



Středoškolská technika 2019

Setkání a prezentace prací středoškolských studentů na ČVUT

Význam sekundární a terciární prevence pro drogově závislé klienty nízkoprahových služeb v Libereckém kraji

Romana Pacáková

Doctrina – Podještědské gymnázium s.r.o.

Sokolovská 328, Liberec 14

Anotace

Práce se zabývá významem služeb sekundární a terciární prevence pro drogově závislé klienty. V teoretické části vysvětluje základní terminologie týkající se dané problematiky, historii nízkoprahových protidrogových služeb v Libereckém kraji, dále uvádí a objasňuje nejčastější mýty kolující ohledně výše zmíněných služeb. Práce si klade za cíl objasnění skutečného významu služeb sekundární a terciární prevence. Výzkumná část práce je zaměřena na výzkum významu služeb z pohledu klienta pomocí rozhovorů s konkrétními klienty.

Klíčová slova

Nízkoprahové služby, sekundární prevence, terciární prevence, závislost, předsudky, snižování rizik

Abstract

The thesis focuses on significance of the secondary and tertiary prevention for drug addicted clients. In the theoretical part there is explained basic terminology related to the topic, history of low-threshold drug services in the Liberec region, further it explains and clarifies the most known myths and prejudices related to these services. The aim of the thesis is to clarify a real significance of drug services of the secondary and tertiary prevention. The practical part is focused on research of importance of these services from the clients's view.

Keywords

Low-threshold services, secondary prevention, tertiary prevention, addiction, prejudices, harm reduction

Obsah

1	ÚVOD	5
2	ZÁKLADNÍ TERMINOLOGIE	6
2.1	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	6
2.2	SEKUNDÁRNÍ A TERCIÁRNÍ PREVENCE	6
2.3	HARM REDUCTION (PRINCIP SNIŽOVÁNÍ ŠKOD)	7
2.4	OSTATNÍ POJMY DROGOVÉ SCÉNY	7
3	NÍZKOPRAHOVÉ SLUŽBY V LIBERECKÉM KRAJI	9
3.1	NÍZKOPRAHOVÉ SLUŽBY	9
3.2	TERÉNNÍ PROGRAMY	9
3.3	KONTAKTNÍ CENTRA	10
4	HISTORIE NÍZKOPRAHOVÝCH SLUŽEB V LIBERECKÉM KRAJI	11
5	KAZUISTIKA	13
6	VÝZKUMNÁ ČÁST	16
7	NEJČASTĚJŠÍ MÝTY SPOJOVANÉ SE SEKUNDÁRNÍ A TERCIÁRNÍ PROTIDROGOVOU PREVENČÍ	17
7.1	METODA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	17
7.2	CÍL VÝZKUMU	17
7.3	KONTAKTNÍ CENTRA A TERÉNNÍ PROGRAMY PODPORUJÍ SVÉ KLIENTY V UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK	17
7.4	PRACOVNÍCI V TĚCHTO SLUŽBÁCH NUTNĚ MUSÍ MÍT SAMI ZKUŠENOST S DROGAMI	19
7.5	NEMÁ SMYSL POSKYTOVAT HR SLUŽBY, PROTOŽE SI ZA SVOU ZÁVISLOST UŽIVATELÉ MOHOU VŽDYCKY SAMI	20
7.6	KLIENTY PREVENTIVNÍCH PROTIDROGOVÝCH SLUŽEB LZE POZNAT NA PRVNÍ POHLED	21
7.7	ZÁVĚR VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	21
8	VÝZNAM NÍZKOPRAHOVÝCH PROTIDROGOVÝCH SLUŽEB Z POHLEDU JEJICH KLIENTŮ	23
8.1	METODA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	23
8.2	CÍL VÝZKUMU	23
8.3	VÝZKUMNÉ HYPOTÉZY	23
8.4	POPIS MÍSTA ŠETŘENÍ	23
8.5	POPIS VÝZKUMNÉHO VZORKU	23
8.6	VÝSLEDKY VÝZKUMU	24
8.7	ZÁVĚR VÝZKUMU	27
9	ZÁVĚR	28
10	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	30
11	ELEKTRONICKÉ ZDROJE	31
12	ÚSTNÍ ZDROJE	32

1 Úvod

Problematika závislosti, ať už látkové či nelátkové, je v dnešní době často diskutovaným tématem, a to především kvůli negativním dopadům na drogovou i nedrogovou společnost. Obor, který se touto problematikou zabývá a studuje ji, se nazývá adiktologie. Existují služby primární, sekundární a terciární prevence, které s problémem závislosti pracují a snaží se jí buď předcházet, snižovat dopady a rizika při již vzniklé závislosti, nebo podporovat závislé ve změně životního stylu. Právě významu sekundární a terciární prevence se věnuje tato práce. Cílovou skupinou sekundární prevence jsou problémoví uživatelé návykových látek a hlavními nástroji jsou léčebné programy a resocializační zařízení. Terciární prevence pracuje s těmi uživateli, kteří jsou na droze již závislí. Na rozdíl od ostatních stupňů prevence nevyžaduje abstinenci klienta a jejím hlavním cílem není vyléčení ze závislosti, ale snížit rizika a dopady užívání pro samotného klienta. Nejdůležitějšími principy je princip ochrany veřejného zdraví, který se zaměřuje na nedrogovou společnost a princip harm reduction, tedy snižování rizik, jehož prostřednictvím je klient motivován například k bezpečnější aplikaci.

Přesto, že již existují odborné práce na podobné téma týkající se sekundární a terciární prevence, event. nízkoprahových protidrogových služeb, lze stále provádět nové výzkumy a to především díky tomu, že se drogová scéna velmi rychle v čase proměňuje.

Hlavními cíli práce je seznámení čtenáře se základní terminologií týkající se dané problematiky a stručné uvedení historie nízkoprahových protidrogových služeb v Libereckém kraji. Dále pak objasnění a event. vyvrácení nejčastějších mýtů a předsudků spojovaných s touto tematikou. Výzkum práce se zaměřuje na zjištění významu, výhod a nevýhod těchto služeb z pohledu jejich klientů.

Práce čerpá informace především z odborné adiktologické literatury, nebo literatury zaměřené na tematiku pomáhajících profesí. Ve velké míře jsou zdrojem informací také rozhovory s lidmi, kteří v nízkoprahových, nebo protidrogových službách pracují, nebo se v nich dříve pohybovali.

2 Základní terminologie

2.1 Seznam použitých zkratk

- HR = harm reduction = snižování rizik
- NZDM = nízkoprahové zařízení pro děti a mládež
- TP = terénní pracovník/terénní program
- OPL = omamné a psychotropní látky
- MONA = Most k naději
- MZ = Ministerstvo zdravotnictví

2.2 Sekundární a terciární prevence

Sekundární prevence

„Cílem je prostřednictvím dostupných a kvalitních programů léčby a resocializace pomoci problémovým uživatelům drog a drogově závislým vést smysluplný a spokojený život.“

Léčebné a resocializační programy se dělí na dva typy: nízkoprahové programy, které nevyžadují bezpodmínečnou abstinenci klienta, jsou tedy dostupnější a vysokoprahové programy, u kterých je účast podmíněna abstinencí. (Zábranský, 2003, s. 56) Cílovou skupinou jsou klienti, kteří již drogu užívají, ať už příležitostně, nebo jsou na ní závislí. (Kalina a kol., 2003, s. 17)

Terciární prevence

„Terciární prevence je zaměřena na ty uživatele drog, kteří nejsou schopni nebo ochotni se užívání drog vzdát. Cílem intervencí/opatření je předejít či změnit rizikové chování, jež může mít za následek poškození či zhoršení jejich zdravotního stavu a/nebo jejich sociální situace.“ (Zábranský, 2003, s. 56)

Programy, jež jsou zahrnuty do terciární prevence, mají za cíl sociální rehabilitaci, podporu v abstinenci, doléčování, ale i prevenci vzniku zdravotních rizik u neabstinujících klientů – harm reduction. (Kalina a kol., 2003, s. 17)

Přechod mezi sekundární a terciární prevencí je v některých případech těžko specifikovatelný, jelikož jej různé zdroje uvádí rozdílně. Zábranský (2003) například řadí do sekundární prevence nízkoprahové programy, ale Radimecký (2007) popisuje sekundární prevenci jako zaměřenou na snížení poptávky po návykových látkách a harm reduction program řadí do prevence

terciární, přičemž ale Kalina (2001) pod pojmem terciární prevence uvádí sociální podporu v abstinenci a sociální rehabilitaci. (Koudelková, 2017, s. 30)

2.3 Harm reduction (princip snižování škod)

Program harm reduction se od ostatních pohledů na drogovou problematiku liší především svou pragmatičností. Nevyžaduje absolutní eliminaci drog a abstinenci, ale usiluje o to, aby negativní důsledky závislého chování byly co nejmenší. Tento model má také za cíl ochranu celé společnosti před nežádoucími dopady užívání drog (např. poranění o injekční stříkačku). Důležitým principem HR je nízkoprahovost – tedy co nejsnazší dostupnost služeb pro co největší cílovou skupinu, v tomto případě nejen pro uživatele drog, ale i pro jejich rodinné příslušníky. (Kalina a kol., 2003, s. 263-264)

Cíle HR

Cílem harm reduction přístupu je minimalizace rizik a poškození spojených s užíváním drogy, a to jak přímo pro závislého a jeho blízké, tak i pro společnost.

Konkrétní cíle tedy jsou:

- motivovat uživatele ke změně životního stylu
- snížit počet úmrtí v důsledku předávkování
- předcházet kriminalitě a sociálnímu propadu
- snížit výskyt hepatitidy B a C
- udržet nízký výskyt HIV/AIDS positivity

(Radimecký, 2007, s. 37)

2.4 Ostatní pojmy drogové scény

Závislost

Definice závislosti podle Mezinárodní klasifikace nemocí: *„Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák.“*

Definitivní diagnóza závislosti by měla být stanovena pouze tehdy, dojde-li během jednoho roku ke třem a více z následujících jevů:

- silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving=bažení)
- potíže v sebeovládání při užívání látky
- tělesný odvykací stav; látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu
- průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo, nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance)
- postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky
- pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím, depresivní stavy vyplývající z nadměrného užívání látek nebo toxické poškození myšlení (Nešpor, 2011, s. 9-10)

Návykové látky se dělí z různých hledisek. Prvním kritériem pro dělení je tolerance látky společností, podle čehož se pak látky dělí na legální a nelegální. Užívání legálních návykových látek je upraveno zákonem. Dalším možným dělením je rozdělení látek dle míry rizika na látky měkké, neboli ty s nižší mírou rizika a návykové látky tvrdé s vyšší mírou rizika. (Presl, 1995, s.9) Dělení látek dle míry rizika demonstruje obr. č. 1.

