

Univerzita Pardubice

Fakulta filozofická

Možnosti prevence drogových a alkoholových závislostí v Královéhradeckém
kraji

Bc. Jiřina Kaválková

Diplomová práce

2014

Univerzita Pardubice
Fakulta filozofická
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jiřina Kaválková**
Osobní číslo: **H12717**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Resocializační pedagogika**
Název tématu: **Možnosti prevence drogových a alkoholových závislostí v Královéhradeckém kraji**
Zadávací katedra: **Katedra věd o výchově**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cílem teoretické části práce je zmapovat všechny dostupné možnosti prevence drogových a alkoholových závislostí na území Královéhradeckého kraje. Práce se bude zabývat všemi typy prevence - primární, sekundární i terciární. Dále zde budou uvedeny veškeré instituce, které se touto problematikou na území královéhradeckého kraje zabývají. V praktické části bude věnována pozornost vybraným zařízením, zabývajícím se těmito druhy prevence. V těchto zařízeních bude proveden kvalitativní výzkum za použití rozhovorů s klienty. Cílem praktické části bude zjistit, jaké služby jsou pro uživatele těchto institucí nejvíce motivující a atraktivní.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

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

Seznam odborné literatury:

- CSETE, J. Hledání rovnováhy - koncepce protidrogové politiky v České republice. Praha: Úřad vlády České republiky, 2012. 978-1-936133-65-9
- KALINA, K. a KOL.: Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-87041-16-1
- KALINA, K. a KOL. Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6
- LEJČKOVÁ, P., MRAVČÍK, V. RADIMECKÝ, J. Srovnání užívání drog a jeho dopadů v krajích ČR v r. 2002. Praha: Úřad vlády České republiky, 2004. ISBN 80-86734-14-5
- MIOVSKÝ, M., SKÁCELOVÁ, L., ZAPLETALOVÁ, J., (Eds.). Primární prevence rizikového chování ve školství. Praha: Sdružení SCAN, Univerzita Karlova v Praze & Togga, 2010
- McGRATH, Y., SUMNALL, H., McVEIGH, J., BELLIS, M. Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: Přehled dostupných informací. Praha: Úřad vlády ČR, 2007.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H. Zásady efektivní primární prevence. Praha: Sportpropag, 1999.
- NOŽINA, M. Svět drog v Čechách. Praha: Koniasch Latin Press, 1997. ISBN 80-859-17-36-X

Vedoucí diplomové práce:

prof. PhDr. Karel Rýdl, CSc.

Katedra věd o výchově

Datum zadání diplomové práce:


28. května 2013

Termín odevzdání diplomové práce:

30. března 2014



prof. PhDr. Petr Vorel, CSc.
děkan



Ing. Jaroslav Myslivec, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 30. května 2013

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 22.3.2014

Jiřina Kaválková

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu práce, prof. PhDr. Karlu Rýdlovi, CSc., za odborné vedení diplomové práce a krajské drogové koordinátorce, Mgr. Michaele Klementové, za poskytnutí odborných informací a materiálů. Děkuji také všem respondentům za jejich otevřenost při rozhovorech, jejich ochotu spolupracovat a dále pak své rodině.

ANOTACE

Práce si klade za cíl zmapovat situaci v oblasti užívání drog v České republice a Královéhradeckém kraji. Dále se zabývá možnostmi prevence drogových a alkoholových závislostí, popisuje druhy drogové prevence a instituce, které se touto problematikou zabývají. Praktická část věnuje pozornost vybrané organizaci zabývající se drogovou prevencí s cílem zjistit, jaké služby jsou pro klienty tohoto zařízení nejvíce motivující a atraktivní.

KLÍČOVÁ SLOVA

Drogy, primární prevence, sekundární prevence, terciární prevence, závislost

TITLE

Possibilities of Prevention of Drugs and Alcohol Addiction in the Hradec Králové Region

ANNOTATION

The thesis aims to outline the situation of drug use in the Czech Republic and in the Hradec Králové region. Moreover, it deals with the possibilities of prevention of drug and alcohol addictions, it describes the kinds of drug prevention and institutions, that deal with this problem. The practical part concentrates on chosen institution dealing with the problem of drug prevention with the purpose of finding out what kind of service is for the clients of this institution the most motivating and attractive.

KEYWORDS

Drugs, primary prevention, secondary prevention, tertiary prevention, addiction

Obsah práce:

Úvod	9
I. TEORETICKÁ ČÁST	12
1. Zneužívání drog	13
1.1 Situace v oblasti zneužívání drog v České republice	16
1.2 Situace v oblasti užívání drog v Královéhradeckém kraji	19
2. Protidrogová prevence	24
2.1 Primární drogová prevence	26
2.1.1 Školní drogová prevence	27
2.1.2 Účinnost přímé primární prevence	29
2.2 Sekundární drogová prevence	31
2.3 Terciární drogová prevence	31
2.4 Užití protidrogové prevence dle věku	33
3. Drogy a vybrané skupiny obyvatel	37
3.1 Romská komunita	37
3.2 Vietnamská komunita	39
4. Zařízení pro pomoc uživatelům drog se zaměřením na Královéhradecký kraj	41
4.1 Nízkoprahové harm reduction programy	43
4.1.1 Kontaktní centra	44
4.1.2 Terénní programy	46
4.2 Ambulantní léčba	48
4.3 Stacionární léčba	49
4.4 Detoxifikační jednotky	50
4.5 Rezidenční léčba	52
4.5.1 Terapeutické komunity	52
4.5.2 Ústavní léčba	54

4.6 Doléčovací centra	56
4.7 Záchytné stanice	57
4.8 Alkoholicko – toxikologické poradny	57
4.9 Svépomocné skupiny	58
4.9.1 Anonymní alkoholici	58
4.9.2 Anonymní narkomani	59
4.10 Další zařízení	59
II. PRAKTICKÁ ČÁST	63
5. Cíl výzkumu	64
5.1 Strategie a metody výzkumu	64
5.2 Výzkumný soubor	65
5.3 Technika získávání dat	67
5.4 Zpracování dat, analýza a interpretace získaných dat	67
6. Zjištění a jejich interpretace	68
6.1 Dílčí výzkumná otázka 1	68
6.2 Dílčí výzkumná otázka 2	71
6.3 Dílčí výzkumná otázka 3	75
6.4 Dílčí výzkumná otázka 4	77
6.5 Vyhodnocení praktické části	79
Závěr	82
Použitá literatura	84
Seznam příloh	88

Úvod

„Ve vztahu k drogám je nutné si uvědomit, že drogy neexistují jako problém sám o sobě. Všeobecně máme tendenci povyšovat drogy na jakýsi vůdčí motivátor, idol a středohor dění. Ve skutečnosti však nebyly nikdy ničím jiným než tichým průvodcem a katalyzátorem procesů odehrávajících se v nás a kolem nás. Ve své podstatě je zneužívání drog především projevem existujícího špatného stavu osobnosti a společnosti. Drogy nejsou „špatné“ samy o sobě, „špatné“ bývá jejich užití, resp. zneužití“ (Nožina, 1997, s. 294)

Nerada slyším, když někdo v mém okolí tvrdí, že si za svou závislost může každý člověk sám. Spouštěčů, které vedou k první aplikaci drogy je široká paleta, často se jedná o celé spektrum různých vlivů osobnostních a situačních. Nikdo z nás nemůže vědět, jak by obstál při této těžké zkoušce života on sám, kdyby mu někdo ve „správný“ okamžik drogu nabídl.

Existuje řada důvodů, které mě vedly ke zpracování diplomové práce na téma „Možnosti prevence drogových a alkoholových závislostí v Královéhradeckém kraji“. Předně se jedná o fakt, že toto téma je velmi aktuální, neboť uživatelů nelegálních látek v naší společnosti rok od roku přibývá. Neposledním důvodem pro výběr tohoto tématu je nebezpečnost alkoholových i nealkoholových drog, kterou v poslední době intenzivně vnímám a to i ve svém bezprostředním okolí.

Cílem této práce je zmapovat situaci v oblasti užívání drog v České republice a Královéhradeckém kraji, dále popsat možnosti prevence drogových a alkoholových závislostí, druhy drogové prevence a instituce, které se touto problematikou zabývají. Cílem praktické části je zmapovat, jaké služby jsou pro klienty vybrané organizace zabývající se drogovou prevencí nejvíce motivující a atraktivní.

