

Role poskytovatele sociálních služeb v životě osoby ohrožené sociálním vyloučením

Bc. Kateřina Suchá

Diplomová práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Institut mezioborových studií

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Kateřina Suchá**
Osobní číslo: **H138274**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Role poskytovatele sociálních služeb v životě osoby ohrožené sociálním vyloučením**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v SR UTB ve Zlíně č. 7/2014, včetně příloh, případně podle dalších materiálů. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky budou pravidelně konzultovány s vedoucím diplomové práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na představení a popis nízkoprahového zařízení poskytujícího sociální službu uživatelům drog;

- na popis klientely využívající sociální službu a zhodnocení současné kvality jejich života;

- na možnosti sociální pedagogiky při práci s cílovou skupinou a její resocializaci.

Součástí práce bude kvalitativní výzkum s použitím metody polostrukturovaného rozhovoru, zaměřený na zjištění sociálních podmínek a kvality života osob ohrožených sociálním vyloučením s cílem zhodnotit, jakou roli hraje poskytovatel sociálních služeb v jejich životě.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Disman, M. Jak se vyrábí sociologická znalost. Praha: Portál, 2005.

Klíma, P. Kontaktní práce. Praha: Česká asociace streetwork, 2009.

Kraus, B., Poláčková, V. et al. Člověk, prostředí, výchova. Brno: Paido, 2001.

Matoušek, O. a kol. Základy sociální práce. Praha: Portál, 2001.

Další literatura bude obsažena v Projektu diplomové práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Jaromír Pospíchal

Institut mezioborových studií

Datum zadání diplomové práce:

4. listopadu 2014

Termín odevzdání diplomové práce:

31. března 2015

V Brně dne 4. listopadu 2014



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



doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
ředitel ústavu

Prohlašuji, že

- beru na vědomí, že odevzdáním diplomové 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 obhajoby;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí, že jeden výtisk diplomové práce bude uložen v příruční knihovně Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a jeden výtisk bude uložen u vedoucího práce;
- byl/a jsem seznámen/a s tím, že na moji diplomovou 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. 3;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užít své dílo – diplomovou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen připoštl-li tak licenční smlouva uzavřená mezi mnou a Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně s tím, že vyrovnání případného přiměřeného příspěvku na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše) bude rovněž předmětem této licenční smlouvy;
- beru na vědomí, že pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tedy pouze k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům;
- beru na vědomí, že pokud je výstupem diplomové práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji,

- že jsem na diplomové práci pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.
- že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

V Brně 20.2.2015

Kateřina Suchá
.....
Jméno, příjmení a podpis diplomanta

ABSTRAKT

Práce se věnuje problémovým uživatelům drog jako jedné ze skupin ohrožených sociálním vyloučením. Věnuje se důsledkům, které způsobuje dlouhodobé užívání drog a jejichž kumulace riziko vyloučení výrazně zvyšuje. Práce objasňuje systém péče o uživatele drog v České republice, specifikuje nízkoprahové služby a představuje konkrétní sociální službu v péči o uživatele drog. Práce přibližuje životy klientů tohoto zařízení a zkoumá, jakou roli má poskytovaná služba v jejich životě.

Klíčová slova: K – centrum, problémový uživatel drog, sociální exkluze, sociální služby

ABSTRACT

The work deals with problematic drug users as one of the groups at risk of social exclusion. It deals with the consequences that cause prolonged use of drugs and the cumulative risk of exclusion increases significantly. The thesis explains the system of care for drug users in the Czech Republic specifies low-threshold services and represents a particular social service in the care of drug users. Work the lives of the clients and examines what role has provided service in their lives.

Keywords: K - center, problematic drug user, social exclusion, social services

Poděkování:

Ráda bych na tomto místě poděkovala panu Mgr. Jaromíru Pospíchalovi za cenné rady, které mi poskytl při psaní mé diplomové práce, dále svým kolegům za užitečné poznámky.

V neposlední řadě patří mé velké díky klientům K – centra Noe v Třebíči za poskytnutí rozhovorů, za informace, které mě obohatily a za otevřenost, které si velice vážím.

Prohlášení:

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 SOCIÁLNÍ VYLOUČENÍ	11
1.1 CHARAKTERISTIKA SOCIÁLNÍHO VYLOUČENÍ	11
1.2 SOCIÁLNÍ VYLOUČENÍ A UŽIVATELÉ DROG	14
1.2.1 Charakteristika cílové skupiny	14
1.2.2 Faktory ovlivňující sociální vyloučení uživatelů drog.....	15
2 SYSTÉM PÉČE	21
2.1 PROTIDROGOVÁ POLITIKA	21
2.2 SLOŽKY SYSTÉMU PÉČE O UŽIVATELE DROG.....	23
2.2.1 Péče ve zdravotnictví	24
2.2.2 Péče mimo zdravotnictví.....	28
3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY NA PRINCIPU HARM REDUCTION	34
3.1 LEGISLATIVA.....	35
3.2 CO JE HARM REDUCTION?	36
3.3 K - CENTRA	38
3.4 TERÉNNÍ PROGRAMY	40
4 PŘEDSTAVENÍ POSKYTOVATELE K-CENTRUM NOE	42
4.1 VEŘEJNÝ ZÁVAZEK	42
4.2 POSKYTOVANÉ SLUŽBY	45
4.3 CHARAKTERISTIKA KLIENTELY	50
4.4 OSTATNÍ AKTIVITY	51
II PRAKTICKÁ ČÁST	54
5 ROLE K - CENTRA NOE V ŽIVOTĚ PROBLÉMOVÝCH UŽIVATELŮ DROG – KVALITATIVNÍ VÝZKUM	55
5.1 ZDŮVODNĚNÍ A CÍLE VÝZKUMU.....	55
5.2 FORMULACE VÝZKUMNÉ OTÁZKY	55
5.3 POUŽITÉ METODY	56
5.4 CHARAKTERISTIKA VÝBĚROVÉHO SOUBORU	57
5.5 POSTUP A TECHNIKA SBĚRU DAT	59
5.6 ZPRACOVÁNÍ A INTERPRETACE DAT	60
SHRNUTÍ	89
DISKUZE	91
ZÁVĚR	92
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	93
SEZNAM PŘÍLOH	97

ÚVOD

Téma „Role poskytovatele sociálních služeb v životě osoby ohrožené sociálním vyloučením“ jsem si zvolila hned z několika důvodů. Tím prvním je fakt, že pracuji v zařízení poskytujícím sociální služby uživatelům drog, kteří bezpochyby mezi rizikové skupiny ohrožené sociálním vyloučením patří. Uživatelé drog jsou většinou společností vnímání negativně. Jejich chování je v rozporu s majoritní společností, s pravidly a normami. Samotná drogová závislost s sebou nese další negativní jevy, jako jsou nízké vzdělání, dlouhodobá nezaměstnanost, trestná činnost, šíření infekčních chorob, chudoba, závislost na sociálních dávkách, bezdomovectví, apod., jejichž kombinace výrazně zvyšuje riziko sociálního vyloučení. Druhý a pro mě významnější důvod je ten, že mě zajímalo, jakou vlastně tyto služby a pracovníci, kteří služby pro tyto osoby poskytují, hrají roli v jejich životě. V práci jsem představila zařízení Oblastní charity Třebíč, K-centrum Noe, poskytující kontaktní a poradenské služby a práci v terénu uživatelům omamných a psychotropních látek v různých fázích závislosti a pokusila jsem se zjistit, jak klienti toto zařízení a jeho služby vnímají, a jakou roli v jejich životě toto zařízení má.

To, že patří drogově závislí mezi rizikové skupiny ohrožené sociálním vyloučením, je obecně známá věc. Odborná literatura ale často dává přednost jiným ohroženým skupinám, jako např. romské populaci či seniorům. Detailně rozpracovávají chudobu jako jednu z příčin sociálního vyloučení. Užívání drog ve „velkém“ je trendem v České republice až poslední dekádu. S tím také souvisí nárůst negativních důsledků včetně sociálního vyloučení uživatelů drog, zejména co do počtu ohrožených či vyloučených osob. Jelikož je práce s drogově závislými relativně nová a stále se vyvíjející činnost s ohledem na progresivní změny v populaci uživatelů drog, není mnoho literatury věnující se tomuto tématu. Vzniká však nespočet kvalitních a užitečných publikací, které se zabývají terapeutickými, poradenskými či jinými metodami, které si kladou za cíl tuto skupinu resocializovat a vrátit do většinové společnosti, včetně sociálních služeb, které mají sociálnímu vyloučení zamezit.

Teoretická část se v první kapitole věnuje sociálnímu vyloučení se zaměřením na uživatele drog. V práci se zaměřuji na důsledky dlouhodobého užívání drog, jejichž kumulace výrazně zvyšuje riziko sociálního vyloučení. Snažím se také přiblížit systém péče o uživatele drog v České republice, jak v resortu zdravotnictví, tak mimo něj. Všechny složky systému se podílejí na resocializaci uživatelů drog a snaží se ovlivňovat

postoje svých klientů tak, aby došlo ke změně vzorců chování, stabilizaci životního stylu a zapojení se do běžného života většinové společnosti. V prvním kontaktu s uživateli drog bývají zásadní většinou nízkoprahová zařízení, které představuji v další části práce obecně, a doplňuji o představení konkrétního poskytovatele sociálních služeb, tedy o K – centrum Noe v Třebíči. Právě taková zařízení jsou pomyslnými dveřmi do dalších, navazujících služeb v práci s touto cílovou skupinou a mohou mít důležitou roli v životech uživatelů drog. Zjistit, jakou roli, nebo jaký význam má v aktuální životní situaci poskytovaná služba pro problémové uživatele drog, bylo cílem této práce.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SOCIÁLNÍ VYLOUČENÍ

Sociální vyloučení je úzce spjato s rozdělením či sociální strukturou společnosti. V každé společnosti existují nerovnosti, které jsou z pohledu sociologie dány zejména podílem na zdrojích společnosti, tedy velikostí majetku, možností podílet se na rozhodování a mírou prestiže. Společnosti bývají dle těchto faktorů hierarchicky rozděleny do uspořádaných vrstev. V současné době je za základní systém stratifikace považováno třídní rozdělení. Se sociálním vyloučením bývá spjata tzv. „underclass“ třída. Takto bývají označováni lidé, kteří se nacházejí mimo pracovní trh, jsou dlouhodobě nezaměstnaní, chudí a svým chováním se odlišují od zbytku společnosti. Společným znakem bývá sociální odcizenost, nepřizpůsobivost a jejich chování je v rozporu s pravidly a normami většinové společnosti. Do této třídy patří bezpochyby i drogově závislí (Janoušková, 2008, s. 169 – 173).

1.1 Charakteristika sociálního vyloučení

Sociálním vyloučením bývá označována celá řada jednotlivých mechanismů, ale také důsledků jejich působení, se kterými se můžeme setkat v různých formách ve všech společnostech. Je vyznačováno odsouváním určitých osob či kolektivů na okraj společnosti (marginalizace) nebo mimo společnost (exkluze) (Mareš, Sirovátka, 2008).

Příčiny a projevy sociálního vyloučení mají multifaktorový rozměr. Jde o proces, který vede k postižení ve více dimenzích života, které se navzájem ovlivňují. Mareš vyzdvihuje rozdělení dimenzí sociální exkluze na dimenzi *ekonomickou*, která se vyznačuje právě nezaměstnaností a chudobou, dimenzi *sociální*, charakteristickou rozbitím tradiční rodiny a manželství, bezdomovectvím, sociálně patologickými jevy a kriminalitou, dimenzi *politickou*, projevující se zejména v upírání politických práv, nízkou účastí ve volbách, dimenzi *komunitní*, vyznačující se kvalitou prostředí a bydlení, dimenzi *individuální* zahrnující fyzický či mentální stav jedince, nedostatek vzdělání či ztrátu sebevědomí a sebeúcty, dimenzi *skupinovou*, slučující charakteristiky vyloučení v sociálních skupinách a dimenzi *prostorovou*, která koncentruje vyloučené osoby v rizikových oblastech bez odpovídající kvality života. (Mareš, Sirovátka, 2008, s. 274). Prostorová dimenze vyloučení se vyznačuje koncentrací vyloučených jedinců či skupin a vlastnostmi dané lokality. Sociálně vyloučení se koncentrují a tím se segregují od

většinového proudu společnosti, ztrácejí běžné vzory, snaží se přežít, což vyžaduje jiné strategie, než ve většinové společnosti. Obyvatelé vyloučených lokalit jsou ochuzeni o sociální síť, vyloučení se reprodukuje a vytváří tím uzavřený kruh, čímž se obyvatelé opět vzdalují běžné společnosti. Typické bývají stavební a bytové nedostatky, nevhodné zacházení s byty i nebytovými prostorami bytu a jeho okolím. Takové okolí s sebou nese mnoho atributů sociálního vyloučení a je samo o sobě stigmatizováno. Lokalita sama o sobě může mít vlastnosti, které ovlivňují vyloučení a snižují šance obyvatel. Jedná se zejména o nedostupnost či nedostatek a špatnou kvalitu životního prostředí a občanské vybavenosti v podobě absence škol, zdravotní péče, dopravní obslužnosti, kultury, zvýšené kriminality. Vlastnosti lokality a koncentrace vyloučených se navzájem podmiňují. Koncentrace vyloučených se stává atributem prostoru, který obývají, a zpětně posiluje jejich vyloučení a omezuje jejich životní šance. Tzv. vyloučené lokality vznikají v důsledku sestěhování chudých rodin do míst s cenově dostupným bydlením, přidělováním náhradního bydlení v místech s velkou koncentrací již sociálně vyloučených a řízeným sestěhování problémových obyvatel do ubytoven či nevhodných bytů ze strany obcí. Koncentrace sociálně vyloučených slouží také jako určitý mechanismus kontroly a uplatnění moci (Mareš et al, 2008, s. 18).

Jeden z pohledů na příčiny či následky sociálního vyloučení vyzdvihuje sociální podmínky, které ovlivňují přístup jedinců k odpovídajícím materiálním zdrojům či sociálním, politickým a občanským právům. Záleží také na struktuře dané společnosti či individuálních charakteristikách vyloučených osob či skupin. Důležité jsou i procesy, kterými jsou jedinci vytlačeni na okraj společnosti, konkrétní životní situace a životní šance, ale také procesy reprodukce sociálního vyloučení v rámci rodiny, sousedství atd. (Mareš et al., 2008 s. 11).

Někteří autoři spojují sociální exkluzi s individuálními osobnostními charakteristikami jedinců či sdílenými v kolektivu, jiní autoři zase s ekonomickými, strukturálními a institucionálními příčinami jako jsou např. selhání demokratického systému, zajišťujícího občanskou integraci, selhání pracovního trhu zajišťujícího ekonomickou integraci, selhání sociálního státu posilujícího sociální integraci a selhání rodiny a komunity důležité pro interpersonální integraci (Mareš et al. 2008, s. 11).

Sociálním vyloučením je tedy označován proces, během kterého jsou jednotlivci či celé skupiny vytěšňovány na okraj společnosti a je jim ztížen či omezen přístup ke zdrojům a příležitostem, které jsou běžně dostupné ostatním členům společnosti. Mezi tyto zdroje je

tedy řazeno především zaměstnání, bydlení, sociální ochrana, zdravotní péče a vzdělání (Janoušková, 2008 s. 178).

Pohledů na sociální vyloučení se nabízí mnoho. Všechny však s sebou nesou do jisté míry vztah státních správ, samospráv k vyloučeným či vylučovaným osobám a skupinám v podobě přímých akcí ve vyloučených lokalitách a domácnostech nebo v podobě sociální politiky na celostátní, regionální či lokální úrovni. Existují tři rozdílné přístupy sociální politiky na tři rozdílná pojetí (diskurzy) na sociální vyloučení. První, redistributivní diskurz se zaměřuje na odstranění sociálního vyloučení pomocí dávek sociálního zabezpečení, neboť chápe sociální vyloučení jako důsledek chudoby. Diskurz integrativní považuje za příčinu vyloučení dlouhodobou nezaměstnanost a jako mechanismus snížení volí a podporuje placené zaměstnání či programy zvyšující zaměstnanost. Moralizující diskurz se zaměřuje na patologické příčiny či kulturní charakteristiky vylučovaných, kde základním mechanismem k začlenění je resocializace, tedy intervence sociální práce či represivními politikami. (Mareš et al, 2008, s. 12)

V České republice spadá problematika sociálního vyloučení do resortu ministerstva práce a sociálních věcí. Například Zákon o sociálních službách 108/2006 sb. vymezuje sociální vyloučení jako vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace, přičemž nepříznivou sociální situací je situace, která spočívá zejména v oslabení nebo ztrátě schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením.

Sociálním vyloučením jsou ohroženy různé osoby a skupiny osob. Výčet je dlouhý a nesourodý a je ovlivněn mnoha jevy. Člověk může být vyloučen na základě svého jednání či příslušnosti k určité skupině, vyloučena může být i celá skupina na základě své odlišnosti.

Mezi nejčastěji vyloučené osoby či skupiny patří osoby, které:

- Disponují nízkým vzděláním
- Jsou dlouhodobě nebo opakovaně nezaměstnaní
- Osoby se zdravotním postižením

- Osoby s různým druhem závislosti
- Staří, osamocení jedinci
- Přistěhovalci
- Menšiny etnické, náboženské, odlišně sexuálně orientované

Kombinací více faktorů riziko sociálního vyloučení stoupá. To však neznamená, že jsou vždy příslušníci těchto skupiny bezpodmínečně osobami vyloučenými. Někteří mohou být zařazeni v běžné společnosti (Janoušková 2008, s. 178).

1.2 Sociální vyloučení a uživatelé drog

Užívání drog sebou nese řadu jevů. Mezi sociální souvislosti patří nízké vzdělání, nezaměstnanost, problémy ve vztazích a rodině, nekvalitní a nestálé bydlení, bezdomovectví a další problémy. Často se vyskytují současně a mohou vést k sociálnímu vyloučení. Sociální vyloučení má však multifaktorový rozměr, které ovlivňuje řada aspektů od ekonomického znevýhodnění a chudobu až po společenské a politické vyloučení a snížený přístup ke vzdělání a zdravotní péče. V souvislosti s užíváním drog mohou mít tyto aspekty tři typy vztahů. Mohou být přímým důsledkem užívání drog, mohou to být faktory, které užívání drog způsobily, mohou se dokonce objevovat u jedinců bez příčinné souvislosti. Nízké vzdělání, nezaměstnanost, problémy ve vztazích a rodině, nekvalitní a nestálé bydlení až bezdomovectví a další problémy se často vyskytují současně a mohou vést k sociálnímu vyloučení. (Kalina et al, 2008, s. 330).

1.2.1 Charakteristika cílové skupiny

Cílová skupina uživatelů drog je velice široká. Pro potřeby této práce je nutné od sebe odlišit různé rizikové skupiny ohrožené drogovou závislostí, tedy i sociálním vyloučením.

- Experimentátoři – osoby, které dočasně a nepravidelně užívají různé drogy a typy drog a mohou, ale nemusí mít přitom problémy v jiných oblastech. Tyto osoby drogy tzv. zkouší (Kalina, 2001, s. 38).
- Příležitostní a rekreační uživatelé drog – u této skupiny se již užívání stalo součástí jejich životního stylu. Užívají drogu méně než jednou za týden. Jeho důsledkem

zatím není vznik závislosti. Typickými uživateli jsou zejména uživatelé marihuany, extáze či LSD v rámci tzv. parties.

- Pravidelní uživatelé – užívání je pravidelné, zpravidla vícekrát týdně, zahrnuje nejen životní styl, ale také jistý škodlivý účinek ve stupni závislém na užívané látce. Jde o tzv. škodlivé užívání
- Problémoví uživatelé – nitrožilní či dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů, amfetaminů či kokainu.
- Závislí – splňují diagnostická kritéria syndromu závislosti, často jde právě o problémové uživatele (Kalina et al, 2003, s. 16).

Je nutné také zmínit, že v práci se budeme později zabývat problémovými uživateli drog a závislými jakožto nejhroženějšími sociálním vyloučením a také jako ústřední zájmovou skupinou drogové politiky. Dle výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice bylo v ČR v roce 2013 odhadnuto přibližně 44,9 tisíc problémových uživatelů drog, přičemž bylo 34,2 tisíc uživatelů pervitinu, 3,5 tisíce heroinu a 7,2 tisíc uživatelů buprenorfinu (Mravčík et al, 20014, s. 4).

1.2.2 Faktory ovlivňující sociální vyloučení uživatelů drog

Důležitým faktorem ovlivňující sociální vyloučení je závislost sama o sobě. „*Vývoj závislosti je ovlivněn osobnostními dispozicemi, užším a širším sociálním kontextem, frekvencí užívání, genetickými predispozicemi a v neposlední řadě i samotnou užívanou látkou*“ (Kalina, 2001, s. 40). Příčiny a vývoj drogové závislosti v tuto chvíli opomenou. Je jasné, že s rozvojem závislosti přibývají také problémy, kterými je jedinec postihnut. Ráda bych v této části zmínila spíše důsledky, které z užívání drog vyplývají a které mohou být také rizikem pro sociální vyloučení uživatelů drog. Nicméně je také nutné zmínit, co je vůbec závislost a její znaky, ze kterých sociální problémy jako sociální vyloučení ať už přímo, či nepřímo vyplývají.

V Mezinárodní klasifikaci nemocí je tedy samotná závislost a syndrom závislosti definován jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je často silná touha brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák. Definitivní

diagnóza závislosti by se měla stanovit jen tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- **Silná touha užít látku (bažení, craving)** - rozlišujeme bažení tělesné, které vzniká při odeznívání intoxikace návykovou látkou nebo bezprostředně poté a bažení psychické, které se objevuje i po delší abstinenci.
- **Potíže v ovládnání při jejím užívání, ztráta volní kontroly** - úzce související s bažením, které zhoršuje sebeovládání.
- **Přetrvávající užívání i přes škodlivé následky** - neschopnost odpoutat se navzdory tělesným i duševním komplikacím, které u osoby nastaly.
- **Postupné upřednostňování látky před ostatními aktivitami a zájmy** – převažující orientace na užívanou látku, její shánění a zotavování se z jejího účinku, důležitá a často se vyskytující známka závislosti, projevující se v zúženém spektru chování nebo ve stereotypním chování vůči návykové látce.
- **Růst nebo pokles tolerance k účinku látky** – růst tolerance se projevuje tím, že k dosažení stejného účinku je třeba vyšších dávek látky
- **Odvykací stav při nedostatku či vysazení drogy** (Nešpor, 1996, s. 32)

Závislost rozlišujeme také na závislosti fyzickou a psychickou. Zatímco psychická závislost je specifická především psychickým bažením, problémy v kontrole užívání a pokračování v užívání navzdory následkům, fyzická závislost se vyznačuje růstem tolerance a průkazem odvykacího stavu, jehož součástí je bažení fyzické. Psychická a fyzická závislost se rozvíjí většinou zároveň (Kalina et al, 2008, str. 55). Dalším pojmem je tzv. sociální závislost, která představuje závislost na životním stylu ve společenství drogově závislých. Na problematiku sociální závislosti často narážíme např. při návratu klienta z léčby, kdy nedokáže opustit „svět“, na který byl zvyklý a často do drog opakovaně padá.

Závislí a problémově užívající vykazují jistá specifika v řadě oblastí, z nichž zásadní jsou zdravotní oblast, psychologicko-psychiatrická oblast a sociální oblast. Jedinec, který je v těchto oblastech omezen, je vystaven riziku sociálního vyloučení nejvíce.

Zdravotní oblast

Zejména nitrožilní uživatelé drog jsou vystaveni vysokému riziku přenosu různých chorob. Toto riziko úzce souvisí s:

- používáním nesterilních pomůcek k injekční aplikaci, nesterilní přípravou drogy a půjčováním stříkaček mezi uživateli.
- nízkou socioekonomickou úrovní, ze které vyplývá také nízký hygienický standard.
- sexuální promiskuitou, která se s životem pod vlivem drog snoubí, a prostitucí k obstarávání finančních prostředků na drogy (Kalina, 2003 s. 223).

Časté bývají žloutenky typu B a C, ale i HIV a Syfilis. Injekční aplikace sebou přináší také řadu problémů ve formě zánětů žil, abscesů, rizika otravy krve. S užíváním drog jsou spojena také různá infekční kožní onemocnění. Uživatelům se špatně hojí rány, mají oslabenou imunitu. Výčet zdravotních komplikací způsobených užíváním drog je rozsáhlý a velký vliv na něj mají jednak životní styl jedince a prostředí, ve kterém se pohybuje, způsoby aplikace návykové látky a v neposlední řadě sama užívaná látka, jež při vysazení vyvolává abstinenční syndrom. U opiátů se abstinenční syndrom projevuje zejména bolestmi břicha, průjmem, zvracením, bolestmi kloubů, teplotou, třesou atd. Časté jsou také epileptické záchvaty při kombinované závislosti na opiátech a sedativech (Janoušková, 2008, s. 357).

V souvislosti s užíváním drog není v lidském těle orgán, který by droga dřív nebo později nepoškodila. Drogy v mozku nervové buňky, ničí nervová vlákna, způsobují poruchy cirkulace mozkomíšního moku. Před účinkem drog není chráněn ani zrak. Při nitrožilní aplikaci nesterilními jehlami se krevním oběhem zanáší do očí mnoho mikroorganismů a plísní a tak mohou vznikat trvalá poškození očních struktur. Srdce a cévy jsou vlivem drog poškozovány neustálým bičováním k vyššímu výkonu, nebo se do oběhu nitrožilní aplikací zanáší mikroorganismy, které poškozují srdeční sval či chlopně. Plíce jsou vystaveny těžkým zápalům, játra cirhóze. Ledviny ztrácejí schopnost správné filtrace krve, v oči se objevují bílkoviny, krev a hnis (Ondrejko et al, 1999)

V mnoha případech, týkajících se zdravotních obtíží často narážíme na nechuť klientů navštívit lékařská zařízení, laické léčení ve vlastní režii, či dokonce nechuť zdravotnického personálu věnovat se drogově závislým.

Psychologicko-psychiatrické problémy

Kromě již zmíněného rizika vzniku závislosti s sebou nese užívání drog řadu dalších duševních problémů. Zejména uživatelé pervitinu často trpí toxickými psychózami, což je duševní onemocnění, projevující se především bludy, podezříváním druhých a halucinacemi. Toxická psychóza odeznívá většinou spontánně, nicméně jedinec může být v průběhu psychózy nebezpečný sobě i ostatním. Drogy dále mohou způsobovat poruchy paměti, pozornosti a usuzování a výrazný pokles intelektových schopností. Dochází k poklesu či ztrátě morálních zábrán a postupnému úpadku osobnosti. Drogy jsou ale také spouštěčem vážných duševních onemocnění, jako např. schizofrenie. Podstatně časté jsou u uživatelů také tzv. duální diagnózy, kdy je klientovi diagnostikováno více psychiatrických diagnóz. Kalina (2008, s. 78) uvádí, že mezi nejčastější duální diagnózy u problémových uživatelů drog patří depresivní syndrom, úzkostný a fobický syndrom, paranoidní syndrom, poruchy příjmu potravy a poruchy osobnosti.

Sociální oblast

Z psychických změn vyvolaných užíváním drog a specifického chování vyplývají značné sociální problémy. Uživatel drog přestává respektovat normy společnosti, neplní povinnosti, přestává chodit do práce či do školy. Pod vlivem drog nejsou uživatelé schopni dosahovat požadovaného výkonu, nesoustředí se, ztrácejí motivaci. Přichází o práci nebo bývají vyloučeni ze školy. Postupně se dostávají do fáze, kdy parazitují na svém okolí, na rodině či společnosti. Pozvolna nejsou schopni plnit většinu svých rolí a zůstávají jim jen stigmatizující nálepky drogově závislých. Také se mění hodnotová orientace, kdy závislý staví do popředí drogu a pro její získání je ochoten krást a podvádět a to i blízké osoby. V důsledku toho se mění vztahy s lidmi, uživatel drog se stává nespolehlivým a sobeckým vůči ostatním. S finanční náročností užívání drog a změnou hodnotového systému stoupá také pravděpodobnost nezákonného jednání. Nejčastější jsou majetkové trestné činnosti, výroba a distribuce drog loupežná přepadení či jiné násilné trestné činy (Růžička, 2012, s. 43).

Za nejčastějšími problémy v sociálním kontextu se uvádí:

- Neexistující či narušená síť blízkých vztahů, dlouhodobá neschopnost blízké vztahy vytvářet, udržet a rozvíjet

- Nedostatečné sociální dovednosti zejména v oblasti komunikace, emocí, sebeprosazování
- Nízké vzdělání a malé nebo žádné profesní dovednosti
- Finanční a právní problémy a nízký socioekonomický statut
- Životní styl s nedostatkem příležitostí k pozitivnímu sebehodnocení a sociálnímu ocenění (Kalina, 2003, s. 65)

Například u klientů terapeutických komunit jsou dalšími nejčastějšími problémy uváděny chybějící osobní doklady (občanský průkaz, průkaz pojištěnce), neplacené zdravotní pojištění, vzniklé dluhy u zdravotní pojišťovny a dluhy u ostatních institucí a rodiny, chybějící zápočtový list z minulých zaměstnání, aktuální trestní stíhání, nařízená ochranná léčba, exekuce, nezaměstnanost, nedokončené vzdělání a bezdomovectví (Nevšímal, 2007, s. 155).

Herzog dále uvádí, že populace uživatelů drog „vizuálně“ chátrá a bývá více sociálně vyloučena. To vede k tomu, že je hůře schopna obstarat peníze na drogy. Zhoršila se situace na trhu práce a to především v oblasti nízko kvalifikované pracovní síly. Z důvodu záznamů v trestním rejstříku jsou uživatelé vyloučeni z pracovního trhu. Také se rozmohlo vymáhání dluhů v podobě exekucí. Značná část uživatelů dluží v rámci zdravotního pojištění či neplacení různých rychlých půjček statisíce (Herzog).

Všechny zmíněné důsledky jsou zároveň faktory zvyšující riziko sociálního vyloučení. Pokud bychom se měli vrátit zpět k dimenzím sociálního vyloučení, tak drogová závislost a důsledky s ní spojené, zasahují do všech dimenzí sociálního vyloučení. V dimenzi ekonomické má užívání drog vliv na neschopnost chodit do práce, udržet pracovní režim, z čimž se logicky pojí nezaměstnanost a chudoba. V sociální dimenzi se problematika užívání drog promítá do ztráty či oslabení rodinných vztahů, ztráty bydlení s možným rizikem bezdomovectví a drogové kriminality spojené se zaopatřováním vlastní osoby, jak po stránce drog, ale také obživy. V komunitní dimenzi se jedná o nekvalitní bydlení a prostředí, ve kterém se uživatelé pohybují. Jedná se zejména o squaty, „feťácké byty“, byty vaříčů. Individuální dimenzí myslíme fyzický a psychický stav jednice, přičemž užívání návykových látek fyzický a psychický stav uživatelů drog výrazně zhoršuje. V dimenzi skupinové a prostorové hraje roli identifikace s drogovou subkulturou, často jako s jedinou skupinou, kterou není uživatel drog odsouván a odmítán. Uživatelé

drog se koncentrují v bytech, squatech, samotách, kde přežívají svébytným způsobem, odlišným od způsobu života většinové společnosti.

Postoj české společnosti je k uživatelům drog odmítavý a odsuzující. Uživatelé drog jsou stigmatizováni a je zde výrazná tendence je sociálně izolovat. S tím také souvisí negativní očekávání a nedůvěra v možnost nápravy. Uživatel tak získává nálepku narkomana, který není z pohledu společnosti přijatelný. Na základě takového hodnocení se pak uživatel ztotožňuje s drogovou subkulturou, přijímá normy a hodnoty a tím se vzdaluje většinové společnosti. Mnozí uživatelé končí jako bezdomovci, plně závislí na svém okolí. Je jednoznačné, že se jedná o handicapovanou skupinu, která na poli sociální oblasti vyžaduje pozornost a péči (Růžička, 2012, s. 43).

2 SYSTÉM PÉČE

Řešení problémů spojených s šířením a užíváním ilegálních a omamných a psychotropních látek nemá v České republice příliš dlouhou tradici. Nebývalé šíření a zneužívání návykových látek se objevilo až po roce 1990 v souvislosti s politickými, ekonomickými a sociálními změnami po pádu komunistického režimu. V roce 1993 jsou položeny základy protidrogové politiky, které se stále rozvíjí a aktualizují. Užívání drog poškozuje zdraví a kvalitu života nejen samotných uživatelů drog. V důsledku negativních zdravotních, sociálních, ekonomických dopadů je užívání drog rizikem také pro zdravý vývoj celé společnosti. Česká republika si toto uvědomuje a pokládá za svou povinnost aktivně podporovat na svém území a v mezinárodní spolupráci protidrogovou politiku s cílem zajistit zdraví, důstojnost a bezpečí lidské společnosti (Kiššová, 2011, s. 9).

2.1 Protidrogová politika

Po vzniku samostatného českého státu se Česká republika začíná problémům spojených s užíváním drog aktivně a systematicky věnovat s ohledem na závazky plynoucí z Úmluv OSN, která zároveň určuje světovou strategii v boji proti drogám. U nás jsou vytvářeny první vládní koncepce a programy protidrogové politiky a mapují se situace na základě dostupných informací.

Od roku 2001 je protidrogová politika České republiky realizována na základě Národních strategií protidrogové politiky. Národní strategie usiluje a deklaruje vyvážený přístup k problémům užívání drog z hlediska prevence, represe, léčby a resocializace drogově závislých a komplexní, mezioborový přístup a spolupráci při řešení problémů (Kalina, 2003, s. 26 - 38).

Odpovědnost za tvorbu a naplňování národní protidrogové politiky v České republice je v kompetenci vlády ČR. Poradním orgánem je Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky se svými výbory a pracovními skupinami.

Vyvážený přístup v boji proti drogám vychází z reakce na globalizaci drogového trhu. Trh s drogami má svou stranu nabídky, ale i stranu poptávky, které jsou vázány jedna na druhou. Nabídka je vázána na potřeby uživatelů drog, avšak tyto potřeby zároveň stimuluje. Poptávka reaguje na nabídky trhu k uspokojení svých potřeb, zároveň své potřeby zvyšuje a rozšiřuje.

Za nejlepší strategii k řešení v oblasti zneužívání návykových látek je považován komplexní a vyvážený přístup, který hledá rovnováhu mezi represí a prevencí a podporuje opatření jak na straně nabídky drog, tak na straně poptávky po drogách.

Do profilů vyváženého přístupu se promítají tyto základní modely protidrogové politiky:

- Model prohibice a represe – cílem je potlačení užívání všech nelegálních drog s heslem společnost bez drog. Ukazatelem bývají zpravidla množství zabavených drog, počty usvědčených a odsouzených pachatelů, ale také celoživotní prevalence užívání drog, tj. počty uživatelů, kteří alespoň jednou přišli do kontaktu s ilegální drogou. U model prohibice a represe je však výrazná tendence jak kontakt s drogou, tak problémové užívání skrývat, čímž vzniká skrytá populace uživatelů drog, jejíž problémy jsou mimo evidenci a dosah pomáhající intervence.
- Model minimalizace škod – uživatelé nejsou diskriminováni a penalizováni, předchází se škodám způsobených užíváním drog. Měřítkem úspěšnosti je snižování počtu uživatelů drog, u kterých dochází ke značným zdravotním, psychickým a sociálním problémům.
- Model ochrany veřejného zdraví (public health) – cílem je omezení zdravotních jevů v populaci, zejména na prevenci chování spojeného s užíváním drog a prevenci šíření viru HIV a hepatitid.
- Model kulturní integrace – tento model se staví k užívání drog jako k něčemu, co není mimořádné a odlišné od jiných problémů (např. konzumace alkoholu nebo tabáku). Cílem je podřídít užívání ilegálních drog běžným mechanismům kontroly a systémovým opatřením, které byly vytvořeny ke kontrole přijatelného chování.

Aktéry snižování nabídky jsou v našich podmínkách orgány státní správy, policie, celní služba, justice a vězeňství. Cílovými skupinami bývají osoby, které neoprávněně zacházejí s látkami stanovenými zákonem a dopouštějí se tak trestných činů. Naopak strategie a programy zaměřené na snižování poptávky, usilující o snížení zájmu o užívání drog, se zaměřují na preventivní a edukační aktivity. Ty mají odradit od prvního užití návykové látky a následného užívání. Do tohoto okruhu patří také poradenské a léčebné programy za účelem dosažení či udržení abstinence, vzdělávání a léčba jako alternativy trestu a různá sociální opatření mírnící faktory spojené s užíváním drog, jako jsou nezaměstnanost, bezdomovectví a záškoláctví (Kalina, 2003, s. 16 – 18).

Komplexní a multidisciplinární přístup vychází z celospolečenské, meziresortní spolupráce na všech úrovních. Přístupy ke snižování nabídky a poptávky po drogách a snižování rizik spojených s užíváním drog, staví protidrogová politika České republiky na čtyřech pilířích.

- Represe
- Primární prevence
- Léčba a resocializace
- Snižování rizik (Harm reduction)

Každý z těchto pilířů má důležitou a nezastupitelnou roli. Vyvážený přístup je považován jako jediný, který umožňuje pokrýt celou oblast problematiky drog, počínaje odrazováním od experimentování s drogou, až po omezování nejrůznějších negativních zdravotních, sociálních a bezpečnostních důsledků užívání drog (Kiššová, 2011).

2.2 Složky systému péče o uživatele drog

Péče o uživatele návykových látek má v České republice celkem dlouhou tradici. Počátky léčebných intervencí jsou spjaty spíše s problematikou alkoholu, nicméně s rostoucím počtem závislostí na nealkoholových drogách se postupně začal rozvíjet i systém péče o uživatele drog. První zařízení zabývající se i nealkoholovými závislostmi vzniká v roce 1978 v rámci pražského Apolináře, ze kterého se později emancipovalo první nestátní zdravotnické zařízení DROP-IN, v němž můžeme spatřovat základy systému péče o uživatele drog. Tehdejší nedokonalost v systému spatřujeme zejména v omezení pouze na zdravotnický sektor, který zcela opomíjel i sociální aspekt závislosti. Až po roce 1989 se začal rozvíjet nestátní a neziskový sektor jako doplňující článek v prevenci a léčbě drogových závislostí pro různé cílové skupiny. Byla zakládána první nízkoprahová zařízení, první terénní programy, programy snižování škod, doléčovací programy a terapeutické komunity. Tento systém se rozvíjel zejména s klinickou aplikací moderních poznatků z oblasti neuropsychologie, připojují se farmakoterapeutické postupy metadonové substituce a taktéž vznikají programy pro specifické cílové skupiny, jako např. etnické minority, osoby ve výkonu trestu apod. Systém se vyvíjí s ohledem na své kvalitativní (rozsah systému péče, dostupnost) a kvantitativní (komplexnost, provázanost,

efektivita) ukazatele péče pro všechny cílové skupiny až do dnešní podoby (Kalina, 2003, s. 155).

V České republice jsou nastaveny Standardy odborné způsobilosti pro základní typy služeb a jejich naplňování probíhá formu certifikačního procesu.

Kromě kontaktních center a terénních programů, které mají za úkol pracovat s uživateli drog spíše v preventivní oblasti, snižovat sociální a zdravotní rizika a motivovat je k léčbě, existuje několik typů služeb, které se věnují léčbě a resocializaci jak v rezortu zdravotnictví, tak mimo něj. Většina programů v péči o uživatele drog používá takové metody, prostředky a techniky, které mají směřovat k vytváření a změně životního stylu. Resocializací potom rozumíme „*návrat ke společensky přijatelnému způsobu chování lidí, kteří se od něj odchýlili. Neobejde se bez změn postojů a bez změn hodnotové orientace.*“ (Matoušek, 2003, s. 183)

2.2.1 Péče ve zdravotnictví

Detoxifikační jednotky

Detoxifikační jednotky bývají součástí zařízení pro léčbu závislostí, především tedy psychiatrických léčen, nebo jako samostatné jednotky v rámci nemocnic. Cílem tzv. „detoxu“ je zvládnutí odvykacích stavů a překonání aktuální intoxikace, které nevyžadují intenzivní péči v jiném zdravotnickém zařízení (JIP, ARO). Pracovní tým je kvalifikovanými lékaři, ostatním zdravotním personálem, sociálním pracovníkem a terapeutem.

Cílová skupina:

- Osoby, které se připravují na další léčbu (např. v terapeutické komunitě)
- Osoby, které vzhledem ke svému zdravotnímu či sociálnímu stavu potřebují snížit toleranci vůči droze, přičemž nejsou motivováni pro další léčbu
- Osoby, které jsou z důvodu intoxikace nebezpečné sobě nebo svému okolí
- Osoby, u kterých je třeba zjistit, zda se jedná o intoxikaci či jiný duševní problém

Terapeutické strategie:

- Farmakoterapie – druh léku a dávkování přísluší pouze lékařům. Je nutné rozlišovat, jakou látku osoba užívala a v jaké fázi odvykání se zrovna nachází.

Farmakoterapie zahrnuje léčbu akutní intoxikace, odvykacích stavů, psychotických stavů a tělesných komplikací, ale také podpůrnou farmakoterapii ve formě vitamínů.

- Psychoterapie – důležitá je zde práce s motivací, ale využívají se i relaxační techniky, práce s rodinou, krizová intervence.
- Sociální práce – nejčastěji se jedná o pomoc při výběru další návazní péče, pomoc v pracovních a právních záležitostech, pomoc při komunikaci s úřady
- Strukturovaný program – v rámci léčení bývá detoxikace zahrnuta do denního programu s definovanými pravidly. Program obsahuje různé vzdělávací aktivity a motivační trénink.

Obvyklý průběh detoxikace se liší dle stavu a druhu užívané látky. Po heroinu vymizí tělesné potíže zpravidla do týdne, po pervitinu ještě dříve. I přes silné bažení je klient schopen pokračovat v další aktivní léčbě. Nejkomplikovanější průběh je připisován závislostem na vysokých dávkách barbiturátů a benzodiazepinů (Kalina, 2003, s. 191).

Střednědobá ústavní léčba

Střednědobá ústavní léčba je léčba v rámci zdravotnických zařízení. Jedná se především o psychiatrické léčebny či specializovaná oddělení nemocnic. Střednědobá v tomto případě znamená, že doba léčby trvá 3 – 6 měsíců. Cílem ústavní léčby je změna životního stylu, jehož součástí je abstinence. Kromě toho také např. stabilizace, vybudování náhledu na svoji závislost, řešení důsledků spojených s užíváním drog, zvnitřnění abstinenčních norem a běžných norem chování, identifikace rizik relapsu, změna sebepojetí a zlepšení prožívání. Personál v ústavních zařízeních je tvořen především lékaři, zdravotními sestrami a klinickými psychology. Neměli by chybět psychoterapeuti, sociální pracovníci a pracovní terapeuti.

Cílová skupina:

- Problémová uživatelé návykových látek od patnácti let, kteří nastupují do léčby dobrovolně po absolvované detoxikaci
- Osoby s nařízenou ochranou ústavní léčbou

Terapeutické strategie:

- Strukturovaná léčba a režim – průběh léčby bývá rozdělen do několika fází, zároveň je podstatná struktura každého týdne, ve kterém se vystřídají všechny části komplexního programu, a dne, v podobě přesného časového rozvrhu. Důležitý je také režim, jehož cílem je podporovat žádoucí vzorce chování, které vedou k získání odměny bezpečněji, nikoli nutkavě, jak tomu bývá v souvislosti s užíváním návykových látek.
- Léčebné společenství a prostředí – bezpečné a důvěrné prostředí v rámci společenství lidí se stejným problémem. Vznikají různé interakce a zpětné vazby, které mohou být jedním z hlavních nástrojů k růstu pacienta. Výhodou je také snaha o udržení bezdrogového prostředí.
- Psychoterapie – jedná se především o psychoterapii skupinovou, kombinující různé prvky terapeutických směrů se zaměřením na problematiku jednotlivých pacientů. Dalším typem je psychoterapie komunitní, která se zaměřuje spíše na momenty života oddělení a formování norem společenství. Doplňkovou psychoterapií je individuální forma ale také zapojení členů rodiny do různých aktivit.
- Pracovní terapie – jedná se zejména o aktivity, kdy se pacienti podílejí na údržbě areálu, úklidu a drobných opravách. Často sem spadá i spolupodílení se na chodu zařízení a provozních činnostech s konkrétní zodpovědností. Cílem je rehabilitace pracovních návyků a zdroj interakcí při pracovních činnostech. Jiné funkce jsou spjaty s budováním léčebného společenství např. ve funkci důvěrníka skupiny, patrona nového člena apod.
- Volnočasové aktivity, sport (Kalina, 2003, s. 198; Kalina, 2008, s. 382)

Ordinace pro alkoholismus a jiné toxikomanie

Tzv. AT ambulance poskytují komplexí ambulantní léčebnou péči. Péče zahrnuje nejrůznější činnosti. Důležitá je kontaktní práce, poradenství, léčebná péče a doléčování. Cílem je minimalizace zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním návykových látek. AT ambulance bývají často součástí psychiatrických zařízení. V čele ordinace bývá hlavně lékař adiktolog s nezbytnou psychiatrickou a adiktologickou kvalifikací.

Cílové skupina:

- experimentátoři
- osoby s psychotickými onemocněními způsobené vlivem užívání

- problémoví uživatelé v konfliktu se zákonem
- rodina a partneři závislých
- osoby po výkonu trestu.

Terapeutické strategie:

- diagnostika
- prevence relapsu
- léčba duálních diagnóz
- poradenství
- prevence
- psychoterapeutické aktivity
- ambulantní dlouhodobý léčebný program
- posílení a udržení abstinence (Tkáč, 2011, s. 90 - 91).

Substituční léčba

Substituční léčba probíhá v ambulantních zdravotnických zařízeních. Principem substituce je nahrazení zneužívané látky, tedy ilegální látky neznámého původu a koncentrace, užití nitrožilně, bezpečnější látkou na předpis lékaře s dlouhodobějším účinkem a ústní aplikací. Cílem je snížení užívání ilegálních drog a redukce kriminálního chování, spojeného s obstaráváním drogy. Dalším cílem je minimalizovat zdravotní rizika a klienta sociálně stabilizovat. V České republice patří mezi nejčastější používané látky v rámci substituce metadon, podávaný v podobě tinktury a buprenorfin v podobě tablet. Praxe je taková, že pacient denně dochází do zařízení pro substituční preparát v případě metadonu, v případě buprenorfinu je vydáván na delší dobu domů.

Cílová skupina:

- Osoby s těžkou a dlouhodobou závislostí na vysokých dávkách opiátů
- Osoby, kteří se opakovaně a neúspěšně pokouší o abstinenci
- Závislí na opiátech s HIV-pozitivitou
- Těhotné ženy závislé na opiátech

I přesto, že jedním z cílů je také sociální stabilizace v oblasti bydlení, práce, rodiny a partnerských vztahů, v současnosti se substituční léčba omezuje jen na základní vydání

látky, sociální práci a podpůrnou terapii. Nedaří se s klienty pracovat tak, aby docházelo ke stabilizaci v sociálních oblastech. Navíc v případě buprenorfinu dochází ke zneužívání, kdy si uživatelé aplikují látku nitrožilně a obchodují s ní. V roce 2013 patří mezi problémové uživatele v České republice také 7100 problémových uživatelů buprenorfinu (Mravčík et al, 2014, s. 59; Kalina, 2008, s. 376).

2.2.2 Péče mimo zdravotnictví

Denní stacionáře

Denní stacionáře jsou zařízení na poloviční cestě mezi ambulantní a ústavní péčí. Jedná se o intenzivní ambulantní léčbu. Poskytují denní péči osobám, které mají kde bydlet, ale z různých důvodů nemohou být sami doma, či je pro ně nedostatečná ambulantní léčba a přitom není nutné, aby byli umístěni v nějakém lůžkovém zařízení. Klienti do zařízení dochází alespoň na 6 hodin denně, odpoledne, večer a o víkendech bývají ve svém běžném prostředí. Cílem péče v denních stacionářích je zejména změna a stabilizace životního stylu, jehož součástí je abstinence od užívané látky a jiných spouštěcích drog. Dalšími cíli jsou např. zlepšení fyzického a psychického stavu a získání a udržení sociálních dovedností. Důležitá je komplexnost v poskytovaných službách a návaznost na další odborníky. Týmy jsou složeny z psychologů, terapeutů, sociálních pracovníků a zdravotnických pracovníků.

Cílová skupina:

- Osoby závislé na alkoholu, opiátech a stimulačních drogách
- Osoby krátce abstinující, či uživatelé s cílem přestat
- Matky uživatelky a jejich děti
- Rodiče, příbuzní a partneři

Terapeutické strategie:

- Strukturovaná léčba a režim - přesný časový rozvrh, soubor pravidel, vyvážená skladba programu zahrnující různé terapeutické, skupinové, pracovní a jiné aktivity
- Komunitní setkání – prostor pro řešení důležitých problémů spojených s léčbou, pravidly. Jde také o zhodnocení předchozího dne a plánů aktivit na den nadcházející.

- Skupinové terapie – mohou být skupiny životopisné, tematické, interakční. Významnými tématy pro skupinu bývají chutě na drogy, relapsy a jejich prevence, partnerské a rodinné vztahy, konflikty či zodpovědnost za vlastní život.
- Individuální terapie a poradenství – každý klient má svého garanta, který doprovází klienta v léčbě a podporuje ho
- Sociální práce – zaměření na stabilizaci sociálních podmínek, podpora a pomoc při řešení bytové situace, pomoc s úřady, splácení dluhů a jiné záležitosti spojené s normalizací klienta ve společnosti.
- Pracovní terapie – aktivity ve prospěch zařízení, úklid, vaření. Cílem je upěvnění pracovních dovedností.

Léčba v denních stacionářích má jasně nastavenou délku trvání. Jde víceméně o střednědobou léčbu v délce 3 – 6 měsíců (Kalina, 2003, s. 180; Kalina, 2008, s. 381).

Terapeutické komunity

System péče nabízí několik druhů komunit. V české republice se můžeme setkat s komunitami pro dospělé, komunitami pro mladistvé a mladé dospělé, komunitami pro matky s dětmi a křesťanskými komunitami. Samozřejmostí jsou různá specifika, např. zaměření se na psychiatrické komplikace, či starší věkové skupiny (Preston, 2007, str. 27).

Terapeutickou komunitou rozumíme pobytové zařízení, zaměřené na léčbu vedoucí k abstinenci a na sociální rehabilitaci. Hlavním cílem je napomoci osobnímu růstu změnou životního stylu. Léčba se označuje jako léčba vedoucí k abstinenci, přičemž abstinence má být prostředkem k zapojení do běžného života. Prostředkem dosahování cílů je samotný život v komunitě se všemi jeho specifiky, jako je rozhodování, otevřená komunikace, řád a režim. Terapeutický tým je multidisciplinární.

Cílová skupina:

- Osoby závislé na návykových látkách ve středním a těžkém stupni závislosti
- Závislé osoby s kriminální anamnézou
- Závislé osoby s psychosociálním, případně somatickým poškozením (HBV, HCV)
- Závislé matky se svými dětmi

Terapeutické strategie:

Odborná péče v terapeutických komunitách stojí na několika prvcích. Zaměřuje se na vývoj osobnosti a emoce, na chování, duchovní rozměr a etiku a na dovednosti přežít a být profesně zajištěn. Vedle sebe se spolu uplatňují jak prvky psychoterapie, tak výchovy.

- Strukturovaný program – režim, časová struktura dne a týdne a rozdělení pobytu klienta do fází, z nichž každá má svá pravidla, práva a povinnosti. V terapeutických komunitách platí tzv. kardinální pravidla, při jejichž nedodržování bývají klienti vyloučeni z programu. Patří sem zejména zákaz a manipulace s jakýmkoliv drogami, zákaz násilného chování, závazek podřídit se rozhodnutí komunity, zákaz navazování sexuálních vztahů.
- Setkání komunity – denní setkávání nad životem v komunitě, přijímání rozhodnutí, sdílení informací.
- Skupinová terapie – mohou být životopisné, tematické a interakční. Také jsou běžné skupiny jen pro určitou část klientů, tj. pro klienty v různých fázích léčby nebo zvláště pro ženy a pro muže. Používají se psychodynamické a kognitivně – behaviorální přístupy.
- Individuální terapie – každý klient má svého garanta, který je zodpovědný za vedení případu. Garant hodnotí plnění léčebného plánu a podporuje klienta v přinášení individuálních témat do skupiny.
- Rodinná terapie – probíhá při návštěvách rodinných příslušníků v komunitě. Také mohou probíhat rodičovské skupiny nebo hromadná víkendová setkání rodičů všech přítomných klientů.
- Pracovní terapie – práce a zodpovědnost za práci je v komunitě hierarchicky uspořádána dle fází, ve kterých se klienti nachází. V tomto případě zde platí vertikální autorita, jsou jasně rozděleny funkce s pravomocemi a zodpovědností.
- Vzdělávání – přednášky, semináře, nácviky týkající se prevence relapsu či praktických dovedností.
- Volnočasové, sportovní, zátěžové a rehabilitační aktivity – zdroj přirozené euforie a uvolnění.
- Sociální práce – pomoc s problémy v sociální oblasti, trestního, občanského či rodinného práva. Cílem je řešit problémy s klienty. Klient musí během pobytu uvěřit, že je reálné problémy vyřešit. Také je nutné vést klienty k tomu, aby nebyl závislý na sociálních dávkách, neboť tento životní styl není příznivý pro abstinenci.

V terapeutických komunitách se poskytuje střednědobá, ale hlavně dlouhodobá léčba v délce 6 – 18 měsíců. Terapeutické komunity jsou považovány za účinný prostředek léčby a současně sociální rehabilitace hlavně u nezralých klientů s dlouhou drogovou kariérou a závažnou životní historií spojenou např. s traumatem, disociálním chováním, kriminalitou, či zneužíváním (Kalina, 2003, s. 201-205).

Následná péče a doléčování

Vymezení pojmů následné péče a doléčování není jednoznačné. Často jsou obě slova používána jako synonymum. Glosář pojmů vymezuje smyslem následné péče udržení změn u klienta, které nastaly v průběhu léčby. Doléčování se týká především podpory a udržení abstinence po léčbě. Doléčování je tedy soubor všech aktivit, které následují po ukončení základního léčebného programu v léčebnách či komunitách a které pomáhají vytvářet podmínky pro abstinenci klienta po léčbě. Úkolem těchto programů je pomoc vytvořit podmínky pro abstinenci, stabilizace životního stylu a integrace do normálního života. Programy doléčování a následné péče vyžadují multidisciplinarity týmů s ohledem na potřeby klientů. Jedná se o psychology, speciální pedagogy, sociální pracovníky, ale také bývalé uživatele.

Cílová skupina:

- Abstinující osoby se závislostí na návykových látkách, které abstinují déle jak tři měsíce
- Osoby, které absolvovaly detoxifikaci a alespoň krátkodobou ambulantní či pobytovou léčbu
- Osoby s náhledem a motivací k dlouhodobé abstinenci

Terapeutické strategie:

- Psychoterapie – často se v následné péči vynořují témata, kterých se klient v léčbě vůbec nemusel zmínit. Je nutná dobrá diagnostika a zvážení, co je řešitelné v aktuálním čase a co souvisí se stabilizací abstinence. Spíše se jedná o podpurnou psychoterapii zaměřenou na podporu emotivity.
- Prevence relapsu – v prvních týdnech po absolvování základní léčby je velmi těžké odolávat psychickému bažení. Prevence relapsu je tedy klíčová a jejím cílem je

vybavit klienta potřebnými znalostmi, jak snížit pravděpodobnost relapsu. Prevence relapsu pomáhá klientovi zvyšovat náhled na rizikové situace.

- Sociální práce – zaměřuje se na celou škálu častých problémů, jako jsou dluhy, sociální dávky, trestní stíhání apod. Sociální práce musí být v mnoha případech velmi praktická, protože mnoho klientů není schopno řešit tyto typy problémů samostatně.
- Práce, chráněná pracovní místa, rekvalifikace – intenzivní pomoc při hledání zaměstnání či pomoc při získávání pracovník návyků v rámci chráněných dílen. Také možnost zprostředkování rekvalifikace.
- Lékařská péče – podpora a pomoc při hledání vhodné lékařské péče
- Práce s rodinou – efektivita programu se zvyšuje, pokud se do programu zapojí i rodina, která je mnohdy užíváním drog člena rodina poškozena. Práce s rodinou je důležitou složkou, je nutné pracovat na změně vzorců chování celé rodiny např., pokud se objevují rizikové faktory, které se podílely na rozvoji závislosti či tlak a vysoké nároky na abstinujícího.
- Volnočasové aktivity – nabídka alternativ trávení volného času s cílem naučit se užívat si bez drog.
- Chráněné bydlení - je jednou ze služeb následné péče. Cílem je zajištění ubytování v průběhu resocializačního a terapeutického programu následné péče. Obvyklá doba poskytnutí bydlení je u nás jeden rok a samozřejmostí je dodržování nastavených pravidel.

Délka následné péče je různá. V praxi se obecně doporučuje délka 6 měsíců, zpravidla se však nastavuje na jeden rok (Kalina, 2003, s. 208-212).

Systém péče o uživatele drog vyžaduje komplexnost a návaznost s ohledem na bio – psycho – socio – spirituální model závislosti. V praxi je obvyklé, že prvním a také dlouhou dobu jediným zařízením, se kterým jsou uživatelé drog v kontaktu, jsou kontaktní centra a terénní programy, kterým se budeme věnovat v další kapitole. Ty jsou jakýmsi dveřmi do systému služeb. Mají mj. za úkol zprostředkovávat klientům kontakt s ostatními navazujícími službami, které jsou schopny řešit specifické problémy uživatelů drog. Systém péče je rozmanitý, s ohledem na potřeby klientů a to jak docílit abstinence lze několika způsoby. Prvním krokem bývají zpravidla detoxifikační jednotky, které poté

předávají klienta buď do intenzivní ambulantní péče, nebo do krátkodobé a střednědobé ústavní léčby nebo do terapeutických komunit s dlouhodobým pobytem. Ideálním stavem po ukončení základní léčby je, když klienti vyhledávají následnou péči a doléčovací programy. Proces uzdravy a stabilizace životního stylu, která je spojená s užíváním drog, je běh na dlouho trať a spolupráce jednotlivých programů v péči o uživatele drog je nezbytná.

3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY NA PRINCIPU HARM REDUCTION

Národní protidrogová politika a systém péče o uživatele drog je v České republice realizováno na základě spolupráce veřejné správy na všech úrovních, jak odborných společností, ale také zástupců veřejné společnosti. Centrální zodpovědnost má Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

Dalšími subjekty jsou:

- Ministerstvo zdravotnictví – legislativa ohledně legálního zacházení s prekurzory a ochrany před škodlivým působením návykových látek, realizace léčby návykových nemocí a snižování zdravotních rizik
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy – primární prevence, realizace preventivních programů, vzdělávání pedagogických pracovníků v oblasti účinné prevence
- Ministerstvo vnitra – odpovídá za ochranu veřejného pořádku a bezpečnosti a potírání trestné činnosti v souvislosti s užíváním drog
- Ministerstvo spravedlnosti – legislativa v oblasti trestního práva, minimalizace rizik u osob ve výkonu trestu
- Ministerstvo obrany – kontrola užívání drog vojáky
- Ministerstvo zahraničních věcí – koordinace mezinárodních smluv
- Ministerstvo financí – pravidla financování neziskové sféry,
- Ministerstvo průmyslu a obchodu – regulace reklamy v oblasti tabáku a alkoholu
- Ministerstvo zemědělství – spolupráce při evidenci produkce máku setého a technického konopí
- Celní správa ČR – činnosti v oblasti snižování nabídky drog a prekurzorů, odhalování nelegálních zásilek
- Kraje, obce, nestátní neziskové organizace

Protidrogová politika je součástí sociální politiky **Ministerstva práce a sociálních věcí**, které v rámci protidrogové politiky odpovídá za řešení sociálních problémů souvisejících s užíváním návykových látek. Realizuje a financuje sociální služby pro osoby ohrožené užíváním drog, aktivní uživatele drog a rodinné příslušníky. Odpovídá také za legislativu, financování, zajištění dostupnosti služeb a kvalitu systému sociálních služeb pro uživatele návykových látek (Kiššová, 2001).

3.1 Legislativa

Sociální služby jsou všechny krátkodobé i dlouhodobé služby, které se poskytují všem oprávněným osobám. Cílem je zvýšení kvality klientova života a ochrana zájmů společnosti. Služby poskytované klientům sociálních služeb se zaměřují na bydlení, stravování, hygienu, pomoc při zajištění chodu domácnosti, vzdělávací a výchovné aktivity, aj. (Matoušek, 2003).

V České republice mají sociální služby oporu v zákoně 108/ 2006 sb. o sociálních službách a vyhlášce 505/ 2006 Sb. Zákon upravuje mj. podmínky poskytování a financování jednotlivých služeb, vymezuje okruh oprávněných osob, předpoklady pro výkon povolání pracovníků v těchto službách, ale také kontrolu poskytování jednotlivých složek, pro které nastavuje Standardy kvality sociálních služeb.

Zákon rozděluje sociální služby na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. K-centra a terénní programy dále zařazuje do služeb sociální prevence, přičemž K-centra jsou službami ambulantními, za kterými osoba dochází, terénní programy jsou službami terénními, které jsou poskytovány osobám v jejich přirozeném prostředí.

Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. (Zák. 108/2006 Sb.)

Kontaktními centry se dále dle uvedeného zákona rozumí, že: *Kontaktní centra jsou nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek. Vyhláška (505/2006 Sb.) doplňuje zákon o rozsah činností poskytovaných služeb:*

- Socioterapeutické činnosti – jejich poskytování vede k rozvoji nebo k udržení osobních a sociálních dovedností, podporujících sociální začleňování osob; poskytování informací o rizicích spojených se současným způsobem života a jejich snižování prostřednictvím metod, založených na přístupu minimalizace škod.

- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí – pomoc při vyřizování běžných záležitostí; pomoc při obnově nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách, podporujících sociální začleňování osob.
- Poskytnutí podmínek pro osobní hygienu – zajištění podmínek pro běžné úkony osobní hygieny; zajištění podmínek pro celkovou hygienu těla.

Stejným způsobem jsou vymezeny také terénní programy, které zákon 108/ 2006 Sb. definuje takto: *Terénní programy jsou terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Služba je určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových látek nebo omamných a psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny. Cílem služby je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života. Služby mohou být osobám poskytovány anonymně.* Stejně tak vyhláška vymezuje rozsah základních činností, které zahrnují nejen pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů a socioterapeutické činnosti podobně jako K-centra, ale také zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Samozřejmostí zůstává snižování rizik na přístupu minimalizace škod.

3.2 Co je Harm reduction?

V mezioborovém glosáři pojmů (Kalina, 2001) jsou slovem Harm reduction označovány přístupy, které mají snižovat či minimalizovat poškození drogami u osob, které v současnosti drogy užívají a nejsou motivovány k tomu, aby přestali užívat.

Tento přístup vychází mj. také z přístupu ochrany veřejného zdraví tzv. public health – ten se nezaměřuje na individualitu jednotlivých klientů a jejich potřeby, ale spíše na ochranu veřejného zdraví v souvislosti se šířením závažných infekčních onemocnění, jako jsou HIV a žloutenky. Z toho se odvíjejí různé metodické postupy nikoliv pro individuální zájem klienta, ale celé populace v oblasti zamezení šíření těchto chorob. Avšak i přes některé společné metody je přístup Harm reduction více zaměřen na individuální potřeby a perspektivy klienta (Kalina, 2008, s. 79). Nezaměřuje se na absolutní eliminaci drog a jejich užívání, které je z historického hlediska neodstranitelné, ale na to, aby poškození v souvislosti s užíváním bylo co nejmenší.

Cílem Harm reduction není abstinence klienta. Snaží se zachovat klienta při životě a v maximálním zdraví v době, kdy nechce či nemůže s různých důvodů přestat drogu užívat.

Úkolem je tedy omezit či minimalizovat, nebo také předejít zejména těmto poškozením:

- Život a zdraví ohrožující infekce, které se šíří sdílením injekčního materiálu při intravenózním užívání návykových látek a nechráněném pohlavním styku
- Somatické komplikace, jako např. abscesy, záněty, poškození vnitřních orgánů
- Předávkování
- Sociální propad a ztráta lidské důstojnosti (Kalina, 2003, s. 80)

Hlavním praktickým cílem je změna vzorců chování ve smyslu efektivního snižování rizik a dopadů rizikového chování a s tím také spojený posun od méně závažných forem rizikového užívání k užívání méně závažnému. Tím je myšleno např. nesdílení injekčního materiálu a vyhýbání se rizikovému sexu. V této oblasti je také důležité předávání informací a výchova uživatelů tak, aby věděli, co je rizikové a proč, jak se tomu vyhnout či redukovat a zároveň podporování klientů, aby byli schopni tyto znalosti a informace aplikovat v praxi.

Jak již bylo řečeno, programy minimalizace rizik Harm reduction jsou v resortu Ministerstva práce a sociálních věcí zasazeny do dvou typů služeb, tedy Kontaktních center a Terénních programů. Mají za úkol mj. oslabovat stigmatizaci a sociální vyloučení prostřednictvím jednotlivých služeb a úkonů a naučit klienty pohybovat se ve většinové společnosti, dodržovat běžné normy a zásady. *Smyslem těchto služeb není normalizovat užívání drog, ale naučit klienty i samotnou společnost, že některé z projevů závislosti nemusí nutně být spojeny s velkými riziky a současně, že je možné dosáhnout efektivních změn a zamezit sociálnímu vyloučení, které obvykle vede k další progresi uživatelské kariéry, ke zhoršení stavu a zvýšení rizik* (Matoušek et al, 2013, str. 125).

3.3 K - centra

K-centra, ale i terénní programy jsou zařízení s nízkoprahovým přístupem. Nízkoprahovost vychází z poznatku, že ne každý, kdo se ocitne v nepříznivé situaci, využije pomoci běžně dostupných zdravotních či sociálních institucí. Ty mohou být pro jedince z různých důvodů nedosažitelné, zejména proto, že o nich nevědí, mají s nimi špatné zkušenosti, či jsou kladeny podmínky, které nejsou splnitelné. Nízkoprahová zařízení se snaží vstupní podmínky minimalizovat, např. tím, že se klient nemusí objednávat, může přijít anonymně a nejsou na něj v rámci kontaktu kladeny téměř žádné nároky (Kalina, 2003, s. 160).

Herzog (Klíma et al, 2007) uvádí, že základní rysy nízkého prahu jsou následující:

- Zaměření na osoby, které nevyhledávají běžnou institucionalizovanou pomoc
- Služba je poskytována co nejvíce v přirozeném prostředí klienta
- Není potřeba znát podrobné údaje o klientovi
- Jsou nastaveny pragmatičtější cíle
- Jsou odstraněny psychologické, sociální a technické bariéry k využití služby

Základními cíli **K - center** jsou minimalizace zdravotních a sociálních rizik a motivace klientů ke změně životního stylu s výhledem abstinence. Mezi cíle patří:

- Navázání kontaktů s potencionálními uživateli návykových látek a vytvoření vzájemné důvěry mezi nimi a pracovníky K-centra
- Snižování zdravotních rizik a poškození spojených s užíváním drog
- Prohlubování vztahů a změna rizikového chování především v oblasti bezpečné aplikace drogy a sexu
- Podpora při získání a posílení motivace směrem k abstinenci
- Podpora při změně životního stylu
- Příprava klienta na další léčebné intervence
- Poskytnutí pomoci v oblasti hygieny, jídla, zdravotního ošetření
- Vzdělávání a informování klientů
- Pomoc rodinám, partnerům a blízkým uživatelů drog

Cílovou populaci K-center tvoří uživatelé drog v různých fázích závislosti. Nejpočetnější skupinou bývají zpravidla problémoví uživatelé drog, kteří drogy užívají nitrožilně. Klientela se dále mění s ohledem na druh užívané drogy v regionu. Další cílovou skupinu tvoří přátelé, partneři, rodiny či blízcí uživatelů drog. Jedním z principů je anonymita, nicméně v České republice se používá systém kódování klientů, který je nutný pro hodnocení kvality a efektivity poskytovaných služeb. Vstup do zařízení a poskytování služeb není podmíněno abstinencí (Kalina, 2008, s. 373).

Mezi základní aktivity v K-centrech patří:

Kontaktní práce – navázání kontaktu s klientem, vytvoření vzájemné důvěry, zjištění základních problémů a potřeb

Výměnný program – výměna injekčního materiálu, distribuce zdravotnického materiálu potřebného k bezpečné aplikaci či méně rizikové aplikaci

Základní zdravotní ošetření – v případě drobných poranění, abscesů apod., testování na infekční choroby

Poradenství – důraz na změnu vzorců chování, informace o rizicích spojených s užíváním drog, ohledně léčby a další návazné péče

Strukturované poradenství a motivační trénink – klient vstupuje do terapeutického procesu, většinou se jedná o posílení motivace směrem k abstinenci

Sociální práce – pomoc při hledání práce, bydlení, vyřizování dokladů, pomoc při problémech s úřady

Doplňkové služby – hygienický servis, potravinový servis, využití pračky (Kalina, 2003, str. 167)

S ohledem na náročnost práce s aktivními uživateli návykových látek je nutné také zmínit požadavky na složení týmu a případné kompetence. V týmech bývají vzděláním zastoupeni sociální pracovníci, pedagogové, psychologové a zdravotničtí pracovníci. Největší požadavky však bývají kladeny na tzv. kontaktní pracovníky, kteří bývají s klienty v každodenním kontaktu.

3.4 Terénní programy

Stejně jak K-centra, tak i terénní programy jsou zařízení s nízkoprahovým přístupem. I přes nízké nároky, které kladou na své klienty K-centra, není řada klientů do služeb ochotna vstupovat a K-centra jsou pro ně nedosažitelná. Proto se terénní programy vydávají za klientem do jeho přirozeného prostředí (Kalina, 2003, s. 160).

Často jsou terénní programy první službou, se kterou se uživatelé drog setkají. Většinou se totiž jedná o tzv. skrytou populaci drog, která je obtížně dosažitelná, má malou motivaci službu vyhledat a řešit nejrůznější, často závažné sociální, zdravotní či psychologické problémy. Takové skupiny osob bývají často vystaveny větší stigmatizaci a setkávají se s většími bariérami v přístupu ke službám, přičemž mívají větší problémy s užíváním drog, než ostatní populace. Dochází přitom k paradoxu, kdy ti, co by mohli z poskytovaných služeb těžit nejvíce, nejvíce službám unikají (Nepustil, 2012, s.17). Na drogové scéně patří mezi cílovou populaci zejména:

- Děti ulice, které nacházejí dočasný azyl na drogových bytech či squatech
- Experimentátoři, kteří drogu zkouší
- Pravidelní uživatelé, kteří se ještě nepotýkají se sociálním či zdravotním propadem, zatím tedy nepotřebují službu vyhledat
- Problémoví uživatelé drog, kteří by o služby měli zájem, nicméně nejsou schopni ji vyhledat (Nedělníková, s. 94).

Cílem je tedy navázat s takovými klienty kontakt a vybudovat vztah postavený na vzájemné důvěře tak, aby se dalo ovlivňovat rizikové chování k lepšímu. Úkolem je minimalizovat negativní důsledky nejen pro samotné uživatele, ale i pro celou společnost.

- Udržet nízký výskyt HIV a snížit výskyt žloutenek
- Snížit počet úmrtí v důsledku předávkování
- Předcházet kriminalitě
- Motivovat klienty ke méně životního stylu, učit je bezpečnějšímu užívání a sexu
- Motivovat klienty k výměně injekčního materiálu nebo jeho bezpečné likvidaci
- Sběr pohozených stříkaček
- Navazovat důvěru a motivovat ke kontaktu s ostatními drogovými službami

Tyto cíle jsou v terénních programech realizovány prostřednictvím těchto základních služeb:

Výměnný program – jedná se o výměnu injekčního materiálu, poskytnutí ostatního zdravotního materiálu potřebného k bezpečné aplikaci drogy jako např. filtry, náplasti, sterilní vody, kondomy, kapsle, alobal

Poskytování informací – zejména o účincích a rizicích jednotlivých drog, jejich důsledcích, o rizicích aplikace, o závislosti, hygienických návycích, bezpečném sexu a přenosných nemocích

Sociální a zdravotní poradenství – cílem je mj. poskytovat intervence při častých sociálně - právních a zdravotních problémech

Poradenství a krizová intervence – zaměřené zejména na řešení a zvládnání aktuálních problémů, doporučování a zprostředkování kontaktů do dalších institucí

Monitoring drogové scény (Kalina, 2003, s. 162)

Práce na drogové scéně vyžaduje velký důraz na osobnostní kvality pracovníka. Terénní pracovníci musí být komunikativní, zvládat hranice ve vztahu ke klientovi, musí být pro cílovou skupinu důvěryhodní. Opět je ideální, když je tým multidisciplinární, tj. složen také alespoň ze sociálních a zdravotních pracovníků. Často bývají také využíváni externí terénní pracovníci z řad uživatelů drog (Kalina, 2008, s. 372).

4 PŘEDSTAVENÍ POSKYTOVATELE K-CENTRUM NOE

K-centrum Noe je v současné době jedním ze středisek Oblastní charity Třebíč, jejímž zřizovatelem je Diecézní charita Brno. V roce 1994 navázala Oblastní charita Třebíč spolupráci s brněnským sdružením Podané ruce v oblasti protidrogové prevence, čímž vznikají první základy budoucího zařízení, mapují se potřeby regionu, Podané ruce zajišťují metodiku a odbornou úroveň projektu. Vzniká Centrum prevence drogových závislostí, které začíná působit na poli prevence, zajišťuje přednáškovou činnost a na zařízení se začínají obracet první uživatelé drog. Jelikož uživatelů návykových látek přibývalo a bylo kontraproduktivní, aby se různé cílové skupiny vzhledem k různým poskytovaným službám setkávaly v jednom zařízení, vzniká v roce 1997 Kontaktní centrum drogových závislostí, které se věnuje jak kontaktním a poradenským službám, tak terénním programům. V následujících letech prošlo zařízení mnoha změnami, rekonstruovaly se stávající prostory, vytvářely a revidovaly se metodiky a zařízení úspěšně prošlo několika certifikacemi ze strany Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. V roce 2006 se začaly do praxe zavádět standardy MPSV a zařízení se postupně transformovalo až do dnešní podoby. Tým v přímé péči je čtyřčlenný, složen z psychoterapeuta, sociálních pracovníků a pracovníka v sociálních službách.

4.1 Veřejný závazek

K-centrum Noe je nízkoprahové zařízení poskytující ambulantní a terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Obsahem služby jsou sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, ale také poskytování podmínek pro osobní hygienu. Aktivita terénního programu zprostředkovávají kontakt se společenským prostředím. Základním přístupem je akceptace uživatelů drog, kdy braní drog není chápáno jako okolnost snižující přirozenou hodnotu člověka. Východiskem práce je ochrana veřejného zdraví, zejména princip snižování škod - Harm reduction. Tento program zahrnuje aktivity, směřující k prevenci šíření infekčních chorob a drogové epidemie ve společnosti, ke snížení zdravotního a psychického poškození a sociálního propadu drogově závislých. Zařízení se snaží podporovat cílovou skupinu při hledání odpovědného přístupu k životu a snižovat četnost i výskyt rizikových forem užívání drog v populaci.

Poslání, cíle, cílová skupina a zásady poskytované sociální služby jsou chápány jako **veřejný závazek** a jsou k dispozici v Registru poskytovatelů sociálních služeb, na webových stránkách K-centra Noe, v informačních letácích, či v dalších propagačních materiálech.

Poslání

Posláním K - centra Noe je omezit sociální a zdravotní dopad rizikového užívání drog u osob užívajících drogy, jejich partnerů a rodin i další veřejnosti na okrese Třebíč, formou profesionálních služeb vycházející z individuálních potřeb uživatelů služeb a přitom zachovávajících základní lidská práva a lidskou důstojnost.

Základní cíle

- aktivně vyhledávat drogou ohrožené osoby v jejich prostředí
- snižovat poptávku po drogách
- vytvářet vzájemnou důvěru mezi klientem a pracovníkem a postupně odstraňovat překážky, které uživatelé drog brání abstinovat, nebo vyhledat odbornou pomoc při řešení zdravotních a sociálních problémů
- minimalizovat zdravotní a sociální rizika - Harm reduction
- změnit vztahově postojové a seberegulační vlastnosti osobnosti klientů a tím pozitivně změnit postoje k užívání drog
- iniciovat trvalé pozitivní změny směřující k abstinenci
- poskytovat reference na další navazující péči

Cílová skupina

Primární cílovou skupinou jsou rizikovní uživatelé nealkoholových drog, kteří se v důsledku užívání drog dostali do sociálního a zdravotního propadu. Klientem K-centra Noe se může stát osoba starší 15 let.

Primární cílová skupina:

- mládež ohrožená drogami
- experimentátoři

- mladiství uživatelé drog
- uživatelé drog na taneční scéně
- rekreační uživatelé drog
- problémoví a rizikovní uživatelé drog
- uživatelé v sociálním a zdravotním propadu
- uživatelé drog existující mimo síť služeb
- závislé ženy, které jsou předmětem jakékoliv diskriminace
- abstinující uživatelé drog, kteří se začleňují do běžného občanského života

Sekundární cílová skupina

- neuživatelé drog (rodina a partneři uživatelů, odborná i laická veřejnost)

Zásady poskytovaných služeb

K – centrum Noe se při poskytování sociální služby řídí níže uvedenými zásadami, na základě kterých může klient uplatňovat vlastní vůli při řešení své nepříznivé sociální situace.

- **Dostupnost** - všechny služby jsou veřejně přístupné bez ohledu na pohlaví, věk a etnickou příslušnost klienta, jeho politické a náboženské přesvědčení, zdravotní stav a sexuální orientaci.
- **Bezplatnost** - veškeré služby jsou poskytovány zdarma, včetně HR materiálu a psychoterapie
- **Anonymita** - nevztahuje se na zákonem dané výjimky což jsou v tomto případě závažné trestné činy
- **Respekt a podpora základních práv** klienta, jeho svobody, důstojnosti, sebevědomí, autonomie a duševního zdraví
- **Individuální přístup ke klientovi** - každý klient je chápán jako individualita a jedinečná osobnost
- **Program vychází z individuálních potřeb klienta** - s klientem se pracuje na základě jeho požadavků a očekávání
- **Dobrovolnost a vlastní iniciativa ke změně**

4.2 Poskytované služby

K-centrum Noe poskytuje nízkoprahové služby uživatelům drog především v budově zařízení, dále také v terénu, přičemž poskytuje cílové skupině uživatelů především služby, které vycházejí z deklarovaného poslání zařízení. Pracovníci podporují v maximální míře klienty v jejich nezávislosti a soběstačnosti a snaží se předejít jejich návyku na sociální službu a vést je k autonomii. Zařízení se zaměřuje na oblast problematiky drog, poskytuje tedy specifické služby a nenahrazuje služby jiných, běžně dostupných veřejných služeb. Snahou K-centra je začleňovat klienty do běžného sociálního prostředí formou odkazů na jiné typy zařízení. Požadavky na odbornost a realizaci služeb se řídí Seznamem a definicí výkonů drogových služeb (2006), kterou zpracovala pracovní skupina RVKPP. Výkony uvedené níže se o tuto definici opírají a jsou z ní zároveň citovány. K-centrum Noe Třebíč je součástí regionální i krajské protidrogové strategie. V té má své nezastupitelné místo. Mezi základní a nejčastěji poskytované služby v rámci K – centra Nor patří:

Kontaktní práce

Jedná se o vytvoření základního pracovního rámce potřebného pro realizaci konkrétní služby, který vychází z aktuální situace klienta a jeho potřeb. Cílem je vytvoření vzájemné důvěry a podmínek, potřebných pro poskytování dalších služeb. Jsou hledány a upevňovány hranice komunikace s klientem a kultivovány jeho schopnosti vyjádřit své potřeby a naučit se využívat existující nabídky služeb. Neoddělitelnou součástí kontaktní práce je i získávání údajů o místní drogové scéně a mapování rizikového chování klienta.

Cílem kontaktní práce není pouze okamžitá abstinence, ale perspektiva možné abstinence, která může přijít i po několikaleté drogové kariéře, ale také se nemusí objevit vůbec. Pak je možné v rámci harm-reduction volit substituční program, pokusit se s klientem alespoň o částečnou stabilizaci a sociální integraci do společnosti, o snížení zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog. V kontaktu s klientem se usiluje především o vytvoření pozitivního vztahu důvěry a o předání základních informací o nabídce K-centra a podmínkách poskytování služeb.

Hygienický servis (praní prádla, sprcha)

Klienti jsou v mnoha případech odkázáni na život bez přístřeší, což s sebou nese problémy jak sociální, zdravotní tak hygienické. Zanedbávání hygieny může mít za následek šíření nakažlivých onemocnění či parazitů, či komplikace v kontaktu s druhými lidmi. Cílem této služby je poskytnutí pomoci klientům bez bytového či sociálního zázemí, tak i klientům v akutní krizi, kteří si nemohou zajistit hygienu jiným možným způsobem.

Potravinový servis

Potravinový servis se týká poskytnutí potravin a nápojů, které jsou součástí nabídky K-centra ke konzumaci v prostorách zařízení (kontaktní místnost). Program je zaměřen na celkovou zdravotní a také částečně sociální pomoc a rehabilitaci. Klientům je v rámci potravinového servisu poskytována káva, čaj, cukr a instantní polévka.

Informační servis

- Informace o bezpečnějším užívání drog a bezpečnějším sexu, zdravotní informace, zdravotní ošetření - problémoví uživatelé se vlivem svého životního stylu setkávají s mnoha zdravotními riziky a obtížemi. To je způsobeno především nitrožilní aplikací drog. Je důležité efektivně předávat důležité informace v oblasti ohrožení zdraví a v případě potřeby poskytnout jednoduché základní zdravotnické ošetření. Tyto informace směřují k minimalizaci rizik z užívání drog
- Informace v sociálně-právní oblasti - drogově závislí většinou nekomunikují s institucemi, které sociální pomoc poskytují, a proto mnohdy ani neví, které možnosti mohou využít a proč. Sociální informace umožňují klientovi základní orientaci v sociálních zákonech a dále návaznou péči z toho vyplývající
- Informace o literatuře pro vzdělávání
- Jiné specifické informace

Poradenství a psychoterapie

Činnost zaměřená na zvýšení kompetence klienta řešit problémy. Realizuje se hlavně formou poskytování informací a vedení klienta k tomu, aby dokázal zhodnotit

vlastní situaci a dosáhnul vlastního rozhodnutí. Poradenství se může týkat řady oblastí, např. pracovní, sociální, právní, rodinné, partnerské, pedagogicko-psychologické, zdravotní. V oblasti léčby drogových závislostí jde zejména o zprostředkování informací o léčbě a léčebných zařízeních, servis pro osoby blízké (rodinní příslušníci, partneři), pro pedagogy atp.

Další poradenství je poskytováno gravidním klientkám, rodičům a blízkým uživatelům drog či ostatní veřejnosti. Poskytuje se poradenství po telefonu, internetu. K-centrum Noe provozuje také webovou poradnu.

Krizová intervence

Krizová intervence je diagnosticko-terapeutický přístup přispívající ke zvládnutí psychické krize. Může jít o opakovaná setkání, pozorování chování klienta s důrazem na posouzení aktuálního psychického stavu, rozhovor směřovaný k základní orientaci v příčinách krizového stavu, cílenou intervenci zaměřenou na zvládnutí potíží, diagnosticko-terapeutickou rozvahu atd. Krizová intervence patří k takovým terapeutickým postupům, které mají charakter krátkodobé dynamické psychoterapie, kdy lze klientovi pomáhat v průběhu několika týdnů (1 – 5 setkání) překlenout nejhorší období jeho krize a psychicky ho stabilizovat.

Sociální práce a sociální servis

Jsou to aktivity zaměřené na zlepšení sociální situace klienta a jeho schopností řešit běžné sociální problémy.

- Pomoc v oblasti sociálně-právní (např. pomoc při vyřizování sociálních dávek, dokladů, přídavků na děti, kontakt s oddělením péče o dítě, pomoc při řešení problémů s bydlením, splátkové kalendáře)
- Zprostředkování dalších služeb v jiných zařízeních (záruky a reference)
- Asistenční službu (doprovod klienta)
- Probační dohled

Uživatelé drog se díky svému specifickému životnímu stylu a také díky mnoha dalším působícím faktorům často setkávají s mnoha sociálními problémy. Ty se postupem

času hromadí a vedou k sociálnímu propadu. Klient má problémy s ubytováním, doklady, sociálními dávkami, problémy právního charakteru.

- poskytnutí sociálních informací - o ubytování, dokladech, ÚP, hmotném zabezpečení v nezaměstnanosti, dávkách SSP, dávkách sociální péče, atd.
- sociální síť - poskytnutí klientům kontakty na další sociální instituce (státní správa, NNO,.....)
- asistenční služba - doprovod klienta při jednáních v různých institucích, podpora klienta vedoucí k postupnému přebírání plné odpovědnosti a samostatnosti
- sociální poradenství - systematická práce s klientem na zmírnění či odstranění jeho sociálních problémů
- zprostředkování pošty pro klienty
- právní informace - tzv. drogové zákony, práva a povinnosti při konfliktu s policií, vazba, trestní řízení, alternativní tresty, PMS, OPP, atd.

Testování infekčních nemocí

Cílem výkonu je zjištění možnosti výskytu infekčního onemocnění u klienta. Neoddělitelnou součástí testování je pre-testové poradenství, zmapování rizikového chování klienta vzhledem k přenosu infekčních onemocnění, předání informací o infekčních nemocech, o průběhu a limitech prováděného testu, odběr biologického materiálu, samotné provedení testu a post-testové poradenství, jehož součástí je zajištění konfirmačního testu a potřebné následné lékařské péče v případě pozitivního výsledku. K-centrum Noe provádí orientační testy na přítomnost protilátek na HIV, HBV, HCV a Syfilis.

Výměnný program

Tento program je poskytován intravenózním uživatelům drog a základní myšlenkou je prevence šíření infekčních onemocnění. Důraz je kladen na výměnu injekčního materiálu za čistý a klientům jsou předávány zásadní informace o bezpečném braní a jsou upozorněni na rizika, které plynou z toho, když sdílejí jehly a náčiní či opakovaně používají své jehly.

Výkon zahrnuje vlastní akt výměny injekčního materiálu nebo jeho součást - samostatný výdej čistého nebo příjem použitého injekčního materiálu. Nedílnou součástí výměnného programu je i nabídka standardního vybavení potřebného k bezpečné aplikaci (např. filtry, desinfekční materiál, vody, apod.), včetně poučení o bezpečné likvidaci použitého materiálu. Dále může být podle potřeby vydáván i jiný Harm reduction materiál (např. prezervativy, alobal, kapsle, atd.). Součástí výkonu je i mapování rizikového chování klienta.

Asistenční služba

Klienti K-centra vstupují při snaze o řešení své životní situace do interakce s lidmi, zastávajícími různé kompetence a pravomoci. Neznalost příslušných pravidel a zákonů či pouhý strach z instituce nebo odbornosti může klientovi znemožnit či oddálit příznivou sociální změnu. Cílem asistenční služby není tedy vyjednávání za klienta, nýbrž odborný a podpůrný doprovod s předpokladem, že naučí klienta samostatnosti při jednání s různými institucemi a lidmi.

Terénní práce

Terénní práce jsou součástí nabídky služeb K-centra. Jejich cílem je navazovat první kontakty s rizikovými uživateli, kteří zatím nevědí o existenci K-centra a poskytnout jim veškeré informace o tomto zařízení. Slouží také klientům, pro které je K-centrum lokálně nedostupné. Terénní práce probíhá na otevřené drogové scéně v Třebíči a v okolních obcích (Velké Meziříčí, Velká Bíteš, Náměšť n. Oslavou, Jemnice, Jaroměřice nad Rokytnou, Mor. Budějovice, Rosice, Zastávka u Brna, Želetava, Okříšky, Hrotovice, Ivančice, Moravský Krumlov). Do spektra terénních prací patří komplexní program "Harm reduction", práce s motivací klienta ke změně životního stylu, asistenční služba a zprostředkování následné odborné péče.

4.3 Charakteristika klientely

K-centrum Noe pracuje tedy především s problémovými uživateli návykových látek. Klientela se co do užívání druhu návykové látky roky nemění. Nejpočetnější skupinu tvoří nitrožilní uživatelé pervitinu. Poslední roky přibývá více mladistvých uživatelů, kteří považují užívání pervitinu za zcela běžné a normální. Region je v oblasti pervitinu víceméně samozásobitelský, výrobu a distribuci zajišťuje několik vaříčů. Trendem je také dovážení prekurzorů z Polska. Část klientů zneužívá nitrožilně substituční látky Subutex a Suboxone. Bohužel je běžnou praxí, že několik klientů k takovým látkám přichází naprosto legálním způsobem. Jsou v tzv. substituční léčbě a látky mají na předpis od lékařů adiktologů. To, že jsou tyto látky pak zneužívány nitrožilně, často ani lékaři nevědí, nebo to, jak klienti látky užívají, nezjišťují. Navíc je běžné, že klienti poté s recepty „kšeftují“ nebo rozprodávají část užívané látky mezi ostatní uživatele. Přes léto se k běžným uživatelům pervitinu či substitučních látek přidávají také sezónní uživatelé opiátů z makovic. Během letních měsíců, od rozkvětu po zaschnutí makovic máku setého, se tito uživatelé vydávají do polí a systematicky likvidují úrodu, aby nasbírali surové opium z nařezaných makovic, které jsou pak schopni několikrát denně a celou sezónu aplikovat nitrožilně. Po sklizni oddalují často značně bolestivý abstinenční syndrom vývary z nasbíraných uschlých makovic. Tito uživatelé pak po vyčerpání makových zásob a se silnou závislostí na opiátech přecházejí k jiným návykovým látkám, jako např. lékům k tlumení bolesti, určeným pro onkologické pacienty nebo k substituční léčbě, přičemž s novou sezónou opět vyhledávají maková pole.

K – centrum Noe bylo v rámci svých služeb v roce 2014 v kontaktu s celkem 203 klienty, přičemž z tohoto počtu bylo 127 mužů a 76 žen. Průměrný věk klientů je 27 let.

Pracovníci K – centra Noe charakterizují své klienty takto:

- Většina klientů má základní vzdělání
- Se vzrůstajícím trendem ubytoven vymizeli klienti na ulici, kumulace klientů na bytovnách či na feťáckých bytech
- Drtivá většina pobírá hmotnou nouzi a uplatňuje nárok na doplatek na bydlení
- Výrazná zadluženost a s tím spojená neochota pracovat na „smlouvu“, aby nepřišli o výtělek
- Velmi častá je zaopatřovací kriminalita – krádeže v supermarketech (jídlo, kosmetika, alkohol), v případě alkoholu a kosmetiky další prodej do barů či vietnamských prodejen

- Prodej a distribuce drog, „kšeftování“ s injekčním materiálem z K-centra za peníze pro klienty mimo síť služeb

4.4 Ostatní aktivity

K-centrum Noe je zahrnuto v regionální i krajské protidrogové strategii. S ohledem na zkušenosti a cílovou skupinu se snaží spolupracovat s jinými zařízeními a institucemi. Protože se klienti dostávají často do střetu se zákonem, K-centrum Noe od roku 2002 spolupracuje se střediskem probační a mediační služby v Třebíči a nabízí možnost **trestu výkonu trestu obecně prospěšných prací** přímo na K-centru Noe, nebo v ostatních zařízeních Oblastní charity Třebíč. Během této spolupráce se potvrdila domněnka, že pro situaci klientů je mnohem příznivější, když neztratí pravidelný kontakt s terapeutickým zázemím, na které byli dosud zvyklí, především pokud se již před uložením trestu obecně prospěšných prací rozhodli k některému z kroků směrem k abstinenci (např. motivační trénink, sociální poradenství, edukace, psychoterapie, léčba atd.).

Na tuto zkušenost a poptávku se strany Probační a mediační služby se podařilo v roce 2005 navázat vznikem **Probačního programu MOST**, jakožto jednu z forem výchovného opatření. Probační program MOST je určen pro mladistvé klienty od 15 do 18 let, ale i pro osoby nepříliš překračující věk mladistvého. Klient musí být experimentátorem nebo uživatelem ilegálních drog nebo alkoholu a léků a to především v momentě, kdy se provinění dopustil. Obsahově je zaměřen na odstranění příčin, které vedou klienta k trestné činnosti nebo k jiným formám sociální patologie a snaží se pomoci udržovat změny vztahově postojových a seberegulačních vlastností osobnosti klienta, směrem k nekonfliktnímu začlenění do společnosti. V případě nevratného osobnostního deficitu usiluje program o vhodnou kompenzaci směřující k minimalizaci následků tohoto stavu na běžný život. Výchovné opatření - Probační program MOST dává mladistvému šanci projevit snahu po změně a převzetí odpovědnosti za své chování. Program je zaměřen zejména na kauzální rizikové faktory v chování cílové skupině klientů. Jedná se zejména o tyto rizikové jevy, nebo jejich kombinaci:

- relaps návykových látek
- konzumace návykových látek
- recidiva páčání trestné činnosti
- sociální vyloučení

- rozpad rodinných a partnerských vztahů
- nezodpovědný přístup k sexu a partnerství
- absence pracovních návyků
- dlouhodobé vyloučení na trhu práce
- neschopnost hospodaření s časem
- nepochopení společenských vztahů a struktur
- neznalost efektivní komunikace
- absence vzdělání
- finanční nesoběstačnost
- nízký práh odpovědnosti
- patologické volnočasové aktivity

Metody vychází z teoretických konceptů metod sociální práce, z metod pedagogiky, psychologických metod, z metod využívaných v motivačních rozhovorech aj. Probační program MOST realizuje multidisciplinární tým - psychoterapeuti a sociální pracovník. Personálně je obsazen stávajícími pracovníky K-centra Noe. Konzultační tým pak tvoří kurátor pro mladistvé, probační úředník, soudce, státní zástupce.

Pokud budeme posuzovat klienty K-centra z hlediska dosaženého vzdělání, zjistíme, že více než 60% klientů má pouze základní vzdělání, 20% klientů je vyučených. Dalším aspektem, který uvedené skupiny znevýhodňuje, či přímo vyřazuje z trhu práce je problematika závislostí. Pravidelní uživatelé drog mají problémy s udržením placeného a legálního zaměstnání, žijí se příležitostnou prací nebo nelegálně. Dlouhodobé zkušenosti z terénního programu vypovídají o izolaci uživatelů drog, kdy klient postrádá elementární informace a dovednosti požadované trhem práce a zároveň není z různých důvodů schopen svoji situaci efektivně řešit. Proto vzniká v rámci K-centra Noe a v jeho prostorách v roce 2010 víceúčelová hala pro aktivity projektu s názvem **Asistovaná pracovní rehabilitace pro uživatele drog „Druhá šance“**. Cílem projektu je vytváření pracovních návyků u dříve nepracujících klientů – snaha vychovávat z nezaměstnaných „daňové poplatníky“, udržování, případně obnova pracovních návyků u klientů dlouhodobě nezaměstnaných nebo v zaměstnání selhávajících. Motivační forma denního odměňování klientů za vykonanou práci – snížení majetkové trestné činnosti páchané z důvodu existenční nouze. Upevňování pocitu spoluúčasti při vytváření pozitivních hodnot – vážit si vlastní i cizí

práce, snížení vandalismu. Osvojení si základních principů kooperace, týmové práce, osobní odpovědnosti. Posilování pocitu vlastní hodnoty u klientů prostřednictvím vykonané práce a zlepšení postoje veřejnosti k uživatelům drog. Projekt nabízí uživatelům drog jednoduchou pracovní aktivitu, za kterou jsou přijatelným způsobem odměňováni formou potravinových balíčků. Jde o to, aby uživatel drog, který propadá veškerou sítí sociálních služeb a podpor a zároveň není schopen si udržet práci, nepáchal zaopatřovací trestnou činnost. Pokud se klienti rozhodnou vstoupit do programu, můžou si základní obživu získat legálně.

Vedle psychiatrické léčebny a několika nízkoprahových zařízení pro děti a mládež má K – centrum v regionu výlučné postavení v terciární prevenci. Zařízení si uvědomuje problematiku drog v celé jeho šíři, proto považuje za rozumné předávat dlouholeté zkušenosti s cílovou skupinou mládeži, která je užíváním drog ohrožena. Proto je do všech základních a středních škol v regionu nabízena možnost využít **informativní besedy s drogovou tematikou**. Nabídka besed a exkurzí podává aktuální a autentické informace z více jak 17 leté praxe K - centra. Cílem je předávání odkazů na zařízení poskytující služby v drogové problematice a seznámení s metodami a postupy činnosti v K- centru. Přednášky jsou vedeny a doplňovány interakčními prvky. Pracuje se formou brainstormingu a práce ve skupinách. Využívají se názory a postoje účastníků, jejich emocionální prožívání. Posluchači není předán jen souhrn informací, ale pracovníci vedou posluchače k tomu, aby na očekávaný, výsledný efekt přišli posluchači sami. Tím si ho můžou osvojit za vlastní úvahu a ztotožnit se s ním.

Nabízené přednášky:

- Drogová závislost a její příčiny
- Metody a formy práce v K-centru
- Přehled kategorií drog a její rizika
- Exkurze v K-centru Noe
- Marihuana
- Beseda spojená s videoprojekcí

Pracovníci s sebou přinášejí praktické a názorné pomůcky (terénní taška, letáčky, samolepky, formuláře vyplňované s klienty atd.), které si mohou prohlédnout, a posluchače aktivně zapojujeme do besedy. Součástí každého programu je podpora protidrogových postojů a norem, popř. rozvoj komunikačních a sociálních dovedností.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 ROLE K - CENTRA NOE V ŽIVOTĚ PROBLÉMOVÝCH UŽIVATELŮ DROG – KVALITATIVNÍ VÝZKUM

5.1 Zdůvodnění a cíle výzkumu

Několik let pracuji jako kontaktní a terénní pracovník v již zmiňovaném zařízení pro uživatele drog, tedy K-centru Noe. Významným důvodem pro zpracování této práce bylo to, že mě zajímalo, jakou vlastně tyto služby a pracovníci, kteří služby pro tyto osoby poskytují, hrají roli v jejich životě. Jako pracovníci máme totiž tendenci poskytovat služby tak nějak rutinně. Klienti přicházejí, někdy se roky v zařízení zdrží a zase odcházejí. Většinou právě bez zpětné vazby na to, co pro ně služba všechno znamená. Kromě anonymních dotazníků, které mají za cíl víceméně zhodnotit kvalitu poskytovaných služeb a my se v nich dozvídáme velmi strohé a účelové odpovědi, ze kterých se na roli poskytovatele usuzovat nedá, nemáme jiné relevantní údaje a tím také reflexi na to, jakou roli v jejich životě tato služba vlastně má. To často vede k beznaději, zda to, co děláme, má vůbec smysl. Cílem výzkumu je tedy nahlédnout do aktuálního života klientů K-centra Noe a zjistit, jakou roli, nebo jaký význam uživatelé drog přikládají poskytované službě.

5.2 Formulace výzkumné otázky

Výzkumnou otázku pro potřeby tohoto výzkumu jsem položila takto:

Jakou roli má K-centrum Noe v životě problémových uživatelů drog?

Tuto hlavní výzkumnou otázku jsem rozdělila na dvě specifické výzkumné otázky, z nichž vycházejí tazatelské otázky použité v rozhovoru.

Specifické výzkumné otázky jsou následující:

- a) Jaká je aktuální životní situace problémových uživatelů drog?
- b) Jaký má význam poskytovaná služba v životě problémových uživatelů drog?

5.3 Použité metody

Pro zjištění, jaká je aktuální životní situace problémových uživatelů drog a jakou v jejich životě hraje poskytovaná služba K-centrum Noe, jsem zvolila formu kvalitativního výzkumu. Než jsem zvolila tuto formu, pokusila jsem se mezi uživatele rozšířit anonymní dotazník s otevřenými otázkami s cílem ověřit si vhodnost stanovených tazatelských otázek. V tomto případě nebyli klienti schopni odpovídat relevantně. Odpovědi byly krátké, nerozvinuté a v mnoha případech účelové. Přesto některé odpovědi vzbudily můj zájem o další dotazování a pochopení. Také mě bylo jasné, že pokud chci blíže pochopit, jak to klienti ve skutečnosti mají, budu se muset více doptávat a š'ourat, a to s ohledem na cílovou skupinu neznačilo nic lehkého. Proto také nebylo vůbec lehké přesvědčit dotazované klienty k rozhovoru. Metoda kvalitativního výzkumu bývá zpravidla prováděna na mnohem méně početném souboru. „*Jedná se o intenzivní šetření zaměřené na vysvětlení motivace, potřeb, pocitů, přání, názorů a postojů respondentů*“ (Urban, 2011, s. 75).

Kvalitativní přístup je procesem zkoumání jevů v autentickém prostředí s cílem získat ucelený obraz těchto jevů založených mimo jiné také na specifickém vztahu mezi výzkumníkem a účastníkem výzkumu. Záměrem je rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu (Švaříček, 2007, s. 17).

Úkolem kvalitativního výzkumu je objasnit, proč lidé jednají tak jak jednají a jak organizují své každodenní aktivity a interakce (Hendl, 2005, s. 52).

Pro získání relevantních dat jsem zvolila metodu polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Prostřednictvím rozhovoru jsou zkoumány členové určitého prostředí, určité specifické sociální skupiny, s cílem získat pochopení jednání a událostí, jakým členové dané skupiny disponují. Pomocí otevřených otázek se pak snažíme porozumět pohledu dotazovaných. Polostrukturovaný rozhovor vychází z předem připraveného seznamu témat a otázek (Švaříček, 2007, s. 159).

Získané informace od respondentů jsem zpracovávala metodou analýzy a následně jejich syntézou.

K zajištění validity jsem využila možnost porovnání zjištěných informací s informacemi od bývalé klientky, ale také přímým pozorováním v průběhu rozhovorů, jehož poznatky jsem si v průběhu rozhovorů zaznamenávala.

5.4 Charakteristika výběrového souboru

Pro potřeby tohoto výzkumu jsem výběr zkoumaného souboru podmínila tím, aby dotazovaní respondenti byli problémovými uživateli drog a zároveň využívali služby K-centra déle jak rok. To, kteří respondenti spadají do výběrového souboru, jsem si ověřila v dokumentaci a interních materiálech K-centra Noe, zároveň jsem před každým rozhovorem vyzvala klienta, aby mi potvrdil, že splňuje požadované podmínky.

I přes to, že drtivou většinu klientů K – centra Noe znám, nebylo, a to s ohledem na cílovou skupinu, jednoduché klienty přesvědčit k poskytnutí rozhovoru. Také jsem narážela na účelovost klientů a to v případech, kdy chtěli za poskytnutí rozhovoru nějakou protislužbu např. v podobě krabičky cigaret nebo potravinové stravenky. Ti, kteří svolili bez nároku na odměnu, nebyli vždy v odpovídajícím stavu pro dlouhý a hloubkový rozhovor. Proto jsem také některé rozhovory v půlce skončila, nebo vyřadila pro zcela irelevantní informace. Přestože byla většina rozhovorů realizována ve známém prostředí klienta, jsem si vědoma mnoha nedokonalostí, časových bariér a aktuálního stavu klientů, které mohly rozhovory výrazně ovlivnit.

Problémový uživatel drog je takový uživatel, který nitrožilně či dlouhodobě a pravidelně užívá opiáty, pervitin či kokain (Kalina et al, 2003, s. 16). Požadavky na délku využívání služeb a problémovost v užívání splňovali všichni respondenti, jejichž údaje byly relevantní pro další zpracování.

Povedlo se mi kontaktovat bývalou uživatelku a klientku K-centra Noe (K 11), se kterou jsem mohla zjištěné údaje porovnat.

Pro přehled uvádím základní údaje o respondentech v následující tabulce:

Tabulka č. 1. Přehled dotazovaných klientů

	Věk	Pohlaví	Užívané drogy	Způsob aplikace	Délka užívání	Vzdělání	Délka užívání služeb
K 1	22	žena	Pervitin	Nitrožilně	7	Základní	5
K 2	33	muž	Pervitin	Nitrožilně	16	Vyučen	6
K 3	25	muž	Pervitin	Nitrožilně	9	Základní	4
K 4	24	žena	Pervitin	Nitrožilně	6	Základní	5,5
K 5	31	muž	Pervitin, opiáty	Nitrožilně	14	Základní	1,5
K 6	28	muž	Pervitin, opiáty	Nitrožilně	11	Základní	4
K 7	25	žena	Opiáty, pervitin	Nitrožilně	14	Základní	5,5
K 8	22	muž	Opiáty, pervitin	Nitrožilně	6	Základní	3
K 9	29	muž	Opiáty, pervitin	Nitrožilně	9	Maturita	7
K 10	30	muž	Pervitin	Nitrožilně	14	Základní	13,5
K 11*	24	žena	Pervitin	Nitrožilně	8	Základní	8,5

* K 11 – zde se jedná o bývalou klientku K-centra Noe, služby nevyužívá, 4 roky abstinuje

5.5 Postup a technika sběru dat

Pro sběr informací jsem vytvořila takové tazatelské otázky, které vycházely ze specifických otázek, tj. zajímala mě aktuální životní situace problémových uživatelů drog a role K-centra v jejich životě.

Níže tedy uvádím tazatelské otázky, ze kterých jsem při rozhovoru vycházela. Samozřejmě jsem s ohledem na cílovou skupinu musela použít jazyk uživatelů drog, který mi však není cizí. Tyto otázky zde uvádím ve formální podobě. V průběhu rozhovorů jsem musela zohlednit také aktuální stav respondentů, časové možnosti a tok informací od jednotlivých respondentů, kdy bylo uvedené otázky nutné pokládat na přeskáčku. Neméně důležité byly také doplňující a navazující otázky, které mně více pomohly objasnit zkoumaný jev.

Tazatelské otázky jsou následující:

1. Jaká je tvoje aktuální situace? Zkus mi popsat, jak teď žiješ?
2. Jak bys zhodnotil svoji aktuální situaci s ohledem na bydlení a vztahy s rodinou?
3. Popiš mi tvoji finanční situaci, kde si obstaráváš peníze?
4. Jak vnímáš svůj fyzický a psychický zdravotní stav?
5. Jak u tebe ovlivnilo užívání návykových látek studium či zaměstnání?
6. Dostal ses někdy do konfliktu se zákonem a jaký vliv na to měly drogy?
7. Zkus mi popsat, jak bys chtěl, aby vypadal tvůj život, když bys nebral drogy?
8. Co tě ve tvé komplikované situaci drží nad vodou?
9. Z jakého důvodu využíváš služby Káčka?
10. Jak hodnotíš spolupráci, v čem je pro tebe Káčko přínosné?
11. Co pro tebe znamenají pracovníci na Káčku? Jak moc jsou pro tebe důležití a proč?
12. Jak by vypadal tvůj život, kdyby nebyla možnost využívat služby Káčka? Co by bylo jinak?
13. Popíšeš mi nějakou situaci, ve které ti bylo Káčko nebo pracovníci největší oporou?
14. Je něco, v čem ses naopak na Káčku zklamal, nebo ti nevyhovuje?
15. Jednou větou nebo slovem vystihni, co pro tebe Káčko znamená.

Průběh rozhovorů a etika

Před každým rozhovorem jsem ujistila respondenty o zachování anonymity. Seznámila jsem je s názvem diplomové práce a obecně a stručně s otázkami, na které se budu ptát, aby se mohli rozhodnout, zda rozhovor poskytnou či ne. Ověřila jsem si, zda respondent spadá do výzkumného vzorku nastavenými podmínkami a dovolila jsem se o nahrávání rozhovorů na diktafon. Rozhovory probíhaly buď v kontaktní místnosti, nebo ve služebním autě v terénu, což je s ohledem na délku poskytovaných služeb takové prostředí, které všichni dobře znají.

Zabezpečení anonymity je s ohledem na citlivé údaje, často za hranicí zákona, velmi nutné. To bylo zajištěno jednak rozhovory o samotě, ale také ubezpečením, že nebudou uváděna konkrétní jména. Ostatně anonymita na osobní údaje je v kontaktních centrech zabezpečena, tzv. kódováním klientů.

5.6 Zpracování a interpretace dat

Rozhovory s respondenty jsem nahrávala na diktafon. Všechny rozhovory jsem doslovně přepsala do písemné podoby a podle stanovených oblastí jsem získané informace porovnávala mezi sebou. U jednotlivých oblastí níže prezentuji výsledky a uvádím přímé citace respondentů. Jedná se o hovorový jazyk, často s vulgárními výrazy, v němž se mj. vyskytují i výrazy vlastní právě uživatelům drog. Proto bych na tomto místě také ráda uvedla významy několika výrazů:

Abst'ák, áčka – abstinenční syndrom, který nastává po přerušení užívání drog u závislých osob

Béčko – hepatitida typu B

Buchna – injekční stříkačka

Céčko – hepatitida typu C

Čára – droga upravená pro užití, jedna dávka

Čórka – krádež, u závislých motivovaná snahou opatřit si prostředky na drogu

Dealer – v prostředí drogové scény obchodník s drogami

Depka – deprese

Dojezd – stav při odeznívání účinku drogy

Esko – Subutex, Suboxone – lék pro substituční terapii

Fetka, feťák – uživatel drog

Hulení – marihuana

Káčko – kontaktní centrum

Klepky – tablety léků s psychotropním účinkem

Matro – droga

Nádobí – pomůcky k aplikaci drogy (desinfekce, filtry, vody, stříkačky)

Nastřelit se – injekčně aplikovat drogu

Neurol – lék ze skupiny benzodiazepinů, primárně k léčbě úzkosti

Papírky – cigaretové papírky k ubalení cigarety

Pecky – stavy po užití drogy

Perník – pervitin

Podělat – okrást někoho o peníze, materiál (drogu), oklamat, podvést

Riváč – Rivotril, lék ze skupiny benzodiazepinů, na léčbu nespavosti, zneužívaný nelegálně

Nařezat – naředit drogu pro zvýšení množství a ceny

Smažka – uživatel drog

Stíhy – iracionální pocity pronásledování, příznak toxické psychózy nebo součást prožitku během intoxikace

Subáč – Subutex, Suboxone

Tráva – marihuana

Var – proces pokoutní výroby pervitinu

Varič – osoba vyrábějící drogy

Vykroucenec – člověk pod vlivem pervitinu se specifickými vykroucenými pohyby

Zásek – stav, kdy pod vlivem drog člověk něco stereotypně dělá (Slangový slovník).

Jaká je tvoje aktuální situace? Zkus mi popsat, jak teď žiješ?

Tato otázka byla úvodní, měla za úkol navodit atmosféru pro rozhovor. Cílem bylo zjistit, co respondenti uvedou jako první, když mají popsat, jak žijí, jak svoji situaci vnímají. Samozřejmě bylo nezbytné se na tuto otázku dále doptávat, protože jsem v několika případech narážela na jednoslovné odpovědi. Jako problematické jsem vnímala také to, že se s respondenty známe, takže měli tendenci shrnovat odpovědi na základě toho, že jejich situaci částečně znám. Proto jsem vedla respondenty k tomu, aby mi popsali, jak svoji situaci vnímají i v případech, kdy jsem měla pocit, že o dané věci mluvit nemusí, protože předpokládali, že odpověď znám. Časté odpovědi byly např. no nic moc, ze dne na den, špatná, teď dobrá, teď jsem spokojená, je to lepší. Proto jsem se doptávala, z jakého důvodu respondenti svoji situaci takto vnímají a jaký mají tyto odpovědi význam. Z odpovědí dále vyplynuly různorodé informace. Pokud se situace zdá být dobrá či lepší, souvisí to zejména s nějakým zlomem, posunem či událostí např. mám práci (K 8), bydlím zase doma (K 1) nebo mám kde bydlet a co jíst (K 3), začleňuji se (K 5, K 2), míň beru (K 10, K 2), jsem psychicky v pořádku (K 9). Pokud hodnotili situaci jako ne moc dobrou, tak zejména proto, jak blíže specifikovali níže, nemají práci a peníze (K 6), nebo jim droga vzala všechno (K 4).

K 1: „*Teď jsem spokojená.*“

Otázka: Jak to?

K 1: „*Vrátila jsem se z ulice domů k mamce a jsem spokojená, nemám potřebu vyhledávat pecky. Jako mohlo by být líp, ale zas jako není to nejhorší. Ještě horší by to bylo, kdybych byla na té ulici, takže teď vlastně nemůžu říct, že bych se měla špatně.*“

K 2: „*Je to lepší teď.*“

Otázka: Zkusíš mi to víc popsat?

K 2: „*Moje aktuální situace je taková, že mám za sebou dvouměsíční léčbu v Jihlavě, která mě dost pomohla vyprostit se ze závislosti na perníku. Držím se jakž takž a pokouším se začlenit do normálního života.*“

K 3: „*Teďka dobrá zatím.*“

Otázka: A co to znamená dobrá?

K 3: „*No, tak má kde bydlet, mám co jíst.*“

K 4: „Špatná.“

Otázka: A co si mám pod tím představit?

K 4: „*Nemám stabilní zázemí, nemám práci, nemám stabilní příjem peněz, protože nejsem na pracáku, po devíti letech mi zdrhnul přítel, z čehož se furt nemůžu vylízt a důvěřovat svému okolí nejde. Dalo mi to ze začátku spoustu plusů, ale víc mi to vzalo. V určitých chování, nebo v tom jak vidět lidi. Vzalo mi to zdraví, bere mi to klid.*

Otázka: Jak klid?

K 4: „*No tvoří mi to starosti. Kde vezmeš prachy, kde to nakoupíš a podobný věci okolo toho, když víš, že tě to živí. Bere mi to čas, bere mi to všechno.*“

K 5: „*Ted' je mi dobře, zase jsem se začlenil mezi normální lidi.*“

K 6: „*No nic moc.*“

Otázka: A co to znamená nic moc?

K 6: „*No, snad bude brzo práce. Jsem na Subáci a mám napsaný Neuroly na spaní. Chce to práci, pak se to všechno změní. Ted' je i fajn počasí, takže to na nějakou práci vypadá. Začne sezona na zednickou. Když je teplo tak tu práci většinou mám. Až splatím ty haluze a oddělám si hodiny, tak jdu pryč odsud. Já potřebuju prachy a práci, jinak jedu na nouzovej režim.*“

Otázka: A co je nouzovej režim?

K 6: „*Nebavím se, nemůžu si nic dovolit, je to na hovno. Bez peněz nežiju.*“

K 7: „*Ze dne na den. Mohlo by to lepší, ale už jsem na tom byla i hůř. V rámci možností. Snažím se fungovat hlavně skrz malýho. Kdybych ho neměla, tak jsem na tom hůř.*“

K 8: „*Dobře.*“

Otázka: A co to je dobře?

K 8: „*Začal jsem chodit do práce, do lesa, matka mi to vyřídila. Jsme placenej každej den na ruku.*“

K 9: „*Dobře.*“

Otázka: A čím to je, že dobře?

K 9: „*No hlavně ted'ka psychicky jsem v pořádku, protože ohledně depresí mi pomáhá Rivotril.*“

K 10: „*No dost se to zlepšilo.*“

Otázka: Jak to?

K 10: „*Míň beru. Ale jinak to vidím tak, že nemám práci, chtěl bych začít podnikat, ale jsem zadluženější, mám ženskou a jsem na ubytovně.*“

V souvislosti s touto otázkou jsem měla potřebu zjistit, co znamená začlenění se do společnosti a co je v případě pocitu vyčlenění omezuje. Výrazný podíl na tom, jak se respondenti vnímají, je to, že jsou „profláknutí“, mají nálepky fetáků a mají připsané skutky, které souvisí s užíváním drog, drogové trestné činy atp. Více jak polovina (6 respondentů) východisko spatřuje zejména v přestěhování se do jiného místa, kde je nikdo nebude znát, případně situaci neřeší i přesto, že se v tom necítí dobře (K 2), nebo je jim to jedno v případě K 4.

Otázka: Jak se vnímáš mezi ostatními?

K 3: „*No já sem se teď odstěhoval, do jinýho města, ale v tom minulým městě mě to škrtilo ve společnosti – drogy, čórky, průsery – prostě si nikde neškrknu. Sem tam prostě profláklej.*“

Otázka: A tady je to jiný?

K 3: „*Tady mě nikdo nezná. Hlavně bydlím teď u tý kamarádky, která má chlapa co je v podmínce takže se chová slušně, aby nemusel do basy, mají dvě malý děcka a já jsem furt doma, nelítám nikde a stýkám se jen s malým okruhem lidí.*“

Otázka: Jak si myslíš, že tě vnímají lidi tady ve městě?

K 6: „*Teď nic moc, šíří se o mě kecy, že mám žloutenku. Jsem profláknutej, hodně lidí to ví. Proto chcu jít pryč.*“

Otázka: Tím se to vyřeší?

K 6: „*Jo, nebudou mě znát a nebudou se na mě koukat jak na debila.*“

Otázka: A co ty si představuješ pod tím „začlenil?“

K 5: „*Dostal jsem se do normálu, že lidi vstávají ráno do práce, přijdou z práce a pak si jedou takový ty normální věci. Prostě práce, rodina. Taky jsem se zapojil do výchovy dětí, protože moje žena, která všechno táhla sama, onemocněla, a já jsem na to dva měsíce byl*

sám, tak jsem si uvědomil, že ona chudák táhne sama nejen naše dva kluky, ale ještě mě. To jsem s těma drogama hodně zbrzdil.“

Otázka: A čemu to přikládáš, že si se začlenil?

K 5: *„Tam kde jsem bydlel, tam se se mnou nikdo nebavil. Necítil bych se tam dobře, tam jsem dělal šílenosti a jsem tam odepsanej.“*

Otázka: A v čem je to tady jiný?

K 5: *„Tady mě zná jinej okruh lidí, sice uživatelé, ale k těm sem se tady přiklonil, protože je to moje krevní skupina. Ale ti normální lidi mě tady, co se týče drog, neznají. Ty chyby co jsem dělal tam, tak tady sem neudělal.“*

Otázka: A jak jsi na tom tady ve městě?

K 7: *„Já jsem profláklá. O mě se povídalo, kvůli mámě, že beru a to jsem ještě ani nebrala. Kolikrát se na sebe dozvídám takový věci. Jinde mě neznaj, takže by se k malýmu nic nedostalo. Chtěla bych mu to říct sama, ale až přijde čas. Chtěla bych odsud pryč.“*

Otázka: A jaký to bude jinde?

K 7: *„Tady jsou lidi strašně zlý a všechno o mně ví. Strašně se bojím toho, že malej jednou přijde domů, že mu někdo něco řekl. Jinde o mně nikdo nic neví.“*

Otázka: Jak se vnímáš tady ve městě?

K 9: *„Jsem tady už hodně profláklej, i u normálních lidí. Už to trvá hodně dlouho. Jsem viděnej s dalším profláklejma lidma, nebo když třeba mi dojdou stříkačky, tak jdu do lékárny a tam bývá hodně lidí, tak se to rozkřikne. A taky se dostávají informace ven od místní psychiatričky. Proto se odsud snažím vypadnout“*

Otázka: Jak vnímáš sám sebe mezi lidmi?

K 8: *„Mám drsnou nálepku feťáka, kdokoliv se na mě podívá, všichni vědí, že beru.“*

K 10: *„Tak ten přístup je bacha, nebo pozor. Vždycky se to nějak provalí, že beru drogy.“*

Otázka: Jak se vnímáš tady ve městě?

K 4: *„Určitě patřím mezi tu spodní část, s lidma, se kterýma se setkávám v herně, tak ti už mě berou, to jsou převážně gambleři a s těma se furt setkávám, neviděj v tom žádněj rozdíl a ti normální, co choděj do práce, což je drtivá většina, ty buď sklopí hlavu, že tě ani nepozdraví anebo si tě nevšímají, takže to je drtivá většina města. Lidi říkají, že tam kde jsem já, tak je i droga, protože bych nešla nikam, kde droga není. Prostě kdo se mnou kamarádí, tak už je smažka. Ale je mi to fuk.“*

Otázka: Jak vnímáš sám sebe v místě bydliště? Mezi ostatními lidmi?

K 2: *„Mám vlastně tak trochu stihy ze sousedů. Ví o mojí závislosti, ví o tom, že se za mnou někdo staví domů. Prostě ví snad o každém mém pohybu, takže se v místě svého bydliště moc dobře necítím.“*

Jak bys zhodnotil svoji aktuální situaci s ohledem na bydlení a vztahy s rodinou?

U této otázky mě zajímalo, jaké mají nebo jak hodnotí vztahy se svojí rodinou, případně koho považují za rodinu, dále jak a kde momentálně bydlí. Pro mě překvapivě pouze jeden klient bydlí momentálně na ubytovně i přes narůstající trend bydlení na ubytovnách. Pouze jeden klient (K 3) bydlí u kamarádů a má s rodinou takové vztahy, které neumožňují jeho pobyt doma, myšleno u rodičů. Celkem osm respondentů bydlí i přes to, že jsou uživatelé drog u rodičů či biologické rodiny. Překvapující je pro mě fakt, že v případě, kdy rodiny o užívání respondentů vědí, tak ho neřeší, dělají, jako by nic, tolerují ho, nezakazují, nevytýkají ho (K 4, K 10, K 8, K 7, K 6), případně se spokojí se substituční léčbou nebo s dáváním drogy na předělu (K 9, K 6) s důvěrou a nevědomím toho, že respondenti mimo to užívají nadále i jiné drogy. V současné době devět respondentů považuje vztahy s tím, koho považují za rodinu, za dobré. V jednom případě je respondent v rámci vztahů s rodinou „odepsanej“. Bývalá uživatelka uvedla: *„Noo, to bylo špatný, s matkou jsme se hádaly, to jsme nemohly být v jedné místnosti. Nebydlela jsem doma, nemohla jsem domů, bydlela jsem po squatech, ubytovnách, po venku.“*

K 1: *„Bydlím s mamkou a vztahy s rodinou jsou teďka dobrý.“*

Otázka: No jak by to vypadalo, kdybys nemohla bydlet u mamky?

K 1: *„To bych byla v prdeli, nebyť mamky, tak nevím kde jsem. Já nemám ke komu jít. Taťka ten na mě úplně sere. Tomu když sem volala, že sem na ulici, byla mi zima, hystericky jsem řvala na náměstí, ležela jsem tam na sněhu a on mi položil telefon, že pro mě nepojede“*

K 2: *„Momentálně bydlím u svých rodičů. Musím říct, že ze začátku bylo dost těžký a nepříjemný žít po boku s mojí nevlastní mamou, která mě věčně připomíná, jak jsem pod vlivem drog a jak moc sem jim ublížil. Ale teď, jak beru o hodně míň, tak s nima vycházím, myslím v rámci možností dobře a dokážeme se i normálně bavit. Snad postupem času získám zpět jejich důvěru a náš vztah bude lepší, i skrz mého syna.“*

K 3: *„Bydlení to mám teď dva měsíce u kamarádky a předtím jsem byl na ulici. A s rodinou to mám hodně špatný, nikdo se mnou nekomunikuje. Matka, všichni mě odepsali.“*

Otázka: Všichni tě odepsali? Jako v souvislosti s užíváním drog?

K 3: *„No jasně. Jako i s věcmi spojenýma kolem toho, krádeže, kraviny, řízení bez řidičáku a tak“*

Otázka: A koho teda máš, kdo tě odepsal?

K 3: *„Matku, sestru a dvě neteře a dvě tety- všichni ví, že sem feťák, tak mě odepsali. No a taky mám šestiletou dceru. Bejvalka ví, že jsem feťák, tak se skrz to s ňou nemůžu vidat. Zakázala mi to. Když okolo mě projede v autě, tak mě ani nepozdraví.“*

Otázka: Co si pod tím mám představit na ulici?

K 3: *„Bejt na ulici je, že nemáš kde bydlet. Vůbec nemáš kam jít, ke komu se osprchovat, nemáš kde si udělat jídlo, nemáš nic prostě. Spíš kde se dá, různě po lavičkách, někde kde nefouká, po non – stopech“*

K 4: *„Bydlím u mamky na ubytovně v jednom pokoji, spím na zemi. Má rodina je rozpadlá, nerozvedená ale rozpadlá. Pro mě je rodina jenom moje ségry. Máti ta je ulhaná, je jí šedesát, takže senilní, bydlí na ubytovně a pořád uklízí. Je workoholik, do čehož mě žene taky. Ségry žijí někde jinde, ty jsou v pohodě, mají děti a tátu mám někde v Praze a vůbec se s ním nevidám.“*

Otázka: A jaký je tvoje postavení v rodině s ohledem na užívání drog?

K 4: *„No jsem černá ovce rodiny ale né úplně nejčernější. Neberou to tak černě, jak by mohli, jak to bere spousta jiných. Spolkli to, i když neradi, ale spolkli, akorát se mi pořád snaží podsouvat léčbu. Braní mi nezakazují, ale lhostený jim to není. Nevytýkají mi to vzhledem k tomu, že ví, že to nemá smysl.“*

K 5: *„Rodina jsem já, žena a naše děcka. To je teď dobrý, jak se snažím dát do kupy, tak žena vidí, že se snažím. Rodina je pro mě vším, je to to, co mě nakopává dál. Celejch deset let jsem myslel, že se to dá skloubit – rodina, práce a drogy a zároveň se chovat normálně, tak aby to nikdo nepoznal. Ale nedalo se.“*

Otázka: A co širší vazby, rodiče atd.?

K 5: *„Tam je to špatný, tam to pořád přetrvává. Myslím si, že i když se změním a budu deset let čistej, chodit do práce, tak se na mě furt budou dívat, jakože to je on, kdo podělal*

celou rodinu, a tenkrát oni byli první, kdo to začal odnášet. Je jednodušší prvně okrást babičku než vykrást obchod. Kromě sestry se se mnou z rodiny nikdo nebaví.“

K 6: „Teď je to dobrý. Bydlím u našejch a můžu bejt rád, že mě nevyhodili, protože teď nemám z čeho platit inkaso a ještě mi pomáhají s providentem a se všema sračkama co musím platit, takže nebejt rodičů, tak jsem úplně v hajzlu. Pomáhají mi nejvíc. Jsem rád, že to všechno vzali.“

Otázka: Co vzali?

K 6: „No když se dozvěděli, že беру a taky ty krádeže. Ví, že snižuju eska, nic víc ale momentálně neví.“

K 7: „Bydlím u babičky. Bydlíme tam já, malej, babička a děda. Jsem tam asi 4 roky, od té doby co mám malýho. Moje matka, to je spíš nematka, ta fetuje taky a bydlí jinde. Vlastně rodina jsem jen já a malej.“

Otázka: Jaký máte vztahy?

K 7: „S dědou výborný. V souvislosti s užíváním ví, ale neví, že je to aktuální. Spíš mám pocit, že to ani nechcou vědět. Štve mě, že to se mnou neřeší, že nechou vědět co se mnou je. Spíš je to tak, že ticho ticho, aby ostatní nevěděli. Když najdou pytel inzulinek, tak rychle schovat a neřešit to. To je pro mě nepochopitelný, protože já kdybych tohle našla, tak to začnu řešit.“

K 8: „Bydlím doma, s matkou a otčímem.“

Otázka: A kdo je pro tebe rodina?

K 8: „Jenom moje matka“

Otázka: A jak jsou vztahy u vás v rodině ovlivněny tvým užíváním drog?

K 8: „Skoro vůbec, naši to tolerujou, zvykli si na to, že s tím nic neudělaj“

K 9: „Táta se oběsil, když mi bylo 8. No teď žiju s mámou, sám, máme rodinej barák. Nemám vůbec nikoho jinýho, my jsme jenom já a máma.“

Otázka: A vztahy s ohledem na tvé užívání drog?

K 9: „Teď je to dobrý. Máma ví jenom o tom Rivotrilu, dává mi ho na předěl. Ale o ničem jiným neví vůbec nic, tak je klid.“

K 10: „Jsem už pět let na ubytovně. Dřív to byly sguaty. Máma má starosti svých dost, nebudu ju zatěžovat ještě s tím, že tam jsem já. Taky už jsem dost starej na to, abych poslouchal, co a jak mám dělat.“

Otázka: A kdo je pro tebe rodina?

K 10: „Máma, Petr – to je bejvalej od mámy, s ním jsem vyrůstal. Pak bráchové.“

Otázka: A jaký máte vztahy s ohledem na užívání drog?

K 10: „S maminou vycházím dobře, to je v pohodě. Drogy mamina už neřeší.“

Popiš mi tvoji finanční situaci, kde si obstaráváš peníze?

U této otázky mě blíže zajímalo, jak jsou na tom respondenti v oblasti financí, z čeho žijí, kde si obstarávají peníze, jak s financemi hospodaří a jestli jsou zatíženi zadlužeností. V tomto případě a v návaznosti na předchozí otázku je zásadním zdrojem financí, resp. podporou k přežití, rodina. V případě živobytí mají respondenti doma navařeno (K 1, K 2, K 4, K 5, K 6, K 7, K 8, K 9). V několika případech rodina kupuje nebo přispívá na cigarety (K 1, K 6, K 7, K 9). Jako zdroj příjmů polovina respondentů uvedla sociální dávky (K 2, K 3, K 5, K 7, K 10), což potvrdila i bývalá klientka K 11 „ještě jsem vlastně pobírala hmotnou nouzi.“ Druhá polovina sociální dávky nepobírá z důvodu, že byli vyřazeni z pracovního úřadu anebo na dávky nedosáhnou z důvodu trvalého pobytu u rodičů. Respondenti opatrně uvedli, že zdrojem financí je pro ně výroba a distribuce omamných a psychotropních látek, za což jsou také opakovaně souzeni (viz otázka níže). To uvedla také respondentka K 11: „Z kšeftu bylo matro, matro se naředilo a byly prachy.“ Co se týče dluhů, pouze jeden respondent uvedl, že je bez dluhů (K 7). U dalších čtyř respondentů (K 2, K 4, K 6, K 9) opět hrají velkou roli rodiče, kteří za respondenty dluhy buď zaplatili, anebo je pomáhají splácet. (K 11: „všechno za mě zaplatili naši, to byla spořitelna, Provident, paušály“) Ostatní respondenti své mnohokrát velké dluhy nesplácí a nikterak je neřeší, případně raději neotevírají dopisy.

K 1: „No, nemám ani korunu, protože mám trvalej pobyt u matky.“

Otázka: A kde si obstaráváš peníze třeba na jídlo?

K 1: „Tak jím doma, vaří máma. A třeba na cigarety – no to kouřím od ní, to mi dává, anebo mi dává na tabák, třeba dneska. Jinak jí nic nedávám.“

Otázka: Máš nějaký dluhy?

K 1: „No jako hodně, noo jako nějaká exekuce tam bude. Já nevím, jak to chodí, ale vždycky když přijde nějaký dopis od exekutora, tak na to mám takovej šuplík, tak to tam mám. Nemám to z čeho platit, tak to neplatím. Zatím to nechávám bejt“

K 2: „Pobírám socku. Mám hmotnou nouzi a příspěvek na bydlení, přes léto jsem občas chodil na brigády, ale teď pobírám pouze jen ty dávky, což není žádná výhra a je mi trapný, že bydlím u rodičů a jím zdarma. Na kluka platím dva litry měsíčně.“

Otázka: Máš dluhy, případně jaké a jak je řešíš?

K 2: „No jako oficiální dluhy ne. Můj jedinej dluh je vůči rodičům, kteří za mě všechno zaplatili. Máme mezi sebou jistou domluvu, že bych jim chtěl všechno splatit.“

K 3: „Ze sociálky, mám hmotnou nouzi a z perniku, ale o tom mluvit nebudu“

Otázka: Zeptám se na dluhy?

K 3: „No to mám tak přes milion. Na více místech. Mám exekuce u různých společností. Ale to je neřešitelný.“

K 4: „Nemám žádný příjem, z pracáku mě vyhodili“

Otázka: „A kde si teda obstaráváš peníze, na živobytí, na jídlo?“

K 4: „Z fetu, distribuce a výroba. To je můj jedinej příjem.“

Otázka: Jak jsi na tom s dluhy?

K 4: „Nemám vlastně žádný dluhy, ale až teď, jak mě vyhodili z pracáku, tak budu mít dluhy na zdravotním. Jinak jsem byla celou dobu bez dluhů. Vždycky to za mě fotr nebo matka zaplatili.“

K 5: „No z měsíce na měsíc přežívám. Naučil jsem se trochu, co je to hodnota peněz. To jsem dřív neměl. Ale víceméně naše finance hlídá žena.“

Otázka: A kde teda bereš peníze?

K 5: „Složenka, hmotná nouze. Melouchy – zednická, lopata, krumpáč.“

Otázka: A práce na smlouvu nevychází?

K 5: „Práci na smlouvu nechci z důvodu, že mám takových půjček, že ani sám nevím, kde co mám. Hodně na telefonech, zdravotní pojištění, Provident, Smart a ještě určitě nějaký. No dohromady bych to tak tipl na 600 tisíc. Poštu radši vůbec neotvírám. Kdybych šel na smlouvu, tak mi všechno seberou na exekucích a vlastně bych na tom byl s penězma stejně,

jak na složenec. Sice bych tím asi teda splácel, ale co je mi to platný, když bych chodil do práce s pocitem, že mi z vejplaty zůstávají tři tisíce. Ale asi se tomu stejně nevyhnu.“

K 6: *„Pomůžu našim a něco vyžebřám. Na pracáku nejsem, nemám teď nic, z pracáku mě vyhodili.“*

Otázka: A za co jíš, nebo třeba kouříš?

K 6: *„Jím doma, to mě živí naši a na cigára mi dává mamka. Teď jsem byl i párkrát na železe.“*

Otázka: Jak jsi na tom s dluhy?

K 6: *„Něco mám – Provident, internet, telefon. Splácím to ale s problémama, kdyby mi naši nepomohli, tak bych to splácet nemohl.“*

K 7: *„Jsem na tom blbě. Dostávám dávky, mateřská už mi skončila. Nedostávám ani alimenty od otce dítěte a na dávkách to mám strhnutý, jak kdybych to dostávala. Doma máme navařeno, já akorát pomáhám s úklidem“*

Otázka: Máš dluhy?

K 7: *„Nemám nic.“*

Otázka: A z dávky jsi schopná poplatit vše, co potřebuješ? Kde bereš třeba na cigára?

K 7: *„No z dávky si kupuju tabák, cigára jsou drahý. No a občas děda mi přispěje, třeba stovku, dvě z důchodu. Dřív jsem prodávala, tak jsem z toho nějaký prachy měla. Jinak morfany mám od dealera zadarmo a když někomu seženu perník, tak z toho mám taky jednu dvě čáry zadarmo. Já jsem živá z kontaktů. Prachy si snažím nechat pro malýho. Taky je problém v tom, že když si dám perník, tak hraju automaty – to víc prohraju, než profetuju, takže si radši, když je po sociálce, perník vůbec nedám.“*

K 8: *„Teď jsem začal chodit do práce, předtím jsem kradl třeba flašky, železo a v obchodech. Jinak nejsem na pracáku, práci mám na černo. No a krmím se doma, taky jsem všechno, co mělo nějakou cenu, rozprodal.“*

Otázka: Máš dluhy?

K 8: *„Jo, mám hodně, třeba u Providentu, na telefonech, ale na to seru.“*

K 9: *„Mě živí máma. Nechala si polovinu z mýho stavebka, protože jsem jí stejně dlužil. Ale teď jí nemám z čeho dávat.“*

Otázka: Kde bereš peníze třeba na cigára nebo na drogy?

K 9: „*Ona, když si jde koupit cigarety pro sebe, tak mi koupí tabák a papírky. Co se týče toho eska, tak jí říkám o takový kapesný, třeba 50 korun denně a říkám jí, že to mám na pivko.*“

Otázka: A máš nějaký výdělečný aktivity, třeba krádeže?

K 9: „*To jsem dělal dřív, rozprodal jsem veškerý nářadí, co jsem měl v dílně, drahý knížky, starý mince a bankovky. Ted' už nemám nic, co bych mohl prodat.*“

Otázka: Máš dluhy?

K 9: „*Ne. Oficiálně vůbec, vlastně dlužím jenom mámě, která za mě všechno zaplatila. Snažím se jí v hodně ohledech poslechnout. Taky mě mockrát zachránila prdel.*“

K 10: „*Pomáhám ženský v práci, protože má hospodu. Jinak ze sociálky. Dřív to byl prodej a výroba drog, ted' jsem čistej na šmelinu s fetem.*“

Otázka: A dluhy?

K 10: „*Nějaký jo. Není to nic astronomickýho, to ted' neřeším, nemám z čeho.*“

Jak vnímáš svůj fyzický a psychický zdravotní stav?

V tomto případě jsem chtěla zjistit, jak se respondenti cítí, jak jsou na tom v souvislosti s užíváním drog zdravotně, jak po stránce fyzické, tak i psychické. V souvislosti s délkou užívání drog (viz. Tabulka č. 1) jsem čekala katastrofální hodnocení a diagnózy. Proto jsem byla překvapená, když také zaznívaly pozitivní pohledy, zejména pokud šlo o fyzický stav. Bývalá uživatelka (K 11) s odstupem času uvádí: „*Stíhy, paranoia, pořád mě někdo sledoval, někdo o mě pořád něco povídal.*“

K 1: „*Dobře, cejtím se dobře.*“

K 3: „*No ted' už nějakou dobu posiluju, hodně jezdím na kole, skáču, chodím se psem do lesa, tak se cejtím dobře.*“

K 5: „*Schopen, nemám nějaký problémy.*“

K 8: „*Cítím se být zdrav.*“

K 9: „*To se cejtím zdravej. Takový ty klasický feťácký problémy se mě až tak netýkaj – třeba zuby ty mám naprosto v pořádku*“

K 10: „*Všechno v pohodě.*“

V rámci přiznaných fyzických obtíží se objevují špatné zuby, problémy s žilami, přeléčené, aktuálně léčené či neléčené žloutenky, únava, nebo problematika abstinčního syndromu. K 11: „*No tak, jak to mohlo vypadat, nic jsem pomale nejedla, pořád jsem jen chlastala kafe, žíly mě popraskaly, zuby ty mám úplně v hajzlu, ruce mi tenkrát omrzly, to mám do dneška. A ksicht, nohy, jizvy – měla jsem záseky, pořád jsem se d'oubala, ale úplně do krve.*“

V případě žloutenek mají dva respondenti přeléčenou žloutenku typu C (K 8, K 10), jeden přeléčenou žloutenku typu B (K 9) a dva jsou v akutní fázi žloutenky typu C (K 6, K 7)

K 2: „*Můj fyzický stav je špatnej. Na povrch vyplavaly bolesti zubu, bolest zad a problémy se žaludkem. Ale když konzumuješ perník, tak nic neřešíš a zaháníš bolesti perníkem.*“

K 3: „*Abscesy, a mám problémy se střelením, žíly nedávaj.*“

K 4: „*Po fyzický stránce mám hodně špatný žíly. Už nemám kam dávat, tak dávám, kde to jde. Na nohách mám modřiny, popraskané žíly. Žíly mi zalezly pěkně hluboko. Po těch sedmi letech jsem už došla k nohám a tam už to taky není valný, mě když chce odebrat doktor krev, tak nemám kde a musí mi ji odebrat z třísla.*“

K 6: „*Jsem vycuclej, zesláblej. Ničí mě léčba žloutenky, cejtím jakej, je to pěkněj humus, ale už mi po těch injekcích není tak zle jak ze začátku. Je to utrpení pro to tělo. Žíly mám dorasovaný. Předtím jsem si mohl dát za běhu. Držka se mi rozpadla. Vzhledem k opiátům jsou děsný áčka.*“

K 7: „*Po fyzický stránce mívám často abstáky, to když berem Hydromorfon. Jinak to vidíš, zuby úplně v prdeli. Žíly to samý. No a žloutenku teď prostě neřeším, zatím mě neléčí.* (pozn. Hydromorfon – lék na bolest při onkologických problémech)

K 8: „*Když nemám drogy, tak špatně, prostě áčka. S drogama je mi dobře. Céčko mám už vyléčený.*“

K 9: „*Já, jak mám vyléčený to béčko, tak je to dobrý. Když mám tu drogu, tak mě nic nebolí, a když mě něco bolí, tak jen kvůli tomu, že ji nemám, prostě absták.*“

K 10: „*Jsem unaveněj strašně rychle. Jinak jiný problémy nevnímám. Tu žloutenku, co jsem měl, tak mi přeléčili.*“

V případě psychického stavu se respondenti obtížně vyjadřovali. Spíše uváděli charakterové vlastnosti, které díky užívání drog získali, také uváděli např. nesoustředěnost

nebo nezodpovědnost. V souvislosti s užíváním drog jsou časté deprese (K1, K 2, K 3, K 9), výčitky svědomí. Dva respondenti uvedli, že na deprese či nespavost užívají léky.

K 1: „*Mívám deprese.*“

K 2: „*Provázejí mě všelijaké deprese a výčitky, hryže mě doslova svědomí.*“

K 3: „*No to mám stavy úzkosti, bezmoci, deprese skrz minulost, doháněj mně vzpomínky. Hlavně výčitky, ty jsou nejhorší - skrz rodinu, ségřiny děcka a moje dítě. Měl sem byt, dobře placenou práci, svoji rodinu, auto – teď je to všechno v prdeli a ještě dlužím.*“

K 5: „*Už půl roku neberu prášky na schizofrenii. Nakonec jsem totiž neměl schizofrenii, ale toxickou psychózu s nějakajma trvalejma následkama.*“

K 6: „*Trpím nespavostí, ale na to mám napsaný Neuroly.*“

K 9: „*Psychickej je dobrej. Hlavně kvůli tomu Rivotrilu. Byl jsem v depresích, který teď nemám. Jinak mě strašně brzdí závislost, nejenom při shánění práce ale i při navazování vztahů s ženskajma. Celkově mi to brzdí život.*“

K 10: „*No charakterově mě to zdecimovalo, to jo, ale že bych byl někdy vyplašenej nebo mi hrabalo to ne. Mám hodně silně vyvinutý logický myšlení, takže když mi nabíhaly nějaký schízy, tak jsem si to logicky zdůvodnil a hotovo.*“

Jak u tebe ovlivnilo užívání návykových látek studium či zaměstnání?

Z celkového počtu deseti dotazovaných respondentů má osm základní vzdělání (viz. Tabulka č. 1). Tato otázka měla zjistit, jak respondenti vnímají vliv drog na dokončené vzdělání a jak připisují vlivu užívání drog na možnosti zaměstnání. V případě nedokončeného středního vzdělání vnímají respondenti vliv drog jako podstatný (pět z osmi respondentů s nedokončeným vzděláním). K 11: „*měla jsem jinou zábavu, někde jsem fetila prostě.*“

Dva respondenti uvedli, že důvodem nedokončeného vzdělání jsou jiné problémy (K 4, K 6), protože v průběhu studia ještě drogy nebrali. Dokončené vzdělání mají pouze dva respondenti. K 9 má maturitu, v době studia drogy neužíval, K 2 je vyučen i přesto, že uvedl, že měl se studiem problémy skrz užívání marihuany.

K 1: „*Blbě. Ze školy mě vyrazili, protože sem tam nechodila. O přestávkách jsem si posílala děcka, ať mě jdou k dealerovi pro čáru.*“

K 2: „Pamatuju si, že když jsem chodil na učňák a já celkem dost kouřil trávu. Vždycky jsem se zkouřil a přijel jsem domů pozdě a zkouřenej. Musel jsem se ještě učit, ale vždycky jsem u toho usínal. Díky tý nezodpovědnosti jsem propadal. Naštěstí jsem to zvládl.“

K 3: „Vzdělání mi to ovlivnilo hodně, protože jsem začal hulit trávu vlastně ve třinácti letech už na základce, v osmý třídě už jsem pěstoval. No a zatemnilo mi to mozek, viděl jsem jenom to, kamarády, párty. S tím pak přišla první střelba, jsem si vlastně poprvé rovnou střelil a od té doby to začalo.“

K 4: „Já jsem v době, kdy jsem dělala střední školu, nebrala. Občas jsem jen hulila trávu. Tam to zapříčinili lidi. Na mě to bylo moc, a když jsem měla jít do školy, tak jsem brečela. Mě tam omezoval posměch a ztrapňování od ostatních, přístup učitelů, známkování, zveřejňování známek nahlas. Zkoušela jsem víc škol, ale ten přístup ve mně vyvolal nechuť k jakémukoliv vzdělávání. Začala jsem brát, až když už jsem do školy nechodila.“

K 5: „Drogy to ovlivnily tak, že sem je vůbec objevil a chtěl jsem to probádat, tak jsem se na školu vykašlal. To se nedalo skloubit. Měl jsem strach, že se to proflákne, že zavolají domů ze školy. Ze školy jsem utekl, abych to měl s braním drog jednodušší.“

K 6: „Tam byly spíš jiný problémy, to jsem ještě drogy nebral. Naučil jsem se chodit za školu a stejně, jak jsem začal makat a měl jsem prachy, tak už mi to přišlo zbytečný. Já sem měl víc peněz než s maturou. Do těch 23 let, já jsem měl peněz, než jsem začal brát.“

K 7: „Hodně vzdělání. Pro mě byl největší problém tam vůbec v tom stavu chodit nebo tam vydržet sedět. Mám pokus o 4 školy, ale nic jsem nedodělala.“

K 8: „Hodně. Z každé školy mě vyhodili, protože jsem chodil za školu, nebo jsem tam chodil sjetej.“

K 9: „Školu jsem si dodělal. Mám maturitu. To jsem ještě drogy nebral.“

K10: „Dost. Drogy byly prioritní, než jakýkoliv vzdělání. Nejde to ruku v ruce s fetováním, to se ti přehodnotěj priority a žebříček hodnot, radši se vysmažíš. Dlouho mi trvalo, než jsem pochopil, že do školy chodíš kvůli sobě a pak už bylo pozdě.“

Také v případě zaměstnání jsem chtěla zjistit, jak užívání drog ovlivňuje práci a přístup k zaměstnání. Všichni respondenti jsou momentálně bez pracovní smlouvy. Tím se dá navázat také na předchozí otázku týkající se dluhů, ve které několik respondentů uvedlo, že práci na smlouvu si kvůli exekucím nemohou dovolit. Nicméně momentálně jsou respondenti bez práce úplně. Opakující se příčiny jsou absence z důvodu braní, pocity

sledování, neschopnost pod vlivem chodit do práce. (K 1, K 2, K 5, K 6, K 9, K 10). Dva respondenti vůbec práci nehledají z důvodu toho, že mají pro ně dostačující příjem z nelegální činnosti (K 11: „já jsem nepotřebovala tenkrát pracovat, měla jsem všechno, co jsem v té době potřebovala. Mít co kouřit, mít fet a někde se vyspat a to mi tenkrát zabezpečila socka a kšefty“), pro jednoho je výhodnější zůstat na sociálních dávkách. Dva respondenti důvod nezaměstnanosti přičítají absenci vzdělání (K 7, K 8).

K 1: „Já to mám tak, že na mě je to strašně vidět. Panenky mám hrozně velký, a přece jenom, беру sedm let, sice se nekrotím, ale prostě je to na mě vidět, takže proto bych do práce nešla a když jsem na tom do práce chodila, tak sem měla strašný halušky, že oni to ví, a že si o mně povídají a přitom to ani nebyla pravda.“

K 2: „Do dnes nemám práci, a když jsem jí dříve měl, tak jsem tam zase dlouho nedokázal vydržet.“

Otázka: Jak to?

K 2: „Do práce jsem chodil pod vlivem drog, což se nedalo nějak dlouho vydržet. Práce a drogy, nejdou dohromady. Vždycky jsem měl po nějakém čase absence v práci a to byl důvod, že mě vždycky vyhodili.“

K 3: „No já teď ani nic nehledám. Mám hodně soudů a nemám na to ani čas a ani náladu. Prachy zatím nepotřebuju. Přijdu si šmelinou měsíčně na svoje a to mi stačí.“

K 4: „No práci potřebuju, ale nechci, vzhledem k tomu, že vím, že se ty peníze dají vydělat jinak a mnohem rychleji a víc. Zvykla jsem si na to. Můžu mít za dva dny 40 tisíc. Je v tom ale riziko toho kriminálu.“

K 5: „Jsem schopnej do práce chodit, když to nepřeháním. Což je jen otázka času, kdy to přeženu až do extrému. Pak se těžko udržíš v práci s pocitem, že na tebe někdo čumí, že po tobě jde, nejseš pak vystihovanej vůbec schopnej udržet pozornost na tu práci.“

K 6: „Když se smaží, tak to nic, to tu práci nechcu ani vidět. Už jen tím, co se děje v tý palici a nedá se to zastavit. A ty lidi. Člověk je úplně jinej, je to na něm vidět. Já se vždycky snažím tlumit a kontrolovat, abych se nekrotil, aby lidi nevěděli. A dlouho to vycházelo, než to prasklo.“

K 7: „No kvůli tomu, že jsem fetovala, tak nemám školu a nikde mě nechcou. No a tak když nepracuju, tak víc fetuju, nebo si můžu dovolit fetovat víc, než když bych makala. Ale u mě je to teď čerstvý, předtím jsem nepracovala, pak byl malej a teď nic nemám, tak беру.“

K 8: „Mám problém si práci sehnat kvůli tomu, že nemám vzdělání.“

K 9: „V zaměstnáních, to už jsem pak bral. Tak si toho lidi všímali, přišel jsem kolikrát úplně mimo, tak mě vyrazili. Ovlivňuje mě to při hledání práce pořád. Na tý droze se cejtím dobře, ale hodně mě to oslabuje.“

K 10: „Mám laxní přístup k práci, nejsem motivovanej nabídkou platu. Nebudu dělat za 70 korun, radši budu na sociálních dávkách.“

Otázka: Pochopila jsem dobře, že práci nesháníš?

K 10: „Ne, když beru, tak nejsem schopnej pracovat. Jsem nezodpovědněj, nevydržím tam. Kvůli tomu jsem byl několikrát vyhozenej.“

Dostal ses někdy do konfliktu se zákonem a jaký vliv na to měli drogy?

Tato otázka měla zjistit, zda mají respondenti v souvislosti s užíváním drog problémy s pácháním trestné činnosti. Kromě jednoho respondenta, který s touto oblastí žádné problémy nemá, se objevují obtíže hlavně v oblasti výroby a distribuce omamných a psychotropních látek (K 1, K 3, K 4, K 5, K 7, K 8, K 10) a krádeže (K 1, K 2, K 3, K 5, K 6, K 7, K 10), což v případě výroby a distribuce potvrzuje i bývalá uživatelka K 11: „Nedovolená výroba a distribuce. Jsem za to odsouzená, ale nakonec mě amnestovali“

K 1: „Dostala no. Ted' mi skončily podmínky za krádeže. No a pak tam mám nějakou distribuci.“

Otázka: A ten důvod krádeží je jaký?

K 1: „Protože nebyly peníze, hlavně na fet a na jídlo.“

Otázka: A můžeš mi říct, jak to funguje, krádeže na fet?

K 1: „No normálně, chodíš do supermarketů, do drogerie. To sem vždycky šla, nakradla sem voňavky a pak do non - stopu prodat ty věci barmanům. No když stála dvě kila, tak já sem za to dostala půlku, takže stovku. Nebo hygienu, a s tím se chodilo rovnou k dealerovi na garáž a on mi za to dal váh.“

K 2: „Když jsem byl na ulici a bez peněz, neměl jsem kde spávat a tak jsem si našel neobydlenej dům. Rozbil jsem okno a spával jsem tam. Po čase se na to přišlo, chytli mě a já za to dostal podmínku na tři roky. Taky tam mám krádeže mobilních telefonů, na které se taky přišlo, a já musel platit pokuty.“

K 3: „Drogy na to měly hlavní vliv, dostal no. První trestnou činnost jsem začal ve 14ti – 15ti letech jakože sprejerství, to už bylo pod vlivem. Pak přišly výtržnosti, to bylo spojený hlavně s alkoholem, do toho napadení, čórky, vykrádačky, pak i řízení pod vlivem, distribuce, ublížení na zdraví a vydírání.“

Otázka: A ty krádeže?

K 3: „Kovy, jeden čas jsem dělal taky auta, sem tam v obchodě nějaký blbosti děckám.“

K 4: „Jo, kvůli tomu, že jsem převážela prášky na výrobu pervitinu. Budu souzená za napomáhání výroby pervitinu.“

K 5: „Já sem se tou drogou dostal do takovýho stavu, že vyloženě nevnímáš svý činy nebo to, co děláš. Takže já jsem byl čorkař, když jsem měl možnost něco čmajznout, tak jsem to dělal. Jinak jsem byl na svým písečku, kriminálka o mně věděla, ale moc jsem neprovokoval. Sice jsem si to vyráběl sám pro sebe, ale nikoho jsem tím nezatěžoval.“

K 6: „Až když jsem to začal s fetama přehánět, to jsme jeli pět měsíců v kuse. Nebyly kde na to shánět peníze, ta jsem vykradl kadeřnictví. Všechno mělo jít rovnou k dealerovi za perník. Vyfásl jsem za to hodiny.“

K 7: „Noo. Tříkrát razie, byla jsem u varu. Pak za krádení, to jsem kvůli drogám kradla hygienu. Pak taky jídlo, že jsem na něj neměla kvůli drogám.“

K 8: „Dostal. Mám rok a půl podmínku za distribuci omamných a psychotropních látek. Našli u mě hodně fetu.“

K 9: „Ne. To se mi nestalo.“

K 10: „V souvislosti s drogama tam mám výrobu a distribuci. S tím taky souvisí krádeže v obchodech.“

Otázka: Krádeže jaký?

K 10: „No abych měl něco k jídlu, nebo kouření“

Zkus mi popsat, jak by chtěl, aby vypadal tvůj život, když bys nebral drogy?

Tahle otázka si kladla za cíl, aby respondenti vyslovili to, jak by chtěli, aby jejich život vypadal, když by nebrali drogy. Respondenti v podstatě vyjádřili to, co jim v životě chybí a čím jsou zatíženi a nemohou se z toho vymanit. Také jsem u této otázky předpokládala, že budou své představy vyjadřovat slovem „normální“, proto mě také zajímalo, co v jejich pojetí výraz normální znamená. V tomto případě se zdá být

normální rodina, děti, práce, dokončené vzdělání, zázemí, peníze a život bez drog, což se shodovalo u všech respondentů. S ohledem na momentální abstinenci a stabilizaci životního stylu uvádí bývalá uživatelka: „*No asi bych rozhodně chtěla studovat vysokou školu, mít pěknou práci. To vnímám jako něco, co mi v tom životě chybí.*“

K 1: „*Nevím, no jako normálně, jako u každého člověka, kterej nebere drogy. Dokážu si představit, že tady jezdím s kočárkem. No prostě normální život.*“

Otázka: Co je pro tebe to normální?

K 1: „*Hlavně mít domov, rodinu a práci.*“

K 2: „*Žít spokojenej život a být oblíbený okolím. Chtěl jsem vydělávat i velké peníze a mít svojí úplnou rodinu, kterou bych bez problému dokázal uživit. Rozhodně by to byla úplně jiná soc. úroveň. Pro mě je určitě spokojenej život žít bez drog, protože s drogama člověk nežije.*“

K 3: „*Prostě chci rodinu zpátky. To je pro mě nejdůležitější. Nic víc nechci, jenom rodinu. Mít ženskou, dobrou práci, vědět že si kdykoli můžu zajet na dovolenou, na vejlet s děckem, prostě normální život.*“

K 5: „*Všechno by bylo úplně jinak. Chtěl bych školu dostudovanou, možná bych šel i dál, udržel bych se v práci. Rozhodně bych měl úplně jinej pohled. Asi bych byl i sportovec, měl bych záliby, koníčky. Bylo by super vydělávat si na něco a mít k tomu smysluplný důvod.*“

K 6: „*Normál.*“

Otázka: A co je to normál?

K 6: „*Prácičku, zázemí, kompl, telku, vybavení doma, po čase, holku, rodinu, děti.*“

K 7: „*No bejt daleko odsud. Snažit se z malýho udělat pořádnýho člověka. Chtěla bych zázemí, bez drog, abych se cítila sama sebou jistá. Ted' nejsem schopná se postarat tak, jak bych chtěla.*“

K 8: „*Chodil bych do práce, bydlel sám, pohoda, přítelkyně...*“

Otázka: Co je pro tebe pohoda?

K 8: „*Bez drog, mít peníze, ideálně mít peníze a nechodit do práce.*“

K 9: „*Chtěl bych stálou práci, bydlení, mít normální přítelkyni.*“

Otázka: A jaká je normální přítelkyně?

K 9: „*Která nic nebere, a která tu minulost pochopí.*“

K 10: „*Určitě bych dodělal školu, maturitu a dneska už bych podnikal. Neměl bych dluhy.*“

Co tě ve tvé komplikované situaci drží nad vodou?

S ohledem na předchozí otázky, na problematiku závislosti, dluhů, trestné činnosti, zdravotní stav jsem chtěla zjistit, co v problematických situacích dodává respondentům energii, sílu, co je drží nad vodou. Tady se rozcházejí výpovědi do dvou rovin. Sedm respondentů drží nad vodou člen rodiny, ve třech případech je zjevná fixace na matku (K1, K 8, K 9), čtyři respondenti přikládají význam dětem (K 2, K 3, K5, K7). Druhá rovina se opírá o víru, naději, pozitivní pohled. (K 3, K 4, K 6, K 10). Podporu rodiny potvrzuje také bývalá klientka: „*I když jsem měla zavřené dveře, tak mě hodně drželi nad vodou. Taky vlastně to, že když víš, že se ti zavřou dveře doma, že už fakt nemáš kam jít, když seš úplně v hajzlu, to mě odrazilo ode dna. Našim jsem hodně vděčná.*“

K 1: „*Mamka. Skrz to, když sem u mamky, tak беру mnohem míň. Vím, že mamka to pozná. Vím, že když by to poznala, nebo na mě viděla vpichy, tak mě zase vyhodí.*“

K 2: „*Co mě drží nad vodou a nutí mě stále po 16 letech závislosti bojovat, je s jistotou můj 8 letý syn. Chci tady pro něj být, vím, že mě potřebuje a potřebovat ještě bude.*“

K 3: „*Hlavně teď děcka od té kámošky, jinak bych se zbláznil. Prostě mě naplňuje kontakt s těma dětma a taky pocit, že by to mohlo bejt lepší, když jsem se odstěhoval. Taky mě drží nad vodou pes, prostě zodpovědnost za někoho.*“

K 4: „*To jsou šťastný myšlenky. Je jich spousta. Jsou to spíš okamžiky, na který když si vzpomeneš, tak ti dodají sílu a chuť ještě žít. Drží mě optimistickej pohled do budoucna, že neskončím tak, jak se předpokládá, že skončím.*“

K 5: „*Rozhodně moje děcka. Když je vidíš, tak mě to v tom všem brzdí. Nemůžu se sesypat a bejt pesimistickej. Jednou je mám, tak od toho nemůžu utéct.*“

K 6: „*No tak ještě se nestaly tak hrozný věci, abych to úplně vzdal. A chci, aby to byl jinak, né takhle. Ještě věřím.*“

K 7: „*Malej. Mám důvod, proč žít.*“

K 8: „*Máma. Mámu mám natolik rád, že to nemůžu jen tak zabalit.*“

K 9: „*Drží mě máma, já jsem jedinej koho ona má. Já bych vlastně zabil dva lidi. To mě udrželo i v těch největších sračkách, depresích, ve všem.*“

K 10: „*Vzhledem k tomu, že už několikrát jsem si prošel tím kolečkem - fetuju, přestávám, pracuju, fetuju..., tak vím, že to nějakým způsobem jde. A jde to i bez léčby, jenom člověk musí mít vůli a chtít. Nad vodou mě drží naděje a zkušenosti. A taky víra v lidi. Pořád věřím, že jsou lidi dobrý, že nejsou všichni zlý. Nejsem zatrpklej.*“

Z jakého důvodu využíváš služby Káčka?

Tato otázka měla zjistit, proč respondenti využívají služby Kontaktního centra. Nejčastěji uváděným důvodem jsou poskytované služby, zejména výměnný program, který spočívá v poskytnutí čistého injekčního materiálu a zdravotního materiálu potřebného k bezpečné aplikaci. Kvůli výměně injekčního materiálu využívá služby všech deset respondentů. Dalším důvodem, který se opakuje je pokec či poradenství. Jako důvod k využívání služeb uvedlo „pokec“ či popovídání si osm respondentů (K 1, K 2, K 3, K 4, K 5, K 6, K 7, K 9). Dalším důvodem jsou orientační testy na přítomnost protilátek HIV, HBV, HCV a Syfilis, které jsou důležité pro tři respondenty (K 2, K 3, K 4). Pro dva respondenty jsou významné doplňkové služby v podobě potravinového a hygienického servisu (K 5, K 10). Pro porovnání uvádí K 11: „*Hlavně výměna, pak praní, pak sprcha, poradenství, zevlit, někde se schovat v teple a nažrat se.*“

K 1: „*No přece abych si vyměnila buchny ne...no a když nepotřebuju vyměnit, tak na pokec.*“

K 2: „*Kvůli výměně a také kvůli poradenství co se týče léčeben. Také využívám testy na žloutenky a HIV.*“

K 3: „*Počáteční důvod byl takovej, že jsem neměl za kým jít s tím vším. Potřeboval jsem prostě s někým pokecat a neměl jsem to komu říct a pak jsem poznal, jaký jste, že mi pomáháte řešit různé problémy no a hlavně taky kvůli výměně a testům.*“

K 4: „*No tak abych neměla žloutenku a nemoci. Když už jsi feťák, tak budiž, ale radši čistej feťák, než použitý jehly a výpůjčky mezi sebou. Fuj to vůbec. Nikdy jsem si špínou nedala. No a tak testy, a pak taky kvůli kontaktu. Jsem na to zvyklá, a když se nesejdeme, tak už mi to chybí, protože aspoň pokecáme.*“

K 5: „Začal jsem, když jsem vyváděl, dělal jsem strašný šílenosti a divím se, že nemám žloutenku. Byl jsem kvůli fetu schopnej projít celý město a první špínou, co jsem našel si dát. Takže ta výměna. Jinak začal jsem využívat v době, když jsem byl na ulici. Důležitý bylo dát si kafe, polívku, vysprchovat se, nechat si vyprat věci a oblíct se do čistýho. Taky když jsem chtěl z těch drog utýct, tak jsem potřeboval řešit pracák.“

K 6: „Kvůli čistejm a kvůli tomu, že si můžu vypovídat.“

K 7: „Kvůli tomu, že nejsem prase. Kvůli čistejm jehlám. Taky kvůli pokecu.“

K 8: „Kvůli výměně buchen a kvůli materiálu okolo toho.“

K 9: „Potřebuju si hlavně vyměnit veškerý nádobí. Pomáhá mi to i psychicky, protože spolu můžeme vyřešit různý problémy. Rád si chodím promluvit.“

K 10: „Kvůli těm službám, hlavně kvůli výměně. Pak taky sprcha, pračka.“

Jak hodnotíš spolupráci, v čem je pro tebe Káčko přínosné?

Tato otázka měla objasnit, jaký přínos má poskytovaná služba v životech respondentů, případně jak hodnotí spolupráci. V několika případech (K 1, K 6, K 8) vnímají respondenti za přínos právě ve výměně injekčního, což je, jak vyplývá z předchozí otázky, jeden z hlavních důvodů, proč respondenti služby využívají. Důležitost dále spočívá také v tom, že si respondenti mohou s někým popovídat, kdo je neodsoudí, vyslechne, řekne svůj názor a poradí (K 2, K 4, K 5, K 7, K 8, K 9). V tomto případě jsem navázala na osoby pracovníků v další otázce. Bývalá uživatelka uvádí: „Když jsem potřebovala, tak mi někdo pomohl a hned. Prostě tam byla jistota, že se můžu na někoho obrátit. Když nemáš za kým jít a seš úplně sám a v hajzlu.“

K 1: „Přináší mi to to, že si můžu popovídat a vyměnit ty špinavý buchny a nemusím si dávat po sobě.“

K 2: „Asi největším přínosem je, že jsem se vždy mohl se vším svěřit a bylo mě vyslyšeno, pochopeno a dostal jsem hned několik zpětných vazeb, které mě otevřely oči a posunuly o krok dopředu.“

K 3: „Výborná spolupráce, jsem rád, že vás máme, protože nevím, co by bez vás člověk dělal, teď bych byl asi někde mrtvej nebo v nějaký nemoci a nechtěl bych to zažít.“

K 4: „Hlavně v tom, že si se mnou někdo popovídá, kdo mě vyslechne. Někdo normální, kdo nebere a přitom neodsuzuje feťáky, neodsuzuje lidi, co dělají něco, co by neměli.“

K 5: „Káčko je pro ty lidi strašně významný. Normální lidi tě odepíšou, seš pro ně jen nějaká blbá fetka. Na Káčku se na tebe dívají jako na člověka. Pomoc v tom, jak se dostat do normálu. Nevěděl bych ani co vyplnit do papíru na pracáku.“

K 6: „Je to anonymní, nemusím chodit do lékárny, tam chodí plno lidí a chtějí tam inzulínky, to je divný, ještě na malém městě.“

K 7: „Přínos je u mě hlavně v osobě toho pracovníka, se kterým si můžu popovídat o čemkoli a neodsoudí mě.“

K 8: „Že si nemusím dávat špínama, omezíš tím nemoci, nechytneš céčko.“

K 9: „Je to pro mě přínosný psychicky. Často myslím na vaše rady, když uvažuji o abstinenci. Taky mi v hlavě zůstávají a můžou se mi hodit do budoucna. Dost myslím na to, o čem spolu mluvíme.“

K 10: „Jako dobrou. Dává mi to jistotu toho, že mě tady dáte do kupy.“

Co pro tebe znamenají pracovníci na Káčku? Jak moc jsou pro tebe důležití a proč?

Na K-centru Noe má každý klient svého garanta, který s ním pracuje jak v rámci kontaktních služeb, tak v terénním programu. V některých případech znají klienti pouze svého garanta.

Z této otázky mě zajímalo, jak respondenti vnímají pracovníky K-centra, co pro ně znamenají, případně, co je pro ně v kontaktu důležité. Důležité je pochopení, vcítění se a lidskost (K 2, K 3, K 8, K 9). Důležitost pracovníků spočívá také v popovídání si, když se respondenti nemají na koho obrátit (K 4, K 5, K 6). Zároveň je podstatné, když se respondenti nemusí přetvařovat, vše probíhá narovinu, upřímně a bez zbytečného „chlácholení“ (K 4, K 5, K 7, K 10). Důležité je také přijetí se vším všudy (K 5, K 8, K 10), což potvrzuje i K 11: „Tady byly dveře vždycky otevřené, tady tě vždycky někdo vyslechl, člověk byl vyslechnutěj i se sebevětší sračkou.“

K 2: „Vždy u nich najdu pochopení. Vždycky se můžu spolehnout, když je potřebuju, ať z hlediska diskrétnosti, dochvilnosti, ale i dobrých cenných rad. A taky lidskost, se kterou se člověk, když je silně závislej, moc nesetkává.“

K 3: „Vnímám to hodně tak, že to poskytuje právě ten člověk. Tuhle práci by nemohl dělat jen tak někdo. Musí se ten člověk dokázat vžít do té situace a pochopit ty lidi.“

K 4: „Pracovníci jsou pro mě důležití. Já když potřebuju pomoci, tak mi pomůžou, nebo poradí, zjistí. Myslím, že máme vzájemnej vztah. Musí z něj zářit slunko, musí mi bejt příjemnej, aby byl hodnej a neodsuzoval lidi a přitom ti řekne, co si myslí. Musím mu věřit. Pomáhá mi názor i z jiný strany. Nemám moc lidí, se kterýma bych si mohla popovídat.“

K 5: „Jsou pro mě hodně důležití, protože už jen to popovídání si, když máš tu psychiku v háji a nemáš si s kým promluvit. Pracovníci si s tebou vždycky promluví, nakopnou, podpoří a dodají strašně odvalu. Je důležitý, aby pracovníci brali ty lidi jaký jsou. Aby byli tak trochu jako rodič, nemazali med kolem pusy a řekli na rovinu jak to je. A nechlácholili. Musí to bejt tak akorát. Žádný přetvářky, tak jak to je. Hlavně to, jak ten člověk vypadá, špinavej, tak se na tebe všude podívaj jako na hnus, ale na káčku, když tam přijdeš špinavej sebevíc, tak ti ty lidi prostě pomůžou.“

K 6: „Pracovníci jsou pro mě důležitý hodně. Já mám rád ten pokec tady. Mokrát mi pomohlo, že jsem to mohl říct garantovi, protože jsem neměl nikoho jinýho, komu bych to mohl říct.“

K 7: „V tom, že jsem schopná se otevřít a nepotřebuju se přetvařovat. Pracovník má bejt takovej, aby uměl naslouchat a aby věděl, co má v určitou chvíli říct, aby byl upřímnej, aby mě nechlácholil, aby to bylo na rovinu.“

K 8: „No, aby se tě pracovník neštítíl. Normální přístup. Jako člověk s člověkem a ne jak feťák s někým jiným. Pracovník musí bejt lidskej.“

K 9: „Jsem moc rád, že máme ten prostor a můžeme si promluvit, že vás zajímá, jak se mám. Že jste chápejí vůči problémům, umíte se vcítit do druhého. To je důležitý to pochopení.“

K 10: „Hlavně vám je jedno, jestli jsem nebo nejsem vyjetej, tady si nemusím na nic hrát. Vy nabízíte možnosti, ale nenuťte, je jen na tom člověku, jestli to udělá. Je mi tady dobře. Tady člověk může říct, že je na dně, protože jinde bych to neřekl, to se za to stydím. Tady si dovolím bejt sám sebou, řeknu tady to, co jinde ne.“

Jak by vypadal tvůj život, kdyby nebyla možnost využívat služby Káčka? Co by bylo jinak?

Tato otázka si měla ověřit, co je pro respondenty vlastně důležité na poskytovaných službách, což jsem chtěla zjistit tak, že si respondenti představí, co by bylo jiného, kdyby možnost využívat služby nebyla. Nejčastěji uváděné důvody se shodují s tím, co respondenti uváděli u otázky, proč vůbec služby využívají. Při představě, co by bylo jinak, kdyby nemyla možnost služby využívat, mají respondenti pocit, že by už nežili, protože se ocitají v situacích, kdy se nemají na koho obrátit, komu se vyzpovídat (K 2, K 3, K 4, K 5, K 6), také zdůrazňují to, že kdyby nebyla možnost výměny jehel, určitě by byli nakaženi nějakou infekční chorobou (K 2, K 5, K 10), přičemž do lékáren pro jehly by se jim chodilo obtížně kvůli anonymitě nebo přístupu pracovníků v lékárnách (K 1, K 4, K 7). Pro respondenta K 10 je to těžké si představit, jelikož služby využívá od začátku svého užívání drog, v čemž se shoduje i s bývalou uživatelkou K 11: *„nedokážu posoudit, od té doby, co jsem fetovala, tak ta možnost byla“*

K 1: *„No nevím, asi bych chodila pro čistý do lékárny. Ale tam ten přístup je taky děsnej. Radši ti řeknou, že nemají. No a minimálně bych už asi měla žloutenku.“*

K 2: *„Věřím tomu, že už bych měl dávno pozitivní testy na žloutenku anebo bych tady už dávno třeba ani nebyl.“*

Otázka: Jak to?

K 2: *„Protože jedinej, kdo mě byl schopnej vyslechnout a pochopit v těch největších sračkách, byly právě pracovnice z K – centra.“*

K 3: *„Nedokážu si to přestavit.“*

Otázka: Je to obtížný?

K 3: *„No, protože kolikrát jsem byl fakt takových situacích, kdy jsem neměl nikoho, kdo by to pochopil a vyslechl mě.“*

K 4: *„No to si ani nedovedu představit. Sice je možnost jít do lékárny, ale vem si, kolik to stojí. Ještě si shánět peníze na jehly. Víím, že ostatní by si to nekupovali tak často, jak by to potřebovali. Taky by mi chybělo to pokecání a to podělit se.“*

K 5: *„Už bych tady nebyl.“*

Otázka: Jak to?

K 5: „Když jsem měl infarkt, tak mě pomohli jenom na Káčku, to už bych fakt byl mrtvej, nehledě na to, že jinak by mě zabila žloutenka, kdybych nemohl měnit.“

K 6: „Bylo by to asi celkově jiný. Možná bych tady už nebyl, když mám depky a nejradši bych se zabil, tak se tady vykecám.“

K 7: „Stoprocentně bych měla větší problém s tím shánět lidi, který by mi chodili do lékárny kupovat čistý. Do lékárny bych nikdy nešla.“

K 8: „Musel bych chodit do lékárny, kupovat si, dávat si špínama.“

Otázka: A v čem je problém chodit do lékárny teď?

K 8: „No na malým městě je to velkej problém, dost se to pak rozkřikne a už je to zase něco navíc. I když máš nálepku feťáka, tak půlka lidí neví, že si to šlehám. Tady každej zná každýho a hned se to roznese. Je lepší jít sem a neukazovat se.“

K 9: „To bych musel chodit do lékárny. Ale to by nebylo na dlouho, divím se, že ty jehly pořád prodávají.“

Otázka: A v čem je lepší přijít na Káčko, než jít do lékárny?

K 9: „Tam jsou lidi, kteří mě znají. Jít tam, je to dost nátlak. Prodavačky znají mou mámu. Tohle je pro mě bezpečný.“

K 10: „Asi už sem dneska plnej chorob. Jinak je to těžká představa, když ty služby využívám hned od začátku.“

Popíšeš mi nějakou situaci, ve které ti bylo Káčko nebo pracovníci největší oporou?

U této otázky jsem chtěla zjistit, v jakých situacích mělo poskytování služeb v životech respondentů zásadní roli. Jedná se o krizové situace, týkají se zejména zdraví, kdy byly pro respondenty v šesti případech důležité zdravotní informace, poskytnutí zdravotního ošetření, případně doprovod k lékaři (K 1, K 4, K 5, K 7, K 8). Jako zásadní považují respondenti také popovídání si v náročných situacích (K 3, K 6, K 9, K 10) a také podporu v podobě potravinového a hygienického servisu pro respondenty, kteří se ocitli na ulici (K 2, K 10). Závažnost situace potvrzuje také bývalá uživatelka K 11: „Nejvíc, no když jste mě odváželi ze squatu, měla jsem psychózu, tekla ze mě krev – to jsem zrovna potratila. To už prostě přeteklo, to už jsem frčela ve všem, perník, klepky, metadon, měsíc v kuse a moc. To bylo hrozný psycho. To jste mě vysvobodili.“

K 1: „Jo, když jste se mnou jeli do Třebíče do nemocnice na testy, protože mi u vás vyšel pozitivní test. Prostě jsem se bála a vy jste tam se mnou jeli, a drželi mě za ruku. To byla veliká a vlastně jediná opora.“

K 2: „Jednou jsme se měli sejít, já byl na ulici. Když přijela pracovnice a viděla, jak vypadám, že sem jí téměř omdlíval před očima, protože jsem byl několikátý den bez pití a jídla, celej jsem se trásl a neudržel jsem se na nohou, tak mě vzala, dala mě napít a najíst. Nikdy na to nezapomenu, mě to strašně zahřálo u srdíčka, že je někdo, kdo mě pomohl a podal ruku, když jsem byl na dně.“

K 3: „Když jsem do toho hodně vlítnul. Mohl jsem přijít a vybrečet se. Pracovnice mi řekla, co a jak, poradila mi, ukázala mi cestu, když už jsem začal fetovat. Pak ještě když si na mě udělala čas, vzala auto a vezla mě na soudy, vůbec jsem nevěděl, co a jak a bál sem se.“

K 4: „Nejvíc asi s potratem. Rozhodně v tý podpoře mého rozhodnutí, i když jste nechtěli. V tom, že do mého životního stylu dítě nepatří a že se nehodlám zatím měnit. Prostě jsem potřebovala pomoci s potratem a zjistit informace okolo toho, který si smažky nedokážou sehnat. Pomohli jste mi s tím postupem, kam jít, co dělat. A hlavně rychle.“

K 5: „Když jsem s jednou ženskou čekal dítě a asi po šesti dnech, co jsem v kuse fetoval, jsem dostal infarkt. Měl jsem křeče, začal jsem omdlívat a stresovat, že je něco špatně. A teď kam jít? Takže v takových situacích je to bod, kam jít. Že máš vůbec možnost, že to vůbec existuje.“

K 6: „Vždycky když jsem byl na něčem dlouho a už mi hrabalo a byl jsem na dně, nejvíc prostě ta zpověď.“

K 7: „To bylo v situaci, kdy jsem měla jít k doktorce a měla jsem strašný žíly. Strašně jsem se bála, že se to proflákne. U vás jste mě ošetřili a dali mastičku, která přes noc zabrala, a druhý den bylo všechno v pohodě. To mě zachránilo.“

K 8: „To vím přesně, to bylo v situaci, kdy jsem zjistil, že mám céčko. To, že jsem to mohl s někým sdílet, že v tý situaci na dně o tom se mnou někdo mluvil. Zásadní bylo už jen to, že jsem to vůbec prostřednictvím toho Káčka zjistil, že tu žloutenku mám.“

K 9: „Vybavuju si všechny ty naše kontakty, kdy jsem si mohl promluvit o těch mejch problémech.“

K 10: „*Když jsem byl na ulici. Možnost se přijít ohřát, umejt, najíst a někomu říct, že mě to sere.*“

Je něco, v čem ses naopak na Káčku zklamal, nebo ti nevyhovuje?

Tuto otázku jsem z důvodu stejných odpovědí u všech deseti respondentů z vyhodnocování vypustila. Všichni jsou spokojeni a nemají nic, co by jim nevyhovovalo. Bývalá klientka potvrdila a uvedla: „*Zpětně si nic nevybavuju.*“ Jsem si ale vědomá, že na tuto otázku se pracovníkovi odpovídá velice těžko.

Jednou větou nebo slovem vystihni, co pro tebe Káčko znamená.

Touto otázkou jsem chtěla shrnout předchozí rozhovory a zjistit, co prvního se respondentům vybaví. Bývalá klientka uvedla: „*V tý době rodinu a druhej domov.*“ V odpovědích se opakují výměna (4x), pracovníci (2x) ale hlavně jakási jistota, naděje a podpora (6x).

K 1: „*Káčko je káčko. Čistý buchny a pracovníci.*“

K 2: „*Pro mě je Káčko bílé světlo v temnotě.*“

K 3: „*Pomoc a podpora*“

K 4: „*No ještě že to existuje, je to pro mě taková jistota*“

K 5: „*Druhej domov, rodina.*“

K 6: „*Výměna a pracovníci*“

K 7: „*Výměna, čistý jehly, hygiena v užívání.*“

K 8: „*Výměna.*“

K 9: „*Jistotu.*“

K 10: „*Azyl, maják, světlo na konci tunelu.*“

SHRNUTÍ

Užívání drog sebou nese řadu jevů. Mezi sociální souvislosti patří nízké vzdělání, nezaměstnanost, problémy ve vztazích a rodině, nekvalitní a nestálé bydlení, bezdomovectví a další problémy. Často se vyskytují současně a mohou vést k sociálnímu vyloučení (Kalina et al, 2008, s. 330). Proto mě zajímalo, jaké to v současné době mají klienti K – centra Noe právě v oblasti bydlení, vztahů s rodinou, se zaměstnáním a případně se zdravotním stavem.

Jaká je aktuální životní situace problémových uživatelů drog měla zmapovat první specifická otázka. V oblasti bydlení byli dotazovaní respondenti víceméně zajištěni bydlením u rodiny. Rodina v tomto případě hraje významnou roli v životě uživatelů. Nejedná se jenom o zajištění bydlení a stravy, ale také, pokud to jde, o výraznou pomoc v oblasti dluhů, kdy se rodina o zaplacení dluhů zasloužila nebo pomáhá se splácením. Zadluženost je u problémových uživatelů zásadní. Jedná se kolikrát o stotisícové dluhy. Pokud se v řešení zadluženosti nepromítá rodina, uživatelé pro neschopnost splácet, dluhy vůbec neřeší. To posléze souvisí i s tím, že pokud mají uživatelé možnost pracovat, raději volí práci na černo, aby z důvodu exekuce o plat nepřišli. Co se týče práce, ta je do jisté míry ovlivněna nízkým vzděláním, resp. základním vzděláním, kterým uživatelé disponují. Základní vzdělání byla drtivá většina respondentů schopna připsat právě užívání drog. V současné době byli všichni respondenti odkázáni na sociální dávky, nebo v případě, že nejsou vedeni na úřadu práce, opět odkázáni na zabezpečení ze strany rodiny. Dalším jevem, který se dá uživatelům drog připsat je fakt, že nejsou, pokud užívají drogy, ani schopni do práce chodit nebo si ji udržet. Výrazný vliv na to mají pocity, že je někdo sleduje, pomlouvá, že nejsou schopni vydržet mezi lidmi anebo absence. Respondenti si jsou vědomi toho, že pokud berou, tak se to s prací skloubit nedá. Několik respondentů přiznalo, že vlastně ani práci nepotřebují, že si díky sociálním dávkám a nelegální trestné činnosti, spojené s výrobou a distribucí omamných a psychotropních látek, přijdou měsíčně na své. Na příjmech se tedy výrazně podílí trestná činnost. U problémových uživatelů drog se jedná o výrobu a distribuci drog, velmi časté jsou také krádeže v obchodech kvůli jídlu nebo kvůli drogerii a oblečení, které smění za drogy nebo za peníze. Co se týče zdravotních problémů, objevují se špatné zuby, problémy se žilami, časté jsou žloutenky a problematika abstinčního syndromu v případě užívání opiátů. Po psychické stránce jsou časté deprese, stíhy, paranoia a podezírání. Výrazný podíl na tom, jak se respondenti vnímají, je to, že jsou „profláknutí“, mají nálepky feťáků a mají připsané skutky, které

souvisí s užíváním drog. Pokud respondenti vyjádřili to, po čem touží, jedná se o rodinu, děti, práci, dokončené vzdělání, zázemí, peníze a život bez drog, což se s ohledem na výraznou zadluženost, nezaměstnatelnost, nízké vzdělání a aktuální problémové užívání drog, zdá být nemožné. Pokud problémové uživatele něco drží nad vodou, jsou to opět rodinní příslušníci, často matka anebo jejich děti. Podstatná je také víra a naděje, že bude líp.

Jaký má význam poskytovaná služba v životě problémových uživatelů drog, měl zmapovat druhý okruh otázek. Prvopočátečním důvodem, proč vyhledat služby K – centra je bezpochyby výměnný program. U problémových uživatelů, kteří užívají drogy nitrožilně je jistá obava z možného nakažení infekčními chorobami, což potvrzují i v případě, když by službu využívat nemohli. To, proč chtějí získávat injekční materiál právě od K-centra, spatřují zejména z obav pořizovat si materiál v lékárně. Jednak kvůli anonymitě, ale také např. kvůli přístupu zaměstnanců lékáren. Dalším důvodem jsou kontrolní testy na přítomnost protilátek právě proti infekčním chorobám. Důležité jsou také doplňkové služby v případě, kdy jsou uživatelé bez přístřeší nebo nemohou jít domů. Jedná se hlavně o potravinový servis v podobě kávy a instantních polévek, možnost vysprchovat se, vyprat si oblečení, ale také někde se zahřát. Dalším významným důvodem, proč vyhledávat služby K – centra je také popovídání si a to zejména v případech, kdy se nemají uživatelé na koho obrátit. To proč se obracejí právě na K-centrum, je důvod, že je nikdo neodsoudí a vyslechne je bez zbytečných odkladů, což úzce souvisí zejména s postavami pracovníků, kteří v poskytovaných službách hrají významnou roli. Pro problémové uživatele je zde důležité, že se nemusí přetvařovat, mohou být sami sebou a hlavně jsou od pracovníků přijímáni se vším všudy, v jakémkoliv stavu tzn. i v případech, kdy jsou intoxikováni či špinaví. Popovídání si s někým, kdo je pochopí a vcítí se, je zároveň důležité v krizových situacích, kdy by je někdo jiný odsoudil, nebo když nechtějí, aby o jejich krizové situaci někdo věděl. V tomto případě oceňují anonymitu a diskrétnost. Každý uživatel má „pomyslné dno“ někde jinde, každopádně pokud jsou v takové situaci, se kterou si neumí poradit, obracejí se na K-centrum s jistotou toho, že dveře jsou vždy otevřeny a jedná se s nimi narovinu. I přesto, že je K – centrum prostředek k čistým jehlám, je také u některých uživatelů považováno za druhý domov a rodinu.

DISKUZE

Témata sociálního vyloučení, stejně tak problematika užívání drog, jsou velice obširná a nebylo cílem této práce je objasnit ve všech jejich rozmanitostech. Přesto jsem získala cenné informace studiem dostupných zdrojů a z rozhovorů s respondenty. V tomto případě považuji jako cenný zdroj publikace Drogy a drogové závislosti od Doc. MUDr. PhDr. Kamila Kaliny, který je považován za přední postavu české drogové problematiky. Při zpracování jsem opakovaně na čerpání z tohoto zdroje narážela i od jiných autorů. Velký přínos spatřuji zvláště v osobním vztahu s dotazovanými respondenty. Troufnu si tvrdit, že pokud by měl uskutečňovat rozhovory někdo jiný, koho respondenti neznají, zřejmě by požadované informace vůbec nezískal. Velice si cením otevřenosti a upřímnosti zejména v citlivých informacích, které se týkaly např. trestné činnosti, ale i nepříjemných zkušeností. V několika případech jsem byla opravdu ráda, že mám s respondenty osobní vztah a mám zkušenosti s prací s nimi, protože se právě při povídání o nepříjemných věcech rozbřečeli a bylo nutné se ujistit, zda rozhovor končíme bez výraznější újmy. Jako pozitivní vnímám i možnost realizovat rozhovory v přirozeném prostředí klientů v terénu. Nevýhodou však v tomto případě byl hlavně fakt, že výběrový soubor byl nastaven na problémové uživatele drog, což přinášelo obtíže např. v akutní intoxikaci uživatelů nebo časové omezenosti rozhovorů. V některých případech se respondenti obtížně vyjadřovali, bylo nutné upřesňovat kladené otázky, přizpůsobit jazyk respondentům ale také klást doplňující otázky v případech, že respondenti spoléhali na to, že znám jejich situaci. Proto bylo nutné vybízet respondenty k popisu situace i přesto, že jsem odpověď v některých případech znala, zvláště při otázkách na aktuální životní situaci. Co vnímám za přínosné, jsou získané informace týkající se postavení K-centra v životech respondentů. Pro mě, jako pro pracovníka, byly tyto informace zcela nové a jsou nejen pro mě a mohou být i pro další kolegy, pracující v nízkoprahových zařízeních zpětnou vazbou na svoji práci, které se jim s ohledem na cílovou skupinu nedostává. Dává to jistou naději, že má tato práce smysl. Výpovědi respondentů mohou být brány jako velké díky pracovníkům za to, že v krizových situacích zde pro uživatele drog jsou.

ZÁVĚR

Teoretická část se v první kapitole věnuje sociálnímu vyloučení se zaměřením na uživatele drog. Specifikuje cílovou skupinu a vymezuje rizika vyloučení. V další části je definován systém péče o uživatele drog v České republice, jehož jednotlivé složky se podílejí na resocializaci, pokouší se o stabilizaci životního stylu a začlenění uživatelů drog do běžného života. Další část blíže specifikuje sociální služby nízkoprahových zařízení v péči o uživatele drog a vysvětluje princip Harm reduction. V poslední kapitole teoretické části je představeno zařízení sociálních služeb, K – centrum Noe v Třebíči, jehož klienti byli dále předmětem rozhovorů v části praktické. Cílem praktické části bylo zjistit, jaká je současná životní situace problémových uživatelů drog a jakou roli v jejich životě má poskytovaná služba, která pomáhá jak jednotlivým klientům, tak společnosti v oblasti prevence, kriminality, zdravotních rizik apod.

Co se týče uživatelů drog, má sociální pedagogika své místo hlavně v odborných výchovných a vzdělávacích činnostech. Obvykle jsou to takové činnosti, které směřují k aktivizaci životního způsobu, k rozšíření vědomostí, dovedností a návyku klientů, které vedou ke změnám v rizikovém chování. Neméně důležité je sociálně – právní pomoc při jednání s institucemi. Nezastupitelnou roli má také poradenství v různých obtížích. (Jedlička, 2004, s. 387). S ohledem na cílovou skupinu a požadavky na práci s ní, může být také v kompetenci sociální pedagogiky profesní příprava pracovníků, jejichž role má v poskytovaných službách podstatný význam.

Jako jednu ze zásadních věcí vnímám postavení rodiny v životech uživatelů drog. Nejedná se jen o záchranný bod, co se týče bydlení a obživy. Podstatné je také zatížení zadlužeností, nehledě na samotné problémové užívání. Úlohu sociální pedagogiky spatřuji hlavně v poradenství rodinným příslušníkům. Mnozí rodiče nemají informace o drogách a o následcích jejich užívání. Úlohou poradenství je naučit rodiče, aby pochopili, že jsou jejich děti ve stádiu, kdy potřebují pomoc. Dále je úlohou sociální pedagogiky nabízet a hledat možnosti institucionalizované pomoci (Bakošová, 2008, s. 188).

Informace, které jsem při zpracování mé diplomové práce získala, jak z knih, tak od respondentů, ale i vlastní zkušenost s cílovou skupinou, mají opodstatněný důvod vyzdvihnout především prevenci. Ta má zajisté své místo nejen ve školských zařízeních, ale hlavně v rodinách. Výzvou pro sociální pedagogiku může být vzdělávání rodičů tak, aby byli schopni čelit výchovným problémům a to nejen v oblasti drog.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1) BAKOŠOVÁ, Z. (2008). *Sociální pedagogika jako životná pomoc*. FF UK Bratislava: Public promotion spol. s.r.o. ISBN 978-969944-0-3.
- 2) HENDL, J. (2005). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2
- 3) JANOUŠKOVÁ, K. A D. NEDĚLNÍKOVÁ. (2008) *Profesní dovednosti terénních pracovníků: Sborník studijních textů pro terénní pracovníky*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISB 978-80-7368-503-4.
- 4) JEDLIČKA, R. (2004). *Děti a mládež v obtížných životních situacích: nové pohledy na problematiku životních krizí, deviací a úlohu pomáhajících profesí*. Vyd. 1. Praha: Themis. ISBN 8073120380.
- 5) KALINA, K. A KOL. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.
- 6) KALINA, K. A KOL. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2 – mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.
- 7) KALINA, K. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*, Praha: Filia Nova. ISBN 80-238-8014-4.
- 8) KALINA, K. A KOL. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada publishing. ISBN 978-80-247-1411-0.
- 9) KIŠŠOVÁ, L. (2011). *Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 – 2018*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-045-2.

- 10) KLÍMA, P. (2009). *Kontaktní práce*. Praha: Česká asociace streetwork.
- 11) KOLEKTIV AUTORŮ. (2006). *Seznam a definice výkonů drogových služeb*. Praha: Úřad vlády České republiky 2006, ISBN 80-86734-81-1
- 12) MAREŠ, Petr, Markéta HORÁKOVÁ a Miroslava RÁKOCZYOVÁ. *Sociální exkluze na lokální úrovni*. Brno: VÚPSV, 2008. 77 s. ISBN 978-80-7416-014-1.
- 13) MAREŠ, Petr a Tomáš SIROVÁTKA. Sociální vyloučení (exkluze) a sociální začleňování (inkluze). *Sociologický časopis/ Czech Sociological Review*, Praha, 2008, roč. 44, č. 2, s. 113-138. ISSN 0038-0288.
- 14) MRAVČÍK, V. A KOL. (2014). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-067-4. ISBN 978-80-7440-109-1.
- 15) MATOUŠEK, O. (2003). *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-549-0.
- 16) MATOUŠEK, O. A KOL.(2013). *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.
- 17) NEDĚLNÍKOVÁ, D. A KOL. *Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce*. Ostrava: Pitstopmedia.

- 18) NEPUSTIL, P. A KOL.(2012). *Užívání drog ve skupinách s obtížným přístupem k drogovým službám. Situace v ČR: analýza informačních zdrojů*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-072-8.
- 19) NEŠPOR, K., CZÉMY, L. (1996). *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. Praha 8, Bohnice: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-52-2.
- 20) NEVŠÍMAL, P. (2007). *Terapeutická komunita pro drogově závislé II*. Mníšek pod Brdy: Středočeská kraj, Magistrát hl. m. Prahy. ISBN 978-80-7106-937-9.
- 21) ONDREJKOVIČ, P., Jozef BREZÁK a Mária VLČKOVÁ. (1999). *Sociálna patológia ako predmet pozornosti sociálnej práce, sociálnej pedagogiky a výchovateľstva*. Bratislava: Pedagogická fakulta Univerzity Komenského, ISBN 8088868475.
- 22) PRESTON, A., MALINOWSKI, M. (2007). *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě. Praktická příručka pro uživatele drog*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-87041-28-4.
- 23) RŮŽIČKA, M. A KOL. (2012). *Dokážu to? Pervitin – koncepce školení pro terapeuty*. Olomouc: P-centrum. ISBN 978-80-905377-0-5.
- 24) ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. a kol. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
- 25) TKÁČ, J. (2011). *Adiktologie*. Brno: Institut mezioborových studií.
- 26) URBAN, L. (2011). *Sociologie trochu jinak. 2., rozšířené vydání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3562-7.

Internetové zdroje:

27) Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách dostupný z:

http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf

28) Vyhláška č. 505 ze dne 15. listopadu 2006 dostupná z:

http://www.mpsv.cz/files/clanky/11911/vyhlaska_505-2006.pdf

29) HERZOG, A. Drogy a kriminalita pohledem teréňáka. [online]. Dostupné z

http://www.streetwork.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=3752

30) SLANGOVÝ SLOVNÍK dostupný z <http://www.drogovaporadna.cz/slangovy-slovník.html>

Ostatní zdroje:

Interní materiály K – centra Noe:

31) Koncepce K-centra Noe,

32) Operační manuál Kontaktních a poradenských služeb,

33) Operační manuál Terénní programy,

34) Programový manuál Probační program MOST,

35) Závěrečná zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky 2014.

SEZNAM PŘÍLOH

PI leták K-centrum str. 1

PII leták K-centrum str. 2

PŘÍLOHA P I: LETÁK K-CENTRUM STR. 1

**DIECÉZNÍ CHARITA BRNO
OBLASTNÍ CHARITA
TŘEBÍČ**



LEGENDA

- Azylový dům
- Dobrovolníci - farní charity
- Domov pro matky
- Pečovatelská služba
- Humanitární pomoc
- Charitní poradenství
- Ošetrovatelská služba
- Péče o nevykřečelné nemocné
- Pomoc zdravotně postiženým
- Prevence závislosti
- Osobní asistence

www.trebic.charita.cz

Oblastní charita Třebíč vznikla 1. 9. 1992. Je organizační jednotkou Diecézní charity Brno, působí v sociální, zdravotní a humanitární oblasti. Na území okresu Třebíč pomáhá lidem, kteří se ocitli v těžké životní situaci, v těchto střediscích:

- **Ambrela - Komunitní centrum pro děti a mládež Třebíč**
- **AL PASO**
- **Azylový dům pro muže Třebíč**
- **Dobrovolnické centrum, Farní charity a Koordinace sousedské pomoci**
- **Domácí hospicová péče Třebíč**
- **Domovinka Třebíč** (pro seniory a zdravotně postižené)
- **Domov pro matky Třebíč**
- **Humanitární pomoc**
- **Charitní ošetrovatelská služba Třebíč**
- **Charitní pečovatelská služba v Třebíči, Hrotovicích**
- **K-centrum Noe Třebíč** (zařízení pro problematiku drog)
- **KLUB ZÁMEK - centrum prevence Třebíč**
- **Komunitní centrum Klubíčko Třebíč**
- **Osobní asistence Třebíč**
- **Paprsek naděje - Centrum služeb pro podporu duševního zdraví Třebíč**
- **Poradna Ruth Třebíč** (pro ženy, dívky a partnerské vztahy)
- **Poradna MAJÁK** (protidluhové poradenství)
- **Probační program MOST**
- **Stacionář Úsměv Třebíč** (pro lidi s mentálním postižením)
- **Středisko rané péče Třebíč** (pomoc dětem s postižením)

DCHB - Oblastní charita Třebíč
Leopolda Pokorného 15, 674 01 Třebíč
Tel.: 568 408 470 E-mail: trebic@charita.cz
IČ: 44 99 02 60 Banka: ČS Třebíč 1520431319/0800



**OBLASTNÍ CHARITA
TŘEBÍČ**

K-centrum Noe Třebíč

Víceúčelové regionální zařízení
pro problematiku drog

Posláním K-centra Noe v Třebíči je omezit sociální a zdravotní dopad rizikového užívání drog u osob užívajících drogy, jejich partnerů a rodin i další veřejnosti na okrese Třebíč formou profesionálních služeb vycházejících z individuálních potřeb uživatelů služeb a přitom zachovávajících základní lidská práva a lidskou důstojnost.

Hybešova 10, 674 01 Třebíč
tel./fax: 568 840 688, mobil: 739 389 230
e-mail: noe.trebic@charita.cz
www.kcentrumnoe.cz
www.trebic.charita.cz

Banka: ČS Třebíč 1520431319/0800, v.s.: 604



5.651.2012 www.fbor.cz

PŘÍLOHA PII: LETÁK K-CENTRUM STR. 2

Zásady poskytované sociální služby

- **Dostupnost** (bezprostřední kontakt, který není založen na principu objednávání)
- **Bezplatnost**
- **Anonymita** (nevztahuje se na zákonem dané výjimky)
- **Respekt a podpora základních práv** klienta K-centra Noe, jeho svobody, důstojnosti, sebevědomí, autonomie a duševního zdraví
- **Individuální přístup** ke klientovi K-centra Noe
- **Program vychází z individuálních potřeb klienta** K-centra Noe
- **Dobrovolnost a vlastní iniciativa** klienta ke změně

Cíle služby

- snižování poptávky po drogách
- aktivně vyhledávat drogu ohrožené lidi v jejich vlastním prostředí
- vytvořit vzájemnou důvěru mezi klientem a pracovníkem a odstraňovat překážky, které uživatelům drog brání vyhledat odbornou pomoc při řešení sociálních a zdravotních problémů
- minimalizace zdravotních a sociálních rizik (harm reduction)
- změna vztahově postojových a seberegulačních vlastností osobnosti klientů a tím změna postoje k užívání drog
- iniciovat pozitivní změny směřující k abstinenci
- poskytovat referenci na další navazující péči

Cílová skupina K-centra Noe

Primární cílová skupina

- mládež ohrožená drogami
- experimentátoři
- mladiství uživatelé drog
- uživatelé drog na taneční scéně
- rekreační uživatelé drog
- problémoví a rizikovní uživatelé drog
- uživatelé v sociálním a zdravotním propadu
- uživatelé drog existující mimo síť služeb
- závislé ženy, které jsou předmětem jakékoliv diskriminace
- abstinující uživatelé drog, kteří se začleňují do běžného občanského života



Sekundární cílová skupina

- neuživatelé drog (rodina a partneři uživatelů, odborná i laická veřejnost)

Kapacita služby

- Kontaktní centrum – 20 osob denně
- Terénní program – 20 osob denně

Úhrada za služby

Služby poskytujeme zdarma a anonymně

Provozní doba K-centra:

Pondělí – čtvrtek 12:00 – 18:00
Pátek 8:00 – 12:00

Pracovní doba terénních programů:

Pondělí – středa 11:00 – 18:00
Čtvrtek 11:00 – 22:00
Pátek 8:00 – 18:00

Základní činnosti

a) sociálně terapeutické činnosti:

- socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob,
- poskytování informací o rizicích spojených se současným způsobem života a jejich snižování prostřednictvím metod založených na přístupu minimalizace škod

b) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:

- pomoc při vyřizování běžných záležitostí,
- pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob

c) poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:

- zajištění podmínek pro běžné úkony osobní hygieny,
- zajištění podmínek pro celkovou hygienu těla

Základní poskytované služby

- **Výměnný a jiný harm reduction program** (výměna injekčního materiálu, informace o bezpečném sexu, o bezpečném užívání drog, o viru HIV a onemocnění AIDS, o hepatitidách, zdravotní informace a ošetření, vitaminový program)
- **Testování infekčních nemocí** (HIV, HCV, HBV, Syfilis)
- **Individuální poradenství**
- **Individuální poradenství pro rodiče a osoby blízké klientům**
- **Psychoterapie individuální, párová, skupinová**
- **Telefonické, písemné a internetové poradenství**
- **Sociální práce**
- **Asistenční služba**
- **Informační servis** (zdravotně a sociálně-právní oblast, zprostředkování léčby)
- **Kontaktní práce**
- **Krizová intervence**
- **Krizová intervence po telefonu a internetu**
- **Orientační test z moči** (těhotenský, na přítomnost drog)
- **Pracovní terapie**
- **Základní zdravotní ošetření**
- **Potravinový servis**
- **Hygienický servis** – sprcha, pračka, poskytnutí šatstva

Ostatní aktivity

- Odborné konzultace, exkurze a přednášky pro veřejnost, dobrovolníky, studenty, žáky středních škol

Důvody pro odmítnutí služby

- zámecce o sociální službu nespadá do cílové skupiny K-centra (neposkytujeme službu, o kterou osoba žádá)
- zařízení nemá dostatečnou kapacitu k poskytnutí sociální služby, o kterou osoba žádá
- v posledních šesti měsících došlo k vypovězení smlouvy o poskytnutí služby z důvodu porušování povinností vyplývajících ze smlouvy