

Terciární prevence a následná léčba u drogových a jiných závislostí

Jiřina Turečková

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Jiřina Turečková

Osobní číslo: H11584

Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální pedagogika

Forma studia: kombinovaná

Téma práce: Terciární prevence a následná léčba u drogových závislostí

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti drogových závislostí, terciární prevence a následné léčby.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvantitativního výzkumu metodou dotazníku.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Vyvození výsledků výzkumu, jejich shrnutí pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

POKORNÝ, V. J.TELCOVÁ, A.TOMKO, Patologické závislosti.Brno:Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002. ISBN 80-86568-02-04.

SKÁLA, J. et al, Závislosti na alkoholu a jiných drogách. Praha: Avicenum, 1987. ISBN 08-077-087.

KALINA,K. et al, Základy klinické adiktologie.Praha: Grada,2008. ISBN 978-80-247-1411-0.

HEJDA,J. R.DUBEN, Veřejně prospěšné organizace a jejich postavení v systému prevence ochrany proti drogovým závislostem. Praha: Nakladatelství Vltavín ve spolupráci s Ministerstvem vnitra České republiky, 2002. ISBN 80-86587-02-9.

RHODES, T., Teréní práce s uživateli drog zásady a praxe. Praha: Albert, 1999. ISBN 80-85834-71-5.

ZEIG,J., Umění psychoterapie. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-972-0.

Vedoucí bakalářské práce:

doc. PhDr. Mgr. Jaroslav Balvín, CSc.

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

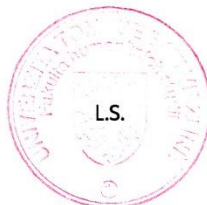
27. ledna 2014

Termín odevzdání bakalářské práce:

2. května 2014

Ve Zlíně dne 27. ledna 2014


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 2.5.2014



1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nevydávající zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdaním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užitje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené zájemcem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odopřá-li autor takového díla udělit svolení bez vědného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užití či poskytnout jinému licencí, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licenze podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíáde k vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se věnuje problematice drogových a jiných závislostí a jejich léčbě. Částí práce je rozdělení většiny závislostí, příznaky a důsledky závislostí na sociální i zdravotní potíže uživatelů, vysvětlení vztahu mezi sociální pedagogikou a závislostí. Přiblížení obsahu všech forem terciární prevence, kontaktních center, detoxikačních zařízení a léčebných forem, zvláště pak přiblížení průběhu pobytu v terapeutické komunitě z pohledu klienta. Ve výzkumné části objasňujeme povědomí o terciární prevenci a možnostech léčby, názory na drogovou závislost a abstinenty, názory na dostatečnou informovanost o rizicích drogové závislosti a možnostech léčby.

Klíčová slova: Drogy, závislost, sociálně-patologické jevy, léčba závislosti, K-centra, detoxifikace, terapeutické komunity, adiktologie, prevence, abstinence

ABSTRACT

The thesis deals with the issue of drug and other addictions and their treatment. In the first part of the thesis we can find the division of most addictions, symptoms and consequences of addiction on social and health problems of users, the relationship between social pedagogy and addiction. I also try to give an idea of content of all forms of tertiary prevention, contact centers, detoxification facilities and medical forms, especially the zoom during their stay in the therapeutic community from the perspective of the client. In the research section I explain the awareness of tertiary prevention and treatment options, the opinion on drug addiction and abstainers and the view on sufficient awareness of the risks of drug addiction and treatment options.

Keywords: Drugs, addiction, socio-pathological phenomena, detoxification, K-centers, detoxification, therapeutic communities, adiktologie, prevention, abstinence

Velmi děkuji panu docentu Jaroslavu Balvínovi za vedení odborné práce, věcné připomínky, dobré rady a vstřícnost při konzultacích důležitých pro vypracování bakalářské práce.

Motto:

„Svět je lepší místo, protože já v něm jsem.“

(V. Satirová)

*Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahra-
ná do IS/STAG jsou totožné.*

OBSAH

ÚVOD.....	12
I TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1 K TEORETICKÝM VÝCHODISKŮM.....	14
1.1 LITERATURA O TÉMATU ZÁVISLOST A LÉČBA	14
1.2 VZTAH TÉMATU K SOCIÁLNÍ PEDAGOGICE.....	17
1.3 ZÁKLADNÍ POJMY K TÉMATU.....	17
2 DROGOVÉ A JINÉ ZÁVISLOSTI A JEJÍ ÚSKALÍ	21
2.1 DRUHY ZÁVISLOSTÍ.....	21
2.2 RIZIKA DLOUHODOBÝCH ZÁVISLOSTÍ A JEJICH SOCIÁLNĚ PEDAGOGICKÝ ROZMĚR.....	33
2.3 ZÁVISLOST A LIDSKÉ ZDRAVÍ	34
3 DROGOVÁ ZÁVISLOST A JEJÍ TERCIÁRNÍ PREVENCE	39
3.1 K-CENTRA A JEJICH ROLE V PREVENCI ZÁVISLOSTÍ.....	39
3.2 DETOXIFIKACE	40
3.3 TERAPEUTICKÁ KOMUNITA KROK A PROGRAM NÁSLEDNÉ PÉČE	41
II PRAKTICKÁ ČÁST	48
4 DROGOVÁ ZÁVISLOST A JEJÍ TERCIÁRNÍ PREVENCE	49
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	49
4.2 VÝZKUMNÉ CÍLE	49
4.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	49
4.4 STANOVENÍ HYPOTÉZ	50
4.5 VÝZKUMNÁ METODA	50
4.6 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU	51
4.7 ZPŮSOB VYHODNOCENÍ DAT.....	52
5 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH INTERPRETACE.....	54
5.1 OTÁZKA Č. 1.....	54
5.1.1 Hypotéza H1.....	55
5.2 OTÁZKA Č. 2.....	56
5.2.1 Hypotéza H2.....	57
5.3 OTÁZKA Č. 3.....	58
5.3.1 Hypotéza H3.....	59
5.4 OTÁZKA Č. 4.....	60
5.4.1 Hypotéza H4.....	61
5.5 OTÁZKA Č. 5.....	62
5.5.1 Hypotéza H5.....	62
5.6 OTÁZKA Č. 6.....	64
5.7 OTÁZKA Č. 7.....	65
6 SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	66
ZÁVĚR	67
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	68
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	77

SEZNAM TABULEK.....	78
SEZNAM GRAFŮ	79
PŘÍLOHA P I: REŠEŽE.....	81
PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK	85
PŘÍLOHA P III: BROŽURA PRO NOVÉ KLIENTY.....	88

ÚVOD

Cílem této práce je zmapování drogových závislostí a možnosti jejich léčby. Také se zaměříme na rizika, jaké drogy představují a dopady závislosti ovlivňující jedince i celou společnost. Postupně se zaměříme na drogové i jiné závislosti, které jsou společností více méně tolerovány a díky tomu jsou v dnešní době hojně rozšířené. Podíváme se podrobně na možnosti léčby, pomoc při překonání závislostí a vyrovnáním se se životem jako takovým. Při pohledu kolem sebe si uvědomujeme jak je tento problém rozšířený. Povědomí o možnostech řešení této životní krize je zkrácené a skeptické. Na druhou stranu názor na drogovou problematiku je velice jasný. Pro většinu společnosti jsou lidé, kteří se zapletli s drogami jen odpadem.

V roce 2012 bylo jen v ČR odhadnuto kolem 41,3 tisíc obyvatel v problémové skupině intenzivních uživatelů drog. Z tohoto množství drogově závislých odhadujeme 38,7 tisíc injekčních uživatelů. Přitom terapeutických komunit v ČR registrujeme pouze 15. Tyto komunity mají léčebný program na 6-12 měsíců a jejich kapacita v průměru činí 15 klientů. Díky těmto údajům vyplývá, že pouze 0,5% narkomanů ročně má šanci na vyrovnání se s životními problémy pomocí těchto zařízení. Zbytek uživatelů se nadále potýká se svými problémy a končí různým způsobem, bohužel ne moc šťastným.

V teoretické části se blíže podíváme na rozdělení a charakteristiku různých závislostí. Přiblížíme si zdravotní a sociální dopady závislostí na narkomany. Objasníme si možnosti léčby, charakterizujeme si strukturu a průběh pobytu v terapeutické komunitě. Prioritně se zaměříme na Kyjovskou komunitu Krok a její následnou léčbu. Pokusíme se přiblížit principy psychoterapie a seznámíme se s tezí Virginie Satirové, podle jejíž práce v komunitě Krok pracují.

Ve výzkumné části se pokusíme objasnit názor respondentů na drogovou problematiku, požívání alkoholu v současné době a informovanost o možnostech léčby. Také se zaměříme na názory a vnímání lidí na absolventy komunit a jejich opětovné začlenění do běžné společnosti. Dále se pokusíme zjistit názor lidí na drogy a alkohol a jejich postoj k nim v určitých věkových skupinách. Tento výzkum budeme realizovat pomocí kvantitativního výzkumu dotazníkovou metodou. Výsledky výzkumu budeme získávat prioritně z okolí Zlína.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 K TEORETICKÝM VÝCHODISKŮM

Drogová problematika je v dnešní době jedním z nejčastějších problémů řešených ve společnosti. Jelikož se toto závažné téma ve světě plně začalo rozvíjet až po konci druhé světové války a u nás po pádu komunistického režimu, můžeme ho řadit mezi relativně mladé. V dnešní době se potřeba experimentovat, objevovat nepoznané a zakázané vyskytuje u čím dál mladší populace. Bohužel povědomí o rizicích drogové závislosti a následných možnostech léčby už tak rozsáhlé není.

Tato problematika se dotýká několika oborů a prolíná se různými profesemi, jako jsou sociální pedagogové, sociální pracovní, kurátoři, psychologové, adiktologové, psychiatři, psychoterapeuti, ergoterapeuti, učitelé, zdravotníci a mnoho dalších.

O efektivnosti programů založených na přístupech plynoucích z teorie sociálního vlivu máme ne jeden pádný důkaz, že vzdělávání a stejně tak i odhodlání a záměr ne užívat drogy se uvádějí jako důležité faktory z hlediska léčby užívání návykových látek. (McGrath, 2006, s. 45)

Ve společnosti se můžeme setkat s velkým množstvím preventivních programů, kdy se spoléhá především na primární prevenci a varování především dětí od prvního experimentu s drogou. Bohužel ne vždy se to povede a tady pomalu nastupuje sekundární a terciární prevence.

1.1 Literatura o tématu závislost a léčba

V této kapitole si představíme knihy, se kterými jsme v této práci nejvíce pracovali a o které se opíráme. Vzhledem k tomu že tato problematika je hodně rozšířená a považuje se za jeden z nejaktuálnějších sociálně patologických problémů, je množství literatury, které lze použít poměrně hojné.

Česká literatura

KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008.

Tato publikace se převážně využívá jako učebnice pro studenty adiktologie. Věnuje se příčinám vzniku závislostí a jejich vliv na veškeré aspekty života, zdraví a psychiky uživatele a možných komplikací způsobených závislostí. Dále se zde seznámíme s možnostmi prevence, pomoci a léčby drogových závislostí. Zjistíme, jaké jsou nejčastěji ohrožené

skupiny lidí pro vznik závislostí. Dále zmapujeme rizikové faktory a příčiny užívání drog mezi mládeží.

POKORNÝ, V. J. TELCOVÁ, A. TOMKO, Patologické závislosti. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002

V této publikaci se dozvídáme o většině známých závislostí jak na alkoholu, lécích, drogách, tak i na závislostech způsobených jinými podmínkami. U všech těchto závislostí nalzáme i komplikace, které sebou přinášejí a historii jejich vzniku.

HEJDA, J. R. DUBEN, Veřejně prospěšné organizace a jejich postavení v systému prevence ochrany proti drogovým závislostem. Praha: Nakladatelství Vltavín ve spolupráci s Ministerstvem vnitra České republiky, 2002

Publikace pojednává především o postavení a vlivu státu v otázkách drogové problematiky. Zaměřuje se na možnosti vlivu na obyvatelstvo, postavení neziskových nestátních organizací, a právních normách.

SKÁLA, J. et al, Závislosti na alkoholu a jiných drogách. Praha: Avicenum, 1987

V této publikaci se také zaměřujeme na rozdělení závislostí, její vliv na uživatele a rizika dopadů dlouhodobě neřešených závislostí. Jen okrajově se zde dovídáme možnosti prevence a léčby.

Zahraniční literatura

RHODES, T., Terénní práce s uživateli drog zásady a praxe. Praha: Albert, 1999

V této publikaci se autor zaměřil na klienty, kteří už mají plně rozvinutou závislost. Seznamuje nás se všemi aspekty a úskalími práce s lidmi v terénu a s potřebnými vlastnostmi, které by tito pracovníci měli mít. Dále se zde setkáváme s rozmanitostí profesí těchto pracovníků, mezi které mimo jiné patří i sociální pedagogové.

ZEIG, J., Umění psychoterapie. Praha: Portál, 2005

Publikace je souhrnným sborníkem několika psychoterapeutů, kteří zde představují svou práci a své teze. Zvláště jsme se zaměřili na práci Virginie Satirové, podle které pracuje terapeutická komunita Krok, o kterou se ještě budeme zajímat později v této práci.

GALLÁ, Maurice et al. Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí: příručka o efektivní školní drogové prevenci. Richter, Jiří, ed. Vyd. 2. Praha: Sananim, 2007

Název této příručky nám zcela vystihuje její podstatu. Můžeme se zde dozvědět různé techniky, jak zajímavě představit drogovou problematiku ve školách a apelovat na žáky v nutnosti orientace se v problémech a případných rizicích u drogové závislosti.

BARNARD, M. *Drogová závislost a rodina*. Praha: Triton, 2011

Tato publikace nám pro změnu vysvětluje vliv rodiny na vznik drogové závislosti a jako protipól se dozvídáme důležitost rodiny při léčbě a dopady závislosti na rodinu. Toto téma je zvláště důležité právě pro rodiny, kde se některý člen potýká se závislostí a dává rodinám nadhled nad touto problematikou.

GÖHLERT, F. CH., KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*. Praha: Euromedia Group, 2001

Publikace pojednává o přechodu od experimentování s drogami k vytvoření si závislosti. Mezi tímto přechodem nám autor ukazuje rizika a sociální problémy, které závislost provázejí.

Cizojazyčná literatura

BÜHLER, ANNEKE, KRÖGER, CHRISTOPH, eds. *Prevention of substance abuse*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2008

V této publikaci se dovídáme o prevenci zneužívání návykových látek v různých oblastech společnosti. Je zde kladen velký důraz na učitele a sociální pedagogy, kterým bývá z části dávána za vinu nedostatečná informovanost žáků.

LAURIE, PETER. *Drugs: Medical, Psychological and Social facts*. Harmondsworth: Penguin, 1971

V této publikaci se seznamujeme s kontextem drogové problematiky v souvislosti s lékařstvím, psychologií a sociologií. Autor nám tento problém společnosti předkládá jako nedílnou součást výše zmíněných oborů, které musí řešit.

McMAHON, Robert J., PETERS, Ray DEV., eds. *Preventing childhood disorders, substance abuse and delinquency*. Thousand Oaks [Calif.]: Sage, 1996.

Tato publikace pojednává o dětských poruchách, zneužívání návykových látek a delikvence. Autor zde rozebírá jak poruchy psychologické vrozené, tak i poruchy získané z nevhodných životních podmínek a patologických rodin.

BOTVIN, GILBERT J. Preventing drug abuse in schools: Social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors. *Addictive Behaviors*. Roč. 25, č. 6 (2000).

Tento článek pojednává o prevenci zneužívání drog ve školách se zaměřením na sociální a kompetenční přístupy. Jde o vylepšení na individuální úrovni etiologických faktorů.

1.2 Vztah tématu k sociální pedagogice

Roku 1986 publikoval německý sociolog Ulrich Beck knihu s názvem *Riziková společnost* s podtitulem *na jiné modernitě*. Jednou jeho hlavní tezí bylo, že moderní společnost ohrožuje sebe samu a činí tak svým rutinním každodenním působením. Dnešní společnost je stále bezmocnější a bezradnější vůči rizikům, které sama vytváří. Ovšem v situaci, kdy se rozdělují nebezpečná rizika, je význam středních vrstev zcela zásadní. Patří mezi ně členové střední vrstvy, kteří z určitého rizika profitují a kdo tím trpí. Jejich situaci společnost nestabilizuje, nýbrž zvyšuje míru bezradnosti, prohlubuje a prodlužuje stav, na kterém nakonec prodělávají. Na normalizaci rizik se pak rovněž podílí úřední moc a věda. (Keller, 2011, s. 81-82)

Vzhledem k tomu, že jak se drogová problematika vztahuje k mnoha oborům, tak i sociální pedagogika je hodně rozsáhlý obor a uplatnění můžeme hledat v mnoha profesích. Proto je u drogové problematiky nutná spolupráce několika oborů současně. Nikdy tento problém nedokáže vyřešit pouze jeden odborník.

Jelikož drogoví uživatelé se často dostávají do tíživých životních situací, tak není vzácné, že se dopouští i kriminální činnosti. Díky tomu se může sociální pedagog uplatnit v řešení této problematiky jako kurátor probační a mediační služby, preventista pro školy a mládež, sociální pracovník v K-centrech nebo jako pracovník v terapeutické komunitě.

1.3 Základní pojmy k tématu

V této kapitole se zaměříme na různé pojmy související s tématem drog a jejich stručnou charakteristiku. Přiblížíme si jak odborné pojmy tak i pár slangových výrazů, které se používají mezi uživateli drog.

Droga

Pojem droga můžeme definovat jako každou látku s tzv. psychotropním účinkem, která způsobuje změny v chování, myšlení a prožívání jedince a je schopná vyvolat chorobnou závislost. (Skála, 1987, s. 140)

Závislost

Dle Pokorného (2002, s. 14) pojem závislost lze charakterizovat jako vztah mezi organismem a jevem, objektem nebo předmětem závislosti. Vztah vzniká při opakovaném kontaktu s předmětem závislosti, kdy se kontakt stává častějším, intenzivnějším a delším na úkor jiných vztahů s jinými jevy. Důsledkem patologické závislosti je komplex změn, jenž se dotýká jedince i jeho sociálního okolí.

Patologická závislost

Patologickou závislostí je míněna každá, původně i užitečná závislost, jejímž důsledkem je utrpení jedince a jeho sociálního okolí ať fyzické či psychické. V důsledku patologické závislosti většinou dochází ke snížení a ochuzení kvality života. Závislým se člověk může stát prakticky na čemkoli, co umožňuje zbavit se nepříjemných pocitů, potlačit je nebo před nimi uniknout. Tuto roli může hrát tedy skutečně cokoli (sport, práce, nakupování, hraní počítačových her, jídlo, alkohol, drogy a jiné). (Pokorný, 2002, s. 14)

Sociálně-patologické jevy

Jsou to jevy společensky nežádoucí a především společensky nebezpečné jevy. Většinou se týkají společností vyčleněných jedinců nebo rodin se sociálně obtížnou situací.

(<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/socialne-patologicke-jevy>)

Léčba závislostí

Je to proces, kdy se lidé se závislostí snaží vyrovnat se svou nemocí a životními problémy. Probíhá v různých rovinách a formách.

Terénní práce

Hlavní náplní je kontakt s klienty užívajícími drogy, kdy setkávání převážně záleží na terénním pracovníkovi tzv. streetworkerovi. Převážně se jedná o výměnu použitých injekčních stříkaček. (Kalina, 2008, s. 113)

K-centra

Jsou to kontaktní centra, kde si závislí uživatelé a lidé v tíživé životní situaci mohou přijít pro pomoc nebo radu. U těchto lidí se předpokládá snaha o aktivnější spolupráci, než s jakou se setkáváme v terénní práci. Můžeme zde postupně spolu s klientem pracovat i na dlouhodobých cílech stanovených dle potřeb klienta. (Kalina, 2008, s. 114)

Terapeutické komunity

Jsou zvláštní formou intenzivní skupinové psychoterapie, kdy spolu žijí lidé různého pohlaví, věku a vzdělání, ale se stejným problémem. (Kalina, 2008, s. 199)

Prevence

Za prevenci považujeme jakoukoli snahu o předcházení vzniku závislosti, nebo pomoc při řešení už vytvořené závislosti. Dle Kaliny (2008, s. 18) je specifickým cílem prevence předcházet užívání drog a odložit u rizikové populace první kontakt s nimi co nejdále.

Detoxifikace

Detoxifikací rozumíme, primární ústup účinku drog před nástupem na léčbu. Většinou se jedná o dobu 10 dní až 1 měsíc a probíhá většinou v psychiatrické léčebně.

Narkoman

Narkoman je člověk s již vytvořenou závislostí na svou drogu. Většinou se tyto lidé pohybují na okraji společnosti a hraně zákona.

Rekreační uživatel

Rekreačním uživatelem je člověk, který s drogami začíná teprve experimentovat nebo příležitostně je užívá. U těchto lidí ještě není plně rozvinutá závislost na droze.

Abstinence

Jako abstinenci označujeme soubor pravidel a vzorců naučeného chování u lidí, kteří se rozhodli přestat brát drogy a podstoupit léčbu. Je to komplexní filozofie života.

Abstinenti

Abstinenti jsou lidé, kteří podstoupili léčbu a kompletně změnili svůj postoj k životu. Ti lidé se z velké většiny opět dokázali zařadit do společnosti a žijí plnohodnotný život.

Craving

Pod pojmem carving si můžeme představit bažení po droze. Dle Kaliny (2008, s. 114) nejsou veškeré mechanismy bažení po droze dostatečně známy, ale výzkum v této oblasti již přinesl určité pokroky poznání. Podle výzkumu k bažení přispívá více mechanismů najednou.

Flashback

Dle Kaliny (2008, s. 115) je flashback náhlým znovuprožitím psychotického účinku drogy bez její vlastní přítomnosti v těle. Flashbacky se mohou spustit pod vlivem psychosociálních stresorů nebo paměťových procesů.

Adiktologie

Adiktologie je vědní obor, který se zaměřuje speciálně na drogovou problematiku a její léčbu.

Některé slangové výrazy používané mezi narkomany

Nástřel

Tímto výrazem rozumíme injekční aplikaci drogy.

Buchna

Tímto výrazem se rozumí injekční stříkačka.

Laina, čára

Tyto výrazy se používají pro přípravu drogy, při aplikaci nosem.

Psáňo, psaníčko

Tyto výrazy se používají pro označení skládaného kousku papíru s izolepou, aby se v něm mohla uchovávat droga.

Sklo

Tento výraz označuje skleněnou špičku na cigarety, která slouží ke kouření marihuany.

Dolěčovák

Dolěčovák je program následné péče pro klienty, kteří zdárně ukončili pobyt v terapeutické komunitě a je doprovázený možností chráněného bydlení.

2 DROGOVÉ A JINÉ ZÁVISLOSTI A JEJÍ ÚSKALÍ

Prakticky každý člověk je na něčem závislý, ale ne vždy jsou naše závislosti považovány za patologické či chorobné. Někdy si naší závislosti nemusíme být ani vědomi a jindy je očividná, ale my ji popíráme navzdory všemu a všem v našem okolí. Závislosti existují nezávisle na životní úrovni, stupni vývoje společnosti či kultuře. Jsou neustále přítomny stejně jako naše potřeby nebo emoce.

Drogová závislost se v dnešní době stala velmi rozšířeným a častým výrazem. Stále více lidí se setkává s drogami a co je nejsmutnější, jsou čím dál mladší. Na závislost se lze dívat z různých stran. Jedná se o různé druhy, na kterých můžeme závislosti popisovat, jako je osobní, rodinná, skupinová, regionální, celostátní, mezinárodní nebo celosvětová. (Pokorný, 2002, s. 11)

Dle Kaliny (2008, s. 17) se rodíme jako závislí a v okamžiku porodu začínáme hledat cestu od závislosti k nezávislosti. Někdy zůstane nezávislost jen pomyslným životním cílem, kdy probíjovaná nezávislost končí jinou závislostí.

Každý jedinec je ve svých závislostech jedinečný. Tak jak se říká: “Sto lidí, sto chutí“, tak můžeme říct: “Sto lidí, sto závislostí“. Jediným podstatným zůstává jak moc a na čem jsme závislí. To se v průběhu našeho života mění, jak intenzitou, tak obsahem. Závislosti patří k našemu životu prožitkem i pocity. To, jakou závislost jedinec potřebuje, je schopen rozvinout nebo snést nelze vyřešit nějakou obecnou formulí. Proto je práce odborníků na drogovou problematiku tak rozmanitá.

2.1 Druhy závislostí

Workoholismus

Dle Pokorného (2002, s. 134) je workoholismus závislost na práci a v dnešní době se téměř neřeší, pokud se jedinec nezhroutí nebo se definitivně neodcizí svému okolí. Takto postižený člověk je zcela pohlcen svou prací a téměř vyloučí ze života svůj osobní život. Vůči svému okolí se vymezuje pouze prací, kterou vykonává a vykonal. Pokud nepracuje, cítí se nervózní, má nutkavou potřebu vytvářet nějakou činnost a práce se pro něj stává stresorem. Při stresu se vyplavují do těla hormony adrenalin a endorfin zejména pokud člověk cítí uspokojení, radost a podobné příjemné pocity z odvedené činnosti. Tyto pocity jej nutí dále dosahovat vrcholových výkonů a tím podporovat svou závislost. Je nutné upo-

zornit, že tyto dobré pocity vůbec nemusí být založeny na objektivním mínění, ale stačí subjektivní pocit.

Postupem času se workoholik začne domnívat, že všechno zvládne sám a nejlépe, všemu rozumí a všechno ví. Bohužel díky pocitu této neomylnosti se ztrácí výkonnost, zvyšuje se počet chyb a člověk ztrácí schopnost určit si a zhodnotit své priority. Velmi často se workoholismus dotýká nejvíce partnerů a rodin závislého a mnohdy dochází k rozvratu sociálních vztahů. V pracovním kolektivu se pak ztrácí motivace a zhoršují se vztahy a pracovní atmosféra. Mezi workoholiky se často najde hojný počet alkoholiků nebo gamblerů.

Kofeinismus

Další závislost, která se v dnešní době moc neřeší, je závislost na kofeinu. Dle Pokorného (2002, s. 28) je kofein obsažen v kávě, čaji, Coca Cole a čokoládě. Kofein je chemický purinový alkaloid rozpustný v horké vodě. Při přiměřených dávkách kofein zlepšuje fyzický a duševní výkon, ale při předávkování je účinek opačný. Zvyšuje se dráždivost, dostávají se pocity úzkosti a zažívací obtíže, nespavost, zrychluje se činnost srdce, což může vyvolat obtíže.

Nikotinismus (tabakismus)

Cigarety jsou u nás jednou ze dvou povolených měkkých drog a jsou státem a společností tolerované. Závislost na nikotinu patří k nejsilnějším a nejhůře léčitelným. První Evropané, kteří poznali tabák, byli Kolumbovi námořníci. Do Evropy se dostal tabák kolem roku 1512 a k nám kolem 16. Století. (Pokorný, 2002, s. 26).

Tabák, který se kouří, se připravuje sušením a následnou fermentací listů. Tabákový kouř tvoří řádově tisíce chemických látek a pouze jedna z nich je návyková a to nikotin. Dalších 60-100 látek je karcinogenních. Chemicky je nikotin alkaloid žluté barvy rozpustný ve vodě nebo v lihu. Nikotin je absorbován sliznicemi a odbourává se po 3-4 dnech v játrech. Smrtelná dávka nikotinu je 50 mg. Prudká otrava nikotinem se projevuje bledostí, pocením, pocitem nevolnosti a závratěmi, skleslostí a průjmem. Chronická otrava nikotinem se nazývá nikotinismu. Projevuje se pokud, kouří kuřák více jak 20 cigaret denně. Je důležité upozornit, že kombinace potravy, vzduchu, vody a kouření způsobuje vznik nádorů, které postihují dýchací cesty, trávicí ústrojí a močový měchýř.

Dle Presla (2006, s. 9) existuje celá řada závislých, kteří se dokázali zbavit tvrdých drog, ale nedokázali přestat kouřit.

Alkoholismus (etylismus)

Dle Pokorného (2002, s. 28) je alkoholismus závislost na etylalkoholu. Tato droga je u nás druhou měkkou drogou tolerovanou společností. Je velmi složité určit, kdy se jedná ještě o běžnou konzumaci alkoholu a kdy jde o závislost. Etiologie této závislosti je multifaktoriální. Vedle genetických vlivů, které přispívají k jejímu formování, se u této závislosti zejména projevují faktory společenské. Podle vztahu lidí k pití alkoholu lze rozlišit čtyři skupiny osob:

1. *Abstinenti* jsou lidé, kteří za žádných okolností nepijí alkoholické nápoje.
2. *Konzumenti* jsou lidé, kteří příležitostně požijí alkoholické nápoje, protože je k tomu společenská příležitost nebo jimi doplní potřebné množství tekutin s chutí, kterou mají rádi.
3. *Pijáci* jsou lidé, kteří pijí alkoholické nápoje zejména kvůli alkoholu. Je to předstupeň alkoholismu.
4. *Alkoholici* jsou osoby závislé na alkoholu. Alkoholické nápoje se pro ně staly zdrojem drogy.

Přesto že jde o legální a široce tolerovanou drogu, má poměrně vysoké riziko ztráty kontroly a vzniku závislosti. Právě alkohol se často stává tzv. spouštěcí drogou (Presl, 2006, s. 8).

Bohužel tolerance vůči nadměrné konzumaci alkoholu je u nás příliš vysoká. Propagace a reklamy o alkoholu neříkají nic o rizikovosti a snaží se vytvořit dojem, že o žádnou drogu vlastně nejde a je naprosto normální a běžné pít alkohol.

Závislost na nenarkotických analgetikách

Dle Pokorného (2002, s. 36) nenarkotická analgetika mívají zpravidla toto složení: kyselina acetylsalicylová, paracetamol, fenacetin a aminofenazom. Tolerance organismu na tyto látky se postupně zvyšuje se zvyšováním dávek. Nebezpečná je zejména kombinace s alkoholem. Průběh závislosti se rozvíjí dlouhodobě a je charakteristický výrazným kolísáním nálad. Tyto destrukce psychiky člověka mohou vést až k demenci. Abstinenční syndrom je nejsilnější prvních 10 dní a je charakteristický bolestmi hlavy, zvracením, průjmami, nespavostí a náladovostí. Pokud se příznaky včas podchytí, léčba má dobrou prognózu.

Závislost na narkotických analgetikách

Narkotická analgetika jsou tzv. nejtvrďší drogy. Závislost na nich byla především v minulosti, kdy se ještě moc neřešily otázky ohledně závislosti a nebyly známy její důsledky. Jsou to látky tišící bolest, jejichž mechanismus účinku spočívá v ovlivňování mozkové kůry a hypotalamu. Tato narkotika se používají zejména v medicíně. Tyto látky navozují euforický stav, podobný útlum jako u narkózy a nižší dávky pak navozují spánek. Mezi takové látky patří zejména opium, morfin, metadon, oxycodon aj. (Pokorný, 2002, s. 38)

Opium

„Opium je droga, která se kromě medicíny dříve používala v Číně jako prostředek sloužící k přeměně stereotypní práce v zajímavý zážitek.“ (Pokorný, 2002, s. 38)

Morfin

Získává se ze surového opia. Dnes se však vyrábí synteticky. Morfin je látka, která vyvolává vyrovnanou a klidnou euforii, při níž stoupá sebevědomí a člověk se stává lhostejným ke starostem. Morfin tlumí vnímání bolesti a dráždivost dýchacího centra. Vysoké dávky morfinu mají hypnotické účinky a vedle toho mohou způsobit ochrnutí dýchacího centra, takže může dojít ke smrti v důsledku udušení. (Pokorný, 2002, s. 39)

Heroin

Dle Pokorného (2002, s. 40) má heroin účinky podobné jako morfin. Ke vzniku závislosti však stačí 5x-10x menší dávka než u morfinu. Heroinismus je považován za nejtěžší formu toxikomanie. Dle Presla (2006, s. 10) naprostá většina uživatelů přechází dříve či později na injekční formu. Heroin proniká velmi rychle do mozku a nástup jeho účinku je velmi prudký, proto se často stává, že se nalezne mrtvola závislého ještě s jehlou v ruce. Při léčbě závislosti na heroinu se používá jako náhražka metadon, který tak moc neutlumuje dýchací centrum. Uživatelé heroinu si rychle zvyšují tělesnou toleranci a potřebují čím dál vyšší dávky. Závislost na heroinu připraví člověka postupně o vše, co mu bylo drahé. (Pokorný, 2002, s. 40)

Závislost na psychostimulancích

Psychostimulancia jsou psychotropní látky s nefyziologickým budivým účinkem. Účinek těchto látek spočívá ve zvyšování bdělosti, vědomí, zrychlování myšlení a urychlení psychomotorického tempa. Po jejich požití se dostavuje zrychlení řeči. Tyto látky zahánějí

únavu, zkracují spánek, snižují chuť k jídlu a ovlivňují náladu člověka směrem k euforii. Psychostimulancia vedou k subjektivnímu přeceňování lidských schopností a zvyšují agresivitu. Tyto drogy účinkují u zdravých lidí hned po prvním užití a jejich stimulační účinek trvá několik hodin. Dlouhodobé užívání psychostimulancií způsobuje změny osobnosti závislého. Člověk je pak podrážděný až agresivní, snižují se morální zábrany, které mohou vést ke kriminalitě, jeho city jsou utlumené, neprožívá emoce. Dlouhodobé užívání způsobuje kolaps imunitního systému. Mezi tato látky se například řadí efedrin, amfetamin, metamfetamin, kokain. (Pokorný, 2002, s. 40-42)

Kokain

Kokain neboli koks je látka, která zrychluje tepovou frekvenci, má anestetické účinky, potlačuje únavu a pocit hladu. V 80. letech byl „hitem“ v USA a jeho obliba se později dostala i do Evropy. Dováží se z Kolumbie a Venezuely. Kokain se někdy podává smíchaný s amfetaminem, metamfetaminem nebo LSD. Na černém trhu bývá kokain ředěn různými, často rizikovými látkami. Smrtelná kombinace kokainu je však s morfinem nebo barbituráty. Ve velkých dávkách vyvolává kokain psychózy. Účinek kokainu je velmi krátkodobý, opakované dávky vedou ke zvýšení rizika i ceny. Užívání kokainu vede postupně k celkové psychické destrukci organismu. (Pokorný, 2002, s. 42)

Crack

Dle Pokorného (2002, s. 42-44) je tato droga moderní kalifornskou záležitostí. Objevil se na počátku 80. let, roku 1985 se dostal do New Yorku a pak velmi rychle do Miami, odkud se pak rozšířil po celých Státech. Výsledkem jeho užívání byla změna názoru na kokain, protože crack vyvolává u svých konzumentů mimořádně silné agresivní chování. Crack je zpravidla záležitostí mladých příslušníků deklasovaných společenských vrstev. Jeho mechanismus účinku je hodně podobný jako u kokainu. Maximální nástup účinku drogy je v prvních 30-60 minutách po požití a během další hodiny mizí. Stav euforie po požití trvá 5-10 minut, pak je ale vystřídáný silnou podrážděností a rozčilením což nutí uživatele dát si další dávku.

Amfetamin

Amfetamin je látka, která po aplikaci vyvolává urychlení řeči a člověk se stává více sdílným. Její vyšší dávky navozují pocit blaha, člověk se stává sám se sebou spokojený, má pocit, že je schopen bleskově a pronikavě myslet. Ve skutečnosti se však člověk pohybuje ve svých bizarních konstrukcích, které s realitou mají společného jen velmi málo. Je

třeba se zmínit, že se docela často užívá k posílení sexuálních zážitků. Tuto snahu však můžeme označit za zcela zbytečnou. U nás byl nejvíce rozšířený po 2. sv. válce jako doping pro sportovce pod jménem psychoton. Při dlouhodobém užívání dochází k výrazným změnám centrální nervové soustavy a demenci. (Pokorný, 2002, s. 44-45)

Metamfetamin tj. pervitin

Pervitin neboli také perník, peří, piko je vedle marihuany nejrozšířenější drogou v Česku. Dle Pokorného (2002, s. 45-47) má metamfetamin podobné účinky jako amfetamin. Na drogové scéně je jeho českou verzí pervitin. Často se mylně uvádí, že je českým vynálezem. Používán byl již v době 2. sv. války japonskými kamikadze nebo německými parašutisty. Název pervitin je německého původu, česká drogová scéna ho však dokázala znovu objevit pro domácí výrobu z efedrinu. Po jeho užití se dostavuje pocit obrovské fyzické i psychické síly, které jsou poté vystřídány emociální labilitou. Dochází k poruchám vědomí a halucinacím. V tomto stavu lidé subjektivně zvládají i psychicky velmi náročnou práci a stávají se velmi hovornými. Dlouhodobé užívání pervitinu navozuje stavy neklidu, úzkosti a dostavují se halucinace. Toxikomani tyto stavy slangově označují pojmem „stihy“ a zcela vystihují stavy, které pervitin navozuje. Pervitin vyvolává závažné duševní onemocnění tzv. toxickou psychózu spojenou se vztahovačností, pocity ohrožení a pronásledování. Dojde-li k předávkování, postižení pocítují těžkou bolest na hrudníku a po ní se dostavuje i několika hodinové bezvědomí. Ti, kteří berou pervitin, s ním pak zpravidla skončí úplně včetně všech ostatních drog anebo přecházejí na ještě tvrdší drogy, což je v tomto případě opium nebo heroin.

Dle Skály (1987, s. 146) je metamfetamin zařazen mezi psychostimulancia a denní dávka při zneužívání se pohybuje od 0,5 do 2,0g. Metamfetamin se detoxifikuje v játrech a vylučuje se pomalu, takže i za dva dny jej můžeme prokázat v moči.

MDMA, tj. extáze

Extáze je též nazývána drogou taneční. Svým složením je velmi podobná pervitinu ale na tanečních akcích se často prodávají různé nebezpečné nebo naopak neúčinné náhražky. Užití extáze vede k poruchám termoregulace organismu a zvýšení tělesné teploty, což může vést až k život ohrožující dehydrataci. Tato droga se ukázala jako látka, která podporuje tvořivost a schopnost koncentrace na jedinou věc a to na rytmus. Současně je s tím spojená schopnost souznění hlubokých prožitků s okolním světem. To co je běžné, se stává nádherným. Dotyk a osobní kontakt jak s druhým tak k sobě je velmi příjemný. Tento efekt

trvá zhruba 2 hodiny, poté se dostavuje několika hodinové zklidnění, které je spojené s příjemnými prožitky. Vyšší dávky extáze vyvolávají nervozitu, bušení srdce, nespavost a závratě. Tyto jsou druhý den vystřídány únavou případně depresí. (Pokorný, 2002, s. 47-48)

Dle Kaliny a kol. (2003, s. 201) mezi první příznaky intoxikace patří nevolnost až zvracení, které vzápětí vystřídá klid a pohoda. Při užití o samotě je uživatel schopný zvýšeného intelektuálního výkonu a ve společnosti nastupují pocity empatie, lásky a otevřenosti.

Závislost na halucinogenních látkách

Dle Pokorného (2002, s. 49) jsou halucinogeny látky, které vyvolávají u uživatelů halucinace, bludy a zmatenost. Často se jím říká fantastika. Uživatelům tyto drogy přinášejí snění, poruchy vnímání a potlačují pud sebezáchovy. Halucinogenní látky patří k nejdéle známým látkám, které ovlivňují psychické děje. Tyto látky byly od pradávna používány při různých rituálech a obřadech, ale i jako látky euforizující, z nichž jen některé vyvolávají závislost. Proto mají mezi drogami výjimečné postavení. Docela často však fungují jako spouštěcí droga, kdy uživatel kombinuje halucinogeny a jiné drogy.

LSD

Je to neznámější droga z halucinogenů. Vyrobil ji švýcarský chemik firmy Sandoz. Tato látka vzbudila zájem i u indických guru, kteří udávají, že podobných stavů se dá docílit jen meditací. V 60. letech se stalo její zneužívání dokonce masovou záležitostí. LSD se vyrábí synteticky a užívá se většinou orálně (bílý prášek, tablety nebo napuštěný papírek (tripy)). Jeho psychotropní efekty se dostávají po 30-90 minutách a jeho účinek se udává asi 8 hodin a trvá 5-12 hodin. Malé dávky LSD vyvolávají změny nálad, myšlení, různé snové obrazy. Ve vyšších dávkách přivádí uživateli stavy opojení, závratě, lehkosti a tíže v končetinách, dojmy gumové podlahy, poruchy vlastního JÁ. Po jejím požití se téměř vytrácí chuť k jídlu. Pokud se uživatel ocitá v nevhodném prostředí, často se dostává do ošklivé bitky s démony. LSD má schopnost tzv. flashbacku (okamžik, kdy se stav vrátí bez užití drogy). Terapeuticky se dnes LSD neužívá. Výjimečně se používá experimentálně v psychiatrii pro diagnostikování některých psychiatrických poruch. (Pokorný, 2002, s. 49-51)

Dle Kaliny a kol. (2003, s. 169) se jedná o kombinaci několika psychostimulancií a nejde tedy jednoznačně hovořit o „čistém“ účinku LSD

Hašiš, Marihuana

„Po trávě se nechodí, po trávě se směje.“

Dle Pokorného (2002, s. 60) je hašiš jedním z nejdříve užívaných halucinogenů a je jednou z nejnebezpečnějších ilegálních drog. Ti, co chtějí dosáhnout nejsilnějších účinků, drogu kouří a vdechují kouř hluboko do plic. Nováčci v těchto chvílích dostávají prudký záchvat kašle. Postupně si však plíce na tento kouř zvyknou a záchvaty se tak často nedostavují. Hašiš vyvolává pocit naprostého uklidnění, který je doprovázen příjemným sněním v závislosti na konkrétní situaci. Dostavují se pestré a barevné změny v oblasti zraku. Změny v oblasti chování jsou podobné jako u marihuany, ale hašiš je spíše „zamyšlený“ než „rozesmátý“. Po jeho požití dochází k začervenání bělma, dostavuje se přehnaný klid a málomluvnost.

Marihuana má hodně podobné účinky jako hašiš. Účinky marihuany se mění v závislosti na situaci, ve které se uživatel nachází a zostřuje některé smysly. Hlavně se jedná o chuť a sluch. Jídlo se stává nevšedním zážitkem a uživatel po požití dostává tzv. „žravou“. V ten okamžik je schopný spořádat neuvěřitelné množství a kombinace jídla. Současně se mění ale i zrak a orientace v prostoru. Vnímání času je velice rozlišné. Chvilka se může zdát nekonečně dlouhou nebo naopak velmi rychlou. Požití marihuany se projevuje začervenáním bělma, smíchem, nesmyslnými poznámkami, neklidem. Není pravda, že marihuanu dnes kouří každý, její výroba distribuce a držení pro vlastní potřebu je stále trestné.

V poslední době existují různé „vzorky“ marihuany velké rozdíly dané různým obsahem účinné látky THC. (Presl, 2006, s. 10)

Dle Kaliny a kol. (2003, s. 175) doposud nebyl v ČR proveden žádný kvalitní odhad počtu uživatelů konopných drog, ale odhad uživatelů k roku 2000 je přibližně 250-350 000.

Závislost na hypnotikách a sedativech

Dle Pokorného (2002, s. 63) jsou sedativa látky, které se užívají pro uklidnění při nervozitě a vzrušení. Jejich účinek navozuje stav uklidnění a otupění smyslů a jejich efekt je závislý na velikosti požití dávky. Vždy však snižují jasnost vědomí. Uživatel si však postupem času musí zvyšovat dávky, aby jejich účinek měl stejnou intenzitu, jako když si ho vzal poprvé. Hypnotika se dělí na barbiturátová, nebarbiturátová, benziodazepinová anxiolytika a ostatní.

Závislost na anxiolytikách

Anxiolytika jsou látky, které odstraňují úzkost a působí tlumivě na centrální nervový systém. Jedná se o látky, které snižují úzkost, strach, trému a fobie. Většinou se užívají při léčbě psychosomatických onemocnění. Anxiolytika účinkují velmi rychle po podání, ale časem si na ně tělo vytváří toleranci a je nutno dávky zvyšovat. Po vysazení se při delším užívání dostavuje abstinenční syndrom. Intoxikace je charakteristická tvrdým spánkem, ze kterého se postižený jedinec dá probít jen na krátkou dobu a to pouze intenzivně působícím podmětem. (Pokorný, 2002, s. 67)

Dle Kaliny (2003, s. 181) jsou anxiolytika svým účinkem velmi podobné alkoholu. Akutní intoxikace není výrazněji toxická a má minimální letální zakončení.

Závislost na antiastmatikách

Dle Pokorného (2002, s. 69-70) jsou antiastmatika látky, které se používají při léčení bronchiálního astmatu. Astma se projevuje opakovanými záchvaty dušnosti, které jsou spojeny s křečí průduškového svalstva, otokem bronchiální sliznice a sekrecí hustých hlenů. Bronchiální astma zhoršují všechny infekční stavy, silně ale škodí i duševní podrážděnosti. Antiastmatika jsou látky, které působí proti účinkům histaminu. Návyk na tyto látky se projevuje zvýšenou činností, zvýšenou pohybovou aktivitou, lepším prožíváním reality, zvýšenou hovorností a lepším navazováním sociálních kontaktů. Intoxikace se projevuje poruchou koncentrace pozornosti, kolísáním nálad, zvýšenou dráždivostí a sklonem k agresivním reakcím. Abstinenční příznaky vyhasínají zhruba za 14 dní abstinence.

Závislost na antitusikách

Antitusika jsou látky, které se užívají za účelem tlumení kašle. Antitusika dělíme na antitusika s účinkem lokálním a antitusika s účinkem centrálním, mezi které se řadí také kodein, který je svým chemickým složením blízký morfinu. Centrální působení s sebou přináší současně i snadný vznik závislosti, pro kterou je charakteristická euforie v oblasti nálady, zvýšená psychomotorická aktivita a časem markantní osobnostní změny. (Pokorný, 2002, s. 70)

Závislost na inhalačních drogách

Již v 18. st. se stal módní hit inhalovat rajský plyn, éter a chloroform. Ale až v moderní době se mezi různými vrstvami mládeže rozšířilo vdechování výparů omamných látek. Odborná literatura uvádí více než sto různých výparů omamných látek (lepidla, odlakova-

če, ředidla, barvy, čisticí prostředky atd.) Jejich „předností“ je jejich snadná dostupnost. Za jejich držení není trestná odpovědnost. Do doby nástupu hnutí punks představovala tato závislost mezi lidmi závislými něco „nižšího“. Punks ale přišel s elegantní omluvou- označil sniffing za reakci na konzumní materialismus. V současnosti se této závislosti oddává převážně dělnická mládež z velkoměst Evropy a Ameriky. Uvedené látky bývají většinou čichány často dětmi mladšího školního věku. Většinou fetují, aby se udrželi ve střehu, neusnuli a zahnali hlad. (Pokorný, 2002, s. 71-73)

Závislost na sexu

Dle Pokorného (2002, s. 78) se jedná o závislost nazývanou hypersexualita. Většinou jde o hypersexualitu, jejíž kořeny mohou mít různé příčiny. Tato závislost se vyznačuje přítomností nutkavých sexuálně orientovaných myšlenek a opakovaným problémovým chováním se zvýšeným rizikem infekce některým sexuálně přenosným onemocněním (HIV-AIDS, syfilis, kapavka aj.) Závislost na sexu se může týkat také využívání erotických telefonních služeb nebo sledování erotických internetových stránek.

Patologické přejídání – bulimie

Bulimie podobně jako mentální anorexie souvisejí s poruchou pudu přijímání jídla. Tato závislost je na pomezí mezi závislostmi a psychologickou poruchou. Většinou si člověk trpící bulimií pamatuje naprosto přesně svůj celodenní jídelníček a snaží se zabránit nárůstu tělesné hmotnosti. Jídlo se stává zdrojem fantazie. Pro úplnost lze ještě uvést, že u mentálních bulimiček, které touto závislostí trpí řadu měsíců nebo let, dochází ke změnám somatickým i biochemickým v jejich těle, ale i k některým charakteristickým změnám vizuálního rázu. Jedná se třeba o kožní změny na hřbetech ruky díky působení žaludečních kyselin, charakteristické začervenáním nebo popraskáním. Další vnější pozorovatelnou charakteristikou jsou zuby. Zuby se díky žaludečním šťávám naleptávají a tím se zkracují a zužují. (Pokorný, 2002, s. 79-82)

Závislost na informačních technologiích

Pro dnešní civilizaci je charakteristický hlad po informacích. Ten je uspokojován prostřednictvím nejrůznějších informačních technologií. Vztah k těmto technologiím, ať již přímý nebo zprostředkovaný, má každý člen společnosti. Občas tyto technologie mohou být využity na vtipný výstřelek a s pravdou mají pramálo společného. O rizicích, která informační technologie nesou, se mluví jen velmi málo. Někdy tento zdravý hlad totiž může přerůst až v patologickou závislost. Takový člověk může být na informačních technologi-

ích závislý fyzicky nebo psychicky. Jde o jakousi svobodu slova, ale co se stane, když na jednou přestane jít proud nebo spadne síť. Informační technologie se stále vyvíjí a zdokonalují. Tato závislost je velmi podceňovaná, protože je těžké určit hranici, kdy se jedná o běžnou uživatelskou formu a kdy už je to patologická závislost. Toto lze dělit na závislost na internetu, osobním počítači, na počítačových hrách, simulátorech, na virtuálních realitách, na televizi, na mobilu. Díky neustálému přísunu těchto zdrojů je téměř nemožné se této závislosti zbavit a je velmi složité ji udržet v přiměřené hranici. (Pokorný, 2002, s. 82-85)

Patologické hráčství tj. gamblerství

Dle Pokorného (2002, s. 121-126) bylo patologické hráčství roku 1980 určeno jako medicínský problém. Bývá často definováno jako časté opakující se epizody hráčství, které dominují v životě člověka nad jeho sociálními, materiálními, rodinnými a pracovními závazky a hodnotami. Hráčstvím a sázkařstvím se rozumí časté hraní pro vzrušení nebo pokus vyhrát peníze. Patologický hráč prožívá silné puzení ke hře, které zpravidla nedokáže potlačit svou vůlí. Pokud se člověk stane patologickým hráčem, postupně ztrácí kontakt se svým okolím. Většinou se z něj stává „noční pták“ a tím pádem je velice unavený přes den v práci. Kamarádi a blízcí mu přestávají rozumět a v neposlední řadě gambler začíná mít potíže finanční, které převážně řeší půjčkami nebo krádežemi. Gamblerství se dělí do tří fází: 1. Fáze výher, 2. Fáze prohrávání, 3. Fáze zoufalství. U této závislosti se častěji setkáváme s muži než ženami a převážně se objevuje v důsledku ztráty práce. Pro úplnost se lze zmínit co vlastně „hra“ je. Plně postačujícím se jeví tvrzení, že hra představuje dialog hráč - prostředí, jehož součástí je prvek experimentování s lidmi a se svými schopnostmi, přičemž má svůj model se svou logikou. Závislý člověk své prostředí přestává vnímat a věnuje se modelovému chování, které jej pohlcuje. Výsledkem je to, že si není vědom svých ztrát, což je zejména patrné u gamblerství.

Patologické nakupování

Ani tato závislost není klasifikována jako medicínský problém, ale vedou se spory, zda jde o závislost nebo obsedantní poruchu. Chorobné nakupování je jak záležitost mužů, tak žen. U tohoto typu závislosti převládají ženy nad muži. Přitom patologické nakupování roste ve stresových situacích. Pro patologické nakupování je charakteristické nutkání a silná touha po nakupování. Tyto nakupovací maratony se nazývají „tahy“. Mezi jednotlivými tahy jsou přestávky, které jsou v rozpětí dnů, týdnů, měsíců a někdy i delší. Člověk,

který trpí patologickým nakupováním, navštěvuje obchody bez toho, aniž by musel koupit cokoli, co by nezbytně potřeboval. Uspokojení jeho patologické potřeby nakupovat u něj způsobuje nejdřív uklidnění a následně pokles úzkosti. Jako zajímavé se jeví, že chorobné nakupování je silnější v zimních měsících. Výsledkem patologických nákupních tahů pak nezřídka bývají finanční problémy a zadlužení. Vývoj chorobného nakupování je ovlivněno řadou vnějších faktorů, jako jsou třeba obchodní domy. V oblasti podpory a rozvoje chuti nakupovat jsou obchodníci velmi vynalézaví. O tom svědčí faktory, jako je reklama nebo výbava obchodních center. (Pokorný, 2002, s. 138-139)

Závislost na sektě

Sekta původně neznamenal nic jiného než „učení“, „směr“, „škola“, „příkaz“. V současnosti se tímto pojmem rozumí zejména světonázorové skupiny pochybné pověsti. Velká část současně aktivních „sekt“ se doposud neodštěpila od velkých církví a sdružuje své přívržence ve smíšených nebo zcela nových náboženských směrech s vlastní věroukou. Sekty však nepředstavují jen nejrůznější náboženská uskupení. Vedle náboženských sekt existuje celá řada jiných, mnohdy společensky nebezpečnějších seskupení lidí. Jedná se například o sekty politické, ideologické nebo obchodní. O těchto sektách se většinou málo kdy dovíme něco bližšího, protože dostat se do jejich středu za účelem výzkumu je téměř nemožné. Tyto sekty jsou nebezpečné zvláště v ovládání a manipulaci lidmi, kteří jsou jejich členy. Naprosto je odříznou od jejich blízkých a okolí. Lidé si docela často tuto manipulaci ani neuvědomují a ideje sekty berou za své. Většinou je velmi těžké, někdy dokonce nemožné ze sekty vystoupit. Členové jednotlivých sekt se zpravidla zbavují svého movitého majetku, tak že ho přepisují ve prospěch svého „guru“ nebo sekty. Velmi často sekty své členy potlačují a znevažují jejich životně důležité potřeby. Například brání jeho autonomii, seberealizaci, vyžadují od svých stoupenců nekritičnost a poslušnost, přejímání postojů, vzdávání se svých životních rolí pro přijetí role člena sekty. Představují sociální skupiny, které brání osobnostnímu rozvoji svých členů. Vědomě své členy udržují v nevědomosti, fanatizují je, vystavují je sociálnímu bezpráví, pocitům strachu a ohrožení. Na základě těchto znaků lze určit, že se jedná o autoritářskou, nebezpečnou organizaci. Vývoj závislosti na sektě se dá charakterizovat třemi kroky. Prvním krokem je vytipování vhodných adeptů sekty a nábor nováčků. Jde tedy o jejich okouzlení. Druhý krok lze označit jako destrukci jejich osobních jistot a třetí krok jako vytvoření nové identity. Odchod ze sekty je možný pouze v období, kdy je nováček v první fázi okouzlení. Tehdy totiž ještě nemá vytvořené pevné vazby se sektou. Později už sekta dokáže naplno manipulovat

s myslí svých členů a dokáže je přesvědčit, že rodiče nebo přátelé tomu všemu nejsou schopni porozumět, protože nejsou osvícení jako oni. (Pokorný, 2002, s. 140-146)

Toto rozdělení závislostí samozřejmě není kompletní. Jsou zde uvedeny jen některé z momentálně nejrozšířenějších závislostí, které se ve společnosti řeší a které jsou pro společnost nejvíce ohrožující. Druhů závislostí je nespočet a stále se objevují nové. Bohužel v dnešní době se brzkého zlepšení a snížení výskytu nejspíše nedočkáme.

2.2 Rizika dlouhodobých závislostí a jejich sociálně pedagogický rozměr

Dle Kaliny (2008, s. 17) vznik závislosti na návykových látkách ovlivňuje v základě fakt, že jako živé bytosti se a priori s tématem závislosti konfrontujeme od prvních chvil života. Vyvíjíme se v absolutní závislosti na organismu naší matky v jejím lůně a nedospěli bychom v rozumnou bytost, kdyby se v našem okolí nepohyboval někdo, kdo by nás přímo ovlivňoval. Některé faktory, na kterých jsme závislí, můžeme přímo anebo nepřímo ovlivnit jako je třeba voda, vzduch, sluneční energie, zemská přitažlivost, nebo se o to nějak pokoušíme jako je to u závislosti na podpoře nebo dokonce mínění druhých. Záhy však od porodu se vydáváme na cestu za nezávislostí nebo lépe řečeno za zdánlivou samostatností. Zejména pak v období puberty je tato snaha zvláště silná. Tato snaha je hnací silou a někdy zůstane nezávislost pomyslným životním cílem, když dospěje do své karikované formy, kdy nezávislost končí závislostí na návykových látkách.

Každá závislost ať už drogová nebo jiná je nebezpečná v tom, že každému člověku dříve nebo později sebere celý jeho dosavadní život. Závislý postupem času začne vše ve svém životě a běžném dnu přizpůsobovat své droze. Ze začátku je to velmi pomalé a nenápadné. Nejprve si člověk uvědomuje jak je to nebezpečné a že by asi ani neměl mít odvalu to zkusit poprvé, ale většinou to shoda okolností zapříčiní a člověk poprvé drogu vyzkouší. V tomto momentě rozlišujeme tři skupiny lidí. První skupině je po požití drogy tak zle, že si uvědomí skutečnost, že to v životě nechtějí víckrát zažít a žádné příště už není. Druhá skupina lidí je ta, které není špatně, ale taky se nedostaví žádný očekávaný stav. Tak to zkusí ještě jednou a řeknou si, že bez toho se dá žít. Poslední skupina, která je samozřejmě ve vzniku závislosti nejohroženější je třetí, kdy člověk po požití drogy se náramně baví, nic ho netrápí, má neskutečné množství energie a svět ve kterém se právě nachází je neskutečně barevný a zábavný. Tady se opět vytvářejí dvě skupiny. Tyto skupiny nejsou až tak od sebe odlišné a docela často se plynule přechází z jedné do druhé. První skupinou jsou příležitostní (rekreační) konzumenti, kdy užívání drogy je sporadické. Z velké části se však

z užívání drog jednou za měsíc stává jednou za týden. Druhá skupina jsou závislí, kteří svou drogu potřebují několikrát do týdne nebo dokonce několikrát za den. V této fázi se opravdu začíná přizpůsobovat život závislosti. Závislí se velmi často dopouštějí kriminálních přestupků a trestných činů za účelem sehnání si financí na obstarání „své denní dávky“. Tady přichází na řadu sociální pedagogika jako nápravná forma. Jde o probační a mediační pomoc, která se zabývá zejména pomocí a nápravou mladistvých delikventů a propuštěných trestanců v souladu se zákonem č.257/2000 Sb., o probační a mediační službě. V další řadě tady fungují resocializační komunity, které se zabývají léčbou závislých a následným zapojením klientů do normálního, plnohodnotného života. Také sem určitě patří K-centra, která pracují se závislými přímo na ulici nebo závislí přicházejí do jejich poboček, kde jim pomáhají řešit aktuální problémy, jako jsou třeba testy na infekční choroby, těhotenské testy, kam se jít léčit, nebo kam jít pro pomoc v souvislosti trestní činnosti. Tyto instituty pracují v souladu se zákonem č.108/2006 Sb., o sociálních službách.

2.3 Závislost a lidské zdraví

Drogy mají vliv jak na sociální stránku života uživatele, tak na jeho zdravotní stránku. U každého uživatele záleží na druhu drogy, délce užívání a způsobu užívání.

Každý rok se vyskytuje mnoho případů úmrtí následkem předávkování návykovou látkou. Většina těchto případů je převážně způsobena podceněním rizik, k části však dochází záměrně v sebevražedném úmyslu.

Při užívání návykových látek dochází v principu k negativním důsledkům dvojího typu. Některé důsledky jsou dlouhodobé, chronické (syndrom závislosti) a jiné jsou náhlé, akutní. Mezi akutní důsledky a poruchy lze v první řadě počítat akutní intoxikaci a časné fáze po odnětí návykové látky. Do chronických důsledků můžeme zařadit onemocnění hepatitidou nebo HIV virem. (Kalina, 2003, s. 290)

Akutní intoxikace

Akutní intoxikace je ve své podstatě předávkování se drogou v množství, které tělo není schopné zpracovat. Projevuje se okamžitě po aplikaci drogy a probíhá jak na fyziologické úrovni, tak na úrovni psychologické. Často může akutní intoxikace skončit smrtí uživatele.

Dle Kaliny (2003, s. 290) se jedná o reverzibilní syndrom, který následuje krátce po užití návykové látky a ústí v nápadné změny chování, psychických funkcí a funkcí různých tělesných orgánů, včetně změn základních životních funkcí. Intoxikace odpovídá typic-

kým účinkům užití návykové látky. Vlastní akutní intoxikace se vyvíjí od nenápadných příznaků v úvodu až po útlum životně důležitých funkcí. Ve srovnání s tímto typickým kvantitativním vývojem dochází někdy i ke změnám kvality vlastního efektu.

Hepatitida C a virus HIV

Tyto dvě nemoci jsou chronickým důsledkem užívání drog a bohužel jsou doživotní. HIV i Hepatitida jsou infekčním onemocněním a postiženému do života přináší řadu omezení a podmínek pro další průběh života.

Hepatitida C

Hepatitida C je infekční onemocnění jater a je přenosná především krví. V literatuře jsou jako alternativní formy přenosu popsány pohlavní styk a přenos z matky na plod. Často se však ve skutečnosti jedná zase o přenos krví, neboť k přenosu dochází pouze v případech, kdy během sexu resp. porodu dochází ke krvavým poraněním na obou stranách a krev obou lidí se mísí. K epidemickému rozšíření hepatitidy C došlo v Egyptě, kde se nakazilo obrovské množství lidí (až 20 % populace) při plošném očkování lidí proti schistosomóze nesterilními jehlami.

Jedná se o nebezpečnou chorobu, která má však ve velké většině případů velmi pomalou progresi. Než se zánět jater rozvine do podoby, která by člověka ohrožovala na životě mohou uplynout i desítky let. Velký vliv na stav jater má životospráva pacienta. Pokud se vyhýbá alkoholu a přepáleným tukům, probíhá nemoc takřka asymptomaticky. Proti hepatitidě C nelze očkovat.

Jak je možné, že virus zůstával celá léta bez povšimnutí, a pak najednou vyvolal epidemii? Virus se přenáší převážně nakaženou krví. První obrovskou rizikovou skupinu tvoří pacienti, kteří podstoupili transfuzi krve. Druhou reprezentují uživatelé nitrožilních drog.

Do čtyřicátých let 20. století se krevní transfuze prováděly jen ojediněle. Jejich široké rozšíření si vynutila až zranění druhé světové války. S dalším vývojem medicíny se krevní transfuze staly rutinně prováděným výkonem. Šedesátá léta ve znamení společenské revoluce přinesla masivní rozšíření uživatelů drog. Používání společné jehly několika lidmi bylo běžným jevem. Pozvolný nástup onemocnění a jeho vleklý průběh s minimem viditelných příznaků způsobují, že se mnoho pacientů z této generace dozvídá o své chorobě až dnes.

Hepatitis C není jen další obyčejná „žloutenka“. Pozornost věnovaná viru HIV a jím vyvolanému onemocnění AIDS ne zcela právem odsunula hepatitidu C na okraj zájmu veřejnosti. Hepatitis C se však stává velkým zdravotním problémem dneška. Její chronickou formou trpí podle odhadů přes 175 milionů lidí na celém světě – to jsou přibližně 3 % světové populace.

Česká republika se řadí mezi státy s relativně nízkým výskytem hepatitidy C. Ze statistik vyplývá, že virem hepatitidy C (HCV) jsou infikovány přibližně 0,2 % naší populace. V praxi to znamená, že nemocí trpí každý pětistý občan naší republiky. V budoucnu se však očekává strmý nárůst. V roce 1993 bylo hlášeno 158 nových případů hepatitidy C, v roce 2003 jich bylo 846 a v roce 2006 už 1012. Kolik nakažených se pohybuje po světě bez diagnózy, však lze jen těžko odhadnout. Hepatitis C se nejčastěji vyskytuje v rizikových skupinách, jejichž členové z naprosté většiny nejsou vyšetřeni.

(http://cs.wikipedia.org/wiki/Virov%C3%A1_hepatitida, 22. 2. 2014)

Virus HIV

Virus HIV se přenáší především krví, některými sexuálními praktikami (zejména nechráněným pohlavním stykem), a z matky na dítě. Běžný kontakt s nakaženou osobou nepředstavuje žádné riziko. Virus je obsažen v tělních tekutinách nakažené osoby. Kontaktem tělní tekutiny obsahující virus se sliznicí nebo otevřenou ranou může dojít k přenosu. Mezi nejrizikovější tělní tekutiny patří:

1. Krev, včetně krve menstruační a některých krevních derivátů, představuje největší riziko.
2. Sperma.
3. Poševní sekret.

Virus se v nebezpečných koncentracích nachází i v mozkomíšní tekutině a mateřském mléku, může se vyskytovat v preejakulační tekutině. V nízkých koncentracích byl nalezen i v slinách, slzách a moči - koncentrace je zde však natolik nízká, že nepředstavuje reálné riziko nákazy. Riziko však významně stoupá, pokud jsou tyto tekutiny smíšeny kvůli zranění s krví. V potu virus nalezen nebyl.

Krev je z hlediska přenosu nejnebezpečnější tekutinou. Rizikové jsou zejména použité injekční jehly, ať už sdílené mezi narkomany nebo opakovaně používané v zemích se zaostalým zdravotnictvím. Důsledné používání jednorázových jehel je z hlediska prevence

nutností. Přenos krevní transfúzí je dnes díky testování krve vzácný, stále k němu však občas dochází. Riziko představují i orgánové transplantace. Velkému riziku je vystaven zdravotnický personál manipulující s krví.

Sexuální přenos byl zaznamenán z ženy na muže, muže na ženu, muže na muže i ženy na ženu. K přenosu může docházet při análním, vaginálním i orálním styku, případně jakékoliv jiné praktice, během které dochází ke styku sliznice se sexuálními sekrety či krví. Anální styk je významně nebezpečnější než vaginální, orální styk je nebezpečný nejméně. Vaginální styk představuje vyšší riziko přenosu z muže na ženu než naopak (žena je vystavena většímu množství tekutin partnera než muž, sperma obsahuje vyšší koncentrace viru než vaginální sekret, žena je tekutinám vystavena déle a větší plochou sliznice). I v případě análního styku je většímu riziku vystaven příjemce.

Pravděpodobnost přenosu HIV infekce při jednotlivém nechráněném sexuálním styku záleží na řadě faktorů, jako je druh styku, aktuální množství viru v nakaženém partnerovi, současná nákaza další pohlavní chorobou (zvyšuje riziko přenosu) atd. Pohlavní styk během menstruace je vzhledem k přítomnosti krve rizikovější. Zatímco při vaginálním styku je pravděpodobnost přenosu z muže na ženu jedna ku několika stům až tisícům, v případě análního styku může být až jedna ku několika málo desítkám.

Riziko nákazy zvyšuje časté střídání partnerů. Možnost nakažení významně snižuje užívání kondomu, Waller a Davis ve své metaanalýze z roku 2003 ukázali, že podle dostupných údajů užívání kondomu snižuje ve srovnání s nepoužíváním kondomu dlouhodobé riziko sérokonverze o 80%. Autoři dodávají, že použité prameny nehodnotily správnost použití kondomů. Ostatní formy antikoncepce (například hormonální) při styku ochranu před nákazou neposkytují. Po nechráněném styku s neznámým partnerem, avšak v dostatečném časovém odstupu nutném pro správnou diagnózu, je vhodné u lékaře podstoupit krevní testy na přítomnost protilátek. Nákaze tak již samozřejmě nelze zabránit, ale lze zabránit nákaze dalších partnerů a včasnou léčbou zlepšit prognózu nemoci.

K přenosu viru HIV z matky na dítě může dojít jak během vlastního těhotenství, tak během porodu. K přenosu tak dochází v 15 – 30 % případů. Vhodnou antivirovou léčbou během těhotenství a porodem císařským řezem, lze toto riziko významně snížit (1 %). Další riziko přenosu představuje kojení, kterého by se HIV pozitivní matky, mají-li možnost, měly vyvarovat.

V ČR tvoří nakažené HIV z 67% lidé české národnosti a 33% cizinci (krátkodobý pobyt) a rezidenti (dlouhodobý pobyt). Mezi nakaženými převažují muži (přes 80%). Stále převažuje homosexuální/bisexuální přenos (zhruba 70% případů). SZÚ evidoval k listopadu 2012 1875 nakažených virem HIV, z toho 364 onemocnění AIDS a z toho 186 zemřelých

Významným zdrojem přenosu nákazy je tzv. „sexuální turistika“ Šíření viru po Evropě odpovídá trasám letního cestování. (<http://cs.wikipedia.org/wiki/HIV>, 22. 2. 2014)

Uživatelé často ani nedomýšlejí, jaké následky mohou mít jejich nezodpovědné postoje k čistotě používaných pomůcek a ochraně svého zdraví. Často si říkají: „Mě se to stát nemůže.“ Většinou si uvědomí rizika, až když už je pozdě a projeví se u něj první příznaky choroby.

Dalšími zdravotními problémy, které užívání drog přináší, jsou vysoká kazivost zubů a rozpadání zubní skloviny, žaludeční vředy, poruchy srdce, onemocnění dýchacího systému, záněty a onemocnění žil. Veškeré tyto problémy obvykle vymizí při léčbě závislosti a začátku abstinence.

3 DROGOVÁ ZÁVISLOST A JEJÍ TERCIÁRNÍ PREVENCE

V této kapitole se zaměříme na jednotlivé části terciární prevence a jejich metody práce s uživateli. Seznámíme se s K-centry, terénní práci a terapeutickou komunitou. Objasníme práci terénních pracovníků a psychoterapeutů. Vymezíme si práci sociálních pedagogů v rámci léčby. Zaměříme se také na druhy detoxifikace a její význam v léčbě závislosti. Také si vysvětlíme celý průběh léčby v terapeutické komunitě, kterou klient prochází.

3.1 K-centra a jejich role v prevenci závislosti

K-centra nebo také nízkoprahové kontaktní centra jsou sklobením terénní práce a terciární prevence, která se zabývá převážně hledáním rizikových klientů, výměnou injekčních stříkaček, testů na infekční onemocnění, těhotenských testů, pomocí s hledáním vhodné léčby a pomoc v právnických otázkách při řešení trestní činnosti. Tato centra jsou dostupná místně i časově v daném regionu. Dle Kaliny (2008, s. 372) filozofie kontaktních center vychází jednak z přístupu public health a harm reduction a jednak humanistických přístupů orientovaných na člověka a na jeho pozitivní potenciál ke změně a vývoji.

Cílovou skupinou K-center jsou uživatelé návykových látek s různou motivací ke změně, v různém stádiu užívání a v různé fázi vývoje jeho závislosti. Často sem dochází klienti, kteří ještě nejsou odhodlaní jít se léčit anebo sem zavítají pouze jednou, protože je to pro ně ponižující a stydí se za to, že potřebují služby K-centra.

Tady nastupuje na řadu terénní práce, kdy se pracovníci setkávají s klienty venku na předem dohodnutých místech. Pro klienty je častokrát přijatelnější možnost setkat se venku, protože by sami v sobě nenašli odvahu přijít do K-centra. Tito uživatelé si uvědomují, že potřebují pomoc zejména s výměnou injekčních stříkaček, ale vůbec si nepřiznávají sílu své závislosti a o případné léčbě zatím neuvažovali a kategoricky takovou možnost odmítají. Díky těmto setkáním se streetworkeři poznávají s novými uživateli a postupně tak mohou navazovat důvěrnější kontakty a tím pádem dále šíří základní cíle terénní práce a kontaktních center a to minimalizovat zdravotní a sociální rizika u uživatelů drog a postupně motivovat klienty k léčbě a ke změně životního stylu s výhledem abstinence. (Kalina 2008, s. 375)

Tým kontaktního centra a terénní práce je tvořen s ohledem na multidisciplinaritu. V těchto týmech se nachází pedagogové, sociální pracovníci, zdravotníci a psychologové. I tato práce je hodně psychicky náročná a je kladen velký důraz na osobnost pracovníka,

jeho flexibilitu, tvořivost a vzdělání v humanitních oblastech pokud možno s orientací na drogovou problematiku. Díky náročnosti povolání je potřeba pracovníkům zajistit možnost supervizí a dalšího kariérního růstu.

3.2 Detoxifikace

Dle Kaliny (2003, s., 304) jedním z základních znaků závislosti je přítomnost odvykacího stavu při vysazení návykové látky. Tento odvykací stav můžeme dělit na tělesný a duševní, kdy tělesný stav se nepřesně považuje za stav závažnější. Odvykací syndrom není projevem nebo důsledkem závislosti, ale současně je jedním z momentů v genezi závislosti. Návyková látka se totiž neužívá jen z důvodu jejích euforických, stimulujících či uklidňujících účinků, ale i proto, aby se uživatel vyhnul nepříjemným stavům, kterými odvykací syndromy jsou. Tyto stavy jsou jedním z prvních potíží, které se projevují při zahájení delšího terapeutického programu a jeho zvládnutí je prvním krokem další terapie. Tyto příznaky někdy mohou být životu nebezpečné a často je provázejí křeče nebo delirium.

Detoxifikace nebo také detox probíhá u každé závislosti v podstatě stejně, avšak všechny závislosti mají své specifické příznaky. Na detoxifikaci se dá zaměřit několika směry. Převážně probíhá za hospitalizace nebo také v ambulantní péči, kdy je závislý pod neustálým nebo častým dohledem. Každá detoxifikační jednotka má své postupy a pravidla, které klient musí respektovat a řídit se jimi. Převážně se na detox zaměřují psychiatrické léčebny anebo jsou tyto programy přidružené ke komunitám. V ambulantních programech detoxifikace jsou převážně vedeni uživatelé na substituční léčbě. Cílovou skupinou detoxifikačních jednotek jsou klienti, kteří:

- se připravují na další odvykací léčbu,
- vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo sociální situaci potřebují snížit toleranci vůči droze, ale nejsou rozhodnuti pro abstinenci nebo nástupu na další léčbu,
- jsou nebezpeční sami sobě nebo svému okolí z důvodu intoxikace nebo odvykacího syndromu.

Cílem detoxifikace je zvládnutí odvykacího stavu a intoxifikace. Důvody, kdy chce klient nastoupit na detoxifikaci a je motivován k abstinenci, nebo jsou k detoxifikaci indikovány zdravotní příčiny, jsou všeobecně akceptovány a přijímány. Některé detoxifikační jednotky však nepřijímají klienty, kteří si chtějí pouze snížit toleranci vůči droze a od drog si chtějí chvíli odpočinout, ačkoliv je tento důvod brán jako legitimní. I v rámci takto

omezeného kontaktu s klientem je možné postupně pracovat na motivaci klienta k léčbě. (Kalina, 2008, s. 374-375)

Podstoupení detoxifikace je nutná před nastoupením do jakékoliv terapeutické komunity. Délka pobytu bývá v rozmezí 2 až 4 týdnů. Tato délka je závislá od volného místa v komunitě a jejích požadavků. Do komunity tedy klient nastupuje relativně čistý od drog. Při nástupu se drogy nesmí prokázat v moči, krevní testy se zde nedělají.

3.3 Terapeutická komunita Krok a program následné péče

První zmínky o komunitách můžeme zaznamenat od konce druhé světové války. V tomto období zatím nemluvíme o komunitách pro léčbu drogové závislosti, nýbrž se jedná o komunitu pro pacienty s psychiatrickými problémy. První model terapeutické komunity vznikl roku 1963 v New Yorku a to Daytop Lodge, které byla konstituována podle modelu Synanonu jako komunita pro práci a život bývalých toxikomanů. Tyto komunity byly koncipovány pomocí sociální interakce, kdy aktivní účast na léčbě klientů byla klíčová a bez ní léčba nebyla možná. (Kooyman, 1992, s. 1)

V českých zemích podle Skály vznikaly svépomocné organizace pro léčbu alkoholiků už v obrozenecké době v 19. st, kdy se zakládaly tzv. spolky střízlivosti jako forma pomoci sedlákům, kteří si nevěděli rady se svou znovu nabytou svobodou a propíjeli své grunty. První lůžková protialkoholní léčebna vznikla roku 1909 ve Velkých Kunraticích a zanikla o 5 let později. První socioterapeutický klub pro závislé na alkoholu vznikl v Čechách roku 1932 v Brně. (Nevšímal, 2004, s. 185)

Drogově závislí na nealkoholových drogách zaujímali u nás v době komunismu velmi malou skupinu pacientů a přistupovalo se k nim jako k pacientům závislým na alkoholu. Až po pádu komunismu došlo v Česku k masivnímu nárůstu konzumace tvrdých ilegálních drog a tím vznikla potřeba vytvoření nových léčebných modalit pro tuto specifickou skupinu pacientů. První terapeutickou komunitu v našich zemích určenou pouze pro závislé na nealkoholových drogách založilo roku 1991 občanské sdružení SANANIM v Němčicích. Cílem každé komunity je znovu začlenění svých klientů do běžného života, vyrovnání se s minulostí a osvojení si způsobů řešení svých chutí v každodenní abstinenci. (Nevšímal, 2004, s. 192)

Pokusíme si trochu přiblížit průběh pobytu v resocializačních zařízeních jako je Krok. Samozřejmě nesmíme zapomenout, že každá komunita má své odlišnosti a svá specifika.

Terapeutická komunita Krok v Kyjově byla založena roku 1999 Milanem a Hanou Čamlíkovými, kteří tuto komunitu provozují stále. Komunita Krok je u nás jediná komunita fungující ve městě. Komunita je určena pro klienty s různými závislostmi a podmínkou pro nástup je minimální věk 15 let, setkání se s Milanem Čamlíkem, hlavním psychoterapeutem na prvokontaktu a absolvování detoxifikace v některé psychiatrické léčebně. Pobyt v komunitě patří mezi dlouhodobou léčbu. Při nástupu klienti sepisují smlouvu a podepisují různé dokumenty potřebné pro nástup do komunity. Dalším krokem při přijetí je test na drogy z moči a kontrola osobních věcí. Tato kontrola je velmi důležitá z důvodu ochrany stávajících i nově přichozích členů komunity. Vylučuje možnost, že nováčci přinesou do zařízení předměty, které by je mohly ohrozit. Klienti odevzdávají své doklady, cennosti i finanční hotovost a částečně se dobrovolně vzdávají svých osobních práv a svobod stanovených v Ústavě ČR. Klienti chodí každý pracovní den do práce na sedm a půl hodiny, kdy se učí povinnostem, pracovitosti a zodpovědnosti. Pracovní terapie je těžištěm léčebného programu. Jejím cílem je osvojení si základních dovedností, které klienti využijí v běžném životě. Nacvičují si pravidelnost, pracovní návyky a zručnosti v různých typech prací. Další neméně důležitou složkou léčby je skupinová terapie, kdy se řeší problémy jednotlivých klientů, interpersonální a intrapsychické konflikty, diskutuje se o určitých tématech a nacvičují se potřebné dovednosti pro řešení krizových životních situací.

Styl terapie v Kroku se opírá o práci Virginie Satirové, která byla zaměřena především na rodinnou terapii. Jednou z jejích základních tezí byla myšlenka, že v každém člověku lze najít pozitivní vlastnosti, které je potřeba podporovat a rozvíjet a v každém skutku lze najít pozitivní úmysl, který lze uchopit a na modelové situaci najít konstruktivnější řešení. Celistvost člověka vždy znamená víc, než je sám schopen vidět. Celistvost obsahuje vše, co je zjevně nebo skrytě přítomno. Celistvost je výsledkem našeho pátrání po věcech, které jsou v nás přítomny, ať už viditelně nebo skrytě. Pro terapeuta je nezbytné dívat se na klienta ze všech možných úhlů. Tyto perspektivy nám pomáhají vidět celek. Můžeme zpřeházet jejich pořadí, ale vždy je nezbytné obsáhnout je všechny. (Banmen, 2005, s. 14)

Poté klient vstupuje do komunity a prochází přijímacím rituálem, kdy prochází celou komunitou, seznamuje se s klienty a plní různé úkoly. Závěrem rituálu je úkol, kdy současní klienti utvoří kruh a nově přichozí musí proniknout do středu kruhu. V ten okamžik se nový klient stává tzv. nultou fází. Při úvodní skupině se nováček představí a je mu určen starší sourozenec. Jeho úkolem je pomáhat mu se začátkem v komunitě, osvojením si pravidel a řádu, podle kterého se zde funguje. Stává se jeho první vrbou a nese za něj zodpo-

vědnost. Tato spočívá v tom, že za svěřeného bratra nebo sestru vykonává platby. Ostatní klienti se také představí, každý sdělí jedno ze základních pravidel a pokládají stejnou otázku, zda nově příchozí nemá u sebe drogy nebo zbraně které by mohly ohrozit skupinu. V tento okamžik se ještě může nový člen těchto věcí zbavit bez jakýchkoliv důsledků.

„Dnes jsem tady první den. Nejtěžší pro mě bylo loučení s rodiči a rituál. Jak jsem ale pronikla do kruhu, většina mých obav zmizela a začala jsem si připadat jako člen skupiny. Bojím se ale, že to nevydržím a spadnu zpátky, kam se už nechci vrátit! Moc se BOJÍM!!!“ (Autentický zápis z komunitního deníku, 1. den, 20. 2. 2008)

V nulté fázi klient ještě není plnoprávným členem komunity. V této fázi pobytu se má právo rozmyslet, zda opravdu chce podstoupit léčbu a přijmout postupně za své všechna pravidla a postoje, které s sebou abstinence přináší po celý život nebo chce odejít bez podstoupení klauzury. Také má hodně omezení jako například, že nesmí číst, má omezený pohyb po domě bez doprovodu staršího člena skupiny a nesmí sám vycházet z domu nebo mluvit s lidmi mimo komunitu.

„Dnes jsem celý den přemýšlela o odchodu a dokonce jsem už chtěla na večerní skupině říct, že odcházím. Pak jsem se ale přistihla, jak si na záchodě hledám na stáhlé ruce žily a lekla jsem se. Věděla jsem, že bych šla rovnou fetovat. Verdikt zní, že chci zůstat! Děkuji si za další den bez drog.“ (Autentický zápis z komunitního deníku, 15. den, 5. 3. 2008)

Při přestupu z nižší fáze do vyšší fáze odchází klient do klauzury, kdy má čas na přemýšlení a zvažování zda je toto opravdu cesta po které se chce vydat a jaký kus cesty má už za sebou. Je to čas jen pro něj. Také vypracovává otázky, co pro něho abstinence znamená, v čem vidí své slabé a silné stránky a co si myslí, že musí ještě vyřešit. To pak klient prezentuje před skupinou a ta na základě jeho odpovědí na otázky schvaluje přestup.

„Dnes to byl fajn den a uvědomila jsem si, jak velkou hrozbou je pro mě fet a co pro mě znamená má abstinence. Děkuji si za další den bez drog.“ (Autentický zápis z komunitního deníku, 55. den, 14. 4 2008)

Při vstupu do první fáze se klient stává právoplatným členem komunity, a pokud by chtěl od této chvíle odejít, tak musí projít opět klauzurou, která trvá 24 hodin. V průběhu klauzury je povinností člena komunity vypracovat odpovědi na otázky typu: „Co získá, když zůstane, co ztratí, když odejde a co získá, když odejde“. V klauzуре klient nesmí mluvit s žádným členem. Jediná možnost komunikace je svolat si skupinu a řešit své momentální rozpoložení. V první fázi se klient už může volně pohybovat po domě, může číst,

ale stále nesmí chodit sám mimo prostory domu a mluvit s lidmi mimo komunitu. Je to hlavně bezpečnostní opatření, aby se klient nedostal do zkratového jednání a neutekl nebo si neopatřil nějakou drogu. Dále přebírá zodpovědnost sám za sebe a za porušování pravidel. Za každé porušení pravidla se udělují tzv. platby. Tyto platby dělíme na malé a velké, kdy malá platba je jedna tečka a velká platba jsou tři malé platby. Udělování plateb záleží na tom, jak moc klient porušil pravidla. Jedná se třeba o mluvení sprostě, špatný úklid, zaspání, nezhasnutí světla, nezasunutí židličky, pomlouvání, nerespektování terapeuta nebo starších klientů. Za každou velkou platbu si klient vytáhne jeden úkol, který musí splnit. Platby se plní vždy ráno mezi 5 a 6 hodinou. Průběhem celého pobytu se klienti učí řešit své chutě na drogy, hledají své mechanismy a budují svou zodpovědnost, disciplínu a sebeúctu.

„Dnes mám ze sebe moc dobrý pocit, protože jsem začala poznávat finty své závislé už v počátku. Uvědomila jsem si, že se na sebe občas musím zdravě nasrat a podívat se na sebe z pohledu třetí osoby. Taky jsem si uvědomila, že mé fňukání a kňourání je sebelítost. Děkuji si za další den prožitý bez drog.“ (Autentický zápis z komunitního deníku, 65. den, 24. 4. 2008)

V první fázi se klient především snaží si osvojit pravidla komunity a ztotožnit se s nimi. Vybudovat si návyky pravidelnosti a odpovědnosti za sebe, především pomocí systému kontroly. Dále se začíná vyrovnávat sám se sebou a se svou minulostí. Konečně si totiž uvědomuje, co dělal a jaký ve skutečnosti byl, když jednal a přemýšlel pod vlivem drog. V té době si sám sebe vůbec nevážil a styděl se za sebe. Pokouší se přijmout sám sebe takového jaký je, odhalit své slabosti, naučit se s nimi pracovat. Se svou rodinou se až do druhé fáze nevidá.

„Konečně začínám poznávat svou vlastní hodnotu a uvědomuji si, že takhle se už v životě nenechám ponižovat a konečně mi dochází, v jakých svinstvech jsem to byla.“ (Autentický zápis z komunitního deníku, 66. den, 25. 4. 2008)

„Dnes jsem si uvědomila, že nerada ukazuji své city a zranitelnost. Kdykoliv jsem to totiž udělala, tak mi ublížili. Proto kolem sebe stavím pevnou bariéru a své city a zranění skrývám hluboko pod ní. Ted' když mám ukázat svou zranitelnost, tak se bojím, že mi někdo ublíží. Tak jak dnes jsem nebyla nikdy v mých očích slabá a nechápala jsem sama sebe. Ted' jsem ale ráda, že se to stalo, protože si uvědomuji, že ne vždy musím být ta silná, nezranitelná a neporazitelná co jí nikdo neublíží. Nechci už být na všechno sama. Vím, že

nejsem tak nedotknutelná, jak vypadám, nebo se někdy dělám. Děkuji si za další den bez drog.“ (Autentický zápis z komunitního deníku, 76. den, 5. 5. 2008)

Přestup do druhé fáze je pro všechny klienty zlomový. Od druhé fáze totiž můžou jezdit domů na vycházky a setkávat se s rodinou. Díky tomu se musí vyrovnávat se svými dřívějšími činy a snaží se znovu vybudovat si rodinné vztahy. Dále je na klienta kladena větší zodpovědnost v komunitě a přebírá dohled nad mladšími členy. Taky se na vycházkách konfrontuje s původním prostředím a s náhodnými setkáními s lidmi z minulosti. Ve druhé fázi klienti začínají sbírat informace pro své rodinné mapy, kdy zjišťuje informace o své rodině. Zajímá se o vztahové vazby, vzdělání, zaměstnání, koníčky, vyznání, vlastnosti, pravidla, zásady, nemoci, tabu, jak se poznali, kolik měli dětí, sourozenců, atd. V této terapeutické metodě se hlavně klient snaží pochopit způsob výchovy svých rodičů, co si převzali od svých rodičů a s čím se ztotožnil klient. Většinou se zjišťují informace po prarodiče.

„Díky odchodu jedné klientky jsem si uvědomila, proč jsem tady, pro koho to dělám a o co se snažím. Jsem tady, abych bojovala o svůj život, dělám to hlavně a především pro sebe a snažím se o lepší a šťastnější život. Cítím v sobě, že své pravidla a názory mám konečně jasně postavené. Děkuji si za další den bez drog.“ (Autentický zápis z komunitního deníku, 95. den, 24. 5. 2008)

Jelikož jsou konfrontace s rodinou neustálým zdrojem k řešení svých vnitřních démonů, je druhá fáze nejdelší fází celého pobytu. Klienti si posilují získané návyky, dovednosti a záliby, také se více zapojují do chodu komunity, dostávají na starost různé úkoly, které pravidelně plní. Vycházky ve druhé fázi probíhají jednou za měsíc v rozmezí 10 hodin a plán vycházky musí být podrobně naplánovaný a schválený členy komunity.

„Dnes jsem od bratra dostala nejtvrďší a nejreálnější zrcadlo o tom, jaká jsem byla. Řekl mi, jak to prožívali naši a on sám. Uvědomila jsem si, co všechno jsem provedla a jak hnusně jsem se chovala. Vidím tam konečně i tu druhou stránku věci a ne jen ty moje křivdičky. Myslím, že jsem to potřebovala slyšet, abych si uvědomila, co jsem byla za zrůdu, která si nikoho a ničeho nevážíla. Dokonce ani sama sebe ne. Nechápu, jak mi po tom všem dokázali dát druhou šanci.“ (Autentický zápis z komunitního deníku, 187. den, 24. 8. 2008)

„Na skupině jsem si uvědomila, jaké vztahy s mojí rodinou jsem měla v minulosti a jaké jsou teď. Až tady jsem dokázala mamce odpustit křivdy a přijmout ji takovou jaká je.“ (Autentický zápis z komunitního deníku, 196. den, 2. 9. 2008)

Po přestupu do třetí fáze klienti dostávají odpovědnost za druhé, jako jsou menší pracovní skupiny. Mají spoluodpovědnost za konkrétní úseky komunity. Také jsou častější vycházky. Jezdí jednou za 14 dní střídavě na jedno denní a dvou denní vycházky. Opět musí mít podrobně naplánovanou vycházku, kterou schvaluje skupina. Ve třetí fázi mají klienti možnost týdenního pobytu rodinných příslušníků v komunitě, se zapojením se do běžného chodu komunity. Většinou se jedná o rodiče klientů, případně o jejich partnery. Pro klienty a sourozence je určen zážitkový a zátěžový týdenní pobyt. Důležitou částí třetí fáze je sestavování klientových plánů do budoucna po odchodu z komunity. Třetí fáze je druhou nejdelší fází pobytu.

„Dnes v arteterapii jsem si uvědomila, že strašně málo mluvím, nebo znázorňuji mou přítomnost nebo budoucnost, jako bych se bála, že se něco špatného stane. Mám v sobě chaos. Děkuji si za další den bez drog.“ (Autentický zápis z komunitního deníku, 239. den, 15. 10. 2008)

„Dnes jsem měla celý den celkem dobrou náladu. Konečně se dokážu smát a vtipkovat a jen mít radost ze dne. Děkuji si za další den bez drog.“ (Autentický zápis z komunitního deníku, 340. den, 24. 1. 2009)

„Dnes jsem byla v práci celý den s tatínkem. Hodně mi chodily vzpomínky na dětství. Teprve teď a tady poznávám svého tatku.“ (Autentický zápis z komunitního deníku, 343. den, 27. 1. 2009)

Do čtvrté fáze klienti vstupují měsíc před koncem pobytu už bez klauzury. V den přestupu se klienti dovídají datum svého odchodu z komunity. Dále se zintenzivní frekvence vycházek. Jezdí se každý týden od pátku odpoledne do neděle večer.

„ Dnes jsem si uvědomila, že se mám konečně ráda. Děkuji si za další den bez drog.“ (Autentický zápis z komunitního deníku, 455. den, 19. 5. 2009)

Základním úkolem této fáze je odpoutání klientů od chráněného prostředí komunity a postupná integrace do běžného sociálního prostředí. Klienti si zařizují vše potřebné pro vstup do nového života, hledají si práci nebo zařizují studium nebo případnou rekvalifikaci. Všichni klienti při odchodu mají práci nebo zařízené studium. Na týden odjíždí domů na

vycházku, aby měli možnost vyřešit záležitosti na úřadech, a poslední týden se stávají pomocným terapeutem.

„Dnes mi naši vrátili mé klíče od domu, které si vzali, když jsem od nich odcházela. Moc mě to potěšilo a moc si toho vážím. Děkuji si za další den bez drog.“ (Autentický zápis z komunitního deníku, 459. den, 23. 5. 2009)

Poslední den v komunitě klienti absolvují závěrečný rituál pro ukončení formou rozlučky, kterou pro něj chystají ostatní klienti. Je to průřez vzpomínek celého klientova pobytu. Další částí rozlučky, je závěrečné shrnutí jejich cesty k abstinenci, které klienti předcítají.

„Tak a je to tady. Má poslední noc na komunitě. Na začátku jsem ani nevěřila, že to dokážu. Pořádně se ani nepoznávám, jak moc jsem se změnila. Děkuji si za další den bez drog. A to je jen začátek.“ (Autentický zápis z komunitního deníku, 467. den, 31. 5. 2009)

Po odchodu z komunity většina klientů nastupuje do programu následné péče s možností chráněného bydlení, tzv. doléčováku. Tam klienti už fungují v reálném prostředí, ale stále se účastní terapie. Tato terapie sice není tak intenzivní, ale je stejně důležitá jako v komunitě. Hlavně v důsledku konfrontace v prvních dnech mimo komunitu.

V průběhu celé léčby se klienti potýkají se svými prohřešky z minulosti, kdy jim v řešení pomáhají především sociální pracovníci. V této funkci se mohou realizovat i sociální pedagogové, kteří mají znalosti v základech všech potřebných oblastí, jako je právo, sociální šetření, psychologie a jiné.

V celé organizaci je potřebná spolupráce několika různých oborů. Jelikož je tato práce velice náročná hned z několika důvodů, je potřeba zaměstnancům pravidelně umožňovat supervize a možnosti jak osobního tak pracovního růstu.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 DROGOVÁ ZÁVISLOST A JEJÍ TERCIÁRNÍ PREVENCE

V této kapitole praktické části bakalářské práce se pokusíme objasnit názory lidí na terapeutické komunity a jejich funkci, vnímání rizika drogové problematiky a názor na požívání alkoholu v dnešní společnosti pomocí kvantitativního výzkumu dotazníkovou metodou. Specifikujeme zde výzkumný problém, výzkumné cíle a otázky. Předem stanovené hypotézy potvrzujeme nebo vyvracíme. Charakterizujeme skupinu respondentů a poskytujeme údaje o výzkumném vzorku. Popisujeme zvolené metody a techniky sběru dat a způsoby vyhodnocení výzkumu.

4.1 Výzkumný problém

Jaký názor mají lidé ve Zlíně na smysl terapeutických komunit a na jejich absolventy a jak vnímají dnešní problematiku drogové závislosti a požívání alkoholu?

4.2 Výzkumné cíle

Hlavní výzkumný cíl

Hlavním cílem práce je zjistit, v jaké míře lidé důvěřují práci terapeutických komunit a jejich názor na absolventy komunit. Také se zaměříme na názor na požívání alkoholu v dnešní době, a zda je pro ně alkohol běžnou součástí života.

Dílčí výzkumné cíle

Dalším cílem je zjistit, zda si lidé uvědomují dnešní hrozbu závislostí ať na alkoholu nebo na drogách, zda vyzkoušeli jinou drogu než alkohol a jestli je v jejich okolí někdo kdo si prošel léčbou. Dále nás zajímá, zda si lidé myslí, že je v ČR dostatečně rozšířená možnost léčby. Toto téma máme v plánu více rozšířit do povědomí lidí.

4.3 Výzkumné otázky

Některé výzkumné otázky jsou pouze popisné, jiné se vztahují k jednotlivým hypotézám. Číslo hypotézy, ke které se výzkumná otázka vztahuje, je vždy uvedeno na konci otázky v závorce.

VO1: Vyskytuje se názor, že je v dnešní době normální pít alkohol ve všech věkových kategoriích stejně často? (H1)

VO2: Vyskytuje se názor, že respondenti vidí smysl práce v prevenci drogové problematiky ve všech věkových kategoriích stejně často? (H2)

VO3: Vyskytuje se názor, že abstinenti jsou obdivuhodní lidé ve všech věkových kategoriích respondentů stejně často? (H3)

VO4: Vyskytuje se názor, že je dobrá informovanost o rizicích závislostí ve všech věkových kategoriích stejně často? (H4)

VO5: Vyskytuje se názor, že je dostatečně rozšířená léčba závislostí v ČR ve všech věkových kategoriích stejně často? (H5)

VO6: Znájí respondenti ve svém okolí někoho, kdo prošel terapeutickou komunitou?

VO7: Jaký je názor respondentů na drogy potažmo drogovou závislost?

4.4 Stanovení hypotéz

U hypotézy vždy v závorce uvádíme, ke které otázce v dotazníku se hypotéza vztahuje.

H1: Ve všech věkových kategoriích se vyskytují stejně často odpovědi ano u otázky, zda je normální v dnešní době pít alkohol. (otázka č. 17)

H2: Ve všech věkových kategoriích se vyskytuje stejně často názor, že prevence u drogové problematiky je smysluplná práce. (otázka č. 7)

H3: Ve všech věkových kategoriích se vyskytuje stejně často názor, že abstinenti jsou obdivuhodní lidé. (otázka č. 15)

H4: Ve všech věkových kategoriích se vyskytuje stejně často názor, že je dostatečně rozšířená informovanost o rizicích závislosti. (otázka č. 21)

H5: Ve všech věkových kategoriích se vyskytuje stejně často názor, že je dostatečně rozšířená léčba závislostí v ČR. (otázka č. 22)

4.5 Výzkumná metoda

Jako výzkumnou metodu jsme zvolili kvantitativní výzkum. Provedli jsme jej pomocí výzkumné techniky dotazníkového šetření. Dotazník byl vytvořen tak, aby se dalo z malého množství položek získat co nejvíce informací. V metodologických postupech jsme se řídili podle publikace prof. PhDr. Miroslava Chrástky, CSc. (2007)

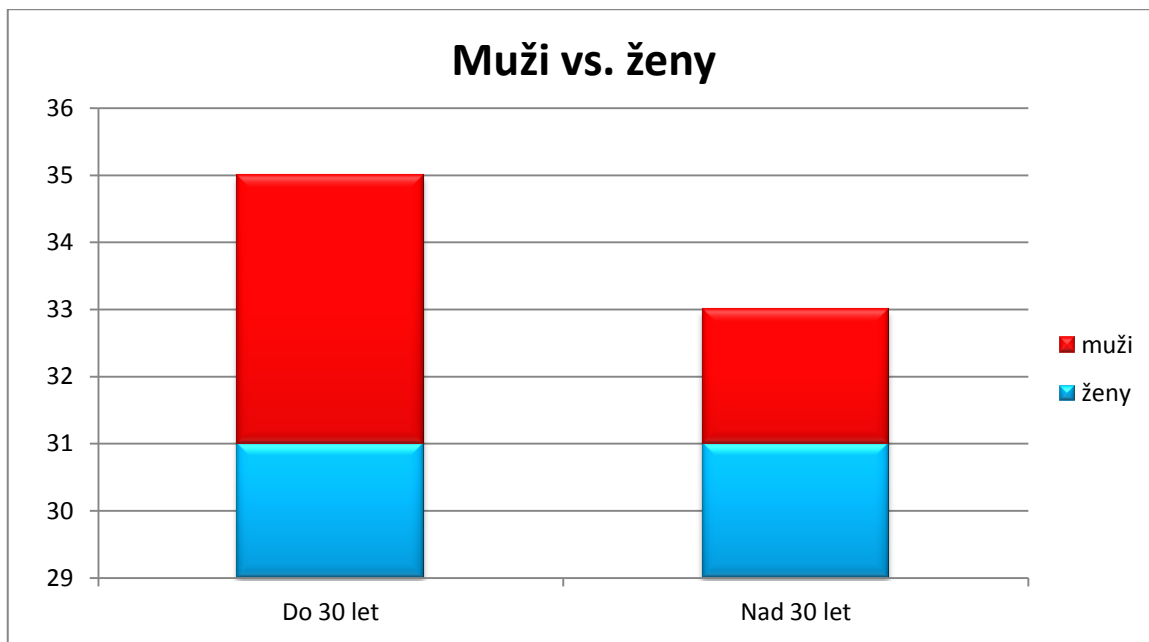
V úvodu dotazníku vyplnili respondenti údaje pohlaví a věku. Samotný dotazník obsahoval 16 otázek uzavřených a 4 otázky otevřené. Dotazník pro muže i pro ženy byl totožný.

4.6 Charakteristika výzkumného vzorku

Do výzkumného vzorku řadíme lidi žijící v okrese Zlín ve věkovém rozhraní 18- 55 let. Skupina respondentů byla zcela náhodná. Žádná selekce respondentů pro vyplnění dotazníku nebyla potřeba. Bylo rozdáno 70 dotazníků mezi různé věkové skupiny. Zpět bylo získáno všech 70 dotazníků, z nichž 2 musely být vyřazeny z důvodu nesrozumitelnosti vyplněných informací. Celková návratnost dotazníku tedy byla 97,1%. Výzkumný vzorek je složen z 68 respondentů, z toho 35 respondentů ve věku do 30 let, 33 respondentů ve věku nad 30 let a 62 žen a 6 mužů. Jelikož podle výsledků v kontingenční tabulce byly hodnoty pro testové kritérium menší než 5 a z tohoto důvodu bylo potřeba sloučit několik kategorií dohromady.

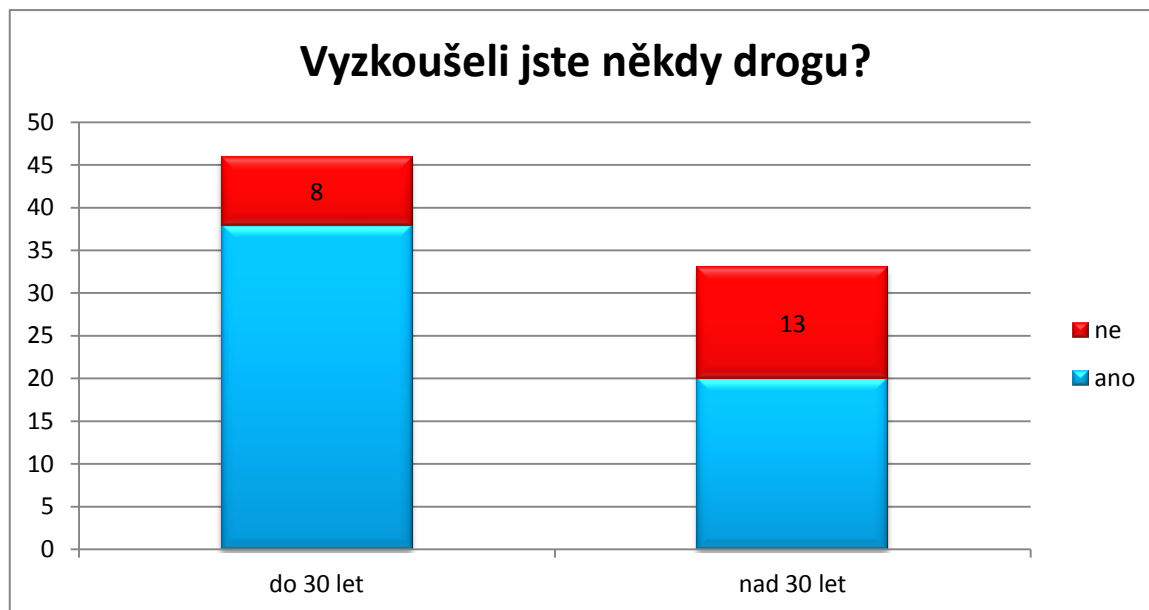
Následující grafy popisují základní údaje o vzorku respondentů.

Graf č. 1: Počet respondentů rozdělených do věkových kategorií



Graf č. 1 ukazuje, že více respondentů bylo ve věku do 30 let, kde celkem bylo 31 žen a 4 muži. Nad 30 let bylo celkem 33 respondentů, kde bylo také 31 žen, ale jen 2 muži.

Graf č. 2: Počet respondentů rozdělených se zkušenostmi s drogou



Graf č. 2 ukazuje, že 8 respondentů v první kategorii nikdy nezkusilo drogy a ve druhé kategorii zkušenost s drogami nemá 13 respondentů.

4.7 Způsob vyhodnocení dat

Otázky, kde bylo nutno prokázat statisticky významnou souvislost mezi jednotlivými jevy, jsme vyhodnocovali pomocí testu nezávislosti chí – kvadrát pro čtyř polní tabulku. Pracovali jsme v programu Microsoft Excel 2007 a používali jsme čárkovací metodu. Výpočtem očekávané četnosti a testového kritéria, které jsme následně srovnali s kritickou hodnotou pro příslušný stupeň volnosti tabulky, jsme určili statistickou významnost a následně jsme potvrdili nebo vyvrátili nulovou hypotézu. V ostatních otázkách jsme využili absolutní a relativní četnosti a její značení do grafu. Otevřené otázky nám sloužily spíše k inspiraci a potvrzení si některých faktů z teoretické části. Kvantitativně zpracováváme jednu otevřenou otázku, zbylé otázky bohužel nemají dostatečnou vypovídající hodnotu.

Použité vzorce pro výpočty

Výpočet očekávané četnosti O jsme vypočítali pro každé pole čtyř polní tabulky tak, že jsme vždy násobili odpovídající marginální četnosti v tabulce a tento násobek jsme poté vydělili celkovou očekávanou četností.

Pro každé pole čtyř polní tabulky jsme pak vypočítali hodnoty, potřebné pro určení testového kritéria podle vzorce $\frac{(P-o)^2}{o}$, kde P je pozorovaná četnost. Testové kritérium x^2 jsme pak vypočítali jako součet těchto vypočítaných hodnot v jednotlivých polích tabulky.

Pro posouzení hodnoty x^2 bylo potřeba určit počet stupňů volnosti tabulky. Pro tabulku o r řádcích a s sloupcích jsme určili počet stupňů volnosti tabulky f podle vzorce $f = (r - 1)(s - 1)$. Pro vypočítaný počet stupňů volnosti a pro zvolenou hladinu významnosti 0,05 jsme našli ve statistických tabulkách (Chrásková, 2007) kritickou hodnotu testového kritéria. Tuto hodnotu jsme poté srovnali s vypočítanou hodnotou testového kritéria a podle toho jsme zjišťovali, zda existuje významná souvislost mezi srovnávanými jevy.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH INTERPRETACE

Přehled jednotlivých otázek v dotazníku

Otázka č. 1 : Kdy jste poprvé ochutnali alkohol?

Otázka č. 2 : Vyzkoušeli jste nějakou drogu?

Otázka č. 3 : Jakou?

Otázka č. 4 : Kdy?

Otázka č. 5 : Co si myslíte o smyslu prevence závislosti?

Otázka č. 6 : Víte co je to K-Centrum?

Otázka č. 7 : Víte co je to komunita?

Otázka č. 8 : Víte, jak komunita pracuje?

Otázka č. 9 : Jak si jejich práci představujete?

Otázka č. 10: Víte, jakou má komunita organizační strukturu?

Otázka č. 11: Jak si představujete její strukturu práce?

Otázka č. 12: Myslíte si že, má jejich práce smysl?

Otázka č. 13: Co si myslíte o abstinenci a abstinentech?

Otázka č. 14: Co je podle vás přiměřené pití alkoholu?

Otázka č. 15: Myslíte si, že je v dnešní době normální pít alkohol?

Otázka č. 16: Znáte někoho, kdo prošel komunitou?

Otázka č. 17: Pokud ano co si o takovém člověku myslíte?

Otázka č. 18: Jaký je váš názor na drogy potažmo drogovou závislost?

Otázka č. 19: Myslíte si, že je u nás dobrá informovanost o závislostech a jejich rizicích?

Otázka č. 20: Myslíte si, že je v ČR dostatečně rozšířená léčba?

5.1 Otázka č. 1

„Myslíte si, že je v dnešní době normální pít alkohol?“

Tato otázka zjišťuje názor respondentů na pití alkoholu v dnešní době.

5.1.1 Hypotéza H1

Ve všech věkových kategoriích se vyskytují stejně často odpovědi ano u otázky, zda je normální v dnešní době pít alkohol.

Tabulka č. I: Absolutní četnost odpovědí v souvislosti s věkem respondentů

	Do 30 let	Nad 30 let	Σ
ano	31	29	60
ne	4	4	8
Σ	35	33	68

Tabulka č. 1 ukazuje názor, zda je konzumace v dnešní době „normální“.

Tabulka č. II: Očekávaná četnost odpovědí v souvislosti s věkem respondentů

Očekávaná četnost O		
	Do 30 let	Nad 30 let
ano	30,88235	29,11765
ne	4,117647	3,882353

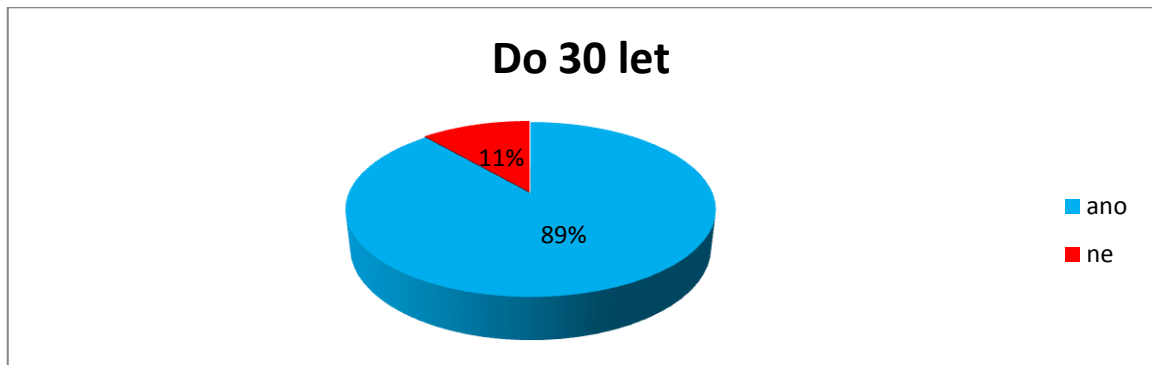
Tabulka č. 2 ukazuje hodnoty očekávané četnosti pro jednotlivá pole tabulky k následujícímu výpočtu testového kritéria.

Z očekávané četnosti jsme vypočítali hodnoty, potřebné pro určení testového kritéria. Součtem těchto hodnot jsme získali číslo **0,007**.

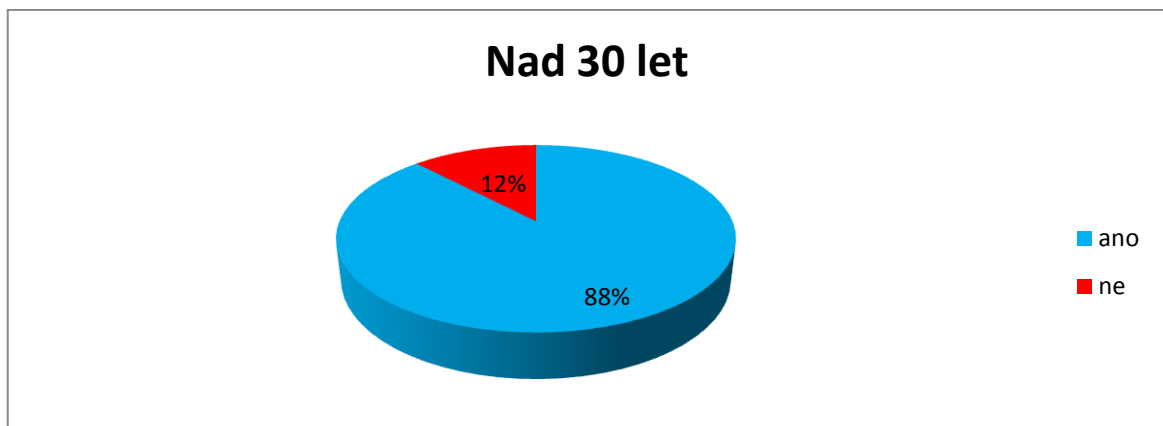
Podle stupně volnosti tabulky jsme určili kritickou hodnotu testového kritéria **3,841** při hladině významnosti 0,05.

Vzhledem k tomu, že hodnota testového kritéria nepřekročila kritickou hodnotu testového kritéria, lze s jistotou potvrdit, že mezi zvolenou odpovědí a věkem respondentů není statisticky významný rozdíl a můžeme přijmout nulovou hypotézou.

Graf č. 3: Percentil odpovědí v jedné skupině na otázku, zda je v dnešní době normální pít alkohol.



Graf č. 4: Percentil odpovědí v jedné skupině na otázku, zda je v dnešní době normální pít alkohol.



Grafy č. 3 a 4 znázorňují přehled hodnot relativních četností odpovědí v procentech, kde je patrné, že zda je v dnešní době normální pít alkohol uvažovali všechny věkové kategorie stejně.

5.2 Otázka č. 2

„Myslíte si, že má práce terapeutických komunit smysl?“

Tato otázka zjišťuje názor respondentů na práci terapeutických komunit, zda mají pocit smysluplnosti jejich práce.

5.2.1 Hypotéza H2

Ve všech věkových kategoriích se vyskytuje stejně často názor, že prevence u drogové problematiky je smysluplná práce.

Tabulka č. III: Absolutní četnost odpovědí v souvislosti s věkem respondentů

	Do 30 let	Nad 30 let	Σ
ano	24	24	48
nevím jistě	11	9	20
ne	0	0	0
Σ	35	33	68

Tabulka č. 3 ukazuje, kolik respondentů v jednotlivých věkových kategoriích si myslí, že práce terapeutických komunit má smysl.

Tabulka č. IV: Očekávaná četnost odpovědí v souvislosti s věkem respondentů

Očekávaná četnost O		
	Do 30 let	Nad 30 let
ano	24,70588	23,29412
nevím jistě	10,29412	9,705882
ne	0	0

Tabulka č. 4 ukazuje hodnoty očekávané četnosti pro jednotlivá pole tabulky k následujícímu výpočtu testového kritéria.

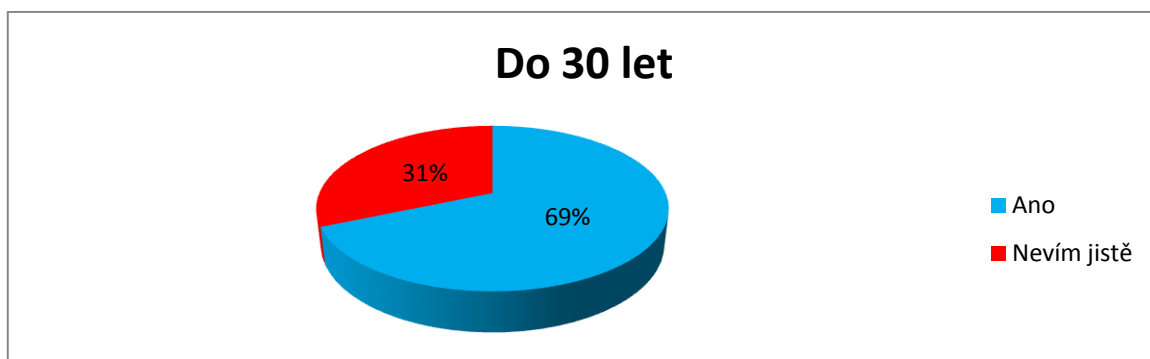
Z očekávané četnosti jsme vypočítali hodnoty, potřebné pro určení testového kritéria. Součtem těchto hodnot jsme získali číslo **0,141**

Podle stupně volnosti tabulky jsme určili kritickou hodnotu testového kritéria **5,991** při hladině významnosti 0,05.

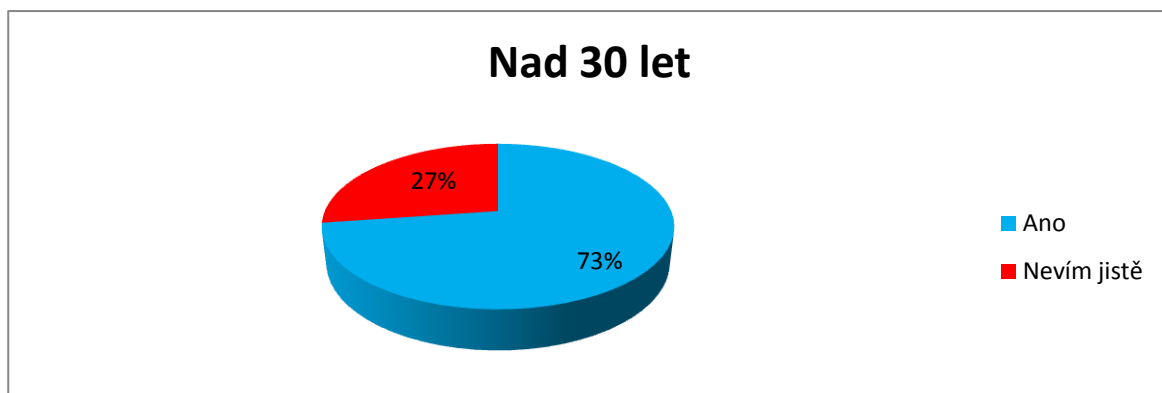
Jelikož hodnota testového kritéria nepřekročila kritickou hodnotu testového kritéria, můžeme s jistotou potvrdit, že mezi zvolenou odpovědí a věkovou skupinou respondentů není

statisticky významný rozdíl a můžeme přijmout nulovou hypotézu. Nikdo z dotazovaných neodpověděl ne na tuto otázku.

Graf č. 5: Percentil odpovědí v jedné skupině na smysl práce terapeutických komunit.



Graf č. 6: Percentil odpovědí v jedné skupině na smysl práce terapeutických komunit.



Grafy č. 5 a 6 znázorňují přehled relativních četností odpovědí v procentech, kde je patrné, zda respondenti vnímají smysl práce terapeutických komunit stejně ve všech věkových kategoriích.

5.3 Otázka č. 3

„Vyskytuje se názor, že abstinenti jsou obdivuhodní lidé ve všech věkových kategoriích respondentů stejně často?“

Tabulka č. V: Absolutní četnost odpovědí v souvislosti s věkem respondentů

	Do 30 let	Nad 30 let	Σ
obdivuhodní lidé	24	25	49
nepřemýšlel jsem o tom	11	8	19
Σ	35	33	68

Tabulka č. 5 ukazuje, kolik respondentů v jednotlivých věkových kategoriích si myslí, že abstinující závislí jsou obdivuhodní lidé.

5.3.1 Hypotéza H3

Ve všech věkových kategoriích se vyskytuje názor, že abstinenti jsou obdivuhodní lidé stejně.

Tabulka č. VI: Očekávaná četnost odpovědí v souvislosti s věkem respondentů

Očekávaná četnost O		
	Do 30 let	Nad 30 let
obdivuhodní lidé	25,22059	23,77941
nepřemýšlím o tom	9,779412	9,220588

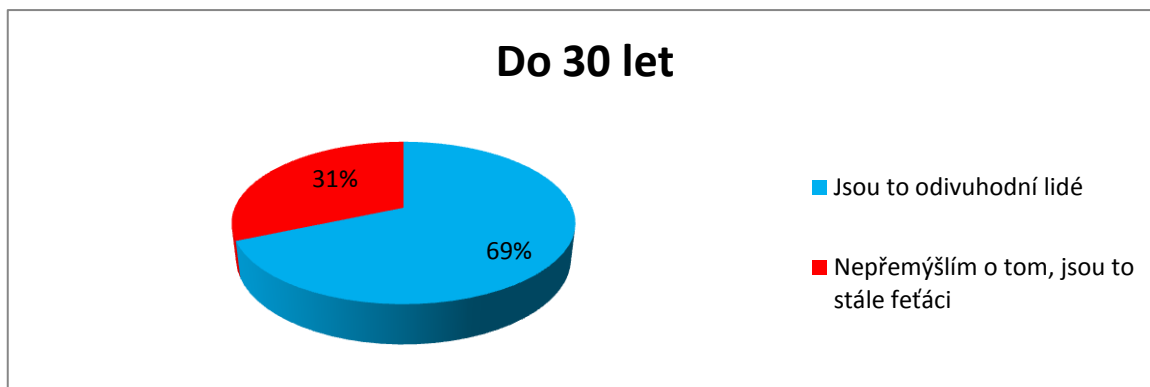
Tabulka č. 6 ukazuje hodnoty očekávané četnosti pro jednotlivá pole tabulky k následujícímu výpočtu testového kritéria.

Z očekávané četnosti jsme vypočítali hodnoty, potřebné pro určení testového kritéria. Součtem těchto hodnot jsme získali číslo **0,435**

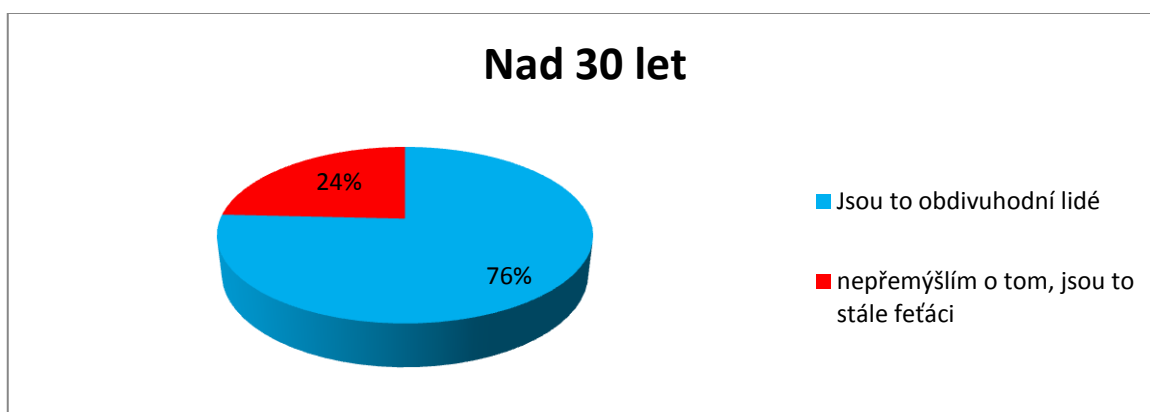
Podle stupně volnosti tabulky jsme určili kritickou hodnotu testového kritéria **3,841** při hladině významnosti 0,05.

Protože hodnota testového kritéria nepřekročila kritickou hodnotu testového kritéria, můžeme s jistotou potvrdit, že mezi zvolenou odpovědí a věkovou skupinou respondentů není statisticky významný rozdíl a můžeme přijmout nulovou hypotézu.

Graf č. 7: Percentil odpovědí v jedné skupině na vnímání abstinentů.



Graf č. 8: Percentil odpovědí v jedné skupině na vnímání abstinentů.



Grafy č. 7 a 8 znázorňují přehled relativních četností odpovědí v procentech, kde je patrné, zda respondenti vnímají abstinující závislé jako odivuhodné lidi.

5.4 Otázka č. 4

„Vyskytuje se názor, že je dobrá informovanost o rizicích závislostí ve všech věkových kategoriích stejně často?“

Tabulka č. VII: Absolutní četnost odpovědí v souvislosti s věkem respondentů

	Do 30 let	Nad 30 let	Σ
ano	21	21	42
ne	14	12	26
Σ	35	33	68

Tabulka č. 7 ukazuje, kolik respondentů v jednotlivých věkových kategoriích si myslí, že je dostatečně rozšířená informovanost o rizicích závislostí.

5.4.1 Hypotéza H4

Ve všech věkových kategoriích se vyskytuje stejně často názor, že je dostatečně rozšířená informovanost o rizicích závislosti.

Tabulka č. VIII: Očekávaná četnost odpovědí v souvislosti s věkem respondentů

Očekávaná četnost O		
	Do 30 let	Nad 30 let
ano	21,61765	20,382353
Ne	13,38235	12,617647

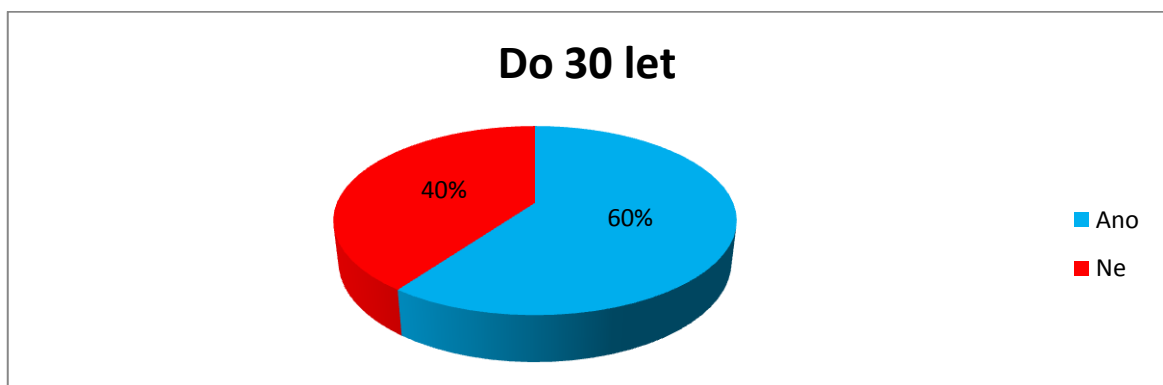
Tabulka č. 8 ukazuje hodnoty očekávané četnosti pro jednotlivá pole tabulky k následujícímu výpočtu testového kritéria.

Z očekávané četnosti jsme vypočítali hodnoty, potřebné pro určení testového kritéria. Součtem těchto hodnot jsme získali číslo **0,095**

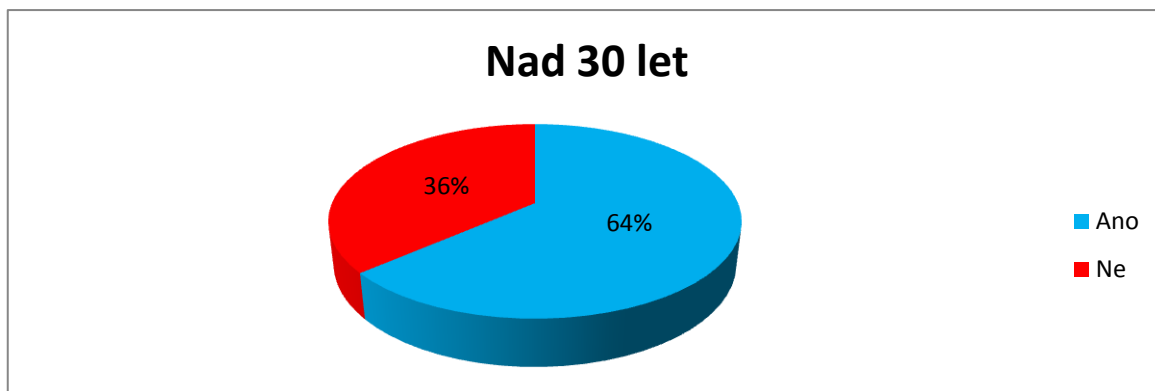
Podle stupně volnosti tabulky jsme určili kritickou hodnotu testového kritéria **3,841** při hladině významnosti 0,05.

Protože hodnota testového kritéria nepřekročila kritickou hodnotu testového kritéria, můžeme s jistotou potvrdit, že mezi zvolenou odpovědí a věkovou skupinou respondentů není statisticky významný rozdíl a můžeme přijmout nulovou hypotézu.

Graf č. 9: Percentil odpovědí v jedné skupině na dostatečnou informovanost.



Graf č. 10: Percentil odpovědí v jedné skupině na dostatečnou informovanost.



Grafy č. 9 a 10 znázorňují přehled relativních četností odpovědí v procentech, kde je patrné, že si respondenti myslí, že je dostatečně rozšířená informovanost o rizicích drogové závislosti.

5.5 Otázka č. 5

„Vyskytuje se názor, že je dostatečně rozšířená léčba závislostí v ČR ve všech věkových kategoriích stejně často?“

Tabulka č. IX: Absolutní četnost odpovědí v souvislosti s věkem respondentů

	Do 30 let	Nad 30 let	Σ
ano	16	12	28
ne	19	21	40
Σ	35	33	68

Tabulka č. 9 ukazuje, kolik respondentů v jednotlivých věkových kategoriích si myslí, že je dostatečně rozšířená léčba závislostí v ČR.

5.5.1 Hypotéza H5

Ve všech věkových kategoriích se vyskytuje stejně často názor, že je dostatečně rozšířená léčba závislostí v ČR.

Tabulka č. X: Očekávaná četnost odpovědí v souvislosti s věkem respondentů

Očekávaná četnost O		
	Do 30 let	Nad 30 let
ano	14,41176	13,58824
ne	20,58824	19,41176

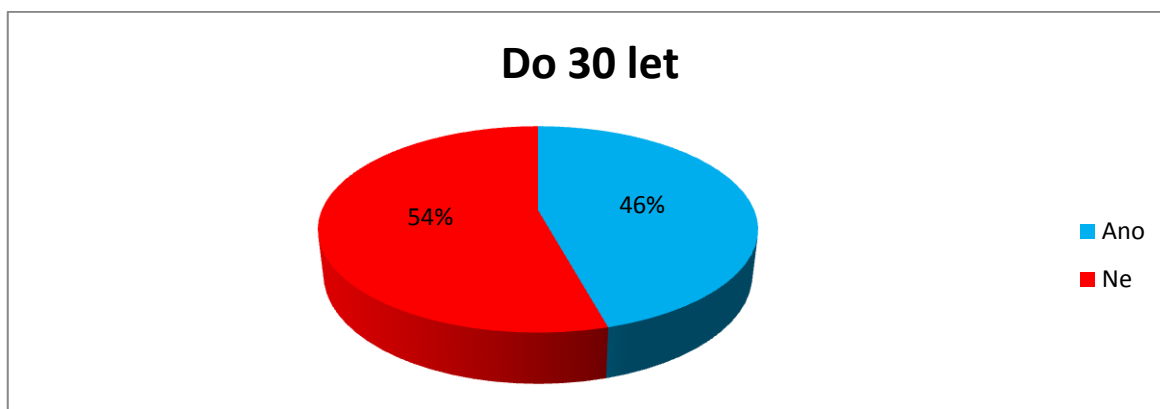
Tabulka č. 10 ukazuje hodnoty očekávané četnosti pro jednotlivá pole tabulky k následujícímu výpočtu testového kritéria.

Z očekávané četnosti jsme vypočítali hodnoty, potřebné pro určení testového kritéria. Součtem těchto hodnot jsme získali číslo **0,613**

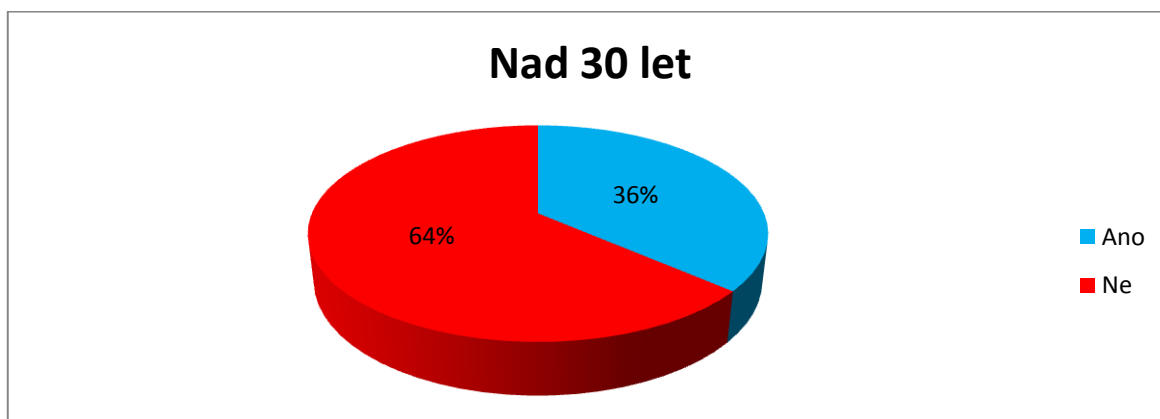
Podle stupně volnosti tabulky jsme určili kritickou hodnotu testového kritéria **3,841** při hladině významnosti 0,05.

Protože hodnota testového kritéria nepřekročila kritickou hodnotu testového kritéria, můžeme s jistotou potvrdit, že mezi zvolenou odpovědí a věkovou skupinou respondentů není statisticky významný rozdíl a můžeme přijmout nulovou hypotézu. Respondenti si tudíž myslí stejně často odpověď na rozšířenost léčby závislosti v ČR, ale současně převládá názor, že léčba dostatečná není.

Graf č. 11: Percentil odpovědí v jedné skupině na rozšířenost léčby.



Graf č. 12: Percentil odpovědí v jedné skupině na rozšířenost léčby.

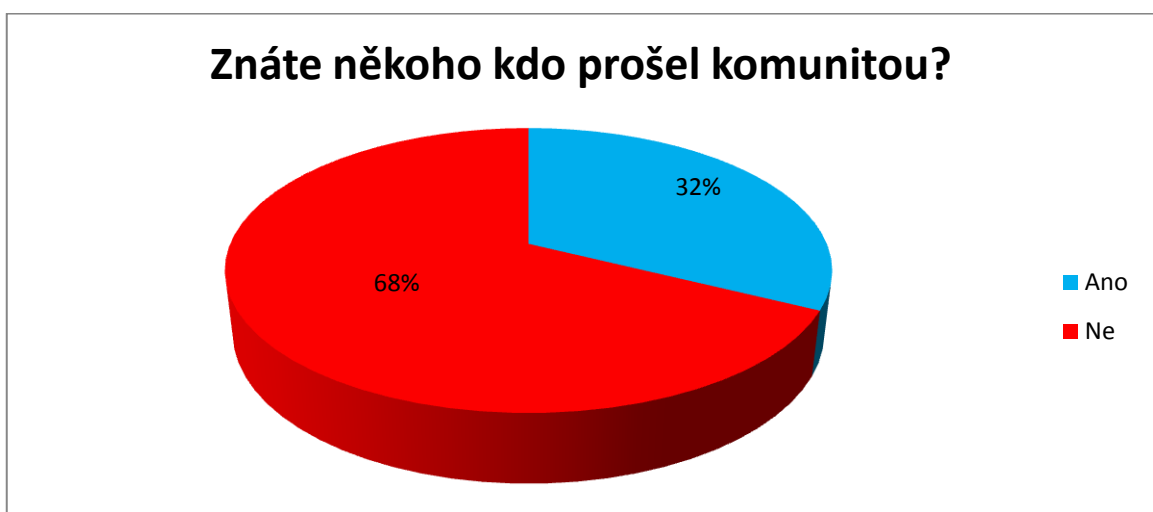


Grafy č. 11 a 12 znázorňují přehled relativních četností odpovědí v procentech, kde je patrné, že si respondenti jednotlivých věkových skupin myslí stejně často, názor na dostatečnost rozšíření léčby drogových závislostí v ČR.

5.6 Otázka č. 6

„Znají respondenti ve svém okolí někoho, kdo prošel terapeutickou komunitou?“

Graf č. 13: Percentil odpovědí v celkovém počtu respondentů na danou otázku.



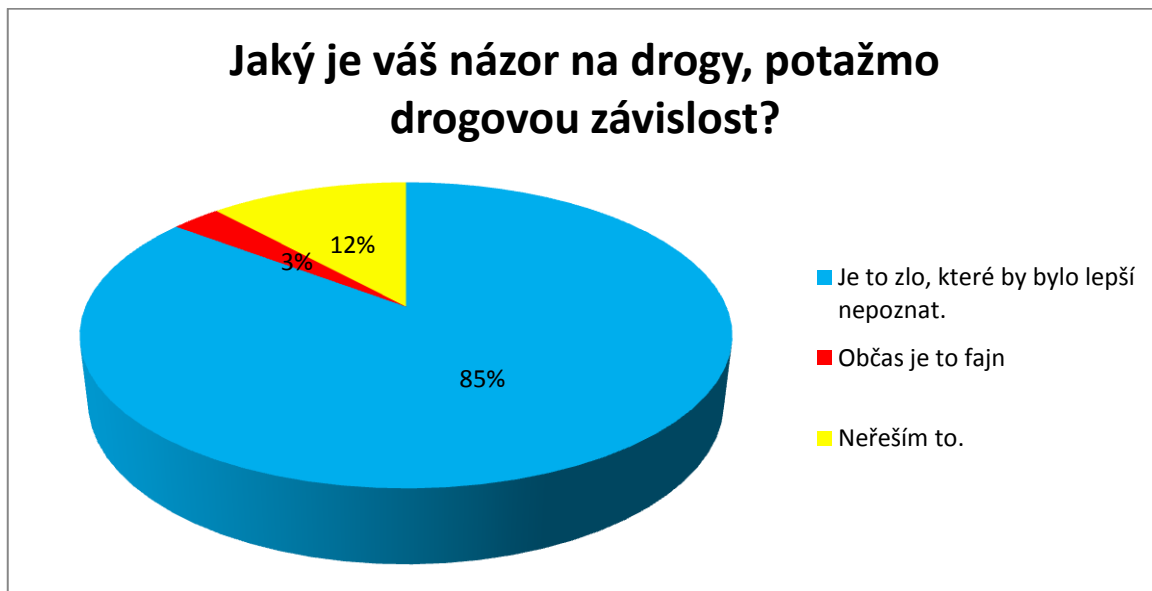
Graf č. 13 ukazuje počet respondentů v procentech, kteří znají ve svém okolí absolventa terapeutické komunity.

Z dotazníkového šetření jsme zjistili, že pouze 32% respondentů má ve svém okolí absolventa terapeutické komunity a 68% z respondentů se s takovými lidmi nikdy nesešlo.

5.7 Otázka č. 7

„Jaký je názor respondentů na drogy potažmo drogovou závislost?“

Graf č. 14: Percentil odpovědí v celkovém počtu respondentů na danou otázku.



Graf č. 14 ukazuje jaký je názor respondentů na drogovou závislost a drogy vyjádřený v procentech.

Z dotazníkového šetření jsme zjistili, že naprostá většina považuje drogy a závislosti jimi vyvolanou za zlo, které by bylo lepší nepoznat. Tato většina činí celých 85% respondentů. 12% respondentů tuto problematiku nijak výrazně neřeší a 3% respondentů se domnívá, že drogy jsou občas fajn.

6 SHRNUÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Díky tomuto výzkumu jsme zjistili hned několik skutečností.

Z celkového počtu respondentů 68 se 85% z nich shodlo na názoru, že drogy by bylo lepší nikdy nepoznat. Dále 12% respondentů tuto otázku nikdy neřešilo a 3% dotazovaných si myslí, že občas je droga příjemná. Z výsledků výzkumu jsme byli schopni prokázat, že názor na drogovou problematiku se neliší z pohledu různých věkových skupin.

Nejzajímavějším zjištěním jsme shledali fakt, že 68% respondentů v dnešní době, kdy je drogová závislost velmi rozšířená, nezná nikoho ze svého okolí, kdo by prošel terapeutickou komunitou a zároveň si myslí, že léčba této problematiky je v ČR nedostatečná.

Dále jsme prokázali, že 72% všech dotazovaných si myslí o abstinujících závislých, že jsou to obdivuhodní lidé a jen 28% respondentů se nad touto otázkou nikdy nepřemýšlelo nebo je berou stále jako závislé.

Co se týká názoru na rozšíření informovanosti o rizicích závislostí a jejich důsledcích, zastává pouze 61% respondentů, že je tato informovanost nedostatečná. Překvapujícím zjištěním bylo, že tento názor zastávají lidé všech věkových skupin.

Odpověď na otázku, zda je v dnešní době normální pít alkohol až tak překvapující nebyla. Za běžnou věc tuto skutečnost považuje 88% respondentů.

ZÁVĚR

Téma drogové závislosti jsme pojali jako snahu o vymezení role sociálního pedagoga v této problematice. Dále jsme se zaměřili na dělení závislostí, její příčiny vzniku a dopady na závislého v oblasti sociální i zdravotní. Přiblížili jsme si jednotlivé možnosti terciární prevence a léčby se seznámením se průběhu léčby v terapeutické komunitě s pohledu klienta.

V průběhu práce jsme splnili veškeré stanovené cíle v úvodu výzkumné části, které jsme pomocí dotazníkové metody mohli ověřit. Všechny závěry jsme vyslovili v průběhu interpretace výzkumu.

Tato práce může být použita, jako inspirace pro jiné studenty, kteří se hodlají problematikou drog zabývat, nebo může sloužit jako zdroj informací pro laickou veřejnost, kteří potřebují získat informace pro osobní potřebu o možnostech léčby.

V průběhu psaní práce vzniklo několik žádostí o možnosti prostudování si práce a výsledků výzkumu, což vypovídá o zájmu veřejnosti o toto téma.

Shrnutí pro praxi

Bakalářská práce může sloužit studentům jako inspirace či zdroj informací pro vypracování seminárních prací. Slouží také jako zpětná vazba respondentům. Pokud bude někdo provádět v budoucích letech podobný výzkum, bude mít možnost porovnat tato data se svým výzkumem. Práce se také nabízí jako zdroj informací pro závislé nebo jejich příbuzné při hledání možností léčby.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

POKORNÝ, V. J. TELCOVÁ, A. TOMKO, *Patologické závislosti. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky*, 2002. ISBN 80-86568-02-04.

SKÁLA, J. et al, *Závislosti na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum, 1987. ISBN 08-077-087.

KALINA, K. et al, *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.

HEJDA, J. R. DUBEN, *Veřejně prospěšné organizace a jejich postavení v systému prevence ochrany proti drogovým závislostem*. Praha: Nakladatelství Vltavín ve spolupráci s Ministerstvem vnitra České republiky, 2002. ISBN 80-86587-02-9.

RHODES, T., *Terénní práce s uživateli drog zásady a praxe*. Praha: Albert, 1999. ISBN 80-85834-71-5.

ZEIG, J., *Umění psychoterapie*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-972-0.

Autentické zápisky z komunitního deníku jednoho z nejmenovaných klientů. 2008 - 2009

BARNARD, MARIANA. *Drogová závislost a rodina*. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-386-8.

BEČKOVÁ, ILONA, VIŠŇOVSKÝ, PETER. *Farmakologie drogových závislostí*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-864-6.

BANMEN, JOHN, GREBEROVÁ, JANE, GOMORIOVÁ, MÍRIA. *Za hranice rodinné terapie V. Satirová*. Brno: Cesta, 2005. ISBN 80-7295-071-1

CHRÁSKA, MIROSLAV. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

GALLÁ, MAURICIE et al. *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí: příručka o efektivní školní drogové prevenci*. Richter, Jiří, ed. Praha: Sananim, 2007. ISBN 978-80-254-1086-8.

GÖHLERT, F. CH., KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*. Praha: Euromedia Group, 2001. ISBN 80-7202-950-9.

GOSSOP, MICHAEL. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. ISBN 978-80-87041-81-9.

- HARTNOLL, RICHARD. *Drogy a drogové závislosti: propojování výzkumu, politiky a praxe: co jsme se už naučili a co bychom se ještě naučit měli*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005. ISBN 80-86734-45-5.
- HELLER, JIŘÍ, PECINOVSKÁ, OLGA. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada, 1996. ISBN 80-7169-277-8.
- ILLES, TOM. *Děti a drogy: fakta, informace, prevence.*, upr. Praha: ISV, 2002. ISBN 80-86642-12-7.
- KACHLÍK, PETR. *Návykové látky, rizika jejich zneužívání a možná prevence*. Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity, 2003.
- KALINA, KAMIL. *Drogy ze všech stran: mezioborový pohled na drogovou problematiku: (sborník přednášek)*. Praha: Filia, 1995. ISBN 80-901966-1-6.
- KALINA, KAMIL. *Kvalita a účinnost v prevenci a léčbě drogových závislostí*. Praha: SANANIM, Inverze, 2000.
- KALINA, KAMIL. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4361-5.
- KALINA, KAMIL. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2449-2.
- KALINA, KAMIL et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.
- KALINA, KAMIL et al. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
- KALINA, KAMIL et al. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia nova, 2001. ISBN 80-238-8014-4.
- KELLER, JAN, NOVOTNÝ, PETR. *Úvod do filozofie, sociologie a psychologie: Nové pohledy společenských věd*. Liberec: Dialog, 2011. ISBN 978-80-86761-81-7
- KLENEROVÁ, VĚRA, HYNIE, SIXTUS. *Závislost na návykových látkách*. Praha: MŠMT ČR, 2002. ISBN 80-239-0910-X.
- KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM. *Drogy: otázky a odpovědi*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-223-2.

KREJČÍŘOVÁ, OLGA, GOLDOVÁ, VĚRA eds. *Soubor přednášek z konference „Prevence drogových závislostí - stále aktuální téma“: Vsetín 2007*. Vsetín: Město Vsetín, komise prevence kriminality, 2008. ISBN 978-80-254-1309-8.

MACHALOVÁ, MÁRIA. *Dialógy o závislostiach*. [Bratislava]: Kvalita života N. O., 2010. ISBN 978-80-970370-9-3.

MARÁDOVÁ, EVA. *Prevence závislostí*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-70-9.

McGRATH, YUKO et all. *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: přehled dostupných informací: nejnovější výzkumné poznatky*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007. ISBN 978-80-87041-16-1.

MÜHLPACHR, P. *Sociopatologie*. Brno: MU, 2009. ISBN 978-80-210-4550-7.

NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.

NEŠPOR, K. *Prevence problémů působených návykovými látkami na školách*. Praha: Besip, 1999.

NEŠPOR, K. *Vaše děti a návykové látky*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-515-6.

NEŠPOR, KAREL, CSÉMY, LADISLAV. *Alkohol, drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*. Praha: Sdružení FIT IN - Rodiče proti drogám, 2003. ISBN 80-260-3873-8.

NEŠPOR, KAREL, CSÉMY, LADISLAV. *Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. ISBN 80-85121-52-2.

NEŠPOR, KAREL, PROVAZNÍKOVÁ, HANA. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami pro rodiče a pedagogy*. Praha: Fortuna, 1999. ISBN 80-7071-123-X.

NEŠPOR, KAREL, SOVINOVÁ, HANA, CSÉMY, LADISLAV. *Programy prevence závislostí a možnosti jejich hodnocení*. Praha: Státní zdravotní ústav, 1998. ISBN 80-7071-110-8.

NEVŠÍMAL, PETR, ed. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: česká praxe*. Praha: Středočeský kraj, 2007. ISBN 978-80-7106-937-9.

PEŠEK, ROMAN, NEČESANÁ, KATEŘINA. *Prevence užívání tabáku, alkoholu a jiných drog u dospívajících: vybrané klíčové dokumenty, výsledky aktuálních výzkumů, příčiny a vývoj užívání drog, motivace ke změně a léčba: moderní metody pro nácvik psychosociál-*

ních dovedností zvyšujících sebedůvěru. Písek: Arkáda – sociálně psychologické centrum, 2009. ISBN 978-80-254-5971-3.

POKORNÝ, VRATISLAV, TELCOVÁ, JANA, TOMKO, ANTON. *Patologické závislosti*. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002. ISBN 80-86568-02-4.

ROTGERS, FREDERICK et al. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-836-9.

SMÉKALOVÁ, ETEL et al. *Studijní texty pro metodiky prevence sociálně patologických jevů*. Olomouc: v nakl. Albert vydala katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-7326-118-4.

Sociálněpatologické jevy. Gambling, drogové závislosti, lichva. Brno: Drom, 2004. ISBN 80-903472-4-X.

SVOBODA, MOJMÍR, ČEŠKOVÁ, EVA, KUČEROVÁ, HANA. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0216-5.

Terapeutická komunita pro drogově závislé I.: vznik a vývoj. Praha: Středočeský kraj, 2004. ISBN 80-239-4814-8.

ZÁBRANSKÝ T. *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0709-4.

Články, kapitoly v knize

KALINA, KAREL. Náklady primární prevence a náklady sekundární a terciární prevence mimo systém veřejného zdravotního pojištění – ekonomická analýza. Česká a anglická verze. *Adiktologie. Supplementum*. Roč. 1, č. 1 (2001), s. 36–38. ISSN 1213-3841.

KUBŮ, PAVEL. Metody hodnocení kvality internetových projektů prevence závislostí a harm reduction. *Adiktologie*. Roč. 4, č. 3 (2004), s. 269–285. ISSN 1213-3841.

POPOV, P., NEŠPOR, K. Závislost na psychoaktivních látkách. In: *Psychiatrie. Doporučené postupy psychiatrické léčby II*. Praha: Infopharm, 2006, s. 38–53. ISBN 80-239-8501-9.

PRESSL, J. Co je nového na drogové scéně, zeptali jsme se psychiatra Jiřího Pressla. *Psychologie dnes*. Roč. 16, č. 9 (2010), s. 40. ISSN 1212-9607.

Primární prevence, pomoc dětem, mládeži a rodině, sekundární a terciální prevence, linky důvěry, informační a koordinační centra. *Výchovné poradenství*. Č. 9 (1996), s. 30–33.

SATIROVÁ, V. Terapeutova role a techniky. (1). *Konfrontace*. Roč. 13, č. 2 (2002), s. 87–90. ISSN 0862-8971.

Syndromy závislosti a patologické hráčství. In: Raboch, Jiří, ed. et al. *Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče III*. V Tribunu EU vyd. 2. Brno: Tribun EU, 2010, s. 53–101. ISBN 978-80-7399-984-1.

Vysokoškolské kvalifikační práce

EKRTOVÁ, Zuzana. *Prevence drogové závislosti u dětí a mladistvých*. Liberec, 2013. Bakalářská práce. Technická univerzita v Liberci. Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická. Dostupné z: theses.cz/id/pszop2

GRÓF, Aleš. *Nealkoholová toxikománie a její prevence*. Ostrava, 2010. Bakalářská práce. Ostravská univerzita v Ostravě. Pedagogická fakulta. Dostupné také z: theses.cz/id/dv9j0r

HAVLÍKOVÁ, Jarmila. *Terciální prevence toxikomanie*. Praha, 2008. Univerzita Karlova. Pedagogická fakulta.

JANYŠKA, Jakub. *Sekundární a terciární prevence závislosti na návykových látkách*. Praha, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Karlova.

KALOUSOVÁ, Dita. *Harm Reduction v prevenci drogových závislostí*. České Budějovice, 2010. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Pedagogická fakulta. Dostupné také z: http://theses.cz/id/zznjgr/downloadPraceContent_adipIdno_15564

KOPECKÁ, Gabriela. *Terciární drogová prevence*. Hradec Králové, 2010. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové. Pedagogická fakulta. Dostupné také z: theses.cz/id/y5h6ud

KRAUSOVÁ, Lucia. *Sociálně patologické jevy u mladistvých a jejich prevence*. Ostrava, 2013. Bakalářská práce. Ostravská univerzita v Ostravě. Fakulta sociálních studií. Dostupné také z: theses.cz/id/5biroh

KROUPA, Ondřej. *Příčiny a prevence drogové závislosti*. Ostrava, 2012. Bakalářská práce. Ostravská univerzita v Ostravě. Filozofická fakulta. Dostupné také z: theses.cz/id/tjmtml

KURZ, Roman. *Sekundární a terciární prevence návykových látek*. Praha, 2013. Diplomová práce. Univerzita Karlova.

NOVOTNÁ, Kateřina. *Programy sekundární prevence a terciální prevence toxikomanií*. Praha, 2005. Diplomová práce. Univerzita Karlova. Pedagogická fakulta.

PÁNKOVÁ, Lucie. *Efektivita prevence drogových závislostí v české společnosti – legislativa, analýza současného stavu, návrh nových přístupů*. Brno, 2004. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta.

PRESSBURGEROVÁ, Eva. *Drogová závislost: možnosti primární a terciální prevence*. Praha, 1999. Bakalářská práce. Univerzita Karlova. Fakulta humanitních studií.

TROCHTOVÁ, Zuzana. *Možnosti a meze realizace sekundární a terciární prevence v Kontaktním centru SANANIM, o. s.* Praha, 2010. Bakalářská práce. Univerzita Karlova.

VÁCLAVKOVÁ, Romana. *Harm reduction u drogově závislých*. Zlín, 2012. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Dostupné také z: theses.cz/id/lq92v1

Online zdroje

Drogová prevence. *Drogové stránky. Prevence* [online]. [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://toxi-k.wz.cz/drogy/prevence.htm>

NEVORALOVÁ, Monika. Prevence rizikového chování. *Klinika adiktologie* [online]. [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/70/4538/Prevence-rizikoveho-chovani>

SUCHÝ, Miloš. *Výklad různých forem prevence 2012* [online]. [cit. 2014-02-17].

Dostupné z: https://kvalita.nrc.cz/standardy/IGA10650-3/02_Prilohy/Priloha_3/Priloha_3j_Vyklad_ruznych_forem_prevence.pdf

Webové stránky

Drogy, prevence, odvykání [online]. [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: http://www.ped.muni.cz/wsedu/zdroj_mat/stud_mat/drogy/BM/terc.htm

Klinika adiktologie [online]. [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/>

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI. *Drogy-info.cz: informační portál o ilegálních a legálních drogách* [online]. [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz>

Ostrov radosti [online]. [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://www.ostrovzl.cz/>

SANANIM, o. s. *Drogová poradna* [online]. [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz>

SPOLEČNOST PODANÉ RUCE O.P.S. *Podané ruce na cestě ke svobodě* [online]. [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://www.podaneruce.cz/>

ONYX Zlín o.p.s. [online]. [cit. 2014-02-18]. Dostupné z: <http://www.os-onyx.cz/>

SANANIM o.s. *DiS – drogový informační server* [online]. [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://www.drogy.net/>

Anglické zdroje

Monografie

BÜHLER, ANNEKE, KRÖGER, CHRISTOPH, eds. *Prevention of substance abuse*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2008. 171 s. ISBN 978-92-9168-313-0.

COHEN, IRVING A. *Addiction: the high-low trap*. Santa Fe, NM: Health Press, 1995. ISBN 0-929173-10-4.

HEYMAN, GENE. *Addiction: a disorder of choice*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 2009.

LAURIE, PETER. *Drugs: Medical, Psychological and Social facts*. Harmondsworth: Penguin, 1971. ISBN 0140211047.

MARLATT, G., WITKIEWITZ, KATIE. *Addictive behaviors: new readings on etiology, prevention, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association, 2009. 778 s. ISBN 1433804026.

McMAHON, ROBERT J., PETERS, RAY DeV., eds. *Preventing childhood disorders, substance abuse and delinquency*. Thousand Oaks [Calif.]: Sage, 1996. 374 s. ISBN 0-7619-0015-2.

Články

BOTVIN, GILBERT J. Preventing drug abuse in schools: Social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors. *Addictive Behaviors*. Roč. 25, č. 6 (2000), s. 887–897.

CUIJPERS, PIM. Three Decades of Drug Prevention Research. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*. Roč. 10, č. 1 (2003), s. 7–20. DOI 10.1080/0968763021000018900.

MARLATT, G. ALAN, WITKIEWITZ, KATIE. Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems. (2005). In: Marlatt, G. Alan, Donovan, Dennis M., eds. *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. 2nd ed. New York: Guilford Press, 2005, s. 1–44.

WITTCHEN, H.-U., S. BEHRENDT, M. HÖFLER et al. What are the high risk periods for incident substance use and transitions to abuse and dependence? Implications for early intervention and prevention. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2008, roč. 17, S16. DOI: 10.1002/mpr.254.

Online zdroje

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention* [online]. [cit. 2014-02-17]. Thematic papers. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2009. 84 s. ISBN 987-92-9168-349-9

WALKER, Hill M., SHINN, Mark R. *Structuring School-Based Interventions to Achieve Integrated. Primary, Secondary, and Tertiary Prevention Goals for Safe and Effective Schools*

Elektronické zdroje

Washton, Arnold M., Zweben, Joan E. *Treating alcohol and drug problems in psychotherapy practice* [electronic resource] : *doing what works* [online]. [cit. 2014-02-17]. New York: Guilford Press, 2006. 312 s. Dostupné z: https://aleph.muni.cz/F/?func=item-global&doc_library=MUB01&doc_number=000763724

Webové stránky

EMCDDA. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – information on drugs and drug [online]. [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://www.emcdda.europa.eu/>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Tzv. Tak zvaný/ě

Tzn. To znamená

Atd. A také další, a tak dále

LSD Diethylamid kyseliny lysergové

ČR Česká republika

TJ Také jinak

Mj. mimo jiné

Aj. a jiné

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. I: Absolutní četnost odpovědí v souvislosti s věkem respondentů	55
Tabulka č. II: Očekávaná četnost odpovědí v souvislosti s věkem respondentů	55
Tabulka č. III: Absolutní četnost odpovědí v souvislosti s věkem respondentů.....	57
Tabulka č. IV: Očekávaná četnost odpovědí v souvislosti s věkem respondentů	57
Tabulka č. V: Absolutní četnost odpovědí v souvislosti s věkem respondentů.....	59
Tabulka č. VI: Očekávaná četnost odpovědí v souvislosti s věkem respondentů	59
Tabulka č. VII: Absolutní četnost odpovědí v souvislosti s věkem respondentů	60
Tabulka č. VIII: Očekávaná četnost odpovědí v souvislosti s věkem respondentů.....	61
Tabulka č. IX: Absolutní četnost odpovědí v souvislosti s věkem respondentů	62
Tabulka č. X: Očekávaná četnost odpovědí v souvislosti s věkem respondentů.....	62

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Počet respondentů rozdělených do věkových kategorií	51
Graf č. 2: Počet respondentů rozdělených se zkušenostmi s drogou	52
Graf č. 3: Percentil odpovědí v jedné skupině na otázku, zda je v dnešní době normální pít alkohol.	56
Graf č. 4: Percentil odpovědí v jedné skupině na otázku, zda je v dnešní době normální pít alkohol.	56
Graf č. 5: Percentil odpovědí v jedné skupině na smysl práce terapeutických komunit.....	58
Graf č. 6: Percentil odpovědí v jedné skupině na smysl práce terapeutických komunit.....	58
Graf č. 7: Percentil odpovědí v jedné skupině na vnímání abstinentů.....	60
Graf č. 8: Percentil odpovědí v jedné skupině na vnímání abstinentů.....	60
Graf č. 9: Percentil odpovědí v jedné skupině na dostatečnou informovanost.....	61
Graf č. 10: Percentil odpovědí v jedné skupině na dostatečnou informovanost.....	62
Graf č. 11: Percentil odpovědí v jedné skupině na rozšířenost léčby.	63
Graf č. 12: Percentil odpovědí v jedné skupině na rozšířenost léčby.	63
Graf č. 13: Percentil odpovědí v celkovém počtu respondentů na danou otázku.	64
Graf č. 14: Percentil odpovědí v celkovém počtu respondentů na danou otázku.	65

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P 1: rešerše	81
Příloha P 2: Dotazník.....	85
Příloha P 3: Brožura pro nové klienty	88

PŘÍLOHA P 1: REŠERŠE

BARNARD, MARIANA. *Drogová závislost a rodina*. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-386-8.

Problematika drogové závislosti z pohledu rodinných příslušníků drogově závislých: dopady tlaku, jemuž jsou vystaveni, jsou stejně významné jako vlastní rozvoj drogového problému.

BEČKOVÁ, ILONA, VIŠŇOVSKÝ, PETER. *Farmakologie drogových závislostí*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-864-6.

Učebnice obsahuje jak farmakologicko-toxikologické údaje o zneužívaných látkách, tak i psychosociální aspekty různých drogových závislostí. Autoři zároveň popisují způsoby zneužití a klinické projevy jednotlivých látek vyvolávajících závislost (např. tabák, alkohol, léky, opiáty). Podrobně jsou zpracovány zejména kapitoly věnované drogové závislosti na látkách s centrálně stimulačním účinkem a na léčivech s centrálně tlumivým účinkem.

GALLÁ, MAURICE, et al. *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí: příručka o efektivní školní drogové prevenci*. RICHTER, JIŘÍ. Praha: Sananim, 2007. ISBN 978-80-254-1086-8.

Publikace *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí* nabízí stručný souhrn základních informací k tématu školní drogové prevence, souhrn toho co bylo prokázáno jako efektivní a navíc také informace o tom jak a proč prevenci vyhodnocovat. Obsahuje nejen informace o tom jak připravit, naplánovat a realizovat školní program prevence užívání drog, ale i řadu praktických pomocných návodů a nástrojů k jejich realizaci.

GOSSOP, MICHAEL. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. ISBN 978-80-87041-81-9.

Publikace vychází z výzkumných projektů, zaměřuje se na účinnost jednotlivých druhů léčby mezi klienty s různými typy problémového užívání drog, v různých léčebných prostředích.

HELLER, JIŘÍ, PECINOVSKÁ, OLGA. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada, 1996. ISBN 80-7169-277-8.

Kniha je určena těm, kteří se závislostí sami setkali (závislí a jejich rodiny), těm kteří se s ní setkávají (zdravotníci, pedagogové) či budou setkávat (studující lékařství, psychologie)

ILLES, TOM. *Děti a drogy: fakta, informace, prevence*. Praha: ISV, 2002. ISBN 80-86642-12-7.

Informační brožura je určena především pro rodiče a pedagogy a obsahuje základní informace o legálních i nelegálních drogách běžně dostupných v ČR a o jejich škodlivých účincích. Informuje také o prevenci a poskytuje nezbytné rady pro první pomoc při otravě alkoholem nebo drogami. Zajímavá je i kapitola, která shrnuje některé příznaky, podle kterých mohou rodiče nebo učitelé poznat, že dítě nebo mladistvý užívá drogy. Informační brožura o nejběžnějších drogách, určená především rodičům.

KALINA, KAMIL. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4361-5.

Oproti kolektivním monografiím využívá jednotčího autorského pohledu, podloženého dlouhodobými zkušenostmi. Adiktologie je mezioborová vědecká disciplína, která se zaměřuje na prevenci, léčbu a výzkum užívání návykových látek a jiných forem závislostního chování. Publikace učí rozumět psychoterapii a jednotlivým přístupům a uplatňovat je ve specifických aplikacích v adiktologii.

KALINA, KAMIL. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2449-2.

Obecný model terapeutické komunity; společné prvky terapeutických komunit - léčebná filozofie, komunikace, účinné faktory; terapeutické komunity v léčbě drogově závislých.

KALINA, KAMIL et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.

Základy znalostí pro studenty adiktologie. Autor zde seznamuje čtenáře s vlivem drog na uživatele z několika důležitých pohledů. Je zde rozdělena a popsána léčba ve všech krocích.

KLENEROVÁ, VĚRA, HYNIE, SIXTUS. *Závislost na návykových látkách*. Praha: MŠMT ČR, 2002. ISBN 80-239-0910-X.

Příručka pro zájemce v oblasti primární prevence zneužívání návykových látek - lékové závislosti.

KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM. *Drogy: otázky a odpovědi*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-223-2.

Kniha informuje o drogách a rizicích jejich užívání formou výběru autentických dotazů a odpovědí z internetové poradny občanského sdružení SANANIM.

MARÁDOVÁ, EVA. *Prevence závislosti*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-70-9.

Informační brožura se zabývá vznikem a vývojem závislostí, riziky zneužívání návykových látek, nechybí seznam kontaktních míst s terapeutickou pomocí.

NEŠPOR, KAREL. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.

Nové informace o vzniku, druzích, prevenci a léčbě závislostí. Odborná publikace našeho předního odborníka je určena psychologům, terapeutům, sociálním pracovníkům, lékařům, učitelům a vychovatelům. První část knihy vysvětluje základní pojmy, popisuje psychologické a biologické mechanismy návykového chování a uvádí přehled typů závislostí. Věnuje se také zvláštnostem věkových kategorií, pohlaví, vlivu rodiny, kultury a náboženství. Druhá část knihy popisuje postupy používané při léčení nejruznějších návykových problémů u nás i v zahraničí. Zmiňuje se i o primární protidrogové prevenci.

NEŠPOR, KAREL. *Prevence problémů působených návykovými látkami na školách*. Praha: Besip, 1999.

Publikace určená pedagogům a pracovníkům s dětmi a mládeží přibližuje problematiku návykových látek na českých školách a s tím související tzv. peer programy.

NEŠPOR, KAREL, PROVAZNÍKOVÁ, HANA. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami pro rodiče a pedagogy*. Praha: Fortuna, 1999. ISBN 80-7071-123-X.

Slovník obsahuje hesla týkající se alkoholismu, návykových látek a gamblerství. Třetí vydání je doplněno užitečnými přílohami. Jde o první pomoc při otravě návykovými látkami a dále o doporučení rodičům, jejichž děti se dostaly s těmito látkami do styku. Je připojen i seznam linek důvěry v ČR a nakonec pokyny pro organizaci preventivního programu. Určeno rodičům i pedagogům.

POKORNÝ, VRATISLAV, TELCOVÁ, JANA, TOMKO, ANTON. *Patologické závislosti*. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002. ISBN 80-86568-02-4.

Popis nejčastěji se vyskytujících forem drogových závislostí u nás, informace pro pracovníky, kteří se věnují problematice sociálně patologických jevů.

SVOBODA, MOJMÍR, ČEŠKOVÁ, EVA, KUČEROVÁ, HANA. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0216-5.

Vysokoškolská učebnice psychiatrie pro studenty psychologie a speciální pedagogiky. Úvodní kapitoly se zabývají stručně vývojem psychiatrie, obecnými otázkami oboru, otázkami sociální psychiatrie apod. V druhé části knihy jsou popisovány projevy poruch psychických funkcí, tedy psychopatologická symptomatologie. Nejrozsáhlejší část knihy je věnována jednotlivým psychickým poruchám a chorobám, jejich diagnostikou a terapií.

Terapeutická komunita pro drogově závislé I.: vznik a vývoj. Praha: Středočeský kraj, 2004. ISBN 80-239-4814-8.

Publikace navazuje na knihu *Terapeutická komunita pro drogově závislé I*. Sborník se zabývá celým procesem léčby klientů závislých na drogách v terapeutických komunitách a podává přehled o současném stavu znalostí a praktických dovedností.

MARLATT, G., WITKIEWITZ, Katie. *Addictive behaviors: new readings on etiology, prevention, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association, 2009. ISBN 1433804026.

Vzhledem k tomu, úspěšné předchůdce tohoto objemu byla poprvé zveřejněna nová generace výzkumu je k dispozici na návykových chování. Kapitoly v tomto all-nová kolekce, jsou převzaty z knihy Americká psychologická asociace časopiseckých článků, popsat biologické, psychologické a sociální přístupy k výzkumu a léčení těchto chování. Role psychologů ve zprostředkování negativních účinků závislosti patří výzkum epidemiologii a etiologii o zneužívání drog a alkoholu, navrhování preventivních a léčebných programů, pochopení trajektorii zneužívání návykových látek a rodinných rizikových faktorů, screening a hodnocení, a pochopení potřeb specifických skupin Nejnovější přístupy co všechny tyto úkoly jsou prezentovány v tomto svazku.

PŘÍLOHA P 2: DOTAZNÍK

Terciární prevence u drogových a jiných závislostí

Dobrý den jsem studentkou třetího ročníku na UTB obor sociální pedagogika a ráda bych vás poprosila o pomoc při mém výzkumu k závěrečné práci. Tento dotazník slouží pouze k mým studijním potřebám a je zcela anonymní. Předem děkuji za vaši pomoc a ochotu. S pozdravem Jiřina Turečková

1. Jaké je vaše pohlaví?
 - Muž
 - Žena

2. Jaký je váš věk?
 - 18-25
 - 25-30
 - 30-40
 - 40 a víc

3. Kdy jste poprvé ochutnali alkohol?
 - Před 15 rokem života
 - Mezi 15-18 rokem
 - V 18 letech
 - Po 18 roku života
 - Nikdy jsem nepil

4. Vyzkoušeli jste nějakou drogu?
 - Ano
 - Ne

5. Jakou?
 - Marihuanu
 - LSD
 - Extáze
 - Houbičky
 - Pervitin
 - Jiná: _____

6. Kdy?(volná odpověď)

7. Co si myslíte o smyslu prevence závislosti?
 - Je to smysluplná a potřebná práce.
 - Je to zbytečné vyhazování peněz.

- Nevím nikdy jsem nad tím nepřemýšlel.
8. Víte co je to K-Centrum?
- Ano
 - Ne
9. Víte co je to komunita?
- Ano
 - Ne
10. Víte, jak komunita pracuje?
- Ano
 - Ne
11. Pokud ano jak si jejich práci představujete?(volná odpověď)
12. Víte, jakou má komunita organizační strukturu?
- Ano
 - Ne
13. Pokud ano jak si ji představujete?(volná odpověď)
14. Myslíte si že, má jejich práce smysl?
- Ano
 - Ne
 - Nevím jistě
15. Co si myslíte o abstinenci a abstinentech?
- Jsou to obdivuhodní lidé
 - Nic zvláštního jsou to stále feťáci
 - Abstinence je sprosté slovo.
 - Nepřemýšlel/a jsem o tom
16. Co je podle vás přiměřené pití alkoholu?
- Příležitostně, když je dobrá společnost
 - 1-3x do měsíce
 - Jednou týdně
 - Každý den aspoň jedno pivo
 - Kdykoliv můžu tak se opiju
17. Myslíte si, že je v dnešní době normální pít alkohol?
- Ano
 - Ne
18. Znáte někoho, kdo prošel komunitou?
- Ano
 - Ne

19. Pokud ano co si o takovém člověku myslíte?(volná odpověď)
20. Jaký je váš názor na drogy potažmo drogovou závislost?
- Je to zlo, které by bylo lepší nepoznat
 - Občas je to fajn
 - Neřeším to
21. Myslíte si, že je u nás dobrá informovanost o závislostech a jejich rizicích?
- Ano
 - Spíše ano
 - Nevím
 - Spíše ne
 - Ne
22. Myslíte si, že je v ČR dostatečně rozšířená léčba?
- Ano
 - Spíše ano
 - Nevím
 - Spíše ne
 - Ne

PŘÍLOHA P 3: BROŽURA PRO NOVÉ KLIENTY

„V životě je důležité umět kdykoliv opustit to, čím právě jsme, pro to, čím můžeme být.“

Charles Dubois



**ABYS NEBYL/A NA VĚTVI
ANEB
NÁVOD K POUŽITÍ
KOMUNITY**

Obsah

- Kontakty, Kdo je kdo?
- Základní pravidla
- Listina práv klientů
- Stížnosti
- Denní režim
- Funkce klientů
- Fáze pobytu
- Ukončení pobytu
- Program následné péče Krok
- Spolupráce s rodinou
- Mimořádné skupiny
- Psaní deníku a sebeúcty
- Model růstu Virginie Satirové
- Jak formulovat cíle?
- Rizikové stavy
- Pár rad, jak zvládat chuť na drogu
- Jak odmítnout drogu?
- Pravidla pro fair-play spor
- Semafor
- Domovní řád, postihy

Ahoj,

Vítej v terapeutické komunitě Krok. Terapeutická komunita je skupina lidí, kteří stejně jako ty chtějí přestat brát drogy a změnit svůj život.

Součástí léčebného programu je individuální a skupinová psychoterapie, arteterapie, spolupráce s rodinou, pracovní terapie, volnočasové aktivity, sport atd.

Tato příručka ti pomůže zorientovat se v novém prostředí. Najdeš v ní nejdůležitější informace, které teď potřebuješ vědět.

Pokud ti něco nebude jasné, obrať se na svého bratra/ sestru nebo na kohokoliv jiného - rádi ti vše vysvětlí.

Kontakty

Adresa: TK Krok, Komenského 2124, 697 01
Kyjov
Telefon: 518 616 801, 732 137 357

Kdo je kdo?

Hanka - ředitelka Kroku
Milan - hlavní terapeut
Petr - sociální pracovník
Veronika - zpracování projektů
Radka - účetní
Honza - vedoucí Agentury pro občany
Martina - kontaktní pracovnice, Agentura
Iva - terapeut
Štěpán - pracovní terapeut
Richard - pracovní terapeut
Heda - pracovní terapeut (šití)
Jakub - terapeut, doléčovák
Svatka - terapeut, vedoucí doléčováků
Honzyň - terapeut
Tomáš - terapeut

Základní pravidla

2. Zákaz užívání drog

Po celou dobu léčby nesmíš požit jakoukoliv drogu (včetně alkoholu) v jakémkoliv množství, a to ani na vycházce. Stejně tak nesmíš manipulovat s věcmi určenými k výrobě či požívání drog, svévolně nakládat s léky bez konzultace s lékařem a hlavním terapeutem. Nemůžeš jíst ani potraviny, které obsahují alkohol nebo mák.

2. Zákaz agrese

V komunitě platí přísný zákaz fyzické a psychické agrese, včetně slovních útoků. Rozumí se tím šikanování všeho druhu a navádění k němu. Také u sebe nesmíš mít žádné zbraně.

Po dobu léčby nenavazuj s jiným klientem erotický vztah. Vztahuje se to i na flirtování a fyzický kontakt.

4. Zákaz opuštění budovy komunity

Bez souhlasu či nařízení terapeuta neopouštěj budovu komunity a venku mimo komunitu se nevzdaluj od skupiny.

5. Respektování terapeutů a jejich příkazů

Po celou dobu léčby máš povinnost respektovat terapeuty a uposlechnout jejich příkazy (myslí to s tebou dobře, i když to tak třeba v tu chvíli nevypadá ☺). Stejně tak by jsi měl/a respektovat klienty vyšších fází.

Nedodržení některého z těchto pravidel vede k předčasnému ukončení pobytu!

Listina práv klientů

Máš právo na:

- Podpůrné prostředí bez drog
- Léčbu bez ohledu na původ, rasu, národnost, vyznání, politické přesvědčení, sexuální orientaci, předchozí kriminální kariéru či socioekonomický status
- Důstojnost, úctu, zdraví a bezpečí
- Seznámení s filosofií a metodami programu
- Informace o pravidlech a opatřeních vyplývajících z programu (vč. sankcí, disciplinárních opatření a pozměnění práv)
- Možnost podat stížnost ohledně uplatňování jednotlivých pravidel a opatření (podle postupu schváleného Výborem Sekce TK Asociace nestátních organizací)
- Informace o finančních nákladech včetně způsobu a termínu placení

- Seznámení s podmínkami přístupu k tvým penězům a osobnímu majetku během programu a při odchodu
- Zachování důvěrnosti informací týkajících se účasti v programu, stejně jako veškeré léčebné dokumentace, v souladu se zákony státu
- Seznámení s obsahem o tobě vedené dokumentace (nemusí to znamenat nahlížení do dokumentace)
- Přístup k dokumentaci poskytované třetí straně (včetně práva na vložení doplňujícího vyjádření)
- Propuštění z programu kdykoli, bez fyzického psychického nátlaku
- Osobní komunikaci s příbuznými nebo přáteli při vstupu do programu i následně (výjimkou je případ, kdy je zákaz komunikace částí léčebného plánu)
- Pravidelný kontakt se svým dítětem
- Jasné určení povinností bez zneužívání

- Kontakt se zaměstnavatelem, učitelem, duchovním či dalšími důležitými osobami z tvého okolí, pokud je to v souladu s podmínkami a omezeními odborné péče
- Ochranu před tělesným trestem, fyzickým, emočním a sexuálním zneužíváním a nedobrovolným zavíráním v klauzuře
- Zajištění výživné stravy, bezpečného a přiměřeného ubytování, tělesného cvičení a přiměřené osobní hygieny
- Lékařskou péči poskytovanou kvalifikovaným lékařem a právo nabízenou lékařskou péči odmítnout
- Dostupnost právního poradenství nebo zastoupení právníkem, kde je to třeba
- Poučení o jiných zdrojích a poradenských službách, o možnostech finanční pomoci a místech k bydlení při odchodu z programu
- Ochranu před využíváním sebe, rodičů a rodiny ve prospěch zařízení

Stížnosti

Pokud nebudeš spokojený/á s kvalitou poskytovaných služeb, můžeš svou stížnost, návrh na změnu či požadavek uplatnit:

- Na technické části večerní skupiny
- Individuálně - obrátíš-li se na terapeuta či terapeutický tým
- Své náměty můžeš přednést na samořídící skupině nebo napsat do sešitu přání a stížností - budou projednány na poradě terapeutického týmu a poté na komunitním „parlamentu“
- Při písemné stížnosti obdržíš písemnou odpověď

Denní režim

Pondělí - pátek

- 6:00 budíček
- 6:00 - 6:10 ranní hygiena
- 6:10 - 6:15 rozcvička
- 6:15 - 6:35 ranní úklid
- 6:35 - 7:00 snídaně (i s kouřovou)
- 7:00 - 7:20 ranní probuzení
- 7:20 - 11:30 pracovní terapie
- 11:30 - 11:55 oběd
- 11:55 - 15:15 pracovní terapie
- 15:15 - 15:30 zrcadla
- 15:30 - 15:45 svačina
- 15:45 - 17:45 osobní volno
- 17:45 - 18:00 večeře
- 18:00 - 18:45 úklid
- 18:45 - 21:15 večerní skupina
- 21:15 - 22:30 deníky, osobní hygiena
- 22:30 večerka

Sobota

6:55 budíček
6:55 - 7:05 ranní hygiena
7:05 - 7:10 rozcvička
7:10 - 7:30 příprava na velký úklid
7:30 - 8:00 snídane
8:00 - 8:30 ranní probuzení (teploměr)
8:30 - 12:00 velký úklid
12:00 - 12:30 oběd
12:30 - 16:00 program venku
16:00 - 17:30 osobní volno
17:30 - 18:00 večeře
18:00 - 18:45 osobní volno
18:45 - 20:00 večerní skupina
20:00 - 22:00 tělocvična
22:00 - 24:00 deníky, hygiena, osobní volno
24:00 večeřka

Neděle

7:55 budíček
7:55 - 8:05 ranní hygiena
8:05 - 8:30 ranní úklid
8:30 - 8:55 snídane
9:00 - 9:30 ranní probuzení
10:00 - 17:00 zážitkový program mimo TK
17:30 - 18:00 večeře
18:00 - 18:45 úklid
18:45 - 21:15 večerní skupina
21:15 - 22:30 deníky, osobní hygiena
22:30 večeřka

Funkce klientů

Starší bratr/sestra

Jako každému nově přichozímu klientovi ti byl přidělen bratr/sestra, který/á ti pomůže zorientovat se v pravidlech a seznámit se s novými lidmi. Zároveň má za tebe zodpovědnost, tzn. že když porušíš některé pravidlo, převezme za tebe „platbu“.

Šípek

Šípek je zodpovědný za chod dne, hlídá režim dne a jeho plnění, upozorňuje ostatní klienty na začátky programů, kontroluje dodržování pravidel, píše rozpis úklidu, zodpovídá za jeho průběh a výsledek atp.

Žolík

Žolíka může získat klient ve 2. fázi. Je odměnou za jeho zodpovědné chování a dává

mu zodpovědnost (ne však výsady), která přináleží 3. fázi (hlavně v pracovní terapii).

Čmelák

Čmelák je ocenění skupiny za to, když dobře funguješ. Za každého čmeláčka dostaneš jeden korálek, který klienti nosí pověšený na krku.

Vedoucí kuchyně a jeho pomocník

Vedoucí kuchyně má na starosti jídelníček chystání snídaně, obědu, svačiny a večeře stará se také o pořádek v kuchyni a jídelně. Při tom mu pomáhá jeho pomocník.

Jednotlivé zodpovědnosti klientů

Každý klient má na zodpovědnost určitě úsek, který vždy poslední pondělí v měsíci nebo v osobním volnu kontroluje a pracuje v něm.

Fáze pobytu

Délka pobytu v komunitě se pohybuje kolem 1 roku a rozděluje se do 4 fází. Postupy do jednotlivých fází jsou podmíněny tvou vlastní aktivitou a osobním růstem.

O každý přestup si musíš dopředu zažádat na večerní skupině. Termín přestupu určí terapeutický tým, který zváží tvoji připravenost na vyšší fázi.

V den přestupu budeš mít dost času na to abys o samotě pomocí tvého deníku zpracoval/a odpovědi na otázky (každou odpověď nejméně na 1 stranu A4) a nakreslil/a tematický obrázek příslušející dané fázi. Své odpovědi pak předneseš na skupině a ta tvůj přestup schválí či zamítne. Pokud přestoupíš do další fáze vyslovíš své přestupové přání.

vztazích s rodinou, s níž se setkáváš na jednodenních vycházkách. Buduješ svoji sebeúctu a můžeš už komunikovat i s nečleny komunity. Můžeš dostávat a odesílat dopisy či pohledy.

3. fáze = vyšší fáze

Ve 3. fázi již dostáváš zodpovědnost za druhé (např. při pracovní terapii, pochůzkách k lékařům a na úřady atp.) a máš spoluodpovědnost za chod komunity. Vedeš tematické skupiny, v terapii zpracováváš svoji minulost a sestavuješ si plány do budoucna. Pravidelně jezdíš 1x za 14 dní na vycházky (střídavě jednodenní a dvoudenní).

4. fáze = vyšší fáze

V závěrečné fázi pobytu se odpoutáváš od komunity a soustřeďíš se na samostatné fungování mimo komunitu, hledáš si

0. fáze

Nultá fáze trvá přibližně měsíc, v této době se seznámíš s pravidly a režimem komunity a rozhodneš se, zda chceš pobyt skutečně absolvovat. Zodpovědnost za porušování dílčích pravidel za tebe přebírá tvůj starší bratr/sestra. Po dobu 0.fáze nesmíš s nikým mimo komunitu komunikovat.

1. fáze

Přestupem do 1. fáze se stáváš členem komunity, s čímž se pojí i zodpovědnost za své chování, tzn. že při porušování dílčích pravidel za tebe již starší bratr/sestra nepřebírájí platby. Nadále však nesmíš komunikovat s lidmi mimo komunitu.

2. fáze

Ve 2. fázi získáš zodpovědnost za některý úsek komunity, dále rozvíjíš své dovednosti a záliby. V terapii pracuješ hlavně na svých

zaměstnání či vyřizuješ studium. Můžeš si také udělat rekvalifikaci. Před ukončením pobytu jdeš na týdenní vycházku domů a týden funguješ jako pomocný terapeut. Svůj pobyt ukončíš rozlučkou - rituálním rozloučením s komunitou.

Ukončení pobytu

Řádné ukončení pobytu

- Pobyť v komunitě můžeš rádně ukončit ve 4. fázi, případně i ve 3. fázi. Podmínkou ukončení pobytu je vyřízené zaměstnání nebo studium!
- Před odchodem musíš předat své zodpovědnosti za jednotlivé úseky TK jiným klientům. V den odchodu odevzdáš všechny užívané věci, přebereš si své osobní věci a vyúčtování. Také zhodnotíš svoji spokojenost s léčbou a pokroky, které jsi udělal/a.
- Rozloučení s komunitou probíhá formou rituálu, jehož součástí je zhodnocení pobytu, občerstvení, zábavný program klientů.

Předčasné ukončení pobytu

- Pokud se sám/sama rozhodneš odejít z komunity a nejsi ještě jejím členem (tj. jsi v 0. fázi), písemně zdůvodníš své rozhodnutí, přebereš si své osobní věci a vyúčtování pobytu a můžeš odejít. Předtím ti ještě skupina sdělí své pocity z tvého rozhodnutí.
- Pokud jsi členem komunity (1. a další fáze), pak po rozhovoru s terapeutem jdeš do klauzury, kde písemně zvažíš své rozhodnutí a poté je zdůvodníš před skupinou. Pokud se rozhodneš odejít, přebereš si své osobní věci, vyúčtování a kontakt na jinou svodnou službu.
- Z komunity můžeš být vyloučen/a, pokud porušuješ některé ze základních pravidel – porušení abstinence, svévolné opuštění objektu, nerespektování terapeutů, fyzická nebo psychická agrese, navázání sexuálních vztahů.

Nepovolený odchod (svévolné opuštění)

- Pokud opustíš bez vědomí terapeuta objekt komunity, vzdálíš-li se na výjezdu od skupiny nebo se nevrátíš z vycházky, je to bráno jako nepovolený odchod.

O ukončení tvého pobytu v komunitě je vždy informována tvá rodina, popřípadě i příslušné úřady a lékař.

Program následné péče Krok

Po rádném ukončení komunity přecházíš do programu následné péče Krok, což je ambulantní doléčovací program, jehož součástí je individuální a skupinová terapie. Program nabízí též dotované bydlení.

Spolupráce s rodinou

Během celé doby tvého pobytu v komunitě (ale i po jeho skončení) spolupracujeme s tvou rodinou v duchu rodinné terapie.

Po dobu 0. a 1. fáze nemůžeš s tvou rodinou komunikovat, uvidíš je až na tvé první vycházce (tzn. asi po 3 měsících pobytu).

Tví rodiče a sourozenci mohou od 3. fáze přijít do komunity na týdenní pobyt, který jim pomůže lépe pochopit tvoji situaci.

S rodinou se také můžeš setkat během různých akcí – např. výročí komunity, setkání s rodiči, tábor atp.

Mimořádné skupiny

Když budeš mít nějaký problém nebo se bude dít něco, co nedokážeš sám/sama zvládnout, můžeš si kdykoliv a kdekoliv svolat skupinu. Už samotné přemýšlení o svolání skupiny je důvodem ke skupině.

Skupina ti pomůže zbavit se napětí, řešit chutě na drogu, vzpomínky, konflikty atp. Díky tomu, že si budeš svolávat skupiny, více poznáš sám/sebe, uvědomíš si své chování a prožívání a získáš názory a zkušenosti od ostatních.

Když máš pocit, že už je toho na tebe moc, můžeš skupinu stopnout.

Uvědom si, že když si skupiny svolávat nebudeš, budeš tím podporovat tvého „závislého“!

Model růstu Virginie Satirové

Cíle pro mne

Chci tě milovat

a přitom nesvírat

Oceňovat tě

a přitom nesoudit

Být s tebou

a přitom tě nerušit

Zvát tě

a přitom si nedělat nároky

Opouštět tě

a přitom nemít pocit viny

Kritizovat tě

a přitom nehanět

A pomáhat ti

a přitom neurážet.

Jestli mohu mít totéž od tebe, potom se můžeme opravdově setkat a navzájem obohatit.

Jak formulovat cíle?

Abys mohl/a na sobě pracovat, musíš si stanovit dílčí cíle. Každý cíl musí:

- Být pro tebe významný
- Být malý, splnitelný v dosažitelné době
- Být konkrétní, týkající se tvého chování
- Být zaměřený do budoucna - co nastane
- Znamenat začátek něčeho
- Být realistický, abys měl/a šanci jej splnit
- Vyžadovat od tebe určité úsilí

Nezapomeň se za dosažení každého cíle ocenit!

3 pravidla:

- Nespravuj, co není rozbité
- Dělej více toho, co se ti daří
- Místo toho, co se ti nedaří, dělej něco jiného

Psaní deníku a sebeúcty

Každý den si píšeš zápis do deníku o tom, jak jsi strávil/a celý den. Zaměř se na své pocity a postřehy o svém fungování ve skupině, v práci atp. Piš upřímně, otevřeně a výstižně.

Do večerky deník vždy odevzdej terapeutovi, od něhož můžeš získat cenné podněty k zamyšlení nad sebou.

V neděli se kromě toho píše shrnutí celého týdne a na konci měsíce shrnutí celého měsíce - to už ti vysvětlí tvůj brat/sestra.

Stejně tak si piš do speciálního deníčku sebeúcty, tj. ocenění za to, co se ti ten den povedlo a za co můžeš být na sebe hrdý/á. Nos jej stále při sobě a když budeš o sobě pochybovat, nahlédni do něj. Pomáhá to!

Rizikové stavy

Chuť na drogy se může objevit, když:

- Jsi rozhněvaný/á
- Se cítíš osamělý/á
- Jsi unavený/á
- Jsi nemocný/á
- Máš radost
- Se nudíš
- Se cítíš bezmocný/á
- Jsi v úzkosti
- Jsi v sebelítosti
- Neřešíš své problémy
- Máš asociace na drogy
- Jsi v depresi
- Jsi nespokojený/á
- A v mnoha dalších situacích.....

Pár rad, jak zvládat chuť na drogu

- Vyhýbat se situacím, které chuť na drogu vyvolávají
- Uvědomit si negativní důsledky recidivy
- Odvést pozornost jinam
- Uvědomit si minulé nepříjemné zážitky související s drogami
- Uvědomit si minulé nepříjemné zážitky související s drogami
- Uvědomit si výhody abstinence
- Věnovat se práci, sportu, jít do přírody
- Včas chuť na drogu rozpoznat
- Myslet na své zdraví
- Mluvit o svých pocitech při chuti na drogu
- Napít se vody
- Požádat o pomoc skupinu či terapeuta
- Vyvolat si opačné myšlenky
- Uvažovat o příčinách chutě na drogu
- Zhluboka a pravidelně dýchat

Jak odmítnout drogu?

Odmítnutí vyhnutím se

- Vyhnout se situaci, kde by ti mohla být droga nabídnuta

Rychlá odmítnutí

- Ignorovat, dělat, že nabídku neslyšíš
- Důrazně říci „NE“ nebo „NECHCI“
- Odmítnutí gestem (zavrtět hlavou, odmítavé gesto rukou)

Královské odmítnutí

- Odmítnutí jednou provždy („S drogami jsem skončil/a.“)

Pravidla pro fair-play spor

1. Urči, v čem je problém
2. Soustřed' se na problém
3. Napadej problém, ne osobu
4. Poslouchej s otevřenou myslí
5. Respektuj pocity druhého
6. Přeber zodpovědnost za své chování

Vyvaruj se těchto chyb:

- Nadávání
- Obviňování
- Dělán' grimas
- Nenaslouchání
- Vracení urážek
- Připomínání minulosti
- Vyhrožování
- Fyzické napadání
- Ponižování druhého nebo vyvyšování se
- Ospravedlňování
- Zbavování se zodpovědnosti

Semafor

Semafor se ti bude hodit v situacích, kdy bys mohl/a jednat v rozporu s tvými zájmy. V takových situacích si představ semafor a nechej na něm rozsvěcet postupně shora dolů červenou, oranžovou a zelenou.



Červená: zastav se a uvažuj



Oranžová: jaké možnosti se nabízejí a jaké mají následky?, vyber nejvýhodnější možnost



Zelená: vybranou možnost uskutečni a vyhodnoť

Přicházet do ubytovacích prostor přezutí, v domácí obuvi

- V kuchyni, jídelně a společenských prostorách pobývat jen v domácím oblečení
- Provádět 2x denně úklidy (kontroluje šípek)

Není dovoleno:

- kouření v budově
- dle viz základní pravidla

Postihy

Při nedodržení některého z těchto (a mnoha dalších) pravidel dostaneš od skupiny po 24 hodinách postih. Opakované nedodržování pravidel může vést k předčasnému ukončení tvého pobytu v komunitě!

Domovní řád

Ubytování klienti mají právo:

- Využívat zařízení pro ně určeného
- Aktivně se podílet na životě v komunitě
- Účastnit se vzdělávacích programů

Klienti jsou povinni:

- Pravdivě informovat o svém zdravotním stavu
- Provádět práce a služby, které určí terapeut
- Šetřit zařízení komunity, šetřit elektrickou energií a vodou
- Udržovat pořádek v pokojích, ve svých věcech
- Dodržovat pravidla bezpečnosti a ochrany vlastního zdraví a zdraví ostatních
- Dodržovat protipožární opatření
- Hlásit okamžitě všechny závady na svěřeném inventáři, zařízení budovy

- Kouření v komunitě

Kouření v komunitě

Pokud jsi kuřák/kuřačka a je ti více než 18 let, můžeš kouřit, ale musíš dodržovat určitá pravidla. Prvních čtrnáct dnů můžeš kouřit neomezeně celý den od doby snídaně až do 22:00. Kouřit smíš pouze na terase v přítomnosti 2. a vyšší fáze.

Po 14 dnech můžeš v době pracovní terapie kouřit každé dvě hodiny, tj. po snídani, v 9:50, v 11:50 a ve 13:50. Svým kouřením nesmíš však nikdy omezovat nekuřáky!

Máš nárok na jednu krabičku cigaret na dva dny, s cigaretami hospodaříš sám/sama. Peníze, za něž jsou cigarety nakupovány, ti budou přičteny k nákladům na tvou léčbu.

Pokud ses už jednou rozhodl/a přestat kouřit, nemůžeš už znovu začít!!!