Již v názvu práce jsem ze závislostí zvlášť vyčlenila závislosti alkoholové. Učinila jsem tak, protože alkoholové závislosti mají svá specifika, která se od nealkoholových závislostí odlišují. Stejně tak i instituce, které se zabývají alkoholovou závislostí, jsou často založeny na trochu jiném principu. Alkoholové závislosti se, samozřejmě, řadí mezi závislosti drogové, ne každý člověk si ale uvědomuje, že alkohol je látka návyková stejně tak, jako nelegální drogy. O tom, že alkohol není společností vnímán jako problém, svědčí i následující fráze, které lze ve společnosti často slyšet: „*Já ale piju jen pivo. Alkohol je alkohol. 0,5l piva se rovná 0,04l destilátu se rovná 0,2l stolního vína.*“, nebo například: „*Ale vždyť to není žádný pobuda. Většina alkoholiků jsou řádní a slušní lidé. Pouze 3 ze 100 alkoholiků se pohybují na okraji společnosti.*“ (Mlčoch, Z. Nejčastější výmluvy a omluvy pijanů týkající se alkoholu,

odůvodnění pití. [online] 2000-2014. cit. [28.12.2013]. Dostupné z: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/texty/zdravi/nejcastejsi-vymluvy-a-omluvy-pijanu-tykajici-se-alkoholu-oduvodneni-piti>)

Při své praxi v psychiatrické léčebně Opava na oddělení protialkoholní léčby jsem byla svědkem toho, že klienti odpovídali lékařům na jejich otázku, zda požili nějaký alkohol „ne, jen pivo.“ Z toho se dá soudit, že si lidé vůbec neuvědomují, že i Čechy tolik milované pivo je alkohol, který může být v určité míře nebezpečný stejně tak, jako ostatní drogy.

Dalším velkým problémem je tolerance české společnosti k legálním drogám. Tento fakt potvrzuje výzkum, který si kladl za cíl zmapovat vývoj postojů společnosti k osobám užívajícím drogy, k řešení problémů s drogami a k legalizaci marihuany. Tento průzkum probíhal mezi roky 1996 a 2006 a byl uveřejněn výzkumným centrem CEPROS (Centrum výzkumu protidrogových služeb a veřejného zdraví). *„Výzkum ukazuje, že česká společnost je k uživatelům drog tolerantnější - třetina dotázaných zastává názor „tolerovat a chránit ostatní“ (oproti pětině v r. 1996). Názory na řešení drogového problému se však významněji nezměnily.“* (viz příloha č.1) (SANANIM. Postoje české společnosti k drogám. In: odrogach.cz [online] 2013-2014 cit. [12.1.2014]. Dostupné z: http://www.odrogach.cz/skola/vyzkumy/postoje-ceske-spolecnosti-k-drogam.html?section_id=50)

Z tohoto průzkumu také vyplývá, že oproti roku 1996 stoupl v roce 2006 počet osob, které mají zkušenosti s nelegálními drogami - konkrétně o 12% (viz příloha č. 2). Tento výzkum mapoval i vývoj názorů na řešení této problematiky, žádný významný posun zde ale zaznamenám nebyl. Necelá polovina dotazovaných by pro řešení tohoto problému volila postihy, polovina prevenci. V dalších přílohách je možno porovnat zkušenosti s užíváním nelegálních drog dle věku (č. 3) a podle pohlaví (č. 4).

Pro zamyšlení uvádím slova Mgr. Ondřeje Čalovky, vedoucího služby kontaktního centra v Trutnově, který hovoří o drogové prevenci: *„Někteří narkomani jsou zvláštní tím, že svou minulost popírají a o budoucnost se nestarají. Chtějí žít tady a teď a také tak žijí. Pak se mi vnucují otázky typu: Jaké jsou jejich vzpomínky? Vzpomínal s nimi někdo na to hezké, co prožili? Sdílel s nimi někdo jejich sny a přání do budoucnosti? Dobrou prevenci provádíme, když vzpomínáme (čím vzdáleněji do rodové historie, tím lépe) a mluvíme o budoucnosti se svými nejbližšími, s těmi, kdož jsou nám svěřeni, koho alespoň trochu známe.“*

V úvodu této práce bych také ráda zmínila několik citátů, které uvádí na svých internetových stránkách organizace Laxus o.s..

„Pokud by se námi sebrané a „vykoupené“ stříkačky rozsypaly na ploše města Hradec Králové, znamenalo by to, že při procházce městem najdete každých 5 minut jednu injekční stříkačku.“

„Množství injekčních stříkaček, které naše sdružení za posledních 10 let stáhlo a bezpečně zlikvidovalo, by vytvořilo hromadu o objemu 7m³, což by zaplnilo menší zahradní bazén.“

„Kdyby chtěl Laxus uspořádat setkání se všemi, kdo prošli vzdělávacími a osvětovými programy, musel by si pronajmout kino Centrál na 16 dní.“

„Za 10 let využilo výměnného injekčního programu Laxus o.s. 3 522 osob.“

„Laxus by na ubytování svých klientů potřeboval velké sídliště se 39 paneláky.“

Domnívám se, že výše uvedené citáty jasně poukazují na nezbytnost poskytování služeb osobám závislým na drogách. Pokud by služby tohoto typu nefungovaly, setkávali bychom se na ulicích, v parcích či na jiných místech s pohozeným injekčním materiálem velice často.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Zneužívání drog

V dnešní době se v souvislosti s šířením a zneužíváním drog hovoří o třech obdobích. Do roku 1960 se drogy pokládaly za problém *odborný*, kterým se zabývá pouze úzká skupina velmi kvalifikovaných odborníků (většinou kriminalisté a lékaři). Mezi roky 1960 a 1990 dochází k posunu a drogy se stávají problémem *společenským*, který se dotýká mnoha skupin a profesí. V tomto období dochází k enormnímu nárůstu užívání drog jak v USA, tak i v Evropě. Tento fakt měl za následek změnu koncepce drogových politik. Za třetí období označujeme éru od roku 1990, která již charakterizuje problém drog jako *globální*. Současná protidrogová politika si klade za cíl snižovat nabídku drog a zároveň snižovat poptávku po drogách. Základní model protidrogové politiky hledá rovnováhu mezi represí a prevencí. Jedná se především o model prohibice a represe, minimalizace škod, ochrany veřejného zdraví a model kulturní integrace. (Kalina, 2003)

Primární prevence	Aktivity zaměřené na prevenci užívání drog, popř. oddálení prvního setkání dětí a mladých lidí s drogami	Snižování poptávky (prevence)
Harm reduction	Aktivity zaměřené na snižování zdravotních a sociálních poškození na straně společnosti a na straně uživatelů drog, kteří nejsou v danou chvíli rozhodnutí pro život bez drog	
léčba a resocializace	Spektrum programů léčby k abstinenci, dostupných pro uživatele drog, kteří se svobodně rozhodli pro život bez drog	
represe	soubor zákonných opatření a aktivit k potlačování nabídky drog	Potlačování nabídky (represe)

Obrázek 1: Čtyři pilíře protidrogové politiky ČR dle Kaliny (2003)

Pro snadnou orientaci v následujícím textu považuji za nutné seznámit se s několika základními pojmy, které provází celou práci. Bez porozumění těmto termínům může dojít ke špatnému pochopení textu. Stěžejním pojmem této práce je droga. Provozníková a Nešpor (1996, s. 13), uvádějí, že droga „...*je jakákoliv přírodní nebo syntetická látka, která po vpravení do živého organismu mění jednu nebo více psychických či tělesných funkcí.*“ Na této definici se shoduje převážná část autorů.

V obecném slova smyslu se za drogu považuje látka, která je užívána či zneužívána za účelem změny nálady, vědomí, povzbuzení či naopak tlumení funkcí tělesných nebo duševních, nebo k vyvolání mimořádných zážitků. Světová zdravotnická organizace WHO v roce 1969 přijala definici, která za drogu označuje jakoukoliv přírodní nebo syntetickou látku, která po vpravení do živého organismu mění jednu nebo více psychických či tělesných funkcí. Nejčastěji se za drogu označuje látka, která splňuje dvě hlavní kritéria - má *psychotropní účinek* (což znamená, že má významný vliv na prožívání reality a ovlivňuje psychiku člověka)

a dalším znakem je fakt, že *může vyvolávat závislost*. (Provazníková a Nešpor 1996; Nešpor, 2001)

Pokud vycházíme z definice, že droga je látka, která má psychotropní účinek a může vyvolat závislost, při hlubším zamyšlení si uvědomíme, že drogy bezprostředně obklopují každého z nás a tvoří dokonce i podstatnou část nabídky v téměř každém obchodě. V tomto případě se jedná například o kávu, čokoládu či výrobky obsahující nikotin. Droga nemusí být užívána pouze pro změnu nálady, ale i kvůli jiným funkcím jako třeba povzbuzení či tlumení.