Princip Public Health (princip ochrany veřejného zdraví)

Tento princip vznikl jako reakce na šíření viru HIV. Zaměřuje se na ochranu veřejnosti před přenosem virových onemocnění, tedy nejen HIV, ale i hepatitid. Sleduje možné způsoby šíření tohoto viru, jako je například sdílení injekčního materiálu či rizikový pohlavní styk. V rámci tohoto principu jsou možná následující opatření: výměnné programy, testování na virová onemocnění a očkování proti nim, HR poradenství. (Babická, In: Klíma, 2007)

3 Nízkoprahové služby v Libereckém kraji

3.1 Nízkoprahové služby

Podle Pojmosloví NZDM je nízkoprahovost definována zaměřením na osoby, které nevyhledávají institucionalizovanou pomoc a poskytováním služby v co nejpřirozenějším prostředí pro klienta. Není nutné znát podrobné údaje o klientovi pro realizaci dané služby, jsou odstraňovány bariéry bránící klientovi využít služeb a cíle stanovované v rámci nízkoprahových programů jsou výrazně pragmatičtější, než je obvyklé. (Babická, In: Klíma, 2007)

3.2 Terénní programy

Terénní programy poskytují HR služby přímo na ulici, pracovníci se tedy snaží uživatele kontaktovat v jejich přirozeném prostředí. Cílovou skupinou těchto programů je tzv. skrytá drogová scéna, tedy klienti, kteří obvykle nejsou v kontaktu s jinou sociální či zdravotnickou organizací, protože mívají špatné zkušenosti z minulosti, zkreslené představy a obavy. Často o možné pomoci ani nevědí. (Babická, In: Klíma, 2007) Terénní program se tak často stává vstupní branou do systému služeb. Důležitým principem je individuální přístup ke klientovi. (Radimecký, 2007, s. 37)

Služby poskytované terénními programy

- informační servis týkající se bezpečnějšího užívání a pohlavního styku, informace o pohlavně přenosných a infekčních onemocněních
- individuální poradenství, jak drogové, tak například sociální, trestně–právní či zdravotní
- krizová intervence v případě potřeby zvládnutí akutních problémů, existuje zde možnost nejen osobní, ale i telefonické intervence
- výměna použitých injekčních stříkaček a souvisejícího materiálu za sterilní
- základní zdravotní ošetření a první pomoc
- testování na syfilis, HIV, HCV, HBV, těhotenské testy
- osobní asistence, tedy spoluúčast při návštěvě lékaře či doprovod na úřad
- zprostředkování kontaktu na odbornou pomoc – detox, léčebnu, psychiatra, terapeuta
- sběr pohozeného injekčního materiálu a jeho bezpečná likvidace (Operační manuál TPL)

3.3 Kontaktní centra

Kontaktní centra se zaměřují na práci s klienty, kteří nemohou, nebo nechtějí vyhledat standardní formu pomoci. Důraz je kladen na minimalizaci překážek, které by klienta mohly odradit od vyhledání a využívání služby. Proto jsou služby kontaktních center zcela bezplatné a anonymní. Cílovou skupinou jsou nejen osoby závislé na návykových látkách, ale i jejich rodinní příslušníci a osoby blízké. (Radimecký, 2007, s. 37)

Služby poskytované kontaktními centry

Služby poskytované K-centry jsou z velké části totožné se službami terénních programů, protože se však jedná o lehce odlišný program, poskytují K-centra také následující služby:

- testování na přítomnost OPL v moči
- hygienický servis, což znamená možnost použití sprchy, pračky, toalety
- pobyt v kontaktní místnosti, kde si klient smí za symbolický poplatek uvařit čaj, kávu, či polévku, mimo jiné má klient možnost sociálního kontaktu s pracovníkem, tedy s člověkem nedrogové scény
- dlouhodobou poradenskou spolupráci jak pro klienta, tak pro jeho rodinné příslušníky a nejbližší (Operační manuál K-centrum Liberec, 2017)

V Libereckém kraji se aktuálně nachází dvě funkční kontaktní centra, jedno v Liberci a druhé v České Lípě. Terénní programy působí v následujících městech: Liberec, Jablonec nad Nisou, Tanvald, Semily, Turnov, Jilemnice, Železný Brod, Frýdlant, Hrádek nad Nisou, Česká Lípa, Nový Bor, Doksy, Cvikov, Stráž pod Ralskem, Jablonné v Podještědí. (Most k naději, 2019)

4 Historie nízkoprahových služeb v Libereckém kraji

Původně existovalo sdružení LOCUS v Praze, které dostalo 40 000 Kč na primární prevenci, kvůli čemuž se jeho členové rozhodli zřídit dceřinou organizaci v Liberci. Tak vznikl LOCUS L. Zařízení bylo zřízeno v roce 1993 Jiřím Brožou a Jarmilou Kozákovou jako občanské sdružení. V roce 1994 byly díky Magistrátu města Liberce zrekonstruovány prostory, ve kterých 1. 9. 1994 LOCUS L zahájil svou činnost. Ta byla po několika schůzkách s odbornou veřejností zaměřená na pomoc a podporu především dospívajících středoškoláků, kteří se z různých důvodů ocitli v obtížné situaci. 1. 10. 1995 se sdružení stalo součástí sítě školských zařízení jako středisko výchovné péče se stejnou náplní práce. V roce 1997 začalo vedle ambulantní činnosti existovat i pobytové oddělení zprvu ve své činnosti nespecifikované, později na základě požadavků terénu zaměřené na dospívající problémové uživatele návykových látek. Na jaře roku 2000 se LOCUS L stal součástí diagnostického ústavu, a to kvůli schválení „kompetenčního zákona“, ve kterém nefigurovala střediska výchovné péče pro děti a mládež. Roku 2002 byl LOCUS L donucen k ukončení činnosti z důvodu nenalezení vyhovujících prostor. V rámci ambulantní činnosti začal fungovat první výměnný program injekčních stříkaček. LOCUS L poskytoval svým klientům i prezervativy, provoz byl nonstop. (Pavelčák, 2001), (Broža, Lánský – ústní zdroj)

V červnu roku 1997 byla do plného provozu uvedena Terapeutická komunita pro drogově závislé v Nové Vsi. (Viz obr. č. 3 a 4) Zakládajícími členy byli David Adameček, Jiří Broža a Ivo Brát (Okresní ústav sociálních služeb v Liberci, 2000). V Liberci od roku 1997 také působí zapsaný ústav Advaita, který v roce 2007 převzal správu nad již zmíněnou terapeutickou komunitou. Advaita také zahájila provoz ambulantního doléčovacího centra v Liberci, specializuje se ale především na primární a sekundární prevenci. (Koudelková, Adameček – ústní zdroj)

První Kontaktní centrum pro lidi ohrožené drogou vzniklo v Rumunské ulici současně s komunitou v Nové Vsi. Jeho vedoucím byl Jan Řičář a bylo součástí Okresního ústavu sociálních služeb v Liberci. (Okresní ústav sociálních služeb v Liberci, 2000).

Nadace Sokrates, fungující od roku 1995, se přetransformovala do občanského sdružení Most k naději a ten v roce 2007 převzal správu nad libereckým kontaktním centrem a přidruženými službami. (Koudelková – ústní zdroj) Motivací pro založení MONA byla zhoršující se situace v oblasti zneužívání drog, ale i nárůst nakažených HIV/AIDS. Součástí vzniku Mostu k naději bylo i převzetí správy Linky duševní tísně, které vznikla roku 1993. Na konci roku 2018 byl

otevřen Dům humanity, což je komplex sdružující služby MONA, tedy kontaktní centrum, terénní programy, ale i Gay linku pomoci, HIV/AIDS poradnu, či dílčí programy zaměřené na práci s osobami alternativně odsouzenými, problémovou mládeží a menšinami. (Most k naději, 2019)

Předtím, než služby sekundární a terciární protidrogové prevence v Libereckém kraji převzal Most k naději, fungovalo v České Lípě občanské sdružení Pasant pod vedením Mgr. Magdy Jogheevé. (Koudelková – ústní zdroj) V Jablonci nad Nisou do roku 2005 fungovalo preventivní a krizové centrum Arx, které bylo provozováno skrz centrum sociálních služeb libereckým krajským úřadem. (Frouzová, 2005). Jak v Jablonci nad Nisou, tak v České Lípě fungovala kontaktní centra již před přestupem pod Most k naději.

5 Kazuistika

Tato kapitola popisuje příběh jednatřicetileté ženy, která již sedmým rokem dochází do K-centra a využívá terénní program na Liberecku. Jméno respondentky bylo změněno, avšak autorka práce její pravé jméno zná.

P. se narodila do rodiny se třemi dětmi, jako druhá v pořadí. Matka ani otec nebyli drogově závislí, avšak otcův problém s alkoholem se tou dobou již začínal stupňovat. P. mladší bratr je připoután na lůžko. Ten starší od mládí experimentuje s pervitinem, ale nikdy jej neužíval nitrožilně a rodiče se o něm také nikdy nedozvěděli. Právě u něj P. poprvé našla pervitin, v té době jí bylo čtrnáct let. Spolužačka jí říkala, že tohle bere její sestra, že je pořád čilá, doma je naklizeno, tak že by to měli také zkusit. Pervitin šňupli a P. bylo akorát zle, protože tehdy ještě neuměla odhadnout dávkování. Když to bratr zjistil, zbil P. za to, že mu vzala drogu.

Zpočátku P. užívala víkendově a hlavně, jak sama říká, z frajeřiny. Chodila s kamarády na techno, na diskotéky, kde chtěla zapadnout do skupiny, která šňupala a experimentovala s extází. S postupem času začalo víkendové užívání přecházet v každodenní. „Ve čtrnácti jsem začala šňupat jen tak na zkoušku a v patnácti už jsem byla s vaříčema.“ říká P. To, že už to není jen zábava, že by možná mohla mít problém se závislostí, jí poprvé napadlo, když začala mít děsivé halucinace kvůli nedostatku spánku. Když jí bylo sedmnáct, přišla domů s pěti lidmi, kteří byli již šestnáct let závislí na heroinu s tím, že jim pomůže odvykat a zbaví se i své závislosti. To se nepovedlo, protože pervitin a heroin jsou rozdílné návykové látky, šestnáct let užívání se se třemi lety nedá srovnat a skupinové odvykání většinou nevyjde. Tehdy si P. uvědomila, že už nejde jen o nějakou hru, ale že už je závislá. Jediné, o co jí šlo, bylo sehnat peníze na dávku. „Už jsem to potřebovala v životě. Víš, to je taková potřeba, jako že ti v tom životě něco důležitýho chybí. Člověk si tím perníkem něco kompenzuje. Třeba traumata z dětství.“ P. otec je bývalý boxer a zároveň holduje alkoholu. P. ani její sourozence nikdy nebil, ale matka většinou odnášela všechno, včetně průšvihů dětí. I když to v dětství nebylo růžové, teď je P. otcí vděčná, protože jí pomáhá s výchovou dětí. „Má teď zhoubnej nádor, potřeť se s tím léčí. Stará se mi o děti, myslím, že se na nich snaží vykompenzovat to, co nedal nám. Proč bych tam měla dělat nějaký zle, chci, aby to bylo dobrý.“

P. prochází z učitelké rodiny a byl na ní vyvíjený silný nátlak, aby vystudovala. Čím víc po ní rodina chtěla, aby chodila střední školu, tím víc se studiu vyhýbala. Během jednoho roku

vystřídala čtyři školy. Bála se jít do školy a bála se jít i domů, aby máma nebyla bita. Tvrdí ale, že je ráda, že si tímhle prošla, protože ví, že nechce, aby její děti tohle museli prožívat taky.

Samozřejmě se v pubertě pokoušela revoltovat proti rodičům, nechávala si dělat piercingy, tetování, dready. Ty jí otec v noci ostříhal, což pro ni byla velká rána. Všechny tyto modifikace si P. platila z vlastních peněz z brigád. Od malička P. neměla podporu ze strany otce. Říkal jí hrošíku, nikdy jí k ničemu nepustil a vždycky se jí jen posmíval. Do teď se sama P. nemá ráda a má za to, že to je první problém, který musí vyřešit, aby se mohla zbavit své závislosti.

P. bratr řekl rodičům, že jeho sestra bere, ale jen proto, že přišel o zdroj drogy, který mu sestra zprostředkovávala. Už svou závislost nezvládala ani samotná P., za den vyšňupala až gram pervitinu, vůbec nespala, klidně několik dní v kuse. Nevěděla, který je den, jestli spí, nebo jestli je vzhůru. Bylo jí tehdy sedmnáct, měla doklad od lékaře o doporučené ambulantní léčbě. Šla i s rodiči do Advaity i do Nové Vsi, měla dokonce jít do léčebny v Červeném dvoře. Jenže když rodiče zjistili, že peníze, které dostávají na svou dceru od státu, by připadly léčebnám, léčbu okamžitě odmítli a rozhodli se, že P. bude odvykat doma. Měla chodit na testy na přítomnost OPL v moči. „No, ale pak mi čůrala i máma žejo prostě. Moje máma ví celou dobu o mojí závislosti a o životě na ulici a celý to se mnou prožívá, ví, že jsem hodnej feťák, miluje mě i tak. Já se na sebe za to hrozně zlobim, už má nějaký věk a chtěla bych, aby už měla klid. To mě mrzí strašně. Musim a potřebuju se z toho dostat, nedovedu si představit, že máma s tátou odejdou a kdo se bude starat o bráchu?“

Na své osmnáctiny byla přepadena partičkou skinheadů, kteří ji zbili, vytrhli piercing z obočí a ještě k tomu strčili svou zbraň do jejího batohu. Od té doby P. zanevřela na spolupráci s policisty, protože místo činu, který se stal, řešili, kde vzala drogy a že byla pod vlivem. Na druhou stranu ale jednání policistů chápe, protože má zkušenosti s drogově závislými. „Co ty ženský si kolikrát vymyslej na svoje partnery a jdou s tím na policajty. Feťáci si i smrt vymyslej, kolik lidí už jsem oplakala, pak jsem sem přišla v černym a oni se mi akorát vysmáli, že co dělám. Co je na tom vtipnýho sakra?“ Když P. rodiče zavřeli doma, začala utíkat. Ambulantní léčba v Advaitě jí vůbec nevyhovovala. Zase se dostala do fáze, kdy se bála chodit jak do Advaity, tak domů. Poprvé přišla do kontaktního centra se svou matkou proto, aby zjistili, jestli je matka nakažená hepatitidou C. Když totiž P. byla na ulici, mohla chodit domů, když otec nebyl doma. Mohla se najíst, umýt a odpočinout si. Často s sebou brávala další lidi z ulice a jednou, když přivedla v dobré víře domů uživatele heroínu, rozházel po bytě rodičů hroty od použitých injekčních stříkaček. Bylo známo, že tento uživatel měl hepatitidu C a P. matka se

o hrot poranila. To bylo poprvé, kdy P. přišla do K-centra. Pak začala využívat možnost hygienického servisu a konzultací, výměnný program až později.

Sama P. si později ve vztahu prošla násilím ze strany partnera. „Měla jsem třeba celý záda bez kůže, ale nikdo mi tady nepomohl. Lidi na perníku jsou takový, že jsou na straně toho, kdo jim dá šleh.“

I když užívala, měla zaměstnání, bydlení a dlouholetý vztah. Právě po skončení tohoto vztahu poprvé P. skončila na ulici, ptala se totiž bývalého partnera, jestli si chce nechat byt, řekl, že ano. Sbalila si nejzákladnější věci, svého ročního syna si vzal jeho otec. „Skončila mi láska, začalo peklo. Začala jsem brát jehlou. Dělal jsem to vědomě, to peklo jsem chtěla.“

„Já třeba pět dní neberu, ale pak vylezu ven a je to. Jsem teď na půl na ulici a na půl u mamky, má zdravotní problémy a stará se o brácha, tak tam nemůžu přijít a usnout. Tak se nastřelím, abych to zvládala a stíhala.“ P. také hodnotí nové kontaktní centrum: „Hele cejtim se, jako kdybych šla na fízlárnu prostě. Polepený výlohy, přepážka a tak. Možná to je taky tím, že to je nový, že tam ve starým jsme byli zvyklý. Ale prej tady budou možnosti třeba bydlení, tak to je zase dobrý. A taky tolik nevidíme Janu třeba, jak je nahoře. Vim, že toho má taky hodně no.“

V budoucnu se P. chce hlavně začít mít ráda a od toho se podle ní pak může všechno odvíjet. Nechce říkat, že přestane brát. „Dokud nezačnu s láskou u sebe, nemůžu u očekávat, že se mi dostane od jiných lidí. A určitě chlapa ne, chci bejt s dětma a s rodinou.“ Doufá, že do pětatřiceti dokáže sehnat práci a bydlení a bude moct být se svými dětmi a případně se postarat o bratra.

6 Výzkumná část

7 Nejčastější mýty spojované se sekundární a terciární protidrogovou prevencí

7.1 Metoda výzkumného šetření

Zdroje pro tuto kapitolu byly čerpány ze zkušeností autorky a z rozhovorů s aktuálními či bývalými zaměstnanci adiktologických služeb. Rozhovory byly prováděny osobně, telefonicky a prostřednictvím e-mailu s Mgr. Ivem Lánským, PhDr. Jiřím Brožou, Mgr. Ivem Brátem a MUDr. Davidem Adamečkem. Dále byly informace čerpány z článku Myths about the treatment of addiction (O'Brien, McLellan, 1996).

7.2 Cíl výzkumu

V této kapitole se práce zaměřuje na objasnění a vyvrácení nejčastějších mýtů spojovaných se službami sekundární a terciární protidrogové prevence, které obvykle plynou z neznalosti tématu, předsudků a obav z neznámého.

7.3 Kontaktní centra a terénní programy podporují své klienty v užívání návykových látek

Jedná se o jeden z hojně rozšířených mýtů, který souvisí s rozdáváním čistých injekčních stříkaček a HR materiálu. Společnost si často myslí, že právě kvůli přístupu k čistým stříkačkám klienti více užívají drogy.

V první řadě je podstatné, že tyto služby nefungují na principu léčby, ale na principech Harm Reduction a Public Health, což znamená, že chrání jak samotné uživatele, tak i nedrogovou společnost. Mluvíme-li o významu pro společnost, jde zde především o to, že se díky těmto službám snižuje riziko poranění o odhozenou injekční stříkačku či nakažení infekční nemocí jiným nedorozuměním. Další výhodou pro nedrogovou společnost je nevynakládání zbytečných nákladů na léčbu pacientů s infekčními nemocemi. Například léčba hepatitidy u jedné osoby vyjde na cca půl milionu korun, avšak náklady na péči o jednoho klienta, včetně započítání nákladů na personál a provoz zařízení, se pohybují lehce přes čtyři tisíce korun ročně.

V okamžiku, kdy se drogově závislý člověk dostane do kontaktu s terénními programy, nebo s kontaktním centrem, dochází k první intenzivnější komunikaci mezi ním a nedrogovou scénou, což pro závislého bývá velmi zásadní krok. Pracovníci v těchto službách na něj, na rozdíl od většinové společnosti, pohlíží bez předsudků. Zároveň se klient začne učit alespoň

základní péči o sebe, i když se jedná pouze o bezpečnější aplikaci, nebo bezpečnější pohlavní styk. Je pracovníky také veden k tomu, aby si uvědomil, že svým nezodpovědným jednáním (odhození použité injekční stříkačky) může ohrozit nedrogovou společnost. Skrze terénní programy a kontaktní centra se pak uživatelé mnohem snáz dostanou k uvažování nad léčbou, či ke zprostředkování léčby samotné. V neposlední řadě jde o zachování alespoň částečného zdraví klienta, než se rozhodne svůj život žít jinak (přestat užívat návykovou látku), aby měl později ještě alespoň nějakou šanci na zapojení do běžného života.

7.4 Pracovníci v těchto službách nutně musí mít sami zkušenost s drogami. Existuje možnost, aby bývalí uživatelé začali pracovat v nízkoprahových protidrogových službách. Těmto zaměstnancům se pak říká „ex-useři“, tedy bývalí uživatelé. *„Některé názorové proudy s nimi zásadně počítají („pouze ex-user může uživateli drog porozumět a pomoci“), jiné přistupují selektivně, opět jiné účast ex-userů vylučují. Důležité je rovněž to, zda a do jaké míry se bývalý uživatel v daném programu skutečně prezentuje jako ex-user. V ČR v současné době převládá stanovisko, že; zaprvé účast ex-userů v primární prevenci většinou není vhodná. Zadruhé není vhodné využívat ex-usery nedlouho abstinující jako dobrovolníky v terénních programech nebo nízkoprahových zařízeních, protože je to vystavuje zvýšenému riziku. Zatřetí nejvýznamnější je úloha ex-userů v doléčování a resocializačních programech, například ve svépomocných a klubových aktivitách. Začtvrté pro zaměstnávání ex-userů v poradenských, léčebných a resocializačních zařízeních musí existovat jasná pravidla. Například akreditační standardy MZ doporučují 2 roky od skončení léčby, předcházející pracovní adaptaci v jiném zaměstnání a zaměření na další vzdělávání a získání kvalifikace, aby pracovník nebyl v roli ex-usera v zaměstnání fixován.“* (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010) Motivace ex-userů mohou být různé, ale nejčastějším důvodem bývá pocit dluhu vůči pracovníkům, kteří s ex-userem spolupracovali, nebo to, že samotný ex-user se v ničem jiném, než v této oblasti tak dobře nevyzná a tato tematika je mu blízká. Často také chtějí nynějším uživatelům ukázat, že existuje cesta a naděje, jak se zbavit závislosti. Velkým rizikem je však udržení hranic a odolání kontaktu s drogou.

Většina pracovníků v sociálních pomáhajících profesích dosáhla minimálně středoškolského, častěji spíše vysokoškolského vzdělání, což by bylo velice nepravděpodobné, kdyby větší část z nich tvořili uživatelé. Důvodem vzniku tohoto předsudku může být to, že tito pracovníci často tvoří běžnou střední vrstvu, protože pracují s velmi specifickou cílovou skupinou.

7.5 Nemá smysl poskytovat HR služby, protože si za svou závislost uživatelé mohou vždycky sami

Během středoškolského studia 70-80% studentů (nejčastěji ve věku 15-16 let) začíná se závislostním chováním, avšak pouze necelých 10% se stane skutečně závislými. Často lidé v tomto věku nejsou zcela schopni rozeznat, co vlastně chtějí a co ne. Nejčastěji se jedná nevhodnou reakci na napětí, problém, náročnou situaci. Bohužel, v tu chvíli OPL člověku poskytne to, co hledá, uspokojí jej. Z vnějšího pohledu je to „jejich volba“, ale z vnitřního pohledu nevhodná reakce na náročnou situaci. Otázkou tedy není, proč si člověk prvně drogu vzal, ale proč s ní neskončil. Po určitém čase, kdy člověk dobrovolně užívá návykovou látku, dojde do bodu, kdy se ona dobrovolnost ztrácí a víkendový uživatel se stává závislým na dané látce. Mezi nejčastější příčiny pokračování v užívání OPL patří nízká socioekonomická pozice, psychické potíže a nedostatek sociální a rodinné podpory.

Závislost je definována jako chronické onemocnění, stejně jako například diabetes či astma. U těchto dvou onemocnění hrají velmi významnou roli faktory jako genetika, biologické předpoklady a okolní prostředí. U závislosti tomu není jinak. Stejně jako astma a diabetes je třeba závislost léčit celoživotně a pohlížet na ni z více úhlů pohledu.

V organizaci LOCUS L bylo zhruba 50% klientů mužského pohlaví a dalších 50% pohlaví ženského. U poloviny klientek pracovníci jistě věděli o tom, že byly pohlavně zneužity, u další třetiny to tušili. Po takovém zážitku je velice snadné uchýlit se k útěku skrze návykovou látku.

7.6 Klienty preventivních protidrogových služeb lze poznat na první pohled

Existují dlouholetí uživatelé, kteří skončí na ulici a skutečně disponují výraznými závislostními znaky (nezdravá pokožka, boláky, zkažené a vypadané zuby, „vykroucenost“), ale také existují takoví uživatelé, kteří mají stále zaměstnání, naplňují v rámci možností zodpovědně roli rodičů a na jejich vzhledu defekty poznat nelze. Velmi záleží na tom, kterou návykovou látku závislý užívá, ale jde především o to, jakou si zvolí cestu. Nikdo se při prvním užití drogy nerozhodl pro život, ve kterém se stane závislým, nechá se odsoudit společností a jako „feták“ zemře. V průběhu užívání je ale donucen k různým krokům, které ho na takovou cestu mohou dovést. Nejedná se pak primárně o závislost jako takovou, ale o životní styl, který je s ní spojený. Dalo by se to přirovnat k punku, k hippie, k fitness, zkrátka k jakékoliv životní cestě, které obnáší různé náležitosti. V případě životního stylu „klasických“ závislých jde například o život na ulici, prostituci, nebo trestnou činnost.

Často ale se zvolením cesty závislého souvisí nedostatek podpory ze strany rodiny i společnosti celkově, kdy pak drogově závislá osoba nedostává na výběr mezi životem v bytě či na ulici, nebo mezi běžným zaměstnáním a trestnou činností. Důležité však je, že jednotlivé případy a osudy závislých osob je skutečně nutno posuzovat individuálně.

7.7 Závěr výzkumného šetření

Nejčastější mýty spojené s nízkoprahovými protidrogovými službami, jejich pracovníky a klienty, velmi často vycházejí z obav a předsudků společnosti. Z obav z něčeho neznámého, tedy potencionálně nebezpečného. Práce se v této kapitole věnovala mýtům více do hloubky a z různých úhlů pohledu, díky čemuž je možné mýty vyvrátit či uvést na pravou míru.

I když se na první pohled může zdát, že výměnný program podporuje závislé v užívání návykových látek, ve skutečnosti jde o ochranu veřejného zdraví a o snižování rizik přenosu onemocnění jak pro drogovou, tak pro nedrogovou scénu. Zároveň se snaží udržet uživatele v takovém zdravotním stavu, aby měl šanci žít běžný život, pokud se rozhodne přestat užívat návykové látky.

Mýtus týkající se pracovníků nízkoprahových protidrogových služeb a jejich drogové minulosti je pochopitelný pro to, že pracují s velmi specifickou cílovou skupinou. Je tedy možné, že člověka z nedrogové scény napadne, že motivací pracovníka je jeho osobní zkušenost s drogami. K této variantě může dojít u výše zmíněných ex-userů, avšak není to podmínkou.

Důvodů pro získání závislosti na návykové látce může být nespočet. Málokdy je tím důvodem svobodné rozhodnutí uživatele. Velice často se v anamnézách drogově závislých vyskytují případy zneužívání, drogově závislých rodičů či jinak nevyhovujícího rodinného nebo sociálního zázemí. Útěk k návykovým látkám je pak snadným, avšak nešťastným řešením náročné situace. I když drogy, ať už lehké či těžké, vyzkouší v období dospívání většina lidí, málo z nich se pak stane závislými. Pokud k tomu dojde, je třeba na závislost pohlížet jako na chronické onemocnění, ne jako na selhání. Chronické onemocnění je potřeba léčit a věnovat se mu celoživotně. Proto existují kontaktní centra a terénní programy, které uživatelům mohou pomoci v navázání prvního kontaktu s lidmi z nedrogové scény, motivovat je ke změně životního stylu a později například vést motivační rozhovory, které mohou bývalému uživateli pomoci pokračovat v abstinenci.

Filmové snímky s drogovou tematikou vyobrazují závislé v nejpozdějším stádiu závislosti se vším, co k němu patří, tedy s životem na ulici, prostitucí nebo trestnou činností, s kruhy pod očima, boláky po celém těle, abscesy a dalšími zdravotními obtížemi. Je tedy pochopitelné, že takovou představu přijme za svou širší veřejnost, která o dané problematice nemá hlubší znalosti. Zde je však na místě zahodit předsudky a posuzovat případ o případu individuálně, protože každý pracovník adiktologických služeb potvrdí, že jsou klienti skutečně různí. Záleží na typu užívané návykové látky, na rodinné situaci a mnoha dalších faktorech.

8 Význam nízkoprahových protidrogových služeb z pohledu jejich klientů

8.1 Metoda výzkumného šetření

Výzkumná část se skládá ze sedmi rozhovorů, jedná se tedy o kvalitativní výzkum zaměřený na význam, výhody a nevýhody služeb poskytovaných terénními programy a kontaktním centrem v Libereckém kraji.

8.2 Cíl výzkumu

Výzkumná část této práce si klade za cíl zjištění významu služeb poskytovaných v rámci sekundární a terciární prevence pro klienty, kteří zmíněné služby využívají. Dalším cílem je zjistit, co a proč klienti považují za největší výhody a nevýhody. Výzkum je také zaměřen na význam služeb pro nedrogovou společnost, avšak také z pohledu klienta.

8.3 Výzkumné hypotézy

Hypotéza 1

Většina klientů považuje za nejdůležitější výměnný program a to proto, že se díky jeho fungování snižuje množství pohozených injekčních stříkaček a šíření infekčních onemocnění a také proto, že mají zdarma a anonymně přístup k čistým injekčním stříkačkám.

Hypotéza 2

Většina klientů si uvědomuje význam nízkoprahových protidrogových služeb pro nedrogovou společnost a umí je pojmenovat.

8.4 Popis místa šetření

Rozhovory byly realizovány s klienty terénních programů organizace Most k naději. Probíhaly především na Liberecku, Jablonecku, Frýdlantsku a Hrádecku. Šetření probíhalo přímo v terénu za přítomnosti terénních pracovníků, kteří klienty informovali o naprosté dobrovolnosti a anonymitě a zároveň byli klientovi k dispozici při zodpovídání veškerých dotazů.

8.5 Popis výzkumného vzorku

Výzkumné šetření probíhalo při práci terénních pracovníků Mostu k naději. Vzhledem k cílové skupině, která je obecně velmi uzavřená a těžko oslovitelná, jsou rozhovory zcela anonymní. Zároveň je však třeba brát ohled na to, že respondenti mohli být při poskytování rozhovoru pod

vlivem omamných látek, tedy vypovídací hodnota konkrétních rozhovorů se může lišit. Celkem rozhovor poskytl sedm klientů, z toho 43% mužů a 57% žen. Věk respondentů se pohyboval v rozmezí 28 – 48 let.

8.6 Výsledky výzkumu

První otázka se zabývala způsobem bydlení klientů nízkoprahových protidrogových služeb. Nejvíce klientů, tedy 57,1%, uvedlo, že žije buď v domě, nebo v bytě, z čehož vyplývá, že jsou alespoň po této stránce sociálně zajištěni. Tento fakt lze použít jako argument proti předsudku o vzhledu a životním standardu uživatelů. 27,7% klientů žije na ulici, což souvisí s životním stylem drogově závislých, ztratit bydlení je při užívání drog relativně snadné. Zbytek klientů, tedy 14,3%, uvedlo jiný způsob bydlení, například život ve srubu.

Výzkum také zjišťoval, jak se klienti o službách terénních programů/K-dozvěděli. Většina klientů (42,9%) se o službách dozvědělo od přátel z drogové scény. Je pochopitelné, že uživatelé mezi sebou šíří informaci o možnosti hygienického servisu a výměnného programu. 28,7% klientů uvedlo, že se o službách dozvěděli z informačního letáku, který rozdávají terénní pracovníci při oslovování osob ohrožených drogou. Ve škole se o službách dozvědělo 14,3% klientů a z internetu také 14,3% klientů.

Dále bylo zjišťováno, jak dlouho klienti dané služby využívají. 57% klientů, tedy převážná většina, využívá služby déle než deset let, z čehož lze usoudit, že jsou s poskytovanými službami spokojeni, využívají je dlouhodobě, nebo se k nim vrací. 28,7% klientů uvedlo, že službu využívají kratší dobu, než jeden rok a 14,3% klientů využívá službu kratší dobu, než deset let.

Bylo také zjištěno, že ve většině případů (85,8%) je primární drogou klienta pervitin. Tento fakt potvrzuje, že pervitin je nejrozšířenější OPL na Liberecku. Pouze 14,2% uvedlo jinou drogu, a to variaci na pervitin, což jen potvrzuje výše zmíněnou skutečnost.

Dalším výzkumným cílem bylo zjistit, jakou konkrétní službu klienti nejvíce využívají. Největší množství klientů (42,9%) nejčastěji využívá výměnný program. Dalších 42,9% klientů mezi nejčastěji využívanými službami řadí výměnu v kombinaci s testováním, asistencí, či hygienickým servisem. Z grafu lze vyvodit, že skutečně nejčastěji využívanou službou je výměnný program. 14,3% klientů uvedlo, že nejčastěji využívají výměnný program v kombinaci s asistenční službou, hygienickým servisem a testováním.

Bylo zjištěno, že 85,7% považuje za nejdůležitější službu výměnný program. Svou odpověď zdůvodňují buď eliminací šíření nákaz, snížením počtu poházených stříkaček, nebo možností získání čistých injekčních stříkaček zdarma a anonymně. Zbýlých 14,3% za nejpodstatnější službu považuje testování, a to z důvodu snížení rizika šíření nákaz.

Sedmá otázka zjišťovala, co klienti vnímají jako největší výhodu těchto služeb. Možnost získat bezplatně a anonymně čisté injekční stříkačky považuje za největší výhodu 57,1% klientů, čímž se potvrzuje hypotéza o významu služeb pro klienty. Po 14,3% klientů vidí jako největší výhodu asistenční služby, snížení rizika šíření onemocnění a možnost získání THC filtrů. Pro drogově závislého mnohdy není snadné dosáhnout základního lékařského ošetření, nebo získat hmotnou nouzi či nové doklady. V doprovodu sociálního pracovníka se cítí jistější a v neposlední řadě jeho přítomnost často ovlivňuje pohled úředníků a lékařů.

Většina respondentů (71,4%) odpověděla, že nevnímá u K-centra a terénních programů žádnou nevýhodu, což ilustruje významnost služeb pro klienty. 14,3% klientů považuje za největší nevýhodu to, že k HR materiálu nedostávají návykovou látkou. Je pochopitelné, že by pro ně tato varianta byla nejjednodušší, avšak je v rozporu se zákonem i s principy harm reduction a public health. Zbytek klientů (14,3%) považuje za největší nevýhodu nízkou anonymitu nového K-centra. Staré K-centrum se nacházelo v ulici Rumunská, nebylo nijak zvlášť označené a fungovalo ve sklepních prostorách. Nové K-centrum a sídlo terénních programů je nyní v ulici Felberova v komplexu Dům humanity, který má polepené výlohy. Je pochopitelné, že klientům bylo bližší staré prostředí, avšak v Domě humanity jsou větší prostory, pohodlnější možnost konzultací, kontaktní místnosti atd.

Výzkum se zabýval i tím, co by pro klienty znamenala neexistence K-centra/terénních programů. Pro valnou část klientů (57,2%) by znamenala především omezení přístupu k čistým injekčním stříkačkám, což by pro ně znamenalo ztrátu anonymity a větší finanční investici při koupi stříkaček v lékárnách, nebo opakovanou aplikaci použitou stříkačkou, čímž se zvyšuje riziko poranění nebo přenosu choroby. O rychlejším šíření chorob hovoří i další část klientů (14,3%), taktéž 14,3% klientů předpokládá nárůst množství poházených injekčních stříkaček. Z toho je možno vyvodit, že si klienti uvědomují smysl terénních programů a K-centra. Pro dalších 14,3% klientů by neexistence těchto služeb znamenala naprostou tragédii.

Nakonec bylo zjišťováno, zda a jaký význam mají nízkoprahové protidrogové služby pro nedrogovou veřejnost, z pohledu klienta. Podle 42,9% respondentů K-centrum a terénní programy nemají pro nedrogovou populaci žádný význam, a to proto, že si myslí, že tyto služby

drogově závislé podporují. Klienti si tedy uvědomují to, jak je společnost vnímá. 28,6% považuje za významnou eliminaci poházených stříkaček z důvodu snížení rizika poranění neuzivatelů a 28,6% vidí jako významnou součást snížení rizika nakažení nedrogové populace.

Hypotéza č.1

Většina klientů považuje za nejdůležitější výměnný program a to proto, že se díky jeho fungování snižuje množství poházených injekčních stříkaček a šíření infekčních onemocnění a také proto, že mají zdarma a anonymně přístup k čistým injekčním stříkačkám.

Naprostá většina klientů považuje tuto službu za nejdůležitější (viz graf č.6), a zároveň ji uvádí jako největší výhodu existence K-centra a terénních programů (viz graf č.7). Z toho plyne, že si klienti uvědomují rizikovost svého chování, ale také ví o způsobech, jak rizika minimalizovat. Zároveň si jsou vědomi dopadů rizikového chování (poházené injekční stříkačky, šíření infekčních onemocnění), což ilustruje úspěch snahy terénních pracovníků a pracovníků kontaktních center o osvětu v tomto směru. To, že klienti oceňují možnost získat injekční stříkačku zdarma a anonymně poukazuje na předsudky společnosti, na to, že získat čistou injekční stříkačku pro drogově závislého znamená nepříjemnou situaci a vystavení se opovržení. Díky tomu, že pracovníci TP a K-centra klienty pro jejich závislost nesoudí, je snazší navázat spolupráci například při informacích o rizikovém chování.

Hypotéza č.2

Většina klientů si uvědomuje význam nízkoprahových protidrogových služeb pro nedrogovou společnost a umí je pojmenovat.

Velká část klientů má za to, že nízkoprahové protidrogové služby nemají pro nedrogovou veřejnost žádný význam (viz graf č.10). Myslí si totiž, že nedrogová veřejnost terénní programy a K-centra považuje za podporu závislých v užívání drog. Tato domněnka koresponduje s mýtem 4.3. Tento fakt poukazuje na to, že si klienti uvědomují své sociální postavení, stejně tak jako postavení nízkoprahových protidrogových služeb v očích nedrogové společnosti. Avšak nadpoloviční většina klientů si uvědomuje snížení rizika poranění o injekční stříkačku osobou nedrogové scény, nebo celkově snížení možnosti nákazy pro takovou osobu. Z výzkumu tedy vyplývá, že klienti si jsou vědomi významu principu public health.

8.7 Závěr výzkumu

Z výzkumu vyplynulo, že velká část klientů má stále bydlení, tedy že jsou z části sociálně zajištěni. Bylo zjištěno, že většina klientů se o službách K-centra/terénních programů dozvěděla od svých známých s drogové scény. Je pochopitelné, že si uživatelé mezi sebou předají informaci o možnosti získání čistých injekčních stříkaček či bezplatného hygienického servisu. Největší část respondentů využívá služby déle než deset let, z čehož vyplývá, že jim dané služby vyhovují, tudíž u nich setrvávají, nebo se k nim vrátí, tedy že pro ně skutečně mají nějaký význam. Za nejvýznamnější službu obvykle považují výměnný program, ať už díky zachování anonymity, nebo kvůli ochraně veřejného zdraví. Dále pak z výzkumu vyplynulo, že nejrozšířenější primární drogou mezi klienty nízkoprahových protidrogových služeb na Liberecku je pervitin. Klienti povětšinou na službách nevidí žádnou nevýhodu, avšak někteří z nich mají pocit nízké anonymity při navštěvování nového K-centra, nebo by si přáli, aby k HR materiálu byly distribuovány i návykové látky, což není možné. První hypotéza, týkající se nejdůležitější služby z pohledu klienta byla potvrzena, stejně tak i druhá hypotéza věnující se významu služeb pro nedrogovou veřejnost z pohledu klienta.

9 Závěr

Práce v teoretické části obeznámila čtenáře se základními termíny týkajícími se dané problematiky, byly vysvětleny pojmy jako závislost, sekundární a terciární prevence, harm reduction, public health či nízkoprahové služby. Byly popsány služby poskytované kontaktními centry a terénními programy a uveden výčet těchto programů v Libereckém kraji. Dále se práce věnovala popisu historie nízkoprahových, ale i vysokoprahových protidrogových služeb v Libereckém kraji. Poslední kapitola s názvem kazuistika obsahuje podrobný příběh drogově závislosti klientky.

Práce také obsahuje část výzkumnou, která se věnuje uvedení, objasnění a event. Vyvrácení mýtů a předsudků nejčastěji spojovaných s nízkoprahovými protidrogovými službami. V kapitole jsou uvedeny čtyři mýty, zdroje k jejich vyvrácení byly čerpány především z rozhovorů pracovníků adiktologických a sociálních služeb. Bylo zjištěno, že mýty nejsou pravdivé. První mýtus, hovořící o podpoře závislosti byl vyvrácen tím, že se cílem nízkoprahových protidrogových služeb není primárně léčba klientů, ale snižování rizik jak pro klienty samotné, tak pro nedrogovou společnost. Plošně dochází ke snižování rizika šíření chorob. Dalším argumentem je také ušetření společnosti od vynakládání nadbytečných finančních prostředků. Druhý mýtus týkající se drogové historie pracovníků v těchto službách byl argumentován možností zaměstnání ex-userů, která je však plně oddělena od zaměstnání neuživatelů. Vznik mýtu byl osvětlen tím, pracovníci v protidrogových službách pracují se specifickou cílovou skupinou, je tedy pochopitelné, že společnost hledá motivaci pro tuto práci ve vlastní drogové historii pracovníků. Třetí mýtus, který se týká vzniku závislosti vlastní vinou byl vyvrácen tím, že valná většina dospívajících drogu vyzkouší a závislími se nestane. To, že ke vzniku závislosti dojde, je zapříčiněno vlivy, o kterých samotný závislý nerozhoduje. Nakonec poslední předsudek o vzhledu klientů byl objasněn tím, že velice záleží na typu užívané návykové látky a na zvoleném životním stylu. Ve výzkumné části je obsažen také výzkum významu služeb z pohledu klientů. Tento výzkum byl prováděn formou rozhovorů se sedmi klienty. Bylo zjištěno, že klienti nejvíce oceňují možnost využití výměnného programu injekčních stříkaček a hygienického servisu. Také si uvědomují význam nízkoprahových protidrogových služeb pro nedrogovou veřejnost. Jsou si také vědomi toho, jak na ně nedrogová společnost pohlíží, tedy skrze různé předsudky. S rozhovoru, který je uveden v kapitole kazuistika ale vyplynulo, že klientka přístup veřejnosti a represivních složek na jednu stranu chápe. Dále bylo zjištěno, že je pro klienty velmi důležitá anonymita a nízkoprahovost těchto služeb.

Celkovým přínosem této práce by mohlo být srozumitelné uvedení do problematiky a objasnění nejčastějších otázek. Práci by do budoucna bylo možné rozšířit o kapitolu týkající se problematiky protidrogové politiky, která je úzce spjata s fungováním nízkoprahových protidrogových služeb. Také by bylo možné provést výzkum týkající se významu služeb z pohledu pracovníků, či nedrogové společnosti.

Nízkoprahové protidrogové služby zaměřené na sekundární a terciární prevenci významným dílem doplňují další pilíře protidrogové politiky. Soustředí se na klienty, kteří nemohou či nechtějí vyhledávat institucionalizovanou pomoc a nabízí jim další, mnohdy schůdnější možnosti.

10 Seznam použité literatury

BABICKÁ, Regina, Pomoc a kontrola. In: KLÍMA, Petr a kol. *Kontaktní práce*. Česká asociace streetwork, 2007, ISBN: 978-80-254-4001-8

KALINA, Kamil, a kol. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia NOVA, 2001, ISBN 80-238-8014-4.

KALINA, Kamil, a kol: *Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6

KOUDELKOVÁ, Jana Alexandra. *Vliv sekundární a terciární prevence na drogově závislé klienty nízkoprahových služeb*. Ústí nad Labem, 2017. Diplomová práce. Univerzita J. E. Purkyně.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. 4. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.

Okresní ústav sociálních služeb v Liberci. Liberec: Helios Exprint, 2000.

Operační manuál TP Liberec. Most k naději z.s. 2017

Operační manuál K-centrum Liberec. Most k naději z.s. 2017

PRESL, Jiří. *Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě?*. 2. rozšířené vyd. Praha: Maxdorf, 1995. ISBN 80-85800-18-7.

RADIMECKÝ, Josef, JANÍKOVÁ, Barbara, ed. *Úvod do adiktologie: Učební podklady ke kurzu*. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova Praha, 2007. ISBN 978-80-239-9960-0.

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

11 Elektronické zdroje

Most k naději: O nás. *Most k naději* [online]. Liberec, 2011 [cit. 2019-03-12]. Dostupné z: <http://www.mostknadeji.eu/o-nas/>

Most k naději: Liberecký kraj. *Most k naději* [online]. Liberec, 2019 [cit. 2019-03-12]. Dostupné z: <http://www.mostknadeji.eu/liberecky-kraj/>

FROUZOVÁ, Kateřina. Krizové centrum končí, narkomani se vrátí do ulic. *Mladá fronta* [online]. 2005, , 1 [cit. 2019-03-12]. Dostupné z: www.kraj-lbc.cz/public/social/kveten_2005_7be3003aff.rtf

NUTT, David, Leslie KING a Lawrence PHILLIPS. *Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis* [online]. 2010, **376** [cit. 2019-03-18]. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61462-6. Dostupné z: <https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2810%2961462-6/fulltext>

O'BRIEN, Charles P a Thomas MCLELLAN. Myths about the treatment of addiction. *The Lancet* [online]. 1996 [cit. 2019-03-12].

12 Ústní zdroje

MUDr. David ADAMEČEK – odborný ředitel Advaita z.ú.

Mgr. Ivo BRÁT – ředitel Centra intervenčních a psychosociálních služeb p.o.

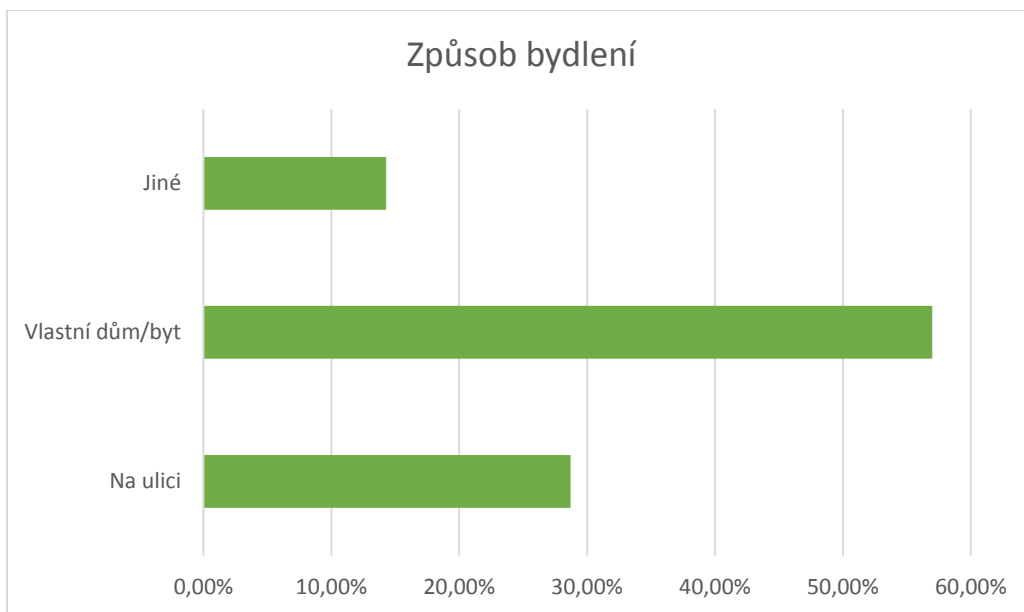
Mgr. Ivo LÁNSKÝ – psycholog v Poradně pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy

PhDr. Jiří BROŽA - speciální pedagog, psychoterapeut (SUR, psychoanalytická psychoterapie, systemická psychoterapie), akreditovaný supervizor ČIS

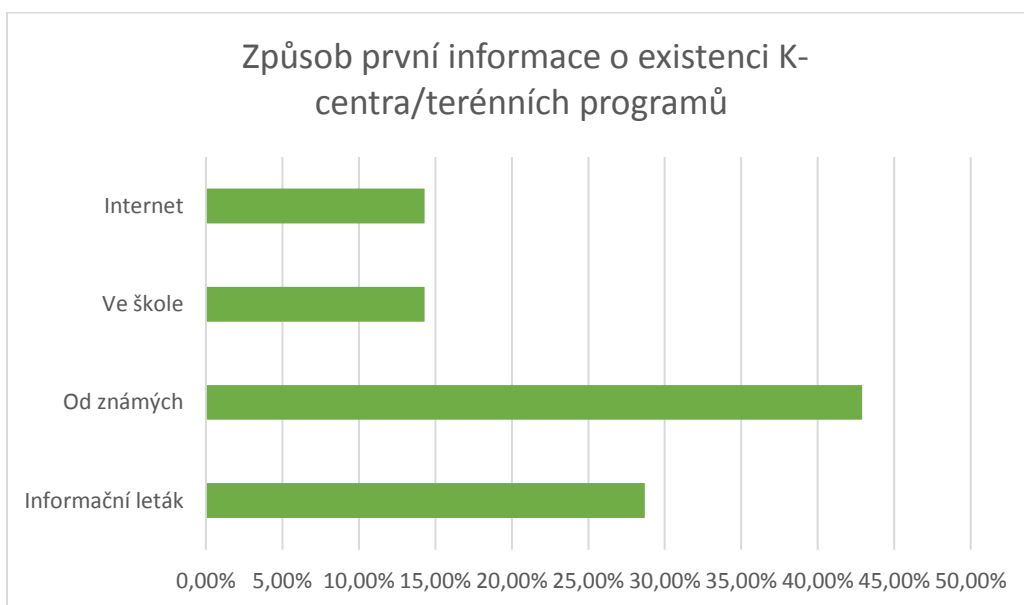
Mgr. Jana A. KOUDELKOVÁ – vedoucí K-centra v Liberci

Přílohy

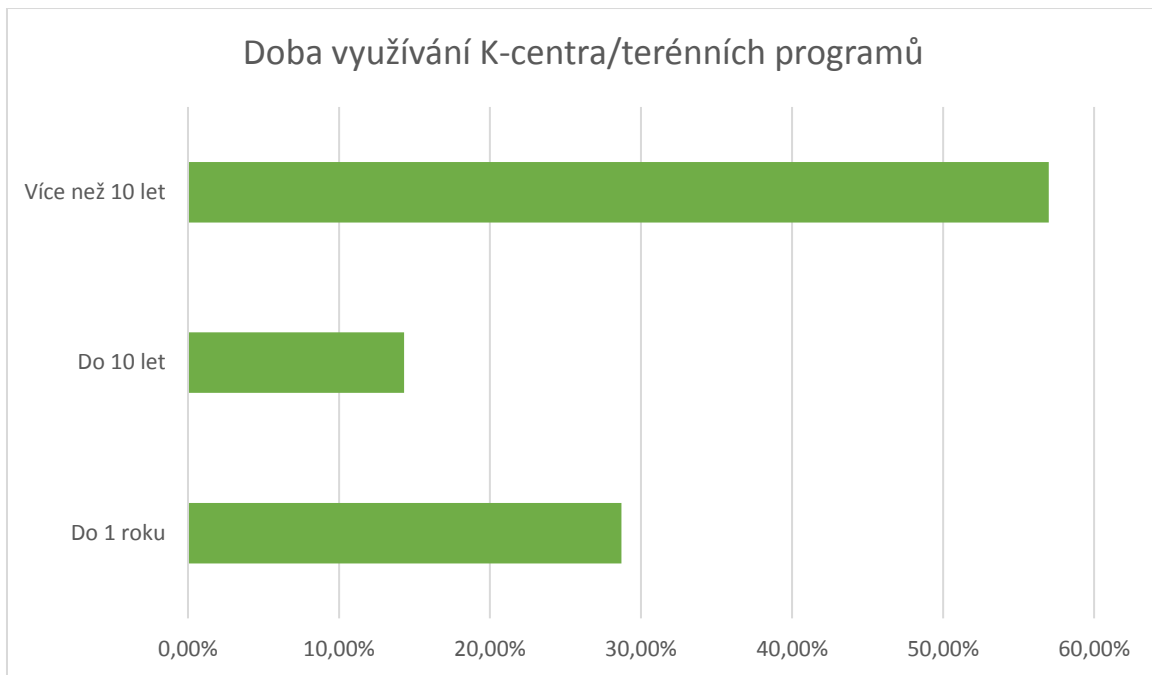
Graf č.1 Způsob bydlení



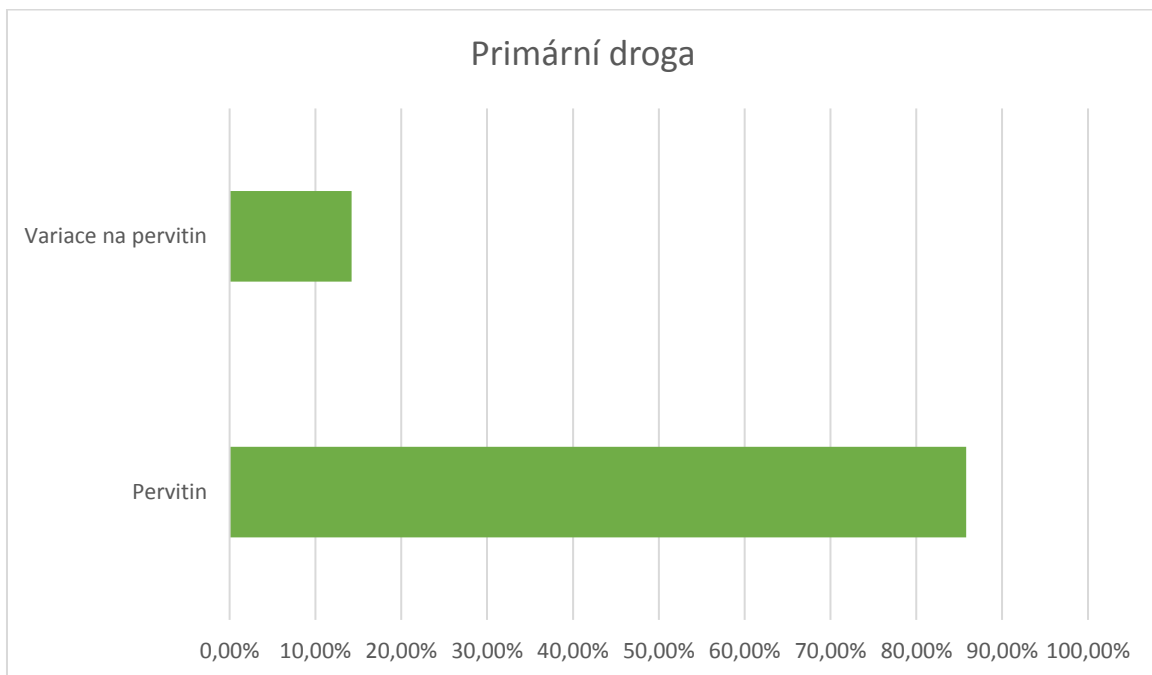
Graf č.2 Způsob první informace o existenci K-centra/terénních programů



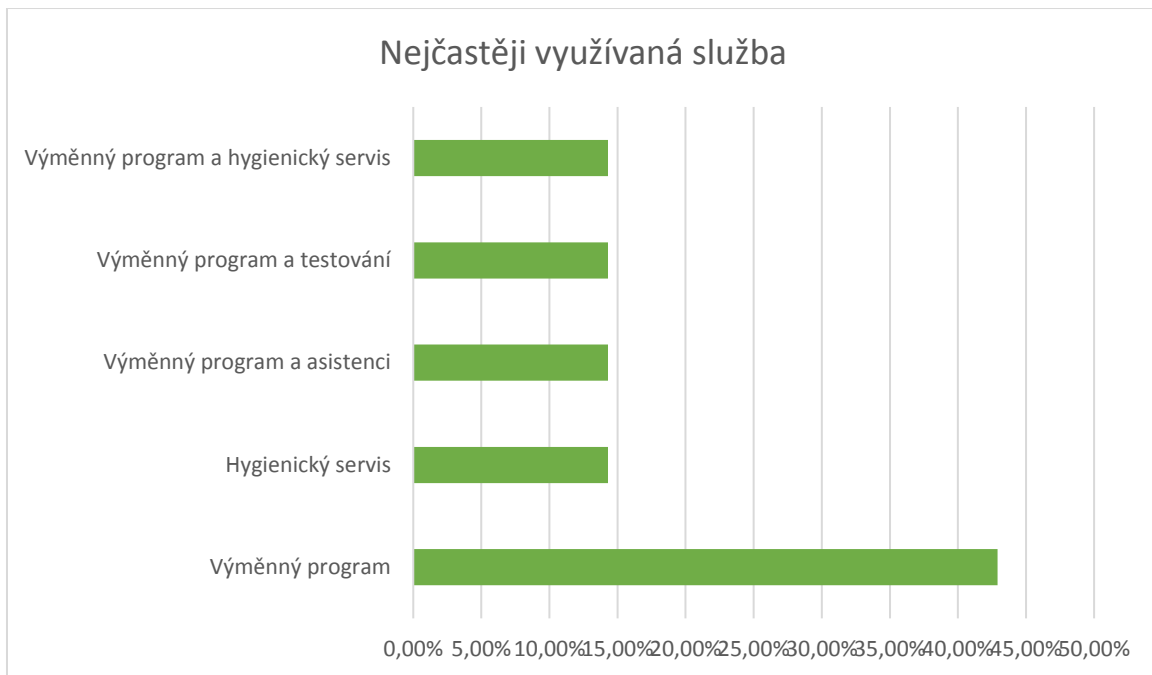
Graf č.3 Doba využívání služeb K-centra/terénních programů



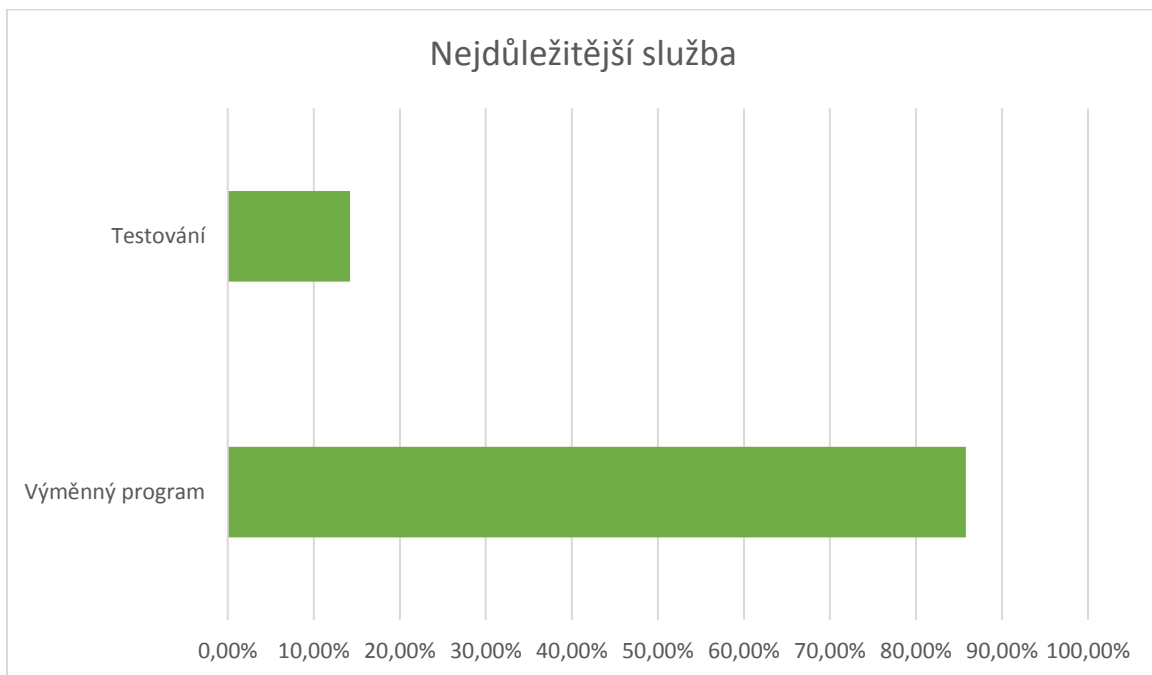
Graf č.4 Primární droga



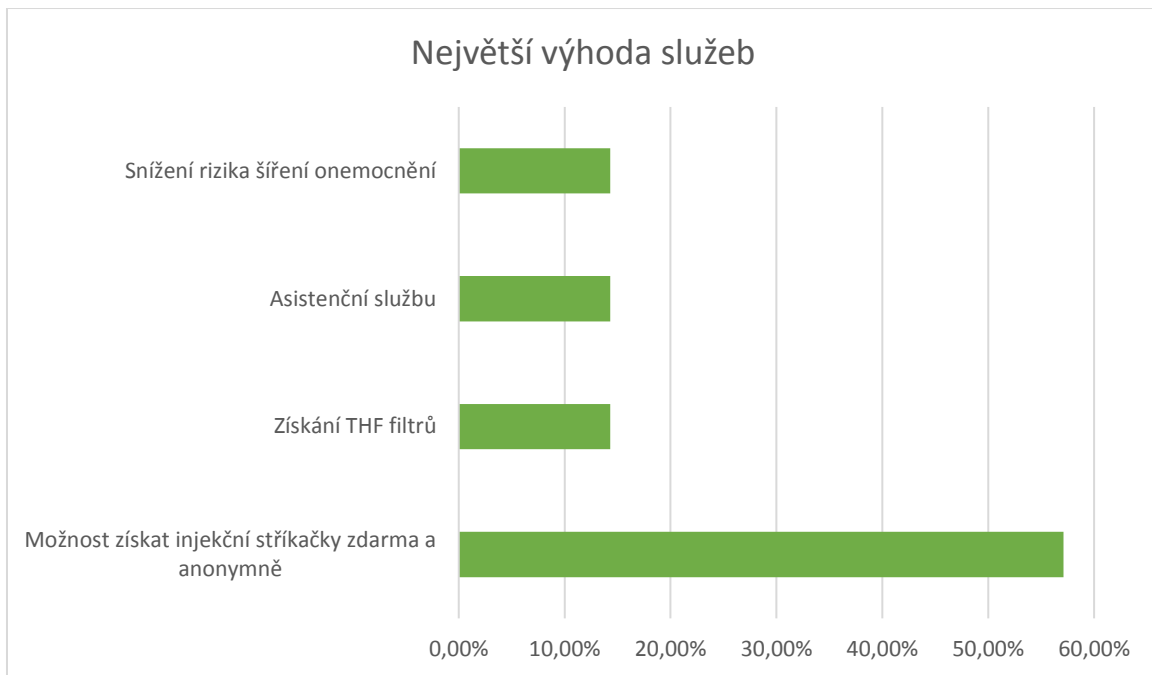
Graf č.5 Nejčastěji využívaná služba



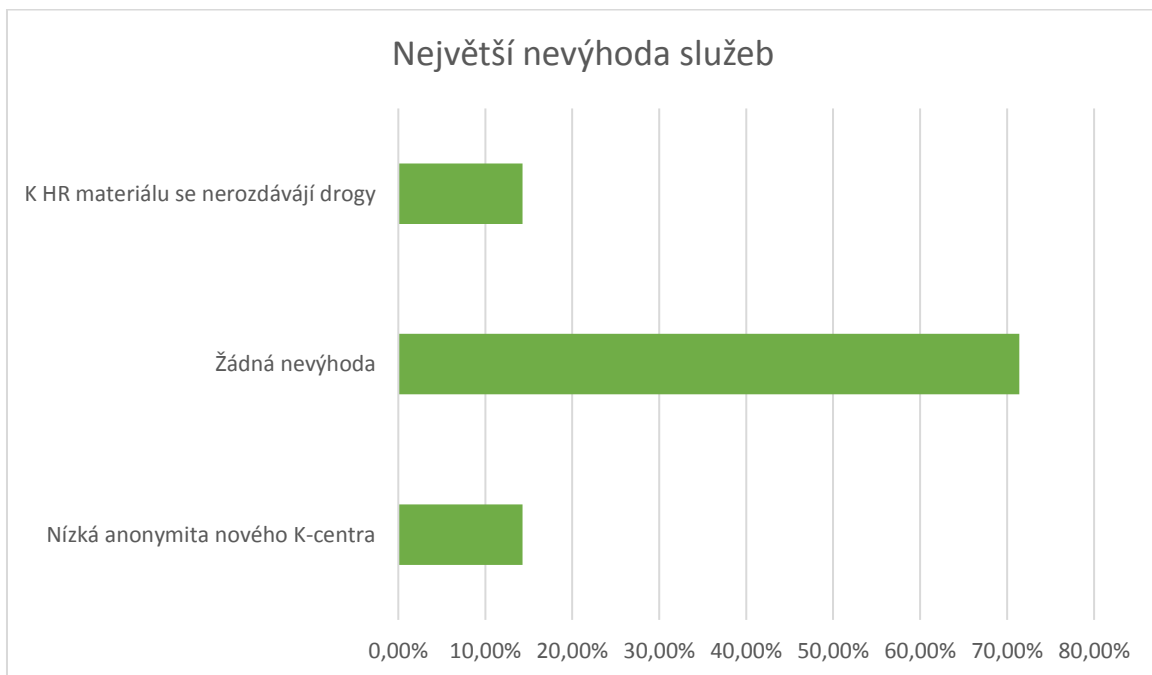
Graf č.6 Nejdůležitější služba



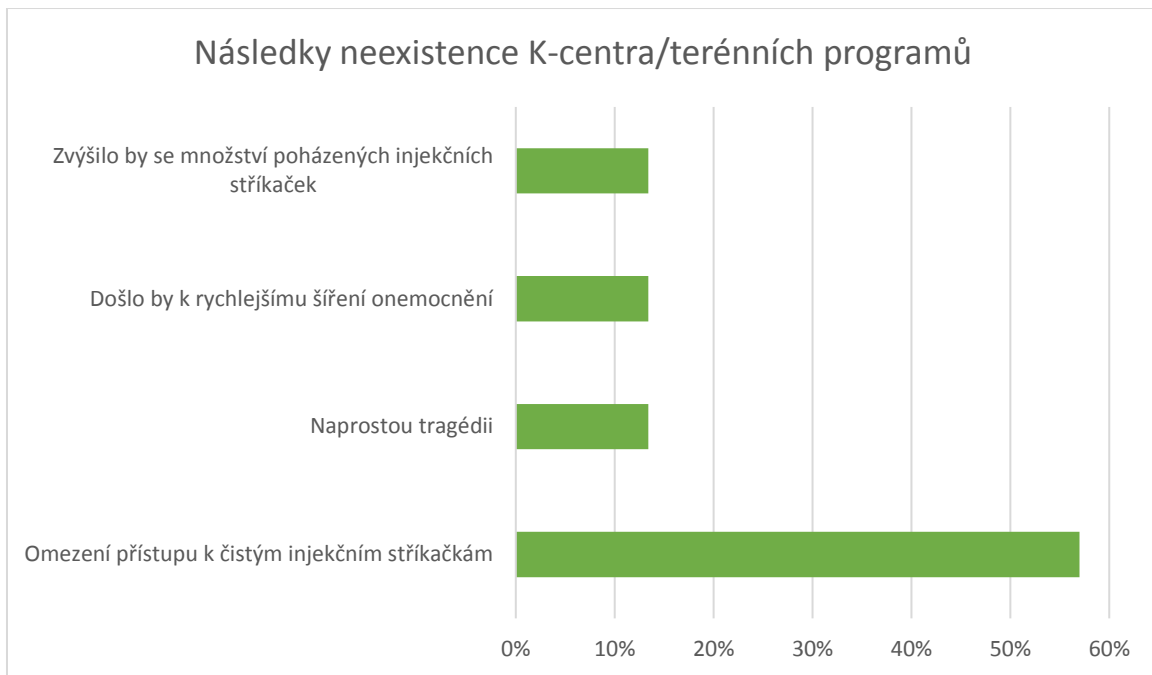
Graf č.7 Největší výhoda služeb



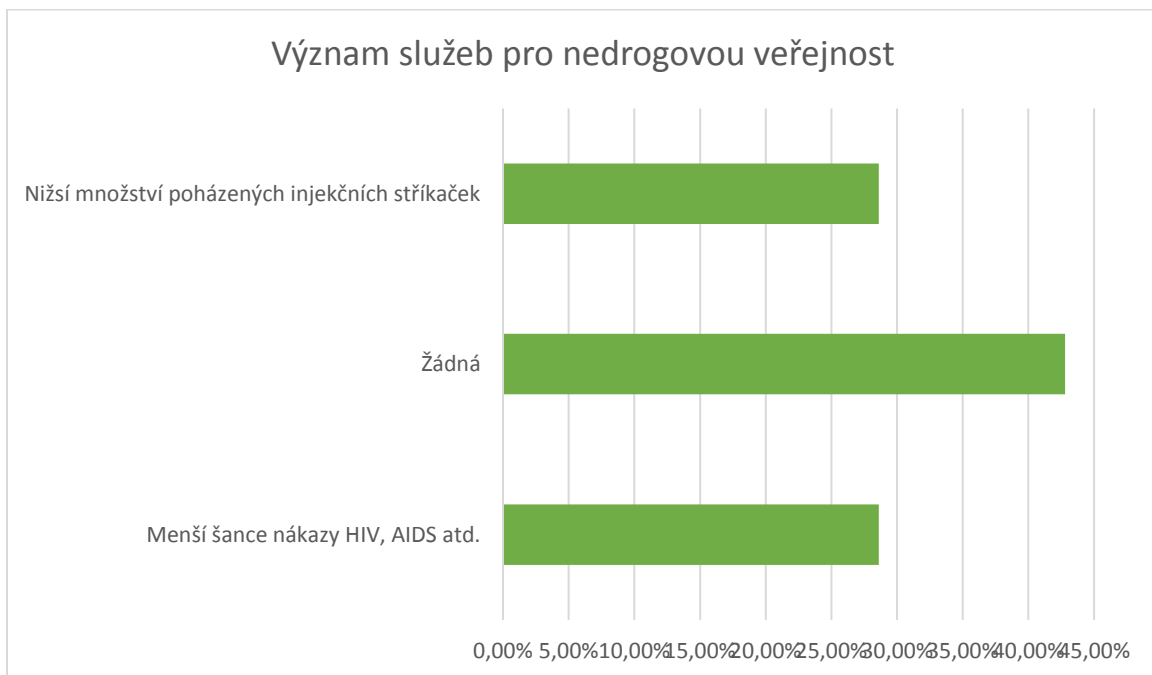
Graf č.8 Největší nevýhoda služeb



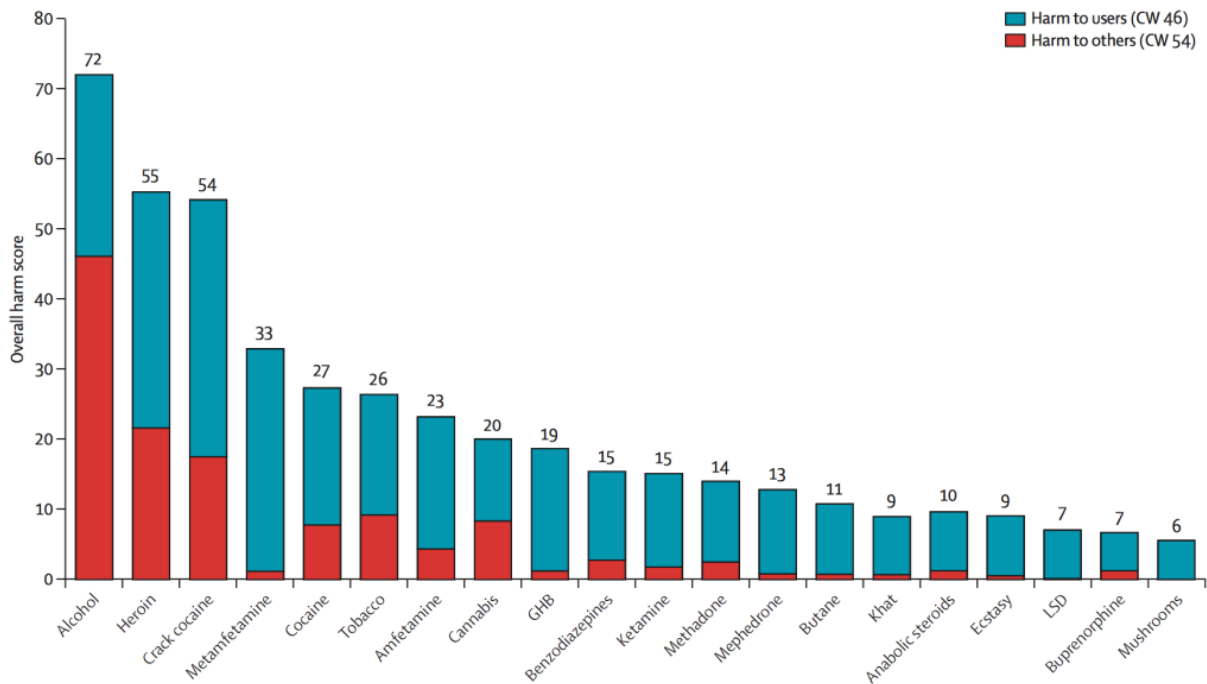
Graf č.9 Následky neexistence K-centra/terénních programů



Graf č.10 Význam služeb pro nedrogovou veřejnost



Obr. č. 1



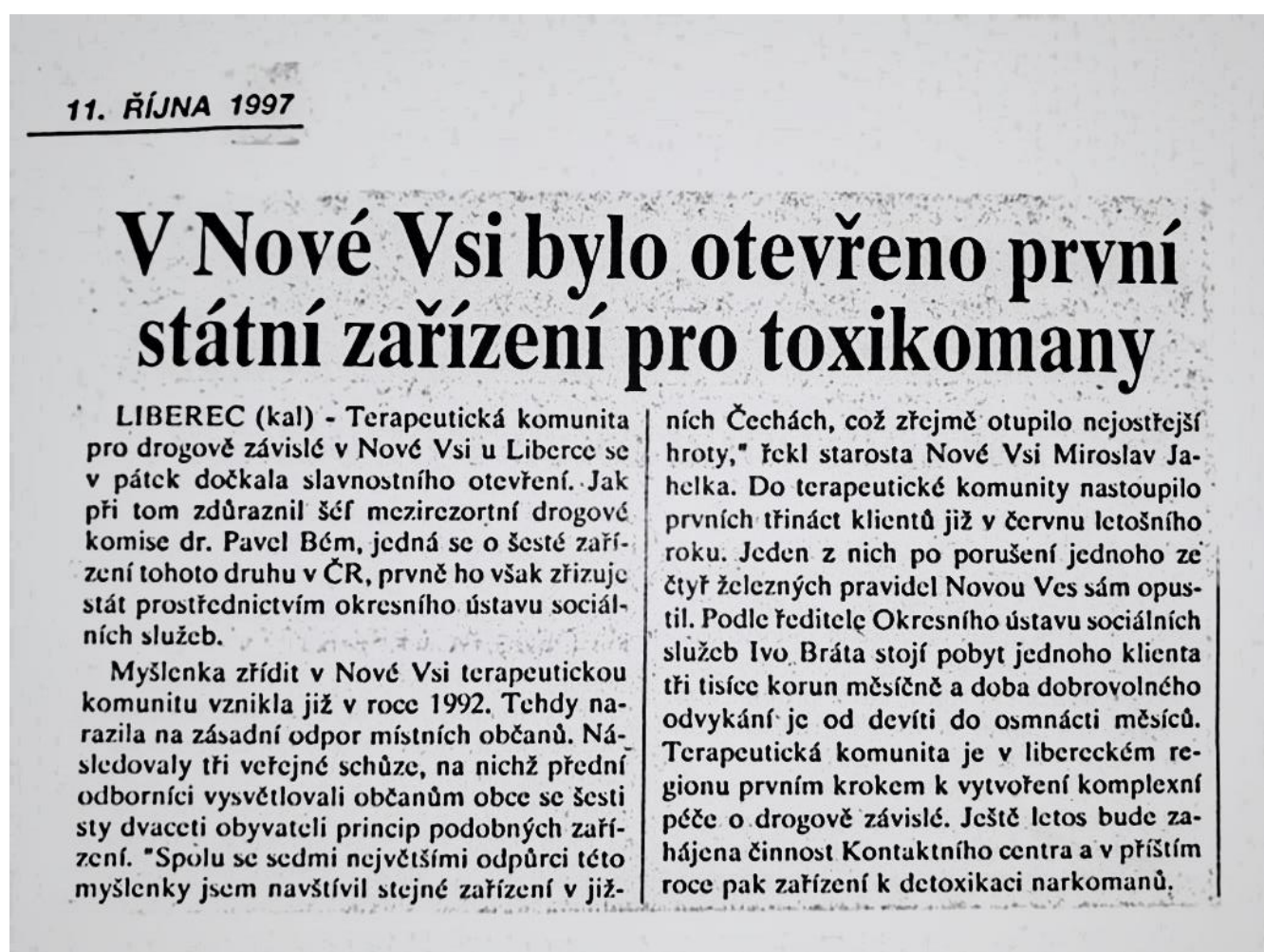
Zdroj: Nutt et al. (2010)

Příloha č. 2 Otázky k řízenému rozhovoru

1. Jaké je Vaše pohlaví?
2. Kolik Vám je let?
3. Jakým způsobem bydlíte?
4. Jak jste se o službách terénu/Káčka dozvěděl/dozvěděla?
5. Jak dlouho těch služeb využíváte?
6. Jaká je Vaše primární droga?
7. Jaké služby pravidelně a nejvíce využíváte?
8. Jakou službu považujete za nejdůležitější a proč?

9. Co vidíte jako největší výhodu existence nízkoprahových služeb?
10. Co naopak vidíte jako největší nevýhodu?
11. Co by pro Vás znamenala neexistence káčka/terénu?
12. Jaký je podle Vás význam služeb pro veřejnost?

Obr. č. 3



Narkomané si odvykají droze v Nové Vsi na Liberecku

Nová Ves u Chrastavy (jas) - Dostali jsme poslední šanci a po pár týdnech jsme byli šťastní, že jsme ji využili - tvrdí o sobě a dalších dvanácti narkomanech dvacetiletý Josef. Všichni jsou klienty nové terapeutické komunity pro drogově závislé, která byla včera slavnostně otevřena v Nové Vsi u Chrastavy na Liberecku. V provozu je ale částečně již od června.

"Oficiálně jsme chtěli zařízení otevřít, až budeme mít první zkušenosti za sebou," zdůvodnil tento rozpor mezi dobou otevřením a zahájením provozu ředitel komunity, lékař David Adameček.

Středisko bylo na Liberecku, které patří mezi drogově problematické okresy, vybudováno podle vzoru podobných zařízení v okolních státech. Velmi dobré zkušenosti mají například v Polsku. Pobyt je tu dobrovolný a zájemce musí doporučit lékaři, u kterých se předtím léčil.

"Přijímáme muže i ženy starší osmnácti let, kteří projeví aktivní zájem a nechťejí se k svému návyku vrátit, přitom však mají za sebou několikaleté zkušenosti s drogou a ambulantní, krátkodobá či střednědobá léčba by pro ně nebyla účinná," řekl Adameček.

Pobyt v komunitě v Nové Vsi trvá pro

jednoho bývalého narkomana devět až osmnáct měsíců. Momentálně je tu devět mužů a čtyři ženy od osmnácti do jednadvaceti let z celé republiky. Bývalí narkomani mají přesný denní režim, pracují, sami si vaří, perou a uklízejí. V plánu je zřízení vlastního hospodářství.

"V řádu jsou mimo jiné čtyři základní pravidla, která náš obyvatel nesmí porušit, jinak může být propuštěn," vysvětluje David Adameček. O která jde neprozradil.

Dvacetiletý Vojtěch z Prahy, který se v Nové Vsi léčí po šesti letech užívání heroínu, byl vstřícnější: "Mezi klienty v komunitě jsou zakázány jakékoli sexuální styky.

Dalšími základními pravidly jsou naprostá drogová i alkoholová abstinence, povinnost podřídit se bezvýhradně rozhodnutí komunity, zákaz jakéhokoli násilí a psychického útaku vůči ostatním.

"Podobná komunita existuje v Němčicích na Strakoncku, ale ta naše je první tohoto druhu v republice, protože je státním zařízením," řekl ředitel Okresního ústavu sociálních služeb v Liberci Ivo Brát. Zařízení je financováno podobně, jako domovy důchodců nebo třeba ústavy pro mentálně postižené. Někteří klienti si pobyt platí, za jiné ho platí rodiče.

Viz Novověští ve své obci... strana dvě