité životní změny a krizové situace nedokážou řešit a volí únik v drogách či alkoholu, ve většině případů s postupem času potřebují najít řešení, radu, možnost a způsob návratu do žádoucích sociálních rolí. Zde může pomoci mimo jiných věd také andragogika jako věda, která ve své aplikované disciplíně, sociální andragogice, nabízí způsoby a možnosti poznání sociálního postižení, a také způsoby řešení vzniklé situace. Socializace je proces utváření požadovaných sociálních rolí ve vztahu k příslušnému sociálnímu a kulturnímu prostředí a každá socializace v dospělosti obsahuje také resocializační prvky. Poradenství, edukace, reedukace dospělého člověka, respektive uživatele návykových látek, které andragogika obsahuje, potom může být pomoc, péče, rada nebo způsob, jak usnadnit resocializaci a návrat k plnohodnotnému způsobu života.

Užívání návykových látek je dnes akceptováno již jako problém celospolečenský, vyskytující se ve všech stratifikačních vrstvách společnosti, ve všech věkových kategoriích, ve všech profesích, někde více, jinde méně. Současná lehká dostupnost drog nepřipouští možnost řešení drogového problému pouze primární prevencí či osvětou ohrožených skupin. Ohrožení přestalo být vnímáno jen u mladistvých, ale posouvá se směrem k celé populaci. Užívání návykových látek lze zaznamenat napříč celým věkovým spektrem společnosti. Jinak se začíná pohlížet také na alkoholismus a kouření, přiznává se zneužívání legálních návykových látek, tedy medikamentů, léků.

Tento celospolečenský negativní sociální jev musí akceptovat a vyrovnat se s ním celá společnost, každá instituce zaměstnávající lidské zdroje, lidi s jejich osobními životy a problémy. Specifickou oblastí neméně zatíženou užíváním návykových látek je pracovní či profesní součást všedního života

člověka, který užívá návykovou látku. Ještě plní své pracovní povinnosti, často však již s počínajícími výstřelky a výkyvy v chování či pracovních výkonech.

Rizik spojených s užíváním návykových látek v pracovním prostředí je mnoho. Od snižující se pracovní výkonnosti, vyšší nemocnosti, zvýšené úrazovosti ke skrytým škodám, poškození ekonomických zájmů zaměstnavatele až k trestné činnosti, která může být rizikem posledním, ale neoddelitelným v problematice zneužívání alkoholu a jiných návykových látek. Jejich užívání zvyšuje riziko násilné i majetkové kriminality v pracovním prostředí, u některých pracovních profesí jsou ohrožením pro další osoby. Ohrožení dalších osob se týká pracovníků v dopravě, ale také četných profesí ve zdravotnictví či bezpečnostních složkách.

Případy užití drog na pracovišti souvisí s celkovým vývojem společnosti, ale také s psychickou zátěží zaměstnance, zvláště u pomáhajících profesí, s profesionálním stresem, s osobní krizí člověka. Přestože dospělá populace bývá v problematice návykových látek již poučena, přesto k jejich užívání z mnoha individuálních důvodů dochází, a proto by se tyto problémy neměly řešit jen propuštěním ze zaměstnání. Jednou z alternativ řešení by mohla být sekundární neboli indikovaná prevence, pomoc a péče o zaměstnance, poradenství, návrat pracovníka do požadované sociální role bez jeho ztráty jako kvalifikované zaškolené pracovní síly.

Cílem diplomové práce je analyzovat současný stav využívání možností sekundární prevence v oblasti užívání návykových látek v konkrétní instituci. Analyzovat stav užívání návykových látek v oblasti resortu obrany v souvislosti se zavedením sekundární prevence, respektive profesního testování. Využití možností resocializace a reedukace uživatele návykových látek s ohledem na jednu z jeho sociálních rolí, a to roli zaměstnance. Výsledky této analýzy bych chtěla použít k obecné formulaci možností sekundární prevence v pracovním prostředí a navrhnout postup řešení problému užívání návykových látek na pracovišti.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SOCIÁLNĚ NEŽÁDOUCÍ JEVY V KONTEXTU SOCIÁLNÍ ANDRAGOGIKY

Sociálně nežádoucí jevy či sociálně patologické jevy označují takové chování, které vnímáme jako nezdravé, nechtěné, nežádoucí. Mezi nežádoucí jevy se řadí také závislostní chování, zneužívání návykových látek a mnohdy s tímto chováním spojená kriminalita. Jsou to problémy celosvětové a neustále narůstající, které pokračují a zvyšují ohrožení vývoje celé společnosti a jednotlivců, kteří v ní žijí. Zneužívání návykových látek a závislost na nich je pro společnost nákladnou a obtížně řešitelnou zátěží. Ve většině případů se zdravotní problémy pojí s problémy sociálními, včetně doprovodné kriminality. Zásadní negativní dopady má zneužívání návykových látek na sociální vztahy a interakci s okolím, na oblast rodiny, zaměstnání (Fischer, Škoda, 2009). Obecně nechtěný, nežádoucí jev ve společnosti má svou míru závažnosti a čím je jeho závažnost vyšší, škodlivější a nebezpečnější, tím by měl být větší zájem a vůle jej řešit.

„Předmětem sociální andragogiky je zajištění integrace jedince do sociální skupiny i společnosti jako celku prostřednictvím rozvoje sociálních vztahů a vazeb, socializace, pomoc při změnách, jejichž řešení je mimo možnosti nebo schopnosti dospělého, pomoc člověku ve stavu sociální nouze, zajištění očekávaného plnění sociálních rolí, dodržování sociálních norem apod. – a to vše na základě výchovy, vzdělávání a péče o člověka“ (Palán, Langr, 2008, s. 53). V problematice řešení nežádoucích jevů se otevírá široký prostor pro aplikované odvětví andragogiky, respektive sociální andragogiky, zabývající se edukací, reedukací a výchovným působením na rizikové, sociálně znevýhodněné a specifické cílové skupiny. (Veteška, 2010, s. 27)

„Sociální andragogika se zabývá výchovně-vzdělávací, edukační činností a působením na rizikové skupiny dospělých ve dvou dimenzích. První dimenzí je praktická realizace, odehrávající se především v zařízeních, která poskytují andragogicky zaměřenou sociální práci v rámci socializačního a resocializačního působení na jedince. Teoretická složka sociální andragogiky je zkoumána mezi sociálním prostředím a edukací dospělého jedince.“ (Veteška, 2009, s. 23). Sociální andragogika, která vychází ze sociální psychologie a sociologie, je při řešení nežádoucích společenských jevů a s nimi spojených sociálních problémů, vymezena ve své edukační funkci. Edukační součást řešení sociálního problému souvisí s výchovou a vzděláváním. Sociální andragogika a její podíl na edukační pomoci je součástí komplexně chápané sociální pomoci. Při řešení a snižování výskytu nežádoucího užívání a zneužívání návykových látek u sociální skupiny uživatelů, kteří mohou trpět rozmanitými deprivacemi, jejich životní podmínky jim neumožňují citový nebo mravní rozvoj (Határ, 2009), je vhodný multidisciplinární přístup, resocializace, resp. edukační působení a převýchova každého jednotlivého uživatele, tedy nejen léčba závislosti fyzické, ale i léčba závislosti psychické.

Učení se řešení životní situace bez návykových látek, znovu získání funkčních sociálních a pracovních rolí, aktivní přetváření vnitřního i vnějšího prostředí narušeného dospělého, mohou být cíle sociální andragogiky. Obsah a nástroje sociální andragogiky vychází ze skutečnosti, že člověk se neustále přizpůsobuje svému sociálnímu okolí prostřednictvím sociálního učení se, které je podněcováno edukačními a poradenskými aktivitami. Podstatné ve specifické problematice užívání návykových látek jsou vztahy sociálních věd s psychiatrií, vztahy sociálních činitelů k duševnímu zdraví. Také podle Demjanenka (in Veteška, 2009, s. 322) pozitivní výsledky sociální pomoci můžeme lépe dosáhnout a upevnit použitím edukačních prostředků, kterými klienta vedeme k tomu, aby sám napomáhal dosažení cílů sociální pomoci uplatněním vlastních vědomostí, schopností, kompetencí, motivace, volných vlastností, tvořivosti, zodpovědnosti, samostatnosti apod. „Sociální andragogika ozřejmuje, že součástí odborných činností na řešení nežádoucích sociálních jevů jsou

andragogické činnosti a současně platí, že každá odborná činnost by měla být vykonávaná tak, aby vedla dospělého člověka k aktivní účasti na řešení dané situace“ (Szabová-Šírová, 2011, s. 74).

Chápeme-li sociální andragogiku jako teoretickou i praktickou vědu zabývající se výchovou dospělých, vidíme, že využívá poznatky z andragogických disciplín, kterými jsou teorie výchovy dospělých a didaktika dospělých. Teorie výchovy dospělých přináší poznání o dotváření, sebeformování a sebezdokonalování osobnosti člověka, socializaci a přínos androdidaktiky je v teorii učení se dospělých. Didaktika dospělých uvádí vedle kognitivního a senzomotorického učení také teorii sociálního učení. Tento druh učení má velkou roli ve formování osobnosti dospělého jedince. Podle J. Perháce (in Palán, Langer 2008, s. 61) může být stejně jako výchova funkcionální (nezáměrné) sociální učení, které je důležité v celém procesu adaptace dospělého člověka na měnící se společensko-ekonomické a kulturní podmínky. Může být také intencionální (záměrné) sociální učení, kde jde o aktivní osvojování si vzorců a modelů chování na základě vlastního výběru modelu chování, které chce jedinec dosáhnout. Také podle Rořkové (2011, s. 112) například prostřednictvím sociálně-psychologických, respektive sociálně-andragogických výcviků. Zde má své místo i sociální psychologie, která se zajímá o působení sociálního prostředí na osobnost dospělého.

Sociální andragogika má dvojí podobu, jednak praktickou realizaci, a jednak teoretickou a metodologickou základnu. Praktická realizace se odehrává především v zařízeních, která poskytují edukačně zaměřenou sociální práci, a dále v rámci socializačního a resocializačního působení na dospělé jedince. Systematické rozpracování teoretických i metodologických východisek a analýza dat získaných z řady výzkumů o dynamice jevů mezi sociálním prostředím a edukací dospělých umožnilo v posledním desetiletí sociální andragogice dynamický rozvoj. Edukační interakce, spojující subjekt a očekávaný/požadovaný výsledek, je významným nástrojem na poli andragogické sociálně-edukační teorie a praxe. Systematicky je rozvíjena

zejména na Slovensku, v ČR se teprve pomalu konstituuje.(Határ, 2009). „Sociální andragogika teoreticky i prakticky rozpracovává také otázky jak (sebe)výchovou a (sebe)vzděláváním zvyšovat životní úroveň a kvalitu života dospělých jedinců, případně jak jim ulehčit proces adaptace na nové sociokulturní či ekonomické podmínky, které současná postmoderní doba sebou přináší.“(Határ, 2009, s. 48). Předložená koncepce sociální andragogiky koresponduje s řešenou problematikou v rámci této diplomové práce a zároveň je optimální pro cílovou skupinu, tj. pro sociální a edukační působení uživatelů návykových látek. Sebevýchovou a sebevzděláváním dospělého člověka, které již mají životní zkušenosti, se zabývá také Ján Perhács (2011, s. 95), který je pokládán za zakladatele slovenské sociální andragogiky, která se rozvíjí na Slovensku úspěšně od 90. let 20. století. Další významnou představitelkou sociální andragogiky rozvíjené na Slovensku je A.Tokárová (2002), která se zabývá lidskými právy a kvalitou lidského života v kontextu sociální práce a vzdělávání dospělých. Sociální důsledky závislosti na psychoaktivních látkách jsou negativní pro jedince i pro jeho okolí, pro celou společnost. Zásadní dopady mají na oblast rodiny, zaměstnání, na sociální vztahy a interakci s okolím. Léčba s účastí odborníků je nezbytná a je možná pouze v případech, kdy se samotný uživatel pro ni rozhodne. Cílem resocializace je život bez návykových látek a pomoc při návratu do funkční sociální a ekonomické pozice jedince.

Nejdůležitější podmínkou vedoucí k vyléčení je jistě motivace, a zde již mohou pomoci formou poradenství různé instituce, kontaktní centra, linky důvěry apod. Léčba probíhající anonymně ambulantně, či na specializovaných pracovištích, musí být vždy doplňována speciální terapií, individuálním poradenstvím nebo skupinovou terapií, tzv. komunitou. Motivaci, která je zaměřena na volbu prostředků k dosažení cíle, způsobů chování ovlivněné vnějším chováním, popisuje ve svých monografiích také Nakonečný (1996, 1998). Terapie zaměřené na rozvoj a podporu motivace, dovedností potřebných k zvládnutí obtíží a zaměřených proti vzniku recidivy jsou podstatnou součástí

resocializace. Důležitou roli má účast rodinných příslušníků a blízkých na léčení, může se jednat i o spoluzaměstnance (Rotgers a kol., 1999).

Základem teorie sociální andragogiky je její úzká vazba na sociální práci a účast na řešení sociálních problémů. Na základě takto chápaného pojetí je sociální andragogika často vymezovaná a vnímaná odbornou veřejností jako edukativní sociální práce nebo edukativně zaměřená sociální práce. (Perhács, 2011). Podle Szabové - Šírové (2011, s. 73) má vztah sociální andragogiky a sociální práce konvergentní (sbíhavý) charakter. Je to zřejmé ve společných cílech, cílových skupinách, principech práce, v propojení s praktickým životem člověka, s jeho potřebami a problémy. Podstatnou část sociální práce tvoří výchovně-vzdělávací a poradenská činnost, tedy činnost andragogická. Potřeba součinnosti více vědních oblastí při řešení sociálních problémů, multidisciplinární přístup je v současnosti přirozeným řešením stále složitějších sociálních problémů a nežádoucích jevů (Kudrle, in Kalina, 2003, s. 91). Důležitá pomoc spočívá v pokusu o sociální integraci, pomoc jedinci, aby se zpět začlenil do společnosti. V praxi to znamená zejména pomoc se zajištěním práce, bydlení. Sociální andragogika jako soubor teorií a pravidel zaměřených na pomoc, péči a udržování osobnostních kompetencí člověka v sociálně tíživé situaci svou aktivitu v praxi využívá také v práci humanitárních organizací, aktivitách street workerů, sociálních pracovníků, etopedů, psychologů, edukačních pracovníků, kteří jsou potřební a potřebnější v posledních desetiletích v souvislosti s rozšířením závislostí na drogách ve společnosti čím dál více.

1.1 Teorie příčin vzniku a rozvoje sociálně nežádoucích jevů

Společenský zájem objasňovat a řešit sociálně nežádoucí jevy je nesporný. Pro účinnost práce při řešení sociálně nežádoucích jevů je nezbytná znalost zdrojů a příčin, vedoucích k jejich rozvoji. Přímo souvisí s účinností práce s jedinci, kteří se chovají společensky nežádoucím způsobem a zcela

nepochybně souvisí také s výběrem metod a postupů pro prevenci, ovlivňování, intervenci a resocializaci těchto osob. Proto je z hlediska psychologů, etopedů, poradců a dalších terapeutů důležitá znalost vlastností a znaků, které jsou pro tyto osoby typické.

Rozdělení koncepcí, které vysvětlují sociálně nežádoucí jevy podle Fischera a Škody (2009, s. 29):

- **biologicko psychologické**, které zpochybňují dědičné predispozice a statisticky je významně nepotvrzují, ale naopak značný podíl přiznávají sociálním vlivům, učení a výchově.

- **sociálně psychologické**

- *teorie sociálního učení*, jež říkají, že neurotičtí jedinci se silnou společenskou orientací mají nižší schopnost požadovaného sociálního učení. Socializace těchto jedinců může být z hlediska požadavků normy nedostatečná a to se pak může projevit jejím nerespektováním.

- *multidimenzionální teorie osobnosti* zase předpokládá, že specifické reakce vycházejí z osobnostních rysů temperamentu a charakteru jedince. Předkládá 6 bodů rysů charakteru: vyhledávání nového, vyhýbání se poškození, vytrvalost, sebeřízení, spolupráce, sebezpřesah.

- **sociologické teorie**

1. *teorie kulturního přenosu* - deviantní chování naučeného v primárních skupinách a v interakcích s druhými.

2. *teorie strukturálního tlaku* – v každé společnosti vznikají situace, na které určitá část populace reaguje chováním, které se odchyluje od normy, chudoba vede k prostituci.

3. *teorie kontrolní* – deviantní chování je spojeno s nízkou schopností sociální kontroly.

4. *teorie etiketizační* - chápe deviaci jako výsledek označování některých jedinců za devianty. (Havlík, 2007, s. 105)

5. *teorie diferenciální asociace* - názor, že delikventem se stává člověk v důsledku sdružování se s jedinci, kteří jsou jejími nositeli. Tato koncepce nepotvrzuje biologické ani psychické odlišnosti mezi delikventy a ostatními jedinci. Problém spočívá v nelegitimních způsobech dosahování cílů a seberealizace, které jsou primárně naučené jako „normální“.

6. *teorie anomie* - označuje stav společnosti, ve které přestávají platit zákony jak ve smyslu právním, tak ve smyslu morálním (normálním). Autor Emil Durkheim (in Hrčka, Sociální deviace, s. 175) Sociální změny, které bourají tradiční hodnoty, nejsou včas nahrazovány novými hodnotami, nastává chaos, stav nejistoty a následnému patologickému jednání.

Teorii anomie rozvedl R. K. Merton (in Havlík, 2007, s. 106) jako problém napětí mezi sociálně schválenými hodnotami, úspěchem a limitovanými prostředky jeho dosažení. Jedince nutí spíše k nonkonformnímu jednání. Anomický stav je příčinou nárůstu deviantních jevů a kriminality. „Pro formu adaptace, tzv. ústup (únik), je typické, že ti kdo ji volí, se vzdali vyhlídek v soutěži. Odmítli jak hodnoty, tak prostředky. Jedná se o případy narkomanů, alkoholiků, eventuálně o projevy nostalgie k minulosti, anomie z deprese a paradoxně i z prosperity“ (Havlík, 2007, s. 106)

Tabulka 1 Typologie způsobů adaptace podle Mertona

Způsob adaptace	Postoj vůči hodnotám a cílům	Postoj vůči prostředkům
Konformismus	přijetí	přijetí
Inovace	přijetí	odmítání
Ritualismus	odmítání	přijetí
Vzpouza	odmítání	odmítání
Únik	ignorace	ignorace

Zdroj: Fischer, Škoda, 2009, s. 36.

1.2 Kulturně-historické a společensko-politické aspekty užívání návykových látek

Se vznikem lidského společenství vzniká i snaha ovlivnit svoje chování a prožívání pomocí návykových látek. Docházelo k němu vždy, někde více, jinde méně, ale dochází k němu dodnes a zůstane to tak i do budoucnosti, protože návykové látky nás doprovázejí na každém kroku a společnost jejich účinku využívá v mnoha oblastech, potravinářství, medicíně, farmakologii, chemickém průmyslu atd. Ve všech státech světa návykové látky nějakým způsobem využívají a současně je efektivně regulují. (Miovský, 2008, s. 14)

Občasné užívání některých léků na utlumení bolesti, které mají mnohdy závislostní potenciál i bez doporučení lékaře, nadměrné pití čaje či kávy, kouření tabáku, pití alkoholu, se týká téměř každého člověka. V tomto lidském chování jsou obsaženy návykové látky. Téměř každý člověk někdy použije nějakou látku, když chce vytvořit atmosféru, uvolnit se nebo se povzbudit, záměrně si navodit příjemný stav. Důležité je, že takové chování se tedy týká každého člověka, nejen toxikomanů, ztroskotanců, vyvrhelů společnosti.

Rozdělení návykových látek podle Fischera a Škody (2009, str. 89) z hlediska legality:

Návykové látky legální

- **Medikamenty** - skupina psychoaktivních látek, z oblasti tlumení bolesti, navozování spánku, nebo naopak navozování bdělosti a povzbuzení, ovlivňování poruch nálady, zmírňování úzkosti apod.
- **Psychoaktivní látky obsažené v běžně dostupných výrobcích** - nejčastěji v poživatinách - alkohol, kofein, nikotin. Účel těchto výrobků je rozmanitý a nemusí být nutně spojen s účinkem psychotropní látky, kterou výrobek obsahuje. Alkoholické nápoje mohou být požívány „pro zahřátí“ (grog), pro uhašení žízně (pivo, vinný střík) nebo mohou mít symbolický význam (mešní víno jako symbol krve Páně). Ovšem nutno vědět,

že v případech používání těchto látek k jiným účelům, nelze se vyhnout účinku dané psychoaktivní látky na psychiku člověka. Nejčastěji používané látky z této kategorie jsou kofein běžně používaný ve formě kávy, čaje či energodrinků, nikotin a alkoholické nápoje ve všech formách.

Návykové látky nelegální jsou psychoaktivní látky nezákonně zneužívané, postavené ve většině zemí světa v rámci mezinárodních úmluv mimo zákon. Jsou užívány k jiným než lékařským účelům, bývají to opiáty, hašiš, halucinogeny, kokain a jeho deriváty, mnoho druhů stimulantů, hypnotik a sedativ, se kterými se obchoduje. Skutečnost, že užívání těchto látek, jejich přechovávání či obchodování s nimi, je považováno za nelegální, přispívá k vytváření pojetí určité atraktivity psychoaktivních látek a posiluje identifikaci jejich uživatelů s určitou subkulturou.

Pojetí legálnosti používání některých typů psychoaktivních látek vychází spíše z historických a sociokulturních souvislostí než z aktuálních lékařských a neurofyziologických poznatků. Mnozí psychofarmakologové dnes upozorňují, že např. alkohol nepředstavuje o nic menší nebezpečí než tzv. tvrdé drogy zahrnuté v mezinárodních konvencích. Závislost na alkoholu a tabáku, které patří do kategorie legálních drog, přináší větší množství úmrtí než zneužívání všech ostatních psychoaktivních látek dohromady. Nehledě na skutečnost, že alkoholismus je zátěžovou situací pro celou rodinu. „O negativních změnách ve vzorcích chování, které se mohou přetvářet až do situace, kdy alkohol nebo návykové látky rodinu udržuje paradoxně pohromadě“. Vágnerová (1999, s. 294).

Podobně v historii nalezneme mnoho příkladů významnějšího rozměru vztahu člověka a psychoaktivní látky, záměrné změny stavu vědomí a schopnosti tyto stavy využívat příkladně při šamanských rituálech. Vyvracejí názor, že šaman je labilní osobnost, která ve své společnosti nesplňuje ani měřítko širší normy. Podle Mircea Eliade (in Miovský, 2008, s. 22) právě šaman v rámci určité společnosti a její kultury mohl prostřednictvím

psychoaktivní látky dosahovat změn stavů vědomí a zároveň měl zásadní vliv na společenské normy, vztahy a řešení často zásadních existenčních problémů. I toto zpochybňuje stereotypní představu o tom, že člověk užívající psychoaktivní látky musí být nutně psychicky narušeným jedincem neschopným samostatného, zodpovědného a kreativního fungování. „Ukazuje to na skutečnost, že způsob zacházení s psychoaktivní látkou je u každého společenství složitým a dlouhodobým interaktivním procesem, v jehož průběhu jsou vytvářena různá pravidla a normy. Tato pravidla a normy mají mít za úkol chránit před různými typy negativních důsledků plynoucích z možného nezvládnutí užívání dané látky.“(Miovský a kol, 2008, s. 22).