Dle základního členění, lze drogy rozdělit do dvou skupin - na legální a nelegální. V případě drog legálních se jedná o látky společností tolerované. Fakt, že se jedná o látky, jejichž pořízení není trestné, společností zavrhané, ale neznamena, že tyto látky nejsou zdraví zcela bezpečné a jejich opakované užívání může vyvolat závislost. Jedná se především o alkohol, ale výše uvedenou definici drogy splňuje i káva, čaj nebo tabák - všechny tyto látky naši psychiku ovlivňují. Nelegální drogy, stejně jako drogy legální splňují definici drogy, navíc jsou ale zákonem zakázány a to ne pouze jejich konzumace, ale i výroba či držení. (Nožina, 1997)

V dnešní době došlo ke značnému posunu významu slova droga. Za drogu laická veřejnost většinou nepovažuje drogy legální, ale pouze ty nelegální. Dělit drogy pouze podle toho, zda se jedná o látky legální, či nelegální není ale vždy smysluplné. Jako příklad uvádím Velkou Británii, kde je nákup alkoholu a jeho konzumace v restauraci pro všechny osoby mladší 15 let nezákonná, ale naopak nezákonné není, když rodiče podají alkohol svým dětem doma. Předpokládám, že se v naší společnosti vyskytuje pouze malé množství lidí, kteří odmítají všechny z výše uvedených psychotropních látek. Pokud se ale přece jen někdo takový najde a rozhodne se od těchto látek abstinovat, okolní společnost to vesměs hodnotí nepatřičně a považuje tohoto člověka za „zvláštního“. Dle etikety je například neslušné odmítnutí welcome drinku při příchodu na večírek. Pokud na večírek, kde se welcome drink nabízí, přijde abstinent, dle etikety by si měl drink vzít a alespoň symbolicky přiložit k ústům a až poté ho smí odložit.

Drogy lze rozdělit i podle jiných kritérií, jež je zmíněno výše a to například na měkké a tvrdé. Takto drogy rozlišujeme z hlediska rizika, které se pojí s jejich užíváním. Zjednodušeně lze říci, že čím je droga „tvrdší“, tím větší míru poškození je schopna vyvolat. „*V posledních letech probíhá ve světě někdy velmi vzrušená diskuze mezi těmi, kteří na základě některých toxikologických údajů prohlašují, že neexistují žádné „měkké“ drogy, a těmi, kteří by naopak uvítali liberalizaci užívání látek, považovaných z hlediska jejich účinků za neškodné.*“ (Bergeret, 1995, s. 10) Tento jev se dá pozorovat i na území České republiky, kde stále

probíhají vášnivé diskuze na téma legalizace marihuany. Já osobně se nepřikláním ani k jedné z těchto skupin. Drogy jsou dle mého názoru nebezpečné všechny, ale záleží na tom, v jaké míře dochází k jejich užívání. Rozhodně se ale vyhýbám legalizaci většího množství drog, neboť si to mladí lidé mohou špatně vysvětlit a mohli by se domnívat, že když jsou tyto látky legální, nejsou nebezpečné.

Problémovým užíváním drog označujeme injekční aplikaci nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů, drog amfetaminového typu nebo kokainu. V České republice se do této definice uživatelé kokainu nezahrnují, neboť se tu kokain vyskytuje jen v relativně malém množství. (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog, 2013)

Termín závislost vysvětluje ve své knize Svět drog v Čechách Nožina (1997, s. 12). Uvádí, že každá droga má „něco, co se z nedostatku vhodnějšího pojmenování někdy označuje jako „potenciál závislosti“. Ten je u různých drog různě vyjádřen, může být větší nebo menší, ale přítomen je vždy.“ Tato definice závislosti se mi jeví jako výstižná. Člověk, který začne s drogou experimentovat, si často ani neuvědomuje, že pokud danou látku užívá, nemusí se u něho syndrom závislosti projevit ihned po několika užitích drogy. Někdy je závislost velice plíživá a přichází pomalu, aniž by si člověk začal uvědomovat, že ho droga začíná ovládat.

Drogovou závislostí označujeme stav, kdy člověk přestal být svobodný a je zcela podřízen droze, ta ho řídí a ovládá, stala se součástí jeho života. Při stavu drogové závislosti člověk drogu „potřebuje“ a vyhledává ji, ne už pouze kvůli jejím účinkům, ale především proto, aby se cítil dobře. V tomto případě můžeme hovořit o onemocnění, které je nebezpečné jak pro samotného člověka, tak i pro okolní společnost. Drogová závislost se dělí na dva typy - závislost psychickou (typická pro uživatele pervitinu) a závislost fyzickou (typická pro uživatele opioidů). Projevy této závislosti je možné pozorovat na dvou úrovních – psychické a fyzické. Psychická závislost je stav, který si člověk přivodí opakovaným užíváním určité psychotropní látky, vyznačuje se především silnou touhou a myšlenkami na drogu a její opětovné užití. Ke vzniku tohoto typu závislosti nestačí pouze pasivní konzumace drogy, ale především zážitky a rituály, které užívání látky doprovází - jedná se o závislosti na některé okolnosti, které užívání drogy provázely (například společnost spoluživatelů, prostředí, rituál spojený s užíváním atd.). Čistě teoreticky by se po vysazení drogy neměly dostavit žádné fyzické projevy, často se ale objevuje třes či pocení. Fyzická závislost je stav organismu, který si člověk přivodí ve většině případů déletrvajícím a opakovaným užíváním drogy. Organismus tohoto člověka se droze přizpůsobí a při jejím vysazení reaguje určitými změnami, a to i přes to, že je pro něho vysazení drogy prospěšné. V tomto případě se dostaví *abstinenční příznaky*. (Nožina, 1997; Bergeret, 1995)

Pojem závislí vysvětluje Kalina (2003, s. 17) následovně: „*uživatelé splňující diagnostická kritéria syndromu závislosti – často ale ne vždy jde o „problémové uživatele“*“. Bergeret (1995) se klaní k definici Světové zdravotnické organizace, která za toxikomana označuje každou oběť závislosti na farmakách nebo psychické závislosti. U druhé z těchto definic postrádám zmínku o závislosti fyzické, neboť ta se vyskytuje u velkého množství uživatelů drog, stejně jako závislost psychická.

Dalším podstatným pojmem pro orientaci v drogové problematice jsou *abstinenční příznaky*. U abstinenčních příznaků existuje pestrá paleta projevů. Dostavují se dříve, či později po posledním užití drogy, pokud do těla není vpravena další dávka. Paleta projevů může nabývat různých hodnot i co do intenzity - může se jednat o stavy, které jsou sotva znatelné, okolím nepozorovatelné (u kofeinu), nebo naopak o příznaky, které mohou být pro člověka životu nebezpečné (morfin). Uvádím zde pouze několik z celého spektra abstinenčních příznaků: pocení, zvýšená teplota, slzení, rozšířené nebo zúžené zorničky, třes, zimnice, nechutenství, zácpa, pocity chladu či naopak horka, epileptický záchvat, ale těchto znaků je možné pozorovat mnohem více.

V souvislosti s užíváním drog se často hovoří o prevalenci. „*Prevalence je údaj, vyjadřující proporce osob, které v daném okamžiku nebo časovém intervalu vykazují zkoumaný stav.*“ (Kalina, 2003, s. 42)

1.1 Situace v oblasti zneužívání drog v České republice

Užívání drog nepoškozuje pouze zdraví a kvalitu života uživatelů drog a jejich blízkých, ale v důsledku negativních zdravotních, sociálních, ekonomických a bezpečnostních dopadů užívání drog ohrožuje zdravý vývoj celé společnosti. Zneužívání drog představuje vysoké riziko změny základních životních hodnot, oslabování vůle, narušování mezilidských vztahů, rozpad rodin, ohrožení veřejného pořádku, zdraví a bezpečnosti, nárůst společenských nákladů atd. (Kalina, 2003)

V úvodu této kapitoly je důležité zmínit postoje české společnosti k užívání drog, neboť právě tyto postoje mohou některé uživatele drog ovlivnit (např. mladistvé konzumenty alkoholu). Postoje české společnosti k užívání drog jsou vcelku neměnné a relativně stabilní. V posledních letech si je možné všimnout mírného snižování přijatelnosti tabáku - myslím si, že je to evidentní vzhledem k výsledkům anket a průzkumů, které si kladou za cíl zmapovat názory lidí na zákaz kouření v restauracích a na veřejných prostranstvích. Naopak, u konopných látek a alkoholu dochází ke zvyšování přijatelnosti. Dle mého názoru je společnost

nakloněna užívání konopných látek (jakoukoli formou) především u osob se zdravotními problémy. Jsou zde ale i značná rizika zneužívání prodeje těchto produktů, což si veřejnost plně uvědomuje a díky tomu je názor společnosti nejednotný. Během roku 2012 proběhly tři studie o užívání návykových látek v České republice - Národní výzkum užívání návykových látek 2012, Prevalence užívání drog v populaci ČR 2012 a Výzkum názorů a postojů občanů ČR k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života.

