

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálně pedagogických studií

Vladimíra Kuncová

3. ročník – prezenční studium

Obor: Speciální pedagogika

**EFEKTIVITA CÍLŮ SYSTÉMU HARM REDUCTION PRO UŽIVATELE
NEALKOHOLOVÝCH DROG V KONTAKTNÍM CENTRU VÍDEŇSKÁ, BRNO,
JAKOŽTO SOUČÁST SDRUŽENÍ PODANÉ, o.s.**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Michal Růžička, Ph. D

OLOMOUC 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Efektivita cílů systému Harm Reduction pro uživatele nealkoholových drog v Kontaktním centru Vídeňská, Brno, jakožto součást Sdružení Podané ruce, o.s.“ jsem vypracovala samostatně pod odborným vedením vedoucího bakalářské práce a za použití pramenů uvedených v seznamu literatury.

V Olomouci dne 4. 4. 2012

.....

Poděkování

Děkuji mému vedoucímu bakalářské práce Mgr. Michalu Růžičkovy, Ph. D za odborné vedení a pomoc při zpracování mé bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat všem pracovníkům Kontaktního centra Vídeňská, za jejich podporu a ochotu, která mě provázela při mém průzkumném šetření a klientům, kteří byli ochotni se na tomto průzkumném šetření podílet.

Obsah

ÚVOD.....	6
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	7
1. Harm Reduction (HR).....	7
1.1. Vymezení pojmu Harm Reduction.....	7
1.2. Historie Harm Reduction.....	8
1.3. Principy Harm Reductionu.....	9
1.4. Přístup Harm Reduction.....	10
1.5. Cíle Harm Reduction.....	11
1.6. Programy Harm Reductionu.....	11
2. Uživatelé nealkoholových drog jako cílová skupina.....	14
2.1. Drogy a jejich účinky.....	14
2.2. Definice pojmu závislost.....	14
2.3. Drogově závislá osoba, klient.....	15
2.4. Specifická podskupina uživatelů drog.....	15
3. Práce s uživateli nealkoholových drog v duchu Harm reduction.....	16
3.1. Terénní práce s uživateli nealkoholových drog.....	16
3.1.1. Vymezení pojmu terénní práce s uživateli drog.....	16
3.1.2. Terénní pracovník.....	17
3.1.3. Historie terénní práce.....	17
3.1.4. Typy terénní práce a její činnosti pro uživatele drog.....	18
3.2. Nízkoprahová kontaktní centra pro uživatele drog.....	19
3.2.1. Vymezení pojmu Kontaktní centrum.....	19
3.2.2. Pracovník nízkoprahového kontaktního centra.....	19
3.2.3. Historie kontaktních center.....	19
3.2.4. Obecné služby kontaktních center.....	20
3.3. Veřejnost versus Kontaktní pracovník.....	21
3.4. Rizika vyplývající z práce s uživateli drog.....	21
3.5. Možnosti další léčby uživatelů drog v ČR.....	22
4. Brno město.....	24
4.1. Charakteristika města Brna.....	24
4.2. Drogová scéna na území města Brna.....	24
4.3. Strategie protidrogové politiky města Brna na období 2011 – 2014.....	25
4.4. Základní pilíře protidrogové politiky města Brna na období 2011 – 2014.....	25

4.5.	Cíle protidrogové politiky ve městě Brně	25
4.5.1.	Krátkodobé cíle.....	26
4.5.2.	Dlouhodobé cíle.....	26
5.	Sdružení PODANÉ RUCE, o.s.	28
5.1.	O Sdružení.....	28
5.2.	Historie Sdružení Podané ruce	28
5.3.	Služby Sdružení Podané ruce	29
II.	PRAKTICKÁ ČÁST.....	32
6.	Představení Kontaktního centra Vídeňská, Brno	32
6.1.	Poslání služby.....	32
6.2.	Cíle služby	32
6.3.	Cílová skupina	32
6.4.	Zásady poskytování služby.....	33
6.5.	Základní nabídka služby	33
6.6.	Ukončení poskytování služby.....	33
7.	Empirický výzkum	35
7.1.	Cíl výzkumu	35
7.2.	Metoda výběru výzkumného souboru.....	35
7.3.	Příprava průzkumného šetření	35
7.4.	Zvolená metoda šetření	36
7.5.	Průběh průzkumného šetření	37
7.6.	Výsledky průzkumného šetření	38
7.7.	Diskuze.....	49
7.8.	Závěry výzkumného šetření	50
8.	Závěr	51
	Použitá literatura:.....	52
	Seznam příloh.....	54

ÚVOD

Pod pojmem droga si jedna část populace představuje blažený stav, provázený pocity euforie, jiná naopak lidskou podprůměrnost, je tedy zcela nemožné na tomto podkladě nalézt v celkové společnosti kompromis. Tomuto problému se věnuje systém Harm Reduction, na jehož principu pracují především nestátní organizace a není tomu jinak i v České Republice.

O konkrétním cíli práce nám pojednává samotný název této práce, kdy se zaměřuje na šetření efektivity cílů výše zmíněného systému pro uživatele nealkoholových drog v konkrétní instituci města Brna, čili zda je naplňuje a v jaké míře.

Jelikož je město Brno druhým největším městem České Republiky a pokud jste jej sami někdy navštívili, mohli jste si povšimnout oné sice skryté populace uživatelů drog, která je ale zřetelně viditelná a protože zde v současnosti žijí, rozhodla jsem informovat jak samu sebe, tak i možné čtenáře této práce o drogové politice města Brna a terciální prevenci, která zde působí a jelikož Kontaktní centrum Vídeňská se nachází v blízké vzdálenosti od mého domova, rozhodla jsem se zaměřit šetření konkrétně na tuto instituci.

Povahou teoretické části práce je tedy informovat čtenáře o samostatném systému Harm Reduction, jeho principech, přístupech i programech zaměřených na cílovou skupinu uživatelů drog, které se využívají ve výše zmíněné instituci, kterou zaštiťuje Sdružení Podané ruce, o.s., tudíž i o něm teoretická část pojednává stejně tak jako o protidrogové politice, která nám umožní blíže nahlédnout do řešení této problematiky městě Brně.

Smyslem praktické části práce je výzkumné šetření, které je zaměřeno na ono šetření cílů HR ve výše zmíněném Kontaktním centru města Brna, prostřednictvím anonymních dotazníků, které byly zvoleny a vypracovány po uvážení a s přihlédnutím na cílovou skupinu instituce.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Harm Reduction (HR)

Následující kapitoly se pokusí, co možná nejdůležitěji vymezit a charakterizovat výše uvedený pojem, současně bude naším průvodcem historií tohoto systému, jeho podstatou, principy i přístupy v praxi. Proto, abychom tento systém mohli lépe pochopit, uchopíme celou problematiku podrobněji.

1.1. Vymezení pojmu Harm Reduction

Snížování poškození či minimalizace rizik, bychom mohli považovat za doslovný překlad termínu „harm reduction,“ který spadá do terciální prevence, tedy předchází vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. Zmíněný termín však bývá interpretován mnoha způsoby, ale především označuje přístup k uživatelům, kteří aktuálně drogy berou a nehodlají přestat. (Kalina a kol, 2001)

Janíková (In Kalina a kol., 2008, str. 100) definuje Harm reduction „v užším pojetí jako soubor praktických strategií, které redukuje negativní dopady užívání drog, a zahrnuje spektrum strategií od bezpečnějšího užívání po strategii vedoucí k abstinenci.“

Dle WHO (2005, str. 19) je „v oblasti veřejného zdraví termín harm reduction užíván pro snahu předcházet negativním zdravotním důsledkům souvisejícím s určitým typem chování nebo tyto důsledky minimalizovat.“

Tento soubor, termín či model jednoduše nevyhází z úsilí absolutní eliminaci drog, stejně tak jejich užívání, jelikož nejen dle názorů ale i dle historické zkušenosti je neodstranitelná. Vychází tedy z potřeb klienta, které respektují a snaží se s nimi dále pracovat, aby minimalizovaly negativní důsledky jeho chování a zlepšili tak kvalitu jeho života, zdravotní, tělesné i duševní pohody. Jelikož model harm reductionu není zaměřen pouze na klientovy potřeby, ale stejně tak na ochranu celé společnosti, kterou se snaží ochraňovat právě před negativními a nežádoucími dopady užívání drog, snaží se mezi zájmy klienta a zájmy společnosti vnášet co největší možnou rovnováhu. (Hrdina in Kalina a kol., 2003)

1.2. Historie Harm Reduction

Počátkem 80. Let se začal šířit virus HIV, který poškozujje imunitní systém člověka a jehož následkem je tzv. AIDS neboli Syndrom získaného selhání imunity.

Na Tento popud vznikl přístup „public health“ (ochrana veřejného zdraví) z kterého též vychází přístup „harm reduction“, tedy jako pojem chápán ve vztahu k užívání drog, lišící se ale opět v přístupu, který není zaměřen pouze na celou společnost, ale především vychází z individuálních potřeb klientů, kteří drogy aktuálně užívají. (Janíková in Kalina a kol., 2008)

1.2.1. Historie HR ve světě

Mezi první uživatele přístupu harm reduction v evropských zemích, jsou řazeny Nizozemí a Velká Británie, kde byl tento přístup známý i jako „harm minimization“ a samozřejmě několik dalších zemí jakožto Německo, Švýcarsko, kde spoustu dalších programů vycházelo na bázi strategie harm reduction, například testování tablet na parties, programy ve věznicích či aplikační místnosti. (Hrdina in Kalina a kol., 2003)

Pro širší přehled můžeme zmínit několik prvních programů, vycházejících z Harm reduction jako první pokusy s metadonovou substitucí dle Vincent P. Dole v USA roku 1964, vznik prvního Harm reduction programu roku 1984 v Nizozemsku, zřízení první aplikační místnosti ve Švýcarsku roku 1986, první automat na výdej Harm reduction materiálu roku 1987 v Dánsku, první konference roku 1990, která vedla k impulzu pro vznik IHRA (International Harm Reduction Association), tedy nevládní organizace, která se snaží podpořit a rozšířit podporu Harm reduction na celém světě, a dále například roku 2007 se zavádějí automaty na stříkačky v Teheráně.

(dostupné online na www.progressive-os.cz)

1.2.2. Historie HR v České republice

V České republice byl systém HR přijat poskytovateli služeb, kteří tomuto modelu věří a vidí v něm onen smysl pomoci, který není všem na první pohled znám a právě díky jejich vytrvalosti, potřebě spolupracovat, chuti společně se setkávat, diskutovat na dané téma, vyměňovat si své zkušenosti a vzájemně se tak podporovat či naopak kontrolovat, se dostal do podvědomí širší společnosti.

Pro hlubší přehled si představíme jedny z prvních programů HR v České republice, kdy například roku 1974 bylo založeno Středisko drogových závislostí, které bylo poté i zrušeno ale opět roku 1983 znovuotevřeno, první výměnný program v České republice započal rokem 1986, Drop in, tedy organizace sídlící v Praze, která se stará o uživatele nealkoholových drog byla založena roku 1991, roku 1993 nestátní nezisková organizace působící v oblasti závislostí, která vznikla roku 1990, otevřela Kontaktní centrum v Praze, roku 1991 vznikla Nadace Podané ruce a již roku 1994 se transformovala na Sdružení Podané ruce, o kterém budeme pojednávat v samostatné kapitole a například v roce 2008 pomocí Sdružení PROGRESSIVE (tedy nestátní nezisková organizace která vznikla roku 2003 za účelem adekvátně a pružně reagovat na potřeby současné společnosti s důrazem na děti, mládež a mladé dospělé) byli instalovány první automaty NON STOP 24 hodin, pro výdej Harm reduction materiálu.

(dostupné online na www.progressive-os.cz)

1.3. Principy Harm Reductionu

Principy HR nám představují jádro praxe, tedy i přístupu HR, které má své zastánce ale také kritiky, kteří s těmito principy a vůbec celým přístupem HR nesouhlasí.

Mezi základní principy HR patří uplatnění nízkoprahového přístupu, což znamená, že nejsou na klienty kladeny pro něj nedosažitelné cíle, vzhledem k jeho situaci či stavu, ani nelpí na jeho identifikačních údajích, tím pádem to klient ve většině případů vyhodnotí a přijímá jako něco, co je pro něj bezpečné.

Právě principy HR podnítily vznik nízkoprahových zařízení, substitučních programů a výměnných programů, které se řadí mezi služby, které jsou poskytovány uživatelům drog. (Hrdina in Kalina a kol., 2003)

Janíková (In Kalina a kol., 2008) uvádí velmi konkrétní principy harm reductionu sestavené kanadským centrem věnujícím se drogové problematice:

1. **Pragmatičnost** – Akceptuje pozitiva i negativa užívání drog, jelikož mohou přinášet pozitivní prožitky, ale pevně si uvědomuje, že nesou riziko a touto cestou snaží uživateli porozumět.

2. **Humanistické hodnoty** – Neschvaluje užívání drog, ale v každém případě respektuje uživatele v jeho volbě užívat, tedy ho jednoduše ani nemoralizuje ani nepodporuje.
3. **Zaměření na poškození** – Rozhodně nevyklučuje abstinenci jako dlouhodobý cíl, ale stejně tak jí neprosazuje, jelikož bere v potaz i jiné možnosti, kdy klient abstinovat nehodlá. Proto se zaměřuje především na snižování negativních dopadů užívání, jak na uživatele samotného, tak i na okolí.
4. **Zvažuje náklady a přínosy** – Měří a posuzuje problémy s užíváním drog a taktéž hodnotí náklady a přínosy intervence neboli zásahů.
5. **Zaměření na bezprostřední cíle** – Cíle jsou vztahovány k samotným jednotlivcům, a poté tak mohou lépe odpovídat jejich aktuálním potřebám a napomoci jim dělat první kroky k abstinenci nebo alespoň k bezpečnému užívání.

1.4. Přístup Harm Reduction

Přístup HR je specifický. Někomu se může zdát, že podporuje samotnou drogu ale to je omyl. Přístup jednoduše vychází z realistického pohledu na svět, respektive lze říci, že je to přístup uvědomělý, jelikož vždy bude existovat procento občanů, které bude chtít drogy přijímat a navzdory jakékoliv překážce ji přijímat bude! Je tedy důležité přistupovat k těmto občanům specificky. (Zábranský a kol., 1997)

Přístup HR je zaměřen opět a znovu na specifické potřeby uživatelů drog, kteří ať už z jakýchkoli důvodů drogu užívají, tak aby maximálně minimalizoval zlo, které sebou droga přináší a nenásilně tak motivoval klienta třeba až k samotné abstinenci.

Janíková (In Kalina a kol., 2008) uvádí, že přístup:

- Má opravdu velkou snahu minimalizovat poškození, které způsobuje užívání drog a to v co nejvyšším rozsahu.
- Přistupuje k uživateli drog jako k lidské bytosti a to s důstojností a respektem.
- Hledá a usiluje o možnosti co nejvyšší intervence.
- Podporuje a motivuje klienta skrze jeho možnosti a ne pomocí pohádek.
- Nemá vyhraněný názor, či jej neprosazuje, co se týče legalizace drog.