Současný společenský přístup k návykovým látkám, zejména k marihuaně, se stává určitým symbolem. Symbolem, který na sebe upoutává velkou pozornost, a každý přitom hledá vytěžit pro své zájmy co největší kapitál. Odborné publikace jsou mnohdy rozporuplné, vylučující interpretace různých výzkumů a vyžadující nové výzkumy a nové prostředky k jejich potvrzení. Policisté žádají stále další přísnější přístupy k uživatelům konopí a současně si dávají konopný list do svých nášivek apod. Celkový dojem působí, jako by společnost ještě neměla ujasněný přístup k užívání konopí, je ovlivňována otázkou působení marihuany na lidské zdraví, ale jistě je také ve hře finanční stránka a specifikace legislativní úpravy pěstování a nakonec i zpracování a předepisování lékaři či prodej.

1.3 Omamné a psychotropní/návykové látky současnosti

Termín návykové látky se odvozuje od termínu návyk, který se občas používá nesprávně pro závislost. Podle konvence OSN¹, dělí návykové látky na omamné a psychotropní, zákon o návykových látkách č.167/1998 Sb. Bývalá ČSSR v roce 1961 přistoupila k Jednotné úmluvě OSN o psychoaktivních látkách, kterou jsme parafovali v roce 1989.(Balíková, 2004, s. 104). Podle

¹ Dostupné na [www.http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/rs_atlantic/data/files/konvence_osn.pdf](http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/rs_atlantic/data/files/konvence_osn.pdf)

zákona č.167/1998 Sb. jsou omamné (OL) rozříděny do 3 skupin a psychotropní látky (PL) do 4 skupin, podle stupně společenské nebezpečnosti při jejich užívání a šíření:

Skupina I OL – předepisuje se na recepty s modrým pruhem

(př.morfin)

Skupina II OL – vyžaduje se pečlivá kontrola receptů a výdej

(př.kodein)

Skupina III OL – není dovolena výroba, terapeutické užívání

(př.heroin)

(PL mají analogické třídění)

Psychoaktivní látky se podle převažujících účinků na centrální nervovou soustavu (dále CNS) dělí do tří základních skupin:

1/ *drogy stimulující CNS* – př. kokain, amfetamin, metamfetamin, efedrin, deriváty amfetaminu, metamfetaminu (MDMA tzv. extáze, MDEA, MDA aj.), kofein, nikotin, anabolické steroidy aj.

2/ *drogy tlumící CNS* (sedativa, hypnotika, narkotika) – př. etanol, rozpouštědla (toluen, aceton aj.), barbituráty, benzodiazepiny, opiáty (heroin, morfin, kodein aj.), opioidy (metadon, tramadol, buprenorfin aj.)

3/ *drogy ovlivňující vnímání* (halucinogeny, psychedelika) – př. LSD, Messalin, psilocybin, kanabinoidy (marihuana, hašiš), ketamin, MDMA (extáze), atropin, skopolamin aj. (srovnej Balíková, 2004, s. 105, Nožina, 1997, s. 16-43, Valíček a kol., 2000, s. 21)

Dalším kritériem pro dělení drog je riziko vzniku závislosti, tzv. drogy měkké, s akceptovatelným rizikem (káva, tabák, marihuana) a drogy tvrdé, s neakceptovatelným, jednoznačně vysokým rizikem (heroin, kokain, pervitin). Zjednodušeně lze říci, že čím je droga "tvrdší", tím větší poškození je schopna vyvolat. Dělení drog na tvrdé a měkké a s tím spojená legalizace měkkých drog je velice diskutované téma a má své příznivce i odpůrce.

Užívání drog jako takové není v České republice trestné. Dnem 1. ledna 2010 nabyl účinnosti zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění zákona č. 306/2009 Sb., a navazující předpisy. V Hlavě VII (Trestné činy obecně nebezpečné), Dílu 1 (Trestné činy obecně ohrožující) trestního zákoníku jsou v ustanoveních paragrafů 283–288 uvedeny trestné činy, které přímo souvisí s nedovoleným nakládáním s drogami.²

Z průzkumů zaměřených na postoje veřejnosti k užívání drog vyplývá, že česká populace je poměrně tolerantní k užívání konopných látek, nadpoloviční většina podporuje legalizaci pěstování a držení konopných látek, a to především pro léčebné účely. V roce 2010 a v prvním pololetí 2011 probíhaly diskuze a iniciativy na téma léčebného využití konopí, které se účastnila jak občanská a odborná veřejnost, tak politici a zástupci státní správy.³

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, pracující pod Úřadem vlády České republiky, ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2010 uvádí, že v ČR nejčastěji užívanou nelegální drogou jsou konopné látky (23-34% podle studie), následované extází (4-10%). Užití konopných látek v minulém roce uvedlo 10-15% respondentů, užití jiných nelegálních drog méně než 4% dotázaných dospělých. (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011, s. 1).

Důležité jsou odhady rozsahu aktuálního intenzivního či problematického užívání dalších drog, provedené Národním monitorovacím střediskem. Alespoň jednou týdně v posledním měsíci užilo v ČR sedativa téměř 1 milion osob, konopné látky 360 tisíc osob, extázi 35 tisíc osob, halucinogenní houby 30 tisíc osob, kokain téměř 15 tisíc osob ve věku 15-64 let. Alkohol užívá rizikově či škodlivě přibližně 1 až 1,4 milionu osob.

² Dostupné na: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press_centrum/nedovolene_nakladani_s_drogami_pravni_uprava_od_1_1_2010

³ Úřad vlády české republiky, 2011. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010*. s. 1.

2 PREVENCE ZNEUŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Prevence negativních jevů ve společnosti je přijímána na různých úrovních různě. V praxi je zřejmé, že o její důležitosti není pochyb. Na realizaci prevence se vyčleňují každý rok velké finanční prostředky ze státního rozpočtu. Jejich praktické využití vychází z vládní koncepce prevence, Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018 (dále jen Národní strategie 2010 - 2018) navazuje na cíle a opatření Protidrogové strategie EU 2005 - 2012 a Protidrogového akčního plánu EU na období 2009 - 2012. Základní vládní dokumenty jsou dále rozpracovávány v preventivních programech jednotlivých státních resortů, regionálních i lokálních úrovních územních celků. Konkrétní projekty jsou cíleně zaměřeny na řešení již definovaných problémů s působením na vytipované cílové skupiny osob.⁴

Protidrogová strategie EU na období 2005 – 2012 s ohledem na smlouvy, další příslušné evropské dokumenty stanovující politiku a zkušenosti z posledního desetiletí, určila Rada Evropy dva obecné cíle ve vztahu k drogám:⁵

1. EU usiluje o to, aby přispěla k dosažení vysoké úrovně ochrany zdraví, blaha a společenské soudržnosti tím, že doplňuje činnost členských států v zájmu prevence, snižování užívání drog, závislosti, jakož i poškození zdraví a společnosti souvisejícího s užíváním drog.

2. EU a její členské státy usilují o zajištění vysoké úrovně bezpečnosti pro širokou veřejnost tím, že přijmou opatření k výrobě drog, obchodování s drogami a rovněž zesílením preventivních opatření proti zločinům souvisejícím s drogami prostřednictvím účinné spolupráce zakotvené ve společném postupu.

⁴ Úřad vlády České republiky, *Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018*, Praha, 2010.

⁵ Úřad vlády České republiky, *Protidrogová strategie na období 2005-2012*, Praha, 2005, s. 7,8

V oblasti snižování poptávky bude zaměřena na konkrétní, hmatatelný výsledek. Měřitelné snížení užívání drog, drogové závislosti a zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog prostřednictvím rozvoje a zlepšení účinného a uceleného snižování poptávky na základě znalostí, včetně prevence, časné intervence, léčby, snižování škodlivých účinků a opatření vedoucích k rehabilitaci a opětovnému začlenění do společnosti v rámci členských států EU. Opatření vedoucí k snižování poptávky po drogách musí brát v úvahu zdravotní a sociální problémy způsobené užíváním nedovolených psychoaktivních látek a užívání různých typů drog spolu s legálními psychoaktivními látkami, jako jsou tabák, alkohol a léky.

Z takového systému snižování poptávky vyplývají tato opatření, využívající všechny dostupné možnosti na základě nejnovějších vědeckých poznatků:

Zabránit tomu, aby lidé drogy začali užívat.

Zabránit tomu, aby pokusné užívání vyústilo v pravidelné užívání.

Časná intervence při rizikovém užívání drog.

Poskytování léčebných programů.

Poskytování programů rehabilitace a opětovného začlenění do společnosti.

Snižování zdravotní a společenské škody způsobené drogami.

V oblasti snižování poptávky byly vytyčeny tyto priority:⁶

1. Zlepšení přístupu k preventivním programům a jejich zefektivnění (od jejich počátečního dopadu až k dlouhodobé udržitelnosti), zvyšování povědomí o riziku užívání psychoaktivních látek a s ním spojených následcích. Za tímto účelem by preventivní opatření měla zahrnovat rané rizikové faktory, zjištění, cílenou prevenci a prevenci prováděnou v rámci rodiny a společnosti.

⁶ Úřad vlády České republiky, *Protidrogová strategie na období 2005-2012*, Praha, 2005, s. 12.

2. Zlepšení přístupu k programům časné intervence (opatřením), obzvláště pro mladé lidi, kteří experimentují s užíváním psychoaktivních látek.

3. Zlepšení přístupu k cíleným a rozmanitým léčebným programům, včetně ucelené psychosociální a farmakologické péče. Měl by se trvale hodnotit standard účinnosti léčebných programů. Léčba zdravotních problémů způsobených užíváním psychoaktivních látek by se měla stát nedílnou součástí zdravotních politik.

4. Zlepšení přístupu k službám pro prevenci a léčbu HIV/AIDS, žloutenky, jiných infekcí, chorob a zdravotních a sociálních škodlivých účinků spojených s užíváním drog.

Komunitární politika EU, tedy koordinovaná politika, se odráží v Národní strategii ČR 2010-2018, která má čtyři hlavní cíle.⁷ Těmi jsou snížení míry experimentálního a příležitostného užívání drog zejména mladými lidmi (primární prevence), snížení míry problémového a intenzivního užívání drog (sekundární prevence – léčba a začleňování), snížení potenciálních rizik spojených s užíváním drog pro jedince a společnost (snižování rizik) a snížit dostupnost drog zejména pro mladé lidi (snižování dostupnosti).

Současný ucelený, multidisciplinární a vyrovnaný přístup spojující snižování nabídky a poptávky zůstane i do budoucna základem přístupu EU k problematice drog. Tento přístup vyžaduje spolupráci a koordinaci všech členských států EU. Tuto spolupráci a koordinaci bude třeba dále rozvíjet v různých odvětvích, jako jsou sociální péče, zdraví, vzdělávání, spravedlnost i vnitřní záležitosti.

⁷ Úřad vlády České republiky, *Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018*, Praha, 2010.

2.1 Druhy prevence zneužívání návykových látek

Z hlediska celospolečenského již nejde jen o předcházení sociálně negativního jevu, význam prevence se rozšiřuje do řešení situací po kontaktu s drogou. Skutečnost před setkáním s drogou, po setkání a při pravidelném setkávání s drogou rozlišuje prevence na primární, sekundární a terciární. Podle definic Světové zdravotnické organizace (WHO), tyto přístupy znamenají:

- *primární prevence* - prevence užití drogy u populace, která s ní dosud není v kontaktu, nebo aspoň oddálení kontaktu s drogou,
- *sekundární prevence* - včasná intervence, poradenství a léčení u osob, které jsou již užíváním drogy zasaženi a postiženi, reedukace, resocializace.
- *terciární prevence* – rehabilitace či resocializace, doléčování, podpora v abstinenci, a také snižování škod způsobených drogami.

Primární prevence je zaměřená na širokou populaci. Cílem je působit tak, aby nežádoucí jev vůbec nenastal. K tomuto cíli jsou využívána masmédiá k vytváření celospolečenského klimatu, působení výchovně vzdělávacích zařízení, působení legislativy. „Pro účinnost primární prevence je důležité zaměřit se na nejnižší věk, na prostředí, ve kterém se utvářejí postoje a hodnotová orientace, na sociální vztahy. Adolescenční medicína doporučuje, aby se praktický lékař zapojil do prevence rizikového chování.“ (Štablová, 1999, s. 165)

Sekundární prevence je zaměřena na tzv. rizikové skupiny, či jedince, kteří se již ocitli v problémech, mají již zkušenost s návykovou látkou, vyzkoušeli ji, či ji užívají rekreačně nebo jako únik z reality. Těžištěm činnosti je včasné vyhledání problému, podávání informací, poradenství, sociální péče, pomoc s návratem do života (Valíček, 2000, s. 162).

Cílem sekundární prevence zneužívání návykových látek je zajistit včasnou pomoc, léčbu, resocializaci, minimalizace sociálního postižení. Role sekundární prevence nastupuje na scénu v okamžiku, kdy se jedinec už s drogou setkal, vyzkoušel ji, či ji zneužívá „rekreačně“. Sekundární prevence spadá do působnosti ministerstva zdravotnictví, ministerstva práce a sociálních věcí, a zčásti ministerstva školství a tělovýchovy mládeže. Pomoc a poradenství jsou připraveny poskytnout ambulantní poradny pro uživatele návykových látek, psychiatrické léčebny, terapeutické komunity, oddělení psychologie, detoxikační centra, terénní programy, linky důvěry. Lidem, kteří se rozhodli abstinovat a úspěšně se podrobili léčení, je nabízena pomoc v rámci resocializace. Pomoc spočívá v nabídce pracovního zařazení, v pomoci začlenění se zpět do rodiny, v nabídce dalších kontaktů s terapeuty. V sekundární prevenci je důležitý přístup bio-psycho-sociálního modelu, v současnosti respektovaného všemi odborníky zapojenými do problematiky užívání návykových látek. (Kalina, 2003, s. 15)

Důležité je včasné zjištění problému a nabídnutí pomoci, kterou poskytují ambulantní centra, poradny, kontaktní centra, linky důvěry, psychologové specializovaní na problematiku závislostí a další. K tomuto účelu slouží poradny, krizová intervence – linky důvěry, také sociální pracovníci obvodních úřadů, výchovní poradci na školách, protidrogoví koordinátoři a další.⁸

Spojení sekundární prevence a represe, a potřeba vyváženosti obou přístupů k řešení negativních jevů ve společnosti, je zřejmá v již zmíněných vládních dokumentech. Pokud chceme zabránit nežádoucímu chování, stanovíme určitá pravidla. „Pro případ porušení těchto pravidel společnost stanovuje sankce. Přestupce musí vědět, že za nežádoucí chování bude potrestán. Proto společnost musí jasně formulovat, co je pro ni nežádoucí chování a jaké tresty za toto chování stanoví. Společnost tím vytváří tlak, který

⁸ Péče o uživatele návykových látek podrobněji v kapitole 2.3, s. 29-33.

sám o sobě není represí, ale ochranou společnosti před těmito jevy a má preventivní charakter (zákony, vyhlášky, směrnice apod.). V tomto pojetí je represe považována za součást prevence.“ (Štablová, 1999, s. 166)

Efektivním zvýšením účinnosti sekundární prevence sociálně nežádoucích jevů s ohledem na cílovou skupinu, respektive profesní skupinu, je indikovaná prevence formou represe. Například zneužívání návykových látek v armádě, ve které je potřeba plně funkční ochrana před škodami působenými návykovými látkami, zabránění recidivě. Minimalizace škod způsobených návykovými látkami, je stále aktuálnějším problémem vzhledem k věkovému průměru vojáků. Prevence formou represe je určitou zárukou, aby do profesionální armády nevstupovaly osoby se skrytou závislostí.⁹

Účinnost sekundární prevence se zvýší respektováním cílových skupin, na které je zaměřena. Podle Štablové (1999) například působení na skupiny rozdělené podle věku (děti, mládež, dospělí), na profesní skupiny, na rizikové skupiny (studenti, učňovská mládež, vojáci, pomáhající profese, zdravotnický personál, nezaměstnaní).

Terciární prevence je zajišťování a poskytování základní, existenční a odborné pomoci, eliminace recidivy, zmírňování následků škod, resocializace. Je zaměřena na jedince a skupiny osob, které již páchají trestnou činností nebo se dostali do kategorie sociálně negativního chování (prostituce, drogy, kriminalita). K tomuto účelu slouží léčebná zařízení, výchovná zařízení, vězeňství, občanská a charitativní sdružení, církevní aktivity. O nutnosti nabídky využití odborné pomoci v každé fázi užívání návykových látek více uvádí také Orlíková (2007).

⁹ Sokol, Fusek, Navrátil, In: *Vojenské zdravotnické listy*. 2005, s. 49.

2.2 Sekundární prevence v kontextu resocializace, reedukace

Sekundární prevence v kontextu resocializace, která probíhá u již narušených či nemocných uživatelů návykových látek, u těch, kteří již mají zkušenost s návykovou látkou, se snaží zachytit poruchu fyzického, psychického a sociálního vývoje v počátečním stadiu, snaží se zajistit potřebná opatření pro ohroženého jedince a zabránit rozšíření poruchy mezi jedince jiné. Snaží se ovlivnit vědomosti, dovednosti a postoje uživatele návykových látek tak, aby došlo k pozitivnímu vlivu na jeho uzdravení a nedošlo k možným komplikacím. „Edukace je převážně zaměřena na dodržování léčebného režimu, udržení soběstačnosti a na prevenci recidivy onemocnění“ (Juřeníková, 2010, s. 11).

Podstata reedukace uživatelů návykových látek je nejen v dodržování léčebného režimu, ale hlavním cílem reedukace je, aby jedinci změnili své vnitřní normy, aby změnili své potřeby, ztotožnili se s nimi, protože jen tak může být reedukace úspěšná. Uživatel návykových látek musí chtít sám své chování změnit. Pro resocializaci je tedy důležité toto zvnitřnění, interiorizace, ztotožnění se s cíli reedukace. Druhou stránkou je proces exteriorizace, který spočívá v jednání jedince a které je v souladu se „zvnitřněným“ požadavkem. (Helus, 2001, s. 101). Z toho vyplývá, že reedukace a resocializace ve fázi sekundární prevence je více než nadějná v případech, kdy uživatelé chtějí, mají motivaci (Nakonečný, 1998), a mají určité osobnostní předpoklady, respektive schopnosti, zdroje, kompetence.

Podle Vetešky se každý jedinec v průběhu života dostává do různých situací, plní rozličné sociální role, a s nimi spojené úkoly a cíle. Dokáže-li efektivně nakládat se svými individuálními zdroji, zvyšuje se pravděpodobnost jeho úspěchu (2009, s. 45). Podíl na úspěšné reedukaci má tedy motivace, aspirace (očekávání), ale také osobní limity. Ve výsledku chování, v průběhu a výsledku reedukace, se projevuje kompetence, ve které je obsažen rozvojový

potenciál jedince. Kompetence v sobě obsahuje nejrůznější skladbu schopností, respektive informací, vědomostí, znalostí, dovedností, zkušeností, postojů, které při správném vyhodnocení situace, kontextu, ve kterém budou využity, znamenají efektivní chování nebo požadovaný výkon, výsledek. (Veteška, 2009, s. 47). Resocializace jedince je další rozvoj jeho sociálních kompetencí, jeho jedinečného potenciálu v konkrétní souvislosti se snahou změnit negativní chování, o této změně se sám zodpovědně rozhodnout a nést za svá rozhodnutí odpovědnost.

Nedostatky v osvojení sociálních kompetencí se vyskytují u jedinců, kteří nemají požadované sociální kompetence, aby se v určité situaci chovali odpovídajícím způsobem. Mají například problémy zvládat zátěžové situace, interpersonální konflikty, nedokážou uplatnit efektivní postup, kompromis, chybí jim některé sociální vlastnosti jako je sociabilita (družnost, schopnost vytvářet a udržet vztahy), dominance, přátelskost, kooperativnost, otevřenost, empatie (schopnost vcítit se do duševního vztahu jiné osoby) nebo schopnost sebereflexe. „Rozsah deficitu sociálních způsobilostí a dalších složek sociální kompetence jedince se může měnit. Je důležité ho určit, rozlišit, důsledně definovat a na základě toho poskytnout odpovídající formu intervence, tréninku. (Hupková in Veteška, 2011, s. 141)

Resocializace, reedukace v sekundární prevenci je úkol zejména pro výchovné instituce, rodiče, psychologické, sociální a zdravotnické služby. Resocializační pedagogika, jejímž cílem je vytvoření podmínek pro optimální socializaci a optimální rozvoj jedince, může usnadnit jejich působení. Předmětem resocializační pedagogiky je nápravně výchovné působení na jedince se zhoršenou sociální přizpůsobivostí.¹⁰ Uspokojení potřeby jednotlivce (resocializační péče), utváření mechanismů vnitřní kontroly (resocializační výchova) a léčba poruch či dysfunkcí (terapie), tedy naplnění nebo ustálení bio-psycho-sociálního modelu jedince. Popis bio-psycho-sociálního modelu v resocializaci uživatelů návykových látek zmiňuje také Kalina (2003, s. 17).

¹⁰ Moravcová, Univerzita Pardubice, 2010, s. 5.

2.3 Péče o sociální skupinu uživatelů návykových látek

System péče o uživatele návykových látek tvoří vzájemně provázané programy a služby, které by měly pokrýt potřeby jedince v různých fázích jeho léčebného procesu. Základními složkami systému péče jsou terénní a nízkoprahové služby, ambulantní péče a léčba, včetně intenzivní ambulantní péče v denních stacionářích, také ústavní detoxifikace a léčba krátkodobá a střednědobá, dlouhodobá – rezidenční péče v terapeutických komunitách, doléčování včetně chráněného bydlení, chráněné práce apod., dlouhodobé – udržovací substituční programy. Přehled systému péče o uživatele návykových látek lze najít na internetových stránkách drogy-info.cz:¹¹

Terénní práce – streetwork jsou pomáhající aktivity, které se dějí mimo instituce a to přímo na ulici a veřejně přístupných místech – nádražích, restauracích, ale i věznicích, školách, azylových domech, nevěstincích, klubech a domovech mládeže, v bytech uživatelů drog. Poskytovanými službami jsou výměna injekčních stříkaček, distribuce dalšího náčiní pro méně rizikovou aplikaci, distribuce kondomů, základní zdravotní ošetření, základní tzv. kontaktní poradenství a informace, distribuce zdravotně výchovných informačních materiálů, letáků, brožurek, svépomocných časopisů apod. (Korčišová, Hrdina in Kalina, 2003, s. 161) Cílem je usnadnit zlepšení zdravotního stavu a omezit rizika související s užíváním drog tzv. skryté populaci, to jsou jednotlivci a skupiny osob, kteří nejsou v kontaktu s existujícími zdravotními, zdravotně-sociálními a sociálními službami. Skrytá populace jsou lidé, kteří nejsou zachycováni existujícími institucemi, protože tito lidé institucím nedůvěřují, vyhýbají se jim a to mnohdy i proto, že v nich nemůžou najít takové služby, které potřebují. K těmto skupinám lidí patří bezdomovci, prostitutky, prostituti, „děti ulice“, příslušníci etnických menšin, migranti, uživatelé drog.