„Zatímco v r. 2008 byly nejvyšší míry prevalence užití všech sledovaných nelegálních drog zaznamenány ve věkové skupině velmi mladých dospělých (15-24 let) a s věkem prevalence zkušeností s jednotlivými sledovanými drogami klesala, v r. 2012 byly nejvyšší míry prevalence sledovány ve věkové skupině 25-34 let...“ (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog 2013, s. 28) Což svědčí o zvyšování průměrného věku uživatelů nelegálních drog a o stárnutí této populace. V provedených šetřeních bylo zjištěno, že některou nelegální drogu užilo alespoň jednou v životě 37% všech obyvatel České republiky ve věku 15-64 let, přičemž se o něco častěji jednalo o muže. Faktem je, že zkušenost s nelegální drogu má 56% mladých dospělých (15-34 let) z čehož vyplývá, že nejvíce ohroženou skupinou z hlediska užívání drog jsou právě mladí lidé. Prevalence užití drog u mladých dospělých je tak téměř dvakrát vyšší, než u ostatní populace. Toto tvrzení jen potvrzuje Sullivan a Thompson, kteří již v roce 1988 na problematiku užívání drog mladými lidmi upozorňovali: *„In 1982, less than one quarter of adults over 26 years of age had ever used marijuana and only 6.6 percent claimed to be currently using the drug. Rates of marijuana use are far higher among younger than older people. Among those between twelve and seventeen years of age, 11.5 percent currently use the drugs, and 27,4 percent of those between eighteen and twenty-five are current users.“* (Sullivan, Thompson 1998, s. 319)

Průzkumy, které se zabývaly odhady počtu uživatelů drog, zjistily, že v posledním měsíci užilo konopné drogy 360 tisíc pravidelných uživatelů, uživatelů pervitinu bylo 37 tisíc, 36 tisíc uživatelů extáze a 31 tisíc uživatelů halucinogenních hub. Alarmující je počet uživatelů sedativ a tisíců léků, kterých je v české populaci přibližně 990 tisíc. Naopak odhady počtu uživatelů kokainu, LSD a heroínu jsou více orientační vzhledem k nevyšší prevalenci užívání těchto drog. Podrobnější informace lze nalézt v příloze č. 5. Příloha č. 6 zobrazuje užití drog dle zaměstnání respondentů. (Běláčková et al., 2012)

V České republice zůstává na velmi vysoké úrovni rizikové pití alkoholu. Dle screeningové škály CAGE se rizikové pití alkoholu týká 17% populace, tj. 1,1 - 1,4 milionu osob. Druhou nejčastěji užívanou nelegální drogu v ČR byla dle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog (2013) extáze. V roce 2012 ovšem přišel zlom a extázi v tomto umístění vystřídal

halucinogenní houby. Za těmito látkami se umístil co do počtu užívání pervitin, amfetaminy, kokain a LSD. Tyto látky se vyskytují s poměrně nízkou mírou celoživotní prevalence - 2,3 - 2,8%. Celoživotní zkušenosti české populace s heroinem jsou v porovnání s jinými zeměmi nízké, okolo 1%. Dalšími látkami zneužívanými na našem území jsou surové opium, analgetika, která obsahují opiáty (fentanyl, kodein, morfin) či nové syntetické drogy ze skupiny katinonů nebo fenetylaminů.

Regionální analýza studie ESPAD poukázala na to, že z hlediska zkušeností s nelegálními drogami se řadí na první místo regiony Praha, Ústecký, Karlovarský, Olomoucký a Moravskoslezský. K méně exponovaným pak patří kraj Středočeský, Plzeňský, Královéhradecký a Pardubický. Situace na úrovni státu se vzhledem k problematice užívání drog moc nemění, zůstává poměrně stabilní, v jednotlivých krajích je možné sledovat pouze drobné výkyvy. (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog, 2013)

Veškeré celorepublikové studie, které byly realizovány, poukazují na stejný vzorec užívání drog v populaci. Nejčastěji užitou nelegální drogou byly látky konopné (zkusilo je 27,9% obyvatel, tj. přibližně 1,9 - 2,2 milionů osob). Do kategorie středního nebo vysokého rizika výskytu problému spojených s užíváním konopí spadla asi jedna třetina současných uživatelů konopí, tj. přibližně 1,2% populace ve vysokém riziku a 1,6% v riziku středním. (Běláčková et al., 2012; Výroční zpráva o stavu ve věcech drog, 2013)

„V posledních 5 letech narostl střední odhad počtu problémových uživatelů drog přibližně o třetinu a prevalence problémového užívání drog v ČR v r. 2012 dosáhla 0,6% obyvatel ve věku 15-64 let. Kraji s největším počtem problémových uživatelů drog a zároveň s největším počtem uživatelů opiátů jsou tradičně Praha a Ústecký kraj. Vysoce nadprůměrnou prevalenci problémových uživatelů drog na počet obyvatel vykazuje také Karlovarský kraj... V r. 2012 se v ČR spotřebovalo odhadem 11,6 tun konopných drog, 5,9 tun pervitinu, 0,8 tun heroinu, 0,7 tun kokainu, 62,3 tisíc tablet extáze a 75,8 tis. dávek LSD. Spotřeba pervitinu a konopných drog je kryta výhradně, resp. především domácí produkcí.“ (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog, 2013, s. 44, 126) Nárůst uživatelů drog o jednu třetinu během uplynulých pěti let je velice vysoký. Jednotlivé prevalenční odhady uživatelů drog dle krajů jsou uvedeny v příloze č. 7. Jedním z důvodů, proč k tomuto nárůstu dochází, může být i dnešní doba, kdy je velice jednoduché, najít si jakékoli informace na internetu. Dalším důležitým faktorem může být cena drog (viz příloha č. 8), která má u některých drog mírně klesající tendenci. Nutno uvést, že cena drog (i jejich čistota) se liší dle toho, kolikátý je kupující v řetězci prodeje a také z hlediska velikosti obce (v Praze je cena v průměru vyšší, než cena na Trutnovsku).

Odhadem se v České republice každý rok spotřebují drogy za 15 miliard korun. V roce 2012 bylo Policií ČR odhaleno 235 varen pervitinu. V tomto roce bylo evidováno 355 záchytů této drogy o celkovém množství 32 kg. Kokain byl zachycen ve 44 případech a to v celkovém množství 8 kg. Heroin byl zachycen ve 41 případech a zadrženo bylo množství 8 kg. Při této příležitosti byla změřena čistota heroínu, který se distribuuje koncovým uživatelům, čistota heroínu byla změřena přibližně na 5%. Odhady problémových uživatelů drog, byly v České republice přibližně 41,3 tisíc. Z tohoto počtu bylo 30,7 tisíc uživatelů pervitinu, 4,3 tisíc uživatelů heroínu, 6,3 tisíc uživatelů buprenorfinu (tj. celkem 10,6 tisíc uživatelů opiátů). Odhadnutý počet injekčních uživatelů se blíží k 39 tisícům. U uživatelů pervitinu a heroínu se dá hovořit o mírném poklesu jejich počtu, u buprenorfinu je tomu naopak. (Běláčková, et al., 2012; Kalina, 2003; Výroční zpráva o stavu ve věcech drog, 2013)

Výše uvedené odhady počtu problémových uživatelů drog se mi jeví jako dosti nepřesné, vzhledem k tomu, že jsou tyto informace získávány pouze z analýz dat o klientech, kterými disponují nízkoprahové programy (například kontaktní centra pro uživatele návykových látek a jejich terénní programy). Další data jsou získávána z řad lékařů či prostřednictvím monitoringu lékáren. Existují ale také uživatelé, kteří nemohou, či nejsou ochotni kontaktovat žádnou službu a jsou tedy těmito statistikám skryti. Aktuální počet osob pro celou Českou republiku i jednotlivé kraje se zjišťuje také tzv. nominační technikou, kdy klient programu odpovídá na otázky: „Kolik osob, které znáš, pravidelně a dlouhodobě užívá pervitin nebo opiáty?“, „Kolik z nich bylo během posledních 12 měsíců alespoň jednou v kontaktu s jakýmkoli kontaktním centrem nebo terénním programem?“.

1.2 Situace v oblasti užívání drog v Královéhradeckém kraji

Šetření, která byla realizována mezi lety 2008 a 2011 ukazují poměrně stálý vzorec užívání návykových látek v obecné populaci. Obecně lze říci, že situace v Královéhradeckém kraji není oproti ostatním krajům nijak zvláštní. Situace v oblasti drog v tomto kraji kopíruje situaci v ostatních krajích České republiky.