Kalina (In Kalina a kol., 2003, str. 19) uvádí, že „toto *nezavírání očí* před realitou užívání drog umožňuje zachránit mnoho životů a průběžně pracovat na motivaci k abstinenci léčbě.

1.5. Cíle Harm Reduction

Jelikož byly již cíle HR v předchozím textu nejednou zmíněny, pro pořádek je rozumné si je jednoduše zestručnit, abychom v nich mohli mít co nejsnadnější přehled. Přestože se můžeme dočíst různých členění cílů Harm Reducion přístupu, všechny vycházejí na bázi stejných kritérií, a to:

- maximálně motivovat klienta, aby používal vlastní náčiní a nesdílel jej tak s jinými uživateli drog, což se týká především intravenózních uživatelů drog
- naučit a motivovat klienty užívat drogy alespoň méně rizikovým způsobem
- Informovat klienty o důsledcích a rizicích užívání
- informovat klienty o zásadách bezpečnějšího sexu
- přispívat a podněcovat klienty ke změně svého rizikového chování, omezit jej či zcela odstranit
- minimalizovat rizika somatického poškození v důsledku užívání drog
- přispívat k minimalizaci trestné činnosti páchané uživateli drog
- motivovat uživatele drog k pravidelnému kontaktu s odborným zařízením
(dostupné online na <http://www.adiktologie.cz>)

WHO (2005, str. 19) uvádí, že hlavním „cílem harm reduction v rámci komplexních intervencí vztahujících se k injekční aplikaci drog je předcházet přenosu viru HIV a jiných infekcí, k němuž dochází sdílením nesterilního injekčního vybavení a přípravků určených k výrobě drog.

1.6. Programy Harm Reductionu

Mezi jedny z nejnámějších programů užívané v HR řadíme především výměnu sterilního injekčního náčiní za již použité, které se snaží v maximální možné míře omezit přenos infekčních onemocnění, poradenství do kterého spadá například poskytování informací o možnostech jiných či dalších terapiích, tedy léčebných prostředcích, dále můžeme hovořit o edukační činnosti, která se týká rizik, rad a návodů spadajících do samotného užívání drog, což některé osoby považují za podporu samotného užívání, kdy se opět HR dostává do konfliktu s opozitní společností.

Samozřejmě zde řadím další programy, které aplikují princip HR, a to programy perskripce, programy předávkování, programy testování tanečních drog apod. Podrobněji si však uvedeme programy, s kterými se můžeme setkat nejčastěji.

1.6.1. Programy výměny jehel a injekčních stříkaček

Programy výměny jehel a injekčních stříkaček byly zavedeny v mnoha zemích a to především proto, že je mnoho důvodů, proč jsou uživatelé drog ochotni sdílet injekční stříkačky či náčiníčko a samu sebe tak vystavovat riziku nákazy těžkým a nevyléčitelným onemocněním, ale hlavním důvodem je právě omezená dostupnost čistých jehel a náčiníčka. O dotyčných programech můžeme tedy hovořit podle Gossop M (2006) doslova jako o léčbě, ve stejném slova smyslu jako psychologická, psychosociální či farmakologická léčba, kde můžeme zmínit například metadonovou léčbu či behaviorální terapie. Distribuce jehel a jiného materiálu může být prováděna některými službami zdarma, za úplatu nebo výměnou kus za kus.

Dle WHO (2004, str. 47) „bylo uspokojivě prokázáno, že programy výměny jehel a stříkaček mohou zvýšit počet osob, které se rozhodnou zúčastnit se protidrogové léčby a potencionálně také vyhledat primární zdravotní péči.“

V České republice, jako hlavním zdrojem sterilního injekčního materiálu, jsou nejen programy na výměnu jehel prostřednictvím nízkoprahových zařízení či terénních prací, ale i lékárny, kdy populace navštěvující lékárny bývá zpravidla méně znevýhodněna než populace, která navštěvuje veřejné programy, jelikož ne v každé lékárně probíhá výměnný program a tedy nemusí fungovat výměna kus za kus ale jehly i stříkačky mohou být i zpoplatněny.

1.6.2. Poradenství a edukace v rámci HR

Poradenství a edukace v rámci HR zahrnuje především rady, návody a vysvětlení jak drogu bezpečně užívat, tedy jak správně drogu aplikovat, dezinfikovat náčiní a jiné informace, týkajících se bezpečného užívání. Poradenství či edukace tohoto směru může být prováděna přímým kontaktem s klientem, tedy ústním přenosem informací nebo také prostřednictvím tištěných materiálů, které jsou ale určeny pouze do rukou uživatelů, jelikož v širší laické veřejnosti by mohly tyto materiály vyvolat nemalé pobouření. Důležité je i poradenství a edukace, co se týče bezpečného sexu včetně distribuce kondomů. Stejně tak je edukace a poradenství **prostředníkem** nejdůležitějšího **poselství**, že ač je lepší brát **drogu** bezpečně než

nebezpečně, **nejlepší** je ji **nebrat vůbec!** Předléčebné poradenství, tedy strukturované poradenství, probíhá formou plánovaných individuálních ale i skupinových sezení, které mohou probíhat až několikrát týdně, kdy jde o snahu motivovat klienta pro volbu vhodné léčby, pomoci mu zajistit v co nejkratší době vhodný typ léčby a pomoci mu se v léčbě udržet. (Kamil K., 2003)

2. Uživatelé nealkoholových drog jako cílová skupina

Abychom lépe porozuměly, komu především jsou programy systému Harm reduction určeny, blíže o tom pojednáme v následující kapitole, která nám jednoduše a přehledně prezentuje populaci uživatelů nealkoholových drog a konkrétní drogy, které se právě mezi drogy nealkoholové řadí.

2.1. Drogy a jejich účinky

Nejčastěji užívané nealkoholové drogy u nás jsou především tabák případně kofein, ale má práce pojednává především o závislosti na nelegálně užívaných drogách, kde spadá marihuana a hašiš (jedná se o přírodní látky pocházející z indického konopí, která se užívá především způsobem kouření či konzumací v jídle), extáze (chemická látka na pomezí halucinogenů a stimulačních drog /MDMA/ nejčastěji v tabletách užívaná perorálně), LSD (či jiné halucinogeny jako houby lysohlávký) tlumivé látky (jako rohypnol či diazepam a jiné návykové léky především k dostání na předpis), pervitin (chemický přípravek který účinkuje stimulačně, tedy povzbudivě na CNS), heroin (spolu s morfinem a kodeinem patří do skupiny opiátů, které působí naopak tlumivě na CNS) a těkavé látky (například lepidlo, ředidlo či plyny ze zapalovačů). Za nejhlavnější drogu toxikomanů, kteří se léčí ze závislosti je **heroin** a **pervitin**. S ostatními uvedenými drogami se spíše experimentuje, ale samozřejmě vzniká riziko fyzické či psychické závislosti. (Kalina K., 2003)

2.2. Definice pojmu závislost

Závislost lze definovat z různého pohledu například jako nemoc, či jako negativní sociální fenomén, ale potenciálem všech různých definic je vždy stejný základ a to, fyzická či psychická závislost na droze, zvyšování její dávky a nezvladatelná touha opakovaně drogu užívat i přes její negativní dopady na dotyčného jedince, co se týče jeho zdraví, rodiny a celkové společnosti. (MKN-10, 2006)

Definice syndromu závislosti dle MKN, 10 revize (WHO 1992), která je u nás platná od roku 1992, je Syndrom závislosti „soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí okamžitě po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládní při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes

škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav.“

2.3. Drogově závislá osoba, klient

Drogově závislý, nebo jinak osoba se syndromem závislosti, nepřekonatelně touží po oné droze bez ohledu na její negativní následky, kterých si je jedinec vědom, přesto stále baží po prožívání stavu, který intoxikace způsobuje. Časem u jedince dochází k zvýšené toleranci drogy, jelikož si na pravidelný přísun drogy jeho organismus zvykl a tudíž dochází ke zvyšování dávek. Bohužel již negativní důsledky na jedince samotného mají dopad i na společnost. Z negativních důsledků užívání drog nám vyplývá, že klient má nejrůznější fyzické, psychické, zdravotní a sociální problémy, ve většině případů není schopen vykonávat pravidelné zaměstnání, či studovat, jelikož mu jeho život ovládá sama droga, kterou ale potřebuje, aby zahnal silné bolesti či všemožné důsledky jejího užívání. Z toho všeho plyne, že se klient nachází v jednom velkém začarovaném kruhu. (Bednářová Z., Pelech L., 2003)

2.4. Specifická podskupina uživatelů drog

Specifickou podskupinu tvoří jedinci s drogovou závislostí, kteří se již o léčbu pokoušeli, ale léčbu se jim nepodařilo řádně ukončit, jelikož nebyli schopni dodržet pravidla v daném zařízení a byli tedy ze zařízení vyloučeni a po návratu ve větší míře opět propadli závislosti na droze. V Nejlepším možném případě jedinec absolvuje léčbu úspěšně a je tak zbaven fyzické i psychické závislosti, ale je třeba si uvědomit, že jedinec je stále klientem, který sice již není závislý na droze, ale přesto potřebuje intenzivní pomoc a podporu v začleňování se do společnosti, v seberealizaci jako součást prevence relapsu a ve všech možných směrech, které mu droga uzavřela.

Jelikož droga uživateli uzamkla dveře a klíče od nich zahodila, je potřebné tyto klíče klientovi pomoci opět nalézt a pomoci nich uzamčené dveře znovu otevřít. (Bednářová Z., Pelech L., 2003)

3. Práce s uživateli nealkoholových drog v duchu Harm reduction

Práce v rámci Harm reduction, s uživateli nealkoholových drog, nejčastěji probíhá buď to přímo v terénu, jako tzv. **terénní práce**, anebo v nízkoprahovém zařízení, tedy v tzv. **kontaktním centru**. Podstatou práce je navázání kontaktu s klientem, navázání důvěry a poté možnost navázání co možná nejplnohodnotnější a otevřené komunikace, která vede k prohlubování důvěry v samotné zařízení a která je tak nepostradatelnou součástí využívání další odborné pomoci obecně. Do práce s uživateli drog spadá taktéž poučení klienta o bezpečném užívání, hygieně, rizicích i důsledcích užívání, výměna injekčního náčiní, poradenství a edukace, které jsou již vymezeny v předchozí kapitole. (Glosář in Kalina a kol, 2001)

Podle Libra J. (in kalina a kol., 2003, str. 165-166) ve standardech sociálních služeb MPSV je definována Práce s uživateli drog jako „komplex nízkoprahově organizovaných služeb, jejichž cílem je vytvářet podmínky pro navázání kontaktní a konkrétní práce s jednotlivci a sociálními skupinami, které nemohou nebo nechtějí vyhledat standardní institucionální pomoc a u kterých je předpoklad potřeby a účelnosti této pomoci.“

3.1. Terénní práce s uživateli nealkoholových drog

3.1.1. Vymezení pojmu terénní práce s uživateli drog

Nebo také označení Streetwork, kdy doslovný překlad z angličtiny je tzv. práce na ulici. Streetwork je metodou terénní sociální práce, kdy jejím smyslem je aktivní vyhledávání rizikových jednotlivců či celých skupin uživatelů drog, kteří z nějakých důvodů ať už pro nedůvěru, či strach nenavštěvují pro ně existující specifické instituce.

Streetwork můžeme obecně definovat dle Bednářové Z., Pelech L. (2003, str. 7) jako: „aktivní vyhledávací, doprovodná a mobilní sociální práce, jež zahrnuje nízkoprahovou nabídku sociální pomoci, určenou nositelům sociálně-patologického chování a osobám žijícím rizikovým způsobem, u nichž je předpoklad, že sociální pomoc potřebují a samy ji nevyhledávají.“

3.1.2. Terénní pracovník

Dle Bednářové Z., Pelech L. (2003, str. 7) je „streetwork založen především na důvěře v **sociálního pracovníka** a vytvoření oboustranného socioterapeutického vztahu. Tato forma může být efektivní pouze tam, kde její adresáti sami chápou smysl této práce, akceptují ji a snášejí.“

Sociálním pracovníkem terénní práce je tedy tzv. terénní pracovník neboli Streetworker, jehož pracovištěm, co může být pro jiné pracující osoby kancelář, je přirozené prostředí klientů například ulice, nádraží či kluby, jednoduše místa kde se potenciální klienti pohybují. Streetworker je onen vyhledavač skupin či jednotlivců, kteří jsou ohroženi stylem svého života či negativně sociálními jevy a snaží se jim nabídnout pomoc, jelikož sami pomoc nejsou ochotni vyhledávat. Orientuje se na podporu zájmů dotyčných klientů či skupin klientů, akceptuje jejich pohled na svět, názory i způsob života a je tedy v roli jakéhosi tlumočnicka mezi dvěma jinými světy.

3.1.3. Historie terénní práce

Můžeme říct, že již v dávné historii byly vykonavatelé práce v terénu a to především knězi, kteří ze svého náboženského přesvědčení vyhledávali lidi, kteří sami nezvládali svou životní situaci a snažili se jim pomoci. O tzv. streetworku, jinak také terénní práci, se začalo hovořit až kolem 20. století v USA, který měl představovat reakci na selhání klasických přístupů sociální práce v období zrychleného sociálního upadání a následným vznikem nebezpečných gangů. Sociální pracovníci tak byli nuceni naprosto změnit styl práce a ze svých kanceláří vyrazili za svými potenciálními klienty do ulic. V průběhu šedesátých a sedmdesátých let 20. století se terénní práce rozšiřuje téměř do všech měst celé Evropy. Poprvé **V České republice** byly činnosti streetwork a streetworkera, jinak také sociálního asistenta, zaznamenány ve vládním materiálu tedy v Programu sociální prevence roku 1993. Na onom základu byla funkce zaváděna na některých úřadech, kdy příslušní pracovníci přenesli svou práci přímo do míst mezi své klienty. Postupem času začal rozvíjet i v zařízeních provozovaných nestátními organizacemi, a to z počátku především právě v oblasti práce s drogově závislými. (Matoušek O. a kol, 2003)

3.1.4. Typy terénní práce a její činnosti pro uživatele drog

Jakožto hlavní tři typy terénní práce, které dle Staníček J. (in Klíma P., Herzog A., Kunc S. a kol., 2008-2011) využívají v kombinaci jednotlivé konkrétní týmy, jsou:

1. **Nezávislá práce v terénu** – Také označována jako práce na otevřené drogové scéně. Probíhá nezávisle na jiných institucích, které poskytují služby uživatelům drog. Uskutečňuje se na veřejných místech především tam, kde se pohybují dotyční uživatelé drog, kde se drogy aplikují či nakupují.
2. **Terénní práce v domácnostech** – Jinak také označována jako práce na uzavřené drogové scéně. Již z názvu vyplývá, že probíhá v bytech, kde žijí uživatelé drog, dealeri či byty kde si uživatelé drogy aplikují. V tomto prostředí mohou dobře fungovat indigenní terénní pracovníci, tedy bývalí uživatelé drog.
3. **Komunální terénní práce** – se uskutečňuje v organizacích či institucích, které nejsou zaměřené přímo na specifickou práci s uživateli drog, ale snaží se o co možná nejvyšší osvětovou zdravotnickou činnost. V současnosti je tento typ terénní práce skrytý a rozvíjí se pomalu, jelikož prakticky žádná organizace nechce veřejně přiznat, že její klienti užívají drogy. Zde můžeme mimo jiné hovořit o armádě či o erotických klubech.