¹¹ Dostupné na [www:http://drogy-info.cz](http://drogy-info.cz)

Kontaktní centrum (Drop-in-centre) – nabízí služby cílové skupině závislých skryté populace, překonává psychologické a administrativní překážky dostupnosti tím, že tito lidé mohou bez jakéhokoli doporučení, přímo z ulice, anonymně a v neformálním prostředí (proto název nízkoprahová) získat přístup k službám. Těmi jsou opět výměna injekčních stříkaček a zdravotní ošetření, ale také hlavně kontaktní práce, výchovné a vzdělávací aktivity, kontaktní poradenství, které probíhá na žádost klienta odděleně od provozu kontaktní místnosti a zaměřuje se již na systematičtější řešení zdravotních, sociálních, psychologických, vztahových, rodinných, právních a jiných problémů podle zhodnocení potřeb klienta. Může jít o podporu v abstinenci, přípravu na léčbu, předléčebné poradenství, motivační trénink. (Libra in Kalina, 2003, s. 168). V této fázi většinou přestává být klient anonymní a o procesu se vede řádná dokumentace se zajištěním ochrany osobních údajů, častá je i spolupráce s rodinou, partnery.

Detoxifikační jednotky jsou vhodná zařízení, ve kterých se provádí detoxifikace, léčebná metoda, jejímž smyslem je ukončit užívání drogy u závislého jedince a při které jsou minimalizovány příznaky odvykacího syndromu a hlavně riziko poškození. (Nešpor in Kalina, 2003, s. 192). Bývá to léčebné zařízení nebo lůžkové oddělení všeobecné nebo psychiatrické nemocnice, ovšem současný trend je uskutečňovat detoxifikaci v neformálním prostředí, včetně klientova domova. Detoxifikace uskutečňovaná v domácí péči musí zahrnovat návštěvy zdravotnického personálu a rodině či přátelům je poskytována neformální podpora. Důležitým prvkem detoxifikace je psychoterapie, zejména individuální, zaměřená na podporu a motivaci k další péči. Detoxikace a abstinence je prvním krokem k léčbě a sama může změnit málo. Detoxikace je většinou krátkodobá hospitalizace, během níž se řeší tělesné či vážné psychické problémy způsobené abstinenčním syndromem. Po zvládnutí těchto akutních obtíží musí následovat delší léčba – obvykle pobytová (hospitalizace). Po návratu z pobytu v instituci by měl pacient vždy docházet do některého specializovaného doléčovacího centra, nebo k jinému odborníkovi, který má zkušenosti s léčbou závislosti.

Léčba, u závislostí pojem používaný v širším významu, vychází z bio-psycho-sociálního modelu a zahrnuje i odborné programy mimo rámec zdravotnictví. Širší význam pojmu léčba závislostí zahrnuje tedy odbornou, cílenou a strukturovanou práci se závislým pacientem či klientem a má formu buď ambulantní, ústavní, rezidenční, podle délky může být krátkodobá, střednědobá, dlouhodobá. Aby byla léčba účinná, měla by mít individualizovaný obsah a rozsah, měla by být dostupná a včasná, zaměřená na komplexní problémy klienta, přiměřeně dlouhá s vhodným použitím léků, zejména při detoxifikaci či v případě psychických komplikací. (Kalina, 2003, s. 180). Důležité je průběžné hodnocení a modifikace podle měnících se potřeb klienta. Nezbytné je použití psychosociálních metod – individuální, skupinová, rodinná terapie atd., využití případného vnějšího donucení pro získání motivace, průběžné monitorování pro případné použití drogy, zajištění diagnostiky a poradenství týkající se infekčních nemocí, zejména AIDS a hepatitid, zahrnutí i možností relapsu a potřeby více léčebných setkání do dlouhodobé perspektivy klienta.

Ambulantní léčba je bez vyloučení klienta z původního prostředí. Nejčastější formou ambulantní léčby jsou individuální rozhovory, poradenské i terapeutické, obvykle 30-60minut 1-2krát týdně. Skupinová forma ambulantní skupiny se schází obvykle 1x týdně na dobu 1,5 hodiny. Poradenské a terapeutické rozhovory jsou doplňovány sociální prací, rodinnou terapií, klubovými a volnočasovými aktivitami, pracovním a právním poradenstvím apod. (Hampl in Kalina, 2003, s. 173). Zvláštní formou ambulantní péče je intenzivní ambulantní péče nebo denní stacionář. Intenzivní ambulantní péče je definovaná strukturovaným programem 10 hodin týdně během minimálně 3 dnů, který může být denní, odpolední nebo podvečerní, ale i večerní, a užívá se především u doléčování. Spolupráce se sociálním zázemím klienta je nezbytné, výhodná a mnohdy nevyhnutelná je spolupráce s rodinou, rodinná terapie či poradenství. Denní stacionář je zařízení poskytující nelůžkovou péči přes den, obvykle jen v pracovní dny. Pro závislé klienty je tato forma vhodná pouze

pokud jsou tito schopni abstinovat bez vyčlenění z původního prostředí. Charakter stacionární péče je ošetrovatelský, rehabilitační, resocializační nebo léčebný.

Pobytová, ústavní léčba zahrnuje léčebné programy, kdy klienti žijí v chráněném prostředí léčebného či rehabilitačního resocializačního zařízení bez drog, a kde se od nich očekává spolupráce na individuálním poradenství a na skupinové práci, která má rozvíjet sociální a jiné životní dovednosti. Tato forma léčby je vhodná pro klienty s rizikovým sociálním prostředím a s psychickými či somatickými komplikacemi. Může být krátkodobá – méně než 3 měsíce, ve kterých převažují v programu léčebné aktivity nad rehabilitačními či resocializačními a která je vhodná zejména pro klienty motivované k léčbě, kteří nejsou schopni uzdravení v ambulantní péči nebo mají jinou osobnostní poruchu nebo psychiatrické či somatické onemocnění. Střednědobá léčba 3 – 6 měsíční u nás probíhá nejčastěji na specializovaných odděleních psychiatrických léčeben či klinik. (Dvořáček in Kalina, 2003, s. 196).

Ústavní či rezidenční dlouhodobá léčba v trvání asi 1 roku je vhodná pro klienty s výraznou problematikou, př. dlouhodobou závislostí, značnou sociální nezralostí, nerozvinutými nebo ztracenými sociálními návyky a dovednostmi, kriminální anamnézou, zcela chybějícím či destruovaným nedrogovým sociálním zázemím a vztahy. Většinou probíhá v terapeutických komunitách v prostředí, ve kterém klient žije a prochází léčením, rehabilitací a kde se od klienta očekává aktivní účast na léčebných aktivitách, což jsou individuální či skupinová psychoterapie, pracovní terapie, práce s rodinnými příslušníky, zátěžové pobyty, kde vše probíhá především prostřednictvím sociálního učení v kontextu vymezeném jasnými a srozumitelnými pravidly. (Kalina, 2003, s. 202). Cílem programů je zejména rozvoj sociálních dovedností, pocitu zodpovědnosti za své chování, zvyšování sebehodnocení, změna negativních životních postojů, změna škodlivých vzorců chování.

3. PROBLEMATIKA NÁVYKOVÝCH LÁTEK V PRACOVNÍM PROSTŘEDÍ

Problematika návykových látek zasahuje celé spektrum společnosti. Přístup organizací zaměstnávajících lidské zdroje se odvíjí od celkové politiky organizace, která v podstatě definuje, jak organizace plní svou sociální odpovědnost vůči svým zaměstnancům. Jde postoj organizace k hodnotám, ke kterým se hlásí, systém hodnot, za kterými si organizace stojí, může jimi být spravedlnost, pracovní podmínky, učení probíhající v organizaci, stejné příležitosti, rozvoj pracovníků, participace, povyšování, zaměstnanecké vztahy, také užívání škodlivých látek.

Péče o pracovníky je součástí řízení lidských zdrojů a poskytuje se z důvodů, které bezprostředně nesouvisí s vykonávanou prací. Mohou ale obecně souviset s pracovištěm, individuálními službami péče o pracovníky, jako jsou například pomoc v podobě konzultací při osobních problémech, pomoc související s problémy zdraví či nemoci.

Podle Armstronga (2007, s. 14) by politika týkající se užívání škodlivých látek mohla obsahovat ujištění, že:

Pracovníkům, u nichž bylo zjištěno, že mají problémy tohoto druhu, bude nabídnuta rada a pomoc.

V rámci pravidel organizace týkajících se případů onemocnění pracovníků bude poskytnuto jakékoliv rozumné pracovní volno nezbytné k léčení za předpokladu, že dotyčný pracovník bude plně spolupracovat.

Pracovníkovi bude poskytnuta příležitost prodiskutovat tuto záležitost, jakmile bude evidentní nebo se objeví podezření, že jeho pracovní výkon je ovlivňován problémem z důvodu užíváním škodlivých látek.

Pracovník má právo být při jakékoliv takové diskuzi doprovázen přítelem nebo představitelem pracovníků (představitelem odborů).

Pracovníkovi budou doporučeny instituce, kde může v případě potřeby hledat pomoc.

Během jakékoli rozumné doby léčení bude pracovníkovi zachováno právo na zaměstnání v organizaci.

Stejný názor na možnosti řešení problému s užíváním návykových látek na pracovišti má MUDr. Karel Nešpor, který se otázkám závislostí věnuje. Doporučuje v pracovním prostředí časnou a krátkou intervenci, která se uskutečňuje na úrovni praktických lékařů, učitelů, v pracovním prostředí popřípadě za účasti jiných odborníků, kteří nemusí být specialisté na problematiku a léčbu závislostí.

Podle Nešpora je vysoké procento efektivity léčby problémů s návykovými látkami v USA v tzv. „Programech pomoci zaměstnancům“, které pracují při řadě velkých amerických podniků a organizací. V případě, že nadřízený zjistí, že s některým jeho podřízeným není něco v pořádku a neodvádí očekávaný pracovní výkon, navrhne mu účast v takovém programu. Zaměstnanec ví, že pracovníci programu jsou k zaměstnavateli vázáni povinnou mlčenlivostí, a bývá pro něho výhodnější takovou nabídku přijmout, než riskovat problémy s nadřízenými a propuštění. Postupy, které tyto programy pomoci zaměstnancům využívají, zahrnují např. posilování motivace, poradenství nebo předání k další léčbě. Vysoká efektivita těchto programů je dána především tím, že motivace překonání problémů bývá u zaměstnanců velice silná a že do programu přicházejí lidé v počátečních stádiích problému.“(Nešpor, 2011, s. 115- 116).

3.1 Pracovní prostředí zvyšující rizika užívání návykových látek

Programy bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, které jsou zaměřeny na ochranu pracovníků a bezpečné pracovní prostředí, neřeší pouze pracovní hygiena a jí měřená pracovní rizika prostředí, ale také pracovní lékařství, specializované na diagnostiku a prevenci zdravotních rizik při práci a také

jakýmkoliv poškozením zdraví nebo stresem, k jejichž vzniku došlo navzdory prevenci.

Programy ochrany zdraví mohou eliminovat nebo snižovat nemocnost pracovníků, kteří trpí nemocí, o které se domnívají, že vznikla důsledkem jejich práce. Příkladem jsou bolesti zad, svalové potíže způsobené opakovanou prací, ale velkým problémem je také pracovní stres, který vede k onemocnění nebo k úniku k návykovým látkám. Podle Armstronga (2007, s. 679) „existují čtyři hlavní důvody, proč by měly organizace brát na vědomí stres a něco s ním dělat:

1. Mají společenskou odpovědnost zajišťovat dobrou kvalitu pracovního života.
2. Nadměrný stres způsobuje onemocnění.
3. Stres může vyústit do neschopnosti vyrovnávat se s požadavky práce, což vyvolá další stres.
4. Nadměrný stres může snížit efektivnost pracovníka, a tudíž ohrozit výkon organizace.“

Pracoviště, která zvyšují rizika užívání návykových látek:

Pracoviště, kde je vysoký pracovní stres. Nadměrný nebo příliš dlouho trvající stres je rizikovým faktorem ve vztahu k alkoholu a jiným návykovým látkám, také ve vztahu k řadě dalších zdravotních problémů.

Prostředí pracoviště zaměřeného na konzumaci v oblasti pohostinství, oblast kultury, například rockové, jazzové kluby apod., kde atmosféra na pracovišti povzbuzuje zaměstnance k nezodpovědnému jednání ve vztahu k alkoholu a návykovým látkám.

Pracoviště, kde jsou návykové látky dostupné. Dostupnost velice zvyšuje riziko problémů, které návykové látky působí.

Pracoviště, kde se vyskytuje častá dlouhodobá práce přesčas. Ta vede ke stavům vyčerpání a chronické únavy a povzbuzování se, také návykovými látkami.

Pracoviště, kde je trojsměnný provoz, nepravidelnost životního stylu, poruchy spánku a možné problémy v rodinném životě

Pracoviště, kde jsou špatné interpersonální vztahy, neřešené konflikty, manipulace na pracovišti, mobbing, bossing, sexuální obtěžování, ponižování.

Pracoviště podporující odcizenost, izolovanost, stereotypnost práce, malou možnost se rozhodovat, nuda, neuspokojující náplň práce.

Pracoviště, kde je nedostatečný dohled ze strany nadřízených.

Pracoviště, kde chybí jasné, důrazně a stále stejná pravidla týkající se zákazu alkoholu a jiných návykových látek v pracovním prostředí a nepřítomnost soustavných preventivních programů.

Velký podíl na škodách, které užívání návykových látek organizaci působí, má snížená produktivita práce, která je většinou způsobena vyšší nemocností zaměstnance. Pokud to není přímo nemocnost zaměstnance, může jít nižší pracovní výkon v kocovině, absence z důvodu ošetřování člena rodiny, který je nemocen z důvodu vystavení chronickému stresu nebo nižší péče o vlastní zdraví.

Vliv návykových látek se odráží v pracovních úrazech, rizikem mohou být násilné konflikty v pracovním prostředí, ohrožení jiných osob, a to hlavně ve zdravotnictví, dopravě nebo bezpečnostních složkách. Poškození ekonomických zájmů zaměstnavatele, nebo přímo jeho majetku, k tomu může dojít nepřímo špatným rozhodováním nebo přímo poškozením vybavení pracoviště. Důležitá je také ztráta důvěry zákazníka, ke které by mohlo takovým jednáním dojít. Zneužívání návykových látek také zvyšuje riziko trestné činnosti, násilné a majetkové kriminality v pracovním prostředí.

3.2 Identifikace ovlivnění návykovými látkami v pracovním prostředí

V pracovním prostředí můžeme identifikovat ovlivnění návykovými látkami podle projevů a chování pracovníka. Uživatel návykových látek se chová nezvykle, nepřiměřeně reaguje na určité situace, je emočně labilní, euforický nebo depresivní, rozjařený nebo naopak podléhá hněvu, je agresivní. Často bývá nepřítomen na pracovišti z důvodu požití návykové látky mimo pracovní kolektiv, často odchází na sociální zařízení, kde návykovou látku požívá, nebo ji shání mimo pracoviště. Zvykem uživatele návykové látky bývají častá ovlivnění návykovou látkou v mimopracovní době, pracovník je vidán ovlivněn, má setřenou výslovnost, nejistou chůzi, třes, je ospalý nebo je z něho cítit zápach v dechu (př. alkohol).

Ovlivnění návykovou látkou pracovníka v pracovní době na pracovišti je přestupkem proti zákoníku práce, ale prakticky, pokud ovlivnění není vysoké a projevy nejsou zcela zřetelné, bývá ovlivnění těžko identifikovatelné, skryté, zvláště u chronických uživatelů, ale tím není méně nebezpečné. Zneužívání návykových látek vedoucí k mimořádné či krizové situaci není výjimečné, proto je důležité toxikologické vyšetření, které pomáhá ovlivnění odhalit, potvrdit nebo vyvrátit. Pomáhá zaměstnavateli odhalit intoxikaci neznámou látkou nebo ověřit abstinenci pracovníka, který se v minulosti v zaměstnání intoxikoval, může ochránit další osoby, veřejnost nebo pacienty, popřípadě cestující, pasažéry u rizikových zaměstnání, jako jsou pomáhající profese, zdravotníci nebo ozbrojené složky. Může eliminovat problematické uchazeče při testování žadatelů o zaměstnání.

Identifikací látky, kterou je jedinec ovlivněn, se zabývá toxikologie. Toxikologie je multidisciplinární věda, jejímž úkolem je identifikovat jed, a zjistit účinky jedů. Odpovídá na otázky: Které drogy, léčiva, jedy byly aplikovány? Jaká byla dávka? Kdy došlo k aplikaci? Jedná se akutní či chronickou dávkou? Aby bylo možné na tyto otázky odpovědět, jsou nutné

základy anatomie, farmakologie, fyziologie, které do značné míry ovlivňují osud drogy v organismu tj. absorpci (vstřebávání), distribuci (přenos) a eliminaci (odbourávání, vylučování). (Balíková, 2004, s. 11)

Pro co nespolehlivější toxikologický výsledek vyšetření se podle Balíkové (2004, s. 15) doporučuje zejména:

1. Správná volba vhodných biologických vzorků k analýzám a v dostatečném množství pro případ, že je první díl vzorku pozitivní a pracovník aplikaci látky popírá, pošle se druhý díl vzorku k verifikaci (potvrzení) jinou metodou.

2. Odběr provést včas. Prokazatelnost drog v moči bývá u amfetaminů (pervitin) 2-3 dny po poslední dávce, u heroinu 2-3 dny také v závislosti na dávce, u diazepamu 2-4 dny, u rohypnolu 1-3 dny, u kokainu několik hodin, u konopí (marihuana) 2-3 dny při epizodickém užívání a 14-40 dní u chronického užívání.

3. Odběr na stanovení ethylalkoholu v krvi provádět 10ml krve nabrané ze žíly. K desinfekci nutno použít přípravek, který neobsahuje alkohol.

4. Odběr provést pod přímým dohledem osoby téhož pohlaví, aby nedošlo k záměně vzorku.

5. Vzorek musí být uchováván od odběru až do doby analýzy tak, aby se minimalizoval případný rozklad labilních analytů.

4. PSYCHOSOCIÁLNÍ VÝCHODISKA RESOCIALIZACE A REEDUKACE UŽIVATELŮ NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Psychosociální působení můžeme chápat jako východisko, spojitost, aby mohla spolupráce na jakékoli úrovni fungovat, je zapotřebí otevřenosti na obou stranách. U odborníka vyžaduje ochotu věnovat se této oblasti, přestože právě tato oblast bývá značně zatěžující a frustrující, u klienta vyžaduje zejména motivaci a výdrž v následování vytyčených cílů. Prožívání klienta se závislostí, propojení mezi psychickými procesy a užíváním návykových látek a následné resocializační, edukační působení na tyto procesy, se zdá být specifické pro propojování zkušeností, komplexnost a mezioborovost bio-psycho-sociálního modelu přístupu k léčbě a resocializaci lidí se závislostí. (Kalina, 2003)

Úspěšná resocializace a reedukace v problematice užívání návykových látek jedincem, vychází v teorii i praxi z analýzy specifické zvláštnosti edukačního a výchovného procesu. Každý účastník edukačního procesu obecně je jedinečnou osobností, odlišnou ve svém fyzickém, psychickém, edukačním a sociálním rozvoji, o to více člověk užívající omamné a psychotropní látky.

Psychické prožívání uživatelů návykových látek výstižně přiblížil ve své práci magistr Michal Pernička, který se touto problematikou zabývá. Vysvětluje, že prožívání těchto jedinců je ohroženo drogou hned dvakrát.¹²

První hrozba je v rychlosti, jakou droga působí. Vede jedince k okamžitému, impulsivnímu činu. Toxikoman si dá dávku, aby necítil bolest nebo únavu a vzápětí toho docílí, alkoholik se napije na kuráž a jde něco udělat. Mobilizace k akci je účinkem drogy příliš rychlá a není čas na uvědomění si toho, co jedinec vlastně chce, co cítí, co potřebuje a jestli pro něho neexistuje jiný, méně destruktivní způsob, jak dosáhnout cíle. Závislý se naučí na rychlou

¹²Dostupné na: www.psychocentrumzlin.cz/doc

cestu ven od nepříjemných věcí. Současně takové jednání vede od lidí, k omezení kontaktu s druhými lidmi.

Druhá hrozba je ve vyhýbání se závislého jedince napravování následků svého chování. Zdravý jedinec řeší svůj úlet s alkoholem či drogou předsevzetím, že už končí s alkoholem/drogou napořád nebo si dá pauzu či limity. Závislý jedinec si takové řešení nepřipustí, nedává si ani předsevzetí, vyhne se zdravému řešení opětovným požitím. Nedochozí k poučení ze zkušenosti, je kognitivně otupělý intoxikací a daleko méně si uvědomuje vlastní pocity. Tímto způsobem dochází k tomu, že droga vlastně vytváří znečitlivění, které napomáhá závislému k tomu, aby fungoval a pokračoval ve svém chování bez výčitek svědomí a mnohdy i bez dalších myšlenek.

Často se při léčbě drogové závislosti jeví hlavní překážkou tzv. filozofie toxikomana. Valíček předkládá filozofii toxikomana takto: “Jde spíš o průvodní symptom, jakýsi křečovitý scénář, který má zhruba tři podoby:

První podobou je role „nadutého a pyšného“. Jedinec pohrdá naším konzumním způsobem života se ztrátou jeho smyslu. U druhých lidí vyprovokovává výsměchem, manifestační nespoluprací a svým parazitismem agresi. Ta mu pak slouží jako důkaz toho, že je něco v nepořádku spíše s ostatními než s ním.

Druhou podobou je role „nemocného“, která mu dovoluje vyžadovat při svém, zdraví poškozujícím chování, léčebnou péči s pozorností, kterou si tím vynucuje. Když mu ji odmítneme, vidí to jako důkaz toho, že jsme zlí.

Třetí podoba je role „šíleného“, která mu dovoluje nezodpovědné chování s právní nepostižitelností. Může dělat, co chce, každý přece ví, že on má potíže s kontrolou. Na následky svého chování nahlíží jako na důkaz toho, že je obětí agresivity, nemorálnosti a podobně.“ (Valíček, 2000, s. 164)

4.1 Faktory zvyšující pravděpodobnost vývoje toxikomanie

Vznik a vývoj toxikomanie je tzv. multifaktoriální, to znamená, že ke vzniku toxikomanie či závislostního jednání vedou různé faktory genetické, biologické, psychologické nebo sociální. Biopsychosociálními faktory, poškozujícími zdraví člověka, se zabývá například Křivohlavý (2001).