„V Královéhradeckém kraji je i nadále zaznamenáván meziroční nárůst celkového počtu uživatelů drog zachycených v síti harm reduction služeb poskytovaných na území kraje (z celkových 791 v r. 2008 na 926 v r. 2012). Trend nárůstu počtu uživatelů drog může být samozřejmě částečně ovlivněn průnikem klientů z programu kontaktních a poradenských center a terénních programů, tedy souběžným využíváním více projektů realizovaných poskytovateli drogových služeb. Nicméně monitoring prodeje stříkaček v lékárnách ukazuje na skutečnost, že

v kontaktu s programy je podstatná část drogové scény.“ (Výroční zpráva Královéhradeckého kraje, 2013, s. 4-5)

V Královéhradeckém kraji, stejně tak jako i v krajích ostatních, lze sledovat trend stárnutí populace uživatelů drog, nyní průměrný věk přesáhl 30 let. Spotřeba injekčního materiálu v roce 2012 ve výměnných programech poklesla a to přibližně o 35 000 kusů. Tento pokles může být způsoben několika faktory - například změnou pokrytí služeb pro uživatele návykových látek, „špatnou“ opiovou sezónou, popřípadě změnami na drogové scéně v kraji, kdy na přelomu roku 2011/2012 bylo zadrženo několik výrobců pervitinu. Sledování prodeje injekčních stříkaček v lékárnách dokazuje, že je podstatná část drogové scény v kontaktu s drogovými programy. *„Počty prodeje se v porovnání s předchozími roky výrazně nemění, mají spíše klesající tendenci. Nárůsty prodeje jsou situační a kopírují přesuny uživatelů drog po městech kraje. Vždy jsou kompenzovány poklesem prodeje v sousední obci.*“ (Výroční zpráva Královéhradeckého kraje, 2013, s. 5)

K 1.6.2012 bylo v Královéhradeckém kraji evidováno 132 žadatelů o léčbu - z toho v 67 případech se jednalo o prvožadatele. *„V celorepublikovém srovnání Královéhradecký kraj vykazuje mezi žadateli o léčbu nejnižší podíl uživatelů pervitinu a dalších stimulancií a naopak vysoký podíl uživatelů opiátů.*“ (Výroční zpráva Královéhradeckého kraje, 2013, s. 6)

43 osob bylo v roce 2012 v tomto kraji nakaženo infekčním onemocněním. Ve stejném roce bylo v České republice nově zachyceno 212 případů nakažení virem HIV, což je nejvíce za dlouhou dobu. V Královéhradeckém kraji se jednalo o nakažení virem HIV čtyřech nových osob – jejich celkový počet na území tohoto kraje činí 32 osob. Toto číslo je enormně vysoké. Jedná se především o přenos rizikovým způsobem života – sdílením injekčního materiálu a nechráněným pohlavním stykem. Dle mého názoru se zcela jistě nejedná o nedostatek informací, který k tomuto jednání vede. Při své praxi v kontaktním centru jsem byla svědkem mnoha konverzací, při kterých byli uživatelé před takto rizikovým chováním varováni. Tito uživatelé jsou si rizik vyplývajících se sdílení injekčního materiálu vědomí, když ale dojde k činům, jejich touha po droze je silnější, než racionální myšlení a i takto informovaní lidé na sdílení (potencionálně infikovaného) materiálu přistoupí.

Sám Královéhradecký kraj odhad počtu problémových uživatelů drog nerealizoval, ale odhad Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti z roku 2011 hovoří o počtu kolem 1100 osob, přičemž v 86% jde o uživatele pervitinu a odhad injekčních uživatelů činí více než 95%. Dle informací, které vzešly z monitoringu lékáren, se ukazuje, že se na drogové scéně Královéhradeckého kraje neobjevují cizinci, ani nikterak výrazně mladé osoby. Převážná část osob nakupující injekční materiál a prekurzory je ve věku 20 - 30 let,

častěji se jedná o muže. Mezi nejvíce užívané návykové látky v Královéhradeckém kraji patří stejně tak jako v ostatních krajích látky legální jako alkohol a tabák. Nejvíce rozšířenými nelegálními látkami jsou zde konopné drogy - marihuana a hašiš. Jak je možné vyčíst ze statistik, v Královéhradeckém kraji se za nejvíce užívanou nelegální drogu již dlouhodobě považuje pervitin. Poslední dobou narůstá také obliba zneužívání Subutexu. Tableta Subutex vznikla v 90. letech 20. století a poprvé byla zaregistrována pro léčbu závislosti na opioidech ve Francii roku 1995, dále pak v USA a Austrálii. Drogová scéna v kraji se liší také dle ročního období - v létě dochází ke zneužívání surového opia z makovic a to především v okolí malých měst na Rychnovsku a Jičínku. Až na výjimky na místní drogové scéně neobjevuje heroin - proto uživatelé, kteří preferují opiáty, plně využívají „makovou“ sezonu. Mimo tyto látky uživatelé nelegálních drog dále zneužívají i jiné návykové látky, jako jsou alkohol, léčiva či marihuana. (Verster a Bunning, 2005; Výroční zpráva Královéhradeckého kraje, 2003)

Dle výroční zprávy Královéhradeckého kraje (2003) byl zaznamenán nový trend mezi školní populací - popíjení tzv. alkopops (limonády s obsahem alkoholu). Studie poukazují na fakt, že tyto nápoje byly někdy v minulosti užity 47% dotázaných školáků. Dalším zajímavým bodem, který studie odhalila, je, že celkem 61% mladých uvedlo, že si samo zakoupilo v obchodě alkohol pro vlastní potřebu (ve 14% si alkohol kupují v obchodě opakovaně). 77% mladistvých uvedlo, že konzumuje alkohol v restauraci, baru či na diskotéce (v 18% se jednalo o opakovaný čin). Ve srovnání s předchozími lety se jedná o pokles počtu těch, kteří konzumují alkohol ve výše uvedených zařízeních, ale naopak narostl podíl těch, kteří si alkohol sami kupují v obchodech. Otázkou zůstává, proč není v Královéhradeckém kraji žádný z programů zaměřen na drogovou problematiku v prostředí zábavy a nočního života. Myslím si, že je to chyba, protože návštěvníci tohoto prostředí se řadí mezi skupinu osob, u kterých je riziko užívání drog několikanásobně vyšší než u populace starší (konkrétně dvakrát). Dle výzkumu Tanec a drogy, mládež v prostředí zábavy a nočního života zneužívá především alkohol a extázi, proto se domnívám, že je důležité zřídit nový typ služby, který by podchytil i toto riziko.

Vysoká obliba pervitinu je s největší pravděpodobností způsobena snadnou dostupností této drogy a také její dostupností finanční (cena pervitinu je výrazně nižší, než cena heroinu). Dále se co do četnosti užití řadí extáze a halucinogenní houby. Poměrně vysoký počet uživatelů vykazovali donedávna i nové syntetické drogy, tento počet se dokonce jevil vyšší než počet dotázaných, kteří přiznali zkušenost s kokainem, heroinem nebo těkavými látkami. K užívání nových syntetických drog, které bylo donedávna možné zakoupit v kamenných obchodech (např. v Hradci Králové), přešli někteří uživatelé, pro něž byl dříve hlavní drogu

pervitin, objevili se ale i zcela noví uživatelé, kteří do této doby s drogami problém neměli. Hlavním vysvětlením tohoto trendu se mi jeví nízká cena těchto látek oproti cenám drog na černém trhu. Vysvětlením, proč tyto drogy začali užívat i osoby, které se do té chvíle neřadili mezi uživatele drog, by mohla být snadná dostupnost těchto produktů - obchody byly situovány v centrech měst. Koncem roku 2012 došlo k jejich vymýcení a v současné době se již nevyskytují. Drogová situace se tímto krokem ale nevyřešila - uživatelé nových syntetických drog se buď vrátili zpět ke své původní hlavní droze, nebo vyhledali na černém trhu látku jiné. Domnívám se, že uzavření těchto obchodů bylo i tak prospěšné. Uživatelé musí nyní vynakládat větší úsilí k obstarání drog a jsou více zatíženi finančně, což může především ty mladší potenciální uživatele odradit. (Výroční zpráva Královéhradeckého kraje, 2003)

Při porovnání výsledků Mezinárodních studií ESPAD lze říci, že došlo k poklesu prevalence většiny sledovaných drog včetně konopných látek. Nejvíce zneužívanou drogou mezi mladými lidmi v Královéhradeckém kraji, ale i ostatních krajích je dle dostupných statistik alkohol. Jedná o drogu, která je tolerována téměř celou společností, dokonce i v rodinách. Děti se do prvního kontaktu s alkoholem dostávají v rodinném prostředí, například při rodinných oslavách. To svědčí o tom, jak je alkohol tolerovanou drogou a že si nejspíše dospělí ani neuvědomují, že se jedná o drogu v pravém slova smyslu. Uvádí se, že dítě, které začne užívat alkohol dříve, nežli dovrší 15 let věku, má 4 krát vyšší pravděpodobnost, že v dospělosti bude alkohol zneužívat. (Výroční zpráva Královéhradeckého kraje, 2003)

Na území Královéhradeckého kraje působilo v nedávné době 7 growshopů. Jednalo se o obchody, které nabízely a propagovaly materiály k pěstování konopí setého a užívání marihuany. V těchto obchodech existovala také možnost získat informace o tom, jak pěstovat různé druhy konopí za účelem získání co nejvyššího obsahu THC. Za účelem šíření těchto informací vycházely časopisy Legalizace a Soft secrets, které se pěstováním konopí v domácích podmínkách zabývaly. V obchodech sídlících ve městech Hradec Králové, Trutnov, Potštejn na Rychnovsku, Teplice nad Metují, Jaroměř a 2 internetových obchodech v Jičíně, bylo možné získat semena kultivarů konopí setého. V roce 2012 byl v provozu pouze jeden tento obchod (v Hradci Králové), ale jeho otvírací doba byla nepravidelná. Nyní se na tomto území nevyskytuje ani jeden. (Výroční zpráva Královéhradeckého kraje, 2003)