Dle Bednářové Z., Pelech L. (2003) Je činnost pracovníka rozdělena na tři základní formy. V první řadě můžeme uvést tzv. **práci přímou**, kdy terénní pracovník pracuje s konkrétní cílovou skupinou v terénu či v zařízení, provádí například sběr či výměnu injekčního materiálu, poskytuje drobné zdravotní ošetření, nácvik bezpečnějších praktik při užívání, nácvik bezpečné likvidace stříkaček a jiného použitého materiálu, provádí distribuci doplňků, které obsahují například suché tampóny, filtry, vodu do injekcí a podobně a dále může poskytovat kondomy a informace o bezpečném sexu. Druhá forma tzv. **práce nepřímá**, kdy jejím úkolem je například administrativní činnost, vyhodnocování statistik, organizační činnost ale i porady, vedení evidence, či vzájemná komunikace s kolegy. Třetí, poslední a stejně tak důležitou formou práce je tzv. **práce přesahující**, nebo také práce smíšená, kdy jde o činnost jak přímou tak nepřímou, kdy se klient účastní různých školení, supervizí, stejně tak zde spadá metodické vedení i vzdělávání se ve specifických oblastech.

3.2. Nízkoprahová kontaktní centra pro uživatele drog

3.2.1. Vymezení pojmu Kontaktní centrum

Dalším nositelem důležitosti kontaktu je již sám pojem Kontaktní centrum, v anglickém překladu také jako Drop-in centre. Jde o centrum, kde dochází ke kontaktu, který je pro nabízené a poskytované služby oné cílové skupině drogově závislých nezbytný, jelikož, co se týče jiných institucí, tento kontakt u této tzv. Skryté populace chybí. Kontaktní centrum je výjimečné především pro svůj nízký práh, díky kterému umožňuje této klientele přístup ke službám přímo z ulice a anonymně, v neformálním prostředí a dochází tak k navazování důvěry mezi klientem a pracovníkem, kdy ani abstinence není podmínkou jeho spolupráce. (Kalina a kol., 2001)

3.2.2. Pracovník nízkoprahového kontaktního centra

Dle Libra J. (in Kalina a kol., 2003, str. 167) má být „celkový mezioborový tým sestaven tak, aby byly zastoupeny profese, kvalifikace a dovednosti odpovídající různorodé skladbě programu a zároveň aby byl pružný a schopný dostát často konfrontačním a frustrujícím nárokům nízkoprahové práce.“

Proto by mělo vzdělávání pracovníků kontaktních center pro uživatele drog v sobě zahrnovat především znalosti z oblasti prevence, sociální práce, léčení závislostí, krizové intervence, motivačního tréninku, individuální, skupinové i rodinné terapie. (Libra in Kalina a kol., 2003)

Neméně důležité pro pracovníky nízkoprahového kontaktního centra je práce se supervizí a prevence syndromu vyhoření, tedy dostatečný aktivní i pasivní odpočinek, relaxace, harmonické vztahy, správná životospráva a jiné.

3.2.3. Historie kontaktních center

Vývoj nízkoprahových kontaktních center v ČR je spojen s postupnou specializací oboru návykových nemocí v rámci oborů péče o duševní zdraví a lze časově začlenit do druhé poloviny 20. Století, kdy tento obor začíná pronikat i do resortu sociálních věcí, školství a do dalších jiných oborů. V minulosti v Československu, před rokem 1989, existovala síť tzv. AT organizací, zaměřená na alkoholismus a jiné toxikománie, dále pak existovaly záchytné stanice, psychiatrická lůžková zařízení a protialkoholní léčebny. Po roce 1989, řada AT organizací zanikla, jelikož docházelo ke změnám i v řadách zdravotnických zařízení.

Především v souvislosti všestranných změn po pádu komunistického režimu, kdy se ČR otevírá širší společnost, dochází k přísunu množství nových informací, ke změnám životního stylu, tedy i k nezákonnému obchodu s návykovými látkami, na což reagovala především novými trendy v oblasti užívání návykových látek nestátní a nezdravotnická zařízení. Postupem času byla čím dál zřetelnější potřeba včasného kontaktu a snižování již nastolených rizik užívání drog, což vedlo k hledání tzv. „dveří“, které mají nízký práh, a proto lze co nejdříve vstoupit do systému pomoci. Období devadesátých let, můžeme označit jako období nárůstu obdobných zařízení. Tyto programy a zařízení jsou v dnešní době označována za potřebné a především účinné a jsou tedy podporována z veřejných zdrojů. (Libra J. in Kalina a kol., 2003)

3.2.4. Obecné služby kontaktních center

Obecně dle Libra J. (in kalina a kol., 2003) se do spektra služeb kontaktních center zahrnuje především:

1. **Kontaktní práce** - která patří mezi základní činnost nízkoprahového zařízení. Jde tedy o navázání kontaktu s klientem, vytvoření důvěry a zjišťování a zajišťování problémů či potřeb klienta. Realizuje se v kontaktní místnosti.
2. **Výměnný program** – výměna injekčního materiálu za již použitý, dostupnost dezinfekčního materiálu a jiného nezbytného zdravotnického materiálu.
3. **Základní zdravotní péče** – možnost testování na HIV a hepatitidy, nepostradatelné zdravotní ošetření, naléhavá péče.
4. **Základní poradenství** – může se týkat zdravotního stavu a sociálních rizik spojených s užíváním drog a jejich minimalizace. Informace o možnostech další léčby, zařízeních a pomoc zprostředkování oné léčby.
5. **Další krátkodobé intervence** – jinak také krizová intervence, kde můžeme řídit krátkodobou nebo jednorázovou práci s rodinou klienta či partnerem.
6. **Strukturované poradenství a motivační trénink** – který je nápomocen získávat, posilovat a udržovat motivaci klienta pro další léčbu. Často je vnímáno jako vyšší stupeň služby kontaktního centra, kdy klient přestává být anonymním a odlučuje se ze společenství v kontaktní místnosti a jde dále do terapeutického nebo poradenského vztahu.

7. **Sociální práce** – je především nápomocná při hledání ubytování, zaměstnání, při vyřizování různých dokladů, nebo také vystupuje jako asistence při jednotlivých kontaktech, ať už se jedná o rodinu klienta či úřady, policii, soud.
8. **Doplňkové služby** – do kterých spadá potravinový servis, kde klienti mohou v Kontaktním centru dostat polévku, čaj, kávu či pečivo, stejně tak hygienický servis, kde má klient možnost se osprchovat nebo také vitamínový servis.

Stejně tak součástí služeb kontaktního centra samozřejmě s přihlédnutím na úroveň kontaktu s klientem je i zhodnocení jeho celkového stavu, sestavení individuálního plánu, který obsahuje plán péče i cíle práce a v neposlední řadě uzavření klientova kontraktu a jeho průběžné revidování.

3.3. Veřejnost versus Kontaktní pracovník

Širší veřejnost má v nemalém zastoupení sklony považovat kontaktní práci a tedy kontaktní pracovníky za tajné podporovatele a stoupence těchto tzv. feťáků, kteří žijí z daní a i jinými způsoby okrádají společnost, proto si je třeba uvědomit, že sám kontaktní pracovník je potencionálně ohrožen vyloučením ze společnosti a proto je velice důležité šíření informací, edukace a celková osvěta o postojích a cílech kontaktních pracovníků (terénních pracovníků, pracovníků nízkoprahového kontaktního centra) a uvědomění tak veřejnosti o důležitosti práce a potřebě jejich podpory.

Dle Libra J. (in Kalina a kol., 2003, str. 170) je cílem osvěty jasně sdělit veřejnosti, že „principiální nesouhlas s podporou návykového chování se nerovná diskriminaci a ostrakizaci jakýchkoliv sociálních skupin a jejich vyloučení ze služeb. Že množství lidí zneužívajících návykové látky jsou řádnými a úspěšnými členy společnosti. Že profesionálním přístupem je zaujímat postoje a vytvářet programy na základě racionální analýzy a ověřování efektivity.“

3.4. Rizika vyplývající z práce s uživateli drog

Jak už je zmíněno v předchozí kapitole potencionálním ohrožením pro pracovníky může být sama veřejnost a její postoj k práci s uživateli drog. Ale každá osoba ve společnosti, která má základní informace či alespoň malé ponětí o práci s uživateli drog si uvědomuje, že ona práce s uživateli drog je nebezpečná už jen tím, že probíhá v potencionálně nebezpečném prostředí, a to přímo v ulicích na místech samotné drogové scény, tedy v prostředí které je domovské pro klienta nebo v centech kde potencionálně nebezpeční klienti docházejí. Pro

ochranu a bezpečnost pracovníka jsou sepsány různá pravidla a opatření, vycházejících například ze zákonů ČR ale chce-li pracovník účelově plnit svou práci, musí se řídit i nepsanými pravidly, které jsou platné pro určitý sociální svět a pro konkrétní místo. Jednoduše řečeno například terénní pracovník je v roli hosta a tudíž se musí na půdě klienta podříditi pravidlům, které stanovuje hostitel, tedy sám klient.

Rizika pro terénního pracovníka ale i pracovníka v nízkoprahovém kontaktním centru lze specifikovat dle Staníčků J. (in Klíma P. a kol., 2008) ve dvou základních úrovních:

- Jako **mimořádné události**, které se potencionálně mohou vyskytovat během práce v terénu, kde spadá například předávkování klienta, konflikty mezi samotnými klienty, napadení pracovníka, policejní akce a neodkladné události při kterých je ohrožen život či zdraví osob, které se nemusejí účastnit terénního programu. Pro tyto mimořádné události jsou zpracovány metodické manuály, které vycházejí z obecných standardů a z etického kodexu terénní práce.
- Jako **rizika** či možné důsledky **vycházející s každodenní práce terénního pracovníka i pracovníka kontaktního centra**, jako je kontakt s klientem, kdy musí dbát na svou bezpečnost a chránit se před potencionálním napadením, dále musí dbát na rizika spojená s úkony, kde můžeme zmínit velmi nebezpečnou manipulaci se stříkačkami, a proto je tedy v první řadě velice důležité vyškolení pracovníků, aby měly dostatečné informace a uměli tak uplatňovat odborný postup.

3.5. Možnosti další léčby uživatelů drog v ČR

Všechny hlavní formy léčby známé v zahraničí, ne však vždy v žádoucí kvalitě, můžeme v současnosti nalézt i v České republice. Mezi základní typy léčby patří dle Mravčík, V., Pešek, R., Horáková, M. a kol. (2010):

- **Ambulantní léčba** – která je vhodná spíše pro klienty s lehčím stupněm závislosti, kde řadíme **Psychiatrické ordinace**, v současnosti asi 50-70, což jsou ordinace specializovaná na léčbu závislostí (dříve pod názvem protialkoholní poradny). Dále zde spadá **opiátová substituční léčba** (v ČR 45 zařízení), kde jsou k dispozici tři přípravky pro substituční léčbu závislosti na opiátech a to Metadon (od r. 1997) který je pouze dostupný ve specializovaných substitučních centrech, Subutex (od r. 2000) a Suboxone (od r. 2008) které jsou dostupné v lékárnách po předložení předpisu. Mezi zvláštní typ ambulantní léčby patří také **záchytné stanice** (v ČR 16 zařízení), jakožto

specializovaná zařízení pouze pro krátkodobý pobyt, tedy několik málo hodin a detoxikace při akutní intoxikaci.

- **Rezidentní léčba** – kde patří tzv. **Detoxikační jednotky** (16 zařízení), jsou lůžková zdravotnická pracoviště často při odděleních psychiatrie, kde léčba trvá 1-3 týdny s cílem překonat odvykací syndrom před následující léčbou. Patří zde také **psychiatrická lůžková zařízení, terapeutické komunity** pro uživatele drog (10 zařízení), **specializovaná oddělení v pobytových zařízeních speciálního školství** (v ČR 272 zařízení) např. diagnostické ústavy, dětské domovy se školou, střediska výchovné péče a jiné.

4. Brno město

Následující podkapitoly, pojednávající o Protidrogové politice města Brna, jejíž vytyčení je pro naši práci neméně důležité, vycházejí z dokumentu Magistrátu města Brna – Strategie protidrogové politiky města Brna na období 2011 – 2014.

4.1. Charakteristika města Brna

Brno je počtem obyvatel i rozlohou druhé největší město v České republice. Je sídlem Jihomoravského kraje, v jehož centrální části tvoří samostatný okres Brno-město. Brno má více než 380 000 obyvatel, je sídlem Ústavního soudu, Nejvyššího soudu, Nejvyššího správního soudu i Nejvyššího státního zastupitelství, proto je považováno za centrum soudní moci ČR. Díky zde sídlícím třinácti univerzitám, je také považováno za velmi významné středisko vysokého školství a také pro zde sídlící státní orgány je významným administrativním střediskem a podobně.

4.2. Drogová scéna na území města Brna

V České republice se odhaduje počet uživatelů návykových látek na cca 30.000 klientů, ale tento počet není definitivní, jelikož odpovídá pouze těm klientům, kteří již žádali o léčbu či jinou intervenci například v nízkoprahovém centru a nezahrnuje tzv. skrytou populaci uživatelů drog, což jsou dle Miovský M., Spirig H., Havlíčková M. (2003, str. 28) „uživatelé, kteří na svou drogovou kariéru neupozorňují, nevyhledávají pomoc a nechtějí se léčit.“ Z tohoto výše zmíněného počtu je souzeno Brnu cca 500 – 800 klientů a za nejužívanější drogu můžeme označit **pervitin**, ale nelze zapomínat na narůstání závislosti na **heroinu**, kdy začíná převažovat intravenózní aplikace drog, z čehož lze vyvodit nárůst hepatitidy i HIV, proto je nutné nadále podporovat program Harm Reduction a jeho výměnný program jehel a stříkaček. Marihuana a extáze je Brně a dá se říci, že i v celkové společnosti, oblíbenější spíše mezi mládeží a těkavé látky se nejvíce vyskytují u dětí a mládeže ze sociálně slabých rodin. (Strategie protidrogové politiky města Brna na období 2011 – 2014 dostupná online na www.brno.cz)

4.3. Strategie protidrogové politiky města Brna na období 2011 – 2014

Město Brno již dlouhý čas maximálně podporuje program protidrogové politiky, jehož cílem je předcházet vzniku problémů z užívání návykových látek a stejně tak ochrana veřejného zdraví. Ve smyslu sociální patologie je v současné době nejrizikovější mládež, ale protidrogová politika města Brna věří v efektivitu dobré **komunitní práce**, jelikož samostatně uzavřené strategie se jeví jako neúčinné. (Strategie protidrogové politiky města Brna na období 2011 – 2014 dostupná online na www.brno.cz)

4.4. Základní pilíře protidrogové politiky města Brna na období 2011 – 2014

Mezi základní pilíře programu protidrogové politiky města Brna, které vycházejí ze samotné národní strategie protidrogové politiky, tudíž jsou nejen sní ale i s Krajskou strategií v souladu, řadíme:

- Primární prevenci – která zahrnuje využívání volného času a omezení tak kontaktu s návykovou látkou či nácvik odmítnutí návykové látky.
- Léčbu a resocializaci/reintegraci – která poskytuje komplexní péči a léčbu dle individuálních potřeb a zdravotního stavu a to v zařízeních města Brna.
- **Snižování rizik** – jehož opakovaně zmíněným principem je snižování a mírnění škod, které vyplívají z důsledků užívání návykových látek, nenásilná motivace klienta k celkové změně životního stylu.
- Snižování dostupnosti drog – z čehož vyplívá maximální snižování dostupnosti drog, čímž se systematicky zabývá především policie.