Genetické faktory podílející se na vzniku toxikomanie nebyly prokázány, předpoklady jsou spíše výsledkem interakce genetické výbavy jedince s prostředím. To, jakým způsobem lidské geny ovlivňují vztah k psychoaktivním látkám, není jednoznačné, ale část tohoto mechanismu je způsobena absencí genu, který v mozku kontroluje receptory pro příjemný pocit. (Fischer, Škoda, 2009, s. 95) „Alkohol jako nejsilnější stimulant těchto receptorů při absenci tohoto genu může funkci nahrazovat. Jedinci z rodin alkoholiků mají zřejmě sníženou produkci endorfinu a po alkoholu pak sahají, protože jim dává něco, co sami nemají, schopnost plně prožít radost“.(Mlčoch, 2006)¹³

Biologické předpoklady závisí na schopnosti omamných a psychotropních látek navodit změny chemismu mozku. „Alkohol a jiné drogy vstupují do chemického prostředí mozku a způsobují v něm významné změny, které doprovázejí podstatné pozitivní i negativní změny kognitivních funkcí, afektů a chování“ (Rotgers, 1999, s. 19).

Psychologické faktory podle Rotgerse (1999), vedle depresí a poruch nálad způsobených užíváním návykových látek, jsou také způsobeny nedostatkem sebeúcty, negativním sebehodnocením, pocitem viny př. ze ztráty zaměstnání, partnera v důsledku užívání návykových látek, z nepříjemností působících jiným lidem v intoxikaci apod. Pocit viny přerůstá ve zlost, zášť vůči ostatním. Obranné mechanismy se projevují jako potlačení (Nakonečný,

¹³ Mlčoch, Zbyněk, *Genetika a alkoholismus (online)*
Dostupné: <http://alkoholizmus.zbynekmlcoch.cz/>

1998, s. 191) popření, racionalizace, zlehčování problému, vyhýbání se pocitům a odpor ke zpětné vazbě od jiných lidí. Chronické nadužívání návykových látek vede k mnoha psychickým problémům.

Sociální problémy uživatelům návykových látek narůstají. Manželské a rodinné problémy bývají prvními, proto bývá doporučovaná rodinná léčba jako ústřední program terapie. „Alkoholici a závislí lidé mívají i další problémy, mezi nimiž se mohou objevit potíže v zaměstnání, finanční problémy, rozpory se zákonem, narušená přátelství, zadržení a uvěznění, odmítání společností a jiné formy sociální stigmatizace, pokles sociálního statusu, problémy s přijetím identity a sociálních rolí, ztráta společenského postavení. Nespokojenost a stres, které jsou s těmito sociálními důsledky spjaty, obvykle vedou k další deterioraci alkoholiků a závislých a dalšímu pití a užívání drog. Je zřejmé, že bez léčby a intervence není možné tuto sestupnou spirálu zvrátit. Ačkoli se objevují případy, kdy se i hluboce závislým podařilo změnit svůj život bez intervence a léčby, u většiny osob, jejichž onemocnění zchronifikovalo, se tak nestává.“(Rotgers, 1999, s. 21)

Diagnózu závislosti je obvykle možno stanovit až tehdy, pokud došlo u jedince během posledního roku ke splnění tří nebo více uvedených kritérií podle Novotné (1997):

1. silná touha nebo pocit puzení užívat látku
2. potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení, nebo množství látky
3. výskyt typických odvykacích příznaků a vyhledávání látky se záměrem je zmenšit nebo odstranit
4. průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinků původně vyvolaných menšími dávkami
5. postupné zanedbávání jiných potěšení či zájmů ve prospěch psychoaktivní látky a zvýšení množství času k získání či užívání látky nebo zotavení z jejího účinku
6. pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevných škodlivých následků či poškození orgánů a tkání.

Bio-psycho-sociální model vzniku závislosti počítá se čtyřmi faktory:

1. *spouštěč* (událost pozitivního či negativního ladění, která provokuje drogovou zkušenost)
2. *droga* (chemická látka, ani dobrá, ani špatná)
3. *osobnost* (zřejmě neexistuje vyhraněný osobnostní typ s predispozicí k drogové závislosti, je však možno vystopovat rizikové faktory osobnost oslabující či projektivní, které ji posilují, chrání vůči drogovému riziku)
4. *prostředí* (rodina, škola, pracovní stres, krize). Pernička (2003)

U vývoje návyku nelze hledat jednu příčinu, je to souhra různých faktorů z okruhů osoba, droga a prostředí. Podle toho, jak se tyto faktory u člověka projevují negativně nebo pozitivně, tak například slabý nebo silný pocit sebehodnocení, nekritický nebo kritický postoj k drogám, mohou být rizikem, respektive ochranou před rozvojem návyku. Převaha faktorů podporujících návyk uvádí do chodu osudný koloběh.

Krize v kontextu psychopatologie je rizikem tehdy, pokud si nepřipustíme možnost, že za negativními jevy vždy stojí nějaký problém. Tehdy nemůžeme účinně preventivně jednat. Krize v životě člověka bývá skrytým problémem, který spustí seriál negativního chování jedince. V oblasti psychosociální je to důsledek střetu jedince s překážkou, kterou není schopen vlastními silami, vlastními vyrovnávacími strategiemi, popřípadě za pomoci jemu blízkých lidí, zvládnout svým vlastním navyklým způsobem a volí jako východisko drogu. Podle Vodáčkové organismus člověka snese pouze určitou míru zátěže a stresu. Obecné příčiny zvýšení zátěže jsou většinou ztráta (smrt, rozchod, zrada, zklamání, zranění), změna (zdravotního, rodinného, pracovního stavu) a volba (pocit viny při tzv. "špatné volbě" svého chování v krizi nebo na změnu vývoje událostí s krizí spojených. (Vodáčková, 2007, s. 136)

Během života procházíme procesy růstu a zrání, které přináší krizi nároků z očekávaných životních změn (puberta, adolescence, klimakterium, sňatek, narození prvního dítěte). Vývoj člověka se děje ve fázích, které přináší změnu a přirozené překážky. Stejně jako životní cykly rodiny, která prochází změnami a musí se přizpůsobit změněným podmínkám.

Krize v kontextu psychopatologie bývá podložena neřešenými nebo špatně řešenými vývojovými krizemi. Lidé s dispozicí k duševnímu onemocnění jsou zranitelnější a hůře vybaveni k zvládnutí zátěže a vývojových nároků. Vymezení základních pojmů v oblasti psychosociální závislosti uvádí například Baštecká (2009). Diagnosticky vzato bývají to lidé s poruchou osobnosti, se závažnými neurotickými obtížemi, se závislostí na drogách, s velkou depresí či psychózou. Urychlovačem může být vše předchozí – změna, ztráta, volba, vývojové nároky, vše umocněno zranitelností či nerovnováhou rodinného systému. S tím souvisí neodkladné krizové stavy, situace, které s sebou nesou vysoký potenciál naléhavosti. Do této kategorie patří i drogové či alkoholové intoxikace, stejně jako sebevražedné nebo vražedné chování, nekontrolovatelná agrese, akutní psychotické stavy. K intoxikacím dochází úmyslně nebo neúmyslně, může jít o sebevražedné úmysly nebo o předávkování u závislého klienta. Nutno je vždy volat lékařskou pohotovostní službu. Na konkrétní účinky a toxicitu léků je možné se po 24 hodin dotázat na Toxikologickém informačním středisku Na Bojišti 3, Praha 2 nebo na toxikologiích Ústavů soudních lékařství krajských fakulturních nemocnic (Brno, Olomouc, Ostrava apod.).

4.2 Psychické poruchy způsobené užíváním návykových látek

Psychoaktivní látky ovlivňují v mozku normálně existující procesy, které řídí myšlení, motivaci, utváření nálady atd. Těchto látek je mnoho a účinky po požití jsou různé. Jejich užívání může vést k duševním nebo behaviorálním poruchám, které vznikly jako důsledek užívání jedné nebo více psychoaktivních látek a platí přiměřeně pro každou látku uvedenou v předchozím výčtu deseti skupin Mezinárodní klasifikace nemocí.¹⁴

Přehled některých diagnostických kategorií:

Diagnostické jednotky této skupiny se označují kódem F10 až F19, podle toho, o jakou skupinu látek se jedná. Za desetinnou tečku se pak uvede typ poruchy.

Tabulka 2 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek

skupina látek ↓	desetinná tečka ↓	typ poruchy ↓	Případně poruchy ↓	upřesnění
	•			

Zdroj: MKN-10.aktualizace Praha:ÚZIS ČR, 2012

Pojem "psychoaktivní látka" není v MKN-10 definován, ale lze tam najít, o jaké skupiny látek se jedná:

F10.x Poruchy duševní a poruchy chování vyvolané účinkem alkoholu.

F11.x Poruchy duševní a poruchy chování vyvolané účinkem ovoidů.

F12.x Poruchy duševní a poruchy chování vyvolané účinkem kanabinoidů.

F13.x Poruchy duševní a poruchy chování vyvolané účinkem sedativ nebo hypnotik.

F14.x Poruchy duševní a poruchy chování vyvolané účinkem kokainu.

F15.x Poruchy duševní a poruchy chování vyvolané účinkem jiných

¹⁴ MKN-10.aktualizace Praha:ÚZIS ČR, 2012

stimulancí včetně kofeinu.

F16.x Poruchy duševní a poruchy chování vyvolané účinkem halucinogenů.

F17.x Poruchy duševní a poruchy chování vyvolané účinkem tabáku.

F18.x Poruchy duševní a poruchy chování vyvolané účinkem prchavých rozpustidel.

F19.x Poruchy duševní a poruchy chování vyvolané účinkem více drog nebo jiných psychoaktivních látek.

Jednotlivé typy poruch:

F1x.0 Akutní intoxikace

Musí být jasně prokázáno nedávné užití psychoaktivní látky, a to v dostatečně vysokých dávkách, odpovídajících intoxikaci. Musí se vyskytovat příznaky intoxikace v souladu se známými účinky určité látky tak, jak jsou specifikovány a musí být natolik závažné, aby vyvolávaly poruchy vědomí, kognitivních funkcí, poruchy vnímání, afektivní poruchy nebo klinicky významné poruchy chování. Přítomné příznaky nemohou být vysvětleny tělesnou poruchou, která nesouvisí s užitím psychoaktivní látky, a nemohou být přičteny jiné duševní poruše.

Akutní intoxikace se často vyskytuje u osob, které mají navíc trvalé problémy spojené s užíváním alkoholu nebo drog. Pokud se takové problémy vyskytují, např. škodlivé užívání, syndrom závislosti nebo psychotická porucha.

F1x.1 Škodlivé užívání

Musí být jasně prokázáno, že požití látky je zodpovědné za tělesné nebo duševní poškození nebo k němu podstatně přispívá, včetně zhoršeného úsudku nebo dysfunkčního chování, a může vést k neschopnosti nebo k nepříznivým důsledkům v interpersonálních vztazích. Charakter poškození by měl být jasně prokazatelný a specifikovaný. Užívání trvalo alespoň 1 měsíc nebo se vyskytovalo opakovaně během 12 měsíců. Porucha nesplňuje kritéria pro žádnou jinou duševní nebo behaviorální poruchu nebo poruchu chování, spojenou s užitím stejné látky ve stejném časovém období.

Flx.2 Syndrom závislosti

Po dobu alespoň 1 měsíce nebo opakovaně v kratších obdobích během 12 měsíců by se měly vyskytovat společně tři nebo více z následujících znaků:

(1) silná touha nebo nutkání užít látku

(2) zhoršená schopnost kontrolovat chování spojené s užíváním látky, ve smyslu začátku a ukončení nebo množství látky, projevující se takto: jedinec látku užívá ve větším množství nebo po delší dobu, než měl v úmyslu, nebo si stále přeje či se bezúspěšně snaží snížit nebo kontrolovat užívání látky

(3) fyziologické projevy odvykacího stavu, jestliže se užívání látky omezí nebo se s užíváním přestane, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro tu kterou látku nebo z užívání stejné (nebo blízkce příbuzné) látky se záměrem zmenšit nebo vyhnout se odvykacím příznakům

(4) průkaz tolerance k účinku látky, jako je potřeba značně zvýšených dávek látky, aby se dosáhlo intoxikace nebo žádoucího účinku, anebo se dosahuje zřetelně zmenšeného účinku, při trvalém užívání stejného množství látky

(5) zaujetí užíváním látky, projevující se postupným zanedbáváním jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a věnování zvýšeného množství času činností nezbytným k získání nebo užívání látky, nebo k zotavování se z jejího účinku

(6) trvalé užívání látky navzdory jasnému důkazu škodlivosti následků, kdy jedinec pokračuje v užívání, i když si je vědom nebo lze očekávat, že si je vědom, povahy a rozsahu škodlivosti.

Flx.3 Odvykací stav

Musí být jasný důkaz o nedávném úplném vysazení nebo snížení dávek látky po opakovaném a obvykle dlouhodobém užívání nebo používání vysokých dávek této látky. Příznaky odpovídají známým projevům odvykacího stavu u určité látky nebo látek. Příznaky nelze přičíst zdravotní poruše, která nesouvisí s užíváním látky, ani je nelze lépe přičítat jiné duševní poruše nebo poruše chování.

1x.5 Psychotická porucha

Začátek psychotických příznaků se musí vyskytnout v průběhu užívání nebo do 2 týdnů po užívání látky. Psychotické příznaky musí trvat déle než 48 hodin. Trvání poruchy nesmí být delší než 6 měsíců.

Pojem psychóza je mnohoznačný, přesné vymezení je nemyslitelné. Psychóza je onemocnění, které mění vnímání okolního světa, a tím provokuje u postiženého způsoby chování, které se projevují jako „nenormální“. „Vnímáním vlastního já ve vztahu k prostředí, už vstup do společenského prostředí má na člověka vliv a ten pouze ve vytvoření vztahu k svému okolí a ve schopnosti akceptovat toto prostředí podle daných podmínek, činí životaschopnost možnou. Zjednodušeně to znamená, že lidé předpokládají, že všechno, co se kolem děje, rozpoznávají také svými smyslovými orgány a reagují na to. Toto funguje po tisíciletí proto, že lidé se na dorozumění jazykem o jejich prostředí dohodli a stanovili společnou základnu ke komunikaci.“ (Pernička, 2003).

„Onemocní-li člověk psychózou, pak přesně toto vnímání, o kterém je výše zmíněná dohoda, už neexistuje. Dochází k poruchám vnímání. Změnou biochemie v mozku nemůže postižený člověk své okolí podle našeho chápání zobrazovat reálně. V případě psychózy je vnímání vlastního já a stejně i okolí změněné. To může vést k tomu, že postižený člověk přikládá všedním událostem zcela zvláštní, pouze osobně zabarvený význam, který je částečně spojen s úzkostným očekáváním. K tomu může přistoupit možnost, že vlastní tělo vnímá postižený jako změněné. Tak nepoznává např. části těla jako vlastní nebo se domnívá, že mu byly naroubovány navíc. Také existuje možnost, že člověk nepoznává sám sebe nebo jiné osoby. V neposlední řadě může dojít k tomu, že postižený vidí, čichá a chutná věci, které vlastně vůbec neexistují. Přes bizarnost nejsou tyto chorobné obrazy řídké a mohou být také vyvolány

jednorázovým nebo trvalým užíváním drog. Že toto změněné vnímání okolí vede k problematickému chování, je samozřejmé.¹⁵

Rozeznat psychotické změny prožitků člověka je obtížné. Pět bodů v chování člověka může potvrdit podezření na existenci psychotického onemocnění. Samozřejmě *myšlení* – nápadné je, že myšlení je zmatené, nesouvislé a rozhárané, nedbající logiky, postižený se nedokáže soustředit, nebo si vzpomenout na obsah rozhovorů, je přesvědčen o skutečnostech, pro které neexistují žádné důkazy, které často odporují skutečnosti. Racionálním argumentům není postižený přístupný. (Gohlert, Kuhn, 2001)

Pět varovných znaků, které mohou svědčit o psychóze:

1. nesouvislé, zmatené, rozhárané myšlení, silné potíže soustředění
2. pevné přesvědčení o skutečnostech, pro které neexistují racionální důkazy
3. vidění, slyšení, cítění a chutnání věcí, které neexistují
4. pocit postiženého, že se nachází ve zcela cizím světě
5. bizarní a nepřirozené tělesné pohyby a postoje

Pocity postižených jsou bez znatelného důvodu změněné. Cítí se najednou v cizím světě, ve kterém se všechno kdysi známé stalo neznámým. Z toho samozřejmě vznikají nápadně změněné způsoby chování.

Často konzumované aktivní drogy – cannabinoidy, amfetaminy, halucinogeny, kokain – mohou vyvolat poruchy vnímání a vést až k těžkým psychózám.

Psychózy vyvolané drogami jsou zpravidla přechodné. Zůstávají epizodou v životě konzumenta, jestliže poučen zkušeností a v budoucnu už nekonzumuje.

¹⁵ Pernička, 2008, Dostupné na: www.psychocentrumzlin.cz/doc

4.3 Závislost na návykových látkách

Existuje řada nespecifických znaků, které popisují mnozí odborníci (srovnej Nešpor, 2001, Gohlert, Kuhn, 2001, Valíček, 2000), poukazujících na užívání drog, které se ale nemusí projevovat nebo se můžou objevovat u jiných poruch.

Změna okruhu přátel, sociální ústup.

Úloha strukturovaných aktivit ve volném čase.

Změněný denní rytmus (noční aktivita, denní únava).

Změněný výkon v zaměstnání, přitom jedinec dává vinu druhým.

Častá onemocnění.

Nezdravý, bledý vzhled.

Silné zanedbání vnějšího vzhledu.

Změna osoby a kolísání nálad.

V rozhovoru nesoustředěnost, neschopnost pozorně naslouchat.

Stadia závislosti podle Gohlerta a Kuhna: (2001, s. 41)

1. *euforické počáteční stadium* – lehký přístup k droze, zbavení úzkosti, uvolnění, omámení, vzrůstající pocit sebehodnocení - „zvýšené sebevědomí“

2. *kritické stadium navykání* – zmírnění účinku se stupňováním dávek drogy, konflikty v zaměstnání a ve škole, zúžení zájmů, finanční problémy, poruchy sebehodnocení

3. *stadium závislosti* – ztráta kontroly nad drogou a dávkou, pokles pracovní schopnosti ve škole a v povolání, kriminalita a vyřazení ze společnosti, změna osobnosti a abstinenční příznaky, tělesná poškození

4. *chronické stadium rozkladu* – úbytek snášenlivosti drogy, neschopnost se finančně zaopatřit, zchudnutí, bezdomovectví, opuštěnost, zanedbanost, těžká tělesná onemocnění, duševní rozklad.

Typy závislosti:

Psychická závislost je nepotlačitelná touha užívat psychotropní substanci pro její povzbuzující, euforizující, stimulující nebo také tlumivý a halucinogenní účinek. Touha získat drogu všemi prostředky a konzumovat ji. Psychická závislost vzniká určitým druhem návykové paměti, která se vícenásobným použitím vytváří v mozku a funguje právě tak, jako kdybychom se učili nazpaměť básničku. Přání zažít znovu a znovu opojení svádí k častějšímu užívání (Gohlert, Kuhn, 2001, s. 23) a nakonec vede k psychické závislosti. Přitom si může být toxikoman zcela vědom, že svým chováním hazarduje se životem, zdravím či alespoň svým sociálním postavením. Tlak k pravidelnému užívání se označuje jako psychická žádostivost tzv. „craving“ a označuje v této souvislosti předjímání odnětí drogy v tělesném smyslu. Závislostní chování je v tomto stadiu vyhýbání se odnětí, a je tedy třeba na něj nahlížet, ve smyslu teorie učení, jako na podmíněnou reakci.

Fyzická závislost, kterou přibližují také další autoři (Bečková, Višňovský, 1999, Valíček, 2000), je stav, kdy při absolutní nebo relativní abstinenci, tedy když úplně chybí substance nebo se redukuje dávka, dochází k mučivým abstinenčním jevům. Základem je skutečnost, že se biochemické hospodářství konzumenta nastaví na substanci a po určité době může fungovat jen s drogou. Chybí-li substance, dochází k abstinenčním příznakům. V rámci zvyšování tolerance si musí toxikoman dodávat stále více substance, aby dosáhl stejného účinku. Zvyšování snášenlivosti je přitěžujícím faktorem závislosti. Tělesná závislost je bludný kruh: biochemické hospodářství se nastavilo na drogu, ta aby měla stejný účinek, požaduje jí stále více. Tělesné abstinenční příznaky mohou mít řadu klinických znaků. V každém případě vyžadují lékařský zásah.

5. RESOCIALIZACE A REEDUKACE UŽIVATELŮ NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Resocializace představuje proces, v průběhu kterého dochází u člověka k sociálním změnám, s cílem přizpůsobit se životu ve společnosti. V užším smyslu jde o proces transformace identity, ve kterém se lidé učí nové role, zatímco se odučují některé stránky těch starých. Když se požadavky na roli v novém statusu střetávají s předchozí nebo primární socializací jedince, může být nezbytný proces resocializace. Tento proces často vyžaduje odučení přijatých norem, hodnot, názorů a zvyků, aby mohly být nahrazeny novým souborem, který je považován za příhodný pro novou roli. Resocializace se nejčastěji vyskytuje v situaci, kdy má jedinec přijmout nový specializovaný status, často v dospělosti (rekrut nastupující do armády, jedinec zbavující se problému užívání návykových látek). Proto je též nazývána socializací dospělých. „Potřeba učit se nové role může vycházet z dobrovolných či nedobrovolných změn v sociálním statusu. Z hlediska pragmatismu je resocializace metodickým procesem převýchovy objektivní reality. Samotná resocializace tedy nutně nemusí probíhat jen na půdě vězení, či nápravních centrech, ale také ve škole, v rodině atd.“ (Konopczyński, 2007).

Cílem resocializační pedagogiky je podle Vetešky a Průchy (2012) socializace ve smyslu ochrany zájmů společenských skupin odstraněním vlastního egoismu a svobodného rozvoje osobnosti, které se projeví aktivní tvůrčí činností a adaptací. Vytvoření podmínek pro optimální socializaci a současně optimální rozvoj jednotlivců, kteří aktivně přetváří sebe a své vnitřní a vnější prostředí konstruktivním způsobem, vedoucím k rozvoji individuální a sociální odpovědnosti. Úspěšnost resocializace a reedukace je závislá na úvaze, jakým způsobem pomoci konkrétnímu jedinci s konkrétními problémy. Je důležité řídit se stupněm jeho závislosti na drogách, brát v úvahu jeho celkové schopnosti, osobní kvality a životní problémy, odhadnout míru jeho

motivace ke změně a ověřit si, nakolik je možné počítat s pomocí jeho okolí, ať už institucionální, sociální, profesionální či pomocí jeho blízkých.

„Obsahem resocializační pedagogiky je řízení výchovných procesů souvisejících se změnou a zlepšení postavení osob se sníženou sociální přizpůsobivostí a zlepšení životní dráhy lidí „ztracených“, frustrovaných, agresivních nebo vzpurných s ohledem na stávající sociální systém a jejich společenské postavení v něm. Předmětem resocializační pedagogiky je pedagogické působení na jedince, zahrnující širší aktivity, jenž pokrývají tři základní funkce: resocializační péče (jež spočívá v uspokojení potřeby jednotlivce); resocializační výchova (týkající se především utváření mechanismů vnitřní kontroly – selfcontrol); a terapie (zahrnující ustálení biopsychické jednoty osobnosti jedince).“ (Veteška, Průcha, 2012)

V současnosti preferované teoretické východisko resocializace je tzv. biopsychosociální model léčby závislosti (srovnej Pernička 2003, Kalina, 2003). Pojetí resocializace jako komplementární součást každého typu služeb v procesu uzdravení je poměrně novým prvkem. Oblast léčby a sociální rehabilitace lidí užívajících návykové látky představuje široké spektrum různých metod a přístupů. Dříve byly resocializační programy vnímány jako služba následující po léčbě. Prvotně detoxikace, následně léčba, po léčbě resocializace. Dnes se resocializací zabývají všechny typy prevence a léčby.

Resocializace a sociální rehabilitace musí korespondovat s komplexností problému závislosti na návykových látkách. Aby byly metody a přístupy v léčbě a resocializaci skutečně účinné, musí tuto komplexnost respektovat, musí vycházet vstříc potřebám závislých, klientů a pacientů. To v praxi znamená přizpůsobení programů směrem ke specifické povaze samotného problému užívání návykové látky, také k potřebám a často výrazným interindividuálním rozdílům mezi klienty, jejich požadavkům, požadavkům jejich rodin. Výsledkem těchto často protichůdných požadavků je v ideálním případě přijatelná rovnováha mezi měnícími se trendy v užívání drog

a měnícími se potřebami různých věkových a sociálních skupin uživatelů. (Pernička, 2003)

Důležitým faktorem v úspěšnosti pomoci a péče, resp. léčby, návykových poruch je zajisté psychoterapeutický přístup (Demjanenko, 2009), který by měl být vlastní všem profesionálům, poradcům, edukačním pracovníkům, andragogům přicházejícím do styku s lidmi se závislostí. Je to přístup, který je ve své podstatě podporující a chápající a má za cíl pomoci navodit změnu v prožívání a chování klienta.

5.1 Formy a metody reedukace uživatelů návykových látek

Reedukace v oblasti návykových poruch představuje edukaci, která navazuje na předchozí vědomosti a dovednosti edukovaného jedince. U uživatelů návykových látek probíhá jako u již nemocných jedinců, u kterých je snaha ovlivnit vědomosti, dovednosti a postoje jedince tak, aby došlo k pozitivnímu vlivu na jeho uzdravení, a nedošlo k možným komplikacím. Edukace je převážně zaměřena na dodržování léčebného režimu, udržení soběstačnosti a na prevenci recidivy. (Juřeníková, 2010).

Cílová skupina reedukace je specifická skupina uživatelů návykových látek, pro kterou je nejlépe reedukaci individuálně plánovat na základě jejich reedukační potřeby. Pro úspěšnou realizaci reedukace je samozřejmě důležitá motivace. Motivace jako souhrn faktorů, které uživatele návykových látek nutí k určité aktivitě, uživatel cítí potřebu naučit se změnit svoje jednání, naučit se něčemu novému. Vlivem motivace jako důležité součásti posílení rozhodnutí ke změně se zabývá také Rotgers (1999, s. 203-227), Nešpor (2011, s. 60). Hnací silou je vlastní zájem. Schopnost učit se ovlivňuje také osobnost samotného edukanta a jeho možnosti fyziologické (výkon paměti, zdravotní stav atd.), psychické (postoje, emoce, strach, úzkost atd.) a sociální. Problematikou

sociálněpsychologických aspektů osobnosti ve vztahu k socializaci se zabývá Nakonečný (1999).

Reedukační působení by mělo být odpovídající problematice a stavu člověka užívajícího návykové látky, aby mohlo být úspěšné. Edukující by se měl přes složitost odborného problému toxikomanie snažit o poznání potřeb resocializovaného. Diferencovaný přístup ke každému účastníkovi edukačního procesu předchází i provází celou realizaci výchovných a androdidaktických cílů, obsahu edukace, zásad, metod, organizační formy a použitých edukačních pomůcek.

Z pedagogického hlediska je také samozřejmě důležitá zpětná vazba, oznámené a zhodnocené výsledky reedukace vzhledem k vytyčenému cíli. Dlouhodobí uživatelé návykových látek v pozdějších fázích resocializace již pociťují zlepšení stavu, oproti tomu jsou počáteční fáze velice důležité kvůli zpětné vazbě, která by měla přijít od edukátora (pochvala, odměna apod.). Naopak negativní zpětná vazba od edukátora může být odrazením od reedukace, učení.

Motivační trénink, styl poradenství zaměřený na klienta, který má uživateli návykových látek pomoci vyřešit ambivalenci (záporné i kladné pocity) ke změně jeho chování. Nejde jen o změnu chování, ale o využití klientovy vlastní motivace ke změně chování. Je to metoda, která může pomoci uživatelům návykových látek, a to určitým uživatelům a v určité situaci, a používá se tehdy, když ještě samotný uživatel není zcela motivován ke změně svého chování. (Rotgers, 1999, s. 227). Principy motivačního tréninku jsou vyjádření empatie, vytvoření rozporu mezi současným chováním uživatele návykových látek a jeho osobními cíli nebo představami o sobě. Protože spory jsou kontraproduktivní, dalším principem je vyhýbání se sporům, ale důležitým krokem je snížení klientova odporu, podpoření jeho sebedůvěry. Kladné sebehodnocení a sebedůvěra nejvíce ovlivňuje schopnost změnit své chování.

Strategie, které poskytují praktické návody, jsou čtyři. První je „probírání typického dne“, druhá „dobré a méně dobré užívání drog“, třetí „poskytování informací“ a poslední je „probírání problémů“. Praktické využití motivačního tréninku představuje souhru principů, strategií a také drobných dovedností, jako je kladení otevřených otázek, reflektující naslouchání, potvrzení a shrnutí, protože poskytují klientovi příležitost prozkoumat jeho situaci. Bez využití těchto klíčových dovedností nejsou motivační intervence možné. (Rotgers, 1999, s. 221).

Sociálně psychologický výcvik vznikl jako protiklad výkladovým, poučujícím, mentorujícím metodám výchovy. Jeho podstata spočívá v působení aktivit na účastníka, v jeho vhledu do situace a v nácviku nového způsobu chování, jednání, prožívání, hodnocení a cítění. Tréninková forma učení se formou či metodou sociálně-psychologického výcviku vede k zintenzivnění vzdělávacího a výchovného působení, na rozvoj schopností a osvojení si nových způsobilostí v jednání s lidmi. Jeho definice je podstatná pro andragogiku, protože výcvik nestaví do protikladu výchovně-vzdělávacího procesu, ale chápe ho jako zintenzivnění výuky.

Podle Hermochové (1988) je výcviková situace řízený zhuštěný sociální proces, při kterém je proces učení sociálního chování významný tím, že si účastníci výcviku uvědomují a vnitřně prožívají skutečnost, že je reálně možné chování jedince změnit určitým směrem, navzdory náročnosti, vyplývající z přeučování dlouhodobě fixovaných stereotypů. Důležitým výcvikovým momentem je, že účastníci mají možnost získat informace o sobě a o svém chování, což v reálném životě není možné vzhledem na konvenční společenské normy.

Charakteristiky sociálně-psychologického výcviku jsou:

1. Záměrné modelování sociálních vztahů v mikroprostředí
2. Cílené používání skupinové dynamiky
3. Intenzivní stimulace procesů sociálního učení

4. Podpora probíhajícího procesu sociálního učení atmosférou psychologického bezpečí
5. Zvýhodnění role člena skupiny

Cíle, kterých je možné sociálně-psychologickým výcvikem dosahovat, popisuje Ročková (2011):

„Zvýšená schopnost vnímat sociální realitu – otevřená vzájemná výměna pocitů, myšlenek, potřeb, obav a jejich porovnáváním jsou vytvořeny podmínky k diferencovanému vnímání sociálních jevů v okolí.

Prohloubení snahy o autoregulaci – důležitá změna v postoji ke svému vlastnímu jednání. Jde o poznání možnosti volby v jednání. Z pasivního přijímání jednání se mění volbou takové jednání, za které nese jedinec odpovědnost.

Funkční vyjádření pocitů – normy a kulturní vzorce společnosti omezují volný projev citů a nálad, výcvik se zaměřuje na vypracování schopností jedince verbalizovat a hledat souvislosti se svým vlastním jednáním.

Ujasňování si vlastních motivů – ujasnění si vlastních citových reakcí. Ve skupině se podporuje ochota a schopnost mluvit o otázkách př.: Jaké hodnoty jsou pro jedince důležité? Čeho chce jedinec dosáhnout atd.

Sebeakceptování – vyšší stupeň uvědomělosti ve vztahu k vlastnímu jednání vyvolává otázky člověka k sobě samotnému, konfrontaci s realitou, s jeho možnostmi a reálnými omezeními.

Akceptování druhých – postoj, který připouští přijímání rozhodnutí druhých lidí bez mého ovlivňování, manipulace. Respektování a tolerance názorů a pocitů jiných jedinců.

Skupinové hodnoty – rozvoj schopnosti být s druhými v interakci, komunikovat a kooperovat na společné činnosti, dosažení společného cíle.

Interpersonální otevřenost – otevřenost jednoho člena skupiny iniciuje důvěru dalších členů. Takový vývoj skupiny se projeví přímou formulací názorů, nápadů, přání a skupina reaguje přímou otevřenou zpětnou vazbou svými názory skupiny na ně.“ (Ročková, 2011, s.113)

Inscenační metoda, jejíž teoretický základ, jak uvádí Mužík (2010, s. 26 až 27), vypracoval psychiatr Moreno, který tuto metodu používal k psychoterapeutickým účelům už v roce 1923. Mnohostranné hraní rolí bylo poprvé popsáno americkým psychologem Maierem v roce 1952. (in Mužík, 2010) zdroje např. Rogersova psychologie (tamtéž) posláním inscenačních metod je „přehráváním“ posilovat vztahy, sociální role, očekávané jednání a chování. Děje se tak v simulovaných situacích za výrazné podpory lektora. Společným základem všech variant inscenačních metod je to, že se účastníci učí na předváděných případech ne jako vnější pozorovatelé, ale jako přímí aktéři, kteří hrají přidělené role v inscenacích, kterými se řeší určitý problém.

„Inscenační metoda má tři základní typy:

1. Mnohostranné hraní rolí
2. Jednoduchá strukturní inscenace
3. Jednoduchá nestrukturní inscenace.

Tyto typy se liší cíli, které sledují i konkrétním provedením. Jejich působení na účastníky a problematika, kterou mohou pokrýt, jsou různé.“ (Mužík, 2010, s. 247)

Rozbíjení nebezpečných, předchozím častým opakováním zafixovaných vzorců myšlení a chování, je dlouhodobý proces, který vyžaduje nejprve rozpoznání těchto vzorců, což souvisí se sebeuvědomováním a může napomoci inscenační metoda ve skupinové terapii. Automatické vzorce chování, př. žízeň – pivo, nervozita – cigareta, neřešitelný problém – sebelitování – droga, se musí odhalit, začít řešit a nacvičit obranné mechanismy. Těmi může být pomoc druhých, odvedení pozornosti, práce s motivací, úprava životního stylu, cvičení, sport, tělesná práce, odpočinek.

5.2 Resocializace a reedukace uživatelů návykových látek v Ústřední vojenské nemocnici Praha

Ústřední vojenská nemocnice Praha (dále jen ÚVN) je výcvikovým, vzdělávacím a odborným léčebným zařízením Armády České republiky, které poskytuje komplexní zdravotní péči na úrovni fakultních nemocnic. ÚVN posuzuje zdravotní stav vojáků v činné službě a žadatelů o vstup do Armády ČR. Přestože základní cílovou skupinou pacientů jsou příslušníci české armády, ÚVN Praha poskytuje zdravotnickou péči obyvatelům regionu Prahy 6. Pro potřeby armády pracuje Přezkumná komise, Oddělení nemocí z povolání, Vojenský ústav soudního lékařství a Ústřední lékařsko - psychologické oddělení (ÚLPO).

Jedním ze specifických přístupů řešení otázky sekundární prevence užívání návykových látek, je přístup Ústřední vojenské nemocnice Praha, kde se v jedné instituci setkávají oba druhy prevence, primární a sekundární, a to jak pro zdravotnické zaměstnance nemocnice, tak pro příslušníky AČR, kteří využívají Ústřední vojenskou nemocnici Praha v rámci preventivních prohlídek a při zdravotních potížích.

V oblasti primární prevence užívání návykových látek pro příslušníky AČR zajišťuje Ústřední vojenská nemocnice Praha provádění profesního testování na omamné a psychotropní látky všem příslušníkům AČR. Toto profesní testování se vlastně stává i součástí sekundární prevence při záchytu pozitivních výsledků testů. Jako součást sekundární prevence je možnost řešení takových případů formou represe, to je propuštěním z AČR. To se děje u závažných případů vysoké hladiny prokázané závažné návykové látky jako je například pervitin. U potvrzených nízkých hladin slabých návykových látek jako je marihuana, se každý případ posuzuje jednotlivě, s ohledem na výkony a pracovní disciplinovanost jednotlivce. Je na posouzení nadřízeného činitele

a jeho nadřízených článků, rozpoznat míru prohřešku, výjimečnost této situace a samozřejmě hodnotu ztráty vycvičeného vojenského specialisty.

Personální oblast týkající se zákazu návykových látek v pracovním prostředí, vychází ze zákona č.262/2006 Sb. - zákoníku práce¹⁶, zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, také úprava Pracovního řádu ÚVN a BOZP pro zdravotnické zaměstnance nemocnice je soustava racionálních a soustavně prosazovaných pravidel. V Pracovním řádu ÚVN¹⁷ článek VI. Základní povinnosti zaměstnanců ÚVN, vedoucích zaměstnanců a zaměstnavatele, jsou povinnosti zaměstnance vymezeny v těchto bodech:

- a) vykonávat práci neovlivněn alkoholem, jinými omamnými či návykovými látkami, zdržet se požití těchto látek v pracovní době,
- b) podrobit se vyšetření, zda není pod vlivem alkoholu či jiných návykových látek, vydá-li k tomu pokyn vedoucí organizační jednotky nebo jeho zástupce, popř. vyšší nadřízený,
- c) podrobit se lékařským vyšetřením potřebným k ověření způsobilosti k vykonávané práci, která nařídí lékař závodní preventivní péče v součinnosti s nadřízeným zaměstnancem.

Pracovníkům jsou tato pravidla známa včetně sankcí za jejich porušení.

Vedoucí pracovníci na všech úrovních chápou důležitost prevence v této oblasti a jsou proškolení na poradách vedoucích pracovníků k tomu, aby byli schopni rozpoznávat tyto problémy a následně je řešit. Pokyny ke správnému postupu upravuje také Pracovní řád ÚVN, článek XIII. Bezpečnost a ochrana zdraví při práci:

- 1) Posouzení hodnotit i jako závažné porušení povinnosti vyplývající z právních předpisů vztahujících se k zaměstnancem vykonávané práci.

¹⁶ Dostupné na <http://zakonik-prace.cz/>

¹⁷ Pracovní řád a zásady personálního řízení Ústřední vojenské nemocnice Praha, 427: 2011. s. 8.

- 2) Zaměstnanci jsou povinni dodržovat veškeré předpisy na ochranu bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, používat určené osobní ochranné pomůcky a dodržovat pokyny vydané k bezpečnosti a ochraně zdraví při práci nadřízenými pracovníky.
- 3) Odborová organizace má právo vykonávat kontrolu nad stavem bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, právo na informování, projednání v této oblasti v rozsahu daném obecně závaznými předpisy a kolektivní smlouvou.
- 4) Zaměstnanci jsou povinni počínat si tak, aby nedocházelo ke škodám na zdraví a majetku. Hrozí-li škoda, je zaměstnanec povinen na ni upozornit svého nadřízeného. Obdobně je povinen oznámit závadu, která by mohla mít za následek vznik škody.
- 5) Zaměstnavatel je povinen provádět kontrolu, zda zaměstnanci své úkoly plní tak, aby nedocházelo ke škodám na zdraví a na majetku.
- 6) Postup zaměstnanců při vzniku škody upravuje samostatný interní předpis zaměstnavatele.

Primární prevence stresu, který vede často a zvláště u pomáhajících profesí k užívání návykových látek, nabízí pro zaměstnance nemocnice kurzy sociálně-psychologického výcviku. Ten připravuje Ústřední lékařsko-psychologické oddělení pod odborným vedením vrchní sestry s odbornou specializací.¹⁸ Prevence stresu a syndromu vyhoření je podstatnou součástí péče o zaměstnance. Řada zmíněných dovedností potřebných pro život pomáhá lépe zvládat stres (např. relaxační techniky nebo zvládání rizikových duševních stavů), jiné z uvedených postupů mohou předcházet stresu (např. empatie a porozumění životním situacím nebo dovednosti týkající se organizace času).

Nácviky relaxací pomáhají zdravotníkům uvolňovat napětí způsobené zátěží z povolání, každodenní specifické a odborně i sociálně složité komunikace s pacientem. Schopnost relaxace a odpočinku řeší také syndrom vyhoření, respektive mu předchází. Nemocniční péče o zaměstnance, kurzy vedoucí k základnímu psychologickému výcviku s pacientem i sebou samým,

¹⁸Supervizi projektu zajišťuje vrchní sestra ÚLPO Mgr. Marie Pěničková, 2007, s. 6-14.

základní antistresová cvičení, komunikační a ovládací strategie, komunikace sám se sebou, sebepoznávání, stabilizace vlastních emocí, porozumění projevům vlastního těla, motivace k práci sám na sobě, sdílení náročných situací, pomáhají zvládat náročné povolání.

Sekundární prevence užívání návykových látek je poskytována oddělením psychiatrie, psychologie a nemocničním kaplanem. Tyto tři instance krizové intervence doplňuje toxikologická laboratoř Vojenského ústavu soudního lékařství, která testuje biologický materiál na přítomnost omamných a psychotropních látek (OPL). Dále v ÚVN působí multidisciplinární tým edukačních specialistů¹⁹ jako poradní orgán náměstkyně ředitele pro nelékařské zdravotnické profese v oblasti specializované edukační činnosti, oblasti závislostí, psychologické péče a psychosociální rehabilitace.

Ústřední vojenská nemocnice Praha nabízí mnoho způsobů edukace, tištěných materiálů, nabídek kurzů, seminářů, dokonce zřídila na svých webových stránkách online psychologickou poradnu, která je anonymní a neustále k dispozici. Stejně jednoduše dostupná je krizová telefonní linka, jejíž telefonní číslo je uvedeno na letácích tištěných za účelem lepší informovanosti zaměstnanců o formě této pomoci, a umístěných na vývěsních místech všech oddělení nemocnice. S podporou přímého nadřízeného za odborné pomoci triády psycholog, psychiatr, kaplan, mají zaměstnanci Ústřední vojenské nemocnice Praha reálnou možnost se svým problémem nezůstat v izolaci, vyhledat fundovanou pomoc a najít řešení v těžké životní situaci bez ztráty pracovního poměru.

¹⁹ Metodický návod č. 08 / 2010. *Edukační program pro pacienty v ÚVN Praha.*

II. EMPIRICKÁ ČÁST

6. PROBLEMATIKA UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK U PŘÍSLUŠNÍKŮ ARMÁDY ČESKÉ REPUBLIKY

Případy užití drog na pracovišti, v zaměstnání, ve službě souvisí s celkovým vývojem společnosti, se současnou globalizací, s přístupností drog, ale také s psychickou zátěží, s profesionálním stresem, s osobní krizí člověka/zaměstnance. Drogy již od 60. a 70. let jsou považovány za jev sociální, který se vyskytuje v chování skupin mladých lidí a ne pouze v chování narušených jedinců. Vzhledem k věku zastoupenému v resortu AČR, je problematika zneužívání omamných a psychotropních látek (dále jen OPL) více než aktuální.

Zprávy z tisku:

- 2007 – na vojenské základně v Čáslavi 4 profesionální vojáci přechovávali a distribuovali heroin
- říjen 2009 – 4 vojáci mise v Kosovu kouřili marihuanu a hašiš
- listopad 2009 - příslušníkovi AČR prokázána výroba a prodej marihuany
- 11. března 2010 – detektivové NPC (Národní protidrogová centrála) zadrželi 4 muže podezřelé z výroby marihuany a prodeje kokainu, jeden z nich je členem Hradní stráže.

Testování na návykové látky v pracovním prostředí, které je indikováno samotným pracovním prostředím, může být cenným diagnostickým, ale také preventivním nástrojem. Některé zaměstnance může totiž od rizikového chování ve vztahu k návykovým látkám odradit a tak předcházet rozvoji souvisejících komplikací. Smyslem výzkumu v oblasti drog je přispívat

prostřednictvím uplatňování vědeckého poznání ke zlepšování veřejného zdraví, kvality života jedinců, vymezovat oblasti vhodné pro prevenci nežádoucích sociálních jevů a tím i pomáhat snižovat náklady na systémy resocializace.

Posílením protidrogové prevence v AČR je tedy profesní testování. V roce 2009 byl stanoven postup útvarů AČR pro laboratorní detekci (OPL) „Metodickým opatřením náčelníka Vojenské zdravotnické služby č.1/2009 a č.1/2010.“

V armádě je otázka prevence složitější, protože na jedince je kladena větší míra zodpovědnosti a zátěže (služba ve zbrani, odloučení od rodiny, zahraniční mise apod.) a proto prevence musí být spojována do určité míry s represí ve smyslu souboru opatření směřujících k zabezpečení celospolečenského zájmu. Represe, jako soubor opatření, která mají zabránit nežádoucímu chování, stanovení určitých pravidel jednání a chování, a sankce stanovené pro případy porušení těchto pravidel. Přestupce musí vědět, že za nežádoucí jednání bude potrestán.

6.1 Teoretická a metodologická východiska profesního testování příslušníků Armády České republiky

V Armádě ČR a jiných ozbrojených složkách návykové látky nejsou tolerovány. Postup útvarů a zařízení Ministerstva obrany vychází z Koncepce prevence sociálně nežádoucích jevů a provádí testování omamných a psychotropních látek (OPL).

Testování na OPL se řídí Metodickým opatřením náčelníka Vojenské Zdravotní služby č.1/2009 a č.1/2010 k profesnímu testování osob na OPL. Vychází ze zákona č.221/1999 Sb., o vojácích z povolání ve znění pozdějších předpisů, zákona 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami

působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami, zákona č. 262/2006 Sb., zákoníku práce, Vyhlášky MO č. 20/2005 “Prevence sociálně nežádoucích jevů“.

Na základě těchto výše uvedených právních předpisů, interního normativního aktu a dalších dokumentů je stanoven postup pro laboratorní testování osob v Armádě ČR na OPL, které je prováděno analytickým způsobem z moče. „Děje se užitím 2 nezávislých laboratorních přístrojových metod, imunochemickým screeningem a konfirmací konkrétní látky metodou plynové chromatografie s hmotnostní spektrometrií. K hodnocení byly přijaty meze detekce, tzv. Cut off hodnoty. Jsou vybrány druhy sledovaných drog (canabinoidy, amfetaminy a metamfetamin, opiáty, kokain). Odběry jsou organizovány na posádkových ošetřovnách a vojenských nemocnicích. Analýzami se zabývá Vojenský ústav soudního lékařství Ústřední vojenské nemocnice Praha. Epidemiologickým hodnocením dat pak Ústřední vojenský zdravotnický ústav v Praze.“²⁰

6.2 Cíl výzkumu

Hlavním cílem realizovaného výzkumu bylo analyzovat vztah mezi preventivním opatřením a výskytem uživatelů návykových látek u příslušníků Armády ČR v letech 2006 až 2011.

V rámci tohoto cíle se výzkum dále zaměřil na následující oblasti:

1. Jaký je vztah mezi preventivním testováním příslušníků Armády ČR dle Metodického opatření č.1/2009 a testováním před zavedením Metodického opatření č.1/2009. Zda došlo po zavedení tohoto Metodického opatření ke snížení, zvýšení nebo setrvání stavu výskytu uživatelů návykových látek.

²⁰ Sokol, Dogoši, Fusek, 2010, s. 65.

2. Jaký je vztah celkového počtu profesně testovaných příslušníků AČR a výskytu pozitivních testů příslušníků AČR za jednotlivá období 1 roku?

3. Jaký je vztah mezi celkovým počtem pozitivních testů a zjištěnou skupinou OPL?

6.3 Hypotézy

Z výše popsaných cílů a v návaznosti na analyzované dokumenty byly stanoveny následující hypotézy:

H1: Profesní testování na OPL má obecně vliv na snížení výskytu pozitivních výsledků.

H2: Po zavedení Metodického opatření č.1/2009 došlo ke snížení počtu uživatelů návykových látek.

H3: V případech výskytu pozitivních testů se nejčastěji jedná o skupinu měkkých drog, jako je marihuana.

6.4 Cílová skupina a metodologie výzkumu

Cílovou skupinou realizovaného výzkumu, včetně analýz statistických údajů, jsou příslušníci Armády ČR, kteří jsou definováni v Metodickém opatření č.1/2009. Jedná se o:

- Nově přijímané příslušníky a studenty Univerzity obrany
- Příslušníky AČR před odesláním a po návratu ze zahraniční operace

- Náhodně testované příslušníky AČR
- Testování po nehodách
- Testování při podezření z trestného činu nebo zneužití návykové OPL

Před uvedením Metodického opatření č.1/2009 a č. 1/2010 do praxe byly testovány tyto počty příslušníků Armády ČR:

- rok 2006 475 příslušníků
- rok 20072 148 příslušníků
- rok 2008 3 466 příslušníků

Po uvedení Metodického opatření č.1/2009 a č.1/2010 do praxe byly testovány tyto počty příslušníků Armády ČR:

- rok 20095 814 příslušníků
- rok 20105 688 příslušníků
- rok 20115 432 příslušníků

6.5 Analýza statistických dat

Analýzu statistických dat jsem zpracovala na základě údajů laboratorní knihy Vojenského ústavu soudního lékařství Ústřední vojenské nemocnice Praha, která profesní testování jako jediné pracoviště na území České republiky pro Armádu České republiky provádí.

U každé testované osoby byly analyzovány vždy čtyři skupiny OPL (omamných a psychotropních látek):

- 1.skupina: canabinoidy (zkratka THC)
- 2.skupina: amfetamin a metamfetamin (zkratka AMI)
- 3.skupiny: opiáty (zkratka OPI)
- 4.skupina: kokain (zkratka COC)

Preventivní testy na návykové látky v Armádě České republiky byly zahájeny v roce 2006. Byly zaměřeny na vybrané specialisty, hlavně na piloty, řidiče apod. viz Tabulka 4.

Tabulka 3 Profesní preventivní testování AČR v roce 2006

měsíc	Počet vyšetřených osob	THC	AMI	OPI	COC
Leden					
Únor					
Březen					
Duben					
Květen					
Červen					
Červenec	38	0	0	0	0
Srpen	73	2	0	0	0
Září	79	3	0	1	0
Říjen	111	4	0	0	0
Listopad	108	3	0	0	0
Prosinec	66	2	0	0	0
Celkem	475	14	0	1	0

Za toto půlroční období bylo testováno celkem 475 osob. Pozitivních testů bylo 15 osob, což je 3,15% z celkového počtu.

Graf č. 1 Zastoupení drogových skupin v roce 2006



Pozitivní testy byly na konkrétní skupiny návykových látek a to cannabinoidy v počtu 14 pozitivit, což je 2,95% z celkového počtu osob. Opiáty byly pozitivní pouze u jedné osoby, procentuálně jde o 0,20% z celkového počtu.

Tabulka 5 Profesní preventivní testování AČR v roce 2007

měsíc	Počet vyšetřených osob	THC	AMI	OPI	COC
Leden	203	4	0	0	0
Únor	399	4	0	0	0
Březen	360	8	1	0	0
Duben	293	6	1	0	0
Květen	0	0	0	0	0
Červen	9	0	0	0	0
Červenec	0	0	0	0	0
Srpen	325	2	0	0	0
Září	0	0	0	0	0
Říjen	559	20	0	0	0
Listopad	0	0	0	0	0
Prosinec	0	0	0	0	0
Celkem	2148	44	2	0	0

Celkový počet testovaných osob v roce 2007 byl 2 148. Z celkového počtu bylo 46 pozitivních, tedy 2,14%. V porovnání s předcházejícím půlročním obdobím testování v roce 2006 dochází ke snížení pozitivních testů.

Graf č. 2 Zastoupení drogových skupin v roce 2007



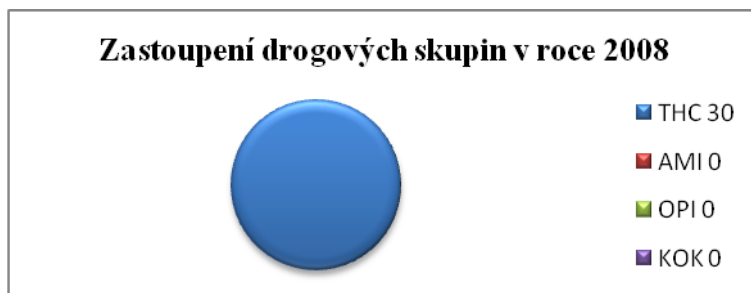
V roce 2007 se také mírně snižuje procento pozitivních canabinoidů z 2,95% na 2,05%. Opiáty nebyly pozitivní ani v jednom případě, ale došlo k záchytu pozitivních aminů u dvou osob, což odpovídá 0,09 procentům z celkového počtu 2 148 testovaných osob.

Tabulka 6 Profesní preventivní testování AČR v roce 2008

měsíc	Počet vyšetřených osob	THC	AMI	OPI	COC
Leden	0	0	0	0	0
Únor	0	0	0	0	0
Březen	0	0	0	0	0
Duben	217	0	0	0	0
Květen	14	0	0	0	0
Červen	43	0	0	0	0
Červenec	618	7	0	0	0
Srpen	322	1	0	0	0
Září	80	2	0	0	0
Říjen	1 055	19	0	0	0
Listopad	335	1	0	0	0
Prosinec	782	0	0	0	0
Celkem	3 466	30	0	0	0

V roce 2008 bylo testováno 3 466 osob. Z tohoto počtu bylo 0,86% pozitivit, tedy 30 osob. To je výrazně méně, než v letech 2006 a 2007.

Graf č. 3 Zastoupení drogových skupin v roce 2008



Ze čtyř skupin návykových látek byly pozitivní pouze canabinoidy a to u třiceti osob, což je 0,86%, tedy výrazné zvýšení výskytu canabinoidů oproti předcházejícím letům.

Tabulka 7 Profesní preventivní testování AČR v roce 2009

měsíc	Počet vyšetřených osob	THC	AMI	OPI	COC
Leden	479	3	0	0	0
Únor	179	0	0	0	0
Březen	411	3	0	0	0
Duben	570	6	0	0	0
Květen	246	0	1	0	0
Červen	584	1	4	0	0
Červenec	846	8	0	0	0
Srpen	438	2	0	0	0
Září	404	2	0	0	0
Říjen	622	8	0	0	1
Listopad	562	0	0	0	0
Prosinec	473	1	0	0	0
Celkem	5814	34	6	0	1

Vyhodnocení profesního testování příslušníků AČR za rok 2009 obsahuje oproti předchozím letům více pozitivních osob na amfetamin. Dohromady pozitivních osob z celkového počtu testovaných 5 814 bylo 41, což je 0,71%, to je méně než v letech 2006 až 2008.

Graf č. 4 Zastoupení drogových skupin v roce 2009



Z celkového počtu testovaných osob 5 814 jich bylo 6 pozitivních na amfetamin, to je 0,71%. Velké zvýšení je také u canabinoidů, kde je to z celkového počtu 0,58% a byla dokonce analyzována jedna pozitivní osoba na kokain, to je 0,03%.

Tabulka 8 Profesní preventivní testování AČR v roce 2010

měsíc	Počet vyšetřených osob	THC	AMI	OPI	COC
Leden	216	6	0	0	0
Únor	345	0	0	0	0
Březen	335	0	0	0	0
Duben	445	0	0	0	0
Květen	812	4	1	0	0
Červen	529	3	0	0	0
Červenec	217	0	0	0	0
Srpen	861	1	0	0	0
Září	652	0	1	0	0
Říjen	492	2	0	0	0
Listopad	559	1	0	0	0
Prosinec	196	0	1	0	0
Celkem	5659	17	3	0	0

V roce 2010 byl celkový počet testovaných osob 5 659. Z tohoto počtu bylo celkově 20 osob pozitivních, to je 0,35%.

Graf č. 5 Zastoupení drogových skupin v roce 2010



Pozitivních testů bylo 0,30% na canabinoidy to odpovídá sedmnácti osobám, což je oproti roku 2009 výrazné snížení. Tři osoby byly pozitivní na amfetamin, což je 0,025%.

Tabulka 9 Profesní preventivní testování AČR v roce 2011

měsíc	Počet vyšetřených osob	THC	AMI	OPI	COC
Leden	348	0	0	0	0
Únor	970	0	0	0	0
Březen	466	2	3	0	0
Duben	242	0	1	1	0
Květen	416	0	0	1	0
Červen	194	0	0	0	0
Červenec	96	0	0	0	0
Srpen	835	0	0	0	0
Září	394	0	0	0	0
Říjen	587	2	0	1	0
Listopad	405	0	0	1	0
Prosinec	477	0	0	0	0
Celkem	5 430	4	4	4	0

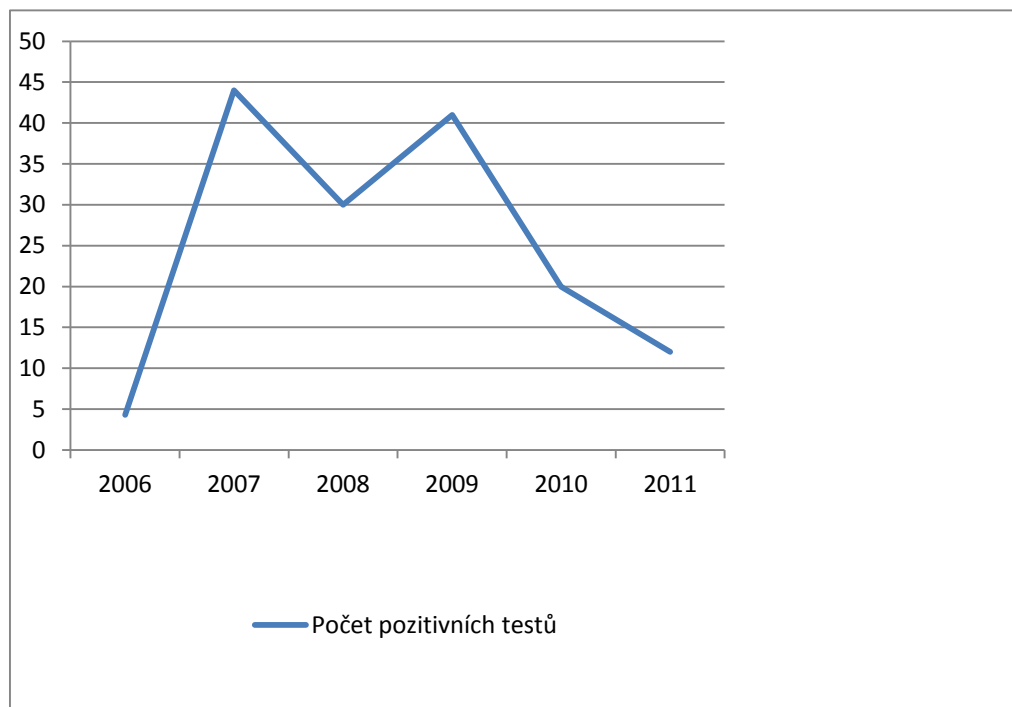
V roce 2011 bylo testováno celkem 5 430 příslušníků, 12 z nich bylo pozitivních, což odpovídá 0,20 %.

Graf č. 6 Zastoupení drogových skupin v roce 2011



Pozitivní prokázané skupiny drog v roce 2011 byly ve stejném počtu 4 pozitivních osob canabinoidy, amfetamin, opiáty, tedy ve 0,074%.

Graf č. 7 Pozitivní testy v letech 2006 - 2011



Graf zobrazuje snižující počty pozitivních osob hlavně od roku 2009, kdy bylo zavedeno Metodické opatření č.1/2009 a č.1/2010. Od roku 2006, kdy je hodnoceno pouze půlroční období a kdy testování začalo, je vidět pravidelně se snižující záchyt pozitivních osob až v posledních třech letech. V roce 2006 bylo prokázáno 15 pozitivních testů, v roce 2007 pozitivních testů bylo 46, v roce 2008 bylo 30 pozitivních testů, v roce 2009 bylo 41 pozitivních testů, v roce 2010 bylo 20 pozitivních testů a v roce 2011 bylo pozitivních testů zachyceno 12.

6.6 Vyhodnocení a interpretace zjištěných dat

Výsledky provedených analýz za období roku 2006 až 2011 potvrzují, že výskyt uživatelů návykových látek u příslušníků Armády ČR, je profesním testováním efektivně snižován. Profesní testování se osvědčilo jako primární a sekundární prevence užívání návykových látek v Armádě ČR.

Zavedením Metodického opatření č.1/2009 a č.1/2010 výrazně snížil výskyt pozitivních testů v celkovém počtu testovaných osob oproti období, ve které ještě nebyl v platnosti. Po porovnání obou období je zřetelná snižující se tendence v průkazu pozitivních testů, více než o polovinu.

H1: Profesní testování na OPL snižuje výskyt pozitivních výsledků. V období od roku 2006 do roku 2011 je zřetelné snížení pozitivních testů a to za každý sledovaný rok.

H2: Zavedení Metodického opatření č.1/2009 a č.1/2010 přineslo další výrazné snížení počtu uživatelů návykových látek a to více než o polovinu. Jasně stanovené podmínky dané Metodickým opatřením č.1/2009 a č.1/2010 spolu s pravidelností testování mají kladný vliv na snížení výskytu pozitivních výsledků.

H3: Provedeným výzkumem je potvrzeno, že v případech výskytu pozitivních testů se nejčastěji jedná o skupinu měkkých drog, jako je marihuana. Ta je zastoupena v 93% v roce 2006, 96% v roce 2007, 100% v roce 2008, 83% v roce 2009, 85% v roce 2010, 33% v roce 2011.

7. PROBLEMATIKA UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK U NELÉKAŘSKÉHO ZDRAVOTNICKÉHO PRACOVNÍKA

Nelékařský zdravotnický pracovník²¹ (dále jen NZP) je značně psychicky zatěžovaná profese. Jestliže si NZP zvykne při stresu používat alkohol nebo jiné návykové látky, je snadno možné, že se dostane do bludného kruhu, ve kterém únik před stresem k návykovým látkám znamená vyšší stres, to vede k dalšímu úniku atd. V pracovním prostředí pomáhajících profesí je dlouhodobý stres stávající realitou. Stres bývá důvodem k pití alkoholu nebo užívání jiných návykových látek.

Dalším rizikovým faktorem užívání návykových látek u NZP mohou být, stejně jako u jiných profesí, osobní životní krize, které v kombinaci s pracovním stresem mohou vést k uvolňování napětí alkoholem/drogou nebo únikem před realitou.

V empirické části práce jsem použila dvě kazuistiky, které jsem záměrně vybrala pro jejich odlišné způsoby řešení.

Kazuistika 1 – užívání návykových látek u NZP všeobecné sestry, nabídnuta pomoc zaměstnavatele – resocializace, reedukace, NZP zůstává zaměstnancem.

Kazuistika 2 – užívání návykových látek NZP sanitář, intoxikace na pracovišti, k dohodě mezi zaměstnavatelem a zaměstnancem nedochází, ukončen pracovní poměr.

²¹ NZP Nelékařský zdravotnický pracovník, upravuje zákon č.96/2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)

7.1 Kazuistiky – dva odlišné způsoby řešení

Tato kapitola praktické části popisuje dva odlišné přístupy v řešení zneužití návykových látek v souvislosti zaměstnaneckého vztahu. Přibližuje dva rozdílné případy v otázce důvěry přímého nadřízeného a zaměstnance, rozhodnutí a posouzení situace, využití možností řešení, které může nabízet zaměstnavatel v rámci péče o zaměstnance. Pokud má instituce vybudované mechanismy a postupy, které metodicky řeší postup v problematice zneužití návykových látek, je mnohdy vedoucím pracovníkům zpřístupněno rozhodnutí, kterému raději dávají přednost, a to ponechat si kvalifikovaného zaměstnance, než jej propustit. Samozřejmě v tomto rozhodnutí je velmi důležitá individuální odpovědnost samotného zaměstnance a jeho vůle situaci řešit dohodou a dodržovat následná opatření.

7.1.1 Kazuistika 1

Uvedení do problematiky

Příklad úspěšného řešení problému užívání návykových látek a jeho důsledků v pracovním prostředí demonstrují na kazuistice zdravotní sestry, která s pomocí vedoucího nadřízeného a přístupu zaměstnavatele dokázala překonat problém s užíváním návykových látek a s ním spojené důsledky v pracovním i soukromém životě.

Metody k získání informací

Kazuistika byla prováděna formou kvalitativního průzkumu. Vycházela jsem z polostrukturovaných rozhovorů s nadřízeným a z prezentací kazuistiky přímého nadřízeného na pracovních poradách vedoucích pracovníků.

Osobní anamnéza:

- žena 30let, po ukončení základní školy vystudovala ošetrovatelství, obor všeobecná zdravotní sestra, začala studovat nástavbové studium obor porodní asistentka, které nedokončila. V současnosti je zaměstnancem Ústřední vojenské nemocnice Praha.

Pracovní anamnéza:

- zařazena na pozici všeobecné sestry, pracovně zdatná, šikovná, pracovní povinnosti plní bez problémů, ošetrovatelská činnost výborná, vstřícný vztah k pacientům, komunikace s pacienty a kolegy na pracovišti dobrá, hodnocení nadřízeného výborné, postupuje na zodpovědnější pozici sestry intenzivní péče.

Sociální anamnéza:

- svobodná, bez přítele, bydlí sama na ubytovně, s matkou normální vztah, otec nefunkční – nedůvěra v muže, nespokojena se sebou – udává sklony k agresi, kterých se bojí.

Toxikologická anamnéza:

- před pěti lety v anamnéze drogy – experiment s pervitinem, v současnosti 20 cigaret denně, marihuana příležitostně, alkohol nepravidelně – někdy i patnáct „panáků“/noc, špatně spí – nepravidelně Stilnox, v restauraci agrese – napadla policii, příjem na Emergency ÚVN, provedeny odběry krve a moče – prokázána marihuana, heroin/morfin, amfetamin/extáze, převezena na záchytku, následně detox – hospitalizace.

Návrh řešení:

- podpora vrchní sestry oddělení tedy přímého nadřízeného, oboustranná důvěra, zachování pracovního poměru, po dohodě prováděny náhodné kontroly moče na návykové látky, pravidelné návštěvy psychologického oddělení, sociálně – psychologický výcvik, práce s tělem, psycholog.

Shrnutí:

- nespokojenost v osobním životě mladé ženy se projevila užíváním návykových látek, vliv návykových látek na chování – agresivita, intoxikace návykovými látkami řešena hospitalizací, následná vůle ke změně chování a nápravě, po dohodě nadřízeného a následných resocializačních postupů na oddělení psychologie dochází ke zlepšení psychického stavu, zůstává zaměstnancem, přestává nepravidelně užívat návykové látky, abstinence, pracovní role nadále vykonává bez problémů.

Závěr:

- pomoc zaměstnancům v krizových chvílích jejich osobního života představuje efektivní sekundární prevenci v oblasti užívání návykových látek, pomoc a péče o zaměstnance, možnost resocializace přináší zachování pracovního poměru, pro instituci nedochází ke ztrátě kvalifikovaného vyškoleného zaměstnance.

7.1.2 Kazuistika 2

Uvedení do problematiky

Příklad neúspěšného řešení problému užívání návykových látek v pracovním prostředí demonstrují na kazuistice sanitáře, u kterého došlo k patologickému chování a řešení osobní krize únikem – užíváním návykových látek, které se negativně projevilo do pracovního života. Sanitář byl nalezen v pracovní době na sociálním zařízení na pracovišti intoxikován se změněným stavem vědomí, situace byla řešena vrchní sestrou a bezpečnostním technikem, navržen byl odběr krve na alkohol a odběr moče na drogy, to dotyčný odmítá. Situace nebyla řešena dohodou se zaměstnavatelem, pracovní poměr byl ukončen.

Metody k získání informací:

Kazuistika byla prováděna formou kvalitativního průzkumu. Vycházela jsem z polostrukturovaných rozhovorů s nadřízeným.

Osobní anamnéza:

- muž 24 let, po ukončení základní školy vystudoval elektrotechnické učiliště, obor elektrotechnik, absolvoval rekvalifikační kurz všeobecný sanitář. V současnosti není zaměstnancem Ústřední vojenské nemocnice Praha. Informace z nedávné doby - nezaměstnaný, bez bydliště, kriminální činnost - drobné krádeže.

Pracovní anamnéza:

- zařazen na pozici všeobecného sanitáře, pracovní šikovný, pracovní povinnosti plní bez problémů, ošetrovatelská činnost příkladná, ochota, kolegiálnost, práce se zájmem o pacienta, komunikace a spolupráce s kolegy na pracovišti výborná, hodnocení nadřízeného dobré.

Sociální anamnéza:

- svobodný, bydlí v nemocniční ubytovně, má přítelkyni, se kterou nesdílí společnou domácnost, problémy ve vztazích s rodiči přítelkyně, s vlastní matkou a otcem nefunkční vztah – v rodině alkoholismus, po otěhotnění přítelkyně chce vztah završit sňatkem, dochází k odmítnutí partnerky, která se izoluje u svých rodičů.

Toxikologická anamnéza:

- před osmi lety v anamnéze alkohol, marihuana, pervitin příležitostně, v současnosti až do rozchodu s přítelkyní bez užívání drog a alkoholu, abstinence, po rozchodu s přítelkyní každodenní konzumace alkoholu, drogy - marihuana, později pervitin.

Návrh řešení:

- obava vrchní sestry oddělení - přímého nadřízeného z rizik spojených s pracovním zařazením sanitáře na oddělení s léčebnými přípravky – medikamenty obsahujícími drogy, reakce na intoxikaci sanitáře na pracovišti řešena dohodou o ukončení pracovního poměru okamžitě.

Shrnutí:

- krizová situace v osobním životě mladého muže byla řešena únikem k alkoholu a drogám, absence sociálního zázemí v rodině – špatné sebehodnocení dotyčného, po rozchodu s přítelkyní intoxikace na pracovišti - dochází k okamžitému rozvázání pracovního poměru, nedošlo k hledání možností řešení situace nabídnutím pomoci zaměstnanci v krizi, muž ztrácí zaměstnání a ubytování, zůstává bez bydliště, základní životní potřeby hradí z příležitostných krádeží.

Závěr:

- pomoc zaměstnancům v krizových chvílích jejich osobního života představuje efektivní sekundární prevenci v oblasti užívání návykových látek, pomoc a péče o zaměstnance, možnost resocializace přináší zachování pracovního poměru, v tomto případě k pomoci v krizi ani resocializaci nedochází, zaměstnavatel ztrácí vyškoleného pracovníka.

7.2 Sekundární prevence uživatelů návykových látek v ÚVN

Praha

Pokud má nelékařský zdravotnický pracovník vykonávat svou práci dobře, při zvyšující se zátěži tvoří psychika a zvládání pracovního stresu velice důležitou roli. V případech, kdy se zaměstnanec dostane do krizové situace nebo situaci začíná řešit únikem a uvolňováním svého napětí návykovou látkou, existují v Ústřední vojenské nemocnici Praha mechanismy krizové intervence, které může využít. Možnosti jsou následující.

- Nabídka konzultace v OAT (Ordinace pro léčbu alkoholismu a jiných toxikománií), která je součástí psychiatrického oddělení Ústřední vojenské nemocnice Praha.
- Nabídka anonymní pomoci - krizovapomoc@uvn.cz – anonymní kontakt pro zaměstnance ÚVN, kde mohou žádat o pomoc při řešení psychických potíží, problémů se závislostí aj.
- Možnost vyplnění dotazníku závislosti s vyhodnocením v edukačním letáku „Problémy s alkoholem“ vydávaném Ústřední vojenskou nemocnicí Praha.

Možnosti řešení pracovně právní v případech ovlivnění zaměstnance návykovou látkou upravuje již zmíněný Pracovní řád ÚVN. Při podezření na přítomnost alkoholu by měl zaměstnanec kontaktovat nadřízeného (staniční sestru, vrchní sestru nebo lékaře ve službě), a ten by měl provést u podezřelého zaměstnance dechovou zkoušku na přítomnost alkoholu v dechu. Přístroj na měření koncentrace alkoholu v dech tzv. Alkotest je k zapůjčení na oddělení psychiatrie. Za dodržení předepsané dokumentace a výsledku testu se dále rozhoduje přímý nadřízený s personálním oddělením o dalším postupu řešení.

Řešení situace, kdy zaměstnanec má pozitivní test na přítomnost alkoholu v dechu, jsou následující možnosti:

- 1/ Poslat zaměstnance domů a toto vykázat jako neomluvenou absenci.
- 2/ Napsat výtku „*Upozornění zaměstnavatele na porušování pracovních povinností*“ (tiskopis personálního oddělení).
- 3/ Dojde-li k opakovanému porušení pracovní kázně (3 zdokumentované porušení pracovní kázně v průběhu šesti měsíců od písemného upozornění na možnost výpovědi) – výpověď zaměstnavatelem.

Přístup se vždy odvíjí od kvality zaměstnance. Podpora nebo ztráta důvěry, příležitost a možnost dát šanci a doporučit léčbu, nebo dohodnout ukončení pracovního poměru, v krajním případě okamžité zrušení pracovního poměru je na posouzení a v kompetenci přímých nadřízených, vedoucího primáře oddělení a personálního oddělení.

8. SHRNU TÍ EMPIRICKÉ ČÁSTI A NÁVRH ŘEŠENÍ

Pokud dojde k nežádoucí situaci na pracovišti zdravotnického zařízení způsobené užitím návykové látky, je nutný zodpovědný přístup a využití možností sekundární prevence.

Jako návrh řešení v rámci sekundární prevence problémů způsobenými omamnými a psychotropními látkami autorka diplomové práce vytvořila a navrhla zdravotnickému zařízení níže uvedený Metodický návod jako postup řešení nežádoucích událostí způsobených zaměstnanci Ústřední vojenské nemocnice Praha.

METODICKÝ NÁVOD

- péče o zaměstnance v případě přestupku proti Pracovnímu řádu ÚVN
- práce a pobyt na pracovišti pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky.

Úvodní ustanovení

Tímto metodickým opatřením se upravuje postup vedoucích zaměstnanců pro situace, kdy je zaměstnanec v pracovní době na pracovišti pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky. Metodické opatření vychází z Pracovního řádu ÚVN článek 5, bod 3, g, h, zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, jak vyplývá ze změn provedených zákonem č.585/2006 Sb., zákona č.379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů.

Na základě výše uvedených právních předpisů, interního normativního pracovního řádu je stanoven následující postup:

1. Při podezření na ovlivnění alkoholem nebo jinou návykovou látkou, nadřízený vydá pokyn k vyšetření zaměstnance na ovlivnění návykovými látkami (dechová zkouška, odběr moče, krve – příloha B, C, D)

2. Při odmítnutí zaměstnancem podrobit se vyšetření, nadřízená osoba musí zaměstnance vykázat z oddělení, vykázat neomluvenou absenci a napsat výtku zaměstnavatele na porušení pracovních povinností. V případě tří opakování takovýchto situací u stejného zaměstnance v průběhu šesti měsíců od písemného upozornění má nadřízený možnost použít výpověď ze zaměstnání.

3. *Třetí část - nově součástí sekundární prevence užívání návykových látek - při pozitivním výsledku vyšetření na návykové látky, může nadřízený v rámci péče o kvalitní zaměstnance nacházející se v momentální životní krizi, takovému zaměstnanci nabídnout pomoc, a to uzavřením písemné dohody o dočasném zkušebním období, které po diskusi a zhodnocení celé situace uzavře dobrovolně zaměstnavatel i zaměstnanec. Zaměstnanec svým podpisem potvrdí souhlas s podmínkami - Dohodu o sekundární prevenci a bezvýhradné dodržování jejich podmínek.(příloha E)*

Obecné zásady:

a) *Dechová zkouška na alkohol.* Při podezření na ovlivnění alkoholem musí každý zaměstnanec ÚVN informovat nadřízeného (staniční sestra, vrchní sestra eventuálně lékař ve službě). Tento buď sám provede dechovou zkoušku dechovým analyzátozem – k zapůjčení na oddělení psychiatrie nebo kontaktuje Bezpečnostního manažera.

Dokumentace: Protokol o provedení dechové zkoušky (příloha B) - stručné a přehledné popsání situace a chování zaměstnance + záznam výsledku testu (fotodokumentace výhodou) + podpis svědků.

Odmítnutí dechové zkoušky zaměstnancem, znamená porušení Pracovního řádu, a následně nutnost provést záznam.

Negativní dechová zkouška + neadekvátní chování zaměstnance může znamenat ovlivnění jinými návykovými látkami. V takovém případě je nutno provést odběr moče viz odstavec b).

b) *Odběry vzorků biologického materiálu* (dále jen vzorek) na vyšetření alkoholu nebo omamných psychotropních látek (dále jen OPL) jsou provedeny přímo na oddělení nebo na oddělení psychiatrie. Lze kontaktovat bezpečnostního manažera k zajištění bezpečného a poklidného odběru vzorků telefonicky.

VŽDY musí být přítomen svědek u odběru vzorků moče, aby nedošlo k záměrnému znehodnocení vzorku př. naředěním nebo k výměně vzorku!

c) *Dokumentace*

- 1) Protokol o provedení zkoušky na návykové látky (příloha C)
- 2) Žádanka na toxikologické vyšetření (příloha D)

d) *Transport vzorků do toxikologické laboratoře*

do Vojenského ústavu soudního lékařství ÚVN (dále jen VÚSL) cestou transportního týmu nebo potrubní poštou číslo 140 v čase od pondělí 7.00 hod až 15.45 do pátku 7.00 až 14.30 hod.

V době mimo pracovní dobu VÚSL odebrané vzorky bezpečně uchovat v lednici na oddělení, a transportovat na VÚSL ve výše uvedené době.

e) *Vyšetření na přítomnost návykových látek*

- provádí se z moče, potřebné množství pro vyšetření je 20-50 ml do plastových lahviček nebo zkumavek nejlépe se šroubovacím uzávěrem. Moč je

možno uchovávat v lednici cca 2-3 dny při teplotě + 4°C, v případě skladování po dobu delší je nutné vzorek moče zamrazit.

Vyšetření na přítomnost alkoholu

- provádí se z krve, potřebné množství pro vyšetření je cca 10ml plné krve bez protisrážlivé složky do zkumavky. Při odběru se nesmí desinfikovat místo vpichu desinfekcí obsahující ethanol!!! V případě skladování se krev uchovává v lednici maximálně 3 dny při teplotě + 4°C, nesmí se zamrazit.

Možnosti řešení pracovně právní - v případě pozitivního výsledku:

1. Okamžité zrušení pracovního poměru – krajní řešení.

2. Dohoda o ukončení pracovního poměru.

3. Upozornění zaměstnavatele na porušování pracovních povinností.

Dojde-li k opakovanému porušení pracovní kázně třikrát v průběhu šesti měsíců od písemného upozornění na možnost výpovědi – dochází k výpovědi ze zaměstnání zaměstnavatelem.²²

4. Pomoc zaměstnanci - dohoda o krizové intervenci.

Přístup se vždy odvíjí od kvality zaměstnance a jeho vůle nápravy, kdy nadřízený navrhne podporu zaměstnanci a nabídne mu tzv. Dohodu o sekundární prevenci (příloha E)

- pomoc pro zaměstnance formou Dohody o sekundární prevenci spočívá v řešení situace přímým nadřízeným, který musí doporučit po zvážení pracovních zásluh zaměstnance, uzavření této dohody.

²² Pracovní řád a zásady personálního řízení Ústřední vojenské nemocnice Praha, 421/2011 ÚVN, s. 11.

Zaměstnanec, který dohodu akceptuje, svým podpisem potvrdí pravdivost svého úmyslu nápravy a bezvýhradně se zaváže k tomu, že po dobu 3 měsíců:

přeřazení na jiné pracoviště ÚVN, pokud to bude nutné vzhledem k bezpečnosti pacientů i oddělení (práce s léčivý)

pravidelně navštěvovat jedno ze tří pracovišť krizové intervence ÚVN

1/ Oddělení psychiatrie

2/ Ústřední lékařsko-psychologické oddělení

3/ Duchovní služba zdravotnického zařízení

pravidelně podstoupit kontrolní vyšetření na návykovou látku

Porušení dohody zaměstnancem při pozitivním výsledku kontrolního vyšetření nebo nedodržením pravidelných návštěv krizového centra se bude pokládat za hrubé porušení Pracovního řádu a takto se dále řešit – v souladu se Zákoníkem práce.

ZÁVĚR

Diplomová práce je tematicky zaměřená na možnosti resocializace a reedukace dospělého jedince, který zneužívá návykové látky, ale ještě plní své sociální role. Protože již k sociálně negativnímu jevu dochází, analyzuje možnosti sekundární neboli indikované prevence, která spolu s resocializací a reedukací, může být východiskem při řešení tohoto sociálně nežádoucího chování.

V teoretické části v první kapitole jsou zmíněny sociálně nežádoucí jevy v kontextu sociální andragogiky, která koresponduje s řešenou problematikou v rámci této práce a zároveň je optimální pro cílovou skupinu, to je pro sociální a edukační působení uživatelů návykových látek. Poukazuje na cíle sociální andragogiky, zlepšování sociálních vztahů, pomoc a péči dospělému jedinci teoreticky i prakticky sebevýchovou a sebevzděláváním ulehčit proces resocializace. První kapitola se dále zabývá teoriemi příčin vzniku a rozvoje sociálně nežádoucích jevů, kulturními, historickými, společenskými a politickými aspekty zneužívání návykových látek a stručnému přehledu omamných a psychotropních látek současnosti.

Prevence zneužívání návykových látek je tématem druhé kapitoly teoretické části diplomové práce a popisuje druhy prevence a jejich možnosti, péči o sociální skupinu uživatele drog. Třetí kapitola pojednává o problematice návykových látek v pracovním prostředí, faktorech zvyšování rizik problémů jimi působenými a zmiňuje identifikaci ovlivnění. Ve čtvrté kapitole jsou vymezena psychosociální východiska resocializace a reedukace uživatelů návykových látek v kontextu vývoje toxikomanie, psychických poruch návykovými látkami působených a v poslední řadě závislostí na návykových látkách. Teoretickou část uzavírá pátá kapitola věnovaná resocializaci a reedukaci uživatelů návykových látek, formám a metodám reedukace, obecnému popisu některých forem a metod reedukace z androdidaktického

pohledu a obecným postupům sekundární prevence používané v Ústřední vojenské nemocnici Praha.

Empirická část obsahuje výzkum v oblasti sekundární prevence zneužívání návykových látek v pracovním prostředí. Konkrétně analyzuje profesní skupinu příslušníků Armády České republiky a nelékařské zdravotnické pracovníky Ústřední vojenské nemocnice Praha, která pro obě profesní skupiny sekundární prevenci a následnou resocializaci poskytuje. Kapitola šest analyzuje možnosti sekundární prevence profesní skupiny příslušníků Armády České republiky na základě profesního testování na průkaz omamných a psychotropních látek. Závěry výzkumu potvrzují účinnost sekundární prevence formou profesního testování, snížení výskytu pozitivních uživatelů návykových látek po jejím zavedení a potažmo snižování nákladů na resocializaci.

Kapitola sedm je věnovaná problematice zneužívání návykových látek nelékařských zdravotnických pracovníků, kterou demonstrují dvěma kasuistikami s rozdílným způsobem pracovně personálního řešení v Ústřední vojenské nemocnici Praha, praktikovanou primární i sekundární prevenci a možnosti resocializace a reedukace nabízené nemocnicí jako formu programu péče o zaměstnance. V závěru výzkumu uvádím návrh řešení ve formě Metodického návodu v případě přestupku práce a pobytu na pracovišti pod vlivem návykové látky, která je písemnou dohodou zaměstnance se zaměstnavatelem o další resocializaci.

V současnosti problém návykových látek ovlivňuje prakticky všechny země světa a nikdo v tomto problému nezůstává stranou. Každá rodina a každý jednotlivec ve své roli osobní, pracovní či sociální přichází s problémem drog do styku minimálně jako s konkrétním rizikem. Závěry práce nabízejí možnosti pro sociální andragogy v oblasti péče a reedukace uživatelů návykových látek, pro společnost ušetření velkých finančních částek za léčbu závislých a pro zaměstnavatele vyloučení ztráty kvalifikovaného zaměstnance.

SEZNAM POUŽITÉ ČESKÉ LITERATURY A PRAMENŮ

ARMSTROG, Michael. *Řízení lidských zdrojů*. 10.vyd. Praha: Grada, 2007. 800s. ISBN 978-80-247-1407-3.

BAŠTECKÁ, Bohumila et al. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003. 416s. ISBN 80-7178-735-3.

BAŠTECKÁ, Bohumila (ed.). *Aplikovaná psychologie*. Praha: Portál, 2009. 520s. ISBN 978-80-7367-470-0.

BEČKOVSKÁ, Ilona - VIŠŇOVSKÝ, Peter. *Farmakologie drogových závislostí*, Praha: Karolinum, 1999. 112s. ISBN 80-7184-864-6

DEMJANENKO, Milan. Možnosti uplatnění sociální andragogiky v oblasti péče o osoby s duševním onemocněním. In Veteška, J. et al. *Nové paradigma v kurikulu vzdělávání dospělých*. Praha: EDUCA Servis ve spolupráci s Univerzitou Jana Amose Komenského Praha, 2009. ISBN 978-80-87306-04-8

FISCHER, Slavomil - ŠKODA, Jiří. *Sociální patologie. Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada, 2009. 224s. ISBN 978-80-247-2781-3

GÖHLERT, Fr.-Christoph - KÜHN, Frank. *Od návyku k závislosti*, Praha: Euromedia Group, 2001. 141s. ISBN 80-7202-950-9

HATÁR, Ctibor. *Sociální pedagogika, sociální andragogika a sociální práce. Teoretické, profesijné a vztahové reflexie*. Praha: EDUCA Service ve spolupráci s Českou andragogikou společností, 2009. 143s. ISBN 978-80-87306-01-7.

HAVLÍK, Radomír. *Úvod do sociologie*. Praha: Karolinum, 2007. 128s. ISBN 978-80-246-1386-7.

HELUS, Zdeněk. *Úvod do sociální psychologie*. Praha: Grada, 2011. 320s. ISBN 978-80-247-3037-0.

HRČKA, Michal. *Sociální deviace*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2001. 304s. ISBN 80-85850-68-0.

HUPKOVÁ, Mariana. Příklady aplikace kompetenčního modelu. In Veteška, J. et al. *Teorie a praxe kompetenčního přístupu ve vzdělávání*. Praha: Educa Service, 2011, 228s. ISBN 978-80-87306-09-3.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace*. Praha: Grada, 2010. 80s. ISBN 978-80-247-2171-2.

KALINA, Kamil et al. *Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. 320 s. ISBN 80-86735-05-6.

KALINA, Kamil et al. *Drogy a drogové závislosti 2, mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. 343 s. ISBN 80-86735-05-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. 280s. ISBN 80-7178-551-2.

KOUBEK, Josef. *Řízení lidských zdrojů*. Praha: Management Press, 2007. 399s. ISBN 978-80-7261-168-3.

MIOVSKÝ, Michal et al. *Konopí a konopné drogy. Adiktologické kompendium*. Praha: Grada, 2008. 544s. ISBN 978-80-0865-2.

MORAVCOVÁ, Ilona. *Problematik obsahového zaměření resocializační pedagogiky, její konstituce v České republice, in Aktuální problémy resocializační pedagogiky*, Pardubice: Fakulta filozofická, Univerzita Pardubice, 2010. 65s. ISBN 978-80-7395-342-3.

MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální patologie*. Brno: Masarykova univerzita – Pedagogická fakulta, 2002. 104 s. ISBN 80-210-2511-5.

NAKONEČNÝ, Milan. *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Academia, 1998. 437s. ISBN 80-200-0625-7.

NAKONEČNÝ, Milan. *Motivace lidského chování*. Praha: Academia 1996. 270s. ISBN 80-200-0592-7.

NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. Praha: Academia, 1999. 288s. ISBN 80-200-0690-7.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, 2000. 176s. ISBN 80-7178-831-7.

NEŠPOR, Karel. - CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*. 1vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996. ISBN 80-85187-52-2.

NOVOTNÁ, Jana. *Drogové závislosti*. Praha: PCP, 1996. 203s. ISBN 80-85121-52-2.

NOŽINA, Miroslav. *Svět drog v Čechách*. Praha: Koniasch Latin Press, 1997. 329s. ISBN 80-85917-36-X.

ORLÍKOVÁ, Bára. Od experimentu k užívání. In Kolektiv autorů sdružení SANANIM. *Drogy. Otázky a odpovědi*. Praha: Portál, 2007. s 198s. ISBN 978-80-7367-223-2.

PALÁN, Zdeněk - LANGER, Tomáš. *Základy andragogiky*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008. 183s. ISBN 978-80-86723-58-7.

PĚNIČKOVÁ, Marie, *Rozvoj péče o psychiku pacienta na základě sociálně-psychologického výcviku sester*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství nelékařských zdravotnických oborů, 2007. 40s.

SOKOL, Miloš. - DOGOI, Michal. - FUSEK, Josef. *Soudní lékařství a toxikologie pro vojenské lékaře*, Hradec Králové: Učební texty Fakulty vojenského zdravotnictví Univerzity obrany, 2010. 88s. ISBN 978-80-7231-347-1.

ŠEJVL, Jaroslav et al. *Vybrané kapitoly z adiktologie. Fatální předávkování uživatelů nelegálních drog*. Praha: Karolinum, 2007. 151s. ISBN 978-80-246-1349-9.

ŠEJVL, Jaroslav. *Bulletin Národní protidrogové centrály – mimořádné číslo. Shrnutí drogové mortality za roky 1998-2008*. Policie České republiky Národní protidrogová centrála Služby kriminální policie a vyšetřování, Praha, 2009. ISSN 1211-8834.

ŠTABLOVÁ, Renata et al. *Drogy, kriminalita a prevence*, Praha: Policejní akademie České republiky, 1999. ISBN 80-7251-018-5.

TIMULÁK, Ladislav. *Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru. Integrativní rámec*, Praha: Portál, 2006. 184 s. ISBN 80-7367-106-9.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0.

VALÍČEK, Pavel, et al. *Rostlinné omamné drogy*. Praha: Start, 2000. 191s. ISBN 80-86231-09-7

VETEŠKA, Jaroslav, et al. *Nové paradigma v kurikulu vzdělávání dospělých*. Praha: EDUCA Servis, 2009. 342s. ISBN 978-80-87306-04-8.

VETEŠKA, Jaroslav, et al. *Teorie a praxe kompetenčního přístupu ve vzdělávání*. Praha: EDUCA Servis, 2011. 228s. ISBN 978-80-87306-09-3.

VETEŠKA, Jaroslav. *Kompetence ve vzdělávání dospělých: pedagogické, andragogice a sociální aspekty*. Praha: EDUCA Servis, 2009. 200s. ISBN 978-80-86723-98-3.

VETEŠKA, Jaroslav - PRŮCHA, Jan. *Andragogický slovník*. Praha: Grada, 2012 (v tisku).

VODÁČKOVÁ, D. et al. 2007. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-342-0.

Úřad vlády České republiky, *Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018*, Praha, 2010.

Úřad vlády České republiky, *Protidrogová strategie na období 2005-2012*, Praha, 2005.

Články:

SOKOL, Miloš. - FUSEK, Josef. - NAVRÁTIL, Petr. *Omamné a psychotropní látky – metodologie profesních testů pro potřeby Armády České republiky*. In: *Vojenské zdravotnické listy*. 2005, LXXIV: č. 2, s. 49-52. ISSN 0372-7025.

VETEŠKA, Jaroslav. *Nové pojetí a sociální rozměr paradigmatu v kurikulu vzdělávání dospělých*. In: *Andragogická revue*, 2009, č. 1, s. 12-25. ISSN 1804-1698.

Internetové zdroje:

[www.http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/rs_atlantic/data/files/konvenceosn.pdf](http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/rs_atlantic/data/files/konvenceosn.pdf)

<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/68/626/Ustanoveni-187-trestniho-zakona-rozbor-skutkove-podstaty-trestneho-cinu>

<http://www.drogy-info.cz>

<http://www.muweb.cz/veda/nespor>

www.geocities.com/dr_

www.psychocentrumzlin.cz/doc

<http://alkoholizmus.zbynekmlcoch.cz/>

http://www.drogyinfo.cz/index.php/pomoc_a_podpora/primarni_prevence/zakla_dni_pojmy_z_oblasti_primarni_drogove_prevence_souhrn

Zákony:

Zákon č.140/1961 Sb., trestní zákon, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č.167/1998 Sb., o návykových látkách, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 221/1999 Sb., o vojácích z povolání, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č.96/2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č.262/2006 Sb., zákoník práce.

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění zákona č. 306/2009 Sb., a navazující předpisy

Interní normativní akty:

Pracovní řád a zásady personálního řízení. Ústřední vojenské nemocnice Praha, 427: 2011.

Vyhláška MO č. 20/2005. Prevence sociálně nežádoucích jevů.

Metodickým opatřením náčelníka Vojenské Zdravotní služby č.1/2009, č. 1/2010, Profesní testování osob na OPL.

Metodický návod č. 08 / 2010. Edukační program pro pacienty v ÚVN Praha.

Etický kodex zaměstnance Ústřední vojenské nemocnice Praha, 2010.

SEZNAM POUŽITÉ ZAHRANIČNÍ LITERATURY A PRAMENŮ

MACHALOVÁ, Mária. *Andragogická psychológia jako hraničná disciplína*. Zborník Katedry andragogiky Filozofickej fakulty Univerzity Komenského Bratislava, Acta Andragogika 2, Bratislava, 2011. 189s. ISBN 978-80-970595-2-1.

MATULAYOVÁ, T. 2007. *Dobrovoľníctvo v sociálnych službách v kontexte andragogiky a sociálnej práce*. 1. vyd. Prešov : Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2007. 110 s. ISBN 978-80-8068-697-0.

ROĽKOVÁ, Henrieta. *Sociálno-psychologický výcvik jako nástroj rozvoja sociálno-psychologickej kompetencie v edukácii dospelých*. In: Zborník Katedry andragogiky Filozofickej fakulty Univerzity Komenského Bratislava, Acta Andragogika 2, Bratislava, 2011. 189s. ISBN 978-80-970595-2-1.

TOKÁROVÁ, A. et al. 2007a. *Sociálna práca. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce*. 3. vyd. Prešov: FF PU a Akcent Print, 2007. 573 s. ISBN 987-80-969419-8-8.

KONOPCZYŃSKI, Marek. *Metody twórczej resocjalizacji*. Warszawa: PWN, 2007. 430 s., nr inw. 28954, 28851.

WLODKOWSKI, R. J. 2008. *Enhancing Adult Motivation to Learn : A Comprehensive Guide for Teaching All Adults*. 3th ed. San Francisco : Jossey-Bass, 2008. 508 p. ISBN 978-0-7879-9520-1.

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Seznam tabulek

Tab. 1 Typologie způsobů adaptace podle Mertona.....	17
Tab. 2 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek.....	47
Tab. 3 Profesní preventivní testování AČR v roce 2006.....	70
Tab. 4 Profesní preventivní testování AČR v roce 2007.....	71
Tab. 5 Profesní preventivní testování AČR v roce 2008.....	72
Tab. 6 Profesní preventivní testování AČR v roce 2009.....	73
Tab. 7 Profesní preventivní testování AČR v roce 2010.....	74
Tab. 8 Profesní preventivní testování AČR v roce 2011.....	75

Seznam grafů

Graf č. 1 Zastoupení drogových skupin v roce 2006.....	70
Graf č. 2 Zastoupení drogových skupin v roce 2007.....	71
Graf č. 3 Zastoupení drogových skupin v roce 2008.....	72
Graf č. 4 Zastoupení drogových skupin v roce 2009.....	73
Graf č. 5 Zastoupení drogových skupin v roce 2010.....	74
Graf č. 6 Zastoupení drogových skupin v roce 2011.....	75
Graf č. 7 Pozitivní testy v letech 2006 – 2011.....	76

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Rozdělení drog.....	I
Příloha B – Protokol o provedení dechové zkoušky.....	V
Příloha C – Protokol o provedení vyšetření na OPL.....	VII
Příloha D – Žádanka na toxikologické vyšetření.....	IX
Příloha E – Protokol Dohoda sekundární prevenci.....	X

Příloha A

Rozdělení drog podle I.Bečkovské, P.Višňovského, také podle sdružení SANANIM

TABAĀK	NIKOTIN	Kromě alkoholu jediná legalizovaná volně prodávaná droga, svým návykovým charakterem zneužívání a zdravotními důsledky jeden z největších zdravotnických problémů. Z hlediska toxicity je nikotin přirovnáván ke kyanidu draselnému, většina populace neví, že nikotin z jedné cigarety by mohl způsobit smrt. Jen díky kouření, při kterém se největší část nikotinu spálí a další část se zachytí na částech cigarety, filtru, se tak nestane.
ALKOHOL	ETHYLALKOHOL	Běžně dostupný a cenově přístupný celé populaci. Z hlediska návyku se nachází mezi tvrdými drogami, má ale mírnější účinky. Závislost se vyvíjí jen u části populace, při trvalém užívání malých dávek je možno dokázat i pozitivní účinky na zdravotní stav, ale při zneužívání je stejně nebezpečný jako tvrdé drogy. Působí zejména na nervový systém, který všeobecně tlumí. Už v malých dávkách účinkuje na řeč, rovnováhu, úsudek, snižuje schopnost rychle reagovat, tlumí vnímání bolesti, povzbuzuje sebevědomí, odstraňuje zábrany, vysoké koncentrace alkoholu v organismu tlumí i životně důležitá centra regulace dýchání a krevního oběhu, což může být příčinou smrti. Nebezpečná je kombinace s benzodiazepiny, barbituráty, paracetamolem.
ANALGETICKÉ SMĚSI	KYSELINA ACETSALYCILOVÁ, KOFEIN, KODEIN, AMINOPYRIN, BARBITURÁTY-FENOBARBITAL, PARACETAMOL	Léky utiřující bolest volně prodejné nebo snadno předepsatelné lékařem, v běžně užívaných dávkách nezpůsobují poruchy funkcí organismu ani poškození orgánů, ale dlouhodobým užíváním může dojít k návyku a poškození orgánů. Nebezpečí analgetických směsí je ve vzájemné interakci účinku složek, která vyvolá nejen silnější účinek proti bolestem, ale také silnější euforii, pocit zvýšené energie, uspokojení, vyrovnanost a také potřeby zvyšování dávek, takže vzniká tolerance nervového systému na psychotropní účinky směsí, přičemž jiné orgány se s vysokými dávkami vyrovnávají hůře a vzniká riziko poškození. Jako východisko z problému závislosti na analgetických směsích je omezení výroby širokého spektra na nejméně nebezpečné, ale účinné lékové kombinace, případně vydávání všech přípravků s návykovým potenciálem na lékařský předpis a úplné vyřazení prokazatelně nebezpečných látek (barbituráty).
OPIÁTOVÁ ANALGETIKA	IBUPROFEN	-účinný a celkem bezpečný Na farmakologické účinky opiátů se rozvíjí tolerance. Výrazně se vyvíjí na útlum dýchání, kdy bez vyvinuté tolerance může

PŘÍRODNÍ OPIOIDY	MORFIN	<p>dojít k zástavě dýchání již při dávce 60mg morfinu. Vyvolávají euforii a netečnost k různým negativním podnětům a stresu, což vede k opakovanému užívání a rozvoji psychické závislosti. Odvykací syndrom neohrožuje na životě, proto se používá k detoxifikaci (buprenorfin).</p> <p>- alkaloid obsažený v máku setém, distribuován jako bílý až nažloutlý prášek rozpustný ve vodě nebo v tuhé formě bílých kostek bez zápachu nahořklé chuti. Způsobuje euforii a pocity zvýšené výkonnosti, zůstává psychická i fyzická závislost. U závislých osob se projevují povahové změny, dochází k únavnosti, podráždění, egocentrismu, ztrátě hodnot, smyslu pro povinnost, mohou se objevit paranoidní stavy s reálným nebezpečím sebevraždy.</p>
SYNTETICKÉ OPIOIDY	KODEIN	<p>- nachází se také v opiu, jde o méně účinné analgetikum, které se užívá pro potlačení kašle, mírnějších průjmů. Je méně zneužíván než morfin, tolerance se rozvíjí pomaleji. Na rozdíl od morfinu vede otrava kodeinem ke svalovým křečím. Z dostupných kodeinových přípravků je v ilegálních laboratořích syntetizován morfin a heroin.</p>
	OPIUM, TINKTURA OPII	<p>- některé druhy syrového opia. Př. turecké opium, indická verze galí, typ candu (čištěné opium), dross (popel čistého opia).</p>
	HEROIN	<p>-akutní intoxikace se vyznačuje výraznou euforií s rychlým nástupem, zamlžením mysli a pocitu blaženosti. Zvyšuje se komunikativnost, sexuální aktivita, mizí zábrany. Intoxikovaný subjekt v sobě objevuje netušené zejména fyzické schopnosti a i fyzicky slabší jedinci jsou pod vlivem drogy schopné spáchat závažné trestné činy zarážející svou brutalitou. V čisté formě jde o bílý prášek trpké chuti páchnoucí po octu rozpustný ve vodě. Méně čisté druhy mají šedobílou nebo načervenalou barvu. Většinou je aplikován injekčně, dá se i inhalovat nebo kouřit, účinky kouřeného heroínu jsou podstatně silnější než účinky kouření opia.</p>
	DEMEROL	<p>-široce používané analgetikum se silným analgetickým účinkem</p>
	FENTANYL	<p>-mnohonásobně účinnější analgetikum než morfin, ale s kratší dobou účinku, používáný jako pomoc při úvodu a udržování inhalační anestezie. Je zneužíván kouřením, šňupáním, vtíráním do ústní</p>

	<p>NALOXON, NALTRENOX</p> <p>BUPRENORFIN</p> <p>METADON</p> <p>TRAMADOL</p>	<p>sliznice kloktáním.</p> <p>-léčení předávkování všemi opiáty, naltrenox má navíc dlouhé trvání účinku, proto bylo jeho podávání navrženo jako „udržovací léčba“ u závislých osob.</p> <p>-účinný při detoxifikaci a udržovacích programech osob závislých na heroinu.</p> <p>-má analgetický účinek srovnatelný s morfinem, ale tolerance a fyzická závislost se vyvíjí pomaleji. Odvykací příznaky po náhlém odnětí jsou mírnější než po morfinu, je tedy látkou vhodnou k detoxifikaci a udržovací léčbě při hrozícím relapsu zneužívání heroinu.</p> <p>-je centrálně působící analgetikum, vhodný pro středně silné a silné bolesti s malým potenciálem návyku.</p>
<p>SEDATIVA, HYPNOTIKA</p> <p>BENZODIAZEPINY</p> <p>BARBITURÁTY</p>	<p>DIAZEPAM, ALPRAZOLAM, OXAZEPAM, FLUNITRAZEPAM a další</p> <p>FENOBARBITAL, THIOPENTAL, AMOBARBITAL a další</p> <p>MEPROBAMAT, GUAJACURAN</p>	<p>-navozují zklidnění nebo podporují spánek, nejčastěji předepisovanými psychoaktivními látkami, užívaná perorálně a díky časté lékařské preskripci v běžné populaci takřka zdomácnělá. K rozvoji závislosti je potřeba několika měsíců denního užívání, mnoho pacientů je užívá proti nespavosti nebo úzkosti, užívána toxikomany jako doplněk jiných látek pro zvýraznění účinku, akutní intoxikace se vyznačuje ospalostí, poškozením motorické koordinace, s jinými látkami tlumícími CNS jako například alkoholem způsobují ohrožující respirační útlum. Při vysoké dávce způsobují ztrátu paměti, zhoršují schopnost učení. Závislost se tvoří již po několika týdnech jak psychická tak fyzická.</p> <p>- bývají zneužívány při sebevražedných pokusech</p> <p>-při vysokých dávkách tlumí dýchací centra, nastává tzv. barbiturátové kóma v počátcích s bolestmi hlavy, rychle ploché dýchání, později spavost, bezvědomí až kóma.</p> <p>-vzniká tolerance a závislost psychická i fyzická, abstinční syndrom může být životu nebezpečný.</p>
<p>STIMULANCIA</p> <p>PŘÍRODNÍ</p>	<p>KOKAIN</p>	<p>Používají se k odstranění únavy a všeobecnému povzbuzení. Po požití se dostavuje euforie spolu s ústupem únavy, aktivita, zlepšení sebehodnocení.</p> <p>– bílý prášek dobře rozpustný ve vodě,</p>

Příloha B

ODBOR BEZPEČNOSTI A KRIZOVÉHO ŘÍZENÍ

Č.j.:

Praha dne..... Počet listů: Počet výtisků: Výtisk č.:

PROTOKOL

o provedení dechové zkoušky

Dne byla v hodin vyzvána níže uvedená osoba dle ustanovení § 106 odst. 4 písm. i) zák.č. 262/ 2006 Sb., aby se podrobila zjištění, zda není pod vlivem alkoholu.

.....
titul, jméno, příjmení datum narození
bydliště

pracovně zařazen jakooddělení. Uvedená výzva byla dána přímým nadřízeným jmenovaného:..... a to přímo na uvedeném pracovišti.

I.

Poučení

Před provedením dechové zkoušky na alkohol byl:..... řádně poučen dle níže uvedených zákonů:

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, jak vyplývá ze změn provedených zákonem č. 585/2006 Sb.

§ 106

Práva a povinnosti zaměstnance

(4) Každý zaměstnanec je povinen dbát podle svých možností o svou vlastní bezpečnost, o své zdraví i o bezpečnost a zdraví fyzických osob, kterých se bezprostředně dotýká jeho jednání, případně opomenutí při práci. Znalost základních povinností vyplývajících z právních a ostatních předpisů a požadavků zaměstnavatele k zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při práci je nedílnou a trvalou součástí kvalifikačních předpokladů zaměstnance. Zaměstnanec je povinen:

e) nepožívat alkoholické nápoje a nezneužívat jiné návykové látky na pracovištích zaměstnavatele a v pracovní době i mimo tato pracoviště, nevstupovat pod jejich vlivem na pracoviště zaměstnavatele a nekouřit na pracovištích a v jiných prostorách, kde jsou účinkům kouření vystaveni také nekuřáci. Zákaz požívání alkoholických nápojů se nevztahuje na zaměstnance, kteří pracují v nepříznivých mikroklimatických podmínkách, pokud požívají pivo se sníženým obsahem alkoholu, a na zaměstnance, u nichž požívání těchto nápojů je součástí plnění pracovních úkolů nebo je s plněním těchto úkolů obvykle spojeno.

Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů.

§ 16
Vyšetření přítomnosti alkoholu nebo jiné
návykové látky

(1) Osoba, která vykonává činnost, při níž by mohla ohrozit život nebo zdraví svoje nebo dalších osob nebo poškodit cizí majetek, nesmí požívat alkoholické nápoje nebo užívat jiné návykové látky při výkonu této činnosti nebo před jejím vykonáváním.

(2) Odbornému vyšetření zjišťujícímu obsah alkoholu nebo jiných návykových látek včetně odběru biologického materiálu k jeho stanovení je povinna podrobit se osoba, která se požitím těchto látek uvedla do stavu, v němž bezprostředně ohrožuje sebe nebo jiné osoby, veřejný pořádek nebo majetek, dále osoba, u které je důvodné podezření, že přivodila jinému újmu na zdraví v souvislosti s požitím alkoholického nápoje nebo užitím jiné návykové látky.

(3) Osoba uvedená v odstavcích 1 a 2 je povinna podrobit se na výzvu příslušníků Policie České republiky, obecní policie, Vojenské policie, Vězeňské služby České republiky, zaměstnavatele nebo jejího ošetřujícího lékaře vyšetření, zda není ovlivněna alkoholem nebo jinou návykovou látkou.

(4) Orientační vyšetření provádí útvar Policie České republiky, obecní policie, Vojenské policie, Vězeňská služba České republiky a zaměstnavatel pomocí dechové zkoušky, popřípadě odběru slin. Lékařské vyšetření provádí zdravotnické zařízení k tomu odborně a provozně způsobilé dechovou zkouškou a odběry vzorků biologického materiálu.

(5) Odmítne-li se osoba uvedená v odstavcích 1 a 2 vyšetření podle odstavce 4 podrobit, hledí se na ni, jako by byla pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky.

(6) Zdravotnická zařízení k tomu odborně a provozně způsobilá jsou povinna poskytnout zaměstnavateli, útvarům policie a Vězeňské službě České republiky potřebnou pomoc provedením odběru biologického materiálu.

(7) Zdravotnické zařízení je povinno sdělit výsledky vyšetření subjektům uvedeným v odstavci 3 na základě jejich žádosti. To neplatí, je-li pacient vyšetřován na přítomnost alkoholu nebo jiné návykové látky v organismu pouze v souvislosti s poskytovanou zdravotní péčí pro diferenciální diagnostiku.

(8) Vyšetření biologického materiálu hradí v případě, že se prokáže přítomnost alkoholu nebo jiné návykové látky, vyšetřovaná osoba. V případě, že se přítomnost alkoholu nebo jiné návykové látky neprokáže, náklady nese osoba, která podle odstavce 3 k vyšetření vyzvala, s výjimkou případů diferenciální diagnózy hrazené z veřejného zdravotního pojištění podle zvláštního právního předpisu.

Po přečtení poučení, kterému jmenovaný.....porozuměl, uvádí na dotaz, zda požil návykové látky následující:

§ 16
Vyšetření přítomnosti alkoholu nebo jiné
návykové látky

(1) Osoba, která vykonává činnost, při níž by mohla ohrozit život nebo zdraví svoje nebo dalších osob nebo poškodit cizí majetek, nesmí požívat alkoholické nápoje nebo užívat jiné návykové látky při výkonu této činnosti nebo před jejím vykonáváním.

(2) Odbornému vyšetření zjišťujícímu obsah alkoholu nebo jiných návykových látek včetně odběru biologického materiálu k jeho stanovení je povinna podrobit se osoba, která se požitím těchto látek uvedla do stavu, v němž bezprostředně ohrožuje sebe nebo jiné osoby, veřejný pořádek nebo majetek, dále osoba, u které je důvodné podezření, že přivodila jinému újmu na zdraví v souvislosti s požitím alkoholického nápoje nebo užitím jiné návykové látky.

(3) Osoba uvedená v odstavcích 1 a 2 je povinna podrobit se na výzvu příslušníků Policie České republiky, obecní policie, Vojenské policie, Vězeňské služby České republiky, zaměstnavatele nebo jejího ošetřujícího lékaře vyšetření, zda není ovlivněna alkoholem nebo jinou návykovou látkou.

(4) Orientační vyšetření provádí útvar Policie České republiky, obecní policie, Vojenské policie, Vězeňská služba České republiky a zaměstnavatel pomocí dechové zkoušky, popřípadě odběru slin. Lékařské vyšetření provádí zdravotnické zařízení k tomu odborně a provozně způsobilé dechovou zkouškou a odběry vzorků biologického materiálu.

(5) Odmítne-li se osoba uvedená v odstavcích 1 a 2 vyšetření podle odstavce 4 podrobit, hledí se na ni, jako by byla pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky.

(6) Zdravotnická zařízení k tomu odborně a provozně způsobilá jsou povinna poskytnout zaměstnavateli, útvarům policie a Vězeňské službě České republiky potřebnou pomoc provedením odběru biologického materiálu.

(7) Zdravotnické zařízení je povinno sdělit výsledky vyšetření subjektům uvedeným v odstavci 3 na základě jejich žádosti. To neplatí, je-li pacient vyšetřován na přítomnost alkoholu nebo jiné návykové látky v organismu pouze v souvislosti s poskytovanou zdravotní péčí pro diferenciální diagnostiku.

(8) Vyšetření biologického materiálu hradí v případě, že se prokáže přítomnost alkoholu nebo jiné návykové látky, vyšetřovaná osoba. V případě, že se přítomnost alkoholu nebo jiné návykové látky neprokáže, náklady nese osoba, která podle odstavce 3 k vyšetření vyzvala, s výjimkou případů diferenciální diagnózy hrazené z veřejného zdravotního pojištění podle zvláštního právního předpisu.

Po přečtení poučení, kterému jmenovaný..... porozuměl uvádí na dotaz, zda užívá či požil jiné návykové látky následující:

Příloha D



TOXIKOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ

jméno a příjmení		pojišťovna	
rodné číslo		diagnóza	
bydliště, útvar		anamnéza	
datum a čas odběru		předpokládaný čas požití	
předpokládaná látka		léky podané před odběrem	
razítko zařízení a lékaře, včetně IČZ a telefonu			telefon pro statim
Požadavek na klinické toxikologické vyšetření			
odeslaný materiál (množství)			
screening (orientační záchyt)	benzodiazepiny, metamfetamin (pervitin), amfetamin, extáze (MDMA), kanabinoidy (marihuana), opiáty, kokain, buprenorfin (Subutex), metadon, tricyklická antidepresiva, barbituráty		
průkaz (kvalitativní vyšetření)	léčiva neznámá, léčiva konkrétní, OPL (drogy), těkavé látky, glykoly a další dle dohody		
stanovení (kvantitativní vyš.)	etanol, metanol, etylenglykol, COHb a další dle dohody		
vzorek doručen dne	č. vyšetření		

Závěr vyšetření:

Odborný garant:
plk. MUDr. Miloš SOKOL, Ph.D.

Příloha E

Dohoda o sekundární prevenci

Porušením zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce a zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů a po prokázaném ovlivnění návykovou látkou toxikologickým vyšetřením provedeným dne....., číslo vyšetření :
u zaměstnance..... rodné číslo.....
oddělení..... pracovní zařazení.....
navrhuje nadřízený/á.....
v rámci péče o zaměstnance dohodu:

- 1. přeřazení výše jmenovaného na jiné pracoviště ÚVN na dobu 3 měsíců a to na pracoviště.....po schválení Náměstkyní pro NZP**
- 2. pravidelné návštěvy krizového centra**
(oddělení psychiatrie, oddělení psychologie, duchovní Služba)
- 3. pravidelné kontrolní vyšetření na OPL nebo alkohol**

Potvrzuji svým podpisem, že jsem byl seznámen/a s podmínkami této dohody a v případě nedodržení dohodnutých podmínek mou osobou i s případnými důsledky z toho vyplývajícími; to je rozvázání pracovního poměru dle Zákoníku práce.

Konzultací a případné léčby v centru krizové intervence ÚVN chci se účastnit dobrovolně.

Vyšetření a odběru krve a moče se podrobím dobrovolně.
Vyšetření biologického materiálu a s ním spojené náklady hradí v případě, že se prokáže přítomnost OPL nebo alkoholu vyšetřovaná osoba, v opačném případě nese náklady ÚVN.

Podpis zaměstnance:

Podpis přímého nadřízeného:

V Praze dne:

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Bc. Radka Katsarosová

Obor: Andragogika

Forma studia: Kombinované

Název práce: RESOCIALIZACE A REEDUKACE UŽIVATELŮ
NÁVYKOVÝCH LÁTEK V KONTEXTU SOCIÁLNÍ ANDRAGOGIKY

Sekundární prevence v Ústřední vojenské nemocnici Praha

Rok: 2012

Počet stran bez příloh: 99

Celkový počet stran příloh: 10

Počet titulů české literatury a pramenů: 67

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 5

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Jaroslav Veteška, Ph. D.