Na financování protidrogové problematiky tohoto kraje se stát podílí z 35%, Královéhradecký kraj z 59% a obce 6%. V současné době dochází k financování protidrogové problematiky obcemi zcela na bázi dobrovolnosti. Z výše uvedených informací je patrné, že nejmenší mírou se na protidrogové problematice Královéhradeckého kraje podílí obce a to pouze šesti procenty z celkového rozpočtu. Globálně dochází k omezování prostředků od všech

výše uvedených subjektů, což má za následek omezování počtu zaměstnanců v příslušných institucích. Rozpočet na protidrogovou politiku kraje a jednotlivých obcí lze vidět v příloze č. 9 a č. 10. Královéhradecký kraj podpořil v roce 2012 protidrogovou politiku částkou 735 000 Kč ze svého rozpočtu. Tyto peníze věnoval ve formě přímých dotací určených na poskytování sociálních služeb. Služby pro uživatele drog byly v tomto kraji do poloviny roku 2012 financovány také z Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost MPSV. Královéhradecký kraj mimo jiné přispěl na protidrogovou politiku příspěvkem na provoz příspěvkových organizací a to ve výši 11 231 345 Kč. Celkem kraj přispěl částkou 12 416 345 Kč. (Výroční zpráva Královéhradeckého kraje, 2003)

Královéhradeckým krajem byly vydány následující dokumenty týkající se protidrogové problematiky:

- Strategie protidrogové politiky Královéhradeckého kraje na rok 2011-2015
Tento dokument se zaměřuje na čtyři oblasti - primární prevence, harm reduction, léčba a resocializace, financování drogových služeb.
- Plán rozvoje sociálních služeb v Královéhradeckém kraji na rok 2011-2016
Tento plán určuje směr, jakým se budou sociální služby v kraji ve výše zmíněném období ubírat.

2. Protidrogová prevence

Slovo prevence vzniklo pravděpodobně z latinského slova *praeventus*, což v překladu znamená zákrok předem. V obecné rovině se tímto termínem označuje předcházení, nebo zabránění něčemu, popřípadě překažení něčeho. Může se také jednat o předem ochránění proti něčemu. Drogovou prevencí předcházíme vzniku tohoto problému v celé společnosti ale i u jednotlivců. V současné době jsou nejčastěji prováděna preventivní opatření jako reakce na negativní jevy, které již propukly. (Presl, J. In: Problematika drogové prevence. [online] 2014 cit. [5.1.2014]. Dostupné z: <http://toxi-k.wz.cz/drogy/prevence.htm#pohled>)

Zábranský (2003) si pod prevencí představuje předcházení nemoci, předcházení zhoršení nemoci nebo předcházení zhoršení celkového stavu nemocného. Protidrogovou prevencí lze dělit dle několika kategorií. Dělení na *všeobecnou, selektivní a indikovanou* je hojně užíváno především v USA a je zaměřeno na druh intervence a její cílovou skupinu. K tomuto členění se u nás přiklání například Nešpor. Jiní autoři dělí prevencí na *primární, sekundární a terciární*, dle oblasti ve které působí. Na tomto členění se shoduje většina českých autorů. To, dle čeho se protidrogová prevence rozděluje vysvětluje následující definice: „...*rámec poměřuje rizika rozvoje užívání drog v určité populaci a rozsah intervencí. Každá kategorie popisuje cílové populace, u nichž se očekává, že jim jednotlivé intervence přinesou optimální prospěch.*“ (McGrath et al., 2007, s. 14)

Všeobecná prevence, jak už sám název vypovídá, se zaměřuje na *celou populaci*. V oblasti drogové prevence to znamená, že má za cíl působit na mladé lidi preventivně tak, aby nezačali užívat návykové látky. Jejím příkladem je *školní protidrogová prevence*. V roce 2012 vůbec poprvé zpracovávali jednotlivé kraje „*krajské plány prevence*“, které slouží jako nástroj koordinace primární prevence. Mezi základní strategie prevence rizikového chování ve školách a školských zařízeních se řadí minimální preventivní program, jehož sestavení by mohla ulehčit publikace Michala Miovského z roku 2012 - *Návrh doporučené struktury minimálního preventivního programu školské prevence rizikového chování*. V roce 2012 byla také vydána *Metodika práce s dětmi v oblasti primární prevence rizikových jevů* od Lenky Skácelové. V současné době naše republika disponuje přibližným počtem 300 vyškolených pedagogických pracovníků v *metodice Unplugged* (tj. prokazatelně nejúčinnější preventivní program na českých školách). Jelikož je v České republice zřízeno 4095 základních škol, soudím, že by se toto číslo mělo v budoucnosti rozhodně zvyšovat. Nyní vychází jeden proškolený pedagogický pracovník na 14 škol, což se mi jeví jako nedostatečné. Pokud začne drogovou prevencí ve škole provádět někdo, kdo nemá pro tuto činnost patřičné vzdělání, může se stát

kontraproduktivní a mít za následek efekt zcela opačný. V roce 2013 byla výše uvedená metodika pro pedagogické pracovníky přepracována tak, aby bylo možné užít ji v domácím prostředí rodiči. Tato verze byla teprve pilotně ověřována. MŠMT poskytuje na dotační programy v oblasti prevence rizikového chování 20 milionů korun, dále přispívá částkou 5 milionů do rozpočtů krajů na zabezpečení činnosti metodiků prevence v pedagogicko-psychologických poradnách (tj. cca 56 000 Kč/rok na metodika prevence). Dle provedených výzkumů dochází k rychlejšímu nárůstu užívání tabáku u dívek, proto soudím, že by se měly preventivní programy na školách tomuto faktu přizpůsobit a působit na dívky v dřívějším věku, nežli na chlapce. V praxi tomu tak ovšem nebývá a programy pro obě pohlaví jsou realizovány ve stejném čase. (Výroční zpráva o stavu v oblasti drog, 2013)

Selektivní prevence má pole působnosti o něco užší - zaměřuje se na *konkrétní skupiny populace*, u kterých se očekává nadprůměrné riziko užívání nelegálních návykových látek. Založena je na předpokladu, že můžeme identifikovat ohrožené skupiny a realizovat intervence, které minimalizují riziko problémového užívání drog v budoucnu. Tyto intervence spadají často do kompetence pedagogicko-psychologických poraden, specializovaných programů a center nestátních neziskových organizací. Jako příklad tohoto typu prevence lze uvést *mimoškolní program pro děti, které mají určité problémy chování*. Může se jednat o intervenční programy pro celé třídní či jiné kolektivy, v nichž se vyskytl nějaký konkrétní problém. Poradenskou a preventivní činností se zabývají nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, která provozují nízkoprahové kluby a terénní programy. (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog, 2013)

Třetím typem protidrogové prevence je *prevence indikovaná*. Ta se zaměřuje na *konkrétního jedince*, u kterého se předpokládá riziko rozvoje užívání drog, avšak nesplňuje kritéria pro závislost. Tato prevence je zaměřená také na rodiny a blízké osoby těchto dospívajících. V příloze č. 11 je možné prohlédnout si přehled programů indikované prevence dle Nevoralové a Šťastné. Organizace poskytující tuto prevenci mohou být zřízené státem, krajem, obcemi nebo neziskovými organizacemi (např. pedagogicko-psychologické poradny, poradny pro dítě a rodinu, diagnostické ústavy, střediska výchovné péče, výchovné ústavy). Dobou praxí v oblasti indikované prevence se vyznačuje také Prev-centrum, které se specializuje na prevenci užití návykových nátek. (McGrath, et al., 2007).

Mé stanovisko k výše uvedené problematice je, že největší význam vzhledem k budoucímu chování v oblasti drog má aplikování prevence všeobecné a to od co nejnižšího věku. Čím dříve se s ní u dítěte začne (nemělo by se čekat, až to udělá škola, ale začít s ní v rodině), tím méně budou drogy dítě lákat a bude se v drogové problematice více orientovat.