(Strategie protidrogové politiky města Brna na období 2011 – 2014 dostupná online na www.brno.cz)

4.5. Cíle protidrogové politiky ve městě Brně

Stejně tak jako pilíře programu protidrogové politiky města Brna jsou jeho součástí následující cíle, které nám slouží nejen pro zhodnocení jejich dosažení ale také pro celkovou

motivaci i následující inspiraci jejich dosahování. Cíle programu protidrogové politiky dělíme na:

4.5.1. Krátkodobé cíle

- Koordinace protidrogové politiky města Brna a podle aktuálních potřeb navrhnout řešení.
- Společná práce spolu se samosprávami na tvorbě protidrogových programů.
- Mapovat a poté vyhodnocovat situaci zneužívání drog a poskytovat návrhy na její řešení.
- Poskytování odborných konzultací subjektům podílejících se na programových realizacích ve vizi jejich spolupráce.
- Spolupracovat s příslušnými zástupci veřejné správy vyžaduje-li to situace.
- Pořádat odborné semináře z oblasti užívání návykových látek pro pracovníky Magistrátu města Brna a Úřady městských částí.
- Dostupnost materiálů pro dizertační práce či jiné studijní potřeby studentů.
- Tvorba projektu protidrogové politiky úřadu.
- Financovat dle možností vhodné a prioritní programy pro město Brno.
- Dbát na dotace pro protidrogovou politiku a na jejich efektivitu dle usnesení vlády České republiky.

Spolupracovat spolu se zahraničními partnery prostřednictvím vzájemného předávání informací a zkušeností, použitelných i v konkrétních situacích.

(Strategie protidrogové politiky města Brna na období 2011 – 2014 dostupná online na www.brno.cz)

4.5.2. Dlouhodobé cíle

- Podporovat práci nízkoprahových klubů pro neorganizovanou mládež.
- Prostřednictvím finančních prostředků podporovat činnosti dětského centra pro děti a mládež ze sociálně slabých či nepřízpůsobivých rodin.
- Podpora nestátních neziskových organizací a jejich práce v rámci primární prevence především u dětí a mládeže, jejich rodičů či u sociálně rizikových rodin.

- Zajištění komplexní péče, jejíž součástí je i rodinná terapie u nezletilých, jako uživatelů návykových látek.
- Stálá podpora a údržba funkční sítě zařízení, tedy zařízení pro protidrogovou prevenci (primární, sekundární, terciální prevence) a následnou péčí.

(Strategie protidrogové politiky města Brna na období 2011 – 2014 dostupná online na www.brno.cz)

5. Sdružení PODANÉ RUCE, o.s.

Právě Sdružení Podané ruce je jednou z brněnských organizací, která se podílí na primární, sekundární, terciální prevenci a následné péči ve městě Brně a tato samostatná kapitola o Sdružení Podané ruce, nám blíže charakterizuje své poslání, cestu k tomuto poslání a své současně nabízené programy a služby, kterých je součástí i ona služba Kontaktního centra Vídeňská.

5.1. O Sdružení

Sdružení Podané ruce je nestátní neziskovou organizací, která poskytuje sociální a zdravotnické služby lidem v problému s drogami a s nealkoholovými závislostmi, dále sociální služby dětem, mladistvým a mladým lidem, ohroženým sociálním vyloučením a nepříznivým sociálním vývojem. Jako služby, které zahrnují jak zdravotnické postupy, tak i sociální práci s klienty jsou registrovány podle zákona č. 108/2006., o sociálních službách, a řídí se standardy kvality sociálních služeb. Aktuálně organizace zřizuje 21 registrovaných služeb. (Výroční zpráva Sdružení Podané ruce, o.s. za rok 2010 dostupná online na www.podaneruce.cz)

5.2. Historie Sdružení Podané ruce

Mezi rokem 1984-1990 vznikla tajná neformální skupina, podporovaná v začátcích katolickou církví. Skupina se z části skládala právě z lidí, kteří sami drogy užívali, ale kteří již svou drogovou kariéru měli za sebou. Ona skupina fungovala na principu svépomoci a z počátku se orientovala pouze kolem jednoho domu v Brně, ale kvůli tajné policii se musela skupina setkávat i na různých jiných místech či bytech. Roku 1991 byla založena Nadace Podané ruce, kde byly postupem času otevřeny první programy pro dlouhodobě závislé a první terénní aktivity, které se odehrávaly v bytech uživatelů drog, na Moravě, činnost kontaktního centra byla zahájena v Olomouci a stejně tak se vytvářela spolupráce s jinými instituty jako s psychiatrickou léčebnou Brno-Černovice. Po roce 1993 byla v Brně díky bezplatnému zapůjčení prostor od Milosrdných bratří zahájena kontaktní práce a bylo zavedeno oficiální financování projektu resociálního střediska Magistrátem města Brna. Roku 1994 převzalo všechny aktivity nadace nově založeného Sdružení Podané ruce, kde začalo probíhat formou kurzu vzdělávání pro laické terapeuty. Byla taktéž zahájena činnost centra prevence v Brně, dnes již samostatného zařízení pedagogicko-psychologické poradny. Rok od

roku díky získaným kompetencím vznikaly nové programy a zařízení, jako Terapeutická komunita Podcestný Mlýn, kontaktní centrum Charáč v Uherském Hradišti, kontaktního centra Netopeer ve Znojmě a Želva v Prostějově, zahájení samostatného střediska terénní práce v Brně, v Olomouci a celkově se postupem času stále více a více ono Sdružení Podané ruce rozvíjí a provozuje své služby, jak už je výše zmíněno, v Brně, Olomouci, postupně dále ve Znojmě, Blansku, Vyškově, Uherském Hradišti, Prostějově a v Kostelním Vydří u Dačic.

(Výroční zpráva Sdružení Podané ruce, o.s. za rok 2010, dostupná online na www.podaneruce.cz)

5.3. Služby Sdružení Podané ruce

Mezi služby Sdružení Podané ruce patří **Kontaktní centra** - Pomocí nichž se Sdružení snaží prostřednictvím kontaktu změnit negativní chování klientů a minimalizovat dopady užívání drog na klienty a na veřejnost a přispívají tak k ochraně společnosti před šířením HIV, hepatitidy a jiných infekcí. Sdružení Podané ruce realizuje **kontaktní centrum Vídeňská v Brně**, kterému věnujeme samostatnou kapitolu, kontaktní centrum Charáč v Uherském Hradišti, Netopeer ve Znojmě, kontaktní centrum Olomouc a kontaktní centrum Prostějov. Služby Kontaktních center jsou bezplatné. Další poskytovanou službou jsou **Terénní programy**, které prostřednictvím aktivního vyhledávání klientů v jejich přirozeném prostředí a poskytování jim základní pomoci a poradenství opět usilují o celkové veřejné blaho. Terénní programy v rámci Sdružení Podané ruce jsou poskytovány v zásadě bez úplaty a to v Brně, v Blansku, v Prostějově, ve Vyškově a opět v Olomouci ale pro děti a mládež. Centrum **primární prevence** Sdružení Podané ruce, kde spadá Speciální prevence v Brně, nabídka primárně preventivních programů Brno a sociální poradenství v Brně, působí na jižní Moravě. Je zaměřena především na práci s dětmi a mladými lidmi v rámci volnočasových aktivit či přímo ve školách. Dlouhodobých projektů centra se zúčastňuje přibližně stovka škol. **Drogové služby ve vězení**, kdy cílem této služby je kontakt s uživatelem drog ve výkonu trestu či ve vazbě, prostřednictvím něhož lze motivovat k abstinenci a ke změně dosavadního stylu života. Patří zde Drogové služby ve vězení a následná péče, Brno a Práce s klienty v konfliktu se zákonem, Olomouc. **Psychiatrická AT ordinace** Sdružení Podané ruce v Brně je zdravotnickým léčebným docházkovým zařízením a je vedena odborným lékařem, tedy psychiatrem. **Ambulance adiktologie** sídlící v Olomouci je službou nabízející strukturované individuální i rodinné poradenství, které se zaměřuje na problematiku zvládnutí závislosti v rámci širokého sociálního kontextu a stejně tak na dosažení osobní duševní rovnováhy.

Nejčastěji řešená témata jsou podpora a sanace rodiny a blízkých osob závislých, práce na motivaci a jejím udržení, hledání a rozvoj funkčních zdrojů klienta, které vedou k postupné změně, podpora a pomoc při rozhodování abstinovat od drog, nebo při zvládání problémů s hráčstvím včetně otázek dluhů a základního právního poradenství. Další možnou službou je **Terapeutická komunita Podcestný mlýn** sídlící v městečku Dačice, kterou jsem v roli klienta sama navštívila v rámci praxe, poskytuje rezidenční léčbu pro klienty s diagnózou závislosti na nealkoholových drogách, popřípadě smíšené závislosti. Cílem léčby je především podpora klienta v jeho rozhodnutí žít v trvalé abstinenci, dále změna jeho dosavadního rizikového chování, osobní růst a rozvoj a resocializace. **Eikón** je program pracovní rehabilitace a chráněné praxe v Brně, kdy se jedná o chráněnou dílnu Sdružení Podané ruce, kde se vyrábí dřevěné ikony. Podstatou programu je zapojení klienta jako zaměstnance do výrobního procesu, kdy se jedná o rutinní, řemeslnou práci. Návčik těchto úkonů práce vede k rozvoji a k sebepoznání se v zaměstnanecké intervenci. Cílovou skupinou jsou abstinující lidé s drogovou minulostí, tedy i klienti v léčebných programech. **Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež** poskytují zázemí, podporu a odbornou pomoc dospívajícím v jejich obtížných životních situacích. Podstatou je motivovat a podporovat děti a mládež k aktivnímu přístupu při řešení osobních situací především v období dospívání, stejně tak poskytovat sociální služby a dostupnou nabídku volnočasových aktivit. Sdružení Podané ruce náleží Nízkoprahový klub pro děti a mládež PVC v Blansku, NZDM KudyKam v Olomouci a NZDM Prostějov. **Poradenské centrum Pasáž** v Brně má poslání co nejvíce usnadnit cestu k novému a lepšímu životnímu stylu lidem, prostřednictvím spolupráce na řešení jejich konkrétních situacích, kteří přestávají užívat nelegální drogy. Proto shromažďují informace o tom, co člověk potřebuje, aby například získal bydlení, zaměstnání a podobně, tedy maximálně možnou životní úroveň. **Doléčovací centrum Jamtam** opět v Brně je službou, která maximálně podporuje klienty v jejich dokončení léčebného procesu. Spadá zde poradenství, psychoterapie, sociální práce včetně chráněného bydlení. **Duchovně pastorační služba** v Brně– má za poslání duchovní pomoc a doprovázení klientů, kteří chtějí a cítí potřebu této pomoci. **Internetová poradna**, kterou můžete vyhledat na www.EXTC.cz poskytuje informace o drogách, jejich užívání, minimalizaci rizik, možnostech intervence a léčby, a také konkrétní kontakty na léčebná a poradenská zařízení. **Psychoterapeutické sanatorium Elysium** sídlící také v Brně je aktivní a neodkladná služba pomoci, tedy poradenství i léčby, klientům s problematikou závislosti v docházkovém zdravotnickém zařízení. **Zahraniční projekty**, jako například spolupráce mezi státy Evropské unie a Andskými státy v otázkách syntetických drog, je tento projekt financován a řízen Evropskou

komisí a realizoval se ve státech Andského společenství, konkrétně v Bolívii, Kolumbii, Ekvádoru a Peru. **První pomoc pro patologické hráče a jejich rodiny** je služba nabízena hráčům a jejich blízkým, kde je prostor k tomu, aby mohli vyjádřit své potřeby a trápení. Opět je jedním z hlavních cílů dosáhnout maximálního zlepšení kvality jejich života formou léčby, sociálního a finančního poradenství a také formou práce s blízkými lidmi. Tuto službu Sdružení Podané ruce, můžeme nalézt v denním psychoterapeutickém sanatoriu Brno a v Ambulanci adiktologie Olomouc. **Vytvoření a podpora Lokálního partnerství Olomouc**, tento projekt je zaměřen na koordinaci sociálních služeb poskytovaných v lokalitách ohrožených sociálním vyloučením v Olomouci. Cílovou skupinou jsou tedy poskytovatelé veřejné správy a neziskových organizací a dále pak Správa nemovitostí Olomouc.

Z předchozích kapitol pojednávajících o Sdružení Podané ruce nám vyplývá, že ono sdružení se především snaží pomoci lidem, kteří se nacházejí v obtížných životních situacích a to prostřednictvím různých preventivních programů a podpůrných i intervenčních služeb. Hledá a napomáhá vytvářet cesty k zdravotní, sociální a osobní stabilizaci, spokojenosti a pomoci mu tak dosáhnout co možná maximální kvality jeho života.

(dostupné online na www.podaneruce.cz)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6. Představení Kontaktního centra Vídeňská, Brno

Kontaktní centrum Vídeňská, jejímž poskytovatelem je Sdružení Podané ruce, o. s., o kterém pojednává předchozí kapitola, sídlí v dobře situované části Brna – střed, jejíž budova je poskytována Konventem Milosrdných Bratří Brno. Při mém šetření, prostřednictvím návštěv klientů v centru, jsem si mohla povšimnout, že vstup do služby je opravdu téměř bezbariérový, jelikož nikde nejsou zbudovány schody.

6.1. Poslání služby

Posláním služby Kontaktního centra Vídeňská, je především minimalizace jak zdravotních tak i sociálních rizik u uživatelů nelegálních drog, dále motivace a podpora ke změně jejich životního stylu a taktéž ochrana společnosti před potencionálními důsledky zneužívání drog. (Vnitřní materiály Sdružení Podané ruce, o.s., KC Brno)

6.2. Cíle služby

Cíle služby Kontaktního centra Vídeňská, vycházející ze zákona 108/2006 o sociálních službách a ze svého výše zmíněného poslání, jsou děleny na dva základní.

1. Prvním základním cílem, je maximálně přispívat k orientaci klientů ve svých vlastních sociálních situacích, podvědomí o možnostech a příležitostech změny jejich životního stylu a stejně tak předcházet negativním důsledkům svého aktuálního způsobu života.
2. Druhým základním cílem, je snaha maximálně snižovat rizika, které jsou spojeny s užíváním drog a to jak pro jednotlivce, tak i pro společnost

(Vnitřní materiály Sdružení Podané ruce, o.s., KC Brno)

6.3. Cílová skupina

Služba je určena lidem nad patnáct let, jejím rodinným příslušníkům či blízkým, kterým v souvislosti s užíváním nelegálních drog hrozí sociální vyloučení, nebo se nacházejí v obtížné životní situaci. Dle vnitřních informací Kontaktního centra Vídeňská, populace využívající služeb mládne, kdy v současnosti činní průměrný věk 26,31 let, z toho převládá veliké procento mužů.

6.4. Zásady poskytování služby

Prioritní zásadou služby je respektování volby klienta drogy užívat a tedy zvolení si jeho životního stylu, respektování jeho postojů či názorů a ochrana lidských práv a svobod ale zároveň je potenciál služby v péči o celkové veřejné zdraví, z čehož vycházejí následující zásady:

- Služby jsou poskytovány pouze na základě volby konkrétního jednotlivce
- A také jakékoli informace o konkrétním klientovi nemohou být nikdy sdělovány bez jeho souhlasu.

Od počátku spolupráce klienta ve spolupráci s pracovníkem, jsou klienti zapojeni do procesu individuálního plánování, kde jsou zjišťovány jejich představy a kdy je jim i představena základní nabídka služeb, kterou využívají, jak je již výše zmíněno, dle svého vlastního mínění.

(Vnitřní materiály Sdružení Podané ruce, o.s., KC Brno)

6.5. Základní nabídka služby

Mezi škálu sociálních i zdravotních služeb, jako využívání koupelny, využití internetu, podpora v tíživé situaci, možnost zaslání pošty na adresu centra, výdej HR materiálů, testování na infekční onemocnění či na těhotenství a spoustu dalších, které si volí sám klient ve spolupráci s pracovníky a za účelem maximálního dosažení jeho cílů i cílů samotného centra, jsou řazeny oblasti zdraví, hygiena, sociální a psychická podpora, které může klient využívat při návštěvě kontaktní místnosti, při konzultacích s odbornými pracovníky, nebo v terénu při řešení vlastní životní situace s pomocí odborných pracovníků, což může zahrnovat i doprovod do různých institucí, či telefonní komunikaci apod.

(Vnitřní materiály Sdružení Podané ruce, o.s., KC Brno)

6.6. Ukončení poskytování služby

V Kontaktním centru Vídeňská, je doba platnosti smlouvy, díky které se stává při nástupu do služby jedinec klientem, tři roky, o čemž je jedinec již před uzavíráním dohody informován a stejně tak je informován o způsobu ukončení poskytování služeb. Klient může

například jednoduše službu vypovědět, či závažně porušit pravidla dohody nebo může dojít k naplnění obsahu práce. Tato smlouva se po uplynutí třech letech prodlužuje, pouze rozhodne-li tak celý tým.

(Vnitřní materiály Sdružení Podané ruce, o.s., KC Brno)

7. Empirický výzkum

7.1. Cíl výzkumu

Hlavním cílem této práce je průzkum efektivitu cílů systému Harm Reduction pro uživatele nealkoholových drog, a to v Kontaktním centru Vídeňská, sídlící v Brně.

Pro šetření jsem zvolila město Brno, jelikož je pro mne nejlépe dostupné a protože je druhým největším městem České republiky s hojným počtem obyvatel, cca 380 000. Můžeme se zde setkat zřejmě také s hojným počtem uživatelů nelegálních drog, kteří využívají služeb HR právě prostřednictvím kontaktního centra Vídeňská, Brno, které sídlí ve středu města a jehož počet činí v současné době dle vnitřních informací 558 klientů.

Jak je již výše zmíněno práce je zaměřena především na nealkoholové, v tomto případě nelegální uživatele drog, kteří se často sami skrývají před očima společnosti, a proto jsou také označováni za tzv. Skrytou populaci. Je velmi obtížné zjistit, jak služby tato skrytá populace vnímá, za jakým účelem je nejčastěji využívá a zda tedy přístup onoho systému, naplňuje svůj účel a dosahuje tak svých cílů.

7.2. Metoda výběru výzkumného souboru

Výběr respondentů probíhal dle Metody záměrného výběru přes instituci, v tomto případě využíváme konkrétního typu služeb instituce, která je určena pro konkrétní cílovou skupinu. Tento záměrný výběr konkrétní instituce je pro samotného výzkumníka a pro výzkum velmi efektivní, jelikož v našem případě jsou základním souborem výzkumu klienti určité instituce, kdy pro nás nejpodstatnějším výběrovým kritériem je skutečnost že využívají pomoci této konkrétní instituce. (Miovský M., 2006)

7.3. Příprava průzkumného šetření

Kvůli obtížnosti tématu a programu HR, který není zcela známým v České republice, bylo pro účely této práce nezbytné vytvořit časový harmonogram, který předkládám dále.

- V měsíci říjnu a listopadu – Věnovat se především informační přípravě, tedy studium knih, článků, monografií a přípravě výzkumného šetření.

- Měsíc prosince – Následuje kontakt a komunikace ohledně posouzení vyšetřovací metody se zařízením a o následném osobním šetření, Kontaktního centra Vídeňská, prostřednictvím elektronické pošty.
- V měsíci lednu i únoru - Komunikace se zařízením probíhala již přímo v samotném zařízení při osobní spolupráci, kde probíhal průběžně sběr dat pomocí dotazníků, po čemž následuje vyhodnocení získaných informací.
- Únor a březen - psaní bakalářské práce včetně zařazení průzkumného šetření.

7.4. Zvolená metoda šetření

Šetření probíhalo prostřednictvím spolupráce s uživateli drog. Prioritou bylo zvolit vyšetřovací metodu tak, aby byla co nejméně náročná a šetrná, aby klienti absolvovali dotazníkové šetření bez obav o svou skrytou identitu.

Za tímto účelem byl zvolen anonymní **dotazník**, který se skládá ze série uzavřených otázek, kdy klientovi postačilo pouze zvolenou odpověď zakroužkovat či jinak zviditelnit. Ukázalo se, že i při jedné otevřené otázce, která je součástí dotazníku, nebyl zájem k jejímu vyplnění a mnohým uživatelům se to dosti viditelně nelíbilo.

Dotazník je jednou z kvantitativně orientovaných metod získávání dat. Kvantitativně orientovaný výzkum je druh výzkumu, který vymezuje Kerlinger (in Chrástka M., 2007, str. 12) když uvádí že „Vědecký výzkum je systematické, kontrolované, empirické a kritické zkoumání hypotetických výroků o předpokládaných vztazích mezi přirozenými jevy.“ Dotazník můžeme vymezit dle P. Gavora (in Chrástka M., 2007, str. 163) jako „způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí“. Dotazník je soubor již předem připravených a seřazených otázek, na něž dotazovaná osoba odpovídá, a to písemnou formou. Důležitým faktem je, že data, která jsou získána prostřednictvím dotazníku, mají vždy jen podmíněnou platnost. (Chrástka M., 2007)

Zvolený dotazník obsahuje 22 otázek, z toho 21 uzavřených a 1 otázku otevřenou, která se týkala žádosti popsat alespoň v bodech cestu do K-centra, za účelem přiblížit nám individuální proces, díky němuž vstoupí uživatel do služby centra. Tato otázka byla při mém očekávání naprosto neúspěšná. Otázky vyplývají a jsou sestaveny na základě cílů systému HR, které jsou vymezeny v předchozí kapitole na straně 12, a dále nám přiblíží za jakým účelem je služba nejčastěji využívána a jak je samotnými klienty vnímána.

7.5. Průběh průzkumného šetření

Šetření bylo prováděno prostřednictvím dotazníků přímo v prostorách Kontaktního centra Vídeňská, Brno. Jelikož jsem se často setkávala s odmítavými postoji spolupráce a vzhledem ke stavům klientů, navštěvovala jsem centrum o to častěji. V průběhu cca 2 měsíců jsem získala 93 vyplněných dotazníků zhruba z 200 set oslovených klientů.

Při šetření jsem klienty maximálně motivovala a respektovala jejich rozhodnutí spolupracovat či jsem naopak dbala pokynů pracovníků. Občas jsem byla nucena pro své bezpečí držet se v ústraní a ne vždy jsem byla při žádosti o vyplnění dotazníku úspěšná, někdy dokonce pro klientův stav až výslovně neúspěšná.

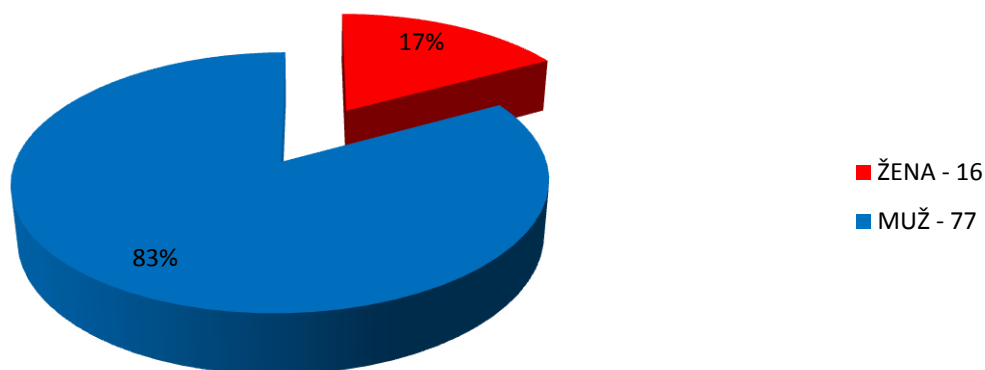
Jelikož klienti měli v některých otázkách možnost volit více odpovědí, výsledný počet v konkrétních otázkách nebude vždy rovný s počtem odpovídajících klientů.

Vzor dotazníku naleznete v přílohách této práce.

7.6. Výsledky průzkumného šetření

První otázka se dotazovala na pohlaví klientů a podrobněji se jí zabývá graf č. 1.

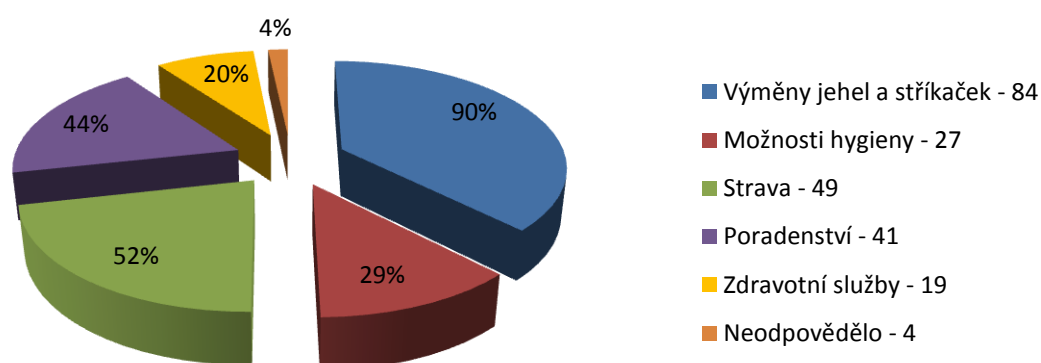
Graf 1: Poměr mezi muži a ženami



Z dotazovaných klientů činí muži 83% a ženy 17%.

Prvnímu souboru otázek jsou věnovány otázky č. 2, 3, 4, které se dotazují klientů, jakých služeb K-centra využívají, jaké by doplnili, či naopak zrušili, pojednávají níže uvedené grafy č. 2, 3, 4. První graf vymezuje konkrétně využívané služby a stejně tak poukazuje na množství klientů, kteří využívají HR program výměny použitých jehel a stříkaček, kterým je prokazatelně předcházeno šířením infekčních onemocnění.

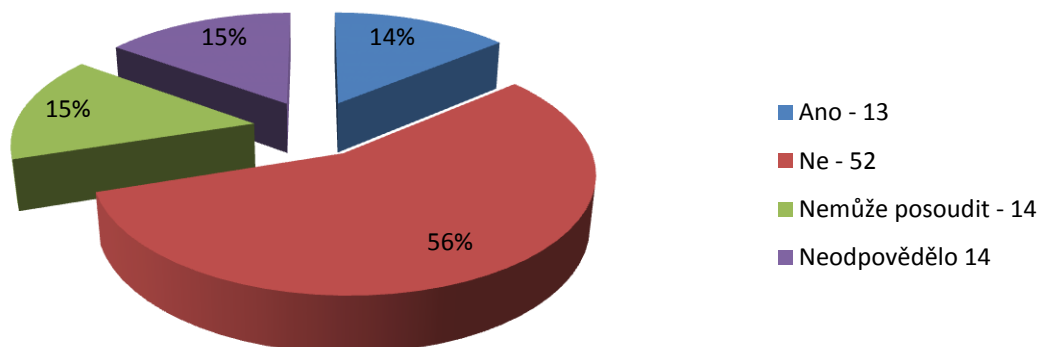
Graf 2: Jakých služeb a v jakém poměru je využíváno



Program na výměnu jehel a stříkaček využívá 90% dotazovaných klientů. Stravovat se do centra dochází 52% dotazovaných klientů. Poradenství využívá 44% dotazovaných klientů.

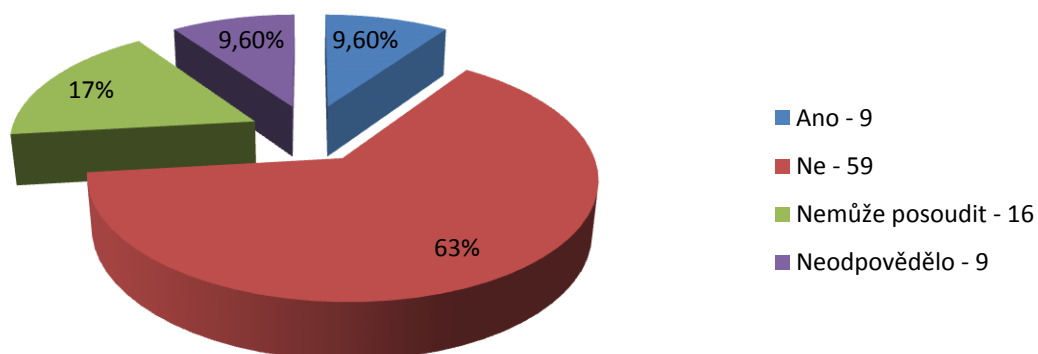
Možnosti hygieny poskytované také centrem využívá 29% dotazovaných klientů. Zdravotní služby 20% dotazovaných klientů a 4% tuto otázku nezodpovědělo.

Graf 3: Jsou li klienty požadovány jiné neposkytované služby



Z grafu vyplývá, že 56% klientů posuzuje služby za dostačující. 14% klientů by služby rozšířilo. 15% klientů tuto otázku nesvedlo posoudit a 14% klientů na otázku neodpovědělo.

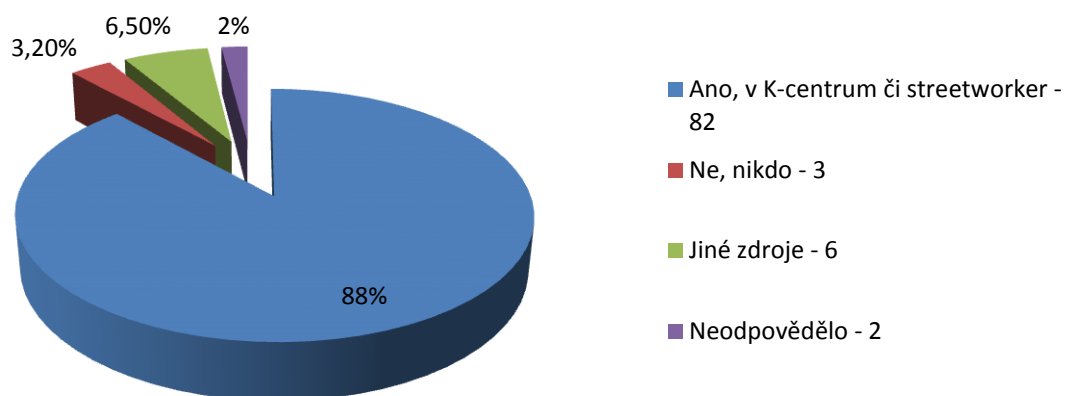
Graf 4: Jsou li dle klientů některé poskytované služby zbytečné



Pro 63% dotazovaných klientů nejsou žádné služby zbytečné. 17% respondentů nesvedlo otázku posoudit. Pro 9,6% klientů jsou některé služby zbytečné a zbylých 9,6% na otázku neodpovědělo.

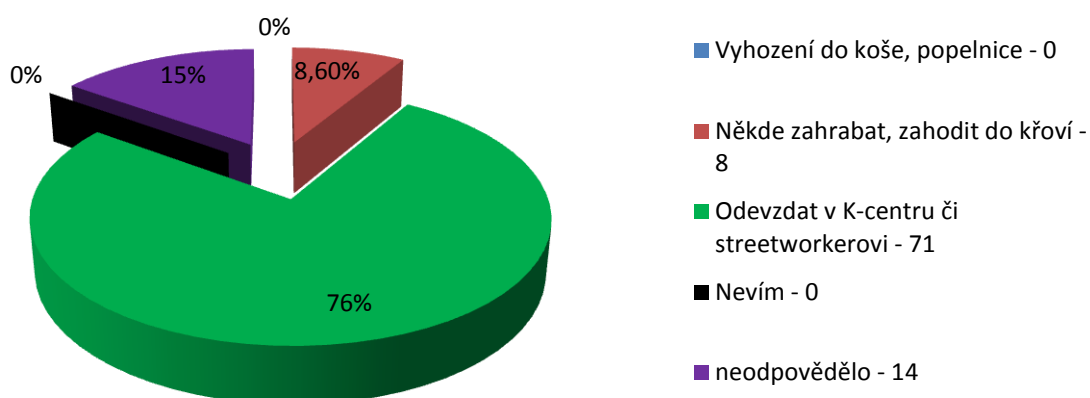
Druhý soubor otázek pojednává o skutečnosti, jsou-li klienti informovaní a zda-li užívají drogy alespoň méně rizikovým způsobem pro společnost. Tomuto tématu se věnují otázky č. 5, 6, 7.

Graf 5: Zdroj informací o bezpečné likvidaci HR materiálu (jehly, stříkačky)



Zdroj informací o bezpečné likvidaci použitých jehel a stříkaček je pro 88% klientů Kontaktní centrum. 6,5% klientů čerpá z jiných zdrojů. 3,2% klientů nikdo nepoučil a 2% klientů otázku nezodpověděli.

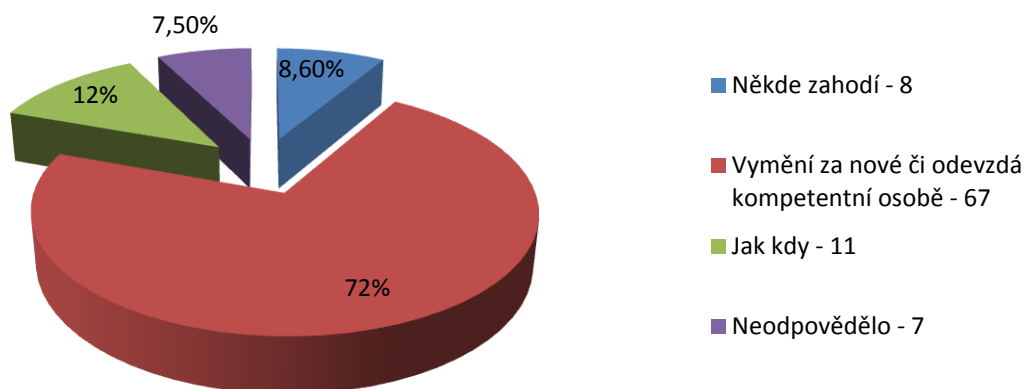
Graf 6: Teoretická znalost o bezpečné likvidaci použitého HR materiálu (jehly, stříkačky)



76% dotazovaných klientů zná bezpečnou likvidaci použitého injekčního materiálu skrze centrum či streetworkera. 8,6% klientů jsou nedostatečně či mylně informováni a to

představou že bezpečná likvidace je zahodění či zahrabání do půdy. Žádný klient nevhazuje materiál do odpadků ani nezvolil možnost nevím. 15% klientů tuto otázku nezodpovědělo.

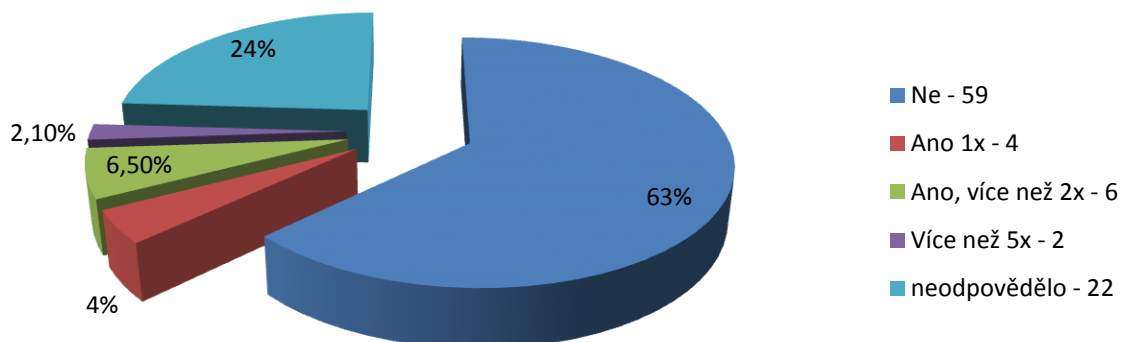
Graf 7: Metoda, kterou klienti likvidují použitý HR materiál



Tento graf pojednává sice teoreticky ale o praktické stránce, kdy dle údajů 72% dotazovaných klientů bezpečně likviduje HR materiál. 12% klientů bezpečnou likvidaci provádějí v návaznosti na různé situace, tedy jak kdy. 8,6% použitý HR materiál někde zahodí, nejde tedy také o bezpečnou likvidaci a 7,5% otázku nezodpověděli.

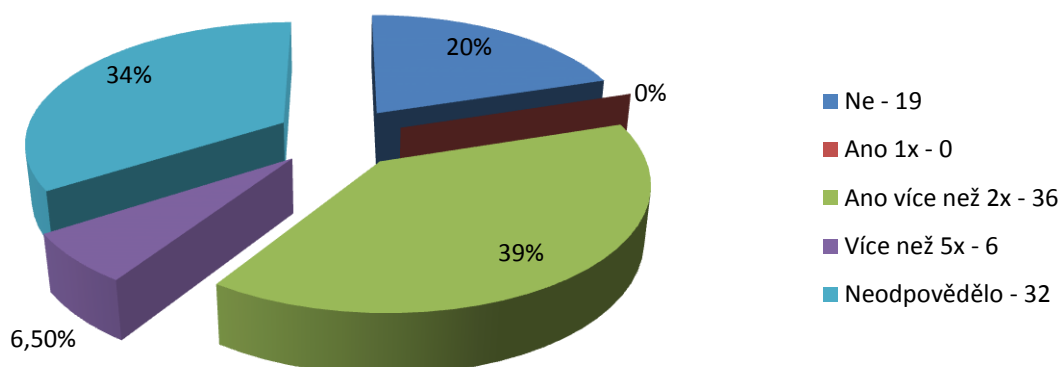
Třetí soubor otázek podává informace o šíření viru HIV a hepatitidy B, C mezi uživateli drog, kdy cílem HR je právě minimalizace rizika tohoto šíření. V dotazníku otázky č. 8,9.

Graf 8: Zkušenost klientů během jejich drogové kariéry s nakažou virem HIV u jiných uživatelů



63% dotazovaných klientů nemá ve svém okolí zkušenosti s konkrétní osobou, která se během doby užívání drog nakazila virem HIV. 6,5% klientů má tyto zkušenosti ve svém okolí a to nejméně 2x. 4% klientů mají zkušenost jednu. 2,1% klientů se setkali s touto problematikou více než 5x a 24% otázku nezodpovědělo.

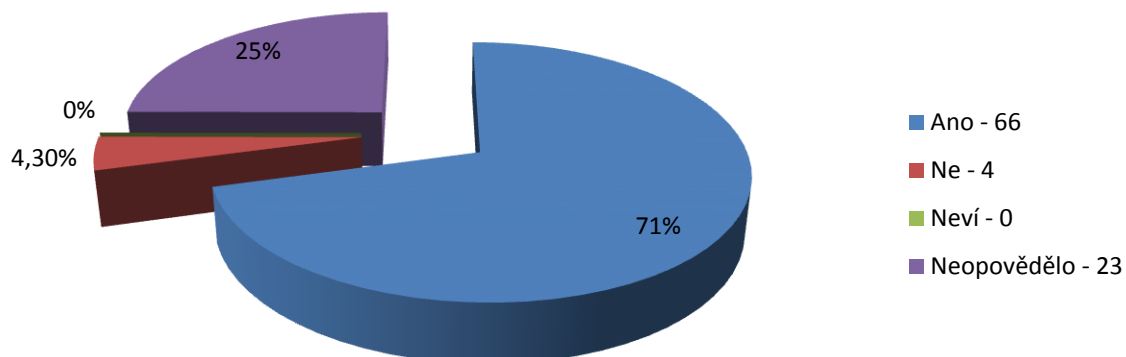
Graf 9: Zkušenost klientů během jejich drogové kariéry s nakažou hepatitidy B, C u jiných uživatelů drog



39% dotazovaných klientů se s touto zkušeností ve svém okolí setkali více než 2x. 34% žádnou takovou zkušenost nemají. 6,5% dotazovaných klientů mají tuto zkušenost více než 5x a 34% klientů tuto otázku nezodpovědělo.

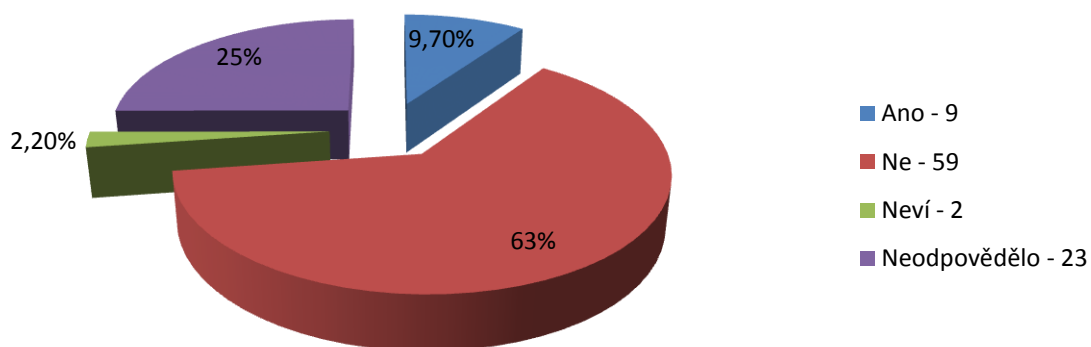
Čtvrtým souborem otázek se zabývají otázky č. 11 a 12 a grafy č. 10, 11, které informují o znalostech klientů o zásadách bezpečného pohlavního styku, zdali klienti vědí základy o přenosu těchto onemocnění.

Graf 10: Správná znalost klientů o možném přenosu výše zmíněných onemocnění prostřednictvím nechráněného pohlavního styku?



71% dotazovaných klientů ví, že výše zmíněné onemocnění je přenosné prostřednictvím nechráněného pohlavního styku. 4,3% se ve své odpovědi mýlí a 25% na otázku nezpovědělo.

Graf 11: Neznalost klientů o přenosu AIDS prostřednictvím slin

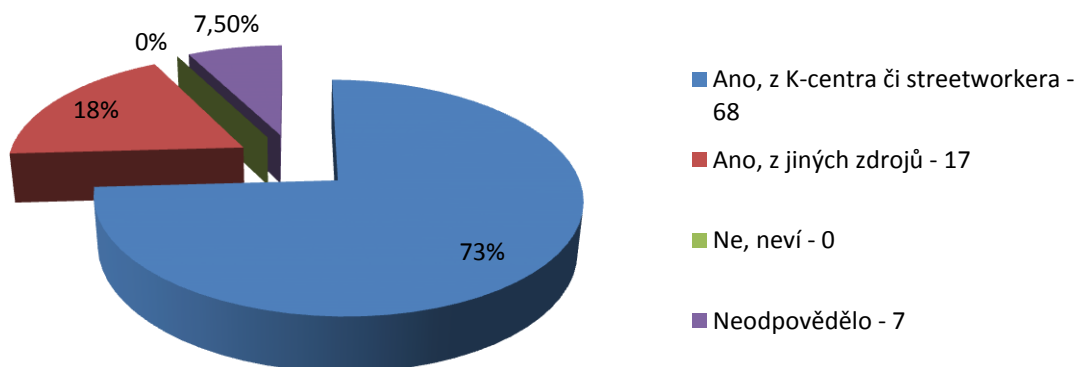


63% dotazovaných klientů odpovědělo správně a to, že AIDS se prostřednictvím slin nepřenáší (pokud samozřejmě neobsahují tělní tekutinu). 9,7% se ve své odpovědi mýlí. 2,2% odpověď nezná a 25% respondentů na otázku neodpovědělo.

Pátý soubor otázek, uvedený v příloženém dotazníku pod otázkami č. 10, 13, 18, 19, kde bylo i možno zvolit více odpovědí, nás informuje, zdali jsou klienti podněcováni ke změně svého rizikového chování, omezují jej, či jej hodlají úplně odstranit prostřednictvím

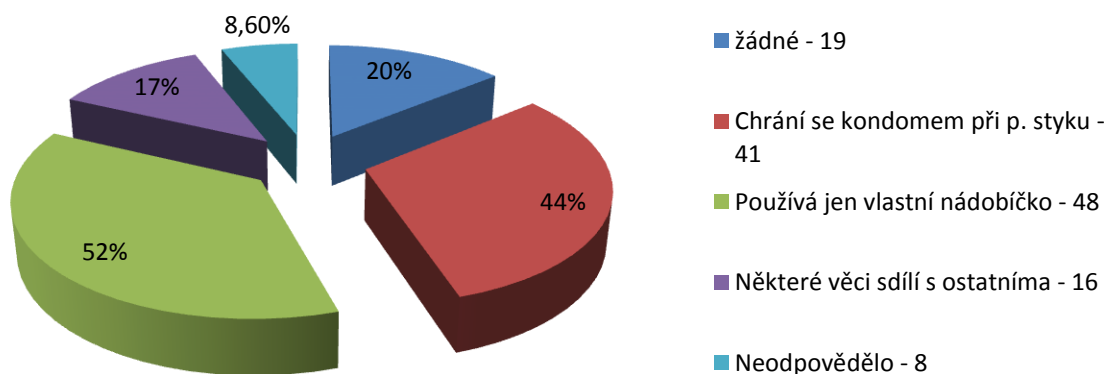
úplné abstinence a to i s dopomocí HR systému K-centra. Tomuto souboru otázek se věnují grafy č. 12, 13, 14, 15.

Graf 12: Znalost klientů a zdroj informací o ochraně před nemocemi typu hepatitidy B, C a virem HIV



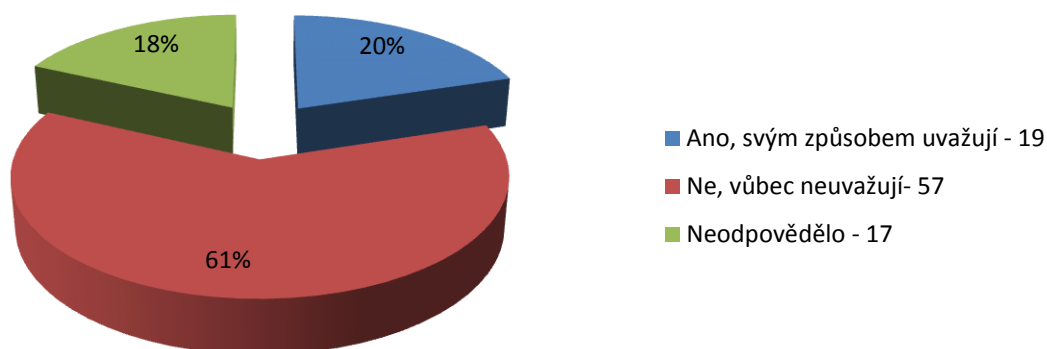
Z grafu vyplývá, že 73% klientů jsou obeznámeni jak se chránit před výše zmíněnými nemocemi a to prostřednictvím centra. 18% klientů je informováno z jiných zdrojů. 7,5% uživatelů tuto otázku nezodpovědělo.

Graf 13: Jakých prostředků využívají klienti pro ochranu před nákazou výše zmíněnými nemocemi



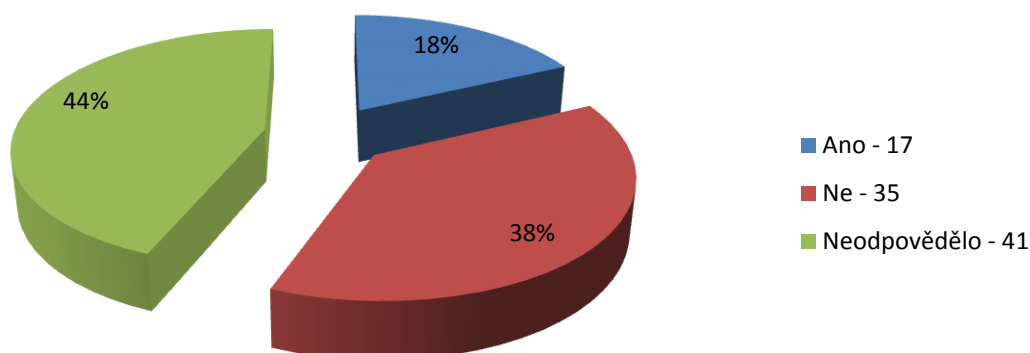
52% dotazovaných klientů používá jen vlastní materiál pro aplikaci drogy. 44% klientů používá ochranu při pohlavním styku. 20% klientů nepraktikuje žádné ochranné prostředky. 17% se může z části chránit, ale přesto některé věci sdílí s ostatními uživateli drog. 8,6% otázku nezodpovědělo.

Graf 14: Úvahy klientů o úplné abstinenci



61% dotazovaných klientů o abstinenci vůbec neuvažuje. 20% svým způsobem o abstinenci uvažuje a 18% tuto otázku nezodpovědělo.

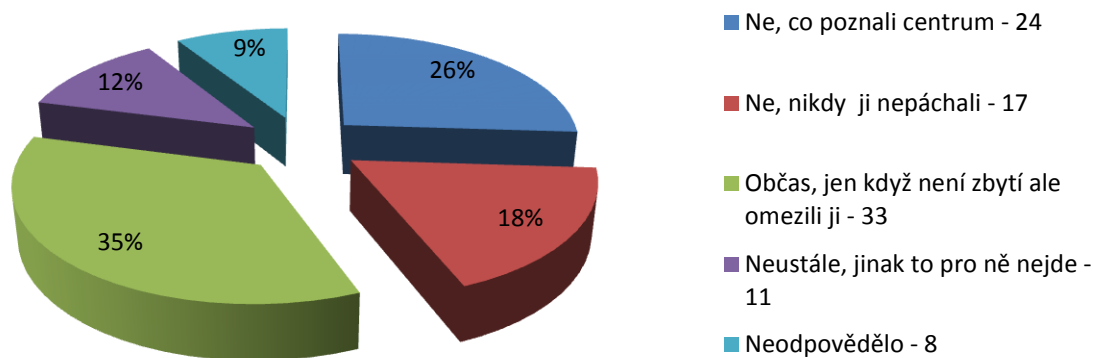
Graf 15: Zdali je, či může být, pro klienty návštěva centra motivací k další léčbě



V této otázce 44% dotazovaných klientů nezvolilo žádnou z možných odpovědí. 35% návštěvy centra za motivaci k další léčbě ale 18% ji za motivace považují.

Šestý soubor zastupuje v otázka č. 14, o které pojednává uvedený graf č. 16, který nás informuje o páčání trestní činnosti v populaci uživatelů drog.

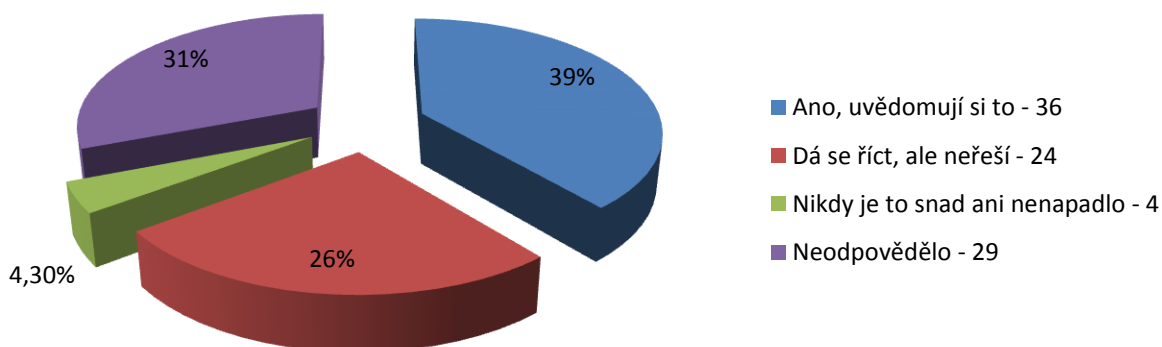
Graf 16: Páčání trestní činnosti uživatelů poté co se staly klienty centra



Z grafu vyplývá, že největší část dotazovaných klientů, 35%, páchá trestnou činnost pokud není zbytí, ale omezili ji. 26% přestali páchat trestnou činnost, od té doby, co poznali centrum. 18% respondentů trestnou činnost nikdy nepáchali. 12% jí páchá neustále a 9% otázku nezodpovědělo.

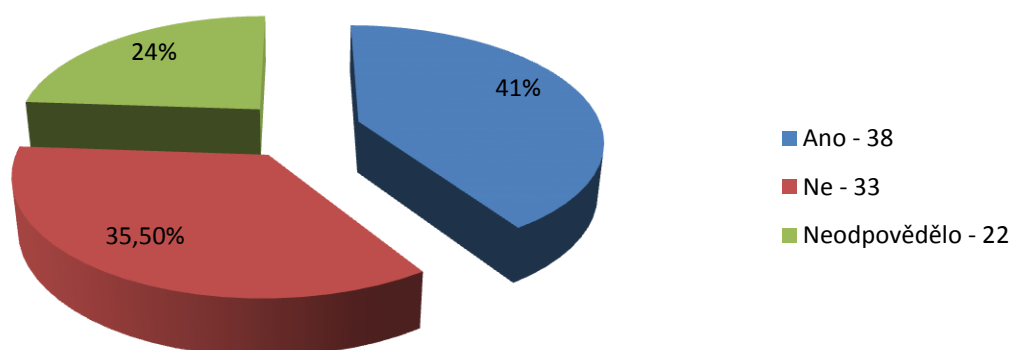
Sedmý soubor otázek, uvedený v příloženém dotazníku pod otázkami č. 15, 16, 20, o kterých pojednávají níže uvedené grafy č. 17, 18, 19 nás informuje, zdali jsou si klienti vědomi důsledků a tedy i rizik užívání drog a jsou-li obeznámeni s možnostmi další léčby.

Graf 17: Uvědomělost klientů o možné smrti způsobené užíváním drog



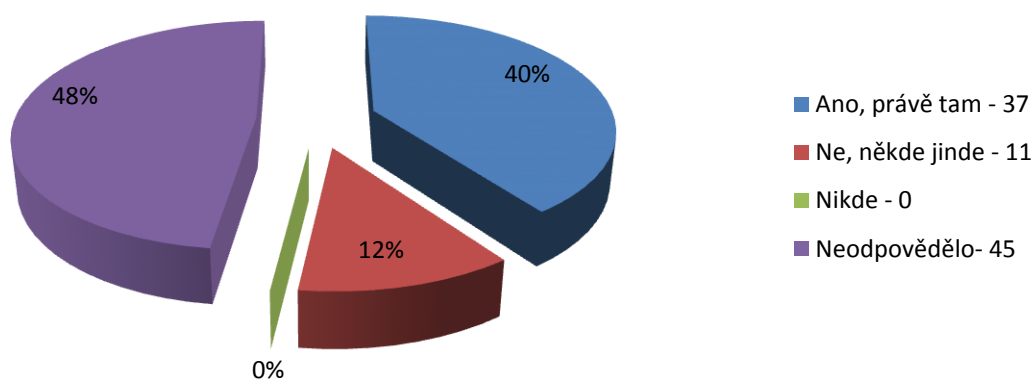
Z grafu vyplývá, že 39% dotazovaných klientů si možné rizikové důsledky užívání drog uvědomuje. 26% klientů i přes uvědomění tuto skutečnost neřeší. 4,3% klientů uvádí, že se takovými důsledky nezabývají a 26% klientů tuto otázku nezodpovědělo.

Graf 18: Zdali si klienti dávají pozor před možným úmrtím z předávkování



41% dotazovaných klientů uvádí, že jsou obezřetní při užívání drog tak, aby si nezpůsobili smrt z předávkování. 36% klientů uvádí, že při užívání obezřetní nejsou a nedávají si pozor na možné předávkování. 24% klientů otázku nezodpovědělo.

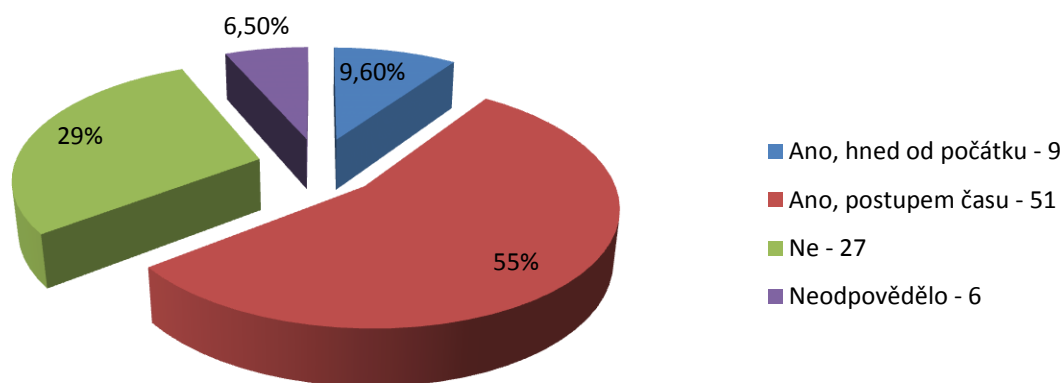
Graf 19: Zdali klienti získávají informace o možnostech následné léčby v centru či od streetworkera



40% dotazovaných klientů uvádí, že informace o možnostech další léčby získávají právě v centru. 12% informace v centru nezískává, ale získává je prostřednictvím jiných zdrojů. Nikdo nevedl, že žádné informace nezískává, ale 48% klientů otázku vůbec nezodpovědělo.

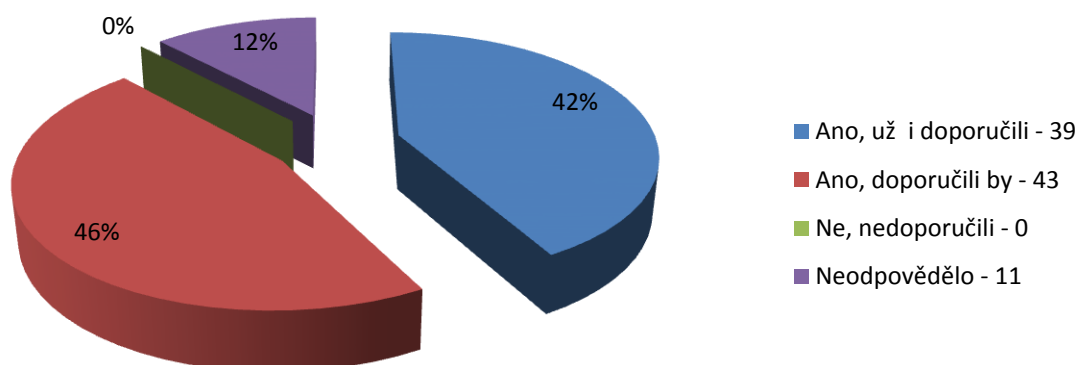
Osmým souborem otázek, se zabývají otázky č. 17 a 21, které přináší informace o tom, zdali klient důvěřuje centru a je-li tak motivován k jeho návštěvám a či by služby odborného zařízení doporučil i ostatním uživatelům drog.

Graf 20: Důvěra klientů v K-centrum či ve streetworkera



Hned od počátku důvěřovalo centru 9,6% dotazovaných klientů. 55% centru také důvěřuje, ale je či byla to pro ně otázka času. 29% klientů Centru nedůvěřuje a 6,5% klientů otázku nezodpovědělo.

Graf 21: Zdali by klienti doporučili služby centra ostatním uživatelům drog



42% klientů služby centra již svému okolí doporučili. 46% uvádí, že by služby centra doporučili. Nikdo neodpověděl, že by služby centra nedoporučil a 12% otázku nezodpověděli.

7.7. Diskuze

Mluvíme-li o samotném vyhodnocení cílů, usuzuji, že velké procento dotazovaných klientů Kontaktního centra Vídeňská, využívá programu na výměnu jehel a stříkaček čímž je prokazatelně předcházeno šíření infekčních onemocnění. Dále usuzuji, že Kontaktní centrum plní téměř kvalitně svou funkci v rámci informování klientů podmíněné HR, což teoreticky činí Brno-město bezpečnějším místem, i pokud předpokládám snižování kriminality uživatelů drog, pro společnost, ale po praktické stránce již výsledky tolik pozitivní nejsou, přesto většina klientů služby centra doporučuje. Z celkových výsledků šetření pociťuji, že cíle, onoho systému HR, jsou z části naplňovány, ale stále je zde procento jeho neúspěchu, který je třeba také minimalizovat prostřednictvím edukace nejen uživatelů služeb ale také jejich poskytovatelů i laické společnosti.

Během realizace dotazníkového šetření, jsem si uvědomovala fakt, že výsledky nelze přisuzovat pro celou populaci uživatelů drog, kteří využívají služeb odborných zařízení, které pracují na principech HR a ani nelze vyvozovat závěry pro konkrétní šetřené centrum Vídeňská, jelikož se šetření neúčastnil celkový počet klientů centra. Výsledky u dotazovaných klientů centra se také nedají považovat za zcela jasné, jelikož klienty při zpracování dotazníku mohla ovlivňovat obava o jejich identitu nebo také stav způsobován užitím drogy.

Uvědomuji si, že dotazník mohl být pro některé klienty náročný na koncentraci díky jeho počtu otázek, kdy jsem právě při šetření pociťovala, že v průběhu jeho plnění se pozornost klientů odvracela na jiné podněty a možná proto také velké procento otázek nebylo jimi zodpovězeno, čímž opět poukazuji na fakt, že výsledky, které pojednávají o konkrétní instituci určenou pro uživatele drog, nemůžeme považovat za přesné.

Námětem pro další bádání proto může být šetření v co nejširší populaci uživatelů drog v ČR či zcela po celém světě, což není ale zcela tak realizovatelné, které by mohlo vyvodit přesnější výsledky efektivity cílů HR u uživatelů drog, kdy by vyšetřovací metoda měla být zvolena způsobem, který odpovídá možnostem klientů.

7.8. Závěry výzkumného šetření

Převážný počet dotazovaných klientů jsou muži, kdy jejich počet činí 77 z 93 dotazovaných, čímž zbylí počet 16 tvoří ženy.

Z výzkumného šetření vyplývá že, téměř 100% dotazovaných klientů využívá služeb k-centra v různém poměru, přičemž 90% využívá právě programu výměny jehel a stříkaček. Téměř 80% klientů je informováno o správné likvidaci použitého injekčního materiálu, přičemž 76% tyto informace aplikuje v současném životě. 12,6% z celkového počtu dotazovaných klientů má ve svém okolí zkušenosti s konkrétní osobou, která se během doby užívání drog nakazila virem HIV a 45,5% klientů má tuto zkušenost s hepatitidou B nebo C. 39% dotazovaných klientů si možné rizikové důsledky užívání drog uvědomuje a 52% klientů používá jen vlastní materiál pro aplikaci drogy a 44% klientů používá ochranu při pohlavním styku. 26% klientů přestali páchat trestní činnost, od té doby, co poznali centrum. 55% klientů kontaktnímu centru Vídeňská důvěřuje, ale téměř vždy je či byla otázka času. 18% klientů prohlašuje, že služby centra mohou být motivací pro jejich abstinenci a 20% svým způsobem o abstinenci uvažuje.

8. Závěr

Jelikož samotné téma Drogy, je pro mnohé lidi nepříjemné, může být pro ně přístup HR při nevědomosti o něm přímo alarmující, proto v teoretické části pojednávám o celkovém systému Harm Reduction, kdy pro jeho uchopení bylo nezbytné vymezit tento pojem, jak je chápán z různorodých pohledů ale kdy je jeho smyslem vždy minimalizovat škody ale specifickým přístupem. Ohlédnutí do historie vzniku tohoto systému, jehož první kořeny pochází z Velké Británie a Nizozemí, kdy postupem času doputoval i do České republiky, nám umožní nahlédnout do procesu a smyslu jeho vzniku, čímž usnadní pochopení společnosti, že tento přístup nepodporuje užívání drog, ale naopak jej eliminuje.

Primárním cílem praktické části práce bylo zjištění, zdali jsou cíle systému HR naplňovány a v jaké míře u klientů Kontaktního centra Vídeňská, za předpokladu spolupráce maximálního množství klientů, kdy jsem pocítovala, že velké množství klientů spojuje obava o jejich skrytou identitu, proto jsem také zvolila pro šetření mé práce anonymní dotazník, ale přesto evidentně strach převládal či jejich motivace byla minimální, přičemž má snaha byla veliká.

Cílová skupina, na kterou se systém HR zaměřuje, jsou uživatelé drog, v našem případě klienti Kontaktního centra Vídeňská, v druhém největším městě České republiky, Brno, jehož strategie protidrogové politiky onen systém HR právě prostřednictvím výše zmíněného centra plně podporuje. Kontaktní centrum Vídeňská, je zaštitěno brněnským Sdružením podané ruce, které nesdružuje pouze programy terciální prevence jako je výš zmíněné centrum, nýbrž i programy prevence primární či sekundární.

Lze usoudit, že systém HR má v onom Kontaktním centru svou velkou podstatu, čemuž napovídá i počet jeho uživatelů využívající služby centra, který činí až půl tisíce obyvatel města Brna.

Použitá literatura:

BEDNÁŘOVÁ Z. PELECH L. *Slabikář sociální práce na ulici*. 1. vyd. Brno: Doplněk, 2003. ISBN 80-7239-148-8.

GOSSOP M. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o činnosti*. 1. vydání v jazyce českém. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. ISBN 978-80-87041-81-9.

CHRÁSTKA M. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

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

KALINA K. A KOL. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA K. A KOL. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Filia nova, 2001. ISBN 80-23-8014-4.

KALINA K. A KOL. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publish, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.

KLÍMA P. A KOL. *Kontaktní práce: Antologie textů Česká asociace streetwork*. 2. vyd. Praha: Evropský sociální fond, 2008. ISBN 978-80-254-4001-8. Dostupné z: <http://www.specialnipedagogika.cz/socius/data/532.pdf>

MATOUŠEK O. A KOL. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.

MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ - 10. REVIZE. *Duševní poruchy a poruchy chování*. 3. vyd. Praha 8-Bohnice: Psychiatrické centrum Praha, 2006. ISBN 80-85121-11-5.

MIOVSKÝ M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. a. s, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

MRAVČÍK, V. a kol. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010* [Annual Report on Drug Situation 2010 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION 2005. *Poziční dokument o drogách, věznicích a harm reduction*. 1 vydání v jazyce českém. Praha: Úřad vlády České republiky, 2006. ISBN 80-86734-76-5. Dostupné z: www.drogy-info.cz

WORLD HEALTH ORGANIZATION 2004. *Účinnost programů výměny sterilních jehel a stříkaček při snižování rizika nákazy HIV/AIDS mezi injekčními uživateli drog: Odborné podklady pro činnost*. 1. vydání v jazyce českém. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-74-9. Dostupné z: www.drogy-info.cz

ZÁBRANSKÝ T. A KOL. *Racionální drogová politika: Uživatelé drog do rukou policie nebo lékařů?*. 1. vyd. Olomouc: Votobia, 1997. ISBN 80-7198-250-4.

Internetové zdroje:

Centrum adiktologie. [online]. [cit. 2012-4-1]. Dostupné z WWW: <
<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/71/197/Minimalizace-rizik-harm-reduction-v-kontaktnim-centru-pro-uzivatele-drog>>.

Podané ruce: Kontaktní centrum Vídeňská. REGISTR SOCIÁLNÍCH SLUŽEB. [Http://iregistr.mpsv.cz](http://iregistr.mpsv.cz) [online]. [cit. 2012-04-03]. Dostupné z:
<http://www.podaneruce.cz/programy-a-pece/kontaktni-centra/kontaktni-centrum-videnska-brno/>

SKLENÁŘ, Ondřej a Vojtěch JANOUŠKOVEC. Konečná stanice harm reduction?. In: www.progressive-os.cz [online]. AT konference měřín [cit. 2012-04-03]. Dostupné z:
http://www.progressive-os.cz/download/down/file_4_Prezentace%20AT%202009%20PDF.pdf

Strategie protidrogové politiky města Brna na období 2011 - 2014. In: *Brno město* [online]. [cit. 2012-04-03]. Dostupné z: www.brno.cz

Seznam příloh

Příloha č. 1 – dotazník šetření

Příloha č. 1

Tento Dotazník je anonymní, proto se nikde prosím nepodepisujte. Vaše ochota mi umožní zpracovat praktickou část mé bakalářské práce. Tímto vám také mockrát děkuji.

Vhodné prosím zakroužkuj

1. Jste?

- Žena
- Muž

2. Jaké služby K-centra využíváte?

- Výměny jehel, stříkaček
- Možnosti hygieny
- Stravy
- Poradenství
- Zdravotních služeb
- Všech dostupných služeb

3. Doplnil/a by jste dle svých potřeb některé služby?

- Ano
- Ne
- Nemohu posoudit

4. Jsou podle Vás některé služby zbytečné?

- Ano
- Ne
- Nemohu posoudit

5. Víte, co znamená bezpečná likvidace stříkaček?

- Vyhodit do koše, popelnice ..
- Někde zahrabat, zahodit do křoví
- Odevzdat v K-centru či streetworkerovi
- Nevím

6. Poučil Vás někdo o tom, jak se zbavovat použitých stříkaček, jehel?

- Ano, v K-centrum
- Ano, streetworker
- Ne, nikdo
- Uved' jiné.....

7. Jak se tedy zbavujete použitých stříkaček (jehel)?

- Někde zahodím
- Vyměňuji za nové či odevzdávám kompetentní (správné) osobě
- Jak kdy

8. Setkal/a jste se během doby, co užíváte drogy, aby se někdo ve vašem okolí nakazil virem HIV?

- Ne
- Ano, 1x
- Ano, více než 2x
- Více než 5x zhruba.....

9. Setkal/a jste se během doby, co užíváte drogy, aby se někdo ve vašem okolí nakazil žloutenkou typu B nebo C?

- Ne
- Ano, 1x
- Ano, více než 2x
- Více než 5x zhruba

10. Víte, jak se chránit před AIDS a žloutenkou typu B,C?

- Ano, z K-centra (streetworkera)
- Ano, z jiných zdrojů.....
- Asi ano
- Ne, nevím

11. Je žloutenka typu B,C a AIDS přenosná nechráněným pohlavním stykem?

- Ano
- Ne
- Nevím

12. Je AIDS přenosné slinami?

- Ano
- Ne
- Nevím

13. Co děláte pro to, aby jste se nenakazil/a takovými nemocemi?

- Asi ani nic
- Chráním se kondomem při pohlavním styku
- Používám jen vlastní nádobíčko, čisté jehly
- Některé věci sdílím i s ostatníma

14. Pácháte trestní činnost během období užívání služeb K-centra (streetworkera)?

- Ne, co jsem poznal/a K-centrum
- Ne, nikdy jsem ji nepáchal/a
- Občas, jen když není zbytlí ale omezil/a jsem ji
- Neustále, jinak to nejde

15. Pomýšlel/a jste někdy na to, že užívání drog může způsobit smrt?

- Ano, uvědomuju si to
- Dá se říct, ale neřeším
- Nikdy mě to snad ani nenapadlo

16. Dáváte si pozor, aby jste se nepředávkoval/a a sám/a si tak nezpůsobil/a smrt?

- Ano
- Ne

17. Důvěřujete K-centru či streetworkerum?

- Ano, hned od počátku
- Ano, postupem času více,
- Ne, nikdy

18. Pomýšlíte na úplnou abstinenci drog?

- Ano, svým způsobem
- Ne, vůbec

19. Může pro Vás být návštěva centra motivací k další léčbě?

- Ano
- Ne
- Nemohu posoudit

20. Získáváte informace o následných možnostech terapií (léčby) v K-centru či od streetworkera?

- Ano, právě tam
- Ne, někde jinde kde?.....

21. Doporučil/a by jste služby K-centra, či streetworkera ostatním uživatelům drog?

- Ano, už jsem i doporučil/a
- Ano, doporučil/a bych
- Ne, je to k ničemu

22. Můžete popsat, třeba jen v bodech, cestu do K-centra či ke streetworkerovi?

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Vladimíra Kuncová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Michal Růžička, Ph.D.
Rok obhajoby:	2012

Název práce:	Efektivita cílů systému Harm Reduction v Kontaktním centru Vídeňská, Brno, jakožto součást Sdružení Podané ruce, o.s.
Název v angličtině:	Effectiveness of Harm Reduction Goals Contact Centre in Vienna, Brno, as part of Helping Hands Association, o.s.
Anotace práce:	Práce je zaměřena na systému Harm Reduction v Kontaktním centru Vídeňská, Brno. První část práce pojednává celkově o tomto systému, dále pak věnuje prostor cílové skupině, pro kterou je systém nejvíce uplatňován a to ve městě Brne, kdy je pozornost věnována její protidrogové politice. Dále pojednává o Sdružení Podané ruce, o.s., které zajišťuje šetřené Kontaktní centrum, o kterém již pojednává druhá část práce. Dále se druhá část práce věnuje šetření cílů v tomto centru, u jeho klientů. Cílem je informovat čtenáře o výše zmíněném systému a užitečnosti jeho práce.
Klíčová slova:	Harm reduction, terénní práce, nízkoprahové kontaktní centrum, uživatel drog, prevence
Anotace v angličtině:	The work is focused on a system of Harm Reduction in the contact center, Vienna, Brno. The first part of the work deals with overall on this system, then devoted to the area of the target group for which the system is applied as far as possible and in the city of Brno University of technology, where the attention to its drugs policy. Also discusses the Associations made by hands, o.s., which realizes the contact centre, which already deals with the second part of the work. Furthermore, the second part of the work is devoted to the investigation of the objectives of this Centre for its clients. The aim is to inform the readers about the aforementioned system and the usefulness of its work.
Klíčová slova v angličtině:	harm reduction, outreach, low threshold contact center, drug users, prevention
Přílohy vázané v práci:	Dotazník
Rozsah práce:	54 stran (79266 znaků)
Jazyk práce:	čeština