

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ PREZENČNÍ STUDIUM

2013-2014

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Tereza Lingerová

Drogová závislost a vzdělávání toxikomanů

Praha 2014

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Monika Havlíčková

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR FULL-TIME STUDIES

2013-2014

BACHELOR THESIS

Tereza Lingero

Drug addiction and drug abuse education

Praha 2014

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Mgr. Monika Havlíčková

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a uvádím v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v universitní knihovně

V Praze dne

Tereza Lingerová

Anotace

Práce se snaží srozumitelně zachytit problematiku drogové scény v České Republice, především v Praze. První teoretická část opírající se o odbornou literaturu charakterizuje detailněji jednotlivé prvky této scény (drogy, typy závislosti, syndrom závislosti, toxická psychóza, prevence ... atd.). Dále odpovídá na otázku, jak v České Republice funguje síť center určených pro pomoc a vzdělávání toxikomanů. Druhá praktická část je podepřena samotným výzkumem autorky, která absolvovala odbornou stáž v občanském sdružení Sananim. V rámci stáže si mohla na vlastní kůži vyzkoušet práci streetworkera, komunikaci s klienty sdružení Sananim a také nahlédnout do dokumentace. To ji inspirovalo ke zpracování příběhu dvou klientů, na který posléze navazuje snahou o zachycení jejich sociální a zdravotní anamnézy.

Klíčová slova

Drogová scéna, Harm reduction , injekční materiál, kontaktní centrum, návykové látky, terénní práce, toxikoman, prevence, streetwork, substituční léčba, syndrom závislosti, výměnný program, vzdělávání, závislost.

Annotation

This work tries to illustrate problems of drug scene in the Czech Republic, mainly in Prague. First theoretical part is based on scientific literature and focuses on particular elements of this scene (drugs, types of addiction, addiction syndrome, toxic psychosis, prevention ...etc.). Afterwards this part reveals how the contact centers function, how they help and educate drug addict people. The second practical part is inspired by the author's proper research in the Sananim association. During her internship in this association she worked as a street worker, she communicated with Sananim's clients and studied Sananim's documentation. This experience led her to put down the story of two drug addicts and also to reflect on their social and health anamnesis.

Key words

Drug scene, Harm reduction, injection material, contact center, addictive drugs, field work, drug addict, prevention, street work, substitute treatment, addiction syndrome, alternative program, education, addiction

OBSAH

ÚVOD	7
1. DROGY A ZÁVISLOST	9
1.1 Syndrom závislosti	11
2. SOUČASNÁ DROGOVÁ SCÉNA V ČESKÉ REPUBLICE	16
2.1 Akční plán protidrogové politiky v České republice	20
3. PREVENCE	22
3.1 Zařízení a služby pomáhající drogově závislým v oblasti Harm reduction	26
4. PRAKTICKÁ ČÁST	31
4.1 Terénní program.....	31
4.2 Externí terénní program	33
4.3 Vzdělávání toxikomanů v Externím terénním programu a Terénním programu	35
4.4 Kazuistiky	37
4.5 Kazuistika č. 1	38
4.6 Kazuistika č. 2.....	44
4.7 Závěr praktické části	49
ZÁVĚR	50
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	52

ÚVOD

Téma bylo autorkou vybráno na základě dlouhodobé aktuálnosti tohoto problému. Lidé odjakživa používali a používají přírodní látky navozující změny mysli během rituálních obřadů. Heroin se dokonce zpočátku používal ve farmaceutickém světě jako lék, pervitin byl často podáván vojákům i dělníkům pro zvýšení výkonnosti. Jediná změna nastala pouze v tom, že přírodní látky nahradily látky syntetické což je v dnešní době největší problém v případech léčby. Dochází stále častěji k případům, kdy je do nemocnice dovezena intoxikovaná osoba, které bohužel neumějí lékaři pomoci, protože není známo složení drogy a její reakce na jiné látky. Stejně tak nadále vznikají stále silnější drogy, po jejichž užití dochází k fatálním následkům na zdraví a životech. Stejně tak jako v minulosti, současnosti tak i v budoucnosti zde budou lidé, kteří budou toužit po změnách stavů mysli, umělých navozováních nálad. Dá se říci, že užívání návykových látek je následkem sociálně patologických jevů. Autorka se s touto problematikou setkala již během svých minulých odborných praxí kde pracovala s mladistvými, kteří byli ve fázích experimentování s drogou. Ve své bakalářské práci se rozhodla věnovat lidem, kteří užívání návykových látek chápou jako svůj životní styl a náplň života, a s tímto spjatou prevencí.

Hlavním cílem bakalářské práce bude popis vývoje současné drogové scény se zaměřením na dlouhodobé uživatele a popis vzdělávání toxikomanů v oblasti Harm reduction. Autorka rozdělí svou práci na část teoretickou a praktickou. V teoretické části autorka popíše základní pojmy a rozdělení drog, část práce věnuje i příčinám vzniku závislosti. V druhé kapitole bude popsán vývoj drogové scény v České republice a její rozdělení, bude zde zmíněn i pohled státu na tuto situaci. Poslední kapitola teoretické části bude věnována prevenci v oblasti návykových látek. Autorka zde popíše druhy prevence s bližším zaměřením na terciální prevenci, která se zabývá právě Harm reduction. Budou zde zmíněny i služby této oblasti. Touto kapitolou autorka přejde k druhé část své práce. V praktické části autorka využije všech svých poznatků, které získala na odborné praxi v o. s. Sananim, kam docházela právě pro praktické doplnění bakalářské práce. V praktické části bude popsán program, který autorka navštívila a tato část bude doplněna o reálné kazuistiky dvou klientů tohoto programu. Praktická část

bakalářské práce se konkretizuje a zaměřuje na službu o. s. Sananim, kterou autorka navštívila.

Přínos této práce autorka vidí především v její praktické části. Tato práce by se mohla stát inspirací pro ještě konkrétnější témata dalších kvalifikačních prací. Popřípadě dobrým návodem, pro ty, kteří budou chtít začít pracovat v této sféře a s cílovou skupinou toxikomanů.

Autorka v této práci hodlá využít veškerých informačních zdrojů jako je odborná literatura, sborníky z tematicky zaměřených konferencí, film a taktéž internetové zdroje. Ty především proto, že oblast této problematiky – Harm reduction je oborem, který do České republiky přišel ve své podobě v roce 2000 a bývá podstatně lépe uchopen v moderních informačních mediích. Samozřejmě autorka využila i zdrojů, které jí byly poskytnuty během odborné praxe.

1. DROGY A ZÁVISLOST

Primárně dělí odborné zdroje drogy na legální a nelegální (*Stránky o závislosti: substituční léčba*, online, cit. 2013-11-17). Mezi legální drogy lze řadit například alkohol, nikotin, kofein. Jsou to látky, které vyvolávají návyk, ale za jistých podmínek jsou legálně dostupné (dovršení věku zletilosti) a jsou společností tolerovány. Nelegální drogy jsou takové, které společnost netoleruje. Jejich distribuce nebo držení je trestné, jsou to látky jako marihuana, heroin či kokain.

Dále odborné zdroje dělí drogy na tzv. „měkké“ a „tvrdé“, při čemž zařazení do jedné z těchto dvou skupin je závislé na tom jaké nesou riziko užívání. V podstatě lze říci, že tvrdá droga má větší schopnost vyvolat poškození. Existují drogy, které jsou škodlivé po dlouhodobém užívání, ale na druhé straně jsou i látky, které mohou mít fatální konec již po jednom užití, ovšem i vlivem předávkování z důvodu neznalosti adekvátního množství. (Například u lysohlávek může dojít ke smrtelnému předávkování z důvodu pozdějšího nástupu účinku drogy. Uživatel si neuvědomí, že k účinku drogy dochází později a tak užije několik dávek za sebou, protože si myslí, že předešlé množství látky na něj neúčinkuje.). Pokud se budeme držet pravidla rozdělení drog na měkké a tvrdé dělíme je takto:

- Měkké: čaj, káva, hašiš, marihuana, nikotin atd.;
- Středně tvrdé: alkohol, efedrin, kodein, extáze atd.;
- Tvrdé: pervitin, kokain, lysohlávky, morfin, heroin, toluen, LSD atd.

Dle literatury a jiných autorů drogy taktéž můžeme dělit dle účinku (*O drogách*, online, cit. 2013-11-13), které jejich užití vyvolává. Tyto účinky dělíme do několika skupin:

- Tlumivé látky: Do této skupiny patří látky s tlumivým účinkem na organismus a to jak v oblasti fyzické tak i psychické. Látky patřící do této skupiny v zásadě dělíme na tři druhy. Do první skupiny patří tzv. opioidy, tedy drogy jako heroin, metadon, kodein, buprenorfin. Toto jsou látky, které mají analgetické či euforické účinky. Také se jim říká morfia¹.

¹ Morfium je látka získaná ze šťáv makovic.

Druhou skupinu tvoří benzodiazepiny. Což jsou taktéž léky tlumivé, jež jsou čteně používány ve farmácii jako prostředky pro tlumení strachu, zklidňující organismus a navození spánku. Do této skupiny patří léky, jako je Xanax, Rohypnol, Valium apod.

Uživatel těchto drog je v komunikaci velmi pomalý, dlouho hledá slova, jeho reakce jsou pomalé stejně tak i pohyby. Celý je v útlumu a působí velice ospalým dojmem (tento stav se projevuje v době, kdy není toxikoman čerstvě po aplikaci drogy).

Během praxe jsem se setkala s uživateli opioidů a mohu říci, že je velice těžké získat a udržet jejich pozornost. Často nejsou schopni ani dokončit větu popřípadě ji rozumně dát dohromady. Je třeba na ně mluvit velice pomalu, hlasitě a vzbuzovat jejich pozornost například pohledem do očí nebo uchopením za paži. Při některých činnostech usínají nebo u nich strnou v jednom pohybu.

- Stimulační látky: Na rozdíl od uživatelů látek s tlumivým účinkem, jsou uživatelé stimulantů neklidní, stále v pohybu, zvýšeně citliví, neposední. Mezi zástupce této skupiny řadíme především pervitin, kokain, ale také některé léky jako například Ritalin. O uživatelích těchto látek se občas říká, že mají tzv. „perníkové pohyby“. Během praxe jsem se osobně setkala s toxikomanem, kterému bylo jednapadesát let a byl uživatelem pervitinu. Neustále se pohyboval, kroutil rukama, popocházel ze strany na stranu, mluvil velmi nahlas. I při práci v sedě neustále poposedával a mluvil. Působil jako silně hyperaktivní a rozjařené dítě.
- Halucinogeny: U všech látek je velice důležitá dávka i stav toxikomana, ale u halucinogenů to platí dvojnásob. Stav, který po užití přichází je silně podmíněn dávkou, která byla užita, ale také psychickým stavem uživatele a prostředím, kde se zrovna nachází. Jako příklad autorka uvede dvě situace. První uživatel se nachází v dobré náladě s partou přátel, před nedávnem získal novou práci kde je spokojen. Jeden z jeho kamarádů mu nabídne cigaretu marihuany. Uživatel si několikrát potáhne a začne se měnit jeho okolí. Je vnímavější na podměty zvuků, rozjasňují se mu barvy okolo, má družnou náladu a příjemné pocity. V opačném případě, se ale může dostavit tzv. „bad trip“². Tento se dostaví spíše u uživatele, který v době užití prochází nějakým stresem, těžkou situací. Doufá, že užitím halucinogenu se uvolní a myšlenky mu přestanou zabíhat do depresí. Stává se, že chvíli po užití začne mít toxikoman nepříjemné halucinace (slyší výkřiky, má pocit, že jej chce někdo zabít atd.).

² Stav kdy užití halucinogenu přinese špatné pocity, jako je strach, úzkost, paranoia atd.

Halucinogeny v podstatě zesílí a podpoří současný stav uživatele. Existují případy, kdy po užití halucinogenů došlo k trvalému poškození duševního stavu uživatele. Hraje zde roli i rodinná anamnéza (pokud někdo v rodině trpí na duševní nemoci je zde větší riziko, že po užití halucinogenu může dojít k vyvolání nemoci, které by za normálních okolností možná ani nepřišla).

Do této skupiny patří látky jako je marihuana, ale i látky se silnějším účinkem jako lysohlávky, LSD.

1.1 Syndrom závislosti

Vágnerová (2004, s. 548-554) udává, že pokud uživatel drogu užívá, aby mu mohla být diagnostikována závislost, je třeba některých příznaků, které jsou potřeba pro diagnózu **syndromu závislosti**. Touto tematikou se zabývá i několik dalších autorů jako je například Matušek (2005) a Nešpor. Autorce se nejlépe pracuje s odborným textem Vágnerové, která se s dalšími autory ohledně tématu shoduje. Syndrom závislosti Vágnerová definuje jako soubor psychických a fyzických měn, které jsou výsledkem opakovaného užívání návykové látky. Pokud mluvíme o skutečném syndromu, příznaky se musí objevovat po dobu alespoň dvanácti měsíců. Mezi příznaky syndromu závislosti dle Vágnerové patří:

- Silná touha určitou látku získat a užít. Této potřebě se také říká bažení.
- Ztráta sebekontroly toxikomana nad látkou.
- Toxikomanovi během užívání látky roste tolerance na ní. To znamená, že množství užívané látky, kterou potřebuje k dosažení stavu intoxikace, stále roste. Je veliký rozdíl mezi množstvím látky po půl roce užívání a množstvím látky, které je potřeba po dvou letech užívání.
- Pokud toxikoman užije malé množství látky nebo látku vůbec neužije, dostaví tzv. Abstinenční syndrom. Jeho průběh a míra se liší dle délky užívání látky a samotného druhu drogy.
- I přesto, že si je toxikoman vědom škodlivosti užívání látky, nemůže s užíváním přestat.
- Droga se stává pro toxikomana jeho životní prioritou. Veškeré jeho chování a jednání se mění tak, aby výsledkem byl zisk a aplikace drogy. Uživatel odsouvá své vztahy a zájmy.

Každá droga má na uživatele jiný účinek, ale v zásadě vyvolávají dva **druhy závislostí**:

- Psychická závislost, je stav, kdy jen samotná představa situace aplikace drogy vyvolává v toxikomanovi dobrý pocit. Uživatel je přesvědčen, že užití látky je pro něj dobré a představa, že by svou drogu neměl, v něm budí úzkost a podrážděnost. Mnohdy se také mluví o závislosti na rituálu, který se sebou aplikace drogy přináší (příprava drogy na aplikaci).
- Fyzická závislost je spojena s tolerancí. Proto, aby tělo dokázalo normálně fungovat (nedostavil se Abstinenční syndrom), je potřeba stále vyšší dávky. Tělesné funkce se adaptovali na přítomnost určité látky v těle.

Období, kdy vzniká nejvyšší možné riziko vzniku závislosti, jsou puberta a dospívání.

Příčin vzniku závislosti je několik a jak Vágnerová (2004, s. 548-554) udává, mohou být i souborem několika vlivů a vlastností:

- Genetika.

V tomto případě není přesně jasná příčina. Jde o soubor jakýchsi geneticky specifických informací, které předá toxikomanka během těhotenství svému plodu, nebo se vlivem užívání drog v prenatálním období u dítěte vytvoří různé poruchy chování, v důsledku nichž začne jedinec užívat drogy.

- Biologie.

Užití látky poskytne toxikomanovi zisk v podobě dobré nálady, hřejivého pocitu, bezstarostnosti apod. Tomuto procesu se říká pozitivní zpětná vazba.

- Psychika.

U každého jedince je psychika zcela individuální a motivací k prvnímu užití drogy je několik. Je to jakási potřeba. Literatura udává tři druhy motivace:

- Útěk. Jedinec chce užitím látky utéci od nějakého problému či situace např. nepříjemnosti ve vztazích, tlak v práci.
- Zisk. Uživatel chce získat něco, co pro něj není jinak dostupné např. uvolnit zábrany, získat vyšší sebevědomí.

- Zachování vztahů. Toto je například situace, kdy se dospívající člověk seznámí se skupinou přátel, kteří společně kouří marihuanu. Proto, aby se také stal respektovaným členem a zachoval si přátelství, musí také užívat marihuanu.

Další psychické faktory pro užití návykové látky:

- Emoce. Pokud není jedinec emočně stabilní, může mu užívání drog přinést jistou rovnováhu. Jsou to lidé, kteří prožívají deprese, jsou pod tlakem nebo v napětí. Dále osoby, které nezvládají některé stavy a užitím drogy chtějí dosáhnout rovnováhy popřípadě, jedinec chce prožít nějaký nevšední stav, vzrušení.
- Uvažování a hodnocení. Zde jde například o stavy, kdy se jedinec špatně orientuje v různých situacích, neví jak je řešit. Tito jedinci mají většinou nízké sebevědomí, mínění o své osobě či nereálná očekávání. Neznají nebo se neorientují ve svých cílech.
- Učení. Člověk se snadněji učí to, u čeho si ověřil pozitivní výsledek. To znamená, že droga přinese toxikomanovi něco pozitivního a dále je tento rituál vnímán jako něco dobrého tzv. pozitivní učení. I když časem začnou převažovat negativní dopady v důsledku užívání, toxikoman si je sice uvědomuje, ale stále se odvolává se na předešlou situaci.
- Chování. Toxikomani mají problémy se svou vlastní osobností především ve směru sebekontroly. Pokud po něčem touží nebo něco chtějí, mají neodkladnou potřebu tento pocit uspokojit. Toto chování je velmi impulzivní a zkratkové. A právě proto, jsou nejvíce ohroženi právě mladiství. V období dospívání jedinec jedná impulzivně, afektovaně, uspokojuje své potřeby neodkladně. Proto většinou platí, že jedinec, který není nějakým způsobem schopný sebekontroly, je náchylnější k užití drogy.
- Vlastnosti. Jedinci, kteří nejsou vyrovnaní psychicky až emočně labilnější, a neumí řešit situace běžného života, jsou náchylnější k užívání drog, protože je to jeden ze způsobů jak situaci vyřešit, změnit svůj současný stav na přijatelnější. Je to jedna z cest jak dosáhnout uspokojení a zbavit se stresu a tlaku. Často bývají uživatelé drog lidé s poruchou osobnosti.

Samozřejmě dalším důležitým faktorem, který ovlivňuje jedince je i jeho kondice (jedinec trpí psychickou nebo fyzickou nemocí či chorobou). Tento stav silně ovlivňuje pocit nepohody a touhu tuto situaci nějakým způsobem řešit.

Dalším neopomenutelným faktorem, který silně ovlivňuje člověka po celý jeho život, je **sociální prostředí** ve kterém žije, jak Vágnerová (2004, s. 548-554) udává. Mezi sociální faktory, patří:

- **Rodina.** Toto téma je velice rozsáhlé a tímto samotným faktorem se zabývaly samostatné studie. Autorka by ráda tento bod shrnula tak, že rodina je primární faktor ovlivňující jedince. Hraje zde roli nápodoba (pokud dítě vyrůstá v prostředí, kde se setkává s alkoholem, nealkoholovými drogami nebo léky je pravděpodobné, že situaci naprosto odsoudí nebo se s ní naopak identifikuje). Důležitá je i funkčnost rodiny. Pokud dítě vyrůstá v rodině, která je disfunkční³, může být řešením situace útek k užívání drog. Rodina, která je dlouhou dobu nefunkční⁴, taktéž podporuje větší sklon k útěku ke drogám. Rodina neuspokojuje potřeby dítěte jako je láska, podpora, sounáležitost, bezpečí a dítě v rámci snahy kompenzovat tyto nedostatky začne experimentovat s látkami, které mu tyto pocity nahradí.
- **Sociální skupina.** Sociální skupina, se kterou se jedinec identifikuje, se v období puberty stává jeho primární skupinou a nahrazuje v jisté míře rodinu. Pokud se mladistvý identifikuje s partou přátel nebo skupinou lidí, kteří mají užívání drog jako svou běžnou rutinu a chce se s tímto prostředím ztotožnit, začne drogy také užívat a nechápe tuto situaci tak, že je to něco neobvyklého nebo zakázaného. Samozřejmě zde nemluvíme pouze o mladistvých a partách, velký vliv má taktéž profese a její dopad na dospělého člověka. Mnoho lidí pracuje v psychicky náročných oborech, na místech, která vytvářejí stresové situace nebo na pozicích, ze kterých je velice snadný přístup k návykovým látkám (příkladem takových profesí je alkohol a číšník, sociální pracovník pracující s toxikomany a návykové látky, lékař či zdravotní sestra a léky).
- **Společnost.** Tento faktor je důležitý. Pokud jedinec žije ve společnosti (kultuře, zemi), kde ostatní lidé obecně uznávají omamné látky a je jednoduchá jejich dostupnost, je krok k užívání takových látek snazší než v kultuře, kde je tato situace striktně odsuzována a neakceptována.
- **Městské prostředí.** Velká města jako například Praha, jsou místa, kde je dostupnost drog jednodušší. Stejně tak další výhodou měst je anonymita. Občané se navzájem neznají. Zatímco na vesnicích a maloměstech je dostupnost omamných látek těžší a v tomto

³ Disfunkční rodina= porucha jedné nebo více funkcí rodiny a je potřeba sanace rodiny

⁴ Nefunkční rodina= rodina neplní své funkce a sanace je již zbytečná

prostředí se občané znají velmi dobře a jsou mezi nimi bližší vazby. (např. pokud začne kouřit čtrnáctiletý chlapec v Praze v parku, nejspíše si jej nikdo ani nevšimne, ale udělali toto chlapec, který žije na vesnici a uvidí jej souseď je téměř jisté, že až přijde domů, budou to vědět i rodiče). Je třeba zmínit i to, že pohled na problematiku užívání návykových látek ve městech a vesnicích je velmi těžký. Příkladem může být to, že na vesnici bude experimentování s nealkoholovými drogami rychle odsouzeno, ale naopak fakt, že šestnáctiletý chlapec s partou chodí každý pátek do místní hospody, kde mu bez problémů nalijí alkohol, odsuzováno není, protože se v pátek večer v hospodě schází celá vesnice.

- Sociální deprivace přichází, pokud jedinci chybí způsob se realizovat a plnit si své cíle. Pokud jedinec ztratí zaměstnání popřípadě své zázemí, mohou se objevovat další sociální události, které mohou mít za následek užívání drog (např. bezdomovectví).

Matoušek (2005, s. 212) popisuje **stádia závislosti** tak jak jsou za sebou od prvního užití drogy. Lze je v zásadě dělit do pěti stupňů:

- Experiment. Toto je období, kdy jedinec neužívá drogu pravidelně. Užití drog nemá většinou žádné následky.
- Příležitostný uživatel. Těmto uživatelům se také dá říkat víkendový. Jedinec drogu většinou již užívá pravidelně, ale ne více než jednou za týden a ve svém volném čase. Například užívá drogu každý pátek, když se jde s přáteli bavit na diskotéku. Následky užívání drog se objevují spíše krátce po užití látky a neprojevují s většími problémy v oblasti psychiky nebo sociálních následků.
- Pravidelný uživatel. Následky užívání omamných látek se již projevují. Jedinec si již začíná vyhledávat důvody k užití drogy a bere ji již vícekrát za týden. Začínají se projevovat škodlivé účinky drogy a stávají se životním stylem.
- Problémové užívání. Toto je takové užívání, kdy již aplikace drogy přechází k rizikovému stavu a je silně škodlivá. Užívání látek již zasahuje do soukromého života jedince a mění jej (např. problémy v práci, s partnerem, rodinou). Tímto se dostáváme k poslednímu stádiu.
- Závislost na droze. Vše v životě jedince se začalo podřizovat droze. Objevují se zřetelné psychické, fyzické a sociální problémy, jako následek užívání drog. Začíná stoupat tolerance a uživatel musí začít zvyšovat dávky pro dosažení stejného účinku.

2. SOUČASNÁ DROGOVÁ SCÉNA V ČESKÉ REPUBLICE

Než se autorka dostane k popisu současné drogové scény, ráda by zmínila některé skutečnosti z historie.

Pokud se podíváme na problematiku drog z dnešní perspektivy, tak drogy byly přítomny ve společnosti od nepaměti. První zmínky se objevují již během rituálních obřadů, dávání obětí, až po dobu druhé světové války, dnešním farmaceutickým průmyslem konče. V ČR se situace drogové scény závažně změnila v roce 1989, kdy padl totalitní režim a hranice naší země se otevřely nejen pro nové zboží, ale taktéž pro nové drogy a lepší přístup k surovinám na výrobu drog. Nesmíme zapomenout, že drogová scéna se zde utvářela i před otevřením hranic. Popis tehdejší situace můžeme sledovat například ve filmu *Piko* (*Piko*, film, 2010). Byly zde užívány spíše farmaceutické výrobky. Mladí lidé kombinovali různé druhy léků, čichali těkavé látky a vzájemně je kombinovali. Přístup k těmto látkám měly například zdravotní sestry, dále lékaři apod. Skupiny lidí, kteří užívali tyto látky, se mezi sebou znali, v té době se jednalo pouze o zlomek dnešního počtu toxikomanů. Do této skupiny lidí se mohl nový člen dostat pouze díky tomu, že byl výhodný pro skupinu. Měl peníze, přístup k látkám atd. Mladí lidé se o účincích těchto látek dozvídali především z literatury, popřípadě od někoho kdo měl možnost vycestovat za hranice. Jedním z důležitých jmen, která ovlivnila vývoj drogové scény a výrobu pervitinu v ČR je bezesporu Pavel Gregor, který je považován za prvního českého výrobce pervitinu. Po roce 1989 nastala změna také v tom, že do té doby se v podstatě nedalo mluvit o obchodu s drogami, protože ten fungoval v uzavřených skupinách, kam každý člen něco přinášel. Kdežto po revoluci se z omamných látek obchodstalo.

Stejně tak se s pohledem na situaci shoduje literatura (Štáblová, 1999. s. 5-7), kde je zmiňována celá škála rizikových faktorů, které ovlivnily přístup k omamným látkám po roce 1989, jako například špatně ošetřené zákony, kdy spousta užívaných látek, ani nebyla na seznamu nelegálních drog. Společnost změnila svůj hodnotový systém a více otevřela své názory. Je potřeba zmínit i strategickou polohu naší země, která je ve středu Evropy jakousi křižovatkou různých proudů obchodu s drogami. Drogovou problematikou se více začala zabývat legislativa zhruba v roce 1998 a dnes se jí zabývá

například zákon č. 167/1998 Sb., zákon o návykových látkách. Do té doby se v zákonech neobjevovaly zmínky o trestech za držení drog a tresty celkově byly nízké. Obecně drogy v této době (rok 1993 až 1999) byly velice moderní mezi mládeží a v naší zemi se objevovala tzv. drogová turistika. Na tehdejší drogové scéně bylo známo, že v ČR se vyráběl velmi kvalitní pervitin, o který měli zájem uživatelé z jiných zemí a tak někteří výrobci této látky jezdili např. do Německa, kde drogu za jistý obnos vyráběli. Postup výroby se samozřejmě časem rozšířil a zveřejnil.

Dále Štáblová (1999, s. 5-7) uvádí, že vzhledem k tomu, že drogová problematika a užívání drog bylo na veřejnosti relativně novým problémem, byla zde zanedbatelná pozornost ze strany státu, škol i rodiny. Samozřejmě čím více tato problematika vyvstávala na povrch, tím více se jí věnovalo pozornosti jak ve společnosti, službách, zdravotnictví, tak i v represivních složkách. Situace dospěla až do dnešního stavu, kdy se stále více služeb i zařízení specializují na drogovou problematiku. Vzniklo mnoho sociálních, zdravotnických, psychologických, psychiatrických a dalších služeb, které se věnují drogové problematice. Ruku v ruce s tímto, musela vzniknout nová odborná pracovní místa, která vyžadovala specializaci pracovníků, díky čemuž vzrostl počet zájemců o studium oborů zaměřených na závislosti.

Během odborných praxí autorka došla k závěru, že s rostoucím počtem uživatelů omamných látek, se bohužel taktéž snižuje jejich věk. Mládež začíná v dnešní době daleko dříve experimentovat s látkami a to jak s legálními tak s nelegálními. Společně s tímto se objevují další problémy, které v důsledku ohrožují celou společnost. Mluvíme zde o chorobách, které šíří především uživatelé, kteří si drogu aplikují pomocí injekčních stříkaček. Je to především vir HIV⁵, žloutenky typu B a C a další infekční choroby. Stejně tak i sexuální přenosné onemocnění a nemoci spojené s užíváním drog. Společně s užíváním drog, musíme zmínit taktéž kriminalitu, která s tímto souvisí. Autorka se domnívá, že toxikoman z počátku platí drogy z vlastních zdrojů, ale čím více stoupá jejich tolerance na drogu, tím více peněz potřebuje. Následkem většinou přichází o své zdroje peněz (zaměstnání, podpora rodiny) a vzhledem, ke svému stavu není schopen chodit do zaměstnání a k penězům se dostává prostřednictvím páčání

⁵ Vir HIV má za následek postupnou destrukci imunitního systému, důsledkem čehož vzniká nemoc, která se nazývá AIDS.

AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) = syndrom získaného selhání imunity (*České společnost AIDS pomoc*, online, cit. 2013-12-2)

kriminality. Téma kriminalita jako důsledek užívání drog je samo o sobě velmi obsáhlé a autorka se jím nechce odklánět od svého tématu.

Během odborné praxe v o. s. Sananim se autorka seznámila s dvěma pojmy, které se často objevují ve slovníku jak toxikomanů, tak i pracovníků v těchto službách. Prvním pojmem je **otevřená drogová scéna**. Prostředí otevřené scény, je viditelné jak pro pracovníky v těchto službách tak i pro společnost. Patří sem uživatelé, kteří nemusí tajit svou závislost a využívají služeb, které jsou jim poskytovány. Nemají strach si na ulici vyměnit jehly s terénním pracovníkem, docházejí do kontaktních center apod. Jsou to lidé, kteří se vesměs pohybují na ulicích viditelně a ve většině případů nemají zaměstnání ani stabilní prostředí. Jsou to uživatelé, kteří služby vyhledávají. Naproti tomu stojí **uzavřená drogová scéna**. Toto je prostředí, ve kterém si toxikoman nepřeje být vidět. Nenechává si žádnou službu, protože si nepřeje být viděn a jistým způsobem zpozorněn mezi uživateli návykových látek. Do této skupiny můžou patřit lidé, kteří mají rodinu i zaměstnání, přesto užívají návykové látky, tak i lidé, kteří žijí ve squatech, soukromých bytech a pouze si nepřejí být viděni. To je situace, kdy naopak služba vyhledává uživatele. Práce s takovými uživateli je velice obtížné, v některých případech až nemožná. Jak je tato situace řešena autorka popisuje v praktické části. Došlo taktéž k důležité změně ohledně látek, které toxikomani užívají. V posledních letech se rozmohlo především to, že kromě užívání drogy jako je například pervitin nebo heroin, toxikomani současně užívají látky, které jsou určené k substituční léčbě. K pojmu substituční léčba se autorka věnuje níže ve třetí kapitole.

Vzhledem k absolvování stáže, by zde autorka ráda popsala dvě látky, které se mezi toxikomany užívají v drtivé většině. Většina toxikomanů tyto látky kombinuje s jinými, ale nejčastěji se jedná o pervitin a heroin.

Jak odborná literatura udává (Kolektiv autorů sdružení Sananim, 2007, s. 164-174), **pervitin** se řadí mezi stimulační látky. Tato látka svým účinkem stimuluje centrální nervový systém a mozek. Pervitin byl historicky užíván jako lék na obezitu, užíval se proti únavě nebo byl používán na zvýšení stavu bdělosti například v armádě. Pervitin je jednou z nejrozšířenějších a nejčastějších užívaných nelegálních drog v České republice. Obvyklá dávka se pohybuje do 250 mg. Vypadá jako bílý až nažloutlý krystal nebo prášek. Její účinek je pochopitelně závislý na způsobu užití a množství. Pervitin je

možné spolknout, kdy se účinek dostaví obvykle po jedné hodině po užití. Rychlejší účinek se dostaví při šňupání, přijde do zhruba deseti minut. V tomto případě je zde vysoké riziko poškození sliznice, které je nevratné, může dojít až ke ztrátě čichu. Jedna z nejrozšířenějších a nejrychlejších možností jak pervitin vpravit do těla je injekčně, kdy se účinek dostaví téměř okamžitě. Užití přináší tělu stavy štěstí, ztráty chuti k jídlu, neklid, který je taktéž rozpoznatelný, díky motorickým funkcím (časté křeče). Zvyšuje krevní tlak, tep, zrychluje dýchání a tělo pracuje až do vyčerpání. Uživatel po jeho intoxikaci schopný vnímat několik věcí najednou, je oslovován všemi podněty v okolí, i když pouze povrchně, ale je schopný velkého toku myšlenek. Délka stavu, který tato droga navozuje je různý, ale obvykle trvá maximálně 10 hodin (samozřejmě se odvíjí od množství užití látky, délky užívání apod.). Po odeznění účinků přicházejí stavy úzkosti a strachu, uživatel je unavený a celkově vyčerpaný. Pokud se u toxikomana provede test na zjištění látek v těle, je test prováděn z moči kde se objeví již dvacet minut po užití a v těle se celkově zdržuje až čtrnáct dní. Velkým rizikem této látky je především to, že na ní vzniká spíše psychická závislost. Uživatel pervitinu při vysazení látky nepocituje výrazní fyzické problémy, dochází zde spíše k silnému pocitu bažení. Během detoxifikace je uživatel unavený a prospí i několik dní, pokud ví, že drogu nedostane, objevují se silné pocity neklidu až agrese. I po detoxifikaci pod lékařským dohledem, je potřeba s klientem pracovat, protože pocity bažení přetrvávají i několik měsíců. Mezi hlavní rizika během užívání pervitinu patří silná zátěž pro kardiovaskulární systém. Při předávkování nebo vyšším věku toxikomana může dojít i k infarktu. Dalším častým rizikem je dostavení se toxické psychózy. **Toxická psychóza** je stav, jak je popsáno v příručce pro rodinné příslušníky a pomáhající profese (Kolektiv autorů sdružení Sananim 2007), kdy je toxikoman podezřívavý, trpí stihomamem, pocitem, že jej stále někdo sleduje, chce jej někdo napadnout, ublížit či zabít a postižený ztrácí pojem o realitě. V tomto stavu je nemocný nebezpečný jak sobě tak okolí. Může mít pocit, že mu chce pouhý kolemjdoucí ublížit a napadne jej nebo, že má v těle nějakou látku či organismus v důsledku čehož se pořeže apod. Tento stav vyžaduje neodkladnou hospitalizaci na psychiatrii. Psychóza může odeznít sama po přerušení užívání drog, ale také se nemusí vyléčit nikdy. Dalším rizikem, jsou samozřejmě onemocnění spojené s nitrožilní aplikací jako hepatitida nebo virus HIV.

Heroin se řadí mezi opiáty, strukturou jsou tyto látky podobné morfiu. V České republice se heroin objevuje až po roce 1989, do té doby se zde v soukromých varnách vyráběla obdoba heroinu tzv. braun. Nejvíce uživatelů heroinu najdeme v současné době v Praze. Tato látka si prošla v zásadě dvěma vlnami. Po revoluci se začal dovážet na drogový trh a jeho velké oblibě došlo přibližně v roce 1996, kdy se na trhu objevil tzv. bílý heroin. To byla látka, která byla čistá až z 70%⁶. Toxikomani v této době nedokázali odhadnout sílu účinku a silně vzrostlo procento předávkovaných uživatelů bílého heroinu. V dnešní době, je čistota této drogy velmi slabá a tak je často doplňována nebo nahrazována jiným opioidem, což je například buprenorfin, který je znám jako Subutex. Dále se o Subutexu autorka zmiňuje v následující kapitole. Heroin je v posledních letech nejčastěji užíván v období, kdy jsou maková pole připravená ke sklizni a toxikomani často u polí staví příbytky. Po užití dávky heroinu dochází k celkovému útlumu organismu. Zpomaluje se dýchání, tep i tlak. Oproti pervitinu, heroin stahuje zorničky. U žen může dojít k dočasné sterilitě, protože funkce hladkého svalstva je tlumena a nemusí k pohybu vajíčka do vejcovodu. Obecně je sexuální život uživatelů heroinu v zásadě nulový.

2.1 Akční plán protidrogové politiky v České republice

Dále by autorka zmínila jeden z dokumentů, který se snaží různými prostředky řídit a kontrolovat problematiku drog na území české republiky tj. **Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2013 až 2015**. Vzhledem k tomu, že tento plán se zaměřuje na nealkoholové, ale i alkoholové drogy a nikotinové drogy, autorka zde bude zmiňovat pouze body spojené s nealkoholovými drogami, který mi se zabývala výše. Dle Béma, Kaliny a Radimeckého (2003, s. 38) je protidrogová politika postavena na čtyřech pilířích: primární prevence, Harm reduction, resocializace a léčba a neposledně represe. Tyto pilíře spolu navzájem kooperují a doplňují se. Z Akčního plánu realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2013 až 2015 (dále jen Akční plán), jasně vyplývá, že jeho účelem je reakce na aktuální situaci v této oblasti.

⁶ Čistota drogy se odvíjí od toho jaký je podíl čisté drogy v dávce, oproti příměsím, například dávka obsahující 30% heroinu a 70% příměsí, není čistá droga. Čím vyšší je procento čisté látky, tím je kvalitnější a žádanější.

Plán se člení do několika intervenčních oblastí: primární prevence, léčba uživatelů (zvyšování kvality poskytnutí substituční léčby, dostupnost a kvalita služeb, programy pro uživatele ve výkonu trestu), snižování rizik (prevence infekčních onemocnění a onemocnění spojených s nitrožilní aplikací drog, prevence předávkování) a snižování dostupnosti legálních a nelegálních drog (zefektivnění odhalování, vymahatelnost práva), monitoring, výzkum a hodnocení této oblasti (rozvoj informačního systému zaměřeného na monitoring), financování a mezinárodní kooperace (posílit spolupráci s Polskem, Rakouskem a SRN). Jsou zde detailně popsány strategie a cíle tohoto plánu. Jedna z kapitol Akčního plánu se zaměřuje na strategie jak snížit míru užívání pervitinu a opiátů. V Akčním plánu (2003, s. 9) je jasně uvedeno: „*V České republice je problémové užívání drog dlouhodobě spojeno především s pervitinem a dále pak s opiáty/opioidy. Uživatelé pervitinu se nejvíc podílejí na nárůstu problémových uživatelů drog, zatímco počet uživatelů opiátů je víceméně stabilizovaný.*“ Plán dále přikládá plnou podporu a zásadní význam pro udržení a rozšíření sítě kontaktních a nízkoprahových center pro uživatele. Dále se stát snaží pomocí Akčního plánu zefektivnit financování této problematiky. Z Akčního plánu (2003, s. 12-13) je zřetelné, že finance na tuto problematiku jsou nemalé: „*Protidrogová politika má reálně k dispozici finanční prostředky, se kterými lze předem plánovat, tzn., jsou předem účelově určené/plánované na protidrogovou politiku, přibližně ve výši 110 mil. Kč rozpočtovaných na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu, 160 mil. Kč z rozpočtu krajů (z toho cca 65 mil. Kč je na záchytné stanice) a 65 mil. Kč z rozpočtu obcí.*“ Z tabulek Akčního plánu (2003, s. 14, tab. 4) jsou jasná čísla, ze kterých vyplývá, že v roce 2011 celkově v České republice byli výdaje na protidrogovou politiku dle kategorií služeb v oblasti Harm reduction vynaloženy téměř 154 tisíc korun. Je nutno poznamenat, že z tabulky jasně vyplývá, že právě oblast Harm reduction (kontaktní centra, terénní programy) zastává první místo v míře financování oproti ostatním službám.

3. PREVENCE

Jak autorka zmínila v předchozí kapitole na prevenci drogové kriminality a na boj proti užívání drog stát vynaloží velké množství peněz. Ruku v ruce s tímto se pojí i skutečnost, že existuje nesčetné množství odborné literatury, která se tématem prevence zabývá stejně tak v posledních letech narůstá počet programů a odborných zařízení, která se věnují prevenci drog. Ty autorka zmíní později.

Než se dostane autorka k tématu prevence, je důležité tento pojem vymezit. Odborná literatura (Štáblová, 1999. s. 161-172) udává, že slovo prevence je latinského původu ze slova *praeventus* což znamená zákrok předem. Bližší význam prevence je dán oblastí, které se týká, ale Štáblová (1999. s. 161) uvádí, že v širším slova smyslu to znamená „*předcházení nežádoucímu jevu a ochrana před ním*“.

Jak Nešpor a Csémy (1996, s. 20) uvádí: „*Účinná prevence má ovlivnit chování ve smyslu podpory zdraví*“. Dále odborná literatura dle Nešpora a Csémy udává, že preventivní strategie se dělí na dva proudy a to sice na snižování nabídky, kterou si vysvětlujeme tak, že drogy budou méně dostupné a na snižování poptávky, což znamená snižování zájmu o návykové látky. Jak je zjevné, oba tyto proudy se o sebe opírají a vzájemně se podporují. Samozřejmě i prevence prošla svým vývojem a má svou historii. Jak Nešpor uvádí, historicky nejstarší metodou jak preventivně působit je zastrásování, snaha vyděsit a přímo apelovat na osoby. Tato metoda se ukázala jako neúčinná. Takovým trendem současného preventivního působení je například to, že v rámci preventivní přednášky nebo diskuse se jí účastní vrstevníci jako vedoucí diskuse. Tato metoda je neúčinnější u dětí a mladistvých.

Zdroje odborné literatury (Štáblová, 1999. s. 172-175) uvádějí, že prevence v České republice byla především spojována se zdravotnictvím a největší důraz byl kladen na primární prevenci (preventivní návštěvy zubaře třídami žáků apod.). Především je potřeba říci, že mnohem dříve a ve větší míře byla řešena alkoholová závislost v ČR a řešení drogové závislosti je až trendem posledních desetiletí. Jedním z prvních zařízení, které u nás vzniklo, bylo v roce 1971 Středisko drogových závislostí, které bylo zřízeno při protialkoholním oddělení psychiatrické kliniky v Praze (oproti tomu první protialkoholní léčebna vznikla v roce 1909 ve Velkých Kunčicích na Moravě). Zhruba v půlce padesátých let dvacátého století, začala vznikat i sekundární prevence a o deset

let později i poslední sféra prevence, toto vše bylo zaměřeno především na zdravotní stránku. Hlavní roli sehrála výchovná školská zařízení. Po roce 1989 se situace v ČR změnila, jak popisuje autorka výše. Země, kde se objevila poptávka, vznikla i nabídka a obě tyto oblasti začaly rapidně růst. V této chvíli měla mít velký vliv prevence a to především na té nejdostupnější úrovni kam patří rodina, škola a veřejná média. Bohužel i tyto oblasti začali selhávat. Po Sametové revoluci začala stoupat rozvodovost rodin, a dá se říci, že i určité hodnoty se změnily. Toto by se dalo shrnout tak, že situace po roce 1989 nebyla v ČR stabilní, ale reakce na sebe nenechala dlouho čekat a začala vznikat specializovaná zařízení na pomoc toxikomanům.

Štáblová (1999. s. 161-172) se dále zabývá předmětem prevence. Předmětem prevence je působení na osobu a chování jedince. A dále popisu jak se drogová prevence dá dělit. Autorka si vybrala pro ni nejsrozumitelnější dělení prevence a to sice na primární prevenci, sekundární prevenci a terciální prevenci:

- **Primární prevence**

Primární prevence je cílena pro širokou veřejnost a měla by být dostupná všem. Její strategie je především působit na jedince do budoucna, jak Štáblová uvádí. To znamená, že chce jedince odradit od toho, aby drogu vůbec kdy užil tedy, aby nežádoucí jev vůbec nenastal. Tato prevence se snaží na veřejnost působit od nejnižšího věku. Nositelem primární prevence je společnost sama tím, že lidé odsuzují uživatele drog a užívání návykových látek není společky akceptované, dále to může být i rodina, ve které jedinec vyrůstá. Zde se můžeme setkat s „pravidle tří P“, které popisuje například Hajný *o drogách*, online, cit. 2014-05-01). První „P“ znamená pozornost, tedy aby se rodič o své dítě zajímal. Další „P“ je pozitivní hodnocení což znamená, že by měl rodič dítěti vštěpovat co je dobré a co je špatné a poslední „P“ je pravdivost, tedy že by se rodič měl chovat podle toho, co říká, jelikož je na to dítě velmi vnímavé. Do této prevence patří i působení státu a jeho pododdílů, například to, že vznikají a existují dokumentární či populárně naučné filmy, knihy, v čekárnách u lékaře jsou dostupné brožurky k této tématice apod. Na školách se provádí přednášky a diskuse s mladými lidmi. Zde především jsou využívána masmédiá.

- **Sekundární prevence**

Dle Štáblové (1999, s. 161-172) je sekundární prevence zaměřena na jedince, kteří se již dostali do kontaktu s drogou, popřípadě jsou v ohrožené skupině (sociálně vyloučené rodiny, děti v ústavní péči, lidé po výkonu ústavní péče, po trestu odnětí svobody apod.), která k tomuto chování směřuje. Jde především o klienty ve fázi experimentu, kteří ještě nejsou plně závislí, ale s drogou jsou již v kontaktu. Cílem sekundární prevence je především včasné vyhledání takovýchto jedinců a práce s nimi a samozřejmě snaha zabránit dalšímu užívání, nabídnout klientovi vhodnou alternativu. Zde se především angažují poradny, kontaktní centra, ambulantní zařízení, linky důvěry a samozřejmě i konkrétní pracovníci v zařízeních jako je výchovný poradce, protidrogový koordinátor, sociální pracovník apod.

- **Terciální prevence**

Terciální prevence je zaměřena na uživatele drog, kteří jsou s drogou v každodenním kontaktu a jsou členy drogové komunity. Jde zde především o zmírnění dopadu užívání drog na jedince i společnost. V této oblasti se angažuje nejširší spektrum subjektů. Od státu přes sociální a zdravotní zařízení, psychiatrické léčebny, komunity, kontaktní centra, speciální programy, zařízení až po církevní spolky. Modernějším pojmem pro terciální prevenci je Harm reduction (snižování rizik). Do této sféry spadají služby určené uživatelům drog, které se snaží snížit dopad užívání na jedince samotného tak i na společnost, jako je například výměna a sběr injekčního materiálu či zdravotnické služby. Vzhledem k tématu bakalářské práce by se autorka ráda zastavila u termínu **Harm reduction**. Tento termín se začal používat v 80. letech 20. století. V odborné literatuře Hrdina (2003, s. 263) k pojmu Harm reduction udává: *„Základní charakteristikou tohoto pohledu na drogovou závislost je pragmatičnost. Místo toho, aby usiloval o absolutní eliminaci drog a jejich užívání, které je podle historické zkušenosti neodstranitelné, snaží se s ním pracovat tak, aby negativní důsledky takového chování byli co nejmenší. Svým způsobem se zaměřuje především na stabilizaci životního stylu klienta. Vychází přitom z klientských potřeb, dává klientům a dalším konzumentům služeb možnost podílet se na jejich tvorbě a možnost rozhodnout jak, kdy a kde mají být léčeni. Přitom má na zřeteli zlepšení kvality života, zdravotního stavu a tělesné i duševní pohody.“* A dále Hrdina Harm reduction popisuje: *„Model HR má*

rovněž na zřeteli ochranu celé společnosti před nežádoucími dopady užívání drog a souvisí tedy se strategií ochrany veřejného zdraví, která je zaměřena spíše na celou populaci než na jedince. Zájmy klienta a zájmy společnosti se ovšem mohou lišit a je třeba neustále hledat mezi nimi rovnováhu a zdůrazňovat společný jmenovatel ochrany zdraví.“ Mezi základní principy Harm reduction Hrdina řadí to, že tento model je alternativou k užívání drog. Abstinence je sice ideálním výsledekem tohoto modelu, ale je třeba pracovat taktéž s neabstinujícími klienty. Poslední přístup je založen na „nizkoprahovosti“ tohoto modelu neboli jeho dostupnosti všem. Harm reduction se především uplatňuje ve službách, které probíhají směrem ke klientovi. Díky tomuto modelu začala vznikat nizkoprahová centra, která poskytují výměnu injekčního materiálu a programy zaměřené na substituční léčbu. Výměnné programy vznikly jako reakce na zvyšující se vlnu HIV pozitivních klientů na přelomu osmdesátých let minulého století. Harm reduction v České republice začalo patřit mezi pilíře protidrogové politiky v roce 2000.

Dalším důležitým pojmem terciální prevence je **terénní práce**. Broža (2003. s. 270) uvádí, že nejčastějším způsobem navázání komunikace je právě během terénní práce, což je práce s klientem v jeho přirozeném prostředí (ulice, squat atd.) tedy případ, kdy služba přichází za klientem a chce jej oslovit. V této situaci navozuje iniciativu terénní pracovník, protože on je v pozici, kdy přichází něco nabídnout, oproti tomu například v kontaktních centrech je klient ten, který přišel o něco žádat a iniciativa se předpokládá z jeho strany. V terénní práci se jedná často o kontakt jednorázový a v oblasti drogově závislých většinou ve smyslu Harm reduction. Příkladem terénní práce v oblasti drogových závislostí jsou výměnné programy.

Posledním a nejdůležitějším pojmem v terciální prevence je role **streetworkera** (pracovník ulice). Dle odborných zdrojů (*Česká asociace streetwork*, online, cit. 2014-01-16) je streetworker pracovníkem, který ve své spádové oblasti vyhledává, monitoruje, kontaktuje a pracuje se svou cílovou skupinou. Streetworker je ten, který klienta osloví a něco mu nabízí a přichází za ním jako první. Velmi často se musí streetworker nějakým způsobem identifikovat se svou cílovou skupinou (daný slang, oblečení, úroveň komunikace) pro ulehčení prvního kontaktu a spolupráce.

3.1 Zařízení a služby pomáhající drogově závislý mv oblasti Harm reduction

Mezi služby v oblasti Harm reduction, které jsou poskytovány uživatelům návykových látek, patří především streetwork, terénní práce, programy, nízkoprahová zařízení, programy a kontaktní centra. Další významnou službou, která do této oblasti patří, je substituční léčba.

Funkci a práci streetworkerů a terénních pracovníků autorka již popsala výše, proto by se ráda zaměřila na nízkoprahová a kontaktní centra a substituční léčbu.

Společným znakem nízkoprahového a kontaktního centra je dle Libra (2003, s.165-170) to, že si nezakládají na abstinenci uživatele od drog. Ať se klient rozhodne abstinovat či drogy dále užívat, tak zařízení jsou mu schopna poskytnout odpovídající servis v podobě poradenství, terapeutickou intervenci či jinou pomoc. Obě tato zařízení staví na anonymitě svých kontaktů. O klientech se nevedou záznamy anamnézy apod., samozřejmě existují výjimky, kdy například klient spolupracuje se zařízením delší dobu nebo to práce s ním vyžaduje, ale i v těchto případech zařízení pracují pouze s přezdívkou, kterou jim klient uvedl místo svého jména apod. Tato centra klienti mohou navštěvovat jak jednorázově tak dlouhodobě a dostane se jim kvalitní odborné péče a pomoci.

Kontaktní centra navštěvují často dle Libra (2003, s.165-170) klienti, kteří žijí vysoce rizikovým životem. Tato centra jsou založena na anonymitě klientů a poskytují jim výměnný servis použitého injekčního materiálu za sterilní, hygienický servis (možnost nechat se testovat či umýt), v základní míře zdravotní servis (ošetření zranění, podání základních léků proti bolesti a nemoci), potravinový servis (možnost uvařit si čaj, kávu, polévku), vitamínový servis (klienti dostanou vitamíny, které jim následkem užívání drog chybí), sociální servis (pomoc při hledání ubytování, zaměstnání, řešení policejních a soudních případů atd.) a samozřejmě poradenství obecně ve všech směrech (jak filtrovat drogy, na co si dávat pozor, kam si jít říct o pomoc, možnosti narkomanky v těhotenství atd.). Zásadním účelem těchto zařízení je kontaktní práce, která spočívá v navázání kontaktu, komunikace a spolupráce s klientem. Jak Libra udává, v tomto ohledu jde především o zjištění toho, co by klient chtěl a vyhovět mu v tom. Zda klient požaduje pouze některé služby nebo konkrétní pomoc, například

v případě kdy chce přestat s užíváním drog. Práce je poskytována individuálně s ohledem na potřeby klienta. Kontaktní centrum je jedno z prvních míst kde může začít klient čerpat ze služeb. Kontaktní centra buď pracují s klientem sami, nebo jej odkazují na další služby. Na stejném principu fungují taktéž nízkoprahová centra.

Substituční léčba je dle Popova (2003, s. 221): „*Terapeutický postup, při kterém je původně užívaná návyková látka (ilegálního původu, účinkující krátkodobě, obsahující někdy toxické příměsi, často s neznámou koncentrací a aplikovaná velmi často rizikovým způsobem, tj. intravenózně, nesterilně) nahrazená látkou - lékem – s výhodnějším bezpečnostním profilem (tj. se známou koncentrací, bez toxických příměsí, s delším účinkem v organismu, užívanou většinou perorálně a podávanou, resp. předepisovanou lékařem podle příslušných předpisů o léčbě a v souladu se zákonem o zacházení s omamnými a psychotropními látkami).*“ Substituční léčba je tzv. udržovací terapie, která se snaží nahradit nelegálně získanou a nečistou látku substitucí, která má stejný účinek, ale je legální. Substituční léčba dle Popova slouží primárně ke snížení konzumace ilegálních drog, uživatelé se k substituci přiklánějí ve chvílích, kdy chtějí přestat s nitrožilní aplikací, získat zaměstnání, studovat, obnovit vztahy s rodinou a okolím, odejít ze světa ilegálních drog. Proto, aby se klient mohl uchýlit k substituční léčbě, je potřeba, aby u něj byly diagnostikovány některé prvky, jako: *klient je injekční uživatel opiátů, klient je HIV pozitivní nebo odchází z výkonu trestu, klientka je těhotná.* Hlavní rozhodnutí ovšem stanovuje lékař, který předepisuje substituční léčbu. Substituční léčbu je taktéž možno ukončit u klientů, kteří pro ni nejsou vhodní z důvodu nepravidelného a chaotického užívání, popřípadě kombinování s drogou nelegální, nejsou schopni držet se cílů a plánů stanovených s lékařem, dožadují se neustále zvýšení dávky, uvedli lživou anamnézu nebo jsou klienti bez vyhlídky na zlepšení situace. Všechny tyto informace konzultuje a kontroluje s klientem lékař, který je oprávněn předepisovat substituční látky

Dále Popov (2003, s. 221) dělí substituci na krátkodobou (jeden až dva týdny), střednědobou (několik týdnů až měsíců, především u klientů, kteří mají vysokou toleranci a návykové látky mezi sebou kombinovali) a dlouhodobou (několik měsíců až let, klienti, kteří měli nebo mají potíže s recidivou). Nejčastěji používanými substituce je Metadon či Subutex, Subuxon. Metadon je používán při substituční léčbě při závislosti na opioidech. Jeho účinek a vliv na organismus je téměř totožný jako účinek

opioidů (např. heroin). Metadon je stejně tak návyková látka, ale díky svým farmakologickým vlastnostem je její účinek na tělo odlišný. Subutex a Subuxon jsou substituční látky velmi podobné, které se taktéž zaměřují na substituci při užívání na opioidech, ale jejich složení se liší poměrem látek a složení. Která z těchto látek bude klientovi během substituce podávána, rozhoduje lékař na základě klientovi anamnézy apod.

Substituční léčba má dle některých zdrojů (*Když musíš, tak musíš*, dokumentární cyklus, 2003) má samozřejmě své odpůrce, kteří se shodují na tom, že substituce je vlastně užívání drog, které hradí stát. V tomto případě je potřeba si uvědomit, že náklady na denní dávku substituce se pohybují okolo patnácti korun, kdežto denní dávka nelegálního opioidů se pohybuje kolem jednoho tisíce korun denně. Tyto peníze si musí uživatel nějakým způsobem obstarat, většinou z kriminální činnosti.

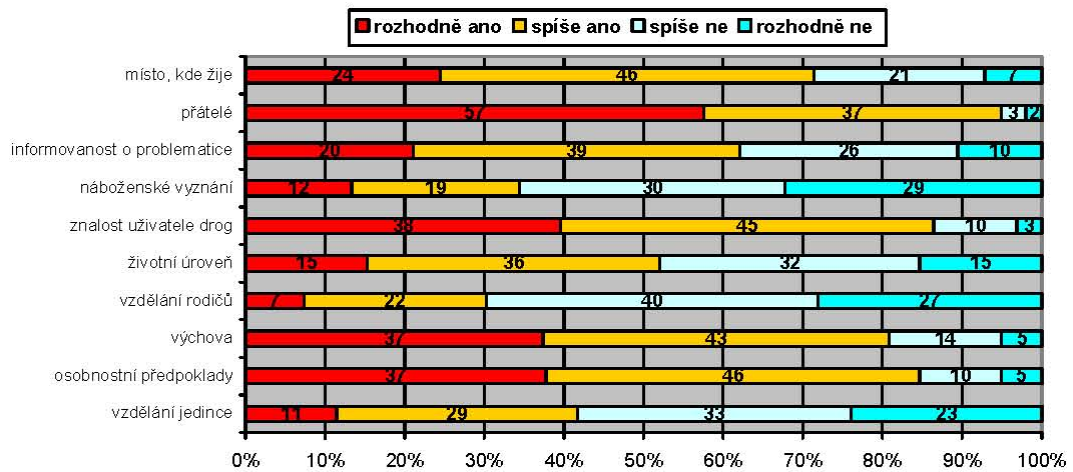
Jak autorka již výše uvedla, trendem posledních let na poli drogové scény je užívání současně nelegálních drog v kombinaci se substitučními látkami. Dalším velkým problémem je to, že se substituční látky, vlivem toho trendu, dostali taktéž na černý trh. Na základě tohoto faktu, se v poslední době objevují začínající narkomani, kteří si na černém trhu vlastně kupují legální látku a užívají legální látky, ke kterým se ovšem dostali nelegálním způsobem.

Mezi nejznámější organizace na nízkoprahové úrovni, které poskytují služby drogově závislým v Praze, jsou například Drop-in a Sananim. Obě tyto služby poskytují výměnné programy a mají svá Kontaktní centra.

Autorka by dále ráda uvedla graf, který ilustruje názory občanů na drogovou závislost (*Centrum pro výzkum veřejného mínění*, online, cit. 2014-0211), který zhotovil Sociologická ústav v roce 2009 formou dotazníku na více než jednom tisíci občanů starších patnácti let. Z toho grafu lze vyčíst názory občanů na problematiku drog a toxikomanů.

Z prvního grafu jasně vyplývá, že většina respondentů se shoduje na tom, že v tomto kontextu nejvíce začínající uživatele ovlivňuje jejich okolí čili přátelé a lidé, se kterými se stýkají.

Graf 1: Vliv různých faktorů na vznik drogové závislosti

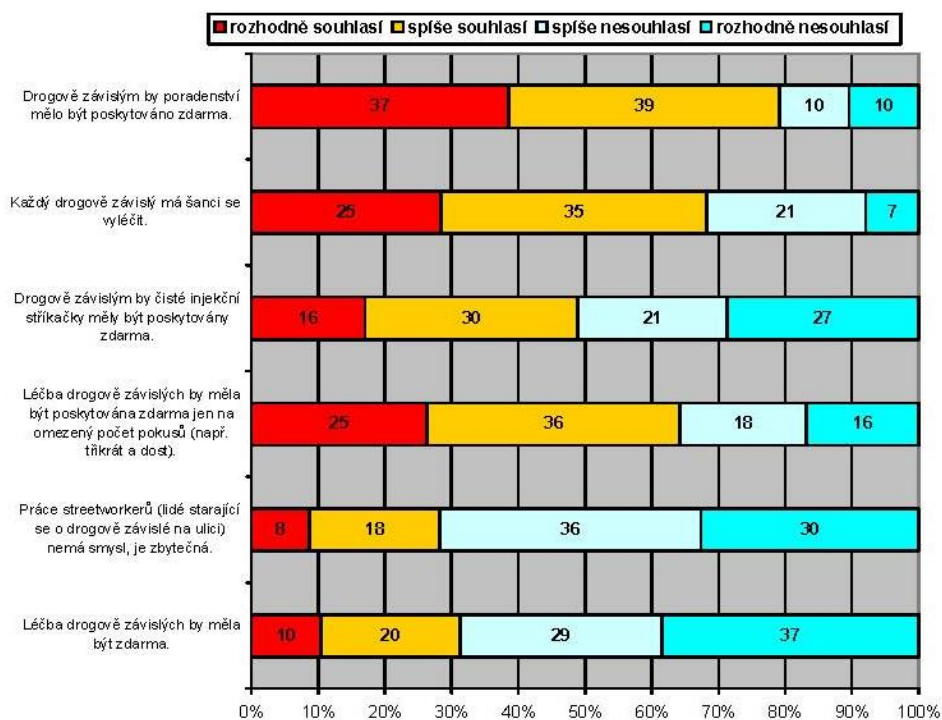


Pozn.: Dopočet do 100 % k hodnotám v grafu tvoří odpovědi „neví“.

Zdroj: Centrum pro výzkum veřejného mínění, online, cit. 2014-02-11

Druhý graf prezentuje názor respondentů na některé aspekty drogové závislosti. Z tohoto grafu vyplývá, že většina dotazovaných souhlasí s tím, že práce streetworkerů není zbytečná a má své místo, na druhou stranu je z grafu patrný jistý nesouhlas respondentů s tím, že poskytované služby jsou toxikomanům z větší části poskytovány zdarma. Podle autorčiny interpretace je taktéž zřetelné, že respondenti nejsou zcela v názorovém souladu. Například souhlasí s tím, aby poradenství bylo poskytováno zdarma (37%), ale zároveň se 27% respondentů vyjádřilo tak, že nesouhlasí s tím, aby výměnné programy zdarma probíhaly. Autorka si tento výsledek vysvětluje tak, že pod pojmem poradenství nevidí respondenti nic hmotného, tudíž se domnívají, že na tuto službu se vynakládají zanedbatelné náklady, kdežto pod injekčním materiálem si respondent vybaví věci hmotné, což pro něj může znamenat nákladné.

Graf 2: Názory na některé aspekty problematiky drogově závislých



Pozn.: Dopočet do 100 % k hodnotám v grafu tvoří odpovědi „neví“.

Zdroj: Centrum pro výzkum veřejného mínění, online, cit. 2014-02-11

Celkově autorka považuje tyto grafy za úspěšné, tedy znázorňující realitu. Z grafů vyplývá, že nejvíce jedince ovlivňují přátelé a lidé v okolí, a že v otázkách služeb jsou respondenti přístupní jistým službám zdarma, ale pouze do jisté míry a částky.

4. PRAKTICKÁ ČÁST

Vzhledem k tématu této bakalářské práce se autorka sama rozhodla absolvovat odbornou stáž, aby o svou práci podepřela vlastními poznatky. Autorka se rozhodla pro kvalitativní výzkum formou kazuistik a interpretací profesních zkušeností, protože jí tento způsob přišel pro čtenáře nejlépe srozumitelný, co do hloubky problému. Zároveň je praktický výzkum užitečný pro srovnání teorii a praxe. Autorka v listopadu 2013 absolvovala odbornou stáž v odborném zařízení Sananim o. s. Svou odbornou praxi autorka vykonávala na pobočce v Sokolské ulici v Praze, kde probíhá Externí terénní program a jednou absolvovala terénní práci, která obnášela sběr a distribuci injekčního materiálu, tedy práci streetworkera. Během stáže bylo autorce umožněno nahlížet do spisové dokumentace a interních materiálů zařízení, společně s individuální konzultací s pracovníky o. s. Sananim. Smyslem praktické části této práce je zjistit, jak probíhá vzdělávání toxikomanů v oblasti Harm reduction ve výše uvedeném zařízení. Níže autorka popíše, jak jeden z programů odborného zařízení funguje. Během zpracování praktické části autorka čerpala především z vlastního pozorování během účasti v programu a ze studia literatury, kterou jí pracovníci programu poskytli. Autorka dále práci doplnila o dvě kazuistiky klientů Externího terénního programu. Kazuistiky do práce autorka vložila především pro lepší dokreslení klientů těchto programů, ale zároveň pro ilustraci teoretické části práce a popis jednotlivých chmodelů. Následující část má zodpovědět otázky: Jak se jedinci k drogám dostali? Lze alespoň na tomto vzorku dvou klientů najít znaky toho, co zachycuje teorie drogové závislosti?

4.1 Terénní program

Terénní práci autorka práce absolvovala jednou, nicméně by tuto zkušenost ráda interpretovala. Dle Ministerstva práce a sociálních věcí (*Ministerstvo práce a sociálních věcí*, online, cit. 2014-01-16) má pojem terénní program tento význam: „*Terénní programy jsou služby poskytované osobám, které vedou nebo jsou ohroženy rizikovým způsobem života. Služba je určena pro problémové skupiny dětí a mládeže, uživatele drog, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny. Cílem služby je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života. Služba obsahuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje bezplatně.*“

Smyslem terénní práce v o. s. Sananim je především sběr a distribuce injekčního materiálu uživatelům drog. Terénní pracovníci vychází do terénu s batohem a brašnou s injekčním materiálem nezbytným pro uživatele drog jako jsou například jehly, sterilizační čtverečky, náplasti, vatičky (na filtraci drog), čistá voda (je balena v malých plastových lahvičkách), prezervativy, lubrikační gely, těhotenské testy a samozřejmě kontejner na použité jehly. Terénní pracovník vychází do terénu pravidelně a uživatelé drog a další lidé v tomto okolí již vědí, kdy a kde se pracovník pohybuje. Pokud klient potřebuje, má na terénního pracovníka telefonní kontakt a může se s ním individuálně domluvit.

Pro lepší monitorování drogových uživatelů a jejich registraci je během výměny klient dotazován na svůj kód, který je složen z prvních tří písmen křestního jména matky, dne narození klienta, prvních tří písmen křestního jména klienta a měsíce jeho narození (např.: autorčín kód by byl DAN03TER01).

Injekční materiál je pochopitelně poskytován i neregistrovaným uživatelům, kteří požádají o výměnu. Jsou to například uživatelé, kteří terénního pracovníka poznají podle kontejneru na použité jehly (žlutočervená plastová dóza) a kteří návykové látky užívají jen nárazově či rekreačně, kontaktují terénního pracovníka ojedinele nebo se registrovat nechtějí. Během výměny se počítá s pravidlem, že kolik klient dal jehel, tolik dostane zpět s tím, že může dostat maximálně o tři více. U ostatního materiálu jako jsou vatové tampóny, dezinfekce je distribuce na uvážení pracovníka.

Pro terénní pracovníky není již těžké vytipovat nebo poznat uživatele drog, někteří klienti si materiál mění dlouhodobě a s pracovníky se již znají, ale ke kontaktu nejlépe slouží kontejner na jehly, kteří narkomani již poznají jen a na základě něhož byla autorka především oslovována ze strany klientů.

Během terénní práce se autorka pohybovala na uzavřené drogové scéně, její trasa začíná na Karlově náměstí a okolí, kde se jedná především o sběr injekčního materiálu a poté se přesouvá na konečné stanice linky metra B což je Zličín, Luka, Stodůlky a okolí. Terénní práce je v těchto místech náročná především proto, že zde nedochází k velkému počtu kontaktů (během autorčiny praxi přibližně dvanáct kontaktů) a trasa je poměrně dlouhá. Druhá trasa, kterou obchází druhý tým pracovníků je Hlavní nádraží, Václavské

náměstí, vestibuly metra Muzeum, Můstek a blízké okolí. V této lokalitě dochází přibližně k 300 kontaktům.

4.2 Externí terénní program

Externí terénní program je zřízen v Sokolské ulici v Praze. Tato pobočka se skládá z místnosti pro klienty, kde si mohou uvařit kávu, čaj, najíst se, mohou si zde v pračce vyprat oblečení, je zde rádio a počítač, dále toaleta určená pro klienty. Místnost se zázemím pro pracovníky, sklad a místnost kde dochází k individuálním konzultacím s klientem. Externí terénní program je program, jehož náplň spočívá v tom, že sami klienti pracují jako externí streetworkeré na uzavřené drogové scéně (mění injekční materiál, šíří osvětu a informují).

Hned z počátku je důležité upozornit na pravidlo, že do toho programu vstupují klienti na pozvání ze strany pracovníků. Je zakázáno vodit na pobočku kamarády z vlastní vůle klienta apod. Pokud se pracovníci rozhodnou po domluvě pozvat nového klienta do programu (na základě referencí od současných klientů), koná se s ním úvodní schůzka, na které proběhne seznámení se s klientem (osobní, rodinná, sociální, zdravotní anamnéza), vysvětlení způsobu fungování programu klientovi (za tuto službu externích streetworkerů a za účast na schůzkách a plnění úkolů jsou klienti finančně ohodnoceni, seznámení ho s pravidly atd. Pro klidný a správný chod programu zde platí i další pravidla. Klient se nesmí dostavit bezprostředně po aplikaci návykové látky v silném intoxikovaném stavu (platí i pro alkohol), nesmí se chovat agresivně, být ohrožením pro ostatní klienty (hygienické a bakteriální ohrožení, vši atd.). Dále by autorka ráda uvedla několik pravidel, která jsou povinni klienti dodržovat. Jako sankce, za nedodržení nebo porušení pravidel následuje pozdržení vyplácení mzdy klientovi a nevpouštění ho do programu. Než se stane nový klient externím pracovníkem (dále jen „externák“) je potřeba, aby prošel přípravkou, která funguje hlavně proto, aby si pracovníci ověřili spolehlivost a funkčnost klienta. Přípravka pro „externáky“ probíhá každou středu od 12.30 (klade se důraz na spolehlivost a dochvilnost, toleruje se pouze patnácti minutové zpoždění, ideálně předem omluvené přes telefon) do 17.00. Do tohoto programu dochází i stávající „externáci“. Délka přípravky není přesně dána, ale většinou trvá alespoň pět setkání (asi pět týdnů). Zájemci o pozici „externáka“ si během každé přípravky vydělají 100 Kč jako odměnu. Obsah přípravky je následující. Během

příchodu klientů je jim nabídnuto jídlo a po obědě následuje hodina Vzdělávání, která trvá zhruba 45 minut. Během hodiny Vzdělávání je přítomna v některých případech i zdravotní sestra (záleží na tématu hodiny). Hodina Vzdělávání je zaměřena především na to, aby naučila budoucí „externáky“ jak užívat drogy s minimálním dopadem na zdraví.

Autorka se během účasti v tomto programu na hodinách Vzdělávání, které jsou určeny pro klienty, kteří již v Externím terénním programu jsou tak pro ty, kteří jsou v přípravě na „externáka“, dozvěděla jak správně drogu filtrovat, jak předcházet, rozpoznat a léčit endokarditidu, jaká je dostupnost, návaznost a přehled služeb a zařízení, které pomáhají drogově závislým. „Externák“ musí taktéž umět odkazovat na jiné služby a mít přehled, kdy a kde probíhá výměna injekčního materiálu, kde se nachází jaká zařízení a kde mu mohou pomoci s nějakým problémem. Tato hodina probíhá formou diskuse, kdy hlavní slovo má pracovník. Po hodině Vzdělávání následuje pauza a po ní následuje **pracovní terapie**, během kterých probíhají individuální konzultace. Během pracovní terapie klienti sáčkují materiál, který je následně rozdávám během terénní práce (třídění vatiček na filtraci, třídění náplastí atd.). Během individuální konzultace se řeší aktuální problém klienta, což je například obstarání občanského průkazu a jiných dokladů, jak na úkolech pracovat, kam se obrátit s tím, že úkol má být splněn do příští schůzky, což je za jeden týden. Pokud toto klient splní, při odchodu je mu vyplaceno sto korun. Podle rozhovoru s klienty došla autorka k závěru, že klienti navštěvují tento program rádi.

Pokud se klient již stane „externákem“, měl by jít příkladem nově příchozím tak i ostatním uživatelům ve svém okolí. „Externák“ se musí být dobře informován o dostupnosti služeb pro drogově závislé a být schopen je interpretovat, měl by šířit osvětu a učit závislé kolem sebe na co si dávat pozor a jak snížit rizika užívání drog. „Externák“ vykonává svou činnost na uzavřené drogové scéně (sběr a distribuce injekčního materiálu) a nekříží svou práci s profesionálními terénními pracovníky. „Externák“ dochází na pravidelné porady a supervize, za které je taktéž finančně ohodnocen do výše tří sta korun. Každý týden by měl přinést, alespoň tři sta použitých jehel, za které mu náleží odměna dvě stě korun). Po dohodě s pracovníky je možné, aby byl klientovi taktéž dobit kredit na telefon.

V programu je taktéž možná distribuce léčiv ze strany pracovníků směrem ke klientům. Jako jsou léky na bolesti, některé nemoci atd. Je zde i oblečení, o které mohou klienti požádat. Možnost si zatelefonovat atd. Základní podmínkou pro vyplácení finanční odměny a čerpání dalších benefitů je fungování v programu, plnění plánů, dochvilnost a spolupráce. Tento program je určen klientům, kteří mají užívání drog jako svůj životní styl, pohybují se na uzavřené drogové scéně, dokáží fungovat v rámci naplně programu. Tento program není ojedinělým v této oblasti⁷.

4.3 Vzdelávání toxikomanů v Externím terénním programu a Terénním programu

Autorka se během své odborné praxe v Sananimu setkala se vzděláváním toxikomanů a ráda by se této činnosti dále věnovala. Cílová skupina obecně v oblasti Harm reduction jsou dlouhodobí uživatelé návykových látek, kteří pojali tento styl života za vlastní.

Dlouhodobé užívání drog a s tím spojený životní styl si samozřejmě sebou nese následky, tedy změny nejenom fyzické, ale taktéž psychické. Psychické změny se týkají oblasti racionálně kognitivních psychických procesů, jako je vnímání, myšlení, paměť. Toxikomani často trpí neschopností soustředit se, mají problémy s dlouhodobou i krátkodobou pamětí, jejich realita bývá zkrácená. Z tohoto je patrné, že o klasickém vzdělávání, jak jej známe ze vzdělávacích institucí nelze hovořit. Stejně jako Harm reduction obecně tak i vzdělávání se musí přizpůsobovat klientovi a jeho potřebám. Celkově se musí přístup ke klientovi přizpůsobit. Vzdělavatel v tomto případě musí pochopitelně přizpůsobit účastníkům (toxikomanům) komunikaci, obsah a jeho šíři či hloubku, ale také prostředí, čas, formu, prostředky atd. Délka vzdělávání je pochopitelně předem naplánována, ale musí se přizpůsobit dynamice skupiny a aktuálnímu naladění, popřípadě podmínkám.

Vzdělávání v Externím terénním programu probíhá dvakrát týdně a každá hodina by měla být 45 minut dlouhá, během hodiny proběhne jednou přestávka. Během některých

⁷ O způsobu fungování těchto programů na stejné filosofii se lze například dočíst taktéž v příspěvku HRDINA, P., B. KORČIŠOVÁ. Terénní programy. In: Kalina Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003, 1. vydání, s. 160-161. ISBN 80-86734-05-6.

hodin Vzdělávání je téma pro účastníky atraktivní natolik, že hodina přesáhne svůj rámec a musí být tukončena vzdělavatelem. Některá témata, která nejsou pro účastníky tolik atraktivní, trvají času méně. Výběr témat na hodiny Vzdělávání se ve většině případů předem probírá s účastníky formou dotazů: „Které téma nebo problematika by vás zajímala?“. Často jej vzdělavatel vybere sám s ohledem na to, jaké informace by měli „externí“ znát. Zde je potřeba zmínit, že oblast informací, která účastníky zajímá je omezená a témata by se neměla často opakovat. Pro témata, která jsou zaměřena medicínsky, je přítomna zdravotní sestra, která pracuje v organizaci a specializuje se na zdravotní problematiku toxikomanů. Ostatní témata je schopen klientům vyložit pracovník programu. Je důležité zmínit to, že obsah Vzdělávání je určen přímo klientům Externího terénního programu, ale ti by měli být schopni jej interpretovat a tím v podstatě naplnit jeden z cílů Externího terénního pracovníka tj. šířit osvětu na uzavřené drogové scéně. Vzdělávání velmi často probíhá formou diskuse, protože je kladen důraz na to, aby získané informace byly dále interpretovány ve stejném smyslu a se stejným základem. Pochopitelně vzdělávání probíhá jak v rovině teoretické, tak i formou praktickou. Například během Vzdělávání na téma filtrace drog, vzdělavatel účastníkům názorně ukázal, jak se droga správně filtruje na kousku léku. Klienti mají o tyto vzdělávací hodiny zájem a často jsou pokládány otázky, které jsou zprostředkované neboli dotazy od třetí strany (klient z uzavřené drogové scény). Celkově by autorka hodinu Vzdělávání, ale i vzdělávání toxikomanů obecně hodnotila pozitivně. Vzdělání a praxe vzdělavatelů je dostačující a na dobré úrovni a účastníkům podávají veškeré potřebné informace. Když klient narazí na téma, ve kterém se vzdělavatel ne zcela orientuje je schopný jej odkázat na jinou službu apod. Důležitým faktorem je i pozitivní zpětná vazba ze strany účastníků (toxikomanů). Na druhé straně klienti reagují na podněty vzdělavatelů a diskutují o nich.

V Terénním programu probíhá vzdělávání spíše formou odpovědí na otázky popřípadě formou doporučení. Klienti v terénu nechtějí být dlouho viděni s pracovníkem. Jedná se spíše o dotazy kolem zdraví (Klient si Například stěžuje na bolest žil). Pracovník mu vysvětlí, že k bolestem možná dochází z důvodu špatné filtrace drog, kdy jsou žíly zevnitř mechanicky poškozovány a doporučí mu, aby používal během přípravy drogy více vatových tampónů nebo, aby navštívil Kontaktní centrum, kde mu dají filtrační tablety.

Ze studia odborné literatury, konzultací s pracovníky z oblasti Harm reduction autorka usuzuje, že podobnou formou vzdělávání probíhá i v jiných programech či zařízeních. Tedy, že je vzdělávání toxikomanů zaměřeno především na podávání praktických informací, na základě kterých se toxikoman dozví jak drogy aplikovat tak, aby co nejméně škodil sobě a svému tělu, ale i společnosti. Obecně lze říci, že proces vzdělávání v této oblasti je úspěšný. Například půjčování si injekční stříkačky, je v této době téměř ojedinělé a to nejenom díky výměnným programům, ale také díky tomu, že si jsou toxikomani vědomi rizik, která sebou toto jednání nese. Vzdělávací cíl v této oblasti tedy spočívá v informování a upozorňování.

Níže autorka doplní svou práci o dvě kazuistiky, se kterými se během odborné praxe setkala.

4.4 Kazuistiky

Kazuistiky dvou klientů autorka zpracovala na základě rozhovoru během odborné stáže v o. s. Sananim, kterou navštívila v listopadu 2013. Výběr těchto dvou klientů byl zcela náhodný a je založen především na osobních sympatiích a ochotě klientů s autorkou komunikovat. Během rozhovorů nebyli klienti bezprostředně po užití drogy, ale lze předpokládat, že některé skutečnosti si mohli klienti vymyslet či vynechat. Oba klienti byli informováni o této bakalářské práci, tedy v jakém kontextu budou jejich příběhy uveřejněny. Autorka s ohledem na ochranu osobních údajů pozměnila některé informace, ale příběhy klientů byly zachovány. První kazuistika popisuje situaci klientky Marcely, která byla po celý čas v Externím terénním programu velmi komunikativní a v rozhovoru byla otevřená. Jako druhou kazuistiku autorka zvolila nově příchozího klienta Josefa.

4.5 Kazuistika č. 1

1. Osobní údaje

Jméno: Marcela

Věk: 23 let

Občanství: ČR

Národnost: česká

Nejvyšší dosažené vzdělání: vyučena v oboru

První kontakt s drogou: 13 let

2. Osobní a rodinná anamnéza

Marcela se narodila do fungující rodiny. Otec pracoval jako automechanik a matka byla dělnice. Rodina bydlela v bytě na Jižním Městě v Praze. Marcela byla nejmladší ze tří dětí. Podle sdělení klientky byli rodiče skromní a pracovití, dětem se moc nevěnovali, ale výchovu nechávali především na nich samotných. Marcela má proto pocit, že jí vychoval především její nejstarší bratr Radim. Když bylo Marcele šest let, došlo v podniku, kde pracovala její matka k nehodě a její matka zemřela. Toto období popisuje Marcela jako nejtěžší. Rodina silně nesla ztrátu matky. Po pohřbu matky se situace ztížila o to více, otec tří dětí začal často pít alkohol. Marcela vlastními slovy popisuje: *„Bylo to jako bysme byli doma na dva tábory. Jako já, Bláňa, Ráďa a otec. Ráďa musel chodit po škole a o víkendech na brigády, stejně tak Bláňa, protože veškerý peníze fotr prochlatal. Občas to bylo tak hustý, že mu vejplata nestačila a pak doma zmizel třeba mamky růžovej servis z porcelánu, mixér a tak. Nikdy nezapomenu na ten děsnej haluz, když sem šla ze školy a ve výloze bazaru sem viděla ten porcelán. Doma jsem to hned řekla Ráďovi a ten se zachoval jako strašnej chlap, vzal peníze, co si šetřil na nový kolo a šel ten porcelán vykoupit. Blanka ho doma schovala do váleudy, aby ho otec nenašel a zase neprodal. Fotra jsem v tý době totálně odsoudila a byl pro mě mrtvej.“* Otcovo chování k rodině a domácnosti bylo pro děti ohrožující, ale přesto stále zvládal chodit do zaměstnání. Marcela popisuje, že některé dny byly těžké, ale střídaly se s obdobím, kdy se otec choval zase jako táta a o děti se zajímal. Otec sice rodinu zanedbával, ale ta i přes uvedené problémy, dle slov klientky, dokázala svépomocí fungovat.

Zhruba v v jejích deseti letech se rodina musela přestěhovat z Jižního Města na pražský Žižkov. Tato situace měla sice dobrý vliv na rodinu, ale špatný na Marcelu. Otec rodiny si krátce po přestěhování našel zaměstnání ve svém oboru a v nové práci se seznámil se ženou, která byla rozvedená, bezdětná a pracovala jako účetní. Nová macecha s dětmi vycházela velmi dobře a měla k nim především kamarádský vztah. Největší vliv ovšem měla na otce, který přestal pít alkohol, splatil dluhy spojené s pitím a začal se věnovat své nové partnerce a rodině. Zhruba po roce známosti s novou partnerkou přišel pro Marcelu největší šok a to sice ten, že se její straší brat Radim rozhodl od rodiny odstěhovat a žít sám. V té době byla Marcela na bratra rozčilená, že jí chce opustit, ale teď zpětně jej Marcela naprosto chápe: „*V té době jsem byla fakt nasraná, proto sem si myslela, že je to zrada a k Rád'ovi jsem měla strašně dobrou vztah a on ke mně a představa, že už s náma nebude, mě totálně ničila. Jenže až teď jsem to pochopila a spíš se divím, že neutekl dřív. Mně bylo tenkrát asi jedenáct a jemu dvacetdva, byl vyučený kuchař a strašně ho to bavil a myslím, že byl i dobrou, že když jezdil na nějaký soutěže, většinu to vyhrál nebo byl druhý, takže fakt šikovnej kluk. Místo toho, aby vypadl, hned jak to půjde, chodil na brigády a tak, abychom měli peníze na jídlo, když otec vejplatu propil. Asi nás chtěl zachránit, a když pak viděl, že se otec srovnal a našel si ženskou, která byla rozumná a chovala se k nám fakt fér. Tak myslím, že mu došlo, že až teď může vylítnout z hnízda bez sebemenšího černého svědomí a tak a že o mě bude dobře postaráno. Když se odstěhoval tak to bylo divný, ale občas za náma přišel se mrknout, ale pak si našel nějakou holku a pořídil si vlastní rodinu a měl jiný starosti. Naposled sem o něm slyšela asi před rokem, že má auto, byt, rodinu a má svoji hospodu někde na okraji Prahy, Strašně mu to přeju a doted' děkuju, že se na nás nevykašlal a vlastně nahradil hlavu rodiny.*“ Zanedlouho po odchodu bratra oznámila otcova partnerka, že je v jiném stavu což Marcela nesla rozporuplně. Byla ráda, že je otec opět zpět v životě a je šťastný, ale zároveň se cítila ohrožená novým přírůstkem do rodiny.

Po narození nevlastní sestry Alžběty se odstěhovala starší sestra Blanka z domácnosti za svým přítelem. Se starší sestrou, neměla Marcela až tak blízký vztah a o Blance bohužel nemá žádné informace. S narozením nového sourozence přišlo to, čeho se Marcela bála, a to sice, že začne být upřednostňované novorozeně. Marcela se tímto dostává k začátkům užívání návykových látek, které dle ní odstartovala frustrace z narození sestry. „*Tak mě štvalo, že jsem jim doma jedno. Bylo mi třináct a začala jsem koukat po*

klukách a jeden se mi fakt líbil. Jmenoval se Václav, bydlel kousek od nás a tehdy jsem ho viděla jako strašnýho chlapa. Byl o pět let starší, bylo mu osmnáct, kouřil, měl koženou bundu, naušnici v uchu a s každým na Žižkově se zdravil a byl děsně oblíbenej. Bylo mi jasné, že takový ucho jako já ho nemůže zajímat, tak jsem si koupila podprsenku, začala se malovat a hlavně kouřit, protože to bylo v té době takový znamení dospělosti. Si pamatuju, že jsem byla jen tak se poflakovat venku a potkala sem Vencu a byla jsem šíleně mimo, že mě pozdravil a zeptal se jestli s ním nepůjdu na pivo.“ Marcela dále popisuje, že období mezi třinácti a osmnácti lety bylo velmi bouřlivé. S Václavem se brzy sblížila, a aby si udržela jeho pozornost, musela udržet krok s novým přítelem. Z počátku s ním začala kouřit marihuanu, poté přišlo období, kdy kombinovala různé léky, které jí navozovaly takové nálady, jaké si sama namíchala. V Marceliných patnácti letech přišel zlom, kdy poprvé viděla, svého tehdy dvacetiletého přítele Václava, nitrožilně užít pervitin. *„Tak jasně jsem se nejdřív bála toho, co s ním bude, ale když se pak dostal do super nálady a byl úplně šťastnej tak jsem chtěla taky.“* Na otázku jestli si doma nevšimli, že Marcela bere návykové látky a žije poměrně nezřízený život odpověděla: *„Tak doma byli totálně mimo z Alžběty. Líтали kolem ní, a já se chodila domů jen vyspat vlastně a hlavně si myslím, že sem to uměla i dobře skrejt a když jsem byla moc, zavolala sem domů, že spím tam a tam a otec mi věřil. Takže doma by je asi ani nenapadlo, že se něco děje, do školy jsem zvládala chodit tak na to neměli jak přijít.“* Marcela dále vypráví, že na učňovské škole kam chodila na obor cukrářka, bylo více lidí, kteří užívali drogy, ale že i tak školu zvládala, sice s horším prospěchem, ale vždy zvládla přejít do dalšího ročníku. Během studia učňovské školy Marcela třikrát týdně užívala pervitin zhruba do jejích sedmnácti let. Přiznává, že společně s tímto kouřila marihuanu a občas brala některé léky. V osmnácti letech poprvé zkusila společně s přítelem heroin, který, ale krátce poté brát přestala a vrátila se k pervitinu. *„Ejč mě moc nebral tak jsem se vrátila k peří. Učňák jsem nějak udělala a do práce se mi moc nechtělo. Venca byl takovej, že měl krátkodobé práce, chvíli dělal hlídače, skladníka, uklízel a střídal to, ale i tak měl čas lítat za fetem a tak a to se mi líbilo. Docela průser bylo, když jsem zjistila, že sem v tom. Spala sem jen s Vencou tak to bylo jasné a byla jsem trochu vháji z toho, protože jak sme furt měli nekonečnej mejdan a fety tak sme na to neměli chuť a spali sme spolu třeba jednou za měsíc. Když sem šla na gyndu tak tam na mě ta doktorka poznala, že v něčem jedu, to je jasné.“*

Marcela dále podává situaci trochu zmateně a nejasně a nechce se o období těhotenství a porodu moc bavit. Zmiňuje jen, že se s ní Václav rozešel a ona odešla z domu a bydlela u kamarádky v bytě. Dítě si chtěla nechat, vychovat a přestat brát drogy, protože měla stále pocit, že je užívá spíše rekreačně než pravidelně. Bohužel měla během těhotenství několik marných pokusů o abstinenci, ale lékařka jí doporučila, spíše dávku snížit než tělo vystavovat abstinenci. *„Během toho co sem čekala dítě, sem perník spíš šňupala a střílila si to fakt jen párkrát, když sem měla nějaký krize. Samozřejmě se o mě zajímala sociálka a navíc otec tehdy nějak zjistil, že fetuju a sem těhotná a místo, aby mi pomohl, totálně se ke mně otočil zády a hrál si na šťastnou spokojenou rodinu s tou jeho ženkou. Pak přišel porod, a když mi to dítě ukázali, byla jsem fakt hotová, že ze mě vyšlo něco tak čistýho a svatýho, a měla jsem tehdy strašnou chuť se všim seknout a být jen s tím růžovým miminem. Byl to kluk a dala jsem mu jméno Adam, protože jsem nikdy žádnýho Adama neznala a nechtěla sem, aby mi jeho jméno někoho připomínalo.“* Po porodu měla Marcela několik neúspěšných pokusů o abstinenci, ale čím delší dobu byla bez dítěte, které jí brzy sociální pracovníci na nařízení rozhodnutí soudu odebrali, dokud nebude schopna se o něj sama postarat, tím více se snižovala motivace k ukončení užívání drog. *„Stejně bych to dítě nezvládla. I kdybych přestala, kde by jako bydlelo? Po squatech se mnou? A to dítě potřebuje každý den jíst a čistý věci a tak a to bych stejně nezvládla, takže vlastně fet to dítě zachránil přede mnou.“* Marcela vidí celou situaci takto.

Svůj příběh končí tak, že od této doby pravidelně užívá pervitin, Subutex, který kupuje na černém trhu, nárazově heroin. Partnera nehledá, našla si pouze kamarádku, se kterou bydlí po squatech nebo venku. Peníze na drogy získává především díky drobným krádežím, občasnou brigádou a v posledních dvou letech se přiznává k občasné prostituci, kdy praktikuje pouze orální nebo anální sex, protože má strach z dalšího těhotenství.

3. Sociální anamnéza

Marcela měla díky smrti matky a alkoholismu otce poměrně složité dětství, ale díky staršímu bratrovi se rodina po smrti matky nerozpadla a zvládla fungovat dál. Otec pracoval jako automechanik a po přestěhování si našel novou partnerku, se kterou založil novou rodinu. Starší sourozenci Marcely odešli z rodiny a osamostatnili se. Po narození nového sourozence se cítila Marcela ostrčená a tyto pocity si začala

kompenzovat užíváním návykových látek. I během užívání drog zvládla dokončit základní školu bez větších problémů a vyučit se v oboru cukrářka, čemuž se bohužel nikdy nevěnovala, protože krátce po vyučení otěhotněla a po nezdařených pokusech o svěřením dítěte do péče se vrátila k užívání drog. V současné době pobírá dávku v hmotné nouzi a využívá některých služeb sociální pomoci. Navštěvuje Externí terénní program Sananim, kontaktní centra a využívá služeb výměny injekčního materiálu. Bydlí po squatech, kamarádech a v létě venku v zahrádkářských osadách.

4. Zdravotní anamnéza

Marcela začala kouřit ve třinácti letech a krátce na to začala experimentovat s marihuanou. Vlivem prvního partnera experimentálně zkusila téměř všechny dostupné drogy. V době kdy otěhotněla, snížila užívání návykových látek na minimum, jak sama usuzuje. Po několika nezdařených pokusech o abstinenci, kvůli narozenému synovi situaci vzdala a drogy začala užívat pravidelně. V současné době užívá pervitin, Subutex a v některých obdobích heroin. Kouří zhruba krabičku cigaret denně. Má o sebe strach, bojí se o své zdraví, ale rozhodně zdraví nebere jako důvod proč zanechat užívání drog. Je pozitivní na žloutenku A i B, byla léčena na některé pohlavní choroby a je negativní na virus HIV.

5. Současný stav

V současné době se Marcela nárazově živí prostitucí a krádežemi. Je spokojená se svým současným stavem, s tím jak žije. Občas jí napadá, že by ráda žila normální život s partnerem, měla zaměstnání, běžné starosti, ale cesta k tomuto je dle Marcely tak těžká, že raději bude užívat drogy dál a starat se jen o sebe. V Externím programu se stala členem zhruba v červenci a všichni jsou s její prací spokojeni. Službu navštěvuje ráda a rozhodně se dokáže chovat tak, aby to pro ni mělo jak krátkodobé, tak dlouhodobé výhody. Pohybuje se především na uzavřené drogové scéně a bydlí ve squatech a chatkách. Vzhledem k tomu, že je žena navázalo se na ni i několik začínajících narkomanek a ke sterilnímu injekčnímu materiálu se dostávají přes Marcelu.

6. Prognóza

U Marcely je velice těžké odhadnout vývoj situace, jelikož se občas zajímá o možnosti abstinence a různé služby, které by jí s tímto pomohly. Jednu chvíli mluví o tom, že by

chtěla s užíváním přestat a žít normální život, ale větu většinou zakončí tím, že drogy jsou silnější než ona. Marcela na autorku působila poměrně pasivně a laxně k situaci užívání drog. V Marcele není dostatečná motivace k trvalé abstinenci a autorka usuzuje, že by měla silné sklony k recidivě. Vzhledem tomu, že v poslední době začala provozovat prostituci pro získání peněz na drogy, nelze očekávat její pozitivní vývoj do budoucna.

7. Vzdělávání

Marcela úspěšně absolvovala základní školu a po ní nastoupila na učební obor, který úspěšně ukončila s výučním listem cukrářky. V Externím terénním programu je přibližně půl roku a především se zajímá o téma spojená se zdravotní stránkou a o to, co vše může udělat pro to, aby užívání drog zanechala na jejím těle co nejmenší následky. Marcela má přehled o tom, u jakého lékaře má nárok o preventivní prohlídku a těchto služeb využívá.

4.6 Kazuistika č. 2

1. Osobní údaje

Jméno: Josef

Věk: 31 let

Občanství: ČR

Národnost: česká

Nejvyšší dosažené vzdělání: základní

První kontakt s drogou: 16 let

2. Osobní a rodinná anamnéza

Josef byl pozván do Externího terénního programu 21. 11. 2013. Na základě rozhovoru byla zjištěna jeho anamnéza. Během hovoru autorka přišla na několik nesrovnalostí nebo nejasností v anamnéze.

Josef vyrůstal v Praze společně s rodiči a o šest let starším bratrem zhruba do patnácti let. Své dětství popisuje jako klidné a šťastné. Rád vzpomíná na dovolené s rodiči, výlety do přírody s otcem a bratrem. Velkou část svého života věnoval cyklistice, jak rekreační, tak závodní. I dnes myslí na to, že by se k tomuto sportu rád vrátil. Nevzpomíná si na hádky mezi rodiči ani rodinné problémy. Do školy Josef chodil rád. Výuka jej sice moc nebavila, ale byl rád s ostatními dětmi. Jeho výsledky ve škole byly spíše průměrné. Čím byl Josef starší, tím více čas věnoval cyklistice a svým zálibám než škole, ale sám si nevzpomíná, že by měl neomluvené hodiny apod. Výchovu svých rodičů popisuje tak, že matka byla spíše v ústraní, a veškeré rozhodování nechávala na otci. Otcova výchova fungovala na principu cukru a biče. Vzpomíná si, že s bratrem nikdy nic neměli zadarmo. Otce velmi respektoval a bral jej jako spravedlivého muže. K jeho vztahu s bratrem pouze řekl, že si nikdy nebyli blízcí a nebylo mezi nimi sourozenecké pouto.

Josefova matka byla ženou v domácnosti a starala se o chod rodiny a děti, otec zabezpečoval finanční stránku. Byl soukromým podnikatelem v oboru služeb a elektroniky. Josef popisuje, že se otci vždy dařilo a díky tomu je bral na dovolené po Čechách i zahraničí. Když bylo Josefovi čtrnáct let, jeho rodiče se rozhodli, že mají

našetřeno dost peněz a splní sen pořídít si za Prahou svůj vlastní dům a odejít z pražského bytu. Josef byl rád, že budou mít dům se zahradou, ale zároveň nechtěl opustit své kamarády, své zázemí a odstěhovat se někam kde nikoho nezná, ale musel se podřídit rodičům. Rodina koupila dům v okolí Buštěhradu (kousek od Kladna). Zde je Josefův příběh nejasný, ale zřejmě jeho otec podepsal smlouvu na dům a zahradu. Tato smlouva obsahovala další podmínky, na základě kterých musela rodina splácet vysoké částky. Nastalo období, kdy se otci přestalo dařit v zaměstnání, a rodinu postihla krize. O této situaci Josef mluví jako o důvodu, proč poprvé drogy zkusil. Po velice krátké době rodina neměla peníze, aby se o dům starala a nesla sebou všechny závazky ve smlouvě. V této době otec pod nátlakem situace spáchal sebevraždu. Josef to popsál tak, že jej našel pejskař mrtvého ve křoví. Josef má otci za zlé, že nenechal dopis na rozloučenou, vysvětlení a nechal jeho, bratra i matku samotné. Sebevražda jeho otce dohnala Josefa do situace, kdy si nevěděl rady, co bude dál a co dělat. Zůstali pouze s matkou, neměli peníze. Josef v této době začal kouřit marihuanu a pít alkohol. Bylo mu šestnáct let.

Velmi krátce na to museli dům opustit a vrátit se do Prahy. Matka našla byt na sídlišti Prosek v Praze a musela začít pracovat jako pokojská v hotelech, aby se užívala. V této době se Josefův bratr rozhodl, že již s rodinou nechce mít nic společného a začal bydlet sám. Bratr je vyučen v oboru kuchař číšník, našel si práci, byt a od rodiny se naprosto distancoval. V Praze začalo období, kdy se Josef setkal s tvrdšími drogami, na sídlišti se seznámil s partou lidí, která se pohybovala kolem drog. Přestal užívat marihuanu a začal inhalovat heroin (zahříváním na alobalu). Sám řekl, že si myslí, že toto byl poměrně velký krok, přejít od kouření marihuany hned na heroin, ale díky stavům, které po užití měl, nemyslel na sebevraždu otce. Po dokončení základní školy Josef nastoupil na obor automechanik, ale do školy téměř nechodil a nebavila jej. V jeho sedmnácti letech poprvé užil heroin injekčně. Popisuje, jak pro něj bylo těžké sám sobě drogu injekčně aplikovat, ale síla zážitku po nitrožilním užití byla tak silná a ohromná, že tento strach brzy překonal. V této době užíval nitrožilně heroin zhruba dvakrát týdně. Bohužel díky jeho snaze dostat se k penězům na drogy byl v osmnácti letech odsouzen odnětím svobody po dobu tří let. Z Josefova vyprávění není moc zřejmé, jaký trestný čin spáchal.

V době výkonu trestu drogy neužíval. O období výkonu trestu nechtěl moc mluvit, pouze zmínil, že by to nikomu nepřál. Po opuštění věznice, v jednadvaceti letech se seznámil s jeho současným nejlepším kamarádem Kamilem. Nechtěl se vracet k matce do bytu, i když měli dobré vztahy, chtěl bydlet sám, být nezávislý a také jí nepřidělovat problémy. Přijal tedy nabídku bydlení od kamaráda Kamila, který měl byt na Vinohradech a měl volný pokoj. Krátce po nastěhování zjistil, čím se Kamil živil, a to sice vařením pervitinu. Zhruba po dobu dvou měsíců se Josef od tohoto zcela distancoval. V této době se snažil brigádně pracovat, žít slušně, ale bohužel se v jejich bytě stále pohybovali toxikomani, netrvalo dlouho a Josef začal užívat pervitin. Zde se opět Josef zamotává a neumí vysvětlit, za jakých okolností byl odsouzen na odnětí svobody ve věku dvaadvaceti let na šest let nepodmíněně.

Ve výkonu trestu opět neužíval návykové látky. Během pobytu ve vězení měla jeho matka mrtvici, následkem čehož ochrnula na celou levou půlku těla. V současné době je schopná se pohybovat pouze o berlích, ale je více méně soběstačná. Když byl dotazován, zdali matka pobírá nějaký druh dávky, nebo v jakém je stupni invalidity, nebyl schopen odpovědět a odsekával tím, že jí údajně vše sebrali. Josef se stal matčíným opatrovníkem a pobírá příspěvek na péči. Po návratu z vězení začal bydlet Josef v opuštěných zahrádkářských chatičkách, ve stanech u tratí apod. V současné době bydlí s kamarádem v prázdné mělké studni, odkud mu nedávno vše odcizili, a tak se snaží sehnat nové deky a oblečení, aby v noci neumrzl. Pracuje jako myč oken u aut, co stojí na křižovatce. Naprosto odmítá to, že by kradl. Partnerku nemá, ale do budoucna by chtěl, to chce ovšem už být čistý od drog, jak sám uvádí. Je jedním z uživatelů, který využívá služby pro toxikomany, jako jsou kontaktní centra a poradny. Na tyto služby nahlíží velmi kladně a je velmi vděčný všem pracovníkům, kteří mu poradí nebo pomohou. Josef se pohybuje na rozmezí otevřené a uzavřené drogové scény, proto je vhodný m kandidátem stát se externím terénním pracovníkem.

V komunikaci je poměrně otevřený, má dobrou slovní zásobu a orientuje se v realitě a čase.

3. Sociální anamnéza

V dětství byl poměrně dobře zabezpečen díky otcovu podnikání, po otcově sebevraždě se situace rodiny obrátila. V momentě, kdy ukončil druhý výkon trestu a jeho matka

ochrnula, stal se jejím opatrovníkem a pobíral příspěvek na péči a zároveň na hmotnou nouzi. Během podzimu 2013 mu byly odcizeny doklady včetně rodného listu, což mu znemožnilo vyplácení dávek. Situace byla o to složitější, že ani jeho matka nemůže najít svůj rodný list a tak se vyřizování nových dokladů poměrně zkomplikovalo. Situace je v současné době v řešení. Je potřeba, aby si Josef našel nového kurátora, protože jeho předešlý je již v důchodu. Bylo mu doporučeno, aby si nové doklady uchoval u kurátora pro případ další ztráty. Jeho matka v současné době žije na ubytovně, kam za ní Josef údajně chodí každý den a pomáhá jí. V tuto chvíli je stěžejní, aby si znovu zařídil nové doklady, protože bez dokladů nemůže nic dělat. Jeho bratr se od rodiny zcela distancoval a nekomunikuje jak s Josefem, tak ani s matkou. Josef o něm ví pouze to, že pracuje jako číšník v restauraci v centru a má velký byt. Josef je smířen s tím, že bratr nekomunikuje s ním, kvůli užívání drog, ale má mu za zlé, že nekomunikuje ani s matkou.

4. Zdravotní anamnéza

V současné době si Josef nejvíce stěžuje na bolesti zubů a časté nemoci jako je kašel a rýma. Vzhledem k tomu, že v současné době bydlí a spí venku, hrozí, že přes zimu by se mohly objevit omrzliny a nemoci spojené s podchlazením. Na žloutenku byl naposledy testován zhruba před dvěma lety a výsledky byly negativní. O současném stavu nic neví. Byl testován na HIV s negativním výsledkem, stejně tak i na pohlavně přenosné choroby. Udává, že pohlavní styk měl pouze několikrát. Nemá žádná zranění, která by vyžadovala lékařské ošetření, ale občas jej bolí koleno, které si v mládí poranil při cyklistice. Sprchovat se chodí dvakrát týdně.

V době přijetí do Externího terénního programu je uživatelem marihuany, pervitinu, Subutexu a nikotinu.

5. Současný stav

Do Externího terénního programu Josef přišel, protože by chtěl přestat užívat drogy. Život toxikomana jej nebaví a drogy mu ze života berou daleko více věcí, než dávají. Chtěl by si najít práci, kde si vydělá dostatek peněz na to, aby mohl žít s matkou v bytě a časem si najít přítelkyni. Není spokojený se svým životem, a když se snaží plánovat budoucnost, chce v ní být bez drog. Byl do programu pozván především proto, že často již členy programu doprovázel při externí terénní práci a byl z jejich strany kladně

hodnocen. Bohužel z rozhovorů s Josefem je sice patrné, že je ze života s drogami unavený, ale zároveň zřejmě nemá dostatečně silnou motivaci proto, aby přestal a nedošlo u něj opět k recidivě. V listopadu 2013 užívá pervitin a Subutex, který kupuje na černém trhu. Je poměrně motivovaný, když má splnit zadaný úkol, ale vnitřní motivace není příliš veliká.

6. Prognóza

Je poměrně složité odhadnout vývoj Josefovy situace. Vzhledem k jeho minulosti pro něj není těžké abstinovat, ale tento stav udržet. Josef by se rád zbavil závislosti, ale je zde velké riziko recidivy. Motivací pro něj může být jeho matka, o kterou by se rád staral a společně s ní bydlel. Má mnohé pracovní zkušenosti, takže by se na trhu práce mohl uplatnit. Do programu nastoupil nedávno a je zcela na něm, jak s touto pomocí naloží.

7. Vzdělávání

Josef má dokončené základní vzdělání. Na střední školu nastoupil a chtěl se vyučit v oboru automechanik, jedním z následků užívání drog je i to, že učební obor nedokončil. Velmi těžko shání práci a je odkázán na tu manuální. Během jeho první návštěvy v Externím terénním programu proběhla hodina Vzdělávání, která se zabývala dostupností a spektrem služeb pro toxikomany. V této oblasti je Josef dobře informovaný a věděl, kde se jaká služba nachází, kde mu poskytnou výměnu jehel, kde je jaké Kontaktní centrum. Během dalších takových hodin by se Josef rád zaměřil na problémy, které se ho týkají osobně, například na jeho oslabený imunitní systém.

4.7 Závěr praktické části

Podkladem pro praktickou část této práce bylo především absolvování odborné stáže ve výše uvedených programech samotnou autorkou. Autorka čerpala nejvíce z vlastního pozorování, rozhovorů s klienty, ale i s pracovníky programů a z interních dokumentů, které jí byli zpřístupněny.

V první části autorka interpretovala vlastní reflexi ze stáže, kde podrobně popsala své zkušenosti a fungování programu. Na základě těchto informací autorka hodnotí Externí terénní program i terénní práci velmi kladně. Fungování těchto programů je propracované a smysluplné. Stejně tak velmi kladně hodnotí pracovníky těchto programů, kteří jsou odborně vzděláni pro tuto profesi, ale stejně tak s tímto korespondují jejich osobnostní předpoklady. Pracovníci se dále vzdělávají formou seminářů či školení. Stejně tak pracovníci velmi dobře komunikují a spolupracují s jinými, i konkurenčními, službami což jen potvrzuje, že v této oblasti mají služby totožné cíle, tedy snížit dopady závislosti, pomoci, a již nekladou důraz na to, kdo toto vykoná. Služby podléhají jistým standardům kvality a jsou všem klientům poskytovány stejnoměrně a ve stejné kvalitě.

V druhé části autorka zpracovala dvě kazuistiky klientů Externího terénního programu, na kterých chtěla nejenom ukázat vzorek klientů, kteří službu navštěvují, ale taktéž do jisté míry podložit teoretickou část této práce. U obou klientů se shodují okamžiky, kdy došlo k prvním experimentům s drogami, což byla doba jistého vnějšího i vnitřního tlaku na oba jedince, krize či neobvyklá událost, snaha oddálit komplikace nebo se jim vyhnout. Do kazuistik autorka zahrнула i přímé citace klientů.

ZÁVĚR

Autorka se během zpracovávání bakalářské práce setkala s dostatečným množstvím literatury a odborných zdrojů, pro jejich množství se autorka nedostala k zahraniční literatuře a čerpala pouze ze zdrojů, které pro ni byly nejvíce srozumitelné. Jediným úskalím byla odbornost některých zdrojů ze stránky lékařské či farmaceutické. Pro někoho, kdo se chce o danou problematiku zabývat je v oblasti tohoto tématu široké spektrum zdrojů.

Největší přínos autorka přikládá absolvování odborné praxe k zvolenému tématu, které jí dalo především možnost pozorovat rozdíly mezi teorií, kterou udává literatura a praxí. Teorii v této oblasti praxe pouze potvrzuje, ale komunikace s touto cílovou skupinou je natolik individuální a specifická, že ji nelze v odborné literatuře dostatečně popsat a pracovník v této sféře musí velmi sázet také na svou osobnost, intuici a praxi. Stejně tak vidí autorka veliký přínos ve vlastním kontaktu s cílovou skupinou a pracovníky v tomto oboru. Autorka zde nabrala několik významných profesních i osobních zkušeností. Po profesní a odborné stránce autorka vidí veliké pozitivum v absolvování terénní práce, kde se pohybovala na uzavřené drogové scéně a stejně tak přikládá význam osobním konzultacím s pracovníky této služby a možnosti nahlédnout do spisové dokumentace zařízení.

Autorka si během zpracovávání bakalářské práce ujasnila fakta, která jí nebyla do té doby zcela známa (vliv některých drog, jak se droga aplikuje apod.). Autorka usilovala o to podat celistvou a srozumitelnou zprávu o vývoji drogové scény a objasnit tak základní informace z drogové problematiky. Jako velmi přínosnou lze shrnout praktickou část této práce, během jejíhož zpracování si autorka sama ověřila, jak dobře funguje Externí terénní program v o. s. Sananim. I přesto, že práce s touto cílovou skupinou je pro pracovníky velmi psychicky i fyzicky náročná, vždy se dají nastavit taková pravidla, která umožní chod tohoto programu.

Jako cíl své závěrečné práce si autorka zvolila charakteristiku vývoje současné drogové scény se zaměřením na dlouhodobé uživatele a popis vzdělávání toxikomanů v oblasti Harm reduction. Tento cíl považuje autorka za úspěšně splněný. V části teoretické se snažila dostatečně popsat pojmy Harm reduction, toxikoman a drogová scéna. Výsledky, ke kterým autorka došla, vypovídají o dobré úrovni služeb v oblasti Harm

reduction, především se zaměřením na o. s. Sananim a služeb, které autorka navštívila. V Praze je dostatečné množství organizací a služeb zabývajících se touto problematikou tak, aby spolu dokázali i vzájemně kooperovat a pokrýt celý servis této oblasti. Stejně tak autorka usuzuje, že na základě vlastní zkušenosti lze říci, že vzdělávání toxikomanů je na dobré úrovni, opět s odkazem na navštívené služby. Ze situací, se kterými se autorka setkala, pozitivně hodnotí kvalitní a srozumitelné podávání informací ze strany pracovníků směrem ke klientům, ale i pozitivní reakce ze strany toxikomanů. Klienti se aktivně zapojují do diskusí, o problematiku správného užívání návykových látek se zajímají a v této problematice se velmi dobře orientují. Klienti i přes své rizikové chování k sobě samým se velmi zajímají o to, jak zmírnit dopady užívání návykových látek na své tělo a dokonce aktivně využívají možnosti preventivních prohlídek u lékařů nebo testování na přítomnost nemocí v těle. Celkově by autorka Externí terénní program a terénní práci zhodnotila jako velmi přínosnou.

V praxi by se tato práce dala uplatnit pro studenty oboru sociální práce či adiktologie, kteří chtějí působit v tomto odvětví. Stejně tak by mohla být doporučena všem, kteří pracují v poradenských službách a mají možnost se setkat s klienty, který patří do této cílové skupiny. Dále by se dala část této práce využít, jako brožura zachycující Externí terénní program a terénní práce. Pro další výzkum by autorka navrhovala navštívit další zařízení zaměřující se na tyto služby a výsledky společně porovnat.

Autorka se domnívá, že dané cíle splnila. Během zpracování závěrečné práce nenarazila na žádné závažnější problémy, které by jí její tvorbu komplikovaly.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Česká literatura

BÉM, P., KALINA, K. a RADIMECKÝ, K. Vývoj drogové scény a drogové politiky v České republice. In: Kalina Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003, 1. vydání, s. 33-39. ISBN 80-86734-05-6.

BROŽA, J.. Včasné a krizové intervence: Poradenství u uživatelů drog (se zřetelem na terénní a kontaktní práci. In: Kalina Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003, 1. vydání, s. 269-274. ISBN 80-86734-05-6.

HRDINA, P. Včasné a krizové intervence: Harm reduction – snižování poškození drogami. In: Kalina Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003, 1. vydání, s. 263-267. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. Léčba drogově závislých. In: *Drogy ze všech stran II. Sborník příspěvků o drogové problematice*. Praha: Institut Filia, 2000.

Kolektiv autorů SANANIM. *Drogy: otázky a odpovědi: příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese*. 1. Vydání. Praha: Portál, s. r. o., 2007. ISBN 978-80-7367-223-2.

LIBRA, J. Nízkoprahová kontaktní centra. In: Kalina Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003, 1. vydání, s. 165-170. ISBN 80-86734-05-6.

MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. Vydání. Praha: Portál, s. r. o., 2005. ISBN 80-7367-002-X.

NEŠPOR, K., L. CSÉMY. *Léčba a prevence závislostí: Příručka pro praxi*. 1. Vydání. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996. ISBN 80-85121-52-2.

POPOV, P. Programy metadonové a jiné substance. In: Kalina Kamil a kolektiv. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky: Národní

monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003, 1. vydání, s. 221-225. ISBN 80-86734-05-6.

ŠTÁBLOVÁ, R. a kol. Drogy, kriminalita a prevence. 2. Rozšířené vydání. Praha: Policejní akademie České republiky, 1999. ISBN 80-7251-018-5.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, s. r. o., 2004. ISBN 80-7178-802-3.

Internetové zdroje

Centrum pro výzkum veřejného mínění. *Názory občanů na drogovou závislost* [online]. [cit. 2014-02-11]. Dostupné z: <http://cvvm.soc.cas.cz/negativni-jevy-bezpecnost/nazory-obcanu-na-drogovou-zavislost>

Česká asociace streetwork. [online] ©2006-2013 [cit. 2014-01-15]. Dostupné z: http://www.streetwork.cz/index.php?id=184&option=com_content&task=view

Česká společnost AIDS pomoc. [online] ©2007-2010 [cit. 2013-12-2]. Dostupné z: http://www.aids-pomoc.cz/ca_imunitni_system.htm

HAJNÝ, M. *O drogách*. [online] ©2003-2013 [cit. 2013-11-13]. Dostupné z: http://www.odrogach.cz/rodice/prevence-v-rodine/pravidlo-tri-p.html?section_id=25

MINAŘÍK, J. *O drogách*. [online] ©2003-2013 [cit. 2013-11-13]. Dostupné z: <http://www.odrogach.cz/skola/uzivani-navykovych-latek/informace-o-drogach/rozdeleni-drog.html>

Ministerstvo práce a sociálních věcí. [online]. [cit. 2014-01-16]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9>

Stránky o závislosti: substituční léčba. [online]. © 2013 [cit. 2013-11-17.]. Dostupné z: <http://www.substitutni-lecba.cz/rozdeleni-drog>

Úřad vlády České republiky. Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2013 až 2015

Ostatní zdroje

ŘEHOŘ, Tomáš. *Piko*. [One Way Ticket]. [film]. Česká televize, Centrum vzdělávacích pořadů, 2010.

ŠIKL, ŠKRDLANT, TŘEŠTÍKOVÁ, TŘEŠTÍK, SLUNEČKO, ŠTOLL, SEDLÁČEK.
Když musíš, tak musíš [dokumentární cyklus]. Česká televize, 2003.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Tereza Lingerová

Obor: Vzdělávání dospělých

Forma studia: Prezenční studium

Název práce: Drogová závislost a vzdělávání toxikomanů

Rok: 2014

Počet stran textu: 46

Počet znaků: 96971

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů českých použitých zdrojů: 11

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 8

Vedoucí práce: Mgr. Monika Havlíčková