V praxi ale školám chybí odborníci (často i finance), kteří jsou vyškoleni na podávání tohoto druhu informací dětem či mladistvým. Odborné vzdělání přednášejících je velice důležité z toho důvodu, aby sdělené informace nepůsobili na děti kontraproduktivně. Mohlo by se snadno stát, že neodborností projevu vzbudí pedagog v dítěti spíše zvědavost danou drogou zkusit. Dítě by mělo být vybaveno potřebnými znalostmi a dovednostmi. Důležité je informovat děti o veškerých účincích drog, není dobré předstírat a tvrdit, že drogy jsou jen špatné a jejich účinky nepříjemné. Pokud budeme dítě informovat takto jednostranně, začne se ptát, proč existují závislí lidé a proč drogy berou, když je to tak nepříjemné. Pokud pak drogu okusí, zjistí, že ve fázi experimentování drogy vzbuzují uspokojení, příjemné pocity a dobrou náladu. Z tohoto důvodu je třeba hovořit o tom, že tyto „pěkné“ účinky jsou pouze přechodné a většinou netrvají moc dlouho. Dobré je mluvit o tom, že závislost vzniká pozvolně, ne ihned po prvním užití drogy. Pokud budeme dítě zastrašovat a tvrdit mu, že pokud jednou drogu zkusí, stane se na ni závislým, pravděpodobně, pakliže drogu opravdu vyzkouší, závislost se u něho ihned neprojeví a neuvěří pak ani našim dalším tvrzením. Dítě by tedy mělo vědět, že drogy nabízejí zajímavé a neobvyklé zážitky, narušují stereotyp a mohou dávat uživateli pocit něčeho výjimečného, nakonec se za tyto zážitky vždy tvrdě zaplatí. Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že děti nezajímá, pokud jim přijde učitel či jiný pracovník dělat přednášku o účincích drog, berou to pouze jako příjemné zpestření, protože jsou tyto přednášky pořádány na úkor běžné výuky. Největší úspěch mají besedy, při kterých mají žáci možnost hovořit s bývalými uživateli drog. Takového preventivního programu jsem se účastnila na jedné základní škole, kde měly děti možnost hovořit s mužem, který se v té době léčil v psychiatrické léčebně v Opavě. Hovořil zde o tom, co mu drogy dali a co naopak vzali, jaký byl jeho život před tím, než se stal závislým a jak vypadá jeho život nyní. Zmínil se také, jak těžké je podstoupit úspěšně léčení (v ústavní léčbě byl již po osmé).

2.1 Primární drogová prevence

„Cílem primárně (proti)drogových preventivních aktivit je předejít zneužívání drog a/nebo oddálit první setkání dětí a mladých lidí s drogami do (co nej)pozdějšího věku. ... Cílovou skupinou (primární) prevence je dosud nezasažená populace.“ (Zábranský, 2003, s. 55)

Při primární drogové prevenci jde zjednodušeně o to, aby drogy nebyly jedincem vůbec vyhledávány, konzumovány a aby poptávka po těchto látkách klesla, co možná nejvíce je to

možné. Jde o snahu ovlivnit jedince určitými silami a odstranit, nebo alespoň oslabit rizika, která s sebou mohou přinášet drogový problém.

„Primární, první, prvotní, přední nebo i základní, pracující tam, kde se problém dosud neobjevil a kde se dělá vše pro to, aby vůbec nevznikl. Soustřeďuje se tedy na tzv. zdravou populaci.“ (Presl, J. In: Problematika drogové prevence. [online] 2014 cit. [8.1.2014]. Dostupné z: <http://toxi-k.wz.cz/drogy/prevence.htm#pohled>).

Jedná se o prevenci plošnou, která je mířena na dosud nezasaženou populaci. Aby byla primární prevence účinná, nemůže se o ní hovořit pouze v mezích jednoho oboru, ale naopak je třeba široké spolupráce odborníků z velkého množství oborů. Koordinaci těchto aktivit v dané oblasti mají na starosti protidrogoví koordinátoři (viz příloha č. 12). (Presl, J. In: Problematika drogové prevence. [online]. cit. [5.1.2014]. 2014 Dostupné z: http://toxi-k.wz.cz/drogy/prev_cr.htm#primarni)

2.1.1 Školní drogová prevence

S primární drogovou prevencí se můžeme setkat především ve školství. *Školní drogovou prevencí* se míní jakékoli aktivity ze strany školy, které jsou určeny k tomu, aby se zamezilo negativním důsledkům, které s sebou přináší užívání legálních i nelegálních drog. Tyto aktivity jsou omezeny pouze na specifické školní prostředí. Školní drogová prevence *„Zahrnuje prevenci zneužívání drog i pravidla a předpisy ohledně drog, předávání ohrožených studentů do péče profesionálních zdravotnických služeb či jakékoli další aktivity a strategie týkající se užívání drog ve školách.“* (SANANIM. Školní drogová prevence. [online] 2003-2014 cit. [18.2.2014]. Dostupné z: <http://www.odrogach.cz/skola/skolni-prevence/drogova-prevence/>)

Jde tedy především o aktivity a činnosti jejichž cílem je předcházet prvnímu užití drogy a samotnému začátku jejího (z)užívání. V České republice se školní drogová prevence zaměřuje na veškeré drogy (legální i nelegální), které mohou způsobit závislost, nebo zdravotní komplikace při jejich déletrvajícím užívání. Tato prevence by měla informovat také o sekundárních rizicích a problémech, které s sebou užívání legálních a nelegálních drog přináší – např. o sociální exkluzi, zdravotních problémech, problémech se zákonem, páchaní drogové kriminality atd. To, že by se při protidrogové prevenci měla věnovat pozornost i legálním drogám potvrzuje následující citace: *„Škody spojené se zneužíváním nelegálních drog jsou v mnoha státech významně nižší než škody na společnosti jako celku a zdravotním stavu obyvatelstva, ke kterým dochází v souvislosti s pitím alkoholu a kouřením. Přesto se řada lidí*

domnívá, že problémy způsobené užíváním nelegálních drog jsou mnohem závažnější. Jedním z hlavních důvodů je společenské postavení uživatelů nelegálních drog a to, že tyto látky jsou zákonem zakázány. “ Z tohoto důvodu není dostačující, aby se preventivní programy ve školách zaměřovaly pouze na nelegální drogy. Velice důležité je věnovat pozornost rozdílům mezi legálními a nelegálními drogami (vzhledem k jejich vlivu na zdraví, ale také sociálním a právním důsledkům). Ve většině zemí Evropy je požívání alkoholu, tabáku a léků na předpis legální. V preventivních programech týkajících se drog je třeba vzít v potaz skutečnost, že společnost (ale i rodiče, zákonní zástupci, škola) vnímá rozdílně, zda děti a mladiství experimentují s alkoholem, konopím nebo nelegálními drogami. (SANANIM. Typy drog a školní drogová prevence. [online] 2003-2014 cit. [18.2.2014]. Dostupné z: <http://www.odrogach.cz/skola/skolni-prevence/drogova-prevence/typy-drog-a-skolni-prevence>)

V primární prevenci zneužívání návykových látek na úrovni školy se pozitivně osvědčily takzvané *peer programy*. „*Principem peer programů je aktivní zapojení předem připravených vrstevníků pro formování postojů mladých lidí, s možností účinně ovlivnit jejich rizikové chování.*“ (Kalina, 2003, s. 308) Anglické slovo „peer“ v překladu do češtiny znamená vrstevník. Jedná se o programy, které jsou zaměřeny na mladé lidi ve věku 13 - 19 let. Lidé v tomto věku procházejí složitým obdobím adolescence, které s sebou přináší mnoho rizikových faktorů vzhledem k experimentování s drogami. Velký tlak z řad vrstevníků je pro toho období typický. Vrstevnický vztah (peership) umožňuje dospívajícím vzájemné sdílení názorů, pocitů a vzorců chování. Vliv vrstevníků může nabývat jak pozitivního, tak negativního náboje (pokud má parta k drogám negativní postoj, je členství v ní tou nejlepší prevencí a naopak, pokud se jedinec stane součástí party, která má k drogám vztah pozitivní, nachází se na nejlepší cestě k závislosti). První metodiku pro peer programy na základních školách v České republice vypracoval Nešpor v roce 1995. Příprava, ale i realizace těchto projektů je velmi obtížná, důležitý je i výběr vhodných peer aktivistů. (Kalina, 2003)

Projekt EU-Dap2 (2007) poukázal na to, že Česká republika má ve srovnání s ostatními zúčastněnými zeměmi Evropské unie nejlepší výsledky při prevenci závislostí u žáků na návykových látkách. Výsledky projektu bylo ověřeno, že program je nejúčinnější u žáků šestých tříd. Jedná se celkem o 12 vyučovacích hodin během školního roku. Do programu se zapojilo 1000 dětí, 40 základních škol a další 1000 dětí bylo v kontrolní skupině. Prof. PhDr. Michal Miovský Ph.D. uvedl, že se jedná o nejúspěšnější a nejúčinnější program všeobecné primární prevence užívání návykových látek v Evropě. Dle jeho slov se statisticky významně podařilo snížit kouření u žáků v posledním měsíci, nárazové pití, opilost za poslední rok a užívání konopných drog. V užívání alkoholu se významný efekt neprokázal. Mnohé prvky,

kteří tento projekt obsahuje, se na českých školách provádí, ale pouze nesystematicky. Tento program mohou vykonávat pouze školní metodici prevence, kteří byli na jeho užití vyškoleni - 250 vzdělávacích hodin a čtyři semestry studia, na což ředitelé škol nemají často finance. (Miovský et al., 2010; NICM. Česko ověřilo účinnost protidrogových programů u školáků. [online] 2009 cit. [17.2.2014]. Dostupné z: <http://www.nicm.cz/cesko-overilo-ucinnost-protidrogovych-programu-u-skolaku>)

V oblasti primární drogové prevence působí také některé aktivity Občanského sdružení SANANIM. To představilo online nástroj pro hodnocení primární drogové prevence ve školách. „*Vůbec poprvé mají školy k dispozici nástroj, kterým si mohou vyhodnotit situaci v oblasti užívání drog a prevence drogových závislostí... Různé nástroje webu, které jsou v aplikaci k dispozici, jim umožní plánovat preventivní efektivní strategie a zpětně si ověřovat jejich účinnost.*“ prohlásil Mgr. Jiří Richter, ředitel o. s. SANANIM. Tento projekt je v Evropě jedinečný. Slouží k vyhodnocení konzumace drog, postojů k drogám, a vnímání rizik. Uvedené dotazníky je možné najít na internetových stránkách www.odrogach.cz. Výsledky těchto testů škola může využít k detailní analýze, k přípravě preventivních programů a k následnému vyhodnocení jejich efektivity. (NICM. Primární prevence. [online] 2014 cit. [29.1.2014]. Dostupné z: <http://www.nicm.cz/oblasti/socialne-patologicke-jevy/primarni-prevence>)

2.1.2 Účinnost přímé primární prevence

Efektivnost prevence týkající se drog závisí na mnohých faktorech, které ji přímo ovlivňují. Předně, jak už bylo uvedeno výše, je dosti podstatné realizování této prevence odborníkem, který v této sféře přímo působí, nebo alespoň odborně proškolenou osobou. Je prokázáno, že laik hovořící na toto téma může způsobit více škody, nežli užitku. „*Ve škole s nepříznivou společenskou atmosférou a neadekvátními mezilidskými vztahy lze těžko realizovat účinnou drogovou prevenci, protože taková atmosféra nepodporuje otevřenost ani vzájemný respekt či porozumění, a studenti a učitelé či rodiče/zákonní zástupci dítěte v ní nemají pocit bezpečného prostředí... Nedaří-li škole efektivně provádět každodenní výuku, nelze očekávat, že v ní poběží účinný školní preventivní program prevence drog.*“ (SANANIM, Efektivita drogové prevence. [online] 2003-2014 cit. [3.1.2014] Dostupné z: <http://www.odrogach.cz/skola/uzivani-navykovych-latek/drogova-prevence/efektivni-prevence/efektivita-a-typ-skoly.html>)

Nutno je brát ohled na složení skupiny, její věk a míru dosažených znalostí. Další věcí přímo ovlivňující účinnost prevence, je způsob, jakým se o tomto tématu hovoří. Důležitá je

kombinace různých forem zaměřených na různorodé skupiny a odlišná prostředí, v kterých dochází k vytváření a osvojování norem a hodnot (rodina, škola, intermediátoři, vrstevníci, místní společenství atd.). Směřovat drogovou prevenci převážně na půdu školy, jak se tomu v České republice v mnoha případech děje, je zužující. V posledních letech se prevence rozšiřuje i na ostatní složky populace. Důležitou roli při působení na mladé lidi hrají například intermediátoři (lidé, kteří mají vliv na ostatní buď v přímém styku s nimi, nebo pomocí hromadné komunikace), jako například trenéři, vedoucí kroužků, herci, lékaři. Novinkou posledních let je oslovení mladých lidí pomocí jejich vrstevníků - peer programy (viz. výše). Tyto programy jsou považovány za jedny z nejvíce užitečných, jsou ovšem velice náročné co do přípravy. Je prokázáno, že akce nahodilé, nesystematické požadovaný efekt snižují. Chceme-li, aby se drogová prevence stala co možná nejúčinnější, musíme volit plánované, navazující a dlouhodobější aktivity. Dalším úskalím je věk, ve kterém by se měla první preventivní akce zaměřená proti užívání drog konat (níže v textu se zabývám drogovou prevencí dle věku). Většina odborníků se shoduje na tom, že s prevencí by se mělo začít nejlépe již v předškolním věku a trvat by měla přibližně do nástupu puberty. Včasnost je v tomto případě velice důležitá, je nutno začít vzdělávat dříve, než se jedinec dostane do prvního kontaktu s drogou.

Aktivity zaměřené na drogovou prevenci by měly obsahovat následující tři roviny působení:

- 1) Základní, pravdivé a nezkrácené informace o typech drog, jejich účincích, rozšíření a možném vzniku závislosti. Jasně demonstrovat, jak člověk závislý na drogách může skončit. V tomto případě je třeba zvolit formy, které mladé posluchače zaujmou a upoutají pozornost (film, beseda,...);
- 2) ukázat strategie a taktiky, jak žít ve společnosti, kde se drogy vyskytují a i přes to se jim vyhnout. Při těchto aktivitách je dobré, aby si studenti strategie vymýšleli sami a sami mezi sebou si je také nacvičovali. Odborník je pouze vede a usměrňuje;
- 3) třetí rovina by měla poukázat na co nejvíce způsobů, jak překonat těžké situace a jak dojít k životnímu uspokojení i bez světa drog. Jedná se o kulturní, sportovní, vzdělávací, sociální a další možnosti. (Presl, J. Drogová prevence v České republice. [online]. 2014 cit. [17.3.2014] Dostupné z: http://toxi-k.wz.cz/drogy/prev_cr.htm#primarni)

2.2 Sekundární drogová prevence

Zábranský (2003, s. 55), vysvětluje sekundární drogovou prevenci takto: „*Cílem je prostřednictvím dostupných a kvalitních programů léčby a resocializace pomoci problémovým uživatelům drog a drogově závislým vést smysluplný a spokojený život.*“

Sekundární drogová prevence se zabývá vlastním vyhledáváním již vzniklého problému a jeho následnou léčbou. Jedná se o hledání způsobu pomoci těm lidem, kteří drogu užívají pravidelněji, nebo se již stali pravidelnými uživateli těchto látek, vrátit se zpět do běžného života a přestat ji vyhledávat a konzumovat. Sekundární prevence si také klade za cíl pomoci člověku, aby byl co možná nejméně ohrožen zdravotními riziky, které s sebou užívání drog přináší (otrava, infekce, HIV atd.). Pro uživatele drog je vytvořen systém odborné pomoci. Nabízí různé služby, které si uživatel volí dle kritérií (například dle fáze své závislosti, motivace léčit se, ochoty spolupracovat, sociální situace, psychického poškození). Problém ve většině případů nevznikl za krátkou dobu od prvního užití, proto i jeho léčení trvá mnohem delší dobu, nežli si společnost dokáže představit.

Dle Zábranského (2003) se léčebné a resocializační programy rozdělují do dvou typů:

- Nízkoprahové programy
- Vysokoprahové programy

Nízkoprahové programy nevyžadují po svých klientech abstinenci jako podmínku vstupu do programů. Nabízejí svým klientům psychologické a sociální poradenství a léčbu škod somatických. Programy vysokoprahové naopak abstinenci vyžadují. Jejich klienti mohou využít psychiatrické nebo psychologické pomoci, sociálního servisu a to vše s cílem vytvořit nebo alespoň podpořit jejich abstenenční chování.

2.3 Terciární drogová 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. 56-57)

Terciární drogová prevence zahrnuje níže uvedené aktivity:

- *vzdělávání uživatelů drog o zásadách hygieny, možnostech zdravotní péče atd., o rozdílných rizicích a následcích rozdílných způsobů užívání drog*
- *poskytování nutriční a vitaminové podpory*

- *aktivní podpora změny chování uživatelů k méně rizikovým vzorcům/způsobům (patterns) užívání drog*
- *poskytování a výměna sterilních pomůcek pro užívání drog*
- *testování drog za účelem zjištění látek, které obsahují (kontrola „kvality“)*
- *diferencovaný výkon trestu pro odsouzené osoby, závislé na drogách*
(Zábranský, 2003, s. 57)

Primárním cílem terciární prevence je co možná největší zmírnění důsledků, které užívání drog způsobuje. Je nutné uvědomit si, že existuje velká skupina osob užívajících nelegální drogy, která doposud nespatřuje ve své závislosti žádný problém a nechce na svém dosavadním způsobu života nic měnit, natož nastoupit do léčby. Právě proto vznikl program zvaný *harm reduction*, který si klade za cíl co možná nejvíce zmírnit rizika spojená s užíváním drog. V rámci tohoto programu dochází mimo jiné k výměně použitých jehel a stříkaček za nové. Laická veřejnost v tomto jednání často spatřuje podporu injekčních uživatelů drog, ale tento postup má naprosto odlišný záměr. Jde o předcházení rozšiřování infekčních chorob, jako je žloutenka či HIV, jak mezi samotnými uživateli navzájem, tak i o předcházení nakažení infekční chorobou ostatní veřejnost. Odborná pracoviště se snaží o to, aby se užitá jehly a stříkačky nepovalovaly po městech, ale aby je sami uživatelé přinesli a převzali za ně nové, nepoužité. Samozřejmě, že pouhé rozdání tohoto materiálu nestačí. Je třeba na uživatele neustále apelovat a připomínat jim, aby nové jehly opravdu používali a za žádných okolností s nikým nesdíleli, či je nenechali někde pohozené. Tