

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2010

Ivana Duková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Dětské a dorostové detoxikační centrum v Praze,
jeho úloha a význam v síti protidrogových služeb**

Diplomová práce v nezkrácené verzi

Vedoucí práce

Doc. Ing. Lucie Kozlová, Ph.D. 2010

Autor práce

Ivana Duková

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Dětské a dorostové detoxikační centrum v Praze, jeho úloha v síti protidrogových služeb“, vypracovala samostatně a použila pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii. Prohlašuji, že v souladu s §47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG, provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím, dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne: 16.8. 2010

Mgr. Ivana Duková v.r.

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí této diplomové práce, Doc. Ing. Lucii Kozlové, Ph.D. za cenné rady a podporu při zpracování této práce. Dále chci poděkovat MUDr. Darině Stančíkové, primářce Dětského a dorostového detoxikačního centra v Praze, za možnost realizace výzkumu na oddělení a podnětné připomínky a informace. Zároveň patří poděkování mojí rodině, bez jejíž pomoci by nebylo možné mé studium uskutečnit.

ABSTRACT

Tato práce prezentuje výzkum v oblasti působení Dětského a dorostového detoxikačního centra v Praze (DaDDC), který probíhal v období leden – březen 2010. Jmenované centrum vzniklo za přispění Nemocnice Milosrdných sester Svatého Karla Boromejského, v jehož areálu sídlí. Cílem této diplomové práce bylo popsat práci zmiňovaného centra, jeho důležitost v oblasti terapie závislostí na návykových látkách u dětí a mladistvých. Dalším z cílů bylo zjistit návaznost práce krajských koordinátorů prevence rizikového chování a následné formy řešení navazující terapie dle individuálních potřeb a charakteru klientů z řad dětí a mladistvých. Zmapování řešení následné terapie klientů, užívajících návykové látky v jednotlivých krajích České republiky a formy prevence jsou dalším z cílů. V rámci provedeného kvantitativního výzkumu byla použita k ověření stanovených hypotéz obsahová analýza dat z dokumentace oddělení Dětského a dorostového detoxikačního centra v Praze. Tuto jsem zpracovala do podoby statistiky, kterou jsem v této souvislosti zpracovala i pro potřeby oddělení, neboť dostupné údaje byly pouze jako celkový počet hospitalizovaných mladistvých za rok. Dále bylo použito odpovědí krajských protidrogových koordinátorů na soubor otevřených, polootevřených a zavřených otázek, které byly pro tento účel zformulovány. Dalším zdrojem jsou výsledky standardizovaných rozhovorů se třemi lékaři Dětského a dorostového detoxikačního centra v Praze. Data, která byla sebrána jsou podrobně zpracována graficky a ve formě tabulek.

V práci analyzujeme odpovědi na připravené dotazy a zjišťujeme, že ne všechny stanovené hypotézy se nám podařilo potvrdit. V hypotéze číslo 1 vyvracíme tvrzení, že kapacita DaDDC nedostačuje aktuálním potřebám na území České republiky. Další, v pořadí 2. hypotéza, která praví, že kapacita zařízení pro následnou terapii závislostí na návykových látkách po absolvování hospitalizace na DaDDC u dětí a mladistvých není na našem území dostatečná se tímto výzkumem potvrdila. Jako 3. v pořadí byla stanovena hypotéza: počet dětí a mladistvých, kteří absolvují detoxifikační terapii na DaDDC se každoročně zvyšuje, nebyla také potvrzena, neboť z výsledků vyplývá, že množství hospitalizovaných klientů kolísá. Počet hospitalizovaných dívek na DaDDC je vyšší než počet chlapců – to potvrdila námi stanovená hypotéza č. 4. Poslední hypotéza

– č.5 vyjadřuje, že věková hranice hospitalizovaných klientů na DaDDC se snižuje. Tento předpoklad se však na základě zjištěných dat nepotvrdil. Tato problematika si jistě zasluhuje v souvislosti se zvýšeným počtem klientů již od útlého věku v naší populaci, adekvátní pozornost, vypracování nových způsobů metodik a realizaci takových metod, které povedou k eliminaci těchto jevů.

ABSTRACT

This thesis presents research on the activities of the Child and Adolescent Detoxification Centre in Prague (CaADC) which took place from January to March 2010. The centre was established with the support from the Hospital of Sisters of Mercy of St. Charles Borromeo, in the premises of which the centre is located. The objective of this thesis was to describe the work of the centre, its importance in the therapy of addiction to habit-forming drugs among children and adolescents. Another objective was to find out about the interrelationship of the work of regional coordinators for the prevention of risk behaviour and forms of follow-up therapy according to individual needs and nature of the centre clients – children and adolescents. Mapping the variants of follow-up therapy of the clients using habit-forming drugs in different regions of the Czech Republic and the forms of prevention are other objectives. Within quantitative research, a content analysis of the data from the statistics of the Child and Adolescent Detoxification Centre in Prague was used to verify set hypotheses. In this regard, I prepared the analysis for the needs of the centre since the available data contained only the total number of hospitalized of young people per year. Responses of regional drug coordinators to a set of open and semi-open questions, which were formulated for this purpose, were also used. Another source is the results of standardized interviews with three doctors at the Child and Adolescent Detoxification Centre in Prague. The data that was collected has been elaborated graphically and in tabular form. The thesis analyzes the responses to questions prepared in advance and we realize that we have not been able to confirm all of the hypotheses. In hypothesis 1, we rebut the claim that the capacity of the Child and Adolescent Detoxification Centre is inadequate to the current needs in the Czech Republic. Another hypothesis, the second one, which says that the capacity of facilities for follow-up treatment of drug addiction after hospitalization at the Child and Adolescent Detoxification Centre in children and adolescents is not sufficient in our country, has been confirmed by this research. The third hypothesis was formulated as follows: the number of children and adolescents who undergo detoxification therapy at the Child and Adolescent Detoxification Centre increases every year. It has not been confirmed as well because the results show that the number

of hospitalized clients varies. The number of girls hospitalized at the Child and Adolescent Detoxification Centre is higher than the number of boys – this has been confirmed by our hypothesis 4. The last hypothesis, the fifth one, says that the age of hospitalized clients at the Child and Adolescent Detoxification Centre goes down. This assumption, however, has not been confirmed by the collected data. This issue surely deserves adequate attention in relation to the increased number of clients from an early age in our population. It is necessary to develop new methodologies and ways of implementing such methods that would lead to the elimination of these phenomena.

OBSAH

ÚVOD.....	12
1. SOUČASNÝ STAV.....	14
1.1. Historie nemocnice milosrdných sester Svatého Karla Boromejského.....	14
1.2. Historie vzniku Dětského a dorostového detoxikačního centra	15
1.3. Současný úkol.....	16
1.3.1 <i>Personální zajištění oddělení.....</i>	17
1.3.2 <i>Složky DaDDC.....</i>	19
1.3.3 <i>Vyšetření při příjmu klientů – klinický management.....</i>	20
1.3.4 <i>Sociální poradenství na DaDDC.....</i>	21
1.3.5 <i>Základní škola.....</i>	28
1.4. Drogová scéna v České republice.....	28
1.4.1 <i>Související legislativa.....</i>	29
1.4.2 <i>Mezinárodní legislativa.....</i>	30
1.4.3 <i>Protidrogová politika ČR.....</i>	31
1.5. Prevence vzniku závislostí u dětí a mladistvých.....	35
1.5.1 <i>Vymezení prevence obecně.....</i>	35
1.5.2 <i>Primární prevence.....</i>	36
1.5.3 <i>Sekundární prevence.....</i>	39
1.5.4 <i>Terciální prevence.....</i>	39
1.5.5 <i>Zásady prevence.....</i>	40
1.6. Závislosti.....	42
1.6.1 <i>Bio – psycho – socio – spirituální model závislosti.....</i>	44
1.6.2 <i>Vznik a vývoj závislosti.....</i>	45
1.6.3 <i>Návykové chování u dětí a mladistvých.....</i>	46
1.6.4 <i>Faktory vzniku závislosti.....</i>	49
1.6.5 <i>Kriminální činnost spojená s problematikou drog u dětí.....</i>	52
1.6.6 <i>Komorbidita a komplikace při zneužívání návykových látek.....</i>	52
1.6.7 <i>Základní vyšetření a terapie klientů na DaDDC.....</i>	55
1.6.8 <i>Následná terapie.....</i>	57

<i>1.6.9. Výčet typů protidrogových služeb</i>	62
2. PRAKTICKÁ ČÁST	64
<i>2.1 Cíle práce</i>	64
<i>2.2 Hypotézy práce</i>	64
3. METODIKA VÝZKUMU	65
<i>3.1 Použitá metoda</i>	65
<i>3.2 Charakteristika zkoumaného souboru</i>	65
4. VÝSLEDKY VÝZKUMU	66
5. DISKUSE	99
<i>5.1 Diskuse k výsledkům</i>	99
6. ZÁVĚR	108
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	109
8. KLÍČOVÁ SLOVA	115
9. PŘÍLOHY	116
10. SEZNAM ZKRATEK	133

ÚVOD

Užívání návykových látek a požívání alkoholu u mladistvých osob je jedním z nejpálčivějších problémů dnešní doby. Tento negativní jev má, bohužel, v našem státě vzrůstající tendenci. Vznikem závislostí obecně se zabývá celá řada odborníků, kteří tvoří multidisciplinární týmy, složené z lékařů, zdravotnických pracovníků, pracovníků sociální sféry a dalších resortů. Důvodů, proč dochází k zneužívání návykových látek mladistvými, je celá škála. Faktory vzniku závislosti nacházíme v mnoha dílčích příčinách. Do této kategorie bezesporu patří samotná osobnost uživatele, jeho původní sociální zázemí, tedy vlastní rodina a problémy v ní. Ta nezvládla patřičně svou funkci. Dalším z faktorů je společnost, ve které se jedinec nachází, která jej ovlivňuje a taktéž kultura ve svém širokém měřítku. Ztráta jistot, opomíjení důležitých rituálů, které jsou součástí rodinné výchovy a slouží jako pocit stability, pak mohou vést ke stavům marnosti, prázdnoty, nejistoty a ve svém důsledku ke vzniku závislosti.

Přes nemalou snahu celé společnosti se jev zneužívání psychotropních látek nedaří zcela vymýtit. Jednou z forem pomoci mládeži, zatížené užíváním zmiňovaných návykových látek je i proces detoxifikace. Tento předchází následné, často ústavní péči, která v ideálním případě vede k vyléčení a přísné doživotní abstinenci, jak v případě užití alkoholu, tak při aplikaci návykových látek. Jediným zařízením tohoto charakteru je pro celé území České republiky Dětské a dorostové detoxikační centrum, které sídlí v areálu Nemocnice Milosrdných sester Svatého Karla Boromejského v Praze 1, ve Vlašské ulici (NMSKB). Toto zařízení má nezastupitelnou úlohu v procesu řešení rizikového chování, dříve sociálně - patologických jevů u mládeže. Jeho hlavním úkolem je řešení problému akutních intoxikací návykovými látkami, ale i příprava závislých, nezletilých jedinců pro další vhodnou odvykací terapii. Nabízí svým klientům péči lékařskou, zdravotní a sociální, pro následnou terapii a resocializaci zdejších klientů do společnosti a tím vyplnění prázdných míst, která doposud zaplňovala zneužívaná návyková látka.

Cílem této práce bylo popsat práci Dětského a dorostového detoxikačního centra v Praze, jeho důležitost v oblasti terapie závislostí na návykových látkách u dětí a mladistvých. Dalším cílem bylo zjistit dostatečnost této kapacity pro řešení celorepublikové situace v oblasti dětské toxikomanie. Zajímala nás i návaznost práce krajských protidrogových koordinátorů a následné možné formy řešení navazující terapie dle individuálních potřeb a charakteru klientů Dětského a dorostového detoxikačního centra v Praze. Tato problematika si jistě zaslouží v souvislosti se zvýšeným počtem klientů již od útlého věku v naší populaci adekvátní pozornost.

V této práci je použita metodika kvantitativního výzkumu prostřednictvím realizace strukturovaného rozhovoru s lékaři DaDDC v Praze. Další použitou metodou bylo doplnění dat formou obsahové analýzy, provedené souborem otázek, určených zástupcům dotčených orgánů státní správy - krajským protidrogovým koordinátorům. Celou škálu doplňuje sekundární analýza dat z poskytnuté dokumentace DaDDC v Praze.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1. Historie nemocnice milosrdných sester Svatého Karla Boromejského

Samotné oddělení Dětského a dorostového detoxikačního centra vzniklo díky laskavému přispění, a pod záštitou Nemocnice Milosrdných sester svatého Karla Boromejského (NMSKB) v Praze Pod Petřínem, kde má také sídlo. Tato nemocnice je spravována řádem Milosrdných sester Svatého Karla Boromejského. Jako poděkování chci uvést několik řádek z bohaté historie tohoto specifického zařízení a informaci o řádu Kongregace Milosrdných sester Svatého Karla Boromejského. Tato kongregace je ženské řeholní společenství, které vzniklo v polovině 17. století ve Francii, do českých zemí přišly první sestry v roce 1837. Těžištěm činnosti Boromejek je milosrdná služba trpícímu člověku, která byla historicky realizována především v péči o nemocné, sociálně slabé, děti, staré lidi a podobně. Kongregace budovala nemocnice, školy, zařízení ošetrovatelské a sociální péče. V současnosti kongregace rozvíjí tyto aktivity jako zřizuje Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze, Domov svatého Karla Boromejského v Praze – Řepích. Toto zařízení poskytuje ošetrovatelskou a sociální péči, těsně spolupracuje s vazební věznicí Ruzyně v práci s vězeňkyněmi. Dále kongregace zřizuje Dům svatého Antonína v Moravských Budějovicích - domov pro seniory, pronajímá budovu pro Charitní domov pro řeholní sestry v Městě Albrechticích, které je pobytovým zařízením pro seniorky - členky společenství. Pronajímá budovu pro Hospic svatého Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích a budovu pro Gaudium ve Frýdku-Místku, kde je umístěna léčebna dlouhodobě nemocných (18).

Z historie nemocnice samotné lze říci, že v roce 1842 zakoupila kongregace zmíněného řádu od barona Bretfelda dům, včetně přilehlých zahrad, ve kterém bylo umístěno šest lůžek pro ženské pacienty. To byl prvopočátek někdejší nemocnice pod Petřínem. Budování nemocnice započalo v letech 1851-54. Mecenášem bez něhož by tato nemocnice nemohla tehdy vzniknout byl kníže František Jiří z Lobkovic. Ten, jak se uvádí, v přestrojení za nádeníka denně tři hodiny na stavbě nemocnice pracoval. V roce 1855 byl ke vznikajícímu komplexu kláštera a nemocnice přistavěn klasicistní kostel zasvěcený svatému Karlu Boromejskému. Po zřízení totalitního režimu přišlo

zestátnění i této nemocnice, která se stala pobočkou Státní fakultní nemocnice v Praze 2. Po vyhnání řádových sester byl kostel odsvěcen a sloužil jako depozitář administrativy nemocnice. V roce 1992 byla nemocnice vrácena zpět zmíněnému řádu. V roce 1993 mohl arcibiskup Miloslav Vlk po mnoha letech opět kostel vysvětit. Historická, více než 150 let trvající úzká vazba nemocnice a Kongregace Milosrdných sester svatého Karla Boromejského v Praze určuje i duchovní rozměr péče o nemocné v tomto zařízení (31).

Těsná návaznost nemocničního traktu na kostel svatého Karla Boromejského umožňuje klientům nemocnice, věřícím i ostatním, navštěvovat pravidelné bohoslužby. Nejinak je tomu v případě klientů DaDDC. Řádové sestry navštěvují oddělení v době bohoslužeb a nabízejí klientům možnost zúčastnit se. Samozřejmostí je naprostá dobrovolnost dětí k účasti. Nemocným jsou duchovní služby poskytovány též přímo u nemocničního lůžka. Každodenní spolupráce řeholních a civilních sester v rámci péče na odděleních nemocnice je dokladem tolerance respektovat svobodnou vůli náboženského vyznání. Tento respekt je citlivě přenášen i na pacienty. Péče zde je poskytována v přívětivé atmosféře, s lidským a individuálním přístupem ke každému klientovi, založená na základě morálních a etických zásad, křesťanských hodnotách, poskytující komplexní služby v klidném prostředí historického centra metropole a tím významně doplňující systém poskytovatelů zdravotní péče. Posláním je služba člověku, spočívající v navrácení zdraví a zlepšování kvality života nemocných prostředky současné medicíny na principech křesťanské etiky. Výše uvedené zásady jsou uplatňovány i na DaDDC (31).

1.2. Historie vzniku Dětského a dorostového detoxikačního centra (DaDDC)

Detoxikační program vznikl v nemocnici v roce 2004, poté co se zrušilo centrum Na Míčáncích. Jeho provoz platí pojišťovny a částkou 2,5 milionu ročně ho navíc dotuje nemocnice. Pacienti tu běžně platí poplatky za hospitalizaci. Úspěšnost detoxifikace v tomto centru je 90 procent. Detoxikační centrum ale není léčebna. Děti se tu „čistí“ ať už po plánovaných nebo akutních příjmech a odtud pak pokračují do léčeben, komunitních terapeutických center nebo se léčí ambulantně.

Projekt vzniku Dětského a dorostového detoxikačního centra (DaDDC) zaujal všechna odpovědná ministerstva i některé významné nadace a fondy, které poskytly dotaci na nákup potřebného materiálního zabezpečení, úprav oddělení i na provozní činnost. V roce 2004 a 2005 projekt podpořili: Úřad městské části Praha 1, Ministerstvo zdravotnictví, Nadace Eurotel, Ministerstvo práce a sociálních věcí, Magistrát Hlavního města Prahy, Nadace Most naděje, Rotary club, Skanska CS a.s., Biophys, DADE Behring, Green-Swan, Schering-Plough CEAG, Pfizer spol. s.r.o., HELMA v.o.s., LEK Pharma s.r.o., Europapier a mnoho dalších (32).

Základní ideou vzniku Dětského a dorostového detoxikačního centra bylo zajištění komplexní péče pro děti a mladistvé do ukončených 18 - ti let, kdy detoxifikace je provázena psychiatrickou a motivační psychoterapeutickou péčí a v konečné fázi i péčí resocializační. V koncepci centra je zahrnuto systematické propojení s rodinou, školou a zajištění následné péče v zařízeních zdravotnických i nezdravotnických, poskytujících ambulantní, střednědobou i dlouhodobou odvykací léčbu. Oddělení samo vzniklo restrukturalizací původně pediatrického oddělení v roce 2003, kdy zde kromě všeobecné specializace pediatrie bylo oddělení pro oblast neurologie, gastroenterologie a alergologie - imunologie. Pediatrická ambulance byla dostupná denně 24 hodin. Od září roku 2003 bylo vyčleněno 14 lůžek na standardním dětském oddělení, která byla použita pro účely nového Dětského a dorostového detoxikačního centra. V září 2003 zahájila provoz dětská psychiatrická ambulance, od 1. října 2003 byla taktéž oficiálně otevřená i lůžková část. DaDDC (33).

Od října roku 2003 toto centrum tedy zahájilo zkušební provoz, oficiální otevření centra se uskutečnilo 31. 3. 2004. Do konce října 2004 bylo centrum zařazeno pod dětské oddělení domovské nemocnice, po jeho zrušení k 1. 11. 2005, funguje centrum jako samostatné oddělení, v čele s vedoucí lékařkou MUDr. Darinou Stančíkovou. Centrum má k dispozici 14 lůžek (31).

1.3. Současný úkol DaDDC

Dětské a dorostové detoxikační centrum má své sídlo v Nemocnici Milosrdných sester svatého Karla Boromejského v Praze, Vlašská 36, Praha 1 - Malá Strana.

Centrum má k dispozici 12 standardních lůžek a 2 lůžka JIP (intenzivní péče). Zařízení poskytuje kombinovanou terapii, která je symptomatická nebo substituční a je doplněna psychoterapií. Oddělení je opatřeno zabezpečovacím systémem (viz příloha č.14). Komplexnost programu v rámci probíhající detoxikace zahrnuje i volnočasové aktivity, které jsou v podobě ergoterapie, muzikoterapie, arteterapie, edukační terapie, motivačního tréninku a dalších vhodných aktivit. Léčebný program je rozdělen do tří fází, stanovených individuálně dle stupně vývoje závislosti či aktuálního zdravotního stavu, postoje pacienta k léčbě, motivaci k abstinenci apod. U klientů, kteří neukončili základní školu, je zajištěna řádná školní výuka. Doba léčby na oddělení DaDDC je nejčastěji v rozmezí 7-21 dní. V průběhu provozu byla ověřena potřebnost takového zařízení v České republice, postupně se upravoval organizační řád oddělení a terapeutický program, snahou bylo představit detoxikační centrum pro děti a mladistvé nejen odborné, ale i laické veřejnosti. Za velmi důležité lze považovat skutečnost, že lze zde nabídnout ojedinělou péči i pro mladistvé, kteří s drogou „pouze“ experimentují a zamezí se tak možnost vzniku závislosti a z toho rezultujících těžkých zdravotních poškození. V průběhu provozu se dotvořil jak program, tak základní tým pracovníků, kteří se podílejí na zabezpečení projektu DaDDC. Jedním ze základních předpokladů zdárné terapie je velmi dobrý kontakt s rodiči, sociálními kurátory, s praktickými lékaři, školskými zařízeními apod. Přes všechna opatření dochází k fyzickým výpadům klientů, zejména vůči zařízení oddělení (viz příloha č.13). Projekt zaujal odpovědná ministerstva i některé významné nadace a fondy, které poskytly dotaci na nákup potřebného materiálního zajištění, úprav oddělení i na provozní činnost (33). Pracoviště je ojedinělé svého druhu v Praze i v ČR. Poskytuje lůžkovou i ambulantní péči.

1.3.1. Personální zajištění oddělení

Multioborový pracovní tým centra byl sestaven v souladu s doporučenými Standardy odborné způsobilosti a také v relaci s požadavky zdravotních pojišťoven. Důraz byl kladen na nutnost zajištění programu pro klienty dětského a mladistvého věku v průběhu celého dne, včetně víkendů. Tým pracoval pod vedením vedoucí lékařky, která je psychiatr s atestací II. stupně, složen byl dále ze zástupkyně vedoucí

lékařky, která je pediatr s atestací II. stupně, dalším členem je lékař v přípravě na získání specializace, lékařka – pediatr - gastroenterolog, 3 psychoterapeuti, učitelka – speciální pedagog, 2 terapeuti, střední zdravotnický personál, tedy zdravotní sestry, sociální sestra a administrativní pracovník. V souladu s požadavky standardů probíhaly pravidelné supervize týmu a také pravidelná setkání a rozbor případů s odbornými guaranty z oboru pedopsychiatrie a psychologie (31).

Odborné vzdělávání, publikační a výzkumná činnost lékařů

MUDr. Stančíková kromě publikační činnosti je autorkou článku o drogových závislostech u mladistvých v odborném časopise Referátový výběr psychiatrie, další aktivitou jsou přednášky o drogových závislostech u mladistvých na doškolovacích akcích IPVZ pro pediatriy.

MUDr. Koranda je autor přednášek o drogových závislostech u mladistvých na doškolovacích akcích IPVZ pro pediatriy, dalším příspěvkem je přednáška na konferenci Společnosti pro návykové látky, dále též přednáška na semináři Dětské psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice Motol. Společně MUDr. Stančíková a MUDr. Koranda prezentovali přednášku na XII. mezinárodní konferenci Společnosti pro návykové nemoci, pravidelně přednáší pro sociální pracovníky a kurátory.

MUDr. Jeřábková se svou specializací - gastroenterologiie v pediatrii aktivně zúčastnila přednáškou na Hepatologických dnech. Dále přispěla přednáškou na Konferenci o dětské obezitě v Poděbradech.

Lékaři se účastnili seminářů a školení v oboru i mezioborových, zúčastnili se také celostátní výroční konference odborné společnosti JEP. Terapeuti se průběžně vzdělávali v psychoterapeutickém výcviku. Zdravotní sestry se pravidelně účastní vzdělávacích akcí, pořádaných sesterskou organizací ČAS. V rámci zajištění nepřetržitého provozu, docházejí do služeb i externí spolupracující lékaři z řad psychiatrů. Na oddělení probíhají pravidelné supervize týmu a také pravidelná setkání a rozbor případů s odbornými guaranty pedopsychiatrie a psychologie. Oddělení je též pověřeno školením lékařů před atestací z pedopsychiatrie a adiktologie, dále zde probíhají výběrové přednášky pro posluchače III. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy.

Dětské a dorostové detoxikační centrum je školícím pracovištěm pro studenty Sociálně-právní školy (33).

1.3.2. Složky DaDDC

Psychiatrická ambulance

Ambulantní léčba probíhá, aniž by byl uživatel návykových látek vyčleněn z jeho vlastního sociálního prostředí. Uživatel pravidelně dochází do zařízení, kde je tento druh léčby poskytován. Délka léčby i četnost návštěv se může v jednotlivých případech individuálně lišit. Vždy ale vychází ze vzájemné dohody uživatele a terapeuta. Ambulantní terapie je však vhodná pouze u klientů, jejichž rodinné a sociální zázemí se jeví jako vhodné. Podpora a motivace vlastní rodiny je základem pro očekávaný úspěch. Vedoucím lékařem je přednostka oddělení MUDr. Darina Stančíková, která je také psychiatrem. Dalším zde působícím lékařem - odborníkem je MUDr. Marian Koranda. Ambulantní úsek zajišťuje vstupní psychiatrické vyšetření potřebné pro případný příjem na lůžkové oddělení. Ambulantní konzultace, psychoterapie pro rodiče a děti. Zajišťuje plán následné péče v části případů. V některých indikovaných případech je nezbytné zajistit substituční terapii pomocí preparátu Subutex. Léčba v ambulanci by měla trvat minimálně tři měsíce a dotýčný by měl do zařízení docházet nejméně dva až tři dny v týdnu (31).

Pediatrická ambulance

Vedoucím lékařem je MUDr. Ludmila Jeřábková, zástupce vedoucí lékařky DaDDC, MUDr. Dariny Stančíkové. Provádějí se zde pediatrická vyšetření pacientů před příjmem na oddělení Dětského a dorostového detoxikačního centra, dále je zde gastroenterologická ambulance, která se věnuje chorobám zažívacího traktu dětských pacientů včetně endoskopických vyšetření (32).

Lůžková část oddělení

Samotné lůžkové zařízení zajišťuje detoxifikaci - dle typu pacienta a jeho aktuálního zdravotního stavu a rovněž psychoterapeutický program. Ten je rozdělen na individuální a skupinový, zaměřený na motivaci k další léčbě (např. ve

specializovaných ambulantních, denních stacionářích nebo terapeutických komunitách). Terapie je členěna do skupin - akutní léčba intoxikace drogou, příjmy od záchranné služby, překlady z nemocnic a ústavů, příjmy pro Policii ČR před umístěním do diagnostických a výchovných ústavů. Na detoxikaci navazují: psychoterapie, a to na lůžku (hospitalizace obvykle 7-21 dní) i v ambulanci, diagnostická a toxikologická vyšetření. Pacienti jsou zařazováni do skupiny dle věku (do 15 a od 15 let - rozhodujícím činitelem nemusí být jen věková hranice, ale i duševní zralost daného jedince). Oddělení přijímá klienty do ukončeného 18. roku k hospitalizaci na lůžkovém oddělení (vč. detoxifikace) - nutností je se objednat. V případě akutních intoxikací lze hospitalizovat i bez objednání. Lůžkové odd. (viz příloha č.11) je koedukované, příjem pacientů není regionálně omezen. Z dokumentace, kterou si toto centrum vede, vyplývá, že největší počet pacientů pochází z Prahy a Středočeského kraje. Hned v závěsu je ale Ústecký kraj, který se v počtu narkomanů na počet obyvatel rychle dotahuje na Prahu. Především Teplice se staly varnou pervitinu a dodavatelem heroinu pro celé severní Čechy. Léčebný program je rozdělen do tří fází, stanovených individuálně dle stupně vývoje závislosti či aktuálního zdravotního stavu, postoje pacienta k léčbě, motivace (32).

Léčba je zaměřena nejen na zvládnutí abstinčních příznaků, ale i motivační trénink - díky intenzivní individuální a skupinové motivační terapii a aktivitám pro volný čas. Zde nachází prostor keramická dílna, arteterapie, muzikoterapie atd. Pro děti s povinnou školní docházkou oddělení zajišťuje výuku (viz příloha č. 8 a 9).

1.3.3. Vyšetření při příjmu klientů – klinický management

Matching je v diagnostice soubor opatření, která zařazují nejen komplex vyšetření, ale i řadu dalších okolností. Tento výraz lze chápat jako hledání nejvhodnější intervence pro jednotlivého klienta. Bez důkladné diagnostiky by nebylo možné stanovit postupy následné terapie a standardizace léčebných postupů. U nás používané nástroje se nazývají Addiction Severity Index (14).

Péče o závislé klienty je multioborovým problémem. Součástí je kooperace s dalšími odborníky, vlastním sociálním prostředím klienta. Nedílnou součástí je

anamnéza. Ta se opírá o informace od klienta. Její součástí je snaha získat informaci o tom, zda klient je uživatelem návykových látek a jakou formu aplikace realizuje. Dále lékař hodnotí přítomnost orientačních indicií, jako jsou přítomné vpichy na různých částech těla, přítomnost aplikačních pomůcek atd. Tento postup doplňuje standardní *fyzikální vyšetření* lékařem. *Laboratorní vyšetření* se soustřeďuje na vyšetření moči, kde lze zjistit přítomnost opiátů, pervitinu, kanaboidů, benzodiazepinů, barbiturátů, kokainu atd. v rozsahu až 30 dnů po požití dle druhu látky (16).

Zmíněný odběr moči lze provést pouze pod dohledem, aby nedošlo k manipulaci se vzorkem. Vyšetření krve nabízí celou škálu diagnostických možností. Lze touto formou rozpoznat přítomnost různých látek v krvi klienta. Jsou jimi: alkohol, benzodiazepiny, kanabioidy, psychostimulancia, opioidy, halucinogeny, těkavé látky.

Při vyšetření samotném je doporučeno dbát zásad bezpečnosti práce – používat ochranné rukavice, eventuálně roušku či ochranný štít. Dalším doporučením je přítomnost další osoby při vyšetření. Přístup ke klientovi by měl být klidný, mluva též klidná, pozor na prudké pohyby. Dbát je také nutno na bezpečné prostředí – uzavřená okna, nejlépe opatřená mřížemi, pozor na přítomnost léků a ostrých předmětů v ordinaci. Tím snižujeme riziko sebevraždy klienta i riziko pro naši osobu (15).

K základním úkonům patří i vyšetření všeobecnou sestrou, která je přítomna příjmu klienta, sepisuje s ním ošetřovatelskou anamnézu – stav při přijetí. Sociální pracovnice spolu s klientem vyplní „Sociálně právní dotazník“ (viz příloha č. 3 a-c). Dalším nezbytným dokumentem je podpisem potvrzený „Informovaný souhlas“ (viz příloha č. 5) a v neposlední řadě „Vnitřní řád DaDDC“ (viz příloha č.6). Pro bezpečnost klientů i personálu je nezbytné zajistit osobní věci hospitalizovaných. Za tím účelem pro potvrzení uschovaných věcí klient podepíše formulář „Seznam věcí převzatých do úschovy“ (viz příloha č. 4).

1.3.4. Sociální poradenství na DaDDC

Sociální poradna při Dětském a dorostovém detoxikačním centru je zajištěna působením dvou sociálních pracovníků, kteří jsou současně terapeuti. Dále zde působí pedagog volného času. Realizace poskytování sociální služby na Dětském a dorostovém

detoxikačním centru je poskytována dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Odborné sociální poradenství - §37 odst. 3, pak prostřednictvím Sociální poradny při Dětském a dorostovém detoxikačním centru Nemocnice Milosrdných sester Svatého Karla Boromejského (Sociální poradna při DaDDC NMSKB) (32).

Zdejší sociální poradna se primárně zaměřuje na poskytování odborného sociálního poradenství osobám ohroženým závislostí nebo závislým na návykových látkách ve věkové kategorii do ukončení 18- ti let věku a jejich rodinám z celé ČR. Hlavní náplní činnosti této poradny je poskytování sociálního poradenství pacientům v průběhu jejich hospitalizace na lůžkovém oddělení DaDDC. Odborné sociální poradenství je realizováno ve třech režimech (A, B, C – liší se svým obsahem, způsobem poskytování péče a kapacitou) podle cílové skupiny uživatelů.

Pro pacienty lůžkového detoxifikačního oddělení je součástí komplexní péče poskytování sociálního poradenství, kterou lůžková část DaDDC nabízí. Tato činnost se velmi úzce prolíná s terapeutickým programem navazujícím na vlastní proces detoxifikace. Délka pobytu na lůžkovém oddělení DaDDC bývá nejčastěji v rozsahu 7 - 21 dnů. Počátek péče o tyto klienty je zahájení hospitalizace pacienta na lůžkovém oddělení DaDDC a jeho účasti v terapeutickém procesu a programu. Konkrétně se uskutečňuje:

- a) V rámci terapeutického programu identifikuje terapeut témata vhodná pro jednání v rámci poradny, pomáhá při formulaci pacientova problému, jenž má pomoci poradna vyřešit.
- b) Pacient se na pracovníka poradny obrací při jejich kontaktu v rámci terapeutického programu na lůžkovém oddělení DaDDC (25).

Rozsah a skutečná intenzita a individuální sociální práce s klientem, tedy pacientem lůžkového detoxikačního oddělení a četnost realizovaných intervencí se odvíjí od charakteru sociální situace každého klienta a míry jeho vlastního zájmu aktivně se podílet na zlepšení své sociální situace, na minimalizaci ohrožujících faktorů či na řešení nepříznivé sociální situace (25).

Hospitalizovaná osoba vždy v počátku terapie vyplní „Sociálně právní dotazník“ (viz příloha č. 3 a-c) pro doplnění a úplnost informací, které zajistí kompletní

multioborovou terapii. Klient je vždy zainteresován na jednotlivých krocích v průběhu sociální práce. Očekává se a vítá jeho spolupráce. Poskytování odborného sociálního poradenství hospitalizovaným pacientům na oddělení DaDDC se zpravidla realizuje ve spolupráci se zákonnými zástupci pacientů, případně s dalšími osobami a organizacemi. Podmínkou této spolupráce je souhlas klienta a jeho zákonného zástupce. Poradenství v rámci tohoto režimu je poskytováno též telefonicky a elektronickou či písemnou korespondencí, po objednání je možnost osobní návštěvy. Sociální poradenství je poskytováno s cílem pomoci klientovi a zákonnému zástupci či jiné osobě při snaze o řešení vlastní nepříznivé sociální situace (20).

Vstup této kategorie uživatelů do služby:

- a) Zákonní zástupci hospitalizovaného pacienta a na základě souhlasu také další osoby či organizace jsou pracovníkem poradny kontaktováni vždy, když mohou přispět k realizaci cílů sociální práce s pacientem. Spolupráci s těmito potenciálními uživateli služeb iniciuje pracovník poskytující sociální poradenství.
- b) Zákonní zástupci pacientů a na základě souhlasu i další osoby a organizace se na pracovníka poradny obrazejí telefonicky nebo prostřednictvím písemné či elektronické korespondence. V případě, že to situace vyžaduje, je na základě tohoto kontaktu domluven termín osobní konzultace. Rozsah a intenzita sociálního poradenství poskytovaného klientům a zákonným zástupcům pacienta lůžkového detoxikačního oddělení a jiným osobám spadajícím do této cílové skupiny. Četnost intervencí se odvíjí od charakteru sociální situace pacienta a míry zájmu osoby, která je součástí přirozeného sociálního prostředí pacienta, aktivně se podílet na zlepšení a řešení nepříznivé sociální situace pacienta, na minimalizaci ohrožujících faktorů.

O jednotlivých krocích v průběhu sociální práce je informován nejprve zákonný zástupce, jehož souhlasem je jejich realizace podmíněna (1).

Cílovou skupinou jsou také další zájemci o odborné sociální poradenství v oblasti zneužívání psychotropních a návykových látek. Sociální poradenství je v tomto režimu poskytováno korespondencí písemnou i elektronickou a telefonicky. Služba je na přání klienta poskytována anonymně. Obsahem je odborná pomoc při orientaci v

situaci, zprostředkování kontaktů na vhodné další služby včetně nabídky DaDDC, je-li to indikováno (33).

Metody práce terapeutů

Sociální práce je součástí komplexní péče o pacienty lůžkového detoxikačního oddělení, je integrována do terapeutického programu v širším pojetí. Výhodou je, že sociální práce probíhá kontinuálně s programy oddělení, jejichž cílem je podpora náhledu na situaci a zvýšení motivace klienta ke změně. Kromě toho sociální pracovník tím, že se podílí na realizaci terapeutických programů, získává lepší vhled do situace klienta a poznává jeho situaci v širším kontextu. Lze tak lépe zhodnotit situaci a zvolit optimální řešení dalšího postupu léčby závislosti (24).

Sociální práce s uživateli psychotropních látek vychází ze skutečnosti, že dlouhodobé a pravidelné užívání těchto látek má na uživatele negativní důsledky v podobě poškození fyzického i duševního zdraví, ale způsobuje škody také v oblasti sociální. Ty se mohou týkat uživatele samotného, jeho blízkých rodinných příslušníků, případně širšího sociálního okolí. Se sociálním prostředím pacienta v nejširším slova smyslu počítáme také v kontextu bio – psycho - sociálního modelu vzniku a rozvoje drogové závislosti a to v tom smyslu, že sociální situace pacienta může ovlivňovat rovněž léčbu a naplňování jejích cílů. Sociální práce, je-li přizpůsobena potřebám pacienta, vhodným způsobem doplňuje farmakoterapeutický a psychoterapeutický program zařízení, napomáhá pacientově stabilizaci a motivaci pokračovat dále v léčbě a napomáhá ke zkvalitnění pacientova života a k zapojení do běžné reality bez užívání drog (24,25).

Cíle sociální práce DaDDC

Minimalizace sociálního poškození v souvislosti s užíváním psychotropních látek a stabilizace sociálních podmínek pacienta ve smyslu podpory a rozvoje motivace pro jeho další účast v léčebném programu, který povede ke zkvalitnění života pacienta zejména v oblasti bydlení, zaměstnání, právní a rodinné situace a také v souvislosti s úplným vysazením nebo s minimalizací užívání nelegálních psychotropních látek, podpora vlastních aktivit pacienta k řešení jeho sociální situace (33).

Sociální diagnostika

Základní sociální anamnézu získává lékař při vstupním vyšetření pacienta prostřednictvím rozhovoru s ním a s jeho zákonným zástupcem (případně v redukované formě jinou osobou, která pacienta doprovází). Sociální pracovník tuto anamnézu podle potřeby doplní a prohloubí při prvním rozhovoru s klientem (po dohodě též se zákonným zástupcem, dalšími zúčastněnými osobami či organizacemi) (24).

Oblasti sociální diagnostiky jsou vzdělávání, zaměstnání, bydlení, rodinné zázemí, sociální kontakty, finanční situace, právní situace.

Orientace v aktuální situaci, zjišťování problémů a rizik terapie

Prostřednictvím individuálních poradenských sezení a sociálních intervencí ve smyslu zprostředkování komunikace se zúčastněnými osobami či organizacemi v rámci sociální práce napomáhá klientovi k lepší orientaci v jeho stávající sociální situaci, mapuje spolu s klientem zdroje ohrožení (v souladu s 1. fází terapeutického programu, kdy je kladen akcent na vytváření reálného náhledu na problémy klienta) a mapuje také formy pomoci, které klient již využívá. Pracuje v kooperaci s celým terapeutickým týmem. Klienti přicházejí v nejrůznějších situacích, od akutního přijetí po zdraví ohrožující intoxikaci, kdy je hospitalizace první intervencí při experimentování s psychotropními látkami až po opakované hospitalizace pacientů s rozvinutou závislostí na návykových látkách, kteří často mívají nařízenou ústavní výchovu (55).

Návrh řešení, plán intervencí, realizace terapie

Stěžejním cílem sociální práce je zajištění navazující péče v oblasti terapie drogových závislostí. Tato péče je zajišťována na základě doporučení ošetřujícího lékaře, psychologa a dalších členů terapeutického týmu. Sociální pracovník seznamuje klienta a jeho rodiče, příp. jiné osoby s institucemi poskytujícími vhodnou péči, vede průběh jejího zajišťování. Terapeutický program v této fázi akcentuje posílení motivace klienta pro abstinenci a aktivní účast v léčebném programu (55).

V této oblasti probíhá spolupráce se všemi institucemi v oblasti terapie drogových závislostí zejména jde o pobytovou léčbu ústavní, rezidenční, denní

stacionáře a ambulantní programy, včetně poradenství pro rodinné příslušníky drogově závislých. Podle povahy hlavních problémů sociální pracovník poskytuje klientovi, rodičům, případně dalším osobám informace o dostupných formách pomoci, jejichž využití směřuje k minimalizaci rizik vyplývajících z nepříznivé sociální situace a k jejímu řešení. Vytváří spolu s klientem a zákonným zástupcem návrhy řešení. V této fázi probíhá obvykle intenzivní spolupráce s rodinou, sociálním kurátorem klienta, OSPOD, případně dalšími institucemi. V případě potřeby je zprostředkován kontakt na specializované instituce, sociální pracovník může pomoci formulovat klientovi zakázku, pomoci mu při vyřizování záležitostí. Pomoc při orientaci v problému, poradenství týkající se možností řešení a pomoc při řešení se podle charakteru hlavních problémů může týkat všech uvedených oblastí sociální situace jako v oblasti vzdělávání, zaměstnání, bydlení, rodinného zázemí, sociálních kontaktů, finanční situace, právní situace. Určujícím klíčem pro tuto práci je konkrétní potřeba klienta (31).

Cílem sociální práce pak je pomoc při zahájení či pokračování studia (resp. zaměstnání), dále poskytnutí informací o možnostech registrace na úřadu práce, pomoc při vyřízení potřebných dokladů (občanský průkaz), pomoc při kontaktu se sociálními kurátory a probačními úředníky či soudy, pomoc při řešení dluhů, pomoc při získávání sociálních dávek, pomoc při hledání ubytování (mediace komunikace v rodině, zajištění pobytu ve chráněném bydlení) (24).

Kromě sociálního pracovníka se na sociální práci podílejí:

Ošetřující lékař pacienta (psychiatr) – získává základní sociální anamnézu, doporučuje typ navazující péče, konzultuje se sociálním pracovníkem průběh sociálních intervencí.

Psycholog - terapeut – na základě psychologické diagnostiky doporučuje další kroky v zajištění navazující péče. Během individuální terapie vede klienta k řešení jeho problémů, možná je i jednorázová intervence rodinné terapie.

Pedagog volného času - terapeut – na úrovni podpůrného poradenství mapuje situaci klienta, podílí se na formulování zakázky klienta. V rámci kompetence pro pedagogiku volného času působí na sociální rehabilitaci klienta. Věnuje se tréninku sociálních a komunikačních dovedností klientů (24, 32).

Stížnosti uživatelů

Vyřizování stížností pacientů probíhá na několika úrovních, a to v závislosti na druhu stížnosti a nejvhodnějšího způsobu vyřešení daného problému. Drobné provozní problémy jsou vyřizovány přímo s pracovníkem sociální poradny, závažnější otázky pak na následných úrovních - vedoucí lékař, porada týmu, ředitel NMSKB, správní rada NMSKB. Na lůžkovém oddělení je dostupná Kniha stížností, do které mají možnost klienti své stížnosti zapsat. Stížnost lze též zaslat písemně na adresu Sociální poradny při DaDDC v případě ambulantní formy (31).

Ukončení poskytování služby a finanční spoluúčast uživatele na službě

Poskytování sociálního poradenství klientům je zpravidla ukončeno současně s ukončením pobytu na lůžkovém oddělení, pokud nedojde k dohodě mezi klientem a pracovníkem o jiném postupu. Klienti ambulantní formy iniciují zahájení i skončení poskytování sociálního poradenství (33).

Sociální poradna při DaDDC v Praze poskytuje svým klientům sociální poradenství bezplatně.

Materiální a technické zabezpečení realizace sociální služby

Sociální poradna při DaDDC NMSKB využívá prostory Dětského a dorostového detoxikačního centra. To se nachází v přízemí a v prvním podlaží dětského pavilonu Nemocnice Milosrdných sester svatého Karla Boromejského, Vlašská 36, Praha 1. Oddělení spolupracuje se zdravotnickými zařízeními nemocnice - ARO, laboratoř, pediatrie, zubní lékař. DaDDC tvoří ambulantní a lůžková část. Ambulantní část - psychiatrická a příjmová ambulance je situována do přízemí a je propojena s vlastním centrem. Detoxikační centrum je lůžkové oddělení umístěné v 1. podlaží se 14 lůžky v 5 pokojích. Na oddělení jsou dvě místnosti pro psychoterapii (edukační místnost) a volnočasové aktivity (dílna) (viz příloha č.12). Součástí je též ergoterapeutická dílna, sloužící k arteterapii (viz příloha č.10). Klientům, kteří nemají ukončenou základní školní docházku, je poskytováno vyučování pod záštitou Základní školy praktické a praktické školy Karla Herforta v Praze. Pracovníci sociální poradny pracují s klienty v

obou terapeutických místnostech. Technickým zázemím pro činnost sociální poradny je pokoj terapeutů, vybavený počítačem, notebookem, připojením k internetu, telefonem, tiskárnou (32, 33).

1.3.5. Základní škola

Škola při DaDDC zajišťuje výuku pro klienty, na které se vztahuje povinná školní docházka. Výuku na tomto úseku zajišťuje speciální pedagog Základní školy praktické a Praktické školy Karla Herforta. Cílem výuky je zajistit kontinuitu s kmenovými školami jednotlivých žáků. Učitel pracuje s individuálním plánem na základě doporučení kmenové školy žáka. Dále provádí základní speciálně pedagogickou diagnostiku se zaměřením na specifické poruchy učení. Cílová skupina dětí s diagnózou závislosti je specifická počtem zameškaných hodin ve školní výuce. Cílem výuky proto není zjišťování nedostatků, ale naopak obnovení pravidelného režimu školy, získávání motivace k učení, posílení vlastní hodnoty dítěte. Toho lze částečně dosáhnout individuálním přístupem, respektováním individuálních zvláštností, vhodným hodnocením dětí se specifickými poruchami učení a chování. (viz přílohy č. 8 a č.9). Samotná výuka probíhá v blocích, do výuky jsou zařazovány relaxační a výtvarné aktivity, trénink paměti, pomoc při nalezení vhodného učebního stylu. Výuka také musí respektovat zdravotní stav dítěte, důležitá je proto spolupráce pedagoga s lékaři a týmem terapeutů (31).

1.4. Drogová scéna v České republice

Začátkem 90. let se v ČR začalo rozmáhat obchodování s drogami ve velké míře. Příčinu lze nalézt v přílivu cizinců a také otevření hranic. Tito v naší zemi spatřovali potencionální odbytiště pro prodej drog. V první řadě je třeba zmínit, že v období před „Sametovou revolucí“ existovaly skupiny lidí, kteří si vyráběli drogy pro svou potřebu samostatně. Především se jednalo o braun a pervitin. Za tímto účelem byly zřizovány malé – přenosné varny. Po roce 1989 se utvořila organizovaná síť distributorů z ČR i ze zahraničí. Lukrativním obchodem, který ovládaly ozbrojené skupiny se stal právě prodej psychotropních látek. V naší republice bujel velmi výnosný byznis, ohrožující

zejména mladou generaci. Díky Národní protidrogové centrále, vedené JUDr. Jiřím Komorousem, došlo k částečné kontrole a minimalizaci nelegálního prodeje drog (42).

1.4.1. Související legislativa

Valné shromáždění OSN v červnu 1998 vytvořilo Politickou deklaraci a Akční plán o mezinárodní spolupráci, vedoucí k vytvoření komplexní a vyvážené strategie v rámci boje proti světovému problému drog (Komise pro narkotika OSN, březen 2009). Dalším krokem byla Dublinská konference o podobě budoucí protidrogové strategie Evropské unie – „Cesta vpřed“ z května 2004 a program Světové zdravotnické organizace „Zdraví pro všechny v 21. Století“. Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018 navazuje na cíle a opatření Protidrogové strategie Evropské unie rozpracované pro léta 2005-2012 a na Protidrogový akční plán Evropské unie na období 2009-2012, který má za cíl potlačit negativní důsledky zneužívání drog, snížit počet souvisejících trestných činů, vznik Evropské protidrogové aliance – ta vyzývá vládní programy, dává vzniknout dobrovolným organizacím ke vzájemné spolupráci (3).

V souvislosti s protidrogovou politikou EU a jejích členských států se potvrzuje, že všechny členské státy EU vycházejí ze stejných základních zásad. Zúčastněné země uplatňují vyvážený přístup ke snižování nabídky drog a poptávky po drogách a ve své protidrogové politice upevňují hodnoty, na kterých je Unie založena. Jsou jimi úcta k lidské důstojnosti, svoboda, demokracie, rovnost, solidarita, právní stát a lidská práva (6).

Cílem strategií a akčních plánů v jednotlivých členských zemích EU je ochrana jednotlivců, ochrana veřejného zdraví a poskytování bezpečnosti široké veřejnosti. Česká republika tyto zásady, principy a cíle uplatňovala již ve své protidrogové politice před vstupem do EU a i nyní po svém vstupu je i nadále rozvíjí a prohlubuje (29, 51).

Národní strategie 2010-2018 navazuje, jak již bylo zmíněno na Národní strategii protidrogové politiky na období 2005 až 2009. Je založena na výsledcích hodnocení její realizace a na analýze drogové situace v letech 2005 až 2008. Podle výsledků hodnocení je většina hlavních cílů předchozí strategie platná i pro příští období.

Daří se podporovat základní síť programů a služeb v primární, sekundární a terciární prevenci při zneužívání drog s relativně širokým spektrem typů a zavést systém ověřování jejich odborné způsobilosti. Avšak síť specializovaných ambulantních zdravotnických zařízení je stále nekonsolidovaná. Aktuálně je však oblast služeb pro uživatele drog ohrožena poklesem finanční podpory z veřejných rozpočtů (51).

Česká republika je potencionálně schopna úspěšně čelit největším hrozbám komplexního drogového fenoménu. Závažná oblast problémového užívání nelegálních látek je v ČR do značné míry pod kontrolou, což je stav příznivý i v kontextu EU. Udržení tohoto trendu lze dosáhnout jen společným a koordinovaným postupem, založeném na formální i neformální spolupráci subjektů, do jejichž působnosti problém užívání drog zasahuje na všech úrovních veřejné správy a společnosti (6).

Principy a zásady, které se v protidrogové politice ČR uplatňovaly od začátku 90. let 20. století, byly ukotveny v zákoně č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů. Látky, které jsou v ČR kontrolované, omamné a psychotropní látky a přípravky je obsahující, jsou definovány v zákoně č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů (3).

Proběhlá Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009 deklarovala zaměření na všechny typy drog, včetně legálních, na operační úrovni však byly akční plány svým obsahem a rozsahem zaměřeny zejména na problematiku drog nelegálních. Protidrogové politice se ale dosud nepodařilo plně začlenit problematiku legálních drog, což se projevuje nepřehledností koordinačních mechanismů v této oblasti (51).

1.4.2. Mezinárodní legislativa

Při zásazích proti nelegálním laboratořím v Jižní Americe bylo zjištěno, že na výrobu jsou užívána obrovská množství legálně dovážených chemikálií, a to zejména z Evropy. Mezinárodní výbor pro kontrolu drog při OSN, navrhl mezinárodní normu pro kontrolou chemických látek, zneužívaných při výrobě látek návykových. Touto normou se stala Úmluva OSN proti nedovolenému obchodu s omamnými a psychotropními

látkami. Byla stanovena v roce 1971 a je známá pod názvem Vídeňská úmluva, ve které byly vyjmenovány chemikálie podléhající zvláštní kontrole. V roce 1998 byl přijat Zákon o návykových látkách č. 167/1998 Sb., který se stal definitivní zákonnou normou pro kontrolu prekurzorů a pomocných látek na území České republiky odpovídající legislativě Evropské unie (10, 28).

Strategie protidrogové politiky EU

Členské státy EU řeší problematiku drog dle vlastních právních norem. V roce 1990 vlivem Úmluvy OSN proti nedovolenému obchodu s omamnými a psychotropními látkami, která byla přijata ve Vídni v roce 1988, byl učiněn první krok k přijetí společných legislativních kroků. Tím nejdůležitějším dokumentem se stalo Nařízení Rady (EHS) č. 3677/90, které stanovuje opatření pro účel zamezení zneužívání určitých látek k nedovolené výrobě omamných a psychotropních látek. Jeho cílem je monitorace obchodu s návykovými látkami a látkami k jejich produkci mezi EU a zeměmi třetího světa (30).

Portál Elisad

V dubnu 2007 zahájila činnost nová evropská informační služba v oblasti alkoholu, drog a závislostí. Portál Elisad, podporovaný Evropskou komisí poskytuje uživatelům drog a závislostí. Tento portál, podporovaný Evropskou komisí poskytuje uživatelům vyhledávací katalog zdrojů informací na Internetu o této problematice.

Zdroj nabízí uživatelům volný přístup k přibližně 1 000 vysoce kvalitním Internetovým zdrojům informací o alkoholu, drogách a závislostech z 35 evropských zemí a k prohledávání je možno použít 17 evropských jazyků, včetně češtiny. Návštěvníci webových stránek mohou získat informace o vzdělávání a prevenci, léčbě, strategiích a výzkumu. Za Českou republiku zajišťuje sběr dat, jejich vyhodnocování a českou verzi portálu Státní zdravotní ústav (49).

1.4.3. Protidrogová politika ČR

Protidrogová politika je komplexní a koordinovaný soubor preventivních, vzdělávacích, léčebných, sociálních, regulačních, kontrolních a dalších opatření, včetně

vymáhání práva, uskutečňovaných na mezinárodní, národní, krajské a na místní úrovni. Zdravotními, sociálními, ekonomickými škodami a dopady v podobě trestné činnosti, která je s drogami spojena pro ČR vychází ze základního konceptu komplexu preventivních, vzdělávacích, léčebných, sociálních, regulačních a kontrolních opatření. Součástí je vymáhání práva, které je zaměřené na omezení dostupnosti a distribuce drog a dodržování zákonů a dalších, jež mají za cíl zlepšovat zdravotní, sociální, ekonomické, bezpečnostní a trestněprávní podmínky, které ovlivňují zdravý vývoj jednotlivce i společnosti. Právní normou pro tuto oblast je Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů (57).

Předmětem zájmu Evropské unie je ochrana a podpora veřejného zdraví, která je ukotvena v Lisabonské Smlouvě. Nezastupitelnou součástí protidrogové politiky je prevence realizovaná ve třech stupních jako primární, sekundární a terciální. Další složkou jsou represe, tedy aktivity k zastavení či omezení výroby a distribuce drog, prohibice, čili absolutní zákaz - jeho vynucování a kontrola a regulace, jako omezení dostupnosti drog (56).

Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018

Národní strategie 2010 - 2018, vydaná Usnesením vlády č. 340 ze dne 10. května 2010 je klíčovým koncepčním dokumentem vlády ČR a zároveň programovým vyjádřením záměrů a postupu vlády při řešení problému užívání drog.

Tento dokument aktualizuje předcházející strategie v souladu se současným stavem vědeckého poznání o fenoménu užívání drog, jeho důsledcích a o účinných řešeních problémů s ním souvisejících. Definiuje v komplexní a koncepční rovině základní východiska a směry řešení problému užívání drog a principy a přístupy, na kterých protidrogová politika staví a ustanovuje cíle, kterých se snaží dosáhnout a priority při realizaci opatření na období 9 let (52).

Ochrana bezpečnosti jednotlivců a společnosti

Výroba a distribuce ilegálních drog jsou nezákonné jevy, se kterými je spojen výskyt kriminálního chování. Ohrožení bezpečnosti jednotlivců i společnosti

představuje každá úroveň těchto nezákonných jevů, ale především organizovaná forma trestných činností, souvisejících s výrobou a distribucí drog nebo praním špinavých peněz, pocházejících z obchodu s drogami, a to zejména mezinárodního charakteru. Rizikem je rovněž zacházení s legálními drogami mimo rámec vymezený zákonem (54).

Řešení problému užívání drog

Vyvážený a multioborový přístup zajišťuje účinnost v boji proti tomuto nežádoucímu a nebezpečnému jevu. Působnost je na celospolečenské, mezirezortní, mezioborové a mezisektorové spolupráci na všech úrovních. Je postaven na komplexním, výzkumem podloženém a vyváženém uplatňování tří základních strategií Jsou jimi ***snižování nabídky drog*** jako kontrola prodeje a distribuce legálních a potlačování nezákonné výroby a distribuce nelegálních drog. ***Snižování poptávky po drogách*** primární prevence, léčba a sociální začleňování uživatelů, ***snižování rizik*** spojených s jejich užíváním. Protidrogovou politiku ČR tvoří čtyři základní pilíře: primární prevence, léčba a resocializace, snižování rizik, snižování dostupnosti drog. Důležitou podmínkou je podpora veřejnosti, její informovanost, aktivní přístup a snižování dostupnosti drog, léčba a sociální začleňování, snižování rizik, primární prevence. Národní strategie protidrogové politiky je rozpracována na období 2010-2018, pokrývající období 2010-2012, 2013-2015 a 2016-2018 (53).

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky je poradní, koordinační a iniciační orgán vlády ČR v otázkách protidrogové politiky. Vytváří platformu pro průběžnou komunikaci s ministerstvy, dalšími články veřejné správy a s dalšími subjekty, které se podílejí na realizaci protidrogové politiky včetně nestátních neziskových organizací a odborných společností. Rada předkládá vládě návrhy opatření a aktivit protidrogové politiky, koordinuje a vyhodnocuje jejich realizaci a provádí na všech úrovních kontrolu plnění úkolů vyplývajících z národní strategie a z akčních plánů. Rada doporučuje k financování programy, garantuje systém zabezpečení kvality

programů prevence a snižování rizik užívání drog, léčby a sociálního začleňování uživatelů drog a závislých na drogách. Rada dále koordinuje zapojení České republiky do mezinárodních a evropských záležitostí (52).

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti je českým partnerem sítě, zřízené a podporované národními vládami a Evropskou unií s cílem monitorovat situaci v oblasti psychotropních látek, připravovat podklady pro kvalifikovaná politická rozhodnutí v této oblasti na národní i evropské úrovni a vyhodnocovat jejich účinnost. Organizace je organizační součástí Úřadu vlády České republiky, byla zřízena usnesením vlády č. 643 ze dne 19. června 2002. Na činnost dohlíží Poradní výbor pro sběr dat o drogách, který vznikl na základě usnesení vlády ze dne 26.3.2003 č. 296. Předsedou výboru je PhDr. Ladislav Csémy (52).

Národní monitorovací středisko je jedním ze členů sítě REITOX, která zahrnuje monitorovací střediska členských zemí Evropské unie, Norska a kandidátských zemí (29).

Národní protidrogová centrála

Jejím úkolem je vyhledávat, odhalovat a vyšetřovat trestnou činnost na úseku nedovolené výroby a obchodu s omamnými a psychotropními látkami a jedy, zejména v jejich organizovaných a mezinárodních formách. Cílem je snižování nabídky nelegálních drog v České republice a prosazování práva v této oblasti. Podílí se též na tvorbě a realizaci národní strategie protidrogové politiky a v preventivní oblasti, zaměřené zejména na nespécifickou primární prevenci. Česká republika byla podle Národní protidrogové centrály i v minulém roce největším producentem pervitinu v Evropě. V roce 2009 stoupal také trend pěstování konopí ve velkopěstírnách. Podle dopravních policistů stoupal v prvním čtvrtletí letošního roku i počet zdrogovaných řidičů. (42).

Národní protidrogový koordinátor Jindřich Vobořil oznámil, že Česká republika byla podle Národní protidrogové centrály i v roce 2009 největším producentem

pervitinu v Evropě. Stoupal i trend pěstování konopí ve velkopěstírnách. Podle dopravních expertů i podíl zdrogovaných řidičů má stoupající tendenci (42).

1.5. Prevence vzniku závislostí u dětí a mladistvých

1.5.1. Vymezení prevence obecně

Dělení prevence se uskutečňuje na primární, sekundární, terciální úrovni. Je důležitým prvkem ve výchově dětí a mládeže. Je důležitá spolupráce všech subjektů, které se na výchově podílejí. Prevence je otázkou školy, rodiny a společnosti. V souvislosti s problematikou závislosti mladistvých je třeba uvést problém, na který upozornilo EMCDDA (Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti), že nižší věk prvního experimentu s ilegálními drogami je u dívek než u chlapců. Zdá se, že hlavním důvodem této situace je vliv vyššího věku partnerů na dívky. Tato upozornění pak vedla vlády ve Švédsku, Rakousku a Německu k uvolnění finančních prostředků pro specifické programy prevence, orientované pro velmi mladé dívky (29, 56).

Strategie prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže na období 2009 – 2012. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy má stěžejní podíl při uplatňování školní primární prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže v České republice. V oblasti protidrogové primární prevence bylo ministerstvo usnesením vlády č. 549/2003, o posílení národní protidrogové politiky, pověřeno koordinací primární protidrogové prevence na meziresortní úrovni. To je dáno nejen celkovým počtem dětí, žáků a studentů vzdělávajících se ve školách, ale také celkovou délkou působení školního prostředí na tyto cílové skupiny. Období školního vzdělávání má velmi významnou funkci v oblasti formování osobnosti mladých lidí a vše, co se v tomto období nepodaří se jen velmi obtížně napravit v období dospělosti. Toto je také důvodem, proč je oblasti prevence rizikových projevů chování u mládeže věnována mimořádná pozornost, a to nejen ze strany ministerstva, ale i všech dalších složek podílejících se na řízení školství, zvláště pak krajů a obcí (27, 51).

Strategie vychází ze závěrů pravidelných jednání s krajskými školskými koordinátory prevence a metodiky prevence, z dlouhodobých cílů stanovených

strategiemi nadresortních orgánů a ze zkušeností s naplňováním koncepcí prevence zneužívání návykových látek a dalších rizikových projevů chování u dětí a mládeže na období 1998 – 2000, 2001 – 2004 a 2005-2008 (27, 15).

Ministerstvo na vertikální úrovni udržuje fungující síť koordinátorů a metodiků prevence – ***krajští školští koordinátoři prevence***. To jsou pracovníci odboru školství, mládeže a tělovýchovy krajských úřadů, ***metodici prevence*** jsou pracovníci pedagogicko-psychologických poraden a ***školní metodici prevence*** jsou pedagogové ve školách a školských zařízeních. Vynaloží se průměrně ročně cca 20,5 mil. Kč na ***Programy na podporu aktivit v oblasti prevence rizikových projevů chování u dětí a mládeže***. MŠMT poskytuje každoročně v rámci Programu státní podpory práce s dětmi a mládeží na oblast zabezpečení volného času dětí a mládeže finanční prostředky ve výši cca 170 mil. Kč (49, 27).

1.5.2. Primární prevence

Prevence je založena na předcházení záškoláctví, šikany, násilí, diváckého násilí, kriminality, delikvence, vandalismu, závislosti na politickém a náboženském extremismu, rasismu, xenofobii, užívání návykových látek jako jsou tabák, alkohol, omamné a psychotropní látky, dále se zaměřuje na prevenci onemocnění HIV/AIDS a dalších nemocí, šířící se krevní cestou, na poruchy příjmu potravy (mentální bulimie, mentální anorexie), netolismus (virtuální drogy) a patologické hráčství (gambling). Dalším důležitým úkolem je rozpoznání a zajištění včasné intervence zejména v případech domácího násilí, týrání a zneužívání dětí, včetně komerčního sexuálního zneužívání, ohrožování výchovy mládeže (12).

Vymezení primární prevence

Všechny aktivity, směřující k tomu, aby problém vůbec nevznikl, jsou součástí primární prevence. Základem je rodina. Je třeba s dětmi o drogách mluvit, vysvětlit jim, proč se drogám vyhnout. Rodiče, školní instituce a veřejná média se též podílejí na primární prevenci. O nebezpečí drog lze informovat prostřednictvím televizních pořadů, časopisů, deníků, přednášek a kurzů. Primární prevence spočívá v odhalování

možných problémů, minimalizování jejich počtu a oslabování jejich účinku i ve vytváření správného hodnotového žebříčku. Jsou to veškeré konkrétní aktivity realizované s cílem předejít problémům a následkům spojeným se rizikovými projevy chování, případně minimalizovat jejich dopad a zamezit jejich rozšíření. Důraz klademe zejména na *specifickou primární prevenci* tj. systém aktivit a služeb, které se zaměřují na práci s populací, u níž lze v případě jejich absence předpokládat další negativní vývoj a který se snaží předcházet nebo omezovat nárůst jeho výskytu. Součástí systému jsou Standardy primární prevence, od jejichž naplňování při preventivních aktivitách se očekává dodržení potřebné úrovně a kvality daných aktivit. Tyto programy se explicitně zaměřují na určité cílové skupiny a snaží se hledat způsoby, jak předcházet vzniku a rozvoji rizikových projevů chování (45,43).

Specifická primární prevence může být zaměřena na cílovou skupinu například třídu, u které není zatím specifikováno, nebo nejvíe známky rizikového chování.

Selektivní primární prevence - je zaměřena na primární cílovou skupinu - tu část populace, u které chceme zamezit vzniku rizikového chování. Nedílnou součástí je i včasná intervence, která předchází sekundární prevenci, tj. přímé individuální práci s klientem.

Nespecifickou primární prevencí se rozumí aktivity, které tvoří nedílnou součást programů nespecifické prevence - např. různé aktivity, které by bylo zapotřebí realizovat i v případě nepotřebnosti v souvislosti s návykovým chováním. Jako tato forma primární prevence jsou často prezentovány nejrůznější volnočasové aktivity (54).

Primární cílové skupiny

Děti a mládež

Cílem působení v oblasti prevence rizikových projevů chování je dítě odpovědné za vlastní chování a způsob života. To je hodnoceno v souvislosti s věkem jedince. Nutné je posílení duševní odolnosti vůči stresu, negativním zážitkům a vlivům. Dítě by mělo být opatřeno přiměřenými sociálně psychologickými dovednostmi, mělo by být schopné řešit problémy. Mělo by mít vyhraněný negativním vztah k návykovým látkám, podílet se na tvorbě prostředí a životních podmínek, otevřené a pozitivně nastavené k

sociálním vztahům, aktivně přijímat zdravý životní styl, jehož součástí je životospráva, sportovní a kulturní aktivity a podobně (11).

Pedagogičtí pracovníci

K naplňování cílů v oblasti prevence může přispět pouze pedagog vzdělaný, kvalifikovaný, komunikativně, psychologicky a speciálně pedagogicky vybavený. Svou osobností se pozitivně podílí na vývoji sebeuvědomění žáka. Je schopen vyučovat za aktivní účasti dětí, podporuje zvyšování odolnosti dětí a mládeže proti rizikovým projevům chování.

Sekundární cílové skupiny

Rodiče dětí a veřejnost

Zapojení rodiny i veřejnosti do prevence rizikových projevů chování je cílem, a to prostřednictvím dostatečného informování a aktivitami specificky zaměřenými na tuto cílovou skupinu. Důležité je i zapojení a spolupráce všech zainteresovaných subjektů jak resortu školství, tak i resortů participujících a na primární prevenci spolupracujících MPSV, MZČR, MVČR, Policie ČR, OSPOD, apod.

Primární prevence spočívá v odhalování potencionálních problémů, minimalizování počtu těchto jevů a oslabování jejich účinku. V neposlední řadě ovlivňuje vytváření správného hodnotového žebříčku u mladých lidí jako nejohroženější skupiny ve společnosti. Primární prevence je součástí protidrogové politiky v České republice. Kromě působení školy jsou zřizována střediska primární prevence, kde působí takzvaní intermediátoři, kteří se rekrutují z řad pedagogů, rodičů, zdravotníků, policistů, sociálních pracovníků a vrstevníků, kteří působí organizovaně v oblasti primární prevence.

Vrstevnické skupiny mají velký vliv na mladou generaci, neboť prostřednictvím stejně starých členů působí v oblasti prevence. Nutno podotknout, že ne vždy však toto působení musí být s kladným výsledkem. Tlak skupiny působí na dítě mnoha způsoby. Pro dítě samotné, není často snadné odolat, žít zdravě, udržet si identitu, zvláště pokud si není jisté samo sebou. Nechce být vyvrženo z kolektivu ostatních vrstevníků. Kladné hodnocení touto skupinou je pro ně prvotní (56,27).

Za hlavní *silné stránky v oblasti primární prevence* u dětí a mládeže jsou považovány zlepšování systému vzdělávání, zvyšování počtu kvalitních akreditovaných vzdělávacích programů a postupné prosazování systému celoživotního vzdělávání, rozšíření právního vědomí u realizujících subjektů, stabilní tok financí z MŠMT formou dotací.

Za hlavní *slabé stránky v oblasti primární prevence* u dětí a mládeže je považována nedostatečná spolupráce škol s rodiči, neochota rodičů participovat na prevenci, prevence jen ve školách, absence prevence v rodinách, absence dostatečné nabídky vzdělávacích programů, neodbornost pedagogů v dané oblasti, nejasná měřitelná kritéria sledování efektivity, absence schopnosti evaluace preventivních programů (27).

1.5.3. Sekundární prevence

V případě pravidelné konzumace drog a následného vzniku závislosti je na pořadí sekundární prevence. Ta má za úkol brzké vyhledání problému a jeho terapii. Důležitou úlohu zde sehrávají rodiče a škola. Škola se snaží rozpoznávat potíže žáků, kteří se do kolotoče závislosti dostanou a ve spolupráci s vlastním sociálním prostředím, případně dalšími institucemi tyto problémy řeší. Rodina, pokud pečlivě plní svou funkci, je prvotním článkem v boji proti závislosti. Sekundární prevence je zaměřena na posílení ambulantních služeb. Kvalitní programy terapie a resocializace nabízejí závislým osobám smysluplnější trávení volného času. Včasná terapie a intervence je nejlepším způsobem, jak ovlivnit závislost již vzniklou. Důležitá je provázanost s ostatními články, které do boje proti návyku patří. Vzdělanost zainteresovaných pracovníků v této oblasti je garancí vhodného řešení této palčivé problematiky. Velkým problémem se také jeví, tak jako v mnoha dalších resortech financování této oblasti (14, 26).

1.5.4. Terciální prevence

Je dobře dimenzovaná síť služeb, nabízející kvalitativně velmi dobré a profesionálně zvládnuté spektrum programů. Pro terciální prevenci je typická léčba plně závislých jedinců v protidrogových léčebnách a jejich následná resocializace. Je také

zaměřena na ty konzumenty, kteří jsou krátkodobě či dlouhodobě uživateli drog a nejsou schopni a ochotni tuto činnost neopakovat. Forma pomoci, která eliminuje vznik a šíření některých druhů infekčních nemocí. Je zaměřena na omezení, která vedou k zabránění recidiv a v minimalizaci nežádoucích dopadů v sociální oblasti jedince. Spočívá v nabídce návštěv kontaktních center, detoxifikačních jednotek, péče ambulancí i lůžkových zařízení, sociální péči. Při boji proti šíření infekčních onemocnění se poskytují služby výměny sterilních jehel aplikačních stříkaček. Tyto jsou měněny za použité, které uživatel na výměnném místě nebo prostřednictvím terénního pracovníka uloží do speciálních kontejnerů pro infekční odpad. Substituční terapie, příkladně pomocí preparátu Metadon a Subutex se používá zásadně tam, kde již selhaly všechna preventivní a léčebná opatření a postupy. Závislý člověk má možnost tak věnovat všechno své úsilí zaměřit mimo obstarávání drogy a může začít normálním způsobem fungovat a resocializovat se. Dávku, která je podmíněna lékařským doporučením je možné postupně snižovat. Dochází tak ke kontrole těchto uživatelů, k jejich sledování, ke sledování zdravotního a celkového stavu (56, 54).

1.5.5. Zásady prevence

Zásady prevence v rodině

Získat důvěru dítěte a umět mu naslouchat, umět s dítětem o alkoholu a drogách informovaně hovořit, předcházet nudě, pomáhat dítěti přijmout hodnoty, které usnadní odmítání alkoholu a drog, vytvořit zdravá rodinná pravidla, pomoci dítěti ubránit se nevhodné společnosti, posílit sebevědomí dítěte, spolupracovat s dalšími dospělými, Zásady prevence ve skupině, odmítnutí rizikové situace, umět prosadit vlastní identitu. Při prevenci drogové závislosti je nejučinnější zaměřit se na důvody, které mladého člověka k užívání drog vedou. Proč lidé pijí alkohol? Většina z nás pije alkohol kvůli tomu, že nás zbavuje úzkosti, nepříjemných pocitů a vzpomínek – duševní či tělesné bolesti. Alkohol umožňuje zapomenout na každodenní problémy. Ta příjemnější část účinku se nazývá psychotropní účinek. Potřeba zapomenout na napjatou rodinnou situaci, nevnímat hádky a nadávky rodičů, prožít naprosté uvolnění a odpoutání od reality je výrazná zvláště u dětí, které vyrůstají v konfliktním prostředí s vysokou mírou násilí, bez zájmu rodičů. Zkušenost s drogou může pro takového rizikového jedince

představovat naprosto výjimečný zážitek, který nemá možnost prožít se svou rodinou. Výchova dětí v rodině především žádá, aby byl v rodině vytvořen harmonický soulad mezi rodiči a mezi rodiči a dětmi. Příklad rodičů je nejlepším výchovným prostředkem (34, 27).

Preventivně výchovná péče ve školských zařízeních

Probíhá ve střediscích výchovné péče pro děti a mládež, která jsou součástí diagnostických ústavů či výchovných ústavů nebo jsou zřizovány samostatně. Poskytují všestrannou preventivně výchovnou péči dětem a mladistvým s negativními a patologickými projevy chování, pokud nejsou důvody k ústavní výchově. Střediska jsou institucemi, které pracují se školní populací přímo ohroženou sociálně patologickými jevy a často s prvními zkušenostmi s asociálním jednáním. Podmínkou pro přijetí do střediska je svobodné rozhodnutí klienta. Úkoly střediska při prevenci spočívají v rozvíjení komunikace a pozitivních vztahů v rodině (27).

V některých ZŠ jsou součástí ***Peer programy protidrogové prevence***. Mladí aktivisté ve věku 15 – 20 let jsou vyškoleni a své poznatky a zkušenosti předávají mladším žákům. Úskalím je nedostatek pedagogických znalostí. Je to program za aktivní účasti předem připravených vrstevníků (věkový rozdíl mezi peer aktivisty a těmi, s nimiž pracují, bývá 1-2 roky). Je vhodný pro normální děti a dospívající. Chlapci a děvčata podobného věku, kteří žijí zdravě, pomáhají při peer programu normálním vrstevníkům, aby žily zdravě i oni, vyzdvihují obecné a odstrašující znaky toxikomanie u mládeže. Besedy jsou pořádané v posledních ročnících základní školy, na středních odborných učilištích a středních školách.

Vrstevnické skupiny mají velký vliv na své členy, může být negativní nebo pozitivní. Tlak skupiny vrstevníků se uplatňuje mnoha způsoby, pro dítě není snadné odolat, udržet si identitu, žít zdravě, zvláště pokud si není jistý sám sebou, chce dosáhnout mezi vrstevníky dobrého postavení (15).

1.6. Závislosti

Závislost je vazbou na určitou psychoaktivní látku. Tato látka se stává nedílnou součástí života takto postiženého jedince. Závislost na určitých chemických látkách má více symptomů, které jsou charakteristicky seskupeny. Tento stav nazýváme syndrom závislosti. Syndrom závislosti je dle 10. Revize Mezinárodní klasifikace nemocí značen F1x.2, z čehož místo x je doplněna aktuální, zneužívaná psychotropní látka. Tento stav je dle Nešpora popsán jako skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více (39).

Syndrom závislosti se vyznačuje silnou touhou – *cravingem*, čili bažením po droze. Dalším z příznaků zmiňovaného syndromu jsou potíže se sebeovládáním, tendencí ke zvyšování dávek spolu se zvyšující tolerancí k použité dávce. Dále můžeme pozorovat zanedbávání jiných, dříve důležitých zájmů, zvyšuje se podíl času věnovanému k opatření prostředků pro opatření návykové látky. Nadále pokračuje užívání i přes zjevné známky poškození organismu. Tento stav se projevuje fyzickými (poškození jater, ledvin a ostatních orgánů), psychickými (depresivní stavy, psychotické epizody, poškození kognitivních funkcí jako myšlení a paměť) i sociálními (destrukce vztahů včetně rodinných, partnerských, přátelských, problémy v zaměstnání) problémy uživatele (14).

Pojem závislosti je synonymem pro pojem toxikománie. Drogová závislost je psychickým a někdy také fyzickým stavem, vyplývajícím ze vzájemného působení mezi živým organismem a drogou. Je charakterizovaný změnami chování a jinými reakcemi, které vždy zahrnují nutkání k užití drogy stále či pravidelně pro její psychostimulační účinky a někdy též pro prevenci nepříjemných důsledků absence užití. Závislost na návykových látkách je charakterizovaná touhou po účincích drogy. Závislý jedinec ji užívá i přes následné nepříjemné důsledky. Nejčastěji závislost vzniká na podkladě experimentu. Zprvu může mít uživatel pocit kontroly nad svým chováním. Pokud jsou přítomny důvody pro pokračování v užívání jako osobní problémy, nemoc, stres, nuda, tlak zvenčí, důvody k užití přetrvávají, během času závislý jedinec pozbývá kontroly nad užíváním návykové látky a mění svůj životní styl natolik, že opuštění užití drogy je

pro něho nemyslitelné. Stádia působení návykových látek, konkrétně alkoholu a rozvoj závislosti řadíme do čtyř stupňů – jsou jimi:

1. **stádium počáteční**, kdy uživatel vyhledává alkohol pro jeho uvolňující a dosud nepoznané účinky.

2. stádium nazýváme **prodromálním**. Je charakteristické vyšší tolerancí k užití dávce alkoholu, stoupající potřebou, narušenou kontrolou nad jednáním. Toto stádium odpovídá škodlivému užívání.

3. **stádium rozhodné** znamená, že tolerance organismu vůči alkoholu stoupá, je tedy nezbytné dávky zvyšovat. V toto období dochází k evidentním změnám osobnostních vlastností, změnám v preferenci hodnot, k oploštění zájmů, k rozpadu interpersonálních vztahů.

4. stádiem je **stádium terminální**, čili konečné. Nejvíce odpovídá syndromu závislosti. Konzumace se stává nepřetržitou, přítomny jsou somatické i psychické poruchy, sociální interakce s okolím je narušena velmi závažným způsobem. Potíže se dostavují v momentě užití, tak i mimo něj. Dochází k fyzickému i psychickému chátrání, k sociálnímu úpadku (7, 50).

Vznik a rozvoj závislosti u látek nealkoholového typu také lze zařadit do 4 stádií. Jsou jimi: **1. Stádium experimentální** - přináší pro jedince při občasné užití příjemné, dosud neznámé prožitky. Negativní účinky zatím nejsou patrné. Droga navozuje únik z mnohdy nepříjemné reality. V tomto období lze tyto experimenty ještě často utajit. Při zachycení problému v tomto stádiu existuje reálná možnost na jeho zvládnutí. Někteří uživatelé po těchto zkušenostech drogy opouští a nahradí jinými způsoby realizace svých potřeb.

2. Stádium příležitostného užívání nutí uživatele k aplikaci pro své stimulační účinky v případech sociální a osobní nouze či nudy. Užívání látky je tajeno pro důvod stigmatizace.

3. stádium pravidelného užívání se vyznačuje čím dál častějším užíváním, popírá známá rizika. Vše, co nesouvisí s drogou se stává lhostejným. Dochází ke ztrátám zaměstnání, rozpadu rodiny, poruchám sociálních kontaktů. Společnost jedinci tvoří stejně postižení uživatelé.

4. stádium – návyk a závislost se vyznačuje absolutním zájmem pouze o užití drogy. Projevuje se závažnými změnami v oblasti somatické, psychické, sociální. Poškození zdraví je pravidlem. Primárně zejména trpí CNS, vnitřní orgány. Sekundárně v souvislosti s problémem malhygieny se objevují infekční komplikace v podobě snížení imunity, hepatitid, zejména typu C a případně HIV (7).

U osob závislých, zejména u mladistvých se často dosáhne různými zákazy odporu dětí a následně tato situace vede k opačnému účinku ve formě větší koheze ve skupině závislých (43).

1.6.1. Bio – psycho – socio – spirituální model závislosti

Psychická závislost

Psychická závislost se nejčastěji projevuje změnou duševního stavu uživatele. To je způsobeno v důsledku opakovaného užívání návykové látky. Tento druh závislosti je provázen opětovnou touhou drogu užít. Psychické zážitky, které navazují na použití samotné jsou důsledkem použití jednotlivé návykové látky. Mezi důležité momenty závislosti lze zařadit fetální alkoholový syndrom (FAS), který je důsledkem užívání alkoholu matkou v průběhu těhotenství (23).

I ostatní návykové látky, pokud jsou užívány v tomto období jsou důvodem poškození plodu. Jedince k závislosti vede celá řada pro něho příjemných účinků. Například alkohol je znám svými anxiolytickými účinky, které lze pozorovat v při prvotním užití. Posléze má naopak účinek depresivní. Problematika psychické závislosti lze vysvětlit i jako reakce na specifické faktory, které užití provází jako například rituál užití, prostředí aplikace, hudba, skupinový abúzus atd. (14).

Fyzická závislost

Je charakterizovaná jako stav organismu, který vznikl podáváním drogy, zpravidla dlouhodobějším a častým, který se projevuje výskytem abstinčních příznaků v případě zástavy podávání návykové látky. Organismus si na takovou látku zvykl a zahrnul ji do své látkové výměny. Již u vývoje plodu v těle matky, jak bylo zmíněno, dochází k ovlivnění jeho vývoje (14).

Sociální úroveň závislosti

Kvalita rodinných vztahů či jejich absence patří k nejzákladnějším součástem důvodů závislosti. Nedostatek času rodičů, který věnují dětem, chybějící společné rituály, to jsou další z příčin vzniku. Mladí se identifikují se vzory mimo rodinu, které mnohdy jsou původem jejich destrukce. Abúzus některého z rodičů může též mít vliv na dítě v souvislosti s jeho vlastní závislostí. Takto dysfunkční rodiny se zjevně podepisují na dalším životě svých členů. Kolektiv vrstevníků hraje též nemalou úlohu. V zájmu každého rodiče by měl být dobrý příklad pro vlastní děti (13).

Spirituální úroveň závislosti

Určité procento lidí hledá v drogách naplnění této potřeby. Například stimulační, taneční drogy jsou užívány v touze po skupinové transcendenci. Opačným příkladem je užívání drog v osamění a potají, kdy se očekává mimořádný zážitek. Místo osvobozujícího pocitu však uživatel spadá do spirály závislosti (14).

1.6.2. Vznik a vývoj závislosti

První kontakt s drogou a okamžik prvního použití je důležitým okamžikem pro vznik závislosti. Drogová kariéra jednotlivce se odvíjí od druhu látky a podmínek prvního užití a v neposlední řadě faktu, zda mu zachutnala, jaký prvotní zážitek prožil. Většinou nedochází ke vzniku závislosti při prvním použití. Při experimentování však hrozí nebezpečí jako náhlé úmrtí, odstartování duševní choroby atd. (34).

Experiment bývá prvním krokem k užívání. Pokud droga člověka osloví, dochází k tzv. ***rekreačnímu užívání***. Klient látku užívá na večírcích, neodmítá ji, ale ani nevyhledává. Nebezpečné jsou house-party, kde se mladí lidé oddávají krom alkoholu i dalším návykovým látkám. Pokud je jedinec užívá stále častěji, dochází postupně k narušení vztahů a droga se dostává do popředí zájmu uživatele. Častá konzumace se označuje jako ***problémové zneužívání***. Tento jev následuje těžká závislost. V tomto období lze pozorovat první problémy, které nejsou uživatelem přiznány jako závislost, ten je přesvědčen, že může kdykoliv přestat. Těžká závislost je označována jako ***nucené***

závislé zneužívání. Vyznačuje se opakovaným užíváním během dne, nekontrolovaným bažením, ochotou obětovat cokoliv za účelem opatření drogy (34).

Polymorfní užívání návykových látek je užívání více než jedné psychoaktivní látky, společně či časově odděleně. Často je spojováno s užíváním ilegálních drog, někdy zahrnuje drogy legální, kterými jsou například tabák a alkohol. V některých případech, kdy si závislí uživatelé nemohou obstarat svou dávku drogy, mohou se uchýlit k užívání látek s podobnými účinky na organismus, zejména na centrální nervový systém, aby snížili abstinenci příznaky (5).

1.6.3. Návykové chování u dětí a mladistvých

Příznaky užívání návykových látek u dětí a mladistvých a změny chování

Každé zjištění užívání drog dítětem nebo mladistvým je pro rodiče velkým zklamáním. Často dochází z úst rodičů k obviňování okolí, kamarádů, partnerů navzájem, dostavuje se pocit vlastního selhání. K varovným signálům, které by měly vzbudit naši obezřetnost patří ubývání alkoholu a léků v domácnosti. Dalším varovným momentem je stav, kdy dojde ke zjištění chybění některých cenných předmětů. Postižení dále mění přátele a kamarády. S nimi tráví volný čas odlišným způsobem. Často dochází k těmto setkáním na společenských akcích určených pro mládež jako jsou diskotéky, house párty, setkání různých sekt. Nápadná bývá únava a ospalost během dne. Někdy je přítomna neobvyklá veselost, ničím nepodložená.

Zpravidla se objevuje ztráta zájmu o péči o vlastní zevnějšek. Ruku v ruce jde zhoršení školního prospěchu i u dříve pečlivých žáků, kteří nyní nejeví zájem o učení. Objevují se časté, mnohdy omluvou nepodložené absence ve výuce. Tento jedinec bývá podrážděný, přecitlivělý, často se třese, vyhýbají se rodičům, při konfliktu často opouští domov. Dochází ke ztrátě zájmů o hodnoty, zájmy, koníčky a lidi, kteří bývali kdysi důležití (41).

Alarmující může též být ztráta chuti k jídlu a výrazné hubnutí, zvracení. Přesto, že se takto postižený mladistvý snažit kamufláží zastírat známky aplikací, jsou po čase patrný v podobě následků po vpiších injekčních jehel na různých, mnohdy důmyslně zvolených místech těla, kožních defektů, špatně se hojících v důsledku imunodeficitu.

Další indicií je lhaní. Postupem času se tento člověk dostane do konfliktu se zákonem (40).

V situaci již vzniklé a déle trvající závislosti se navíc objevuje přiznání dítěte ke zneužívání návykových látek, mnohdy tato informace vzejde od učitelů nebo přátel či spolužáků. Jsou patrný již rozvinuté známky závislosti, jak byla popsána. Laboratorně se dají zjistit v organizmu metabolity toxických návykových látek. Nacházíme pomůcky k užití – injekční stříkačky, papírky, dýmky, psaníčka, speciálně upravené lžičky, zapalovače atd. někdy je přítomen specifický zápach, který dítě přehlušuje deodoranty. Častými se stávají stavy paranoidity – pocitu pronásledování. Typickým příznakem je neustále se zvyšující potřeba finančních prostředků. Často je přítomna též agresivita (41).

U dětí se projevují na rozdíl od dospělých uživatelů některé specifické příznaky. V tomto vývojovém stádiu dochází ke vzniku závislosti mnohem dříve než u dospělých. Je prokázána existence vyššího rizika otrav s ohledem na nižší toleranci organizmu. Dochází k zaostávání psychosociálního vývoje nezletilého jedince zejména citového dozrávání, vzdělávání, sebekontroly atd. Časté jsou recidivy závislostí (38).

Specifika závislostí u dětí a mladistvých

Pro skupinu dětí a mladistvých tvoří drogy zvláště nebezpečný fenomén na rozdíl od skupiny dospělých. U dětí dochází ke vzniku závislosti velmi záhy. Mladý organizmus má nižší odolnost i vyšší riziko předávkování. Děti mají všeobecně menší zkušenosti a sklon k riskování. Děti, které užívají drogy mohou zaostávat ve svém psychosociálním vývoji. Nejčastěji tyto problémy lze pozorovat v oblasti vzdělávání, sociálních dovedností, sebekontroly, citového vyžívání. I pouhý experiment s užíváním psychotropních látek je u dětí a dospívajících osob spojeno s většími problémy v různých oblastech života. Jedná se o problémy v rodině, ve školní docházce, problematiku vzniku trestné činnosti. Užívání drog u těchto věkových kategorií s sebou přináší nejčastěji problematiku, jako jsou krádeže, dětská prostituce mnohem častěji než u dospělých. Důsledkem užívání dětských narkomanů je stále se zvyšující finanční náročnost v obstarávání drogy. Děti a mladiství logicky nemají dostatek peněz k jejich

opatření. Touha drogu si opatřit mnoho těchto jedinců vede ke kriminálnímu chování, jak již bylo zmíněno, navíc dochází k výrobě těchto látek a jejich distribuci, pašování atd. To, co u mladistvého začalo jako experiment v důsledku zvědavosti, může mít nevratná zdravotní postižení, psychické změny a již zmiňovanou trestnou činnost (39). Mnoho faktorů má na svědomí, zda mladistvý podlehne vábení drog. Jsou jimi funkčnost rodiny, prostředí školy, přátelé a podobně. Praxe drogových center ukazuje, že závislí jedinci se především rekrutují z rodin s velmi nekompromisní výchovou nebo naopak z rodin, kde zájem o děti je na posledním místě, další rodiny v dětství pěstují nezdravý egocentrismus. Důležitým faktorem je osobnost jedince, podnět pro užívání drogy a droga samotná (34).

Nejčastější momenty, vedoucí mladistvého k experimentu s drogou jsou nuda a zvědavost, dále touha po dosažení lepších studijních či pracovních výsledků. Důležitý je vliv vrstevnické skupiny. Mladí mají touhu zapadnout do skupiny, neradi jsou vyloučeni. To je též častým důvodem. V době dospívání hledá většina mladistvých smysl života, zkoumá svět. Málo životních zkušeností, touha porovnat se s kamarády vede často k nesmyslnému chování. Dle pravidla, že zakázané ovoce nejvíce chutná se mladí chtějí odlišovat od všech konvencí, které jsou požadovány dospělými, rodiči. Jde o touhu po dobrodružství, vzrušení a o odporu proti všem autoritám (34).

Pro závislého mladistvého znamená tato cesta silnou touhu po požití – *craving*, která se stává vtíravou. Potíže se sebeovládáním jsou dalším znakem, který doplňuje tuto mozaiku. Jak bylo již v souvislosti se stádiem užívání poznamenáno, dochází k toleranci při užití dávky. Rodiče mohou náhodně nalézt aplikační pomůcky nebo látku určenou k aplikaci. Mladiství se ztotožní s drogovou kulturou – zastávají se konzumace, nabízejí pseudofilozofická vysvětlení pro obhajobu užití. U závislých dochází ke zhoršování kognitivních funkcí a soustředění. V možných problémech s úřady či policií se ukrývá další z problémů. Somatické známky se liší podle druhu užití látky (23).

Trendy ve vzniku závislosti u mladistvých

V současné době má s užitím marihuany zkušenost velké procento dětí a mladistvých. Na vině je vysoká dostupnost této látky a její zdánlivě neškodlivé účinky

na organismus. V populaci nezletilých je také rozšířené používání tanečních drog typu extáze. Toto je bohužel celoevropský trend. Ostatní nelegální látky jsou ve výskytu použití zhruba na přibližně stejné úrovni s porovnání s rokem 1999. Podle pohlaví závislých mladistvých lze říci, že v případě chlapců jednoznačně stoupá spotřeba marihuany, ale i ostatních drog. U děvčat je nápadný vzrůst používání heroinu, pervitinu a sedativ. Děvčata mají vyšší šanci drogu získat – často žijí s „vaříči“ a ti jim za poskytované sexuální služby tuto látku nabízejí. Chlapci musí shánět finanční prostředky, to jde ruku v ruce se zvyšováním kriminality v těchto věkových skupinách. Také je zajímavé, že počet závislých jedinců je vyšší podle typu navštěvované střední školy. U studentů gymnázií je nižší než u žáků středních odborných škol a učňovských zařízení (26).

Podle národního monitorovacího střediska pro drogy mělo již v roce 2002 zkušenost s některou z nelegálních drog v ČR 16 – 20 % dospělé populace. Nejčastěji šlo o marihuanu a hašiš. Extáze působila asi u 4 % populace. 2 % uživatelů se setkala s aplikací heroinu, pervitinu, kokainu nebo LSD. Promořenost virem HIV je zhruba ve skupině injekčních uživatelů 1 %. Hepatitida C byla prokázána u přibližně 60%! Co se týče kontaktu s nízkoprahovými zařízeními, tento druh pomoci vyhledává cca 60% závislých. Samozřejmě v souvislosti s drogovou scénou úzce souvisí kriminální činnost.

Dle Hygienické stanice hlavního města Prahy připadá 24 osob závislých na 100 000 obyvatel. Kromě hlavního města je vyšší výskyt závislých osob ve Středočeském, Karlovarském, Jihočeském a Ústeckém kraji (36).

1.6.4. Faktory vzniku závislosti

Jednoznačně platí, že základem pro vznik návyku v užívání škodlivých látek má vliv vlastního sociálního prostředí, tedy **rodiny**. Úloha rodiče je nezastupitelná a tak se může, třeba nevědomě svým postojem vůči dítěti rodič podílet na této situaci. Přístup odmítavý nezdravě omezující nebo povolný se může v zásadě přičinit o vznik těchto problémů. Častými konzumenty drog jsou mladiství z rozvrácených rodin, někdy z rodinného prostředí, které je náročným ve svých často nereálných požadavcích

k dětem. Děti nechtěné, kterým je tento fakt vyjeven jsou další ohroženou skupinou (21).

Genetické dispozice jsou též důležitým faktorem. Tento fenomén se nejvíce potvrzuje v případě alkoholových závislostí. **Biologické predispozice**, kdy se projevuje u některých jedinců zvláštní reakce, odlišné od jiných uživatelů, které jsou příjemné a vedou v důsledku k vyšší spotřebě užívané látky. **Psychickými faktory** rozumíme zvýšené tendence k druhu prožívání, způsobu uvažování a následného hodnocení některých situací. Někteří jedinci mají sníženou míru sebekontroly a volních vlastností. U depresivních a neurotických osob se toto riziko potencuje. **Sociální faktory** - každý z nás je členem nějaké skupiny. Ať už to je skupina primární – rodina, přátelé nebo skupina sekundární – školní kolektiv, sdružení, zájmové kroužky. V rodině v některých případech jedinec přichází často do kontaktu s alkoholem, tabákem, kofeinem nebo dokonce drogami samotnými. Dalšími z alarmujících důvodů jsou mnohdy negativní klima v rodině samotné - disharmonické vztahy s rodiči, absence či nedostatek citových vazeb, nedostatečná nebo chybná výchova. Mladistvé také ovlivňují sociální skupiny – party kamarádů. Faktorem, který nelze opomínat je vliv životního prostředí – je určitý rozdíl mezi prostředím města a venkova (7).

Spirituální důvody závislostí jsou zastoupeny absencí smyslu života, nízká míra pokory, neexistence rituálů typu iniciačních a přechodových. V tomto případě se objevuje též nepřítomnost autority (14).

Jedním z důležitých faktorů pro vznik závislosti je také **stres**. Slovo, které pochází z anglického slova „stress“, překládáme jako zátěž, přitom přiměřená duševní nebo fyzická zátěž je pro organismus prospěšná. Tuto formu nezýváme „eustress“. Stresová situace je pro člověka v akutním ohrožení důležitá pro přežití. Dochází k mnoha procesům uvnitř organismu, které jsou důležité pro zvládnutí této situace jako je svalové napětí, zvýšená tepová frekvence, zvýšená frekvence dechu, zvýšená elektrická aktivita mozku. Naopak je tlumena chuť k jídlu, potřeba spánku, imunita. Tento dnes ve všech pádech skloňovaný fenomén je prvopočátkem mnoha vzniklých závislostí. Zdroji stresu při zneužívání návykových látek mohou být: duševní zátěž, zátěž tělesná a v neposlední řadě problémy sociální, které ke stresu vedou (35).

Rozeznáváme též faktory environmentální, zde hraje prim prostředí, kde se klade důraz na společenskou sounáležitost každého člověka. I některá povolání mohou mít neblahý vliv na vznik závislosti. Jde zejména o povolání, kde je přímý styk s návykovými látkami.(14)

Spouštěcích mechanismů může být mnohem více. Patří sem dále pohnutka užití v souvislosti s napodobováním dospělých, únik z reality s nepříjemnostmi ve škole i rodině, zvědavost. Další problematickou situací je užití drogy jako náhražky, rebelství, které mládí provází, pomůcky zvládnutí kritické situace. Nejrizikovější je snaha vyrovnat se vrstevnické skupině. Někdy se užívání návykových látek dá definovat jako výraz patologického životního stylu. Při hledání vlastní identity a snaze o osamostatnění může též dojít k závislosti při snaze řešení vlastních problémů (35).

Je na místě zmínit i některé druhy závislostí, které nemají přímou souvislost s užíváním psychotropních látek. Zejména v posledních letech, kdy počítačové technologie se stále rychleji vyvíjejí a stávají se masovou záležitostí, vyvstává stále častěji do popředí problematika závislosti v této oblasti. **Gamblerství** nebo – li patologické hráčství je závislost na hraní her ve formě loterií, sázením na dostizích, hraní automatů. Tato činnost ve svém důsledku zapříčiní poškození sociálních vztahů, vztahů pracovních, materiálních a rodinných hodnot a vede k zadlužení. Častěji touto poruchou trpí mužská populace. I v souvislosti s tímto problémem popisujeme abstinenci symptomy. Patří sem dráždivost, psychomotorický neklid, potíže s koncentrací a v neposlední řadě i příznaky somatické. Predispozičními faktory pro vznik závislosti tohoto typu jsou úmrtí nebo rozvod rodičů před adolescencí postiženého jedince, rozporuplná výchova v dětství, zanedbávání finančních záležitostí v rodině a také výskyt hráčství v rodině nebo mezi přáteli v adolescenci. **Závislost na počítačových hrách** je dalším druhem závislosti v této oblasti. Nejčastějšími hrami jsou hry sportovní, simulátory, adventure, akční hry, hry strategické. Příznaky, které prozradí právě tento druh závislosti jsou stavy podobné transu, vzpírání se rodičovským zásahům, ztráta kontroly nad časem, nervozita v době, kdy dítě nehraje, lhaní o své závislosti, zanedbávání učení a mnoho dalších. **Závislost na internetu** se zejména dnes, kdy je aktivováno velké množství sociálních sítí, projevuje často. Tento druh závislosti

nazýváme *netholismem*. Nejvíce ohroženými skupinami jsou teenageři a osamělí lidé. Postupně u těchto lidí dochází ke ztrátě kontaktů a zužování skupiny přátel. Tento jev také ovlivňuje zdravotní stránku jedince. Komplikace se dostávají v podobě bolestí zad, poruch pohybového aparátu, obezity, psychických potíží, stresu, vyčerpání atd. (8).

1.6.5. Kriminální činnost spojená s problematikou drog u dětí

Problematika kriminality se nevyhýbá, bohužel ani dětské populaci. Děti a mladiství jsou aktéry těchto nezákonných postupů buď formou manipulace ze strany dospělých nebo na podkladě vlastního rozhodnutí. V souvislosti se zneužíváním návykových látek lze říci, že mladiství se podílejí nejčastěji na těchto činnostech formou drobných krádeží, přepadení loupežného charakteru, prostituce dívek, v poslední době i prostituce chlapecké. Dále jde o pomoc při nelegální výrobě návykových látek a v neposlední řadě při jejich distribuci.

Osoby, páchající trestnou činností, související se zneužíváním drog rozdělujeme do tří skupin. V první skupině nalezneme osoby, které páchají *přímou drogovou kriminalitu*. Jedná se o nezákonnou manipulaci s návykovými látkami jako je výroba, distribuce nebo přechovávání těchto látek. Tato skupina sama drogy většinou nezneužívá. Druhou skupinu tvoří *toxikomani*, tedy osoby, kteří drogy požívají. Trestná činnost je páchána právě pod vlivem zmiňovaných látek, tedy pod jejich přímým vlivem nebo jako následek abstinčního syndromu. Třetí skupinu tvoří *trestné činy páchané na osobách závislých*. Jde nejčastěji o kuplířství, pohlavní zneužívání, omezování osobní svobody, vydírání a ohrožování mravní výchovy mládeže (13, 30).

1.6.6. Komorbidita a komplikace při zneužívání návykových látek

Kromě vzniku závislosti samotné, dochází často obecně k předávkování, intoxikacím, psychózám, odvykacím komplikacím, interakcím s dalšími skupinami léků, úrazům a dopravním nehodám. Intravenózní užívání drog je rizikovým faktorem pro vznik infekčních onemocnění. Nejčastějšími a nejobávanějšími takto vzniklými chorobami z této řady je *Hepatitis B, C a HIV/ AIDS*. Nejběžnějším způsobem přenosu těchto obávaných chorob je sdílení aplikačních pomůcek při intravenózním podání.

Z řady hepatitid je zastoupena i varianta **Hepatitidy A**. Záslužnou činnost provádějí na území Evropy střediska, kde lze získat nové, sterilní, injekční stříkačky a funguje zde edukace pro oblast **harm – reduction**. Jedná se o přístupy snižování či minimalizace poškození drogami u osob, kteří v současnosti drogy užívají a nejsou nikterak blíže motivováni k tomu, aby samotné užívání zanechali. Hlavní úlohou je minimalizace negativních důsledků užívání drog pro uživatele a zároveň ochrana společnosti. Provádí se buď přímo v terénu jako terénní programy nebo pomocí streetworkeru či v nízkoprahových kontaktních centrech. Edukace zaměřená na snížení zdravotních rizik z užívání drog je rovněž pevnou součástí léčebných programů (29).

V případě injekční aplikace psychotropních látek se lze též setkat se septikémií, invazivními infekcemi, bakteriálními infekcemi, kožními abscesy, infekcemi kůže a měkkých tkání, kostními a kloubními infekcemi, infekčními endokarditidami, nekardiálními vaskulárními infekcemi, plicními infekcemi, infekcemi centrálního nervového systému a očními a také ostatními sexuálně přenosnými nemocemi. Dochází k řadě orgánových selhání a systémovým poškozením organismu, vystavenému toxickým účinkům drog. Jsou jimi poškození systému cévního, dýchacího, poškození oka, ledvin, centrálního nervového systému. Užívání psychostimulačních látek vede k prudkému zvýšení tlaku krve, ten může zapříčinit krvácení do mozkové tkáně. Další z řady komplikací je tromboflebitida, gangrény, alergické reakce. V případě injekčního způsobu aplikace se může ještě objevit omylem napíchnutí tepny. Pro dlouhodobě závislé je další komplikací trestní stíhání nebo vyhození z domova (14).

Velkou skupinou chorob, které souvisí s užíváním návykových látek jsou komplikace v podobě **psychóz**. Sem řadíme psychózy na podkladě alkoholu se svou nejzávažnější variantou – delirium tremens. Další v řadě je alkoholická halucinóza, paranoidní psychóza, alkoholová epilepsie, alkoholická demence a Korsakova psychóza. Psychózy též navozují hašiš, marihuana, barbituráty, benzodiazepiny, opioidy, pervitin, kokain, halucinogeny, organická rozpouštědla. Další v řadě komplikací jsou deprese, úzkostné stavy, dissociální poruchy osobnosti, poruchy příjmu potravy, patologické hráčství a další. Často dochází ke kombinaci několika druhů závislostí (14).

Psychiatrickou komorbiditou rozumíme výskyt dvou a více symptomů nebo psychických poruch u jednoho jedince. Termín je také líčen jako společný výskyt dvou diagnostikovatelných psychických poruch spojených s užíváním drog (polymorfní užívání), zatímco termín duální diagnóza je užíván k identifikaci užšího vztahu mezi dvěma onemocněními a vyjadřuje také etiologii nemoci. Psychotická porucha se projevuje sluchovými halucinacemi nebo projevy jako záměna osob, vztahovačnost, bludy, abnormální emoce. Patří sem i paranoidní stavy a alkoholická halucinóza (2).

Uživatele drog dělíme do dvou skupin. První skupinu tvoří psychiatricky nemocní lidé a druhou skupinu pacienti, pro které je charakteristické užívání drog a drogová závislost. Mezi základní druhy poruch způsobených v důsledku užívání psychotropních látek patří dále **akutní intoxikace**, jako stav po aplikaci alkoholu nebo jiné psychotropní látky, vedoucí k poruchám úrovně vědomí, emotivity, poznání, chování či jiných psychofyziologických funkcí a reakcí. **Škodlivé užívání**, které poškozují zdraví. Dělíme je na poškození tělesné, jako kupříkladu postižení ve formě získané hepatitidy nebo následky injekční aplikace a s tím spojených komplikací. Patří sem také duševní komplikace jako jsou deprese – ty se mohou sekundárně objevit při chronickém alkoholismu. **Syndrom závislosti** diagnostikujeme tehdy, pakliže se během jednoho roku objeví tři z následujících příznaků – craving neboli silná touha po látce (bažení), obtíže v sebeovládání v souvislosti s drogou, růst tolerance, odvykací stav, zanedbávání ostatních zájmů i přes negativní dopady užití. **Odvykací stav** je jev, kdy odejmeme částečně nebo úplně návykovou látku, která bývá užívána ve vysokých dávkách. Tento stav bývá komplikován křečemi. Nejčastěji jej sledujeme při návyku na alkohol, opioidy, tabák (36).

Psychotická porucha se projevuje sluchovými halucinacemi, bludy, psychomotorickými poruchami. Dále **Korsakov syndrom** je typický zhoršením paměti, konfabulacemi – smyšlenkami. **Reziduální stav** jako další ze jmenovaných poruch je typický pro příznaky demence vyvolané alkoholem nebo jinými návykovými látkami. V této oblasti je vhodné zmínit další z poruch – **patologické hráčství** (14).

Nadměrné pití alkoholu zabije každý rok ve světě 2,5 milionu lidí, mezi nimi je i 320.000 mladých lidí ve věku 15 až 29 let. Je to osmý nejrizikovější faktor úmrtí na

světě, upozorňuje Světová zdravotnická organizace (WHO) a dodává, že alkoholismus má na svědomí právě téměř čtyři procenta úmrtí závislých osob na světě (49, 30).

Pokud bychom škodlivé účinky užívání návykových látek rozdělili do čtyř skupin, budou popsány takto: v první skupině nalezneme akutní a krátkodobé stavy . intoxikace. Ty jsou individuálně podmíněné, projevují se poruchou fyzické koordinace, soustředění a racionálního uvažování. Další jev je agresivita, zmatenost, suicidiální jednání. Druhá skupina komplikací je zastoupena chronickými zdravotními komplikacemi. Jde o jaterní cirhózu, karcinom plic, již zmiňované hepatitidy a AIDS. Sociální důsledky, které přisuzujeme třetí skupině, reagují na skutečnost závislosti. Patří sem poruchy osobních vazeb a vztahů, zatčení, uvěznění. Čtvrtá skupina je prezentována chronickými sociálními důsledky, kdy je závažně porušen rodinný život, profesní dráha jedince. Vyústí v rozpad rodiny, nezaměstnanost, kriminalizaci (7).

1.6.7. Základní vyšetření a terapie klientů na DaDDC

V následné terapii dochází k vyšetření a detailnější diferenciaci diagnóze. Pacient je podroben psychiatrickému a následně pediatrickému vyšetření. Důležité jsou součásti jako **anamnéza** (od okolí, prohledání klienta, okolí, pomůcek k aplikaci), klinické vyšetření – stav vědomí – Glasgow coma scale, zápach z úst (alkohol), stav kůže – stopy po vpiších, fotoreakce zornic, tělesná teplota, svalový tonus, tlak krve, puls, dýchání, alergie. Dalšími atributy vyšetření je zjištění způsobu kontaktu s okolím – li agresivní, apatický atd. V neposlední řadě hodnotíme psychické projevy, aktivitu – schopnost samostatného pohybu, eventuální smyslový handicap, abúzus (alkohol, cigarety a další látky), včetně množství za den (viz příloha č.7a-7b.) **Dekontaminace organismu** probíhá následně pomocí takových postupů jako je provokované zvracení, výplach žaludku v případě těžkých stavů forsírovaná diuréza, hemodialýza, hemoperfuze u těžkých otrav. Odebere se vzorek moči k určení přítomnosti návykových látek buď kvalitativním způsobem (provedeno na místě pomocí speciálních testerů) nebo kvantitativně v laboratoři. Tento proces probíhá v prostorách dětské psychiatrické ambulance, která slouží zároveň jako příjem klientů. Poté se klient s doprovodem odebere na samotné oddělení dětského Detoxu (32, 5).

Následuje v rámci sesterského screeningu zjišťování způsobu spánku, přítomnosti bolesti, stresu a způsobů jeho zvládnání, způsobu výživy, stavu hydratace, vylučování a jeho poruch, sexuality, sociálního zázemí, náhledu klienta na zdravotní stav. Klient je seznámen v rámci procesu příjmu na oddělení se svými právy, režimem oddělení, s nabízenými službami nemocnice. Klient zná svého ošetřujícího lékaře DaDDC. Všechny údaje jsou písemně zaznamenány a stvrzeny podpisem klienta nebo zákonných zástupců. Následuje provedení takzvaného sesterského filtru. Ten spočívá v prohlídce těla klienta, vlasů, zjištění patologických stavů a jejich záznamu. Pacient odchází do koupelny, kde provede celkovou očistu těla včetně umytí vlasů. Vlasy jsou preventivně ošetřeny prostředkem proti vším. Poté se klient obleče do oděvu, který je k dispozici na oddělení. Vlastní oblečení je tolerováno pouze jako spodní prádlo a přezůvky. Pokud není klient pro svůj aktuální zdravotní stav schopen této procedury, vykonává tyto úkony sestra. Zajistí se všechny osobní věci, které se uloží na určené místo a uzamknou. Cennosti – jako šperky, mobilní telefony, finanční hotovost jsou uloženy zvlášť a též uzamčeny (viz příloha č.4). Klient setrvává podle aktuálního zdravotního stavu 1 – 2 dny na JIPovém lůžku, kde je nepřetržitě monitorován sestrou ve službě. Druhý den ze vzorku krve laboratorně zjišťujeme hladinu alkoholu v krvi, podle přání lékaře další toxikologický screening. Vyšetřuje se také biochemickou metodou krev na zjištění hladiny glykémie, stavu jaterních testů a dalších markerů. Odebírají se též vzorky k sérologickému vyšetření krve, kde se pátrá po protilátkách proti hepatitidě, HIV, Lues. Opět dle ordinace lékaře se provádí ostatní vyžádaná vyšetření a zajištění vzorků biologického materiálu i nadále v průběhu hospitalizace (32,33).

Důležitá je **diagnostika přidružených onemocnění** – epilepsie, hypertenze, diabetes mellitus, akutní infekce, úraz hlavy,..V rámci terapie zařazujeme i dlouhodobá terapeutická opatření, která tkví v realizaci prevence užití návykových látek. Součástí pobytu a terapeutického působení na klienty jsou i činnosti, spočívající v realizaci různých terapeutických aktivit prostřednictvím terapeutů a psychologa. Tito zaměstnanci individuálně pro každého klienta vypracují návrh řešení, plán intervencí, realizace terapie. Součástí je také možnost výuky žáků mladších 15 – ti let v zařízení

základní školy. Tyto služby a jejich charakter byly již popsány výše.

Je třeba zmínit, že veškeré postupy, které DaDDC nabízí, jsou podmíněny motivací cílené skupiny. Každý mladistvý klient zde setrvává dobrovolně. Vyjimku tvoří pouze pobyty, podmíněné předběžným opatřením, které je nařízeno orgány činnými v trestním řízení. Délka pobytu na lůžkovém oddělení DaDDC bývá nejčastěji v rozsahu 7 - 21 dnů (32).

Následná terapie, doporučovaná DaDDC

Klienti, kteří již absolvovali terapii na DaDDC v Praze jsou, pokud neodcházejí do domácího ošetření, nejčastěji doporučení do terapeutické komunity „Cesta Řevnice“, kde je poskytována odborná péče mladistvým od věku 16 – ti let. Zásadou však je ten fakt, že tito jedinci jsou pozitivně motivovaní k řešení svého problému. V případě nemotivovaných pacientů, u kterých je nařízeno předběžné opatření policií ČR, dochází k jejich překladi do Diagnostických ústavů. Pro chlapce je určeno zařízení v Praze 2 – Lublaňské ulici, v případě dívek zařízení v Praze – Hodkovičkách (32).

1.6.8. Následná terapie obecně

Principy, které je záhodno dodržovat při léčbě závislosti na drogách popisuje Nešpor následovně: každému klientovi je třeba zvolit správnou terapii, ta by měla být snadno dostupná a pružná, měla by reagovat na potřeby klienta. Delší doba terapie vede k lepším výsledkům. Důležité je zařadit individuální nebo ***skupinové poradenství a kognitivně – behaviorální postupy***. Doplnujícím faktorem je i podávání vhodných ***farmak***. U pacientů s přidruženou duševní chorobou zařazujeme integrující terapii pro obojí. Detoxifikace bez následné dlouhodobé terapie pozbývá smyslu. Každá léčba musí být dobrovolná, musí ale být ve svém průběhu kontrolována, zda nedochází k porušení abstinence. Dále terapie má zahrnovat vyšetření na přítomnost infekčních onemocnění, která jsou nejčastěji přítomna u závislých osob. (39).

Jak již bylo zmíněno, terapie u závislých jedinců je náročným procesem a sestává z řady kroků, které se dle individuálních potřeb každého klienta často liší. U klientů, kde je předpoklad, že zvládnou dodržet některá z doporučení je určeno ambulantní řešení jejich závislosti. ***Ambulantní detoxifikaci*** je možné v indikovaných

případech provést u některých klientů po vzájemné dohodě. Ambulantní detox i velmi pozvolný s sebou nese poměrně vysoké riziko recidivy. Nejčastějším důvodem žádosti o ambulantní detoxikaci je neúnosná sociální a finanční situace toxikomana. Detoxifikace může probíhat různě dlouhou dobu. Snižování dávek je velmi pozvolné, často je třeba setrvat na určité hladině delší dobu. Stanovení dávky v režimu detoxikace musí stále zohledňovat subjektivní stav klienta. Může dojít k situaci, kdy z původní detoxikace se vyvine substitute, třeba i s otevřeným koncem (5).

Instituce, které se zabývají problematikou terapie závislých osob je možné rozdělit na specializovaná centra pro léčbu závislosti na alkoholu nebo drogách, programy pro alkoholiky nebo toxikomany v rámci běžných zdravotnických zařízení, služby ve zdravotnictví a sociální péči, dobrovolnické a nestátní organizace.

Pokud budeme jmenovat péči o závislé osoby v její komplexnosti, je na místě začít problematikou **terénních programů**. Tato složka tvoří specifickou formu sociální péče. Je poskytována v terénu – tedy přímo na ulici – **Street Work**. Terénní pracovník oslovuje klienta a nabízí mu poskytovanou službu. Cílová skupina závislých má často mizivou snahu řešit vlastní problém. V této komunitě lze potkat děti ulice, experimentátory s drogou, bezdomovce a další. (27, 28).

Nízkoprahová kontaktní centra mají za úkol monitorovat klienty s nízkou motivací k léčbě. Kontakt s takovýmto zařízením je anonymní a tak zajišťuje klientovi odbourání stigmatu v souvislosti s návštěvou zde. Klient tu nachází možnost výměnného programu (výměna aplikačních pomůcek a zabránění jejich sdílení vyššímu počtu závislých), možnost osobní hygieny, sociální péče, možnost základní zdravotní péče, poradenství. Všechna data jsou poskytována hygienickým stanicím. Tato zařízení spolupracují s dalšími terapeutickými složkami. Často využívají spolupráce **indigenních pracovníků** – tj. osob, které mají osobní zkušenost s drogou. Tito lidé mají větší úspěšnost u závislých, neboť jsou vnímáni s důvěrou. **Denní stacionáře** poskytují své služby klientům, kteří mají vlastní sociální zázemí včetně bydlení. Součástí zde nabízených aktivit je strukturovaný program, který plní funkci léčebně – výchovnou nebo léčebně – resocializační (16, 14).

Krizová intervence je důležitou součástí procesu řešení problematiky závislosti. Stabilizace a uklidnění klienta a plán perspektivy pro klienta je jedním ze stěžejních postupů. Úkolem terapeuta je nabídnout závislému jedinci usnadnění komunikace, odhad problému a jeho řešení, akceptaci emocí, získat sebedůvěru, mapovat možnosti podpory okolí. Patří sem i podpora funkce salutorů – faktorů odolnosti vůči zátěži jako je utvrzování druhými o správnosti postupu, být milován, být začleněn (1). V akutní krizi je vyšší pravděpodobnost spolupráce. Po odeznění akutního stavu klesá motivace (55).

Detoxifikační jednotky jsou tou složkou v systému terapie, která nabízí své služby v případě, že není nutná intenzivní péče v jiném zařízení. Je základem pro navazující další druhy terapie. Je zajímavé, že někteří z klientů těchto zařízení je nevyhledávají pro detoxifikaci samotnou, ale proto, aby měli alespoň krátký časový úsek možnost bydlení, stravy a dalších sociálních požitků. Tento druh zařízení bývá často součástí jiných oddělení zdravotnických zařízení. Základem pro poskytování služeb těchto institucí je farmakologie, psychoterapie, sociální práce. Zde hospitalizovaný klient odchází po absolvování detoxifikace do péče ambulantní, terapeutických komunit, kde je podmínkou právě absolvování detoxifikačního procesu (38).

Medikamentózní terapie se v souvislosti s léčbou závislostí uplatňuje formou podání antidot a antagonistů. Tyto léky oslabují nebo potlačují účinek návykových látek. Typickým zástupcem je příkladně Naloxon při otravě opioidy (heroin). Léčba odvykacích stavů je často podporována podáním tlumivých preparátů. Alkoholické a toxické psychózy se řeší neuroleptiky (37).

Další ze škály druhů terapie lze uvést **substituci Metadonem**, což je standardní metoda léčby závislosti na opiátech (heroin, braun,..) a patří k nejrozšířenějším. Další užívanou látkou je **Buprenorfin, Subuxon, Subutex**. Výhoda této terapie spočívá v její aplikaci pod jazyk. Nelze tuto látku zneužít pro intravenózní podání. Podstatou substituce je náhrada pouličního nelegálního opiátu opiátem legálním. Opiát, který si klient obvykle opatřuje je znečištěn, aplikován nesterilní jehlou, často dále předávanou. Vyplývající rizika přenosu AIDS, hepatitid (žloutenek) jsou jasná. Metadon se aplikuje ve formě

sirupu nebo tablet. Je to způsob tedy odnaučení toxikomana aplikovat si drogu do žíly. Nezbytným krokem je přerušování vazeb mezi dealerem a klientem (14, 54).

Podstatnou složkou substituční terapie je resocializace klienta, přeorientování se na životní styl únosný pro společnost a klienta samotného. Ten by měl být schopen prokázat dlouhodobý abúzus opiátů a to nejčastěji formou písemného potvrzení z nízkoprahových středisek, jako jsou např. **DROP IN** (Zakladatelé nadace MUDr. Jiří Presl a PhDr. Ivan Douda) nebo **K centrum** - o registraci v souvislosti se závislostí na opiátech. K – centrum zajišťuje služby pro závislé a problémové uživatele tvrdých drog, osoby drogou ohrožené, rodinné příslušníky, partnery a další blízké osoby, ale i pro veřejnost (17).

Pro tuto formu terapie je důležitá motivace klienta. Nejčastěji jsou do programu přijímáni lidé s prokazatelnou závislostí na aplikaci opiátů delší než je období trvající čtyři roky (5).

Instituce, které se zabývají problematikou terapie závislých osob je možné rozdělit na specializovaná centra pro léčbu závislosti na alkoholu nebo drogách, programy pro alkoholiky nebo toxikomany v rámci běžných zdravotnických zařízení, služby ve zdravotnictví a sociální péči, dobrovolnické a nestátní organizace.

Psychoterapeutické postupy patří k těm časově nejnáročnějším. Terapie spočívá v použití verbálních i nonverbálních podnětů. Proces je založen na partnerském vztahu terapeuta a klienta (2).

Terapeutické komunity mají nezastupitelnou úlohu při řešení problémů se závislostmi. Cílem je střednědobá léčba, vedoucí k abstinenci a sociální rehabilitaci. Terapie, která je zde aplikována trvá zpravidla 6 – 18 měsíců. Někdy dobu kratší. (9). Nejčastějšími klienty jsou osoby často s kriminální minulostí, ve středním až těžkém stupni závislosti na psychotropních látkách, nezářídka postižení somaticky i psychosociálně. Terapeutická komunita podléhá řadě jasných pravidel. Princip působení na klienta v tomto zařízení spočívá v monitoraci klienta, podpoře schopnosti převzít zodpovědnost za svou osobu, změně životního stylu, přípravě na život v realitě. Úspěch řečeného zajišťuje stanovený strukturovaný program. Platí zde absolutní zákaz užívání návykových látek, násilí a sexuálních vztahů (39).

Doléčovací programy, kde jde o snahu udržet navozené změny u klientů. Klienti mají být k realizaci této léčby motivováni. Nezbytně důležitá je osobní zodpovědnost každého jedince. Proces uzdravení je podporován převzetím právě zmiňované odpovědnosti (36).

Chráněná bydlení poskytují komplex sociálních a zdravotních služeb s cílem poskytnout bydlení po skončení procesu odvykání a terapie. Tato forma bydlení je klientovi poskytována po dobu jednoho roku za předpokladu abstinence a dobrého, bezkonfliktního chování. Tato služba je finančně hrazená klientem. Výhodou tohoto postupu je zvyšování sociální kompetence klientů. Součástí takto koncipovaných obydlí jsou i chráněné dílny, které mají za úkol udržení pracovních návyků a možnost získání finančních prostředků (45).

Socioterapeutické kluby mají v naší zemi dlouhodobou tradici. Již v roce 1948 byla v Praze u Apolináře zásluhou Docenta Skály zřízen první socioterapeutický klub ve střední Evropě. Známa byla též organizace Anonymní alkoholici. Zmiňovaná zařízení mají tu vlastnost, že u závislých osob mohou alespoň částečně nahradit nedostatečnou síť sociálních vztahů, jsou zřizována při ambulantních nebo lůžkových zařízeních. Tento model péče zvyšuje morálku i sebedůvěru klientů (39).

Práce se skupinou spočívá v možnosti konfrontace závislých s ostatními, stejně postiženými jedinci. Velikost této formace by neměla přesáhnout 12 členů. Je pak efektivnější ve své činnosti, jedná se o individuální přístup i podporu ostatních členů.

Ke komplexnosti terapie jedinců závislých na psychotropních látkách počítáme celou řadu postupů. Patří mezi ně terapie již zmiňovaná medikamentózní, skupinová, individuální, rodinná, socioterapie, duchovní, arteterapie, muzikoterapie, ... Z metod, užívaných při terapiích používáme rozhovor, skupinovou terapii – společná sezení, a jsou doplněna různými metodami jako například psychodrama, psychopantomima, relaxace, ... (24, 22).

Specifickou formou terapie, která má doplňující charakter je **terapie duchovní**. Mnoho lidí se s tímto způsobem řešení problému setkává v souvislosti s možným pokusem o sebevraždu pod vlivem drog. Takový člověk pak přemýšlí o smyslu života, nadpřirozenu, vyhledává přítomnost duchovních z různých druhů církví (36).

Poradenství v oblasti závislostí má za úkol motivovat klienta k abstinenci, minimalizovat zdravotní a sociální rizika, preventivně působit proti relapsu, podpořit vlastní mechanismy léčby jednotlivce a rodiny, poskytnout poradenství a podporu (39).

Faktory léčebného procesu provázejí terapii samotnou a mají na ni velký vliv. Jednoznačný vliv má délka programu. Za optimální je považována maximálně v trvání jednoho roku. Udržení v programu a zapojení klienta je dalším důležitým úkolem. Je známo, že předčasně ukončuje terapii přibližně 60% závislých. Nesporně významnou úlohu tvoří také výběr vhodného programu. Účinné faktory nacházíme v prostředí terapeutické komunity. Program by měl obsahovat kombinaci psychoterapeutického působení a trénink sociálních dovedností (15).

Odbornou pomoc v případě vzniklé závislosti lze nalézt v ambulancích dětské a dorostové psychiatrie, na linkách důvěry, v centrech krizové intervence. Lze ji aplikovat též prostřednictvím sociálních pracovníků oddělení péče o děti při okresních a obvodních úřadech městských částí Prahy. Svou důležitost mají i nízkoprahová zařízení, kam se lze obrátit anonymně. Lůžková psychiatrická zařízení se specializují na terapii psychických onemocnění dětského věku, závislostí včetně. Terapeutické komunity plní při dlouhodobém působení na klienta nezastupitelnou úlohu (34).

1.6.9. Výčet typů protidrogových služeb

Mezi specializovaná léčebná zařízení, která řeší problematiku osob závislých na psychotropních látkách, řadíme již zmiňovaná ambulantní zařízení, stacionární programy, aplikované ve formě denních či odpoledních stacionářů po dobu maximálně čtyř měsíců. Další ve výčtu služeb je detoxifikační zařízení. Následují formy ústavní léčby a to jak krátkodobé, tak střednědobé. Terénní programy doplňují tuto nabídku spolu s kontaktními centry. Rezidenční péče v terapeutických komunitách má v této oblasti taktéž nezastupitelnou úlohu. Mezi doléčovací programy řadíme chráněná bydlení a chráněné pracovní programy. Programy substituční léčby napomáhají závislým osobám při zvládnutí závislosti. Socioterapeutické kluby podporují snahu klientů o zvládnutí problému závislosti. Ne nedůležitou roli hrají v procesu terapie závislostí svépomocné skupiny z řad příbuzných. Svou úlohu též sehrávají organizace

Anonymní alkoholici, Anonymní narkomani, kde má klient možnost sdílet stejnou zkušenost s ostatními závislými osobami, pocítit zde jejich porozumění, podporu. První vlašťovkou v řešení problematiky závislostí bylo po roce 1989 občanské sdružení SANANIM, které spadá do sítě neziskového nestátního sektoru (14, 48).

Doléčovací systém pro drogově závislé

Mezi články těchto zařízení patří ***služby ucelené rehabilitace***, která podporuje pracovní návyky. ***Domy na půl cesty*** jsou záměrně situovány na odlehlá místa, kde klient nemá možnost negativního vlivu okolí. ***Práce s rodinnými příslušníky*** má svou výhodu v možnosti sdílení problému vlastní rodinou. ***Nabídka volnočasových aktivit*** je další z formy, která nabízí využití volného času bez užití drog. ***Podpůrná individuální a skupinová psychoterapie*** slouží jako praktická podpora dosažení a udržení pozitivních změn. ***Lékařská péče*** vyžaduje od závislých aktivní spolupráci v dlouhodobé rekonvalescenci. ***Doléčovací a resocializační centrum*** je určeno klientům, kdy je posilována stabilizace v nových – zdravějších podmínkách (4).

2. PRAKTICKÁ ČÁST

2.1. Cíle práce

Cílem této diplomové práce je popsat práci Dětského a dorostového detoxikačního centra v Praze, jeho důležitost v oblasti terapie závislostí na návykových látkách u dětí a mladistvých. Dalším z cílů je zjistit návaznost práce krajských koordinátorů prevence rizikového chování, Dětského a dorostového detoxikačního centra a následné formy řešení navazující terapie dle individuálních potřeb a charakteru klientů tohoto centra. Zmapování řešení následné terapie klientů, užívajících návykové látky v jednotlivých krajích České republiky a formy prevence jsou dalším z cílů. Tato problematika si jistě zaslouží v souvislosti se zvýšeným počtem klientů již od útlého věku v naší populaci adekvátní pozornost, vypracování nových způsobů metodik a realizaci takových metod, které povedou k eliminaci těchto jevů.

2.2. Hypotézy práce

Hypotéza č. 1: Kapacita Dětského a dorostového detoxikačního centra v Praze nedostačuje aktuálním potřebám na území České republiky.

Hypotéza č. 2: Kapacita zařízení pro následnou terapii závislostí na návykových látkách po absolvování hospitalizace na Dětském a dorostovém detoxikačním centru u dětí a mladistvých není na našem území dostatečná.

Hypotéza č. 3: Počet dětí a mladistvých, kteří absolvují detoxifikační terapii na Dětském a dorostovém detoxikačním centru se každoročně zvyšuje.

Hypotéza č. 4: Počet hospitalizovaných dívek na Dětském a dorostovém detoxikačním centru je vyšší než počet chlapců.

Hypotéza č. 5: Věková hranice hospitalizovaných klientů na Dětském a dorostovém detoxikačním centru se snižuje.

3. METODIKA VÝZKUMU

3.1. Použitá metoda

V rámci kvantitativního výzkumu byla použita k ověření stanovených hypotéz obsahová analýza dat z dokumentace oddělení Dětského a dorostového detoxikačního centra v Praze, kterou jsem v této souvislosti zpracovala i pro potřeby oddělení, neboť dostupné údaje byly pouze celkový počet hospitalizovaných mladistvých za rok. Dále bylo použito odpovědí krajských protidrogových koordinátorů na soubor otevřených, polootevřených a zavřených otázek, které byly pro tento účel zformulovány (viz příloha č.1a-1b). Dalším zdrojem byly výsledky standardizovaných rozhovorů s lékaři Dětského a dorostového detoxikačního centra v Praze (viz příloha č.2a-2b). Data, která byla sebrána, jsou zpracována graficky a ve formě tabulek v programu Microsoft Excel.

3.2. Charakteristika zkoumaného souboru

Soubor, se kterým jsem pracovala, tvořila skupina tří lékařů Dětského a dorostového detoxikačního centra v Praze, kteří zde mají trvalý pracovní poměr. Další součástí výzkumného souboru byli krajští protidrogoví koordinátoři, kteří pomocí e-mailu a telefonických hovorů odpovídali na předem připravené dotazy. Celkem těchto respondentů bylo čtrnáct – stejně jako počet krajů České republiky, včetně hlavního města Prahy. K doplnění informací bylo použito údajů ÚZIS, ČSÚ a Národní protidrogové centrály. Výzkum probíhal v období leden – březen 2010.

4. VÝSLEDKY VÝZKUMU

V následujících grafech jsou uvedené údaje získané výzkumem. Jedná se o data statistického druhu, které jsem pro účely této práce a pro následné použití DaDDC v Praze osobně zpracovala s laskavým svolením vedoucí lékařky oddělení. V této části uvádím rovněž tabulky, ve kterých je zpracován přehled jednotlivých dat. Současně uvádím tabulky, ve kterých jsou přehledně soustředěny odpovědi lékařů DaDDC a krajských protidrogových koordinátorů z proběhlých výzkumných rozhovorů. Tato forma lépe znázorní možnost porovnání jednotlivých odpovědí na předem připravené otázky (viz přílohy č. 1 a - b, 2 a – b).

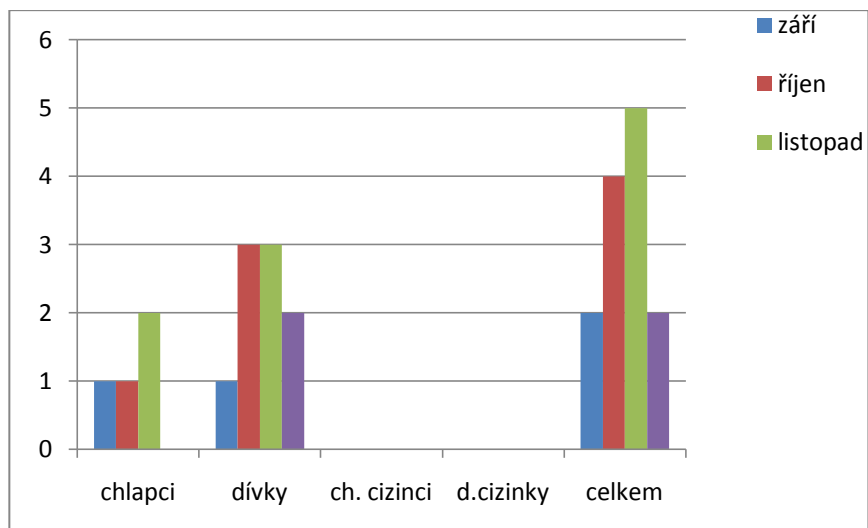
Tabulka č. 1- Obložnost DaDDC od 1.9. 2003- 31.12. 2003

MĚSÍC, ROK 2003	CHLAPCI	DÍVKY	CHLAPCI CIZINCI	DÍVKY CIZINCI	CELKEM
ZÁŘÍ	1	1	0	0	2
ŘÍJEN	1	3	0	0	4
LISTOPAD	2	3	0	0	5
PROSINEC	0	2	0	0	2

Zdroj: vlastní výzkum

Počet hospitalizovaných v roce 2003 činí celkem 13 klientů. V září byli hospitalizováni 2 klienti (1 chlapec, 1 dívka), v říjnu 4 klienti (1 chlapec, 3 dívky), v listopadu 5 klientů (2 chlapci, 3 dívky), v prosinci 2 klienti (2 dívky).

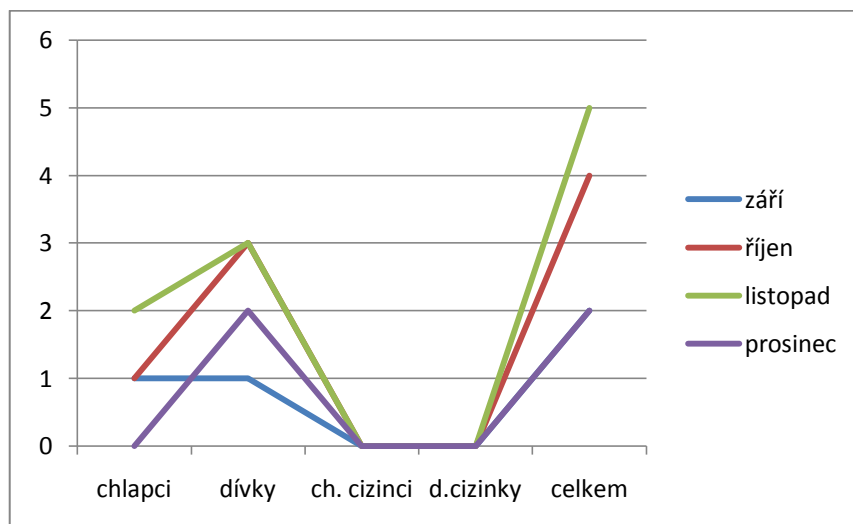
Graf č. 1 - Obložnost DaDDC od 1. 9. 2003- 31.12. 2003 dle pohlaví klientů.



Zdroj: vlastní výzkum

Počet klientů na 1 měsíc – viz tabulka č.1. Celkový počet klientů za rok 2003 je 13 (chlapci 4, děvčata 9, cizinci 0).

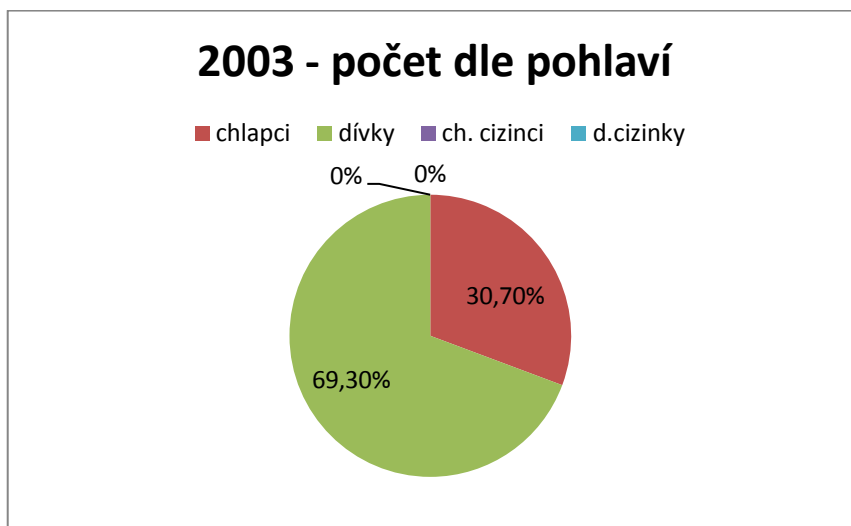
Graf č. 2 - Obložnost DaDDC od 1.9. 2003- 31.12. 2003 dle pohlaví klientů.



Zdroj: vlastní výzkum

Počet klientů na 1 měsíc – viz tabulka č.1. Celkový počet klientů za rok 2003 je 13 (chlapci 4, děvčata 9, cizinci 0). Na grafu je patrný vývoj a zvyšování počtu hospitalizovaných klientů.

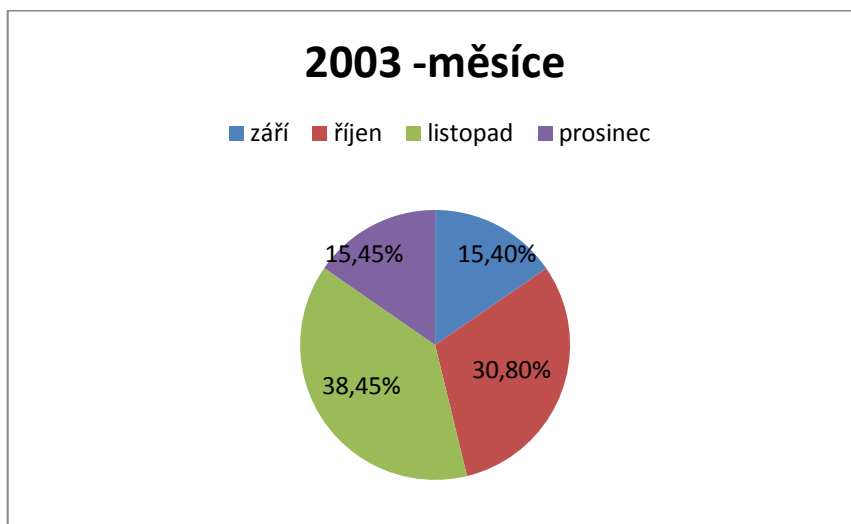
Graf č. 3 - Obložnost DaDDC od 1.9. 2003- 31.12. 2003 dle pohlaví v %.



Zdroj: vlastní výzkum

Počet klientů na 1 měsíc – viz tabulka č.1. Celkový počet klientů za rok 2003 je 13 - chlapci 30,70 %, děvčata 69,30 %, cizinci dívky a chlapci 0%.

Graf č. 4 - Obložnost DaDDC od 1.9. 2003- 31.12. 2003 dle měsíců v roce v %.



Zdroj: vlastní výzkum

Počet klientů na 1 měsíc – viz tabulka č.1. Celkový počet klientů za rok 2003 je 13, září – 15,40 %, říjen – 30,80 %, listopad – 38,45 %, prosinec- 15,45 %.

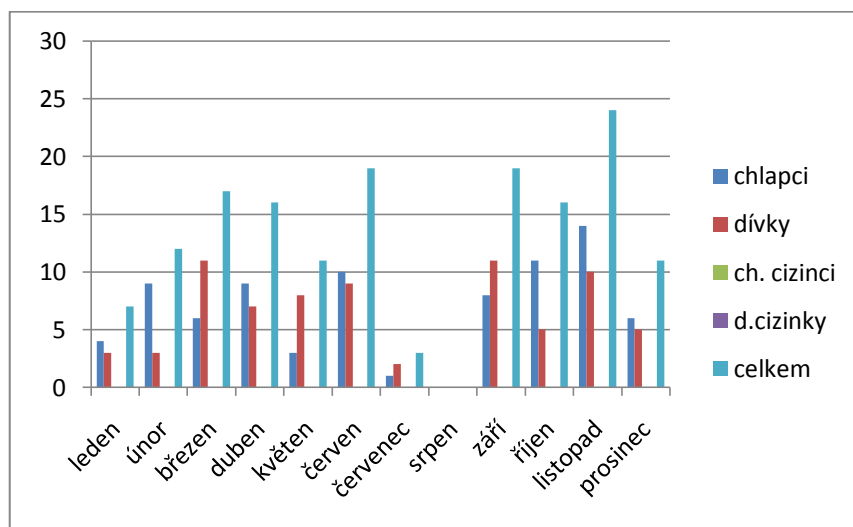
Tabulka č. 2 - Obložnost DaDDC od 1.1.2004 – 31.12. 2004

MĚSÍC, ROK 2004	CHLAPCI	DÍVKY	CHLAPCI CIZINCI	DÍVKY CIZINCI	CELKEM
LEDEN	4	3	0	0	7
ÚNOR	9	3	0	0	12
BŘEZEN	6	11	0	0	17
DUBEN	9	7	0	0	16
KVĚTEN	3	8	0	0	11
ČERVEN	10	9	0	0	19
ČERVENEC	1	2	0	0	3
SRPEN	0	0	0	0	0
ZÁŘÍ	8	11	0	0	19
ŘÍJEN	11	5	0	0	16
LISTOPAD	14	10	0	0	24
PROSINEC	6	5	0	0	11

Zdroj: vlastní výzkum

Počet hospitalizovaných klientů činil za rok 2004 celkem 155. V lednu 7 klientů (4 chlapci, 3 dívky), v únoru 12 klientů (9 chlapců, 3 dívky), v březnu 17 klientů (6 chlapců, 11 dívek), v dubnu 16 klientů (9 chlapců, 7 dívek), v květnu 11 klientů (3 chlapci, 8 dívek), v červnu 19 klientů (10 chlapců, 9 dívek), v červenci 3 klienti (1 chlapec, 2 dívky), v srpnu 0 klientů, v září 19 klientů (8 chlapců, 11 dívek), v říjnu 16 klientů (11 chlapců, 5 dívek), v listopadu 24 klienti (14 chlapců, 10 dívek), v prosinci 11 klientů (6 chlapců, 5 dívek). V roce 2004 nebyl na oddělení DaDDC hospitalizován žádný cizinec. Chlapců bylo hospitalizováno 81 a dívek 74.

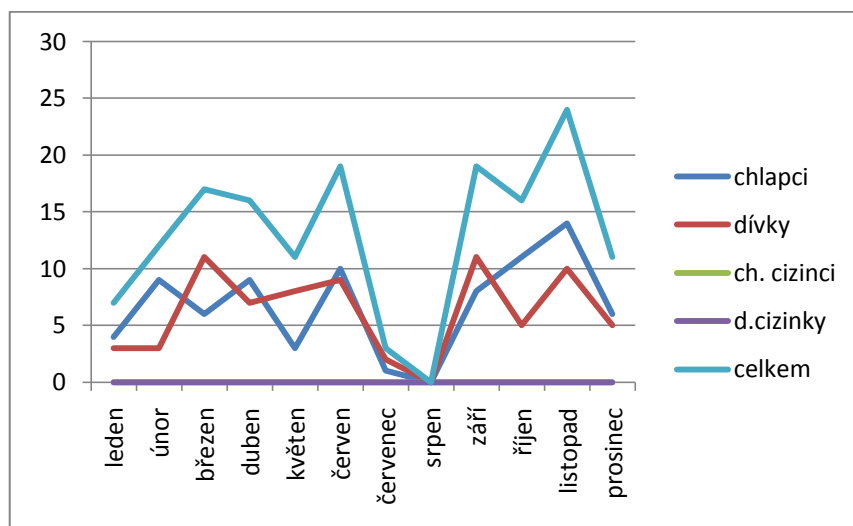
Graf č. 5 – Obložnost DaDDC od 1.1. 2004 - 31.12. 2004 dle pohlaví.



Zdroj: vlastní výzkum

Počet klientů na 1 měsíc – viz tabulka č.2. Celkový počet klientů za rok 2004 je 155.

Graf č. 6 - Obložnost DaDDC od 1.1. 2004 - 31.12. 2004 dle pohlaví.

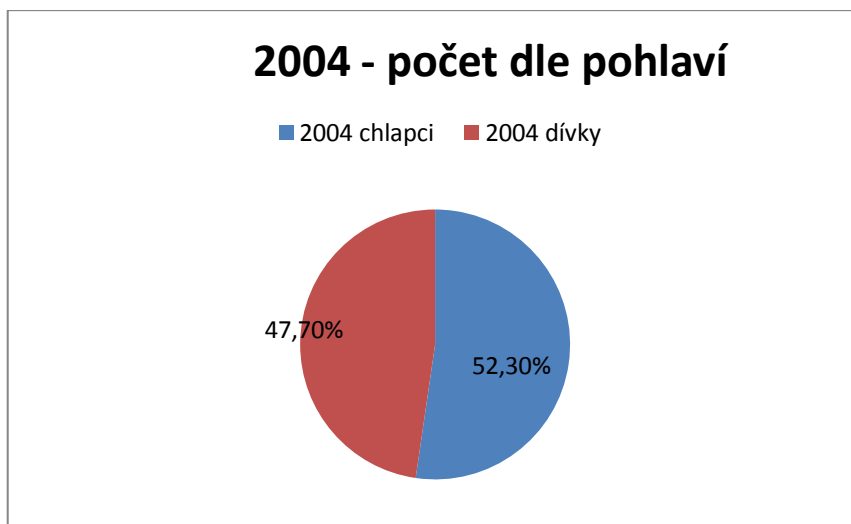


Zdroj: vlastní výzkum

Počet klientů na 1 měsíc – viz tabulka č.2. Celkový počet klientů za rok 2004 je 155.

Na grafu je patrný vývoj a zvyšování počtu hospitalizovaných klientů.

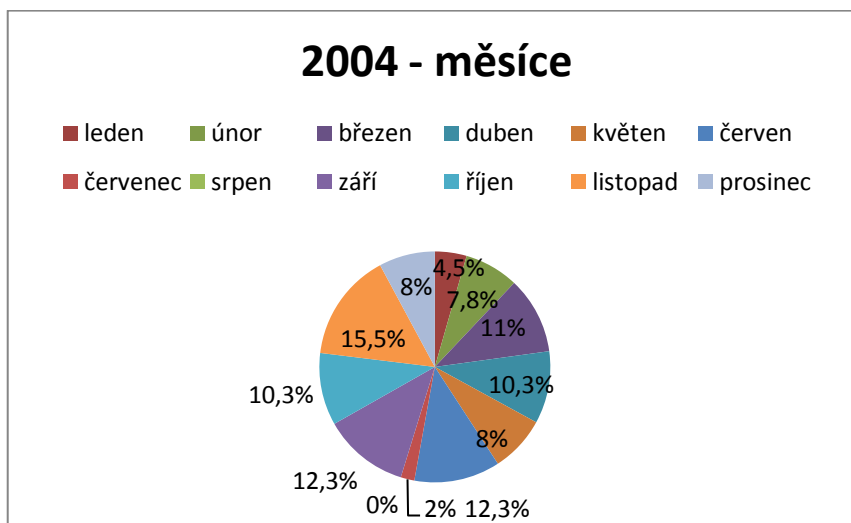
Graf č. 7 – Obložnost DaDDC od 1.1. 2004 - 31.12. 2004 dle pohlaví v %.



Zdroj: vlastní výzkum

Počet klientů na 1 měsíc – viz tabulka č.2. Celkový počet klientů za rok 2004 je 155, chlapci – 52,30 %, dívky – 47,70 %.

Graf č.8 - Obložnost DaDDC od 1.1. 2004 - 31.12. 2004 dle měsíců v roce v %.



Zdroj: vlastní výzkum

Počet klientů na 1 měsíc – viz tabulka č.2. Celkový počet klientů za rok 2004 je 155, leden – 4,5%, únor – 7,8 %, březen – 11 %, duben – 10,3 %, květen – 8%, červen – 12,3 %, červenec – 2 %, srpen – 0%, září – 12,3 %, říjen – 10,3 %, listopad – 15,5 %, prosinec – 8%).

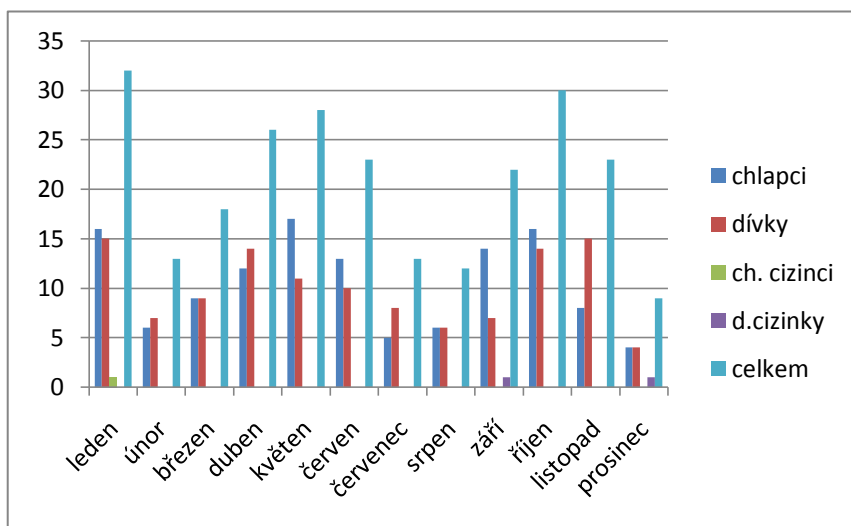
Tabulka č. 3 - Obložnost DaDDC od 1.1.2005 – 31.12. 2005

MĚSÍC, ROK 2005	CHLAPCI	DÍVKY	CHLAPCI CIZINCI	DÍVKY CIZINCI	CELKEM
LEDEN	16	15	1	0	32
ÚNOR	6	7	0	0	13
BŘEZEN	9	9	0	0	18
DUBEN	12	14	0	0	26
KVĚTEN	17	11	0	0	28
ČERVEN	13	10	0	0	23
ČERVENEC	5	8	0	0	13
SRPEN	6	6	0	0	12
ZÁŘÍ	14	7	0	1	22
ŘÍJEN	16	14	0	0	30
LISTOPAD	8	15	0	0	23
PROSINEC	4	4	0	1	9

Zdroj: vlastní výzkum

Počet hospitalizovaných klientů DaDDC v roce 2005 byl celkem 249. V lednu 32 klientů (17 chlapců – 1 cizinec, 15 dívek), v únoru 13 klientů (6 chlapců, 7 dívek), v březnu 18 klientů (9 chlapců, 9 dívek), v dubnu 26 klientů (12 chlapců, 14 dívek), v květnu 28 klientů (17 chlapců, 11 dívek), v červnu 23 klienti (13 chlapců, 10 dívek), v červenci 13 klientů (5 chlapců, 8 dívek), v srpnu 12 klientů (6 chlapců a 6 dívek), v září 22 klienti (14 chlapců, 8 dívek – 1 cizinka), v říjnu 30 klientů (16 chlapců, 14 dívek) v listopadu 23 klienti (8 chlapců, 15 dívek), v prosinci 9 klientů (4 chlapci, 5 dívek – 1 cizinka). Celkem bylo hospitalizováno 127 chlapců – z toho 1 cizinec a 122 dívek – z toho 2 cizinky.

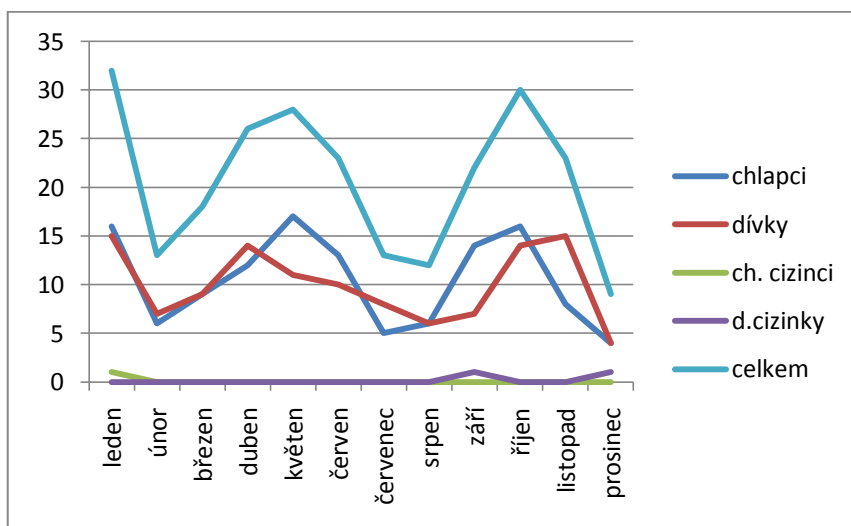
Graf č.9 - Obložnost DaDDC od 1.1. 2005 - 31.12. 2005 dle pohlaví.



Zdroj: vlastní výzkum

Počet klientů na 1 měsíc – viz tabulka č.3. Celkový počet klientů za rok 2005 je 249. Celkem bylo hospitalizováno 127 chlapců – z toho 1 cizinec a 122 dívek – z toho 2 cizinky.

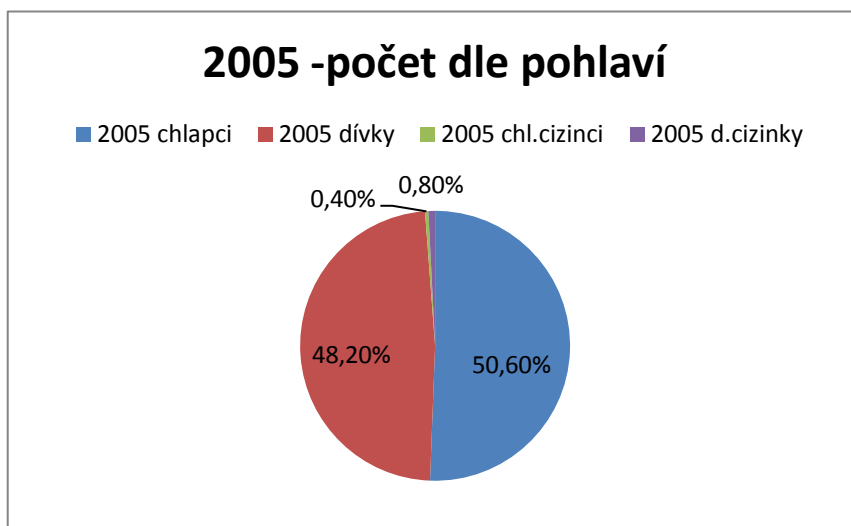
Graf č.10 - Obložnost DaDDC od 1.1. 2005 - 31.12. 2005 dle pohlaví.



Zdroj: vlastní výzkum

Počet klientů na 1 měsíc – viz tabulka č.3. Celkový počet klientů za rok 2005 je 249. Graf znázorňuje vývoj v počtu hospitalizovaných.

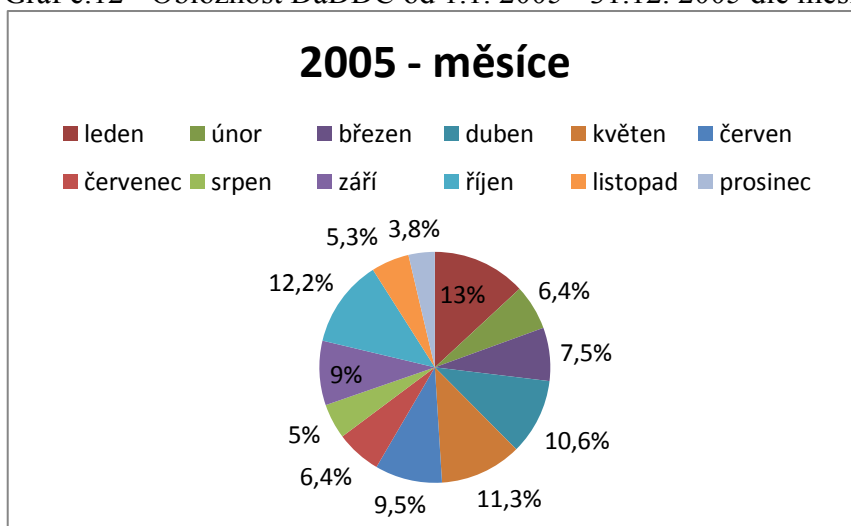
Graf č.11 - Obložnost DaDDC od 1.1. 2005 - 31.12. 2005 dle pohlaví v %.



Zdroj: vlastní výzkum

Počet klientů na 1 měsíc – viz tabulka č.3. Celkový počet klientů za rok 2005 je 249, chlapani – 50,60 %, chlapani - cizinci 0,40%, dívky jsou zastoupeny – 48,20 % a cizinek bylo 0,80%).

Graf č.12 - Obložnost DaDDC od 1.1. 2005 - 31.12. 2005 dle měsíců v roce v %.



Zdroj: vlastní výzkum

Celkový počet klientů je 249, leden – 13%, únor – 6,4 %, březen – 7,5 %, duben – 10,6 %, květen – 11,3 %, červen – 9,5 %, červenec – 6,4 %, srpen – 5 %, září – 9 %, říjen – 12,2 %, listopad – 5,3 %, prosinec – 3,8 %).

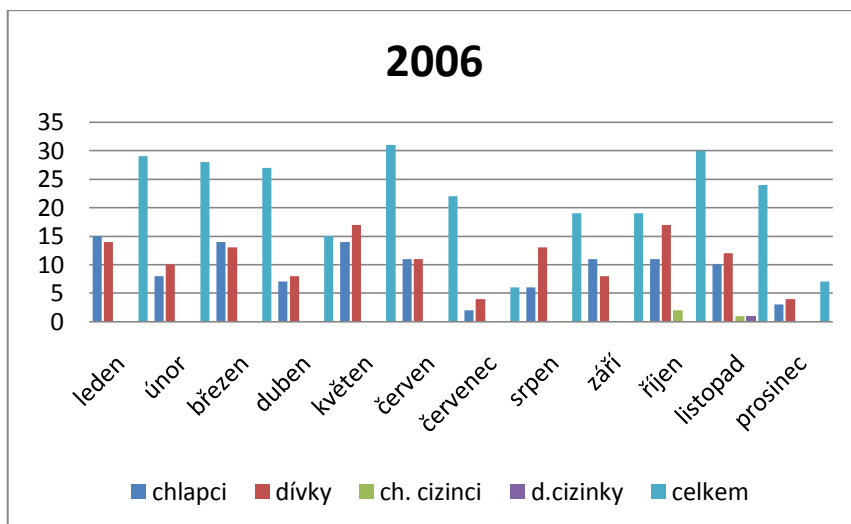
Tabulka č. 4 - Obložnost DaDDC od 1.1. 2006 – 31.12. 2006

MĚSÍC, ROK 2006	CHLAPCI	DÍVKY	CHLAPCI CIZINCI	DÍVKY CIZINCI	CELKEM
LEDEN	15	14	0	0	29
ÚNOR	8	10	0	0	18
BŘEZEN	14	13	0	0	27
DUBEN	7	8	0	0	15
KVĚTEN	14	17	0	0	31
ČERVEN	11	11	0	0	22
ČERVENEC	2	4	0	0	6
SRPEN	6	13	0	0	19
ZÁŘÍ	11	8	0	0	19
ŘÍJEN	11	17	2	0	30
LISTOPAD	10	12	1	1	24
PROSINEC	3	4	0	0	7

Zdroj: vlastní výzkum

Počet hospitalizovaných klientů DaDDC v roce 2006 byl 247 klientů. V lednu bylo hospitalizováno 29 klientů (15 chlapců a 14 dívek), v únoru 18 klientů (8 chlapců a 10 dívek), v březnu 27 klientů (14 chlapců a 13 dívek), v dubnu 15 klientů (7 chlapců a 8 dívek), v květnu 31 klient (14 chlapců a 17 dívek), v červnu 22 klienti (11 chlapců a 11 dívek), v červenci 6 klientů (2 chlapci a 4 dívky), v srpnu 19 klientů (6 chlapců a 13 dívek), v září 19 klientů (11 chlapců a 8 dívek), v říjnu 30 klientů (13 chlapců – 2 cizinci a 17 dívek), v listopadu 24 klienti (11 chlapců – 1 cizinec, 13 dívek – 1 cizinka), v prosinci 7 klientů (3 chlapci a 4 dívky). Z celkového počtu hospitalizovaných bylo 125 chlapců – z toho 3 cizinci a 122 dívky – z toho 1 cizinka.

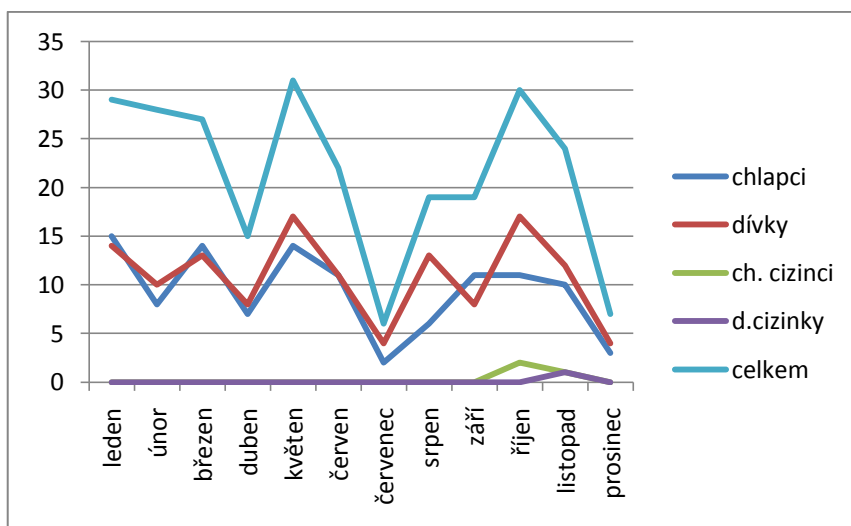
Graf č. 13 - Obložnost DaDDC od 1.1. 2006 - 31.12. 2006 dle pohlaví.



Zdroj: vlastní výzkum

Počet klientů na 1 měsíc – viz tabulka č.4. Celkový počet klientů za rok 2006 je 247.

Graf č. 14 - Obložnost DaDDC od 1.1. 2006 - 31.12. 2006 dle pohlaví.

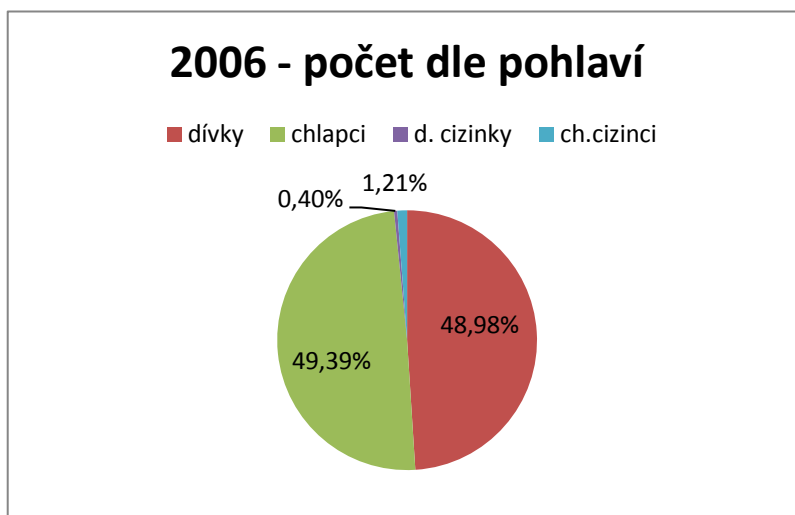


Zdroj: vlastní výzkum

Počet klientů na 1 měsíc – viz tabulka č.4. Celkový počet klientů za rok 2006 je 247.

Graf znázorňuje vývoj v počtu hospitalizovaných.

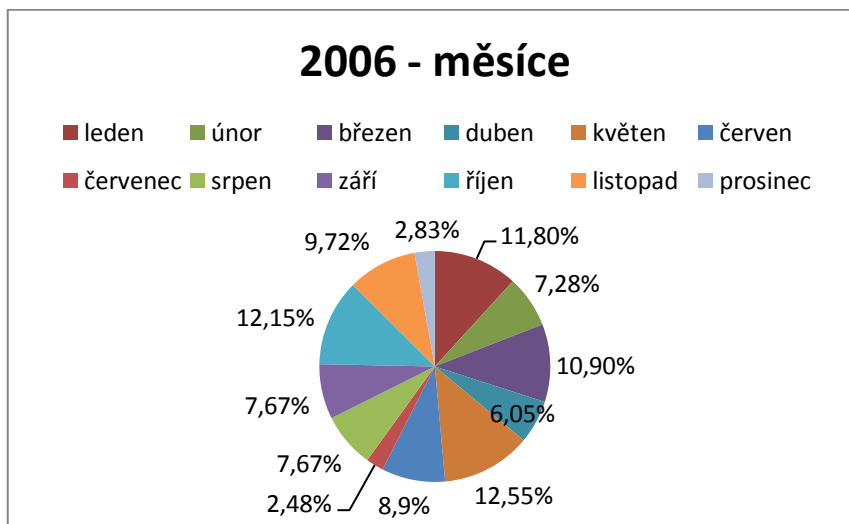
Graf č.15 - Obložnost DaDDC od 1.1. 2006 - 31.12. 2006 dle pohlaví v %.



Zdroj: vlastní výzkum

Počet klientů na 1 měsíc – viz tabulka č.4 . Celkový počet klientů za rok 2006 je 247, podíl chlapců – 49,39 % a 1,21% chlapců – cizinců, dívek – 48,98 % a dívek – cizinek 0,40%).

Graf č.16 - Obložnost DaDDC od 1.1. 2005 - 31.12. 2005 dle měsíců v roce v %.



Zdroj: vlastní výzkum

Celkový počet klientů je 247, leden – 11,80%, únor – 7,28 %, březen – 10,90 %, duben – 6,05 %, květen – 12,55 %, červen – 8,90 %, červenec – 2,48%, srpen – 7,67 %, září – 7,67 %, říjen – 12,15 %, listopad – 9,72 %, prosinec – 2,83 %).

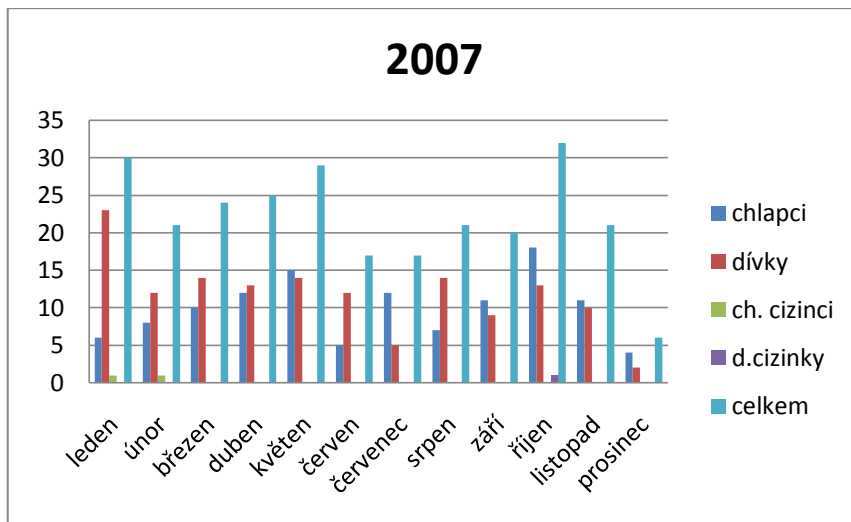
Tabulka č. 5 - Obložnost DaDDC od 1.1. 2007 – 31.12. 2007

MĚSÍC, ROK 2007	CHLAPCI	DÍVKY	CHLAPCI CIZINCI	DÍVKY CIZINCI	CELKEM
LEDEN	6	23	1	0	30
ÚNOR	8	12	1	0	21
BŘEZEN	10	14	0	0	24
DUBEN	12	13	0	0	25
KVĚTEN	15	14	0	0	29
ČERVEN	5	12	0	0	17
ČERVENEC	12	5	0	0	17
SRPEN	7	14	0	0	21
ZÁŘÍ	11	9	0	0	20
ŘÍJEN	18	13	0	1	32
LISTOPAD	11	10	0	0	21
PROSINEC	4	2	0	0	6

Zdroj: vlastní výzkum

Počet hospitalizovaných klientů DaDDC v roce 2007 byl 263 klienti. V lednu bylo hospitalizováno 30 klientů (7 chlapců – z toho 1 cizinec a 23 dívky), v únoru 21 klient (9 chlapců – 1 cizinec a 12 dívek), v březnu 24 klienti (10 chlapců a 14 dívek), v dubnu 25 klientů (12 chlapců a 13 dívek), v květnu 29 klientů (15 chlapců a 14 dívek), v červnu 17 klientů (5 chlapců a 12 dívek), v červenci taktéž 17 klientů (12 chlapců a 5 dívek), v srpnu 21 klient (7 chlapců a 14 dívek), v září 20 klientů (11 chlapců a 9 dívek), v říjnu 32 klienti (18 chlapců a 13 dívek, z toho 1 cizinka), v listopadu 21 klient (11 chlapců a 10 dívek), v prosinci 6 klientů (4 chlapci a 2 dívky). Z celkového počtu hospitalizovaných byl 121 chlapec, včetně 2 cizinců a 142 dívky – z toho 1 cizinka.

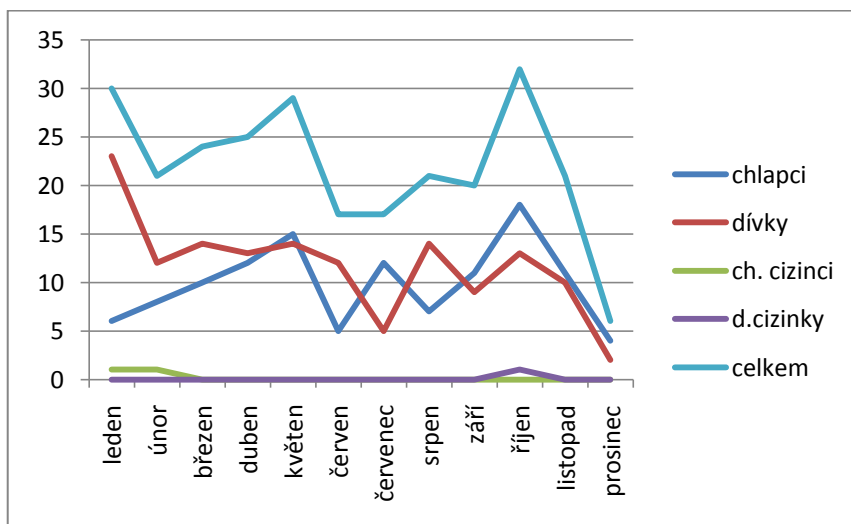
Graf č. 17 - Obložnost DaDDC od 1.1. 2007 - 31.12. 2007 dle pohlaví.



Zdroj: vlastní výzkum

Počet klientů na 1 měsíc – viz tabulka č.5. Celkový počet klientů za rok 2007 je 263.

Graf č. 18 - Obložnost DaDDC od 1.1. 2007 - 31.12. 2007 dle pohlaví.

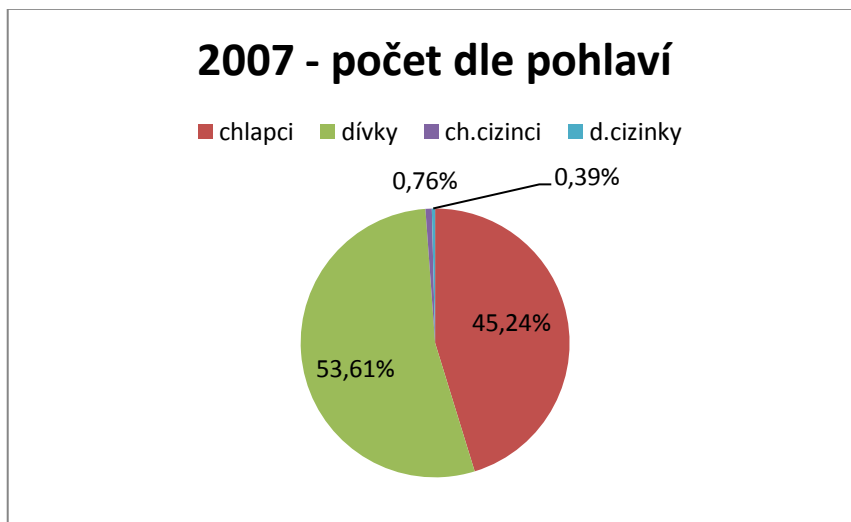


Zdroj: vlastní výzkum

Počet klientů na 1 měsíc – viz tabulka č.5. Celkový počet klientů za rok 2007 je 263.

Graf znázorňuje vývoj v počtu hospitalizovaných.

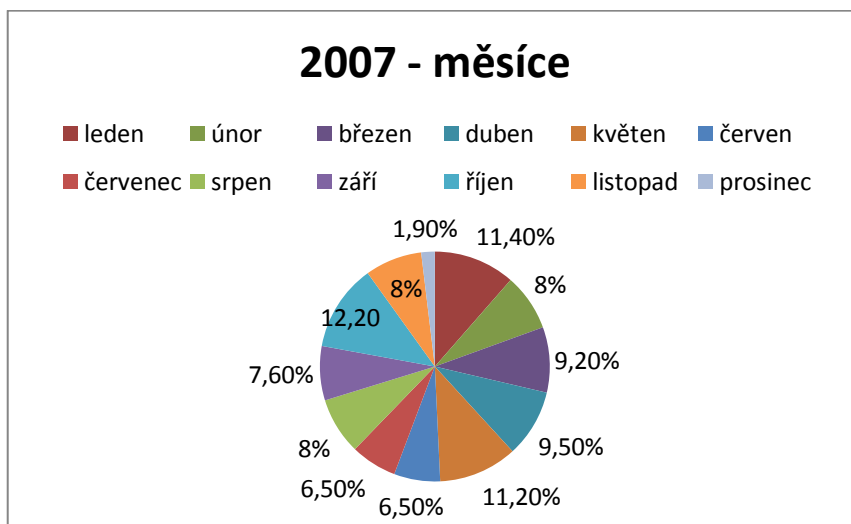
Graf č.19 - Obložnost DaDDC od 1.1. 2007 - 31.12. 2007 dle pohlaví v %.



Zdroj: vlastní výzkum

Počet klientů na 1 měsíc – viz tabulka č.5 . Celkový počet klientů za rok 2007 je 263, chlapci – 45,24 %, chlapci - cizinci 0,76% a dívky – 53,61 % a cizinek 0,39%).

Graf č.20 - Obložnost DaDDC od 1.1.2007 - 31.12. 2007 dle měsíců v roce v %.



Zdroj: vlastní výzkum

Celkový počet klientů je 263, leden – 11,40 %, únor – 8 %, březen – 9,20 %, duben – 9,50 %, květen – 11,20 %, červen – 6,50 %, červenec – 6,50 %, srpen – 8 %, září – 7,60 %, říjen – 12,20 %, listopad – 8 %, prosinec – 1,90 %).

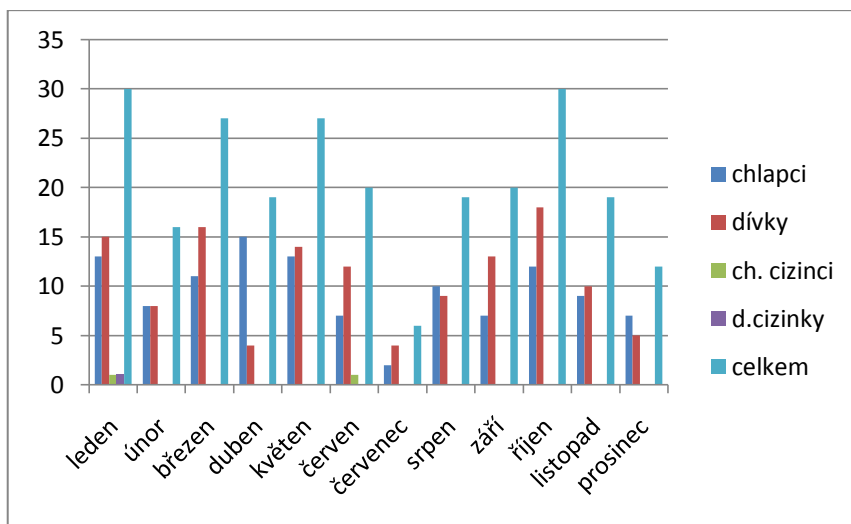
Tabulka č. 6 - Obložnost DaDDC od 1.1.2008 – 31.12. 2008

MĚSÍC, ROK 2008	CHLAPCI	DÍVKY	CHLAPCI CIZINCI	DÍVKY CIZINCI	CELKEM
LEDEN	13	15	1	1	30
ÚNOR	8	8	0	0	16
BŘEZEN	11	16	0	0	27
DUBEN	15	4	0	0	19
KVĚTEN	13	14	0	0	27
ČERVEN	7	12	1	0	20
ČERVENEC	2	4	0	0	6
SRPEN	10	9	0	0	19
ZÁŘÍ	7	13	0	0	20
ŘÍJEN	12	18	0	0	30
LISTOPAD	9	10	0	0	19
PROSINEC	7	5	0	0	12

Zdroj: vlastní výzkum

Počet hospitalizovaných klientů DaDDC činil v roce 2008 celkem 245 klientů. V lednu bylo hospitalizováno 30 klientů (13 chlapců – z toho 1 cizinec a 15 dívek – včetně 1 cizinky), v únoru 16 klientů (8 chlapců a 8 dívek), v březnu 27 klientů (11 chlapců a 16 dívek), v dubnu 19 klientů (15 chlapců a 4 dívky), v květnu 27 klientů (13 chlapců a 14 dívek), v červnu 20 klientů (8 chlapců – 1 cizinec, 12 dívek), v červenci 6 klientů (2 chlapci a 4 dívky), v srpnu 19 klientů (10 chlapců a 9 dívek), v září 20 klientů (7 chlapců a 13 dívek), v říjnu 30 klientů (12 chlapců a 18 dívek), v listopadu 19 klientů (9 chlapců a 10 dívek), v prosinci 12 klientů (7 chlapců a 5 dívek). Z celkového počtu hospitalizovaných bylo 116 chlapců, včetně 2 cizinců a 129 dívek – z toho 1 cizinka.

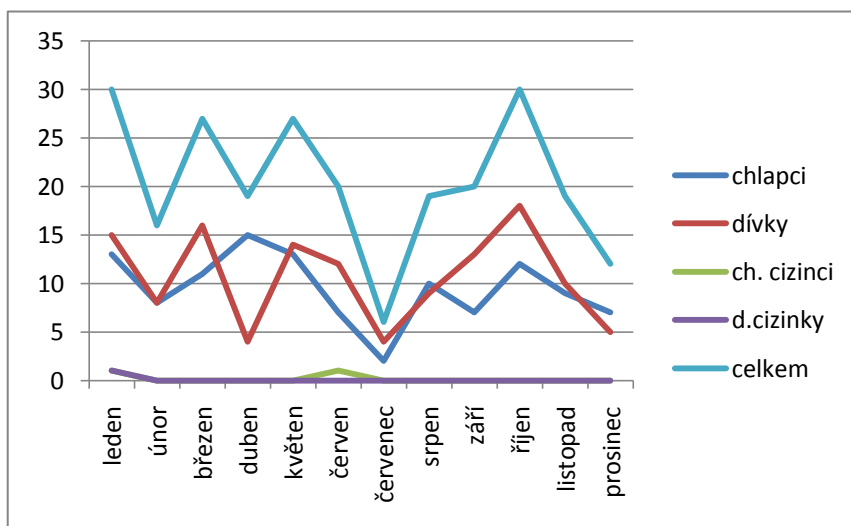
Graf č. 21 - Obložnost DaDDC od 1.1. 2008 - 31.12. 2008 dle pohlaví.



Zdroj: vlastní výzkum

Počet klientů na 1 měsíc – viz tabulka č.5. Celkový počet klientů za rok 2008 je 245.

Graf č. 22 - Obložnost DaDDC od 1.1. 2008 - 31.12. 2008 dle pohlaví.

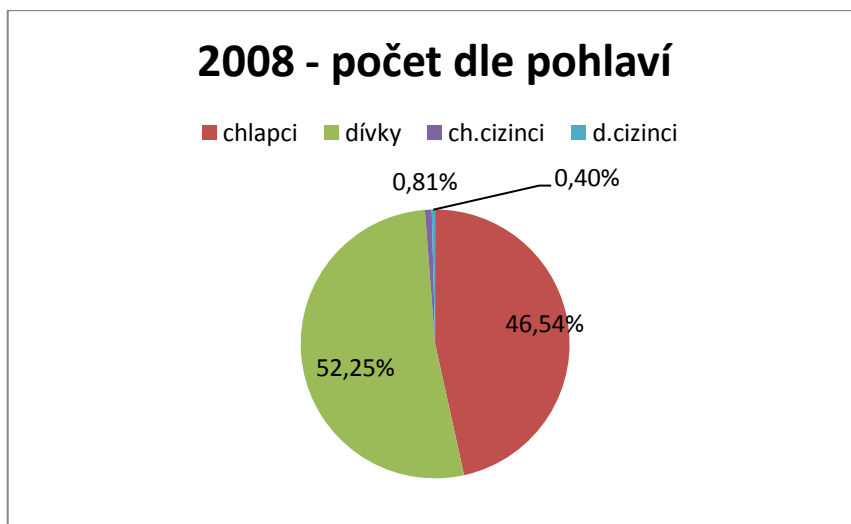


Zdroj: vlastní výzkum

Počet klientů na 1 měsíc – viz tabulka č.6. Celkový počet klientů za rok 2008 je 245.

Graf znázorňuje vývoj v počtu hospitalizovaných.

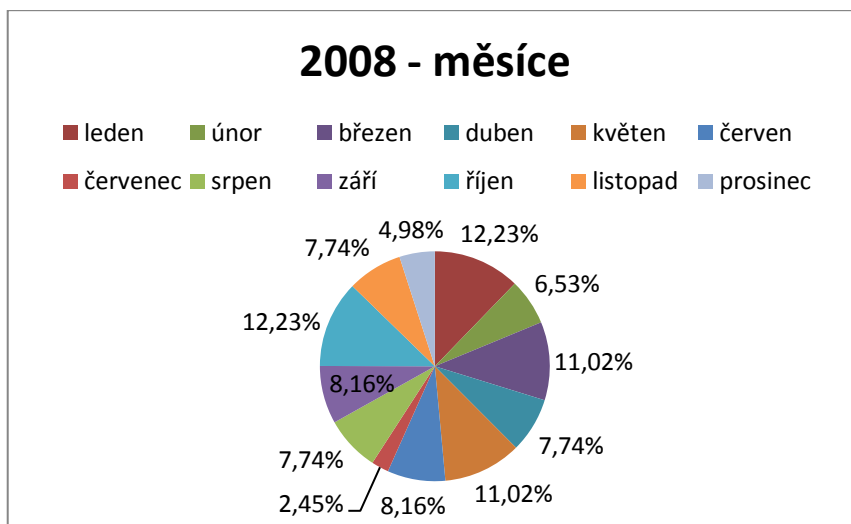
Graf č.23 - Obložnost DaDDC od 1.1. 2008 - 31.12. 2008 dle pohlaví v %.



Zdroj: vlastní výzkum

Počet klientů na 1 měsíc – viz tabulka č.6. Celkový počet klientů za rok 2008 je 245, chlapců 46,54 %, chlapců – cizinců 0,81%, dívek 52,25 %, dívek – cizinek 0,40%).

Graf č.24 - Obložnost DaDDC od 1.1. 2008 - 31.12. 2008 dle měsíců v roce v %.



Zdroj: vlastní výzkum

Celkový počet klientů je 263, leden – 12,23%, únor – 6,53 %, březen – 11,02%, duben – 7,74 %, květen – 11,02 %, červen – 8,16 %, červenec – 2,45%, srpen – 7,74 %, září – 8,16 %, říjen – 12,23 %, listopad – 7,74%, prosinec – 4,98 %).

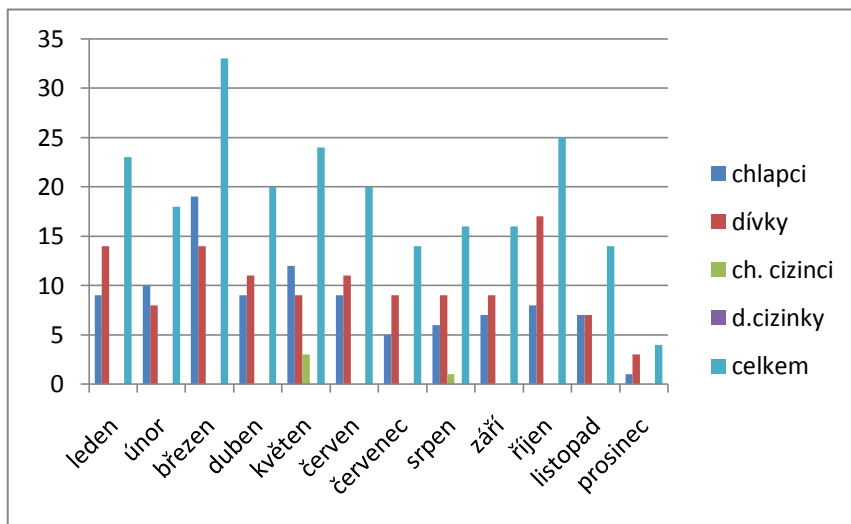
Tabulka č. 7 – Obloženost DaDDC od 1.1.2009 – 31.12. 2009

MĚSÍC, ROK 2009	CHLAPCI	DÍVKY	CHLAPCI CIZINCI	DÍVKY CIZINCI	CELKEM
LEDEN	9	14	0	0	23
ÚNOR	10	8	0	0	18
BŘEZEN	19	14	0	0	33
DUBEN	9	11	0	0	20
KVĚTEN	12	9	3	0	24
ČERVEN	9	11	0	0	20
ČERVENEC	5	9	0	0	14
SRPEN	6	9	1	0	16
ZÁŘÍ	7	9	0	0	16
ŘÍJEN	8	17	0	0	25
LISTOPAD	7	7	0	0	14
PROSINEC	1	3	0	0	4

Zdroj: vlastní výzkum

Počet hospitalizovaných klientů DaDDC činil v roce 2009 celkem 227 klientů. V lednu byli hospitalizováni 23 klienti (9 chlapců a 14 dívek), v únoru 18 klientů (10 chlapců a 8 dívek), v březnu 33 klienti (19 chlapců a 14 dívek), v dubnu 20 klientů (9 chlapců a 11 dívek), v květnu 24 klienti (15 chlapců - z toho 3 cizinci a 9 dívek), v červnu 20 klientů (9 chlapců a 11 dívek), v červenci 14 klientů (5 chlapců a 9 dívek), v srpnu 16 klientů (6 chlapců a 9 dívek), v září taktéž 16 klientů (7 chlapců a 9 dívek), v říjnu 25 klientů (8 chlapců a 17 dívek), v listopadu 14 klientů (7 chlapců a 7 dívek), v prosinci 4 klienti (1 chlapec a 3 dívky). Z celkového počtu hospitalizovaných bylo 106 chlapců, včetně 4 cizinců a 121 dívka.

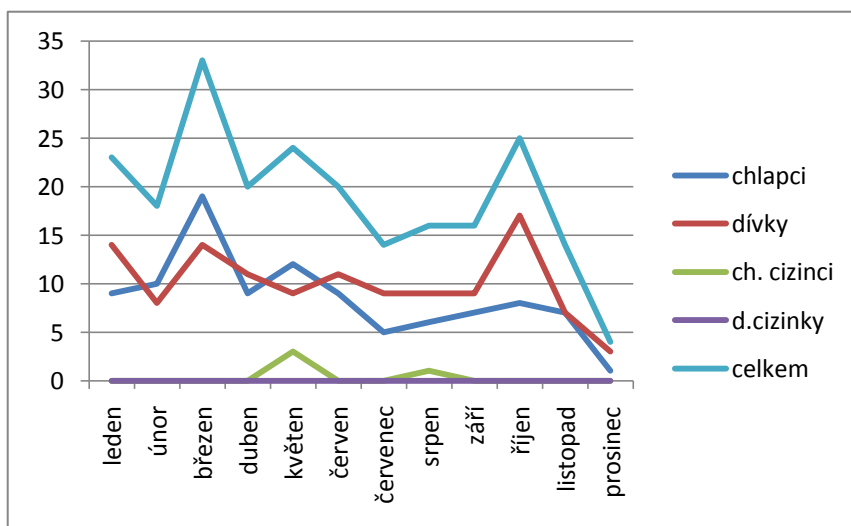
Graf č. 25 - Obložnost DaDDC od 1.1. 2009 - 31.12. 2009 dle pohlaví.



Zdroj: vlastní výzkum

Počet klientů na 1 měsíc – viz tabulka č.6. Celkový počet klientů za rok 2009 je 227.

Graf č. 26 - Obložnost DaDDC od 1.1. 2009 - 31.12. 2009 dle pohlaví.

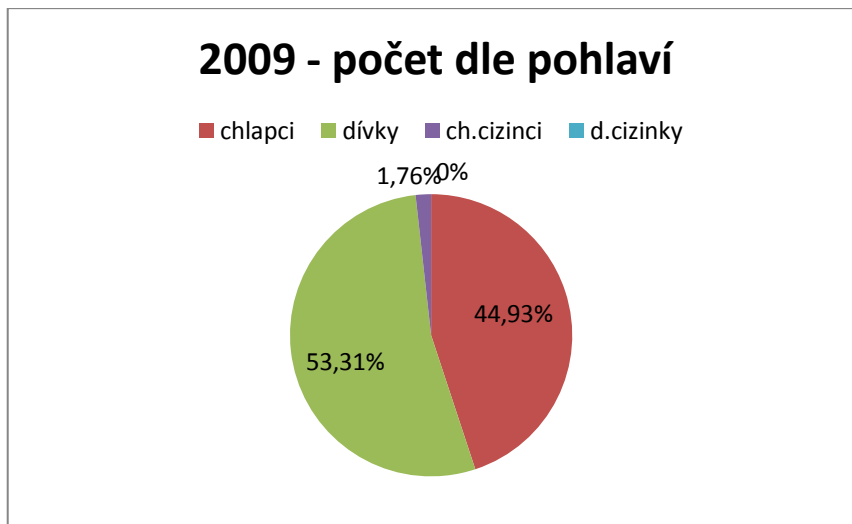


Zdroj: vlastní výzkum

Počet klientů na 1 měsíc – viz tabulka č.6. Celkový počet klientů za rok 2009 je 227.

Graf znázorňuje vývoj v počtu hospitalizovaných.

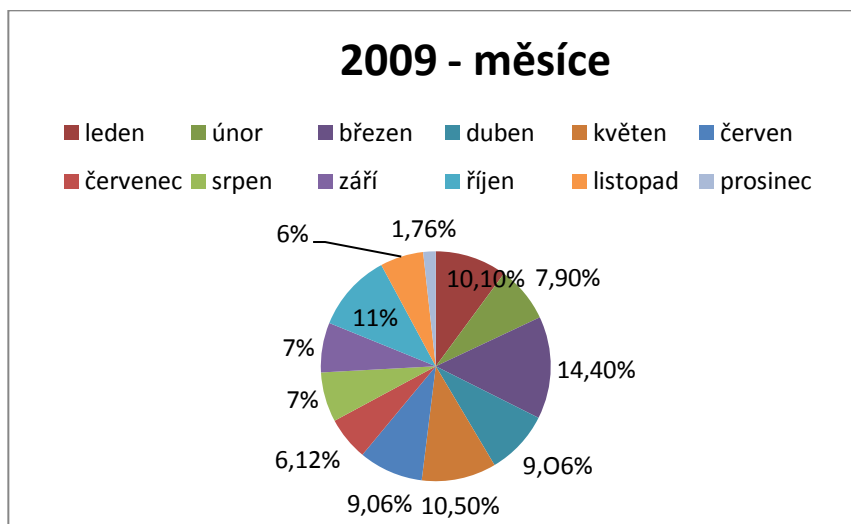
Graf č.27 - Obložnost DaDDC od 1.1.2009 - 31.12. 2009 dle pohlaví v %.



Zdroj: vlastní výzkum

Počet klientů na 1 měsíc – viz tabulka č.7. Celkový počet klientů za rok 2009 je 227, chlapci – 44,93 % chlapci – cizinci 1,76%, dívky 53 % , dívky cizinky 0%).

Graf č.28 - Obložnost DaDDC od 1.1.2009 - 31.12. 2009 dle měsíců v roce v %.



Zdroj: vlastní výzkum

Celkový počet klientů je 227, leden – 10 %, únor – 8 %, březen – 14 %, duben – 8 %, květen – 10 %, červen – 8 %, červenec – 6 %, srpen – 7 %, září – 7 %, říjen – 11 %, listopad – 9 %, prosinec – 2 %).

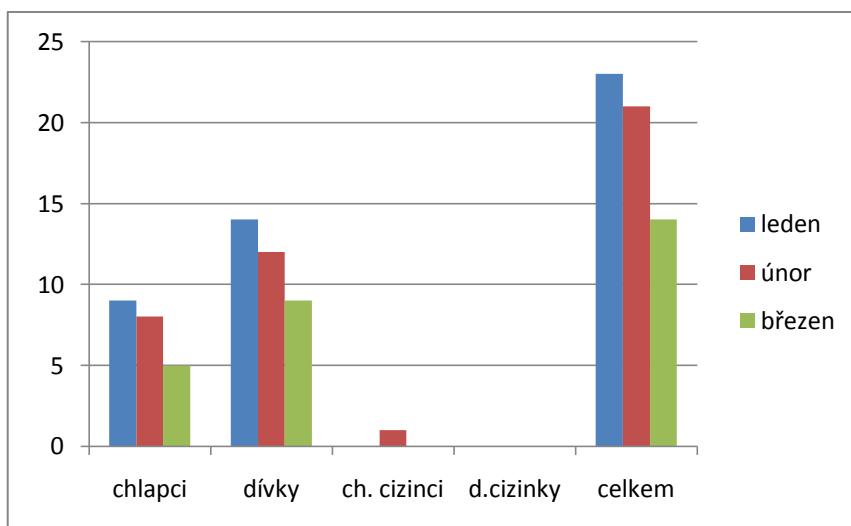
Tabulka č. 8 - Obložnost DaDDC od 1.1.2010 – 31.3. 2010

MĚSÍC, ROK 2010	CHLAPCI	DÍVKY	CHLAPCI CIZINCI	DÍVKY CIZINCI	CELKEM
LEDEN	9	14	0	0	23
ÚNOR	8	12	1	0	21
BŘEZEN	5	9	0	0	14

Zdroj: vlastní výzkum

Počet hospitalizovaných klientů DaDDC činil v období 1.1. 2010 – 31.3. 2010 celkem 58 klientů. V lednu bylo hospitalizováni 23 klienti (9 chlapců a 14 dívek), v únoru 21 klient (9 chlapců – z toho 1 cizinec a 12 dívek), v březnu 14 klientů (5 chlapců a 9 dívek). Z celkového počtu hospitalizovaných byli 23 chlapci, včetně 1 cizince a 35 dívek.

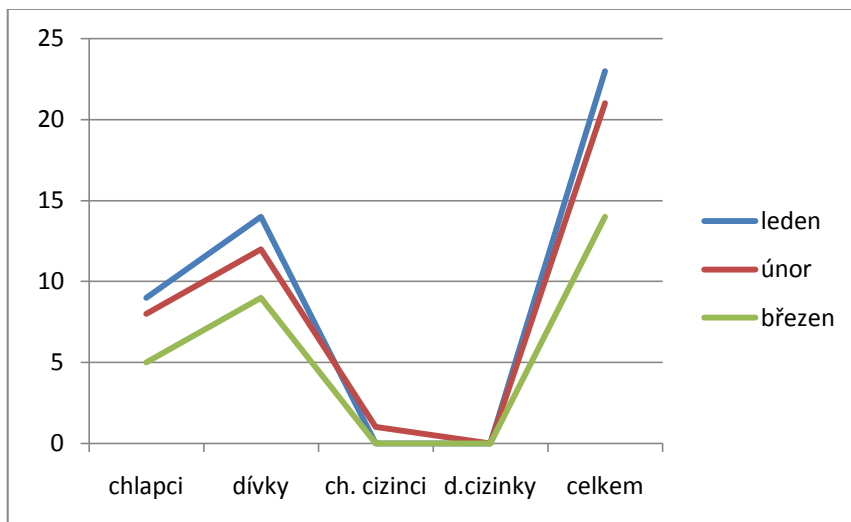
Graf č. 29 - Obložnost DaDDC od 1.1. 2010 - 31.3. 2010 dle pohlaví.



Zdroj: vlastní výzkum

Počet klientů DaDDC činil v období 1.1. 2010 – 31.3. 2010 celkem 58 klientů – viz tabulka č.8.

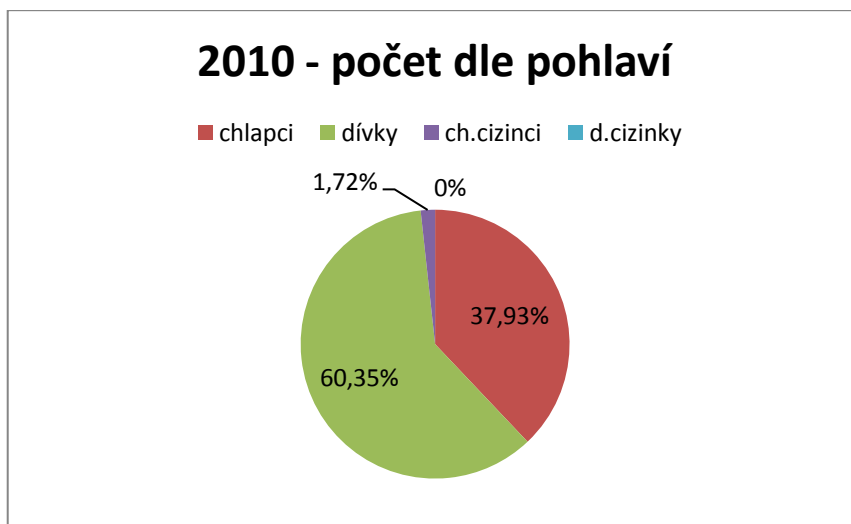
Graf č. 30 - Obložnost DaDDC od 1.1. 2010 - 31.3. 2010 dle pohlaví.



Zdroj: vlastní výzkum

Počet klientů DaDDC činil v období 1.1. 2010 – 31.3. 2010 celkem 58 klientů – viz tabulka č.8. Graf znázorňuje vývoj v počtu hospitalizovaných.

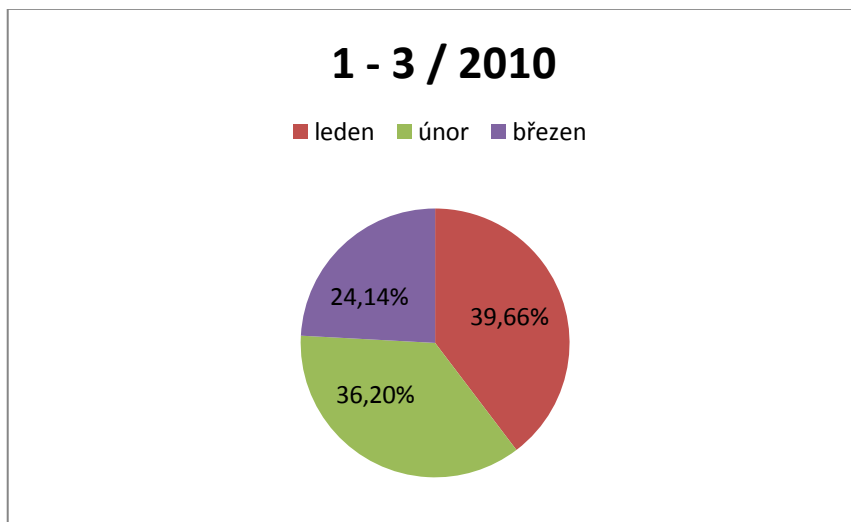
Graf č.31 - Obložnost DaDDC od 1.1.2010 - 31.3. 2010 dle pohlaví v %.



Zdroj: vlastní výzkum

Počet klientů v období 1.1. 2010 – 31.3. 2010 – viz tabulka č.8. Celkový počet klientů v tomto časovém úseku činil 58 klientů (37,93% chlapců, 1,72% chlapců – cizinců, 60,35% dívek, bez cizinek).

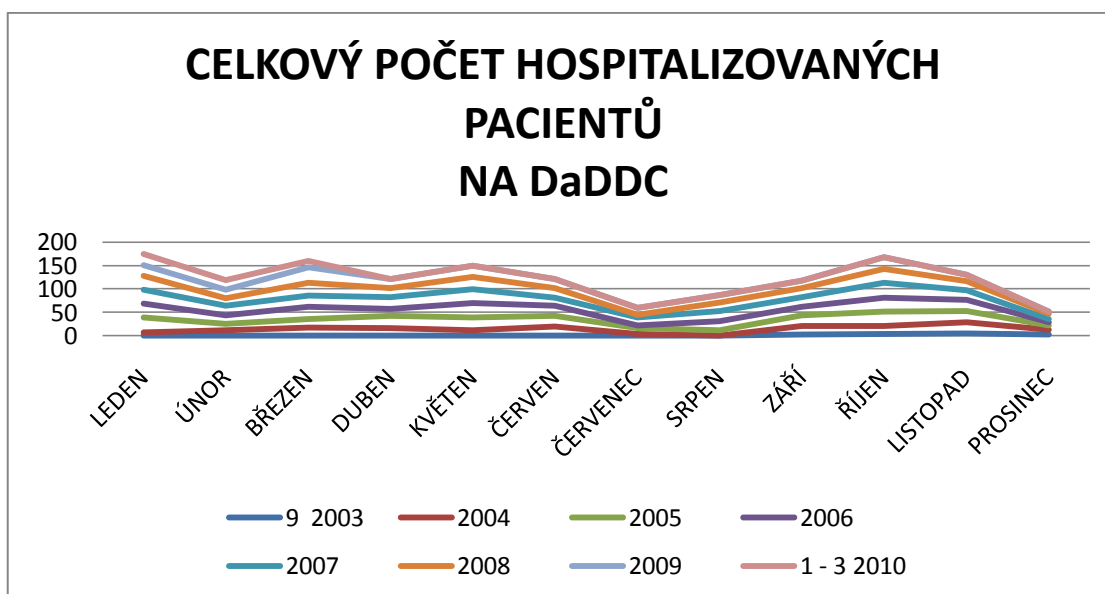
Graf č.32 - Obložnost DaDDC od 1.1.2010 - 31.3. 2010 dle měsíců v %.



Zdroj: vlastní výzkum

Počet klientů pro období od 1.1.2010 - 31.3. 2010 celkem 58. V lednu 39,66%, v únoru 36,20%, v březnu 24,14%.

Graf č. 33 – Celkový počet hospitalizovaných klientů od 1.9. 2003 do 31.3. 2010



Zdroj: vlastní výzkum

V období od 1.9.2003- 31.12. 2003 bylo hospitalizováno 13 klientů, v roce 2004 celkem 155 klientů, v roce 2005 celkem 249 klientů, v roce 2006 celkem 247 klientů, v roce 2007 celkem 263 klientů, v roce 2008 celkem 245 klientů, v roce 2009 celkem 227 klientů a v období od 1.1. 2010 - 31.3. 2010 celkem 58 klientů. Celkem 1457.

Tabulka č. 9 – Odpovědi krajských protidrogových koordinátorů (1 – 5)

kraj	1- spolupráce s DaDDC	2-zařízení obdobného charakteru	3-zařízení určena dospělým	4-počet klientů 2009	5-kapacita těchto zařízení v kraji
Praha	ano	DaDDC Praha	Detox – PL Praha – Bohnice, Apolinář	není uvedeno	Využívá DaDDC Praha
Středočeský	ano	DaDDC Praha	PL Kosmonosy	není uvedeno	20 lůžek
Liberecký	ano	DaDDC Praha	Krajská nemocnice Liberec- psychiatr.odd. ,Detox	42 pacientů (23mužů a 19žen)	Detox má kapacitu 5 lůžek
Ústecký	ano	DaDDC Praha	PL Horní Bečkovice	není uvedeno	30 lůžek
Karlovarský	ne	není zařízení	Psychiatric.oddělení nemocnice Ostrov	není uvedeno	není uvedeno
Plzeňský	ne	není zařízení	Psychiatrická léčebna Dobřany	není uvedeno	49
Jihočeský	ano	není zařízení	PL Červený Dvůr	není uvedeno	103
Vysočina	nedodáno	nedodáno	nedodáno	nedodáno	nedodáno
Královéhradecký	ne	Léčebna návykových nemocí Nechanice	Léčebna Nechanice	180 pacientů	6 lůžek
Pardubický	ano	DaDDC Praha	není žádné	není centrum	0
Moravskoslezský	nedodáno	nedodáno	nedodáno	nedodáno	nedodáno
Zlínský	nedodáno	nedodáno	nedodáno	nedodáno	nedodáno
Olomoucký	ano	Středisko sekundární prevence a léčby závislostí	PL v Bílé Vodě a PL ve Šternberku	není uvedeno	nedodáno
Jihomoravský	nedodáno	nedodáno	nedodáno	nedodáno	nedodáno

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 10 – Odpovědi krajských protidrogových koordinátorů (6 – 10)

kraj	6- nejčastější druhy závislostí	7- následná péče o klienty	8-Strategie boje proti zneužívání návykových látek	9- metody prevence	10- Procento recidiv po terapii
Praha	Marihuana, pervitin, heroin	Terapeut.komunita Cesta Řevnice	Akční plán 2010 – 2012	Primární, sekundární, terciální	není uvedeno
Středočeský	Alkohol,marihuana pervitin	Terapeut.komunita Cesta Řevnice	Schválená Krajská protidrogová strategie 2010 - 2012	přednášky, poradenství, semináře	není uvedeno
Liberecký	pervitin, THC, heroin, benzodiazepiny, opiáty	Advaita, o. s. - bydlení	Akční plán - období 2008 – 2009 2010 – 2012 se připravuje	Peer programy, přednášky, poradenství, semináře, besedy	není uvedeno
Ústecký	Pervitin, heroin alkohol	není uvedeno	Akční plán 2010 – 2012	poradenství, semináře, besedy	nesledováno
Karlovarský	Marihuana, pervitin, heroin	0	Krajské protidrogové strategie kraje na období 2010 – 2014	přednášky, poradenství, semináře	nesledováno
Plzeňský	Alkohol,marihuana , pervitin	Teen challenge Plzeň Středisko křesťanské pomoci Plzeň – Terapeutická komunita	Krajské protidrogové strategie kraje na období 2010 – 2012	Peer programy, přednášky, poradenství, semináře, besedy	nesledováno
Jihočeský	Pervitin, heroin alkohol	PL Červený Dvůr, Terapeutické komunitě Němčice, Jihočeské substituční centrum, Občanské Sdružení Háječek	PRostá EVEntuální Cesta- Salesiáni, Akční plán 2010 – 2012	Peer programy, přednášky, poradenství, semináře, besedy, služby.	neuveďeno
Vysočina	nedodáno	nedodáno	nedodáno	nedodáno	nedodáno
Královhradecký	alkohol, marihuana a pervitin	Ambulantní centrum o. s. Laxus, ambulance	Akční plán 2010 – 2012	Kontaktní centra, školní programy	není uvedeno
Pardubický	Závislost na alkoholu, pervitinu	ambulantní centrum o.s. Laxus	Oblast drogové prevence zapracována v komunitním plánu 2010 – 2012	Centrum primární prevence s celokraj působností	nezjištěno
Moravskoslezský	nedodáno	nedodáno	nedodáno	nedodáno	nedodáno
Zlínský	nedodáno	nedodáno	nedodáno	nedodáno	nedodáno
Olomoucký	Alkohol, marihuana, pervitin	nedodáno	Strategický protidrogový plán Olomouckého kraje na období 2005 - 2010 (bude vyhodnocován během 2.pol. 2010)	přednášky, poradenství, semináře, besedy	nezjištěno
Jihomoravský	nedodáno	nedodáno	nedodáno	nedodáno	nedodáno

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 11 – Odpovědi krajských protidrogových koordinátorů (11 – 15)

kraj	11-Komorbidita, infekční onemocnění-2009	12- celkové výdaje na území kraje	13- monitorace problematiky	14- Související kriminalita	15- plánování souvisejících služeb
Praha	Hepatitis 803x, 157 HIV,	není uvedeno	ÚZIS, ČSÚ, KHS	nedodáno	rozpracovány v akčním plánu
Středočeský	172x hepatitis	16.296 tis. Kč.	KHS, ÚZIS	nedodáno	Otevření detoxifikač. odd. Příbram
Liberecký	Hepatitis C – 30 x, HIV 1x	není uvedeno	KHS, KÚ LK	nedodáno	rozpracovány v akčním plánu
Ústecký	Nedodáno	Nedodáno	statistiky Policie ČR, KHS	nedodáno	Plán minimálního udržení stávajícího stavu
Karlovarský	14x bakteriální sexuálně přenosné infekce, ost.není známo	524.131,- Kč	statistiky Policie ČR, evidence poskytovatelů protidrogové prevence	152 případy drogové kriminality	Udržet stávající služby protidrogové prevence v kraji, posílit primární prevenci
Plzeňský	nedodáno	nedodáno	statistiky Policie ČR, KHS	nedodáno	rozpracovány v akčním plánu
Jihočeský	AIDS 6x, Hepatitis 160x	1 950 120 Kč z rozpočtu kraje	ÚZIS, ČSÚ, KHS, statistiky Policie ČR, evidence poskytovatelů protidrogové prevence	238 případů drogové kriminality	Udržet stávající služby protidrogové prevence v kraji, posílit primární prevenci
Vysočina	nedodáno	nedodáno	nedodáno	nedodáno	nedodáno
Královhradecký	25 HIV pozitivních, 8 nemocných AIDS.	není uvedeno	jednotlivé organizace – výroční zprávy	výroba a šíření a prosté krádeže	neměnné trendy
Pardubický	3x hepatitida A, hepatitida C- 7x	1 500 tis. Kč na protidrog. politiku, 3 700 tis. na provoz záchytné stanice	pracovníky terénních programů o.s. Laxus	nezjištěno	Plán minimálního udržení stávajícího stavu
Moravskoslezský	nedodáno	nedodáno	nedodáno	nedodáno	nedodáno
Zlínský	nedodáno	nedodáno	nedodáno	nedodáno	nedodáno
Olomoucký	nedodáno	nedodáno	statistiky Policie ČR	nezjištěno	neměnné trendy
Jihomoravský	nedodáno	nedodáno	nedodáno	nedodáno	nedodáno

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 12 - Odpovědi lékařů DaDDC

otázka	Odpověď lékaře Lékař 1	Odpověď lékaře Lékař 2	Odpověď lékaře Lékař 3
1. Počet hospitalizovaných dětí	Viz. dokumentace	Viz. dokumentace	Viz. dokumentace
2. Obloženost centra	Viz. dokumentace	Přibližně 75%	Viz. dokumentace
3. Využití DaDDC v rámci krajů	Viz. dokumentace	Bez regionálního omezení	Viz. dokumentace
4. Hlášení hospitalizovaných	Hygienické službě, do ÚZISu a Monitorovacího střediska pro drogy	Hygienické službě, do ÚZISu a Monitorovacího střediska pro drogy	Hygienické službě, do ÚZISu a Monitorovacího střediska pro drogy
5. Kdo doporučuje hospitalizaci?	Rodina, kurátoři, PČR	Rodiče, kurátoři	Viz. dokumentace
6. Nejčastěji zneužívané látky	Stimulancia, THC, pervitin	Stimulancia, THC, alkohol	Pervitin, THC,
7. Komorbidita	Hepatitis C, B, A, poruchy chování a emocií	Afektivní poruchy, poruchy chování a emocií, Hepatitis A, B, C	Toxické psychózy, Hepatitis C, B, A
8. Kde nejčastěji dochází k aplikaci drog mladistvými?	Party mladistvých	Party, diskotéky	Party adolescentů
9. Způsob aplikace	injekční aplikace, kouření	Kouření – THC, injekční aplikace	Šňupání, injekční aplikace
10. Nejčastější komplikace	poruchy psychotické, poruchy chování,	Poruchy chování, psychotické poruchy	Poruchy osobnosti, depresivní poruchy, poruchy chování, poruchy psychotické
11. Faktory pro nástup léčby	Rodina, škola	Tlak rodiny, kurátorů, obavy před umístěním do Diag. ústavů	Rodina, škola, kurátor
12. kriminalita před hospitalizací	loupež, přepadení, prostituce, manipulace s návyk. látkami	Krádeže, pohl. styk před 15. rokem věku, distribuce návyk. látek	krádeže, loupež, přepadení, podvod, prostituce, ...
13. Důvody kriminálního jednání	K získání prostředků na drogy	K získání prostředků na drogy	K získání drogy
14. Snižuje se věk hospitalizovaných?	Věk průměrně 15 – 16 let, tento trend je prozatím neměnný	Věk průměrně 15 – 16 let	Věk je přibližně stejný, průměrně 15,7 let
15. Získaná infekční onemocnění	Hepatitis, infekty HCD, pohlavní choroby	Pyodermie, infekty HCD, Stomatologické záněty, hepatitidy	Hepatitis, scabies, pohlavní choroby
16. Dostačuje kapacita oddělení potřebám hospitalizací?	Dostačuje	Obloženost centra je přibližně 75%	Dostačuje, zřídka je plně obsazené oddělení
17. Druhy terapeutických činností na DaDDC	Arteterapie, muzikoterapie	Arteterapie, muzikoterapie intenzivní individuální a skupinové motivační terapie	Arteterapie, muzikoterapie
18. Způsoby péče o klienty	Lékařská terapie Sociální intervence	Lékařská terapie Sociální intervence	Sociální intervence
19. Další, navazující terapie	Terapeutické komunity, diagnostické ústavy, ambulantní péče	Terapeutické komunity, diagnostické ústavy, ambulantní péče	Psychiatrické léčebny, diagnostické ústavy, ambulantní péče
20. možnost rozšíření kapacity DaDDC	Nedostačující následná péče pro věkovou skupinu do 18 – ti let	Kapacita dostatečná. Nedostatek míst pro následnou terapii, snižování dotací, úbytek terapeutů. Ideální by bylo zvýšení podílu volnočas. aktivit v rámci motivač. terapie.	Nedostačující následná péče pro věkovou skupinu do 18 – ti let

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 13 – Počet hospitalizovaných z Prahy

Praha	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
dívky	7	31	50	47	49	51	43	10
chlapci	1	45	59	45	55	45	42	7
celkem	8	76	109	92	104	96	85	17

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 14 – Počet hospitalizovaných ze Středočeského kraje

Středočeský kraj	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
dívky	2	19	14	26	31	19	31	5
chlapci	1	24	34	36	28	28	24	6
celkem	3	43	48	62	59	47	55	11

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 15 – Počet hospitalizovaných z Plzeňského kraje

Plzeňský kraj	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
dívky	0	2	15	16	17	6	9	4
chlapci	1	1	6	8	5	6	3	0
celkem	1	3	21	24	22	12	12	4

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 16 – Počet hospitalizovaných z Karlovarského kraje

Karlovarský kraj	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
dívky	0	1	4	5	4	5	8	0
chlapci	0	0	4	2	4	5	6	0
celkem	0	1	8	7	8	10	14	0

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 17 – Počet hospitalizovaných z Libereckého kraje

Liberecký kraj	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
dívky	0	0	0	5	4	8	1	2
chlapci	0	0	0	3	4	2	8	0
celkem	0	0	0	8	8	10	9	2

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 18 – Počet hospitalizovaných z Ústeckého kraje

Ústecký kraj	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
dívky	0	16	21	7	5	16	13	5
chlapci	0	4	12	17	11	17	16	7
celkem	0	20	33	24	16	33	29	12

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 19 – Počet hospitalizovaných z Jihočeského kraje

Jihočeský kraj	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
dívky	0	0	6	4	7	11	2	0
chlapci	1	4	4	7	4	3	1	0
celkem	1	4	10	11	11	14	3	0

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 20 – Počet hospitalizovaných z Královéhradeckého kraje

Královéhradecký kraj	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
dívky	0	3	0	3	9	2	3	2
chlapci	0	1	0	1	1	2	0	1
celkem	0	4	0	4	10	4	3	3

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 21 – Počet hospitalizovaných z Pardubického kraje

Pardubický kraj	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
dívky	0	1	1	0	5	2	1	2
chlapci	0	1	2	0	0	2	1	0
celkem	0	2	3	0	5	4	2	2

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 22 – Počet hospitalizovaných z kraje Vysočina

Kraj Vysočina	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
dívky	0	0	1	1	3	1	3	0
chlapci	0	0	1	0	1	1	1	0
celkem	0	0	2	1	4	2	4	0

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 23 – Počet hospitalizovaných z Olomouckého kraje

Olomoucký kraj	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
dívky	0	0	0	0	0	1	1	2
chlapci	0	0	0	0	2	0	0	0
celkem	0	0	0	0	2	1	1	2

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 24 – Počet hospitalizovaných z Moravskoslezského kraje

Moravskoslezský kraj	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
dívky	0	0	1	1	3	1	2	1
chlapci	0	0	0	1	1	1	0	0
celkem	0	0	1	2	4	2	2	1

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 25 – Počet hospitalizovaných z Jihomoravského kraje

Jihomoravský kraj	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
dívky	0	1	7	5	2	4	4	2
chlapci	0	1	3	2	2	2	0	1
celkem	0	2	10	7	4	6	4	3

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 26 – Počet hospitalizovaných ze Zlínského kraje

Zlínský kraj	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
dívky	0	0	0	1	2	1	0	0
chlapci	0	0	1	0	1	0	0	0
celkem	0	0	1	1	3	1	0	0

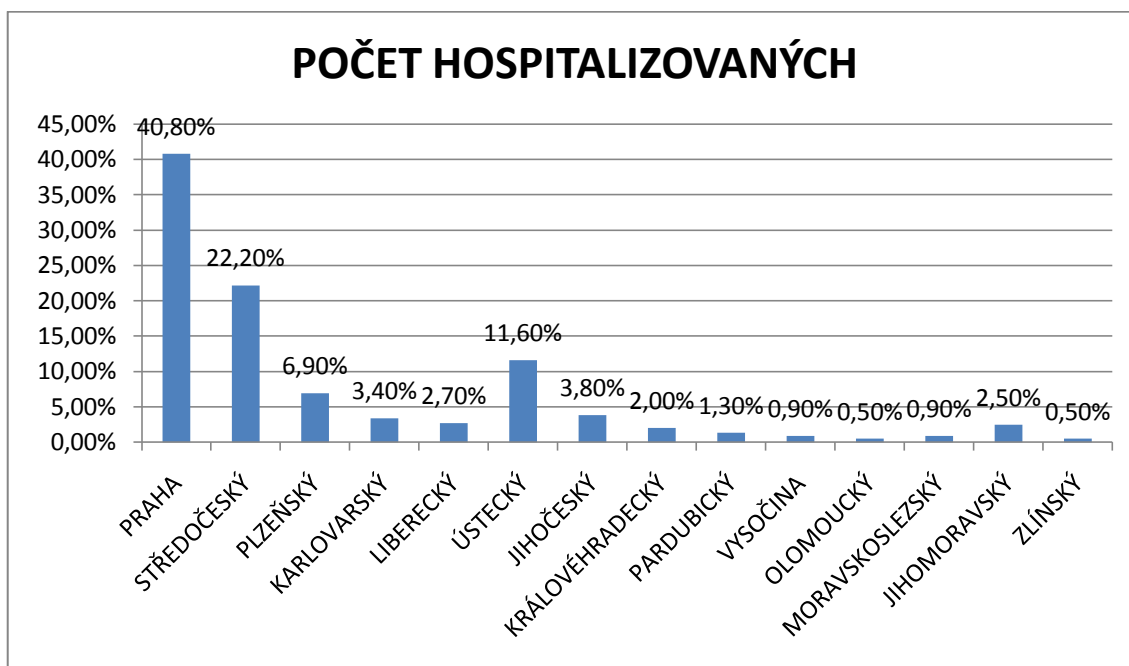
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 27 – Počet hospitalizovaných cizinců

Cizinci	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
dívky	0	0	2	1	1	1	0	0
chlapci	0	0	1	3	2	2	4	1
celkem	0	0	3	4	3	3	4	1

Zdroj: vlastní výzkum

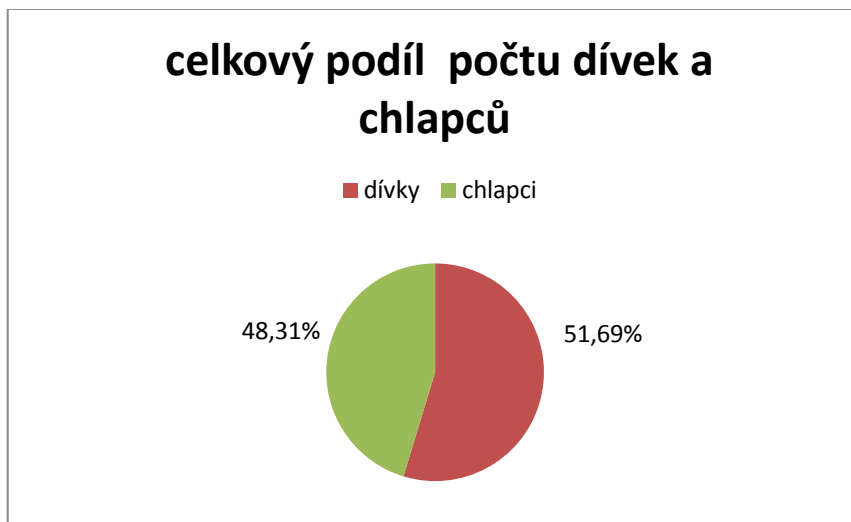
Graf č. 34 – Podíl krajů ČR na celkovém počtu hospitalizovaných na DaDDC .



Zdroj: vlastní výzkum

Klientů z Prahy bylo hospitalizováno celkem 587 (40,80%), ze Středočeského kraje 328 (22,20%), z Plzeňského kraje 99 (6,90%), z Karlovarského kraje 48 (3,40%), z Libereckého kraje 37 (2,70%), z Ústeckého kraje 167 (11,60 %), z Jihočeského kraje 54 (3,80%), z Královéhradeckého kraje 28 (2%), z Pardubického kraje 18 (1,30%), z Kraje Vysočina 13 (0,90%), z Olomouckého kraje 6 (0,5 %), z Moravskoslezského kraje 12 (0,90%), z Jihomoravského kraje 36 (2,50%), ze Zlínského kraje 6 (0,50%). Počet klientů z krajů ČR činil 1439 hospitalizovaných. Z celkového počtu klientů 1457 bylo hospitalizováno celkem 18 cizinců.

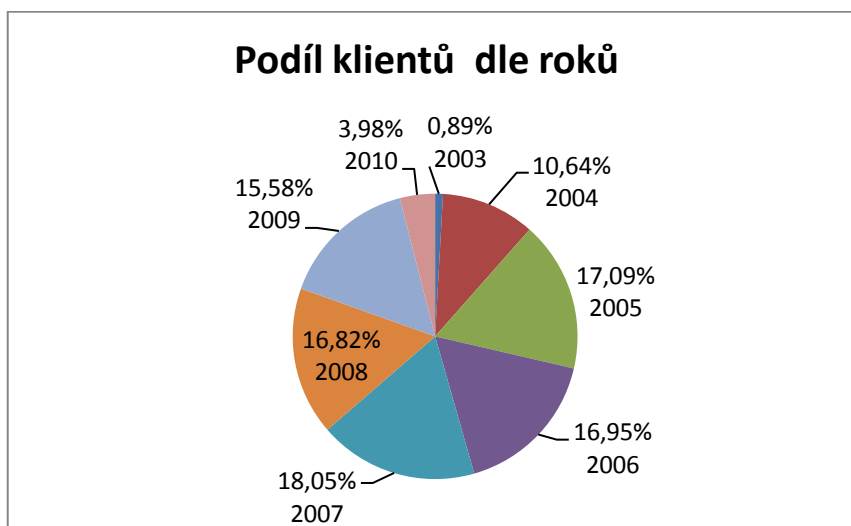
Graf č. 35 - Podíl dívek a chlapců na celkovém počtu hospitalizovaných v DaDDC.



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového množství hospitalizovaných, zaujímá většinu s počtem 51,69% počet dívek nad chlapci se 48,31% .

Graf č. 36 – Celkový počet hospitalizovaných na DaDDC.



Zdroj: vlastní výzkum

Po dobu činnosti DaDDC bylo od 1.9.2003 do 31.3.2010 hospitalizováno celkem 1457 klientů. V roce 2003 bylo 0,89%, v roce 2004 bylo 10,64%, v roce 2005 bylo 17,09%, v roce 2006 bylo 16,95%, v roce 2007 bylo 18,05%, v roce 2008 bylo 16,82%, v roce 2009 bylo 15,58% a v období od 1.1. do 31.3.2010 3,98%.

5. DISKUSE

5.1. Diskuse k výsledkům

Cílem této diplomové práce bylo popsat práci Dětského a dorostového detoxikačního centra v Praze, jeho důležitost v oblasti terapie závislostí na návykových látkách u dětí a mladistvých. Návaznost práce krajských protidrogových koordinátorů, formy prevence a následné způsoby řešení navazující terapie u klientů užívajících návykové látky dle individuálních potřeb a charakteru klientů Dětského a dorostového detoxikačního centra v Praze, bylo dalším z úkolů. Snahou bylo popsat jednotlivá data co nejpodrobněji a porovnat odpovědi jednotlivých oslovených respondentů v následné diskusi k výsledkům výzkumu. V části výzkumu, ve které proběhlo dotazování tří lékařů DaDDC v Praze, byly odpovědi zpracovány do tabulky pro větší přehled a snazší porovnání. Formou standardizovaného rozhovoru byly zjištěny údaje (viz tabulka č.12) o pohledu jednotlivých lékařů na DaDDC v Praze a na danou problematiku.

Dále byl zpracován výčet podílu jednotlivých krajů na počtu hospitalizovaných, počet klientů dle jednotlivých let existence DaDDC v Praze, podíl % dle pohlaví za celou dobu fungování centra. Tyto údaje byly vloženy do tabulek (1 – 8, 14 – 27). Počet klientů lze zjistit v údajích o počtu hospitalizovaných, vypracovaných každoročně pro účely zveřejnění výroční zprávy nemocnice. Ostatní údaje se nesledují. V souvislosti s tímto problémem byl tedy zpracován přehled hospitalizovaných klientů.

Na otázku č.1.,*Počet hospitalizovaných dětí celkem,*“ odpovídají svorně všichni dotazovaní lékaři, že počty klientů lze přesně zjistit v dokumentaci oddělení.

Otázka č.2.,*Obloženost centra*“, byla zodpovězena 2 lékaři stejně jako předešlá, pouze 1 z nich uvádí, že je to přibližně 75% ročně.

V otázce č.3. „*Využití DaDDC v rámci krajů ČR*“, bylo odpovězeno opět dvěma lékaři, že potřebné údaje nabízí dokumentace klientů, pouze 1 lékař odpověděl, že DaDDC v Praze funguje bez regionálního omezení, tj. pro celou ČR.

To, že oddělení DaDDC hlásí veškerá data Hygienické službě, do ÚZISu a Monitorovacímu středisku pro drogy se v otázce č. 4. „*Hlášení hospitalizovaných*“ potvrdili svorně všichni lékaři. Potvrzuje to fakt, že veškeré záchyty klientů a jejich přidružených infekčních chorob jsou centrálně evidovány.

„*Kdo doporučuje nejčastěji k hospitalizaci*“ řešili respondenti v otázce č. 5 následovně – 1 lékař nás odkázal na informace v dokumentaci, 2 lékaři se shodli na tom, že nejčastěji je to rodina, kurátor a také PČR při nutnosti detoxifikace při předběžném opatření ve věci klienta pro účely soudu.

Pro otázku č. 6. „*Nejčastěji zneužívané látky*“ udali dotazovaní společně stimulancia, THC, alkohol, pervitin. Přetrvává trend, kdy mezi hospitalizovanými převládají pacienti s diagnózou závislosti na amfetaminech. Zvyšuje se i podíl pacientů s problematickým pitím alkoholu, kde se zjistilo zvýšení počtu hospitalizovaných. Ubylo prokázaných závislostí na opiátech, ale za nebezpečnou považujeme skutečnost, že narůstá počet dětí, které s opioidy experimentují. Stabilní trend se nachází u diagnózy škodlivého užívání, závislosti na prchavých rozpustidlech.

Problematika „*Komorbidity*“ byla zmíněna v otázce č. 7. Jak uvádí Nešpor, některé psychotické stavy provázejí odvykací syndrom (37). Lékaři se doplňují ve výčtu přidružených chorob a uvádějí, že nejčastěji klienti trpí Hepatitidami C, B, A, afektivními poruchami chování a emocí, toxickými psychózami.

„*Kde podle vstupních vyšetření dochází nejčastěji k aplikaci návykových látek u dětí a mladistvých*“ ukazuje odpověď na otázku č. 8. Respondenti uvádějí, že podle anamnéz klientů jsou to nejčastěji party mladistvých, zejména adolescentů a místem nejčastější první aplikace je prostředí diskoték.

Otázka č. 9. „*Nejčastější způsob aplikace návykových látek u dětí a mladistvých*“ je lékaři zodpovězena následovně – kouřením, šňupáním, intravenózní aplikací.

V otázce č. 10. „*Nejčastější komplikace spojené s nadužíváním návykových látek*“ uvádějí respondenti, že podle vyšetření klientů jsou to nejčastěji poruchy osobnosti, depresivní poruchy, poruchy chování, poruchy psychotické. Fischer ve své publikaci dělí tyto komplikace do 4 kategorií – stavy intoxikace, chronická poškození zdraví, sociální důsledky akutní a chronické (7).

„*Faktory vedoucí klienty k nástupu léčby*“ byly obsahem otázky č. 11. Tlak rodiny, kurátorů, obavy před umístěním do Diagnostických ústavů jsou obsahem odpovědí všech lékařů. Je patrné, že tyto důvody jsou nejčastější příčinou souhlasu s detoxifikací.

Otázka č. 12 se věnuje problematice související kriminality mládeže. „*Jaké trestné činnosti se děti a mládež před hospitalizací v DcDDC podle Vás dopouštějí*“ - 2 lékaři uvádějí, že nejčastěji jde o manipulaci s návykovými látkami, prostituci, loupežná přepadení, krádeže. 1 z lékařů dodává, že často dochází k trestnému činu pohlavního styku před ukončeným 15. rokem klientů. Kahoun ve své knize uvádí, že trestní odpovědnost mladistvého vzniká až dovršením 15. roku věku v den spáchání trestného činu (13). Tento jev doplňuje informací, že se tak často děje u dívek, které si tímto způsobem opatřují dávku drogy.

Otázka č. 13. „*Jaké jsou důvody kriminálního jednání závislých*„, se jednoznačně lékaři shodují, že to je za účelem opatření drog. Totéž uvádí i Fischer (7).

Na otázku č. 14. „*Snižuje se věk hospitalizovaných klientů?*“ odpovídají dotazovaní jednotně. Jedná se o klienty průměrného věku 15 – 16 let a tento trend je dlouhodobě neměnný. Tím byla vyvrácena hypotéza č.5.

„*Získaná infekční onemocnění*“ byla předmětem otázky č. 15. Jak je patrné, všichni lékaři se shodují, že nejčastějším infekčním onemocněním je některá z forem zánětu jater. Následují choroby horních cest dýchacích, choroby pohlavní a výčet je doplněn individuálním sledováním lékařů, že jako další z chorob lze uvést pyodermie – infekční zánětlivá onemocnění kůže, scabies – svrab, stomatologické záněty. To vše důsledkem malhygieny závislých osob. Nešpor tuto škálu ještě doplňuje samozřejmou hrozbou šíření AIDS, zejména sdílením aplikačních pomůcek k intravenóznímu podání (36).

Na otázku č. 16. „*Dostačuje kapacita oddělení potřebám hospitalizací?*“ odpovídají všichni respondenti shodně, že dostačuje. 2 z nich doplňují, že málokdy je kapacita plně využita. Tato odpověď společně s odpověďmi na otázku č.2 vyvrací hypotézu č. 1.

Pro komplexnost informací byla zařazena otázka č.17. „ *Druhy terapeutických činností v DaDDC*“ zde všichni zúčastnění uvádějí formy arteterapie a muzikoterapie. Tento údaj byl i potvrzen telefonickým dotazem na terapeuta DaDDC.

Otázka č. 18 prozrazuje „*Způsoby péče o klienty*“. Naši respondenti odpovídají, že se zde jedná zejména o lékařskou terapii a sociální intervenci.

„ *Další navazující způsoby péče, které jsou následně doporučeny*“ jsou obsaženy v otázce č. 19. Zde lékaři uvádějí, že jde o systém ambulantní péče, terapeutických komunit a 1 z lékařů uvádí pro úplnost možnost hospitalizace v psychiatrických léčebnách.

Jako poslední byla položena otázka s číslem 20. – „*Výhled do budoucna – možnost rozšíření kapacity DaDDC, další způsoby terapie a následné terapie*“, zde nás zajímal názor jednotlivých lékařů na další vývoj jejich oddělení a možnosti obohacení detoxifikačního programu. Jako oboustranně velmi kvalitní hodnotí respondenti spolupráci se zařízením Terapeutická komunita „Cesta Řevnice“. Neexistuje žádné zdravotnické zařízení, které by se specificky věnovalo protidrogové následné péči pro pacienty do 18 let, psychiatrické léčebny snad s výjimkou psychiatrické léčebny Jemnice a v poslední době občas i psychiatrická léčebna v Praze - Bohnicích se staví k příjmu nedospělých abuzérů drog velmi rezervovaně, případně jsou tito pacienti zařazováni do skupin pacientů starších, tedy dospělých – zvláště alkoholiků, což velmi často končí předčasným ukončením léčby. Přestala fungovat spolupráce se školským zařízením „Alternativa“, které změnilo kritéria pro příjem pacientů a indikace „školák do 16 let, bez ústavní výchovy, s poruchou chování a občasným kouřením marihuany“ je pro zdejší oddělení, kde maximum pacientů má závažné problémy s „tvrdými“ drogami jako je pervitin, kombinace drog, alkohol, opiáty a těžké poruchy chování, zcela nevyhovující. Jeden z dotazovaných doplňuje, že kapacita oddělení je dostatečná. Jako palčivý problém vidí snižování dotací a úbytek terapeutů. Ideální by byla možnost zvýšení podílu volnočasových aktivit v rámci motivační terapie klientů. Odpověďmi na otázky č. 19 a 20 byla potvrzena hypotéza č. 2.

Pro doplnění celkového pohledu na problematiku řešení drogových závislostí u mladistvých byli osloveni krajší protidrogoví koordinátoři. V této sekci dotazů, těmto

pracovníkům, kteří byli kontaktováni elektronickou poštou a telefonicky, nedodali odpovědi koordinátoři krajů Jihomoravského, Zlínského, Moravskoslezského, Vysočiny (viz příloha č. 9 – 10).

Na otázku č. 1. „*Existuje spolupráce mezi DaDDC v Praze a pro potřeby klientů a potřeb vašeho kraje?*“ ze zbylých 10 – ti zúčastněných krajských koordinátorů, odpověděli negativně 3. Jsou jimi kraje Plzeňský, Karlovarský a Královehradecký. Patrně tuto problematiku nyní řeší ve spolupráci s uvedenými psychiatrickými léčebnami ve svém kraji. Na to navazuje odpověď na otázku č.2.

„*Která zařízení obdobného charakteru využíváte při řešení detoxifikace dětí a mladistvých v rámci vašeho kraje?*“ Královehradecký kraj problematiku řeší prostřednictvím Léčebny návykových nemocí Nechanice. Olomoucký kraj má k dispozici Středisko sekundární prevence a léčby závislostí.

V otázce č. 3 „*Jaká zařízení, určená dospělým jsou ve vašem kraji k určena k řešení této problematiky?*“ odpovídají všichni respondenti, že v rámci kraje taková zařízení mají k dispozici (viz tabulka č.9).

Otázka č.4. „*Počet klientů těchto zařízení?*“ vypovídá, že odpověděl kraj Královehradecký a Liberecký. Ostatní krajští koordinátoři tuto odpověď nedodali.

Na otázku č. 5. „*Jaká je celková kapacita těchto zařízení ve vašem kraji?*“ se nám již dostalo odpovědí. Koordinátoři uvádějí poměrně velký počet lůžek, jsou však určena dospělým klientům (viz tabulka č. 9).

V případě otázky č. 6. „*Jmenujte nejčastěji zneužívané návykové látky, se kterými se v rámci vašeho kraje setkáváte?*“ se nám dostalo již početnějších odpovědí. Podle sledování krajských protidrogových koordinátorů se nejčastěji setkávají se zneužíváním marihuany (6 z 10 respondentů), pervitinu – ten označili naprosto všichni respondenti. Je patrné, že tato pro naše území typická psychotropní látka patří k těm nejčastějším, jak uvádí Kalina (15).

Pro otázku č.7. „*Následná péče o závislé klienty ve vašem kraji*“ zvolili koordinátoři mnoho informací (viz tabulka č. 10). To je velmi potěšující, že v rámci krajů se problematice řešení závislostí na psychotropních látkách věnuje velká

pozornost. To bohužel neplatí pro Karlovarský kraj, kde je absolutní absence takového zařízení.

Na otázku č. 8. „*Jaká strategie boje v rámci kraje se uplatňuje proti zneužívání návykových látek?*“ odpověděla většina krajů, že uplatňuje Národní strategii protidrogové politiky na období 2010 – 2012. Ta je součástí komplexní Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018. Pouze olomoucký kraj uplatňuje Strategický protidrogový plán Olomouckého kraje na období 2005 – 2010, který bude vyhodnocován během 2. poloviny roku 2010. Jihočeský kraj navíc rozpracoval odpověď, kde uvádí konkrétní příklady jako jediný. Jedná se o zařízení, která působí v oblasti prevence jako PRostá EVENTuální Cesta- Salesiáni, Monitoring situace a potřeb v oblasti protidrogových poradenských služeb pro děti, mládež a jejich sociální okolí v Jihočeském kraji. Protidrogová politika většiny krajů koresponduje s protidrogovou politikou vlády (52).

Pro odpovědi na otázku č. 9. „*Metody prevence, uplatňované ve vašem kraji*“, zvolili koordinátoři odpovědi o nejvíce používaných metodách (viz tabulka č.10), které jsou nejúčinnější v rámci primární prevence, stejně jak uvádí McGrath (26). Jsou jimi Peer programy, přednášky, poradenství, semináře, besedy.

Otázka č. 10. „*Procento recidiv*“ není pro svou nesledovanost krajskými koordinátory uvedena ani v jednom případě. Problematiku komorbidit u závislých osob za rok 2009 řeší otázka č. 11. (tabulka č. 10) Ukazuje se poměrně velké množství hepatitid A,C,B. Alarmující je ale také přítomnost nákazy virem HIV. Jak uvádí Presl, jde při nitrožilní aplikaci o nejrizikovější skupinu (43).

Ve všech krajích není jednotná stránka financování protidrogové prevence, kterou zkoumá otázka č. 12. Eventuální odpovědi, které jsou jen dokreslením obrazu prevence protidrogové krajské problematiky jsou popsány v tabulce č. 11.

To, jakým způsobem je monitorována problematika závislostí v jednotlivých krajích, je vyjádřeno v otázce č.13. Potvrzuje se, že postup při monitoraci je pro jednotlivé kraje velmi podobný prostřednictvím ÚZIS, ČSÚ, KHS, statistik Policie České republiky, evidence poskytovatelů protidrogové prevence.

Zajímavou se jeví otázka č. 14. „*Je známa míra dětské kriminality ve vztahu k primárním drogovým trestným činům?*“ koordinátoři pouze ve dvou případech uvádějí počet případů, ostatní nemají o této problematice informace (viz tabulka č. 11).

Poslední otázka č. 15. Je věnována plánování rozvoje souvisejících služeb v krajích v horizontu 2 let. Přesto, že všechny kraje mají strategie rozpracovány v akčním plánu, liší se jednotlivé kraje podle svých možností. Jihočeský a Karlovarský kraj si dal za úkol udržet stávající služby protidrogové prevence v kraji, posílit primární prevenci. Pardubický a Ústecký kraj plní Plán minimálního udržení stávajícího stavu. Dobrou zprávou je jistě otevření detoxifikačního oddělení v Příbrami.

Část výzkumu věnovaná celkovému počtu hospitalizovaných, která byla zpracována metodou obsahové analýzy dat z dokumentace klientů oddělení Dětského a dorostového detoxikačního centra dokazuje, že počet hospitalizovaných a jejich pohlaví hraje klíčovou úlohu v potvrzení nebo vyvrácení stanovených hypotéz této práce.

V září roku 2003 byl při Dětském oddělení nemocnice Milosrdných sester svatého Karla Boromejského otevřen zkušební provoz DaDDC v Praze. Během prvních čtyř měsíců existence oddělení zde bylo hospitalizováno 13 klientů – chlapci 30,70 %, děvčata 69,30 %, cizinci dívky a chlapci 0%.

Následoval celoroční provoz v roce 2004 s počtem hospitalizovaných 155, zastoupených chlapci – 52,30 %,dívkami – 47,70 %.

Rok 2005 poskytlo hospitalizaci DaDDC v Praze celkem 249 klientům. Z toho bylo chlapců 50,60 %, chlapců - cizinců 0,40%, dívky jsou zastoupeny – 48,20 % a cizinek bylo 0,80% . Naproti tomu rok následující bylo hospitalizováno 247 klientů, z toho chlapců – 49,39 % a 1,21% chlapců – cizinců, dívek – 48,98 % a dívek – cizinek 0,40% . Zde je patrné, že v poměru zastoupených klientů dle pohlaví nejsou propastné rozdíly. Absolutně nejvyšší počet mladistvých, kteří zde dosud pobývali byl v roce 2007 se svými 263 klienty. Chlapců bylo 45,24 %, chlapců - cizinců 0,76%, dívek – 53,61 % a dívek – cizinek 0,39%.

Rok 2008 přispěl do celkového počtu klientů hodnotami chlapců 46,54 %, chlapců – cizinců 0,81%, dívek 52,25 %, dívek – cizinek 0,40% při celkovém počtu 245 klientů. Pro rok 2009 bylo hospitalizováno 227 mladistvých a z tohoto počtu tvořili

chlapci 44,93 %, chlapci – cizinci 1,76%, dívky 53 %, dívky cizinky 0%.

Po období od 1.1.2010 do 31.3. 2010 bylo zde umístěno 58 hospitalizovaných. Poměr klientů činil klientů 37,93% chlapců, 1,72% chlapců – cizinců, 60,35% dívek, toto období bylo bez hospitalizovaných cizinek.

Při srovnání celkového podílu klientů podle příslušnosti k jednotlivým krajům (viz graf č.34), jasně vede v celkovém počtu Praha se 40,80% klientů. Na druhé příčce se umístil kraj Středočeský s 22,20%, za ním ústecký kraj s 11,60%. Nejmenší počet klientů bylo ze Zlínského kraje – pouze 0,50%, stejně tak z kraje Olomouckého. Celkově se na DaDDC v Praze vystřídal během sledovaného období 1457 klientů včetně 18 cizinců. Tento fakt je zapříčiněn zejména jevem víkendových a prázdninových zájezdů studentů a mládeže z různých zemí, zejména z evropského regionu. Z tohoto počtu byl zjištěn podíl hospitalizovaných klientů dle pohlaví. S 51,69% převažují dívky nad chlapci, kterých bylo 48,31% (graf č. 35). Tímto byla potvrzena hypotéza č. 4. Z celkového počtu klientů též vychází výpočet pro řešení problematiky hypotézy č.3, ve které zjišťujeme, zda se každoročně počet klientů DaDDC v Praze zvyšuje. Roky 2003 a 2010 nejsou kompletně pokryty daty (vznik DaDDC v září 2003 a pro rok 2010 byl tento výzkum ukončen 31. března). Po dobu činnosti DaDDC bylo od 1.9.2003 do 31.3. 2010 hospitalizováno celkem 1457 klientů. Rokem, kdy byl nejvyšší počet klientů DaDDC se stal rok 2007 – z celkového počtu se podílí 18,05% klientů. Nejméně hospitalizovaných zde bylo ošetřeno v roce 2004 – pouze 10,64%. Analýzou těchto dat bylo zjištěno, že hypotéza č.3 nebyla potvrzena (graf č. 36).

Jak je patrné z předložených grafů, množství klientů kolísá v rámci jednotlivých měsíců v roce. Nejmenším procentem jsou zastoupeny letní měsíce, kdy probíhají prázdniny a je příznivější počasí i pro klienty bez přístřeší. S tím také souvisí pravidelné uzavření oddělení po dobu 2 týdnů v období letních prázdnin a v délce 1 týden o vánočních svátcích.

Z prezentovaných výsledků výzkumu a po následném vyhodnocení vyplývá, že hypotéza č.1.:Kapacita Dětského a dorostového detoxikačního centra v Praze nedostačuje aktuálním potřebám na území České republiky nebyla potvrzena (na podkladě odpovědí lékařů č. 2 a č.16).

Hypotéza č.2: Kapacita zařízení pro následnou terapii závislostí na návykových látkách po absolvování hospitalizace na Dětském a dorostovém detoxikačním centru u dětí a mladistvých není na našem území dostatečná byla potvrzena (prostřednictvím odpovědí lékařů na otázky č. 19 a 20)

Hypotéza č.3: Počet dětí a mladistvých, kteří absolvují detoxifikační terapii na Dětském a dorostovém detoxikačním centru se každoročně zvyšuje se nepotvrdila, jak je patrné z grafu č.36.

Hypotéza č.4: Počet hospitalizovaných dívek na Dětském a dorostovém detoxikačním centru je vyšší než počet chlapců. Tato hypotéza byla potvrzena analýzou dat, znázorněnou v grafu č.35.

Hypotéza č.5: Věková hranice hospitalizovaných klientů na Dětském a dorostovém detoxikačním centru se snižuje se nepotvrdila (prostřednictvím odpovědi lékařů na otázku č. 14).

6. ZÁVĚR

Nárůst závislosti na psychotropních látkách v populaci se bohužel nevyhýbá ani dětem a mladistvým. Právě tato skupina je tou nejvíce ohroženou pro svou celkově nízkou odolnost těmto jevům čelit. Tento rizikový jev se negativně podepisuje nejen na exponovaných jedincích, ale i na celé společnosti.

Nejtěžší břemeno zodpovědnosti za prevenci vzniku závislostí leží na rodině a také na škole. Jejich vzájemná spolupráce je nevyhnutelná pro účinné usměrnění vývoje mladého jedince a zamezení vzniku souvisejících problémů. Tento proces je ovlivněn závazně přijatými strategiemi, které přijímá každý ze států Evropské unie. Prevence, která je nezbytnou součástí každodenních činností nejen v rodině, ale i ve společnosti je podporována všemi články výchovného systému – ať už se jedná o resort školství, zdravotnictví a další.

Cílem této diplomové práce bylo zjistit důležitost a roli Dětského a dorostového detoxikačního centra v Praze. Toto oddělení je ojedinělým zařízením svého druhu v rámci celé ČR. Tým zkušených lékařů, zdravotnického personálu, sociální pracovníce a terapeutů zde pečuje o děti a mladistvé, kteří mají již vlastní zkušenosti s užitím návykových látek. Součástí tohoto zařízení je dětská psychiatrická ambulance, ambulance pediatrická a lůžkové oddělení. Práce popisuje jednotlivé funkce centra, návaznost na krajské protidrogové koordinátory, nedostatek v možnostech dalších variant následné terapie. V provedeném výzkumu bylo zjištěno, že přesto, že oddělení je jediné na našem území, není jeho kapacita plně využita. Podíl hospitalizovaných dívek je procentuálně vyšší než počet klientů – chlapců. V rámci jednotlivých krajů ČR se objevilo, že tyto subjekty nemají stejné možnosti v řešení této závažné problematiky.

Protože problém závislostí se prolíná všemi součástmi našeho života, je na místě eliminovat negativní faktory, které mohou souviset se vznikem závislostí na psychotropních látkách. Dětské a dorostové detoxikační centrum v Praze svým působením na své klienty bezesporu naplňuje maximálně svou úlohu v sekci sekundární prevence nežádoucích jevů u dětí a mládeže a v síti protidrogových služeb vůbec.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BARTOŠÍKOVÁ, I., JIČÍNSKÝ, V., JOBÁNKOVÁ, M., KVAPILOVÁ, J. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2000. 203 s. ISBN 80 – 7013 – 288 – 4.
2. BERAN, J. *Základy psychoterapie pro lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. 155 s. ISBN 80 – 7169 – 932 – 2.
3. CSÉMY, L., LEJČKOVÁ, P., SADÍLEK, P., SOVINOVÁ, H. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD)*. 1. vyd. Praha: Úřad Vlády České republiky, 2006. 120 s. ISBN 80 – 86734 – 94 – 3.
4. *Drogová závislost*. [online]. [cit. 2010-06-18].
Dostupné z: <http://natura.baf.cz/natura/1998/4/9804-4.html>
5. *Drop In*. [online]. [cit. 2010-03-19]. Dostupné z:
<http://www.dropin.cz/dropin.shtml>
6. EVROPSKÉ MONITOROVACÍ CENTRUM PRO DROGY A DROGOVOU ZÁVISLOST. *Užívání drog v E: Legislativní přístupy*. 1. vyd. Praha: Úřad Vlády České republiky, 2005, 98 s. ISBN 80 – 86734 – 50 – 1.
7. FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 218 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 2781 – 3.
8. HÁLA, J. *Psychosociální práce s maladjustovanými osobami*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2005. 52 s. ISBN 80 – 7040 – 815 – 4.
9. HARTL, P. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. 1. vyd. Praha: sociologické nakladatelství, 1997. 221 s. ISBN 80 – 85850 – 45 – 1.

10. HARTNOLL, R. *Drogy a drogové závislosti: Propojování výzkumu, politiky a praxe*. 1. vyd. Praha: Úřad Vlády české republiky, 2005. 96 s. ISBN 80 – 86734 – 45 – 5.
11. ILLES, T. *Děti a drogy*. 2. Přepřacované vydání. Praha: Tira, 2002. 56 s. ISBN 80 – 85866 – 50 – 1.
12. JAAP VAN DER STEL. *Příručka prevence alkoholu, drog a tabáku*. 1. vyd. Rada Evropy, 1998. 173 s. ISBN 90 – 74037 – 08 – 9.
13. KAHOUN, V. et al. *Vybrané kapitoly k sociální práci. Sociální práce II*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. 281 s. ISBN 978 – 80 – 7387 – 064 – 5.
14. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti I*. 1. vyd. Praha: Úřad Vlády České republiky, 2003. 319 s. ISBN 80 – 86734 – 05 – 6.
15. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti II*. 1. vyd. Praha: Úřad Vlády České republiky, 2003. 343 s. ISBN 80 – 86734 – 05 – 6.
16. KALINA, K. *Drogy v ordinaci praktického lékaře*. 2. vyd. Praha: Institut Filia, 1996. 95 s. ISBN 80 – 238 – 4088 – 6.
17. *K centrum*. [online]. [cit. 2010-04-05]. Dostupné z: <http://www.k-centrum-cl.cz/>
18. *Kongregace Milosrdných sester sv. Karla Boromejského*. [online]. [cit. 2010-03-17]. Dostupné z: <http://www.boromejky.cz/>
19. KOZLOVÁ, L., KUBELOVÁ, V. *Jak psát bakalářskou a diplomovou práci*. 1.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2009. 56 s. ISBN 978-80-7394-112-3.
20. KUBŮ, P., ŠKAŘUPOVÁ, K., CZÉMY, L. *Tanec a drogy 2000 a 2003*. 1. vyd. Praha: Úřad Vlády České republiky, 2006. 92 s. ISBN 80 – 86734 – 77 – 3.

21. MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z. *Děti, rodina a stres*. 1. vyd. Praha: Galén, 1994. 214 s. ISBN 80 – 85824 – 06 – X.
22. MATOUŠEK, O. et.al. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 380 s. ISBN 80 – 7178 – 548 – 2.
23. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 287 s. ISBN 80 – 7178 – 549 – 0.
24. MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 351 s. ISBN 80 – 7367 – 002 – X.
25. MATOUŠEK, O. et.al. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 183 s. ISBN 978 – 80 – 7367 – 310 – 9.
26. MC GRATH, Y. et al. *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: Přehled dostupných informací*. 1. vyd. Praha: Úřad Vlády České republiky, 2007. 70 s. ISBN 978 – 80 – 87041 – 16 – 1.
27. MŠMT. *Prevence rizikového chování*. [online]. [cit. 2010-04-10].
Dostupné z: <http://www.msmt.cz/socialni-programy/prevence>
28. MVCR. [online]. [cit. 2010-03-29]. Dostupné z:
<http://www.mvcr.cz/bezpecnost-a-prevence.aspx>
29. *Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti*. [online]. [cit. 2010-03-19]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/co_jsme/narodni_monitorovaci_stredisko_pro_drogy_a_drogove_zavislosti

30. *Národní protidrogová centrála*. [online]. [cit. 2010-04-20]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/rs_atlantic/policie/prezidium/protidrogova/29173.html
31. *Nemocnice Milosrdných sester svatého Karla Boromejského*. [online]. [cit. 2010-03-16]. Dostupné z: <http://www.nmskb.cz/>
32. *Nemocnice Milosrdných sester svatého Karla Boromejského. Dětské a dorostové detoxikační centrum*. [online]. [cit. 2010-04-14]. Dostupné z: <http://www.nmskb.cz/oddeleni/detox/specializace-1/>
33. *Nemocnice Milosrdných sester svatého Karla Boromejského. Výroční zpráva*. [online]. [cit. 2010-04-16]. Dostupné z: <http://www.nmskb.cz/o-nas/vyrocnizpravy/>
34. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti*. 3. rozšířené vydání, Praha: Sportpropag, 1995. 160 s.
35. NEŠPOR, K. *Jak překonat problémy s alkoholem*. 1. vyd. Praha: Sportpropag, 1999. 118 s.
36. NEŠPOR, K., MULLEROVÁ, M. *Jak přestat brát (drogy). Svépomocná příručka*. 1. vyd. Praha: Sportpropag, 1999. 138 s.
37. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha – Bohnice, 1996. 199 s. ISBN 80 – 85121 – 52 – 2.
38. NEŠPOR, K. *Léčba návykových nemocí – interaktivní semináře*. 1. vyd. Praha: Sportpropag, 2006. 65 s.
39. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 150 s. ISBN 80 – 7178 – 432 – X.

40. NEŠPOR, K., PROVAZNÍKOVÁ, H. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami*. 3. rozšířené vydání, Praha: Alcor, 1999. 54 s.
41. NEŠPOR, K. *Vaše děti a návykové látky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 157 s. ISBN 80 – 7178 – 515 – 6.
42. *Policie. Národní protidrogová centrála - prezentace útvaru*. [online]. [cit. 2010-04-16]. Dostupné z: <http://www.policie.cz/clanek/narodni-protidrogova-centrala-prezentace-utvaru.aspx>
43. PRESL, J. *Drogová závislost. Může být ohroženo i Vaše dítě?* 1. vyd. Praha: Maxdorf, 1995. 88 s. ISBN 80 – 85800 – 25 – X.
44. PRESL, J. *Drogy. Jak vlastně vypadají? Informační materiál pro rodiče*. 1. vyd. Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna. 20 s.
45. PRESL, J. *Drogy – mýty a realita*. 1. vyd. Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna. 26 s.
46. ROBINSON, R. *Velká kniha o konopí*. 3. vyd. Praha: Volvox Globator, 2004. 280s. ISBN 80 – 7207 – 532 – 2.
47. *Sananim. Drogové informační centrum*. [online]. [cit. 2010-05-19]. Dostupné z: [http://www.sananim.cz/zarizeni-7-Drogove-informacni-centrum-\(DIC\)/info.html](http://www.sananim.cz/zarizeni-7-Drogove-informacni-centrum-(DIC)/info.html)
48. *Slovník cizích slov. Prekurzor*. [online]. [cit. 2010-05-27]. Dostupné z: <http://www.slovník-cizich-slov.cz/prekurzor.html>
49. *Sociálně patologické jevy a jejich prevence*. [online]. [cit. 2010-03-23]. Dostupné z http://www.addictionsinfo.eu/startpage.php?select_lang=cze

50. *Střípky. Drogy a závislost*. [online]. [cit. 2010-03-15].
Dostupné z: <http://www.stripky.cz/1017-drogy-zavislost.html>
51. ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY. *Protidrogový akční plán EU na období 2005 – 2008. Národní strategie protidrogové politiky na období 2005 až 2009*. 1. vyd. Praha: Úřad Vlády České republiky, 2005. 54 s. ISBN 80 – 86734 - 57 – 9.
52. *Vláda České republiky. Dotační program*. [online]. [cit. 2010-04-17]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/pracovni-a-poradni-organy-vlady/protidrogova-politika/protidrogova-politika-397/>
53. *Vláda České republiky Úřad vlády České republiky*. [online]. [cit. 2010-04-29].
Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/urad-vlady/default.htm>
54. VORLOVÁ, K., MRAVČÍK, V. *Zaostřeno na drogy 2/2008*. Úřad Vlády České republiky, Praha, 2007. 12s. ISSN 1214 – 1089.
55. VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Aplikovaná sociální psychologie II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 260 s. ISBN 80 – 247 – 0042 – 5.
56. ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc: Universita Palackého v Olomouci, 2003. 95 s. ISBN 80 – 244 – 0709 – 4.
57. *Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů*.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Detoxifikace

Droga

Komorbidity

Prevence

Terapie

Závislost

9. PŘÍLOHY

- Příloha č. 1a - **Dotazník pro krajské protidrogové koordinátory – 1.část**
- Příloha č. 1b - **Dotazník pro krajské protidrogové koordinátory – 2.část**
- Příloha č. 2a - **Dotazy pro lékaře DaDDC v Praze – 1.část**
- Příloha č. 2b - **Dotazy pro lékaře DaDDC v Praze – 2.část**
- Příloha č. 3a - **Sociálně právní dotazník – 1.část**
- Příloha č. 3b - **Sociálně právní dotazník – 2.část**
- Příloha č. 3c - **Sociálně právní dotazník – 3.část**
- Příloha č. 4 - **Seznam věcí do úschovy**
- Příloha č. 5 - **Informovaný souhlas**
- Příloha č. 6 - **Vnitřní řád**
- Příloha č. 7a - **Vstupní sesterská ošetrovatelská dokumentace - 1. část**
- Příloha č. 7b - **Vstupní sesterská ošetrovatelská dokumentace -2. část**
- Příloha č. 8 - **ZŠ**
- Příloha č. 9 - **ZŠ – výuka ICT**
- Příloha č. 10 - **Arteterapeutická dílna**
- Příloha č. 11 - **Lůžková část DaDDC**
- Příloha č. 12 - **Volnočasová aktivita**
- Příloha č. 13 - **Forma agrese**
- Příloha č. 14 - **Bezpečnostní prvky**

Příloha č. 1a - **Dotazník pro krajské protidrogové koordinátory – 1.část**

Dotazník pro krajské protidrogové koordinátory

Vážení, jmenuji se Ivana Duková, jsem studentka ZSF JCU v Českých Budějovicích, studijní obor „ Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory “. Předkládám Vám dotazník, který poslouží k zjištění aktuálních informací pro diplomovou práci s názvem:

„Dětské a dorostové detoxikační centrum – jeho úloha a význam v síti protidrogových služeb“. Žádám Vás o jeho vyplnění a zpětné odeslání. Označte, prosím tučně, která z odpovědí nejlépe vystihuje Vaši zkušenost.

Děkuji za spolupráci.

Mgr. Ivana Duková

1. Existuje spolupráce mezi DaDDC v Praze a pro potřeby klientů a potřeb vašeho kraje?
 - a) Ano
 - b) Ne
2. Jaké zařízení obdobného charakteru využíváte při řešení detoxifikace dětí a mladistvých v rámci vašeho kraje?
3. Jaká zařízení, určená dospělým jsou ve vašem kraji kurčena k řešení této problematiky?
4. Počet klientů těchto zařízení?
5. Jaká je celková kapacita těchto zařízení ve vašem kraji?
6. Jmenujte nejčastěji zneužívané návykové látky, se kterými se v rámci vašeho kraje setkáváte?
7. Jaká je Následná péče o závislé klienty ve vašem kraji ?
8. Jaká strategie boje v rámci kraje se uplatňuje proti zneužívání návykových látek?
9. Jaké jsou metody prevence, uplatňované ve vašem kraji?

Příloha č. 1b - **Dotazník pro krajské protidrogové koordinátory – 2.část**

10. Je známo procento recidiv v užívání návykových látek?

a) Ano

b) Ne

Pokud ano, jaké?

11. Je ve vašem regionu sledována problematika komorbidity a infekčních onemocnění?

a) Ano

b) Na která onemocnění

Pokud ano, uveďte, prosím, kterých onemocnění.

12. Jaké jsou vyčleněné finanční prostředky z rozpočtu krajského úřadu pro oblast protidrogové prevence?

13. Jakým způsobem je monitorována problematika závislostí ve vašem kraji?

14. Je známa míra dětské kriminality ve vztahu k primárním drogovým trestným činům?

a) Ano

b) Ne

Pokud ano, jaká?

15. Probíhá plánování rozvoje souvisejících služeb ve vašem kraji v horizontu 2 let?

a) Ano

b) Ne

Pokud ano, jaká?

Příloha č. 2a - Dotazy pro lékaře DaDDC v Praze – 1.část

Dotazy pro lékaře DaDDC v Praze

- 1) Počet hospitalizovaných dětí celkem.
- 2) Obložnost centra.
- 3) Využití DaDDC v rámci krajů ČR, (dostupnost a dostatečnost včetně návrhů na zlepšení).
- 4) Hlášení hospitalizovaných.
- 5) Kdo doporučuje nejčastěji k hospitalizaci – PČR, OSPOD, lékař, ...?
- 6) Nejčastěji zneužívané návykové látky, které byly potvrzeny toxikologickým vyšetřením.?
- 7) Komorbidita.
- 8) Kde podle vstupních vyšetření dochází nejčastěji k aplikaci návykových látek u dětí a mladistvých?
- 9) Nejčastější způsob aplikace návykových látek u dětí a mladistvých?
- 10) Nejčastější komplikace spojené s nadužíváním návykových látek?
- 11) Faktory vedoucí klienty k nástupu léčby?
- 12) Jaké trestné činnosti se děti a mládež před hospitalizací v DaDDC podle Vás dopouštějí?

Příloha č. 2b - **Dotazy pro lékaře DaDDC v Praze – 2.část**

- 13) Jaké jsou důvody kriminálního jednání?
- 14) Snižuje se věk hospitalizovaných klientů?
- 15) Získaná infekční onemocnění – druhy.
- 16) Dostačuje kapacita oddělení potřebám hospitalizací?
- 17) Druhy terapeutických činností v DaDDC.
- 18) Způsoby péče o klienty.
- 19) Další navazující způsoby péče, které jsou následně doporučeny.
- 20) Výhled do budoucna – možnost rozšíření kapacity DaDDC, další způsoby terapie a následné terapie.

SOCIÁLNĚ PRÁVNÍ DOTAZNÍK

I. Základní údaje:

1. Jméno a příjmení: _____
2. Věk: _____
3. Datum narození: _____
4. Zákonný zástupce/telefon: _____
5. Státní příslušnost: _____
6. Adresa trvalého bydliště: _____
7. Název diagnostického nebo výchovného ústavu, dětského domova:

8. Kraj: _____

II. Vzdělání/práce:

9. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- základní
- vyučen/a
- vyučen/a s maturitou
- SŠ s maturitou

10. Nedokončené vzdělání (uved'te): _____

11. Škola/zaměstnání:

- soustavné studium
- soustavné studium - podmíněčné vyloučení
- ukončení studia s možností opakování ročníku
- absence
- výchovné problémy ve škole
- jednorázové či příležitostné práce (brigáda)
- práce načerno
- evidován/a na úřadu práce
- neevidován/a na úřadu práce

12. Finanční situace:

- pobíráte sociální dávky (hmotnou nouzi, příspěvek na bydlení, podpora v nezaměstnanosti)

- žijete s rodiči
 - jste na útěku
 - máte dluhy (pokuty za MHD, Policie, půjčky, platby za mobil). Napiš, o kterých víte
-

Příloha č. 3b - Sociálně právní dotazník – 2.část

III. Drog/alkohol

13. Užívání návykových látek

	Věk při prvním užití
Alkohol	
Opiáty (<i>heroin, braun, atd.</i>)	
Stimulancia (<i>pervitin, kokain, atd.</i>)	
marihuana, Extáze, tripy a jiné halucinogeny	
Jiné (uvedte)	

14. V současné době za svou hlavní drogu pokládáte:

- Heroin
- Pervitin
- Marihuana
- Alkohol
- Halucinogeny (tripy, Extáze, atd.)
- Kokain
- Toluén a jiné těkavé látky

15. Další drogy, které v současnosti užíváte:

- Heroin
- Pervitin
- Marihuana
- Alkohol
- Halucinogeny (tripy, Extáze, atd.)
- Kokain
- Toluén a jiné těkavé látky

16. Injekční aplikace:

- ne, nikdy jsem neužíval/a injekčně
- ano užívám nebo jsem užíval/a injekčně

Pokud ano:

Věk při prvním injekčním užití: _____

17. Jaký typ pomoci jsi vyhledal/a v souvislosti s užíváním drog. O jaký typ léčby se jednalo?

- krátkodobá (*PL, atd. - do 3 měsíců*)
- střednědobá (*do 6 měsíců, PL, TK, atd.*)
- střediska výchovné péče
- pedagogicko-psychologická poradna
- výchovný poradce ve škole
- ambulantní léčba (psycholog nebo psychiatr)

Příloha č. 3c - Sociálně právní dotazník – 3.část

IV. Právní postavení

18. Máte v současné době nějaké problémy se zákonem? Pokud ano, jaké? (vyberte)

- bez problému se zákonem
- máte přiděleného kurátora pro děti a mládež
- máte soudní dohled probačního úředníka
- máte soudem nařízené předběžné opatření
- máte nařízenou ústavní výchovu
- máte nařízenou ochrannou výchovu
- probíhající trestní stíhání
- nepodmíněný trest - kolik měsíců celkem: _____

VI. Rodina a sociální vztahy:

19. Kde jste bydlel/a v posledním půlroce:

- bydlíte s rodiči/rodičem _____
- bydlíte s jiným příbuzným (babička, strýc, teta atd.) _____
- bydlíte s partnerem (samostatně nebo u rodičů)
- bydlíte s partnerem a dětmi společně nebo je to jinak
- bydlíte u přátel
- pobýval/a jste v léčebně nebo terapeutické komunitě
- v chráněném bydlení (např. Dům na půl cesty nebo pobytové doléčovací centrum)
- máte dočasné a neuspokojivé bydlení v toxi-bytech a squatech, apod.
- zcela žádné

20. Máte děti:

- ne
- ano – kolik a věk: _____

pokud ano, máte je ve vlastní péči?

- ano
- ne

21. Vztahy s rodiči:

- bezproblémové
- uspokojivé s občasnými problémy
- časté neshody, komplikované vztahy
- nesnesitelné konflikty, neustále
- vážně narušené vztahy, neřešitelné
- bez kontaktu

22. Vztah s partnerem:

- bezproblémový dlouhodobější vztah
- dobrý vztah, příležitostné neshody
- časté neshody, konfliktní vztah
- krátkodobé, příležitostné vztahy
- dlouhodobě bez partnera

Příloha č. 4 - Seznam věcí do úschovy



Dětské a dorostové detoxikační centrum

Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského

Vlašská 36, 118 33 Praha 1 - Malá Strana

vedoucí lékařka DaDDC: MUDr. Darina Stančíková

Tel.: 257 197 124, Fax: 257 530 302, e-mail: detox@nmskb.cz

SEZNAM VĚCÍ PŘEVZATÝCH DO ÚSCHOVY

Dne : v: hod byly od : štítek pacienta

převzaty níže uvedené osobní věci a uloženy do prostoru k tomu určeném na DaDDC .

OP : PAS : Karta pojištěnce :

Písemnosti :

Peněženka : Mobil :

Peníze :

Plateb. a jiné karty :

Šperky : Hodinky :

Cennosti :

Drobnosti (ostatní) :

Oblečení :

Podpis pacienta : Seznam zapsal(a) :

Věci do úschovy převzal(a) :

Svěděk :

Věci jsem při odchodu dle seznamu v pořádku převzal(a) dne : v hod.

Podpis pacienta :

Podpis zákonného zástupce :

Příloha č. 5 - Informovaný souhlas



NEMOCNICE MILOSRDNÝCH SESTER SV. KARLA BOROMEJSKÉHO V PRAZE

Vlašská 36, 118 33 Praha 1 - Malá Strana ☎: 257 197 111 Fax: 257 53 03 02

Dětské a dorostové detoxikační centrum (DaDDC)

Příloha č.6

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Pacient/ka: rodné číslo:/.....
příjmení jméno

Zákonný zástupce: vztah:

Poučení a souhlas pacienta / zákonného zástupce

1) Byl/a jsem srozumitelně seznámen/a se zdravotním stavem (svým, resp. dítěte/pacienta) a s možným vývojem onemocnění. Byl/a jsem poučen/a o možnostech vyšetření a léčby i důvodech, které vedou k hospitalizaci. S hospitalizací (svého dítěte/pacienta) v Dětském a dorostovém detoxikačním centru (dále jen „DaDDC“) souhlasím.

2) Převzal/a jsem poučení o řádu DaDDC a informace o právech pacientů.

3) Souhlasím s tím, aby mohly nahlížet do (mé, resp. mého dítěte/pacienta) zdravotnické dokumentace v rozsahu nezbytně nutném tyto osoby:

a) lékař – supervizor, b) osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání - studenti LF, SZŠ, VZŠ apod., c) pracovníci sociální poradny DaDDC.

Všechny uvedené osoby jsou povinny o zjištěných skutečnostech zachovávat mlčenlivost.

4) Beru na vědomí, že mám právo být poučen/a o léčbě včetně invazivních výkonů, případně mohu toto poučení i odmítnout.

5) Beru na vědomí, že majetek NMSKB, který pacient během hospitalizace úmyslně zničí nebo poškodí, bude dán rodičům/zákonným zástupcům k úhradě.

Souhlasím^{*)} s navrhovaným léčebným postupem, s nímž jsem byl srozumitelně seznámen: **DETOXIFIKACE**

Souhlasím[#] – nesouhlasím[#] s vyšetřením protilátek proti HIV dítěte/pacienta.

V Praze dne: v hod.
podpis pacienta/ky a/nebo
zákonného zástupce

Lékař/ka provádějící poučení:
jmenovka, podpis

Poznámky:

* V případě vysloveného nesouhlasu sepíše lékař s pacientem/zákonným zástupcem tzv. **negativní revers**

Nehodící se škrtněte



Dětské a dorostové detoxikační centrum
Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského (NMSKB)
Vlašská 36, 118 33 Praha 1 - Malá Strana
vedoucí lékařka DaDDC: MUDr. Darina Stančíková
Tel.: 257 197 124, Fax: 257 530 302, e-mail: detox@nmskb.cz

Vnitřní řád Dětského a dorostového detoxikačního centra (DaDDC)

Charakteristika oddělení: DaDDC je zařízení složené z lůžkové a ambulantní části. Lůžkové (uzavřené) oddělení má 14 lůžek, ambulantní část se skládá z ambulance psychiatrické a pediatrické. Oddělení nabízí protidrogovou péči pro děti a mládež do 18 let, a to ve spolupráci s rodinou, kurátory pro děti a mládež, dětskými lékaři a školou. Zajišťuje vyšetření psychiatrická, pediatrická, toxikologická a v případě potřeby psychologická. Na oddělení se provádí nejdříve detoxifikace (zbavení organismu od drogy-toxické látky) a navazující terapie skupinová či individuální pod vedením terapeutů, volnočasové aktivity (ergoterapie – léčba prací, muzikoterapie – léčba hudbou, arteterapie – léčba malováním, výrobou keramiky apod.). Ambulantní část zajišťuje vyšetření psychiatrická, toxikologická a poradenství. V indikovaných případech též ambulantní léčbu. Součástí oddělení i Sociální poradna pro pacienty a rodiče.

Příjem pacientů: K příjmu jsou indikováni pacienti do 18 let, kteří experimentují s drogami, nebo se u nich již projevují symptomy problémového užívání drog, či již je rozvinuta závislost na návykových látkách. Příjem je indikován psychiatrickou ambulancí po předchozím vstupním psychiatrickém vyšetření pacienta, součástí kterého je i toxikologické vyšetření moče. Příjem akutních pacientů je řešen v rámci ústavní pohotovostní služby.

Při vstupu na oddělení je proveden hygienický filtr a důkladná kontrola věcí pacienta zdravotnickým personálem. Tato kontrola se provádí po každém opuštění oddělení pacientem (vycházka s terapeutem, případně rodiči do zahrady nemocnice).

Laboratorní vyšetření: Toxikologické vyšetření moče (opakovaně v průběhu hospitalizace), jaterní testy a vyšetření panelu hepatitid, další indikovaná vyšetření dle zdravotního stavu pacienta, a také vyšetření protilátek proti HIV (se souhlasem rodičů).

Léčení: Předpokládaná doba léčení je individuální, obvykle 7-21 dní. Kompletní program je sestaven z péče lékařské, terapeutické, pedagogické a sociálního poradenství. **Sociální poradna** ve spolupráci s rodinou a lékaři zajišťuje sociální potřeby dětí, např. pomáhá rodině s umisťováním klientů do zařízení s adekvátní následnou péčí.

Seznam věcí: Občanský průkaz, karta pojišťovny, hygienické potřeby (zubní kartáček, neotevřenou zubní pastu, mýdlo, hřeben, papírové kapesníky, krém (dekorativní kosmetika není povolena), dívky vložky, chlapani holení (jednorázové britvy, které budou umístěny u zdravotních sester), 2 pyžama, spodní prádlo a ponožky, přezůvky. Dále 1 školní sešit na napsání životopisu, propisovací tužka; děti, které navštěvují ZŠ - učení. Eventuálně knihy, dopisní papíry a známky.

Výslovně se zakazuje na oddělení přinášet **drogy, alkohol, ostré a nebezpečné předměty**. Pacienti nesmí mít u sebe mobilní telefony, rádia, mp3/CD přehrávače apod. Pokud mají **piercing**, je nutné jej před příchodem na oddělení odstranit. Nedoporučuje se mít u sebe **šperky, peníze a jiné cennosti, personál nemocnice za ně nemůže nést odpovědnost!**

Počítejte, prosím, s tím, že veškeré věci (vč. případné došlé pošty), které dětem ponecháte na oddělení, budou před příjmem důkladně prohlédnuty. Doklady a část oblečení, ve kterém se dítě dostaví k příjmu, vám budou po převlečení do ústavního prádla vráceny. Pacientům je povoleno psát dopisy rodičům a přímým příbuzným, obvykle však nelze kamarádům či partnerům, s kterými často společně brali drogy. Přichází i odchozí korespondence je vždy kontrolována pracovníky DaDDC a teprve po kontrole odeslána, resp. vrácena.

Upozornění: majetek NMSKB, který pacient během hospitalizace úmyslně zničí nebo poškodí, bude dán rodičům nebo zákonným zástupcům k úhradě.

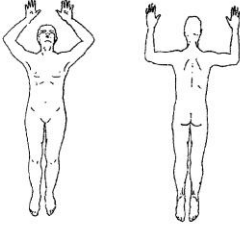
Návštěvy: Po předchozí domluvě s lékaři oddělení jsou návštěvy rodinných příslušníků umožněny denně po 16.00 hod. (pondělí, úterý, čtvrtek) a po 18.00 hod. (středa, pátek), o víkendech dle předchozí domluvy (tel.: 257197148, 159, 124, 125). O zdravotním stavu vašeho dítěte budou lékaři informovat na výše uvedených telefonních číslech.

Telefonický kontakt s pacienty je možný pouze na tel. čísle 257197125.

Dítě do 18 let je propuštěno z oddělení vždy v doprovodu rodičů (zákonných zástupců), samostatně výhradně s jejich písemným souhlasem. V případě hrubého porušení Vnitřního řádu oddělení budou rodiče kontaktováni a pobyt dítěte na oddělení může být ukončen.

MUDr. Darina Stančíková
vedoucí lékařka DaDDC

Příloha č. 7b - Vstupní sesterská ošetrovatelská dokumentace – 2. část

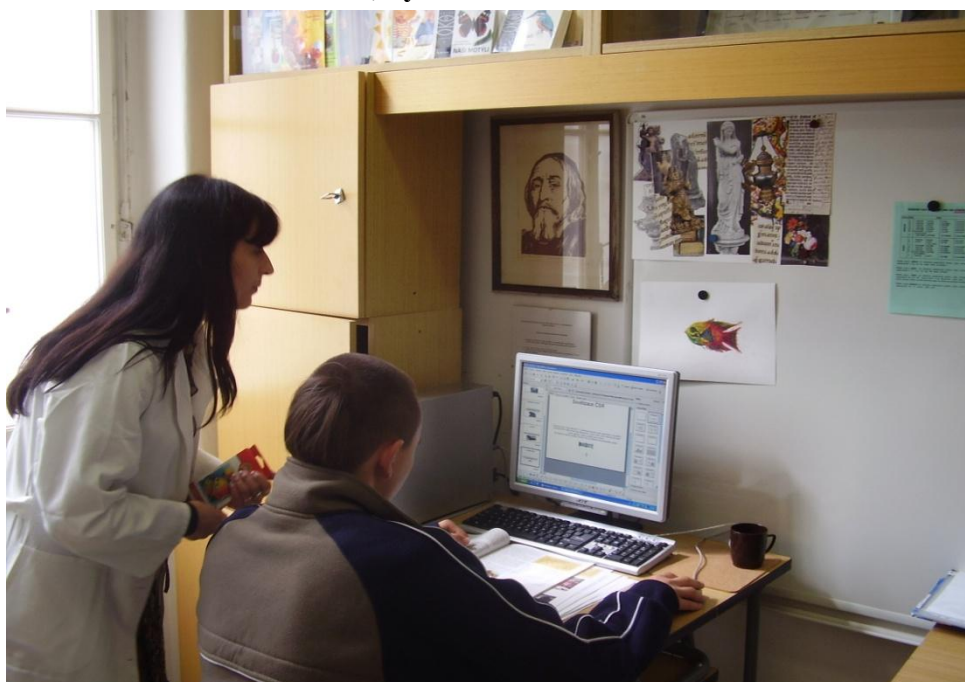
4. SPÁNEK: <input type="checkbox"/> v normě <input type="checkbox"/> porucha spánku <input type="checkbox"/> noční děsy <input type="checkbox"/> spánková inverze /deprivace průměrně ... hod., obvykle od..... do.....hod. Užívá hypnotika: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano – jaká:..... <input type="checkbox"/> návyk							
5. STRES, JEHO ZVLÁDÁNÍ: <input type="checkbox"/> sebepoškozující snahy v anamnéze <input type="checkbox"/> násilí zaměřené na okolí <input type="checkbox"/> suicid. pokusy v anamnéze <input type="checkbox"/> stavy beznaděje							
6. BOLEST: <input type="checkbox"/> nemá bolest <input type="checkbox"/> má: akutní /chronická <input type="checkbox"/> nelze hodnotit Co bolí: Kdy (v souvislosti s): 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Intenzita bolesti: /-/-/-/-/-/-/-/-/-/-/-/-/-/-/-/-/ Analgetika:							
7. VÝŽIVA, METABOLISMUS: <input type="checkbox"/> DM: <input type="checkbox"/> dieta <input type="checkbox"/> inzulín typ..... Změna chuti k jídlu: <input type="checkbox"/> ↑ <input type="checkbox"/> ↓ Denní příjem tekutin: <input type="checkbox"/> ↑ žízeň <input type="checkbox"/> nechutenství <input type="checkbox"/> nauzea <input type="checkbox"/> zvracení <input type="checkbox"/> anorexie <input type="checkbox"/> malnutrice Sliznice: <input type="checkbox"/> vlhké <input type="checkbox"/> suché <input type="checkbox"/> sucho v ústech <input type="checkbox"/> afty <input type="checkbox"/> léze Kůže: <input type="checkbox"/> v normě <input type="checkbox"/> svědění <input type="checkbox"/> otoky <input type="checkbox"/> hematomy:..... <input type="checkbox"/> rány, jizvy, abscesy..... <input type="checkbox"/> PŽK* - zavedena: <input type="checkbox"/> zde <input type="checkbox"/> jinde <input type="checkbox"/> vpichy: <input type="checkbox"/> čerstvé <input type="checkbox"/> zhojené <input type="checkbox"/> zarudlé <input type="checkbox"/> mokvající Nutriční riziko: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne (zhodnoť v tabulce – nutriční skóre: riziko ↑ 3 body)	Lokalizace změn na kůži: 						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Otázka A: Zhubl pacient, aniž by se snažil? (za poslední 3 měsíce)</td> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> ANO - jdi na otázku B : 2 body <input type="checkbox"/> NE - jdi na otázku C : 0 bodů <input type="checkbox"/> NEVÍ - jdi na otázku C : 1 bod </td> </tr> <tr> <td>Otázka B: pacient ubyl na váze ?</td> <td> <input type="checkbox"/> 0,5 - 5 kg 1 bod <input type="checkbox"/> 6 - 10 kg 2 body <input type="checkbox"/> 11 - 15 kg 3 body <input type="checkbox"/> více než 15 kg 4 body <input type="checkbox"/> neví 2 body </td> </tr> <tr> <td>Otázka C: Jí pacient méně, trpí nechutenstvím?</td> <td> <input type="checkbox"/> ano 2 body <input type="checkbox"/> ne 0 bodů </td> </tr> </table>		Otázka A: Zhubl pacient, aniž by se snažil? (za poslední 3 měsíce)	<input type="checkbox"/> ANO - jdi na otázku B : 2 body <input type="checkbox"/> NE - jdi na otázku C : 0 bodů <input type="checkbox"/> NEVÍ - jdi na otázku C : 1 bod	Otázka B: pacient ubyl na váze ?	<input type="checkbox"/> 0,5 - 5 kg 1 bod <input type="checkbox"/> 6 - 10 kg 2 body <input type="checkbox"/> 11 - 15 kg 3 body <input type="checkbox"/> více než 15 kg 4 body <input type="checkbox"/> neví 2 body	Otázka C: Jí pacient méně, trpí nechutenstvím?	<input type="checkbox"/> ano 2 body <input type="checkbox"/> ne 0 bodů
Otázka A: Zhubl pacient, aniž by se snažil? (za poslední 3 měsíce)	<input type="checkbox"/> ANO - jdi na otázku B : 2 body <input type="checkbox"/> NE - jdi na otázku C : 0 bodů <input type="checkbox"/> NEVÍ - jdi na otázku C : 1 bod						
Otázka B: pacient ubyl na váze ?	<input type="checkbox"/> 0,5 - 5 kg 1 bod <input type="checkbox"/> 6 - 10 kg 2 body <input type="checkbox"/> 11 - 15 kg 3 body <input type="checkbox"/> více než 15 kg 4 body <input type="checkbox"/> neví 2 body						
Otázka C: Jí pacient méně, trpí nechutenstvím?	<input type="checkbox"/> ano 2 body <input type="checkbox"/> ne 0 bodů						
8. VYLUČOVÁNÍ: Močení: <input type="checkbox"/> spontánní, bez obtíží <input type="checkbox"/> časté močení <input type="checkbox"/> bolestivé močení <input type="checkbox"/> MK* <input type="checkbox"/> pomočení/pokálení Stolice: <input type="checkbox"/> bez obtíží <input type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná <input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> poslední stolice dne <input type="checkbox"/> WC s pomocí/mísa Pocení: <input type="checkbox"/> v normě <input type="checkbox"/> nadměrné <input type="checkbox"/> užívá projímadlo <input type="checkbox"/> bez pomoci							
9. SEXUALITA A REPRODUKČNÍ SCHOPNOST: Žena: <input type="checkbox"/> menses: pravidelná - nepravidelná - silná - slabá <input type="checkbox"/> antikoncepce: ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> poslední menses: <input type="checkbox"/> rizikové chování: - nechráněný pohlavní styk <input type="checkbox"/> znásilnění, pohlavní zneužívání							
10. MEZILIDSKÉ VZTAHY – SOCIÁLNÍ ZÁZEMÍ: Bydlí: <input type="checkbox"/> s rodinou <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s partnerem/kou <input type="checkbox"/> porucha vztahů s rodiči <input type="checkbox"/> útěk z domova /ústavu: <input type="checkbox"/> ústavní výchova..... <input type="checkbox"/> žák <input type="checkbox"/> student <input type="checkbox"/> nezaměstnaný Nutný kontakt se sociální prac.: <input type="checkbox"/> ano, proč:..... <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> úřad práce							
11. NÁHLED PACIENTA NA ONEMOCNĚNÍ: Nedostatek informací v oblasti: <input type="checkbox"/> užívané látky <input type="checkbox"/> odvykacího procesu <input type="checkbox"/> zdravotního stavu <input type="checkbox"/> systému podpory* Shledává potřebu se léčit: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Pacient byl seznámen s Právy pacienta, s řádem oddělení a nabízenými službami nemocnice. Pacient zná svého ošetroujícího lékaře. Úschova cenností: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: viz. doklad o úschově cenností <input type="checkbox"/> cennosti uloženy na oddělení							
Datum, čas: _____ Zpracoval/a: _____							
(*MK= močový katétr, PŽK = periferní žilní katétr), (systému podpory-možnosti následné léčby)							

Příloha č.8 - Základní škola



Zdroj: DaDDC

Příloha č.9 - Základní škola, výuka ICT



Zdroj: DaDDC

Příloha č. 10 - Arteterapeutická dílna



Zdroj: DaDDC

Příloha č. 11: - Lůžková část DaDDC



Zdroj: DaDDC

Příloha č. 12 - Volnočasová aktivita



Zdroj: DaDDC

Příloha č. 13 - **Forma agrese**



Zdroj: DaDDC

Příloha č. 14 - **Bezpečnostní prvky**



Zdroj: DaDDC

10. SEZNAM ZKRATEK

ARO	- anesteziologicko-resuscitační oddělení
ČAS	- Česká asociace sester České republiky
ČR	- Česká republika
ČSÚ	- Český statistický úřad
DaDDC	- Dětské a dorostové detoxikační centrum
DROP IN	- druh nízkoprahových středisek
EHS	- Evropské hospodářské společenství
EMCDDA	- Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti
EU	- Evropská unie
FAS	- Fetální alkoholový syndrom
HIV/AIDS	- syndrom získaného selhání imunity
ICT	- informační technologie
IPVZ	- Institut pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků
JEP	- Společnost Jana Evangelisty Purkyně
KHS	- Krajské hygienicko – epidemiologické oddělení
LSD	- Lyserg Diethyl Amid (Lysergic Acid Diethylamide), halucinogen
MPSV	- Ministerstvo práce a sociálních České republiky
MŠMT	- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky
MVČR	- Ministerstvo vnitra České republiky
MZČR	- Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NMSKB	- Nemocnice Milosrdných sester Svatého Karla Boromejského
OSPOD	- Oddělení sociálně právní ochrany dětí
PČR	- Policie České republiky

- REITOX** - Monitorovací střediska členských zemí Evropské unie
- Sb.** - Sbírnka zákonů
- ÚZIS** - Ústav zdravotnického informačního systému České republiky
- ZŠ** - Základní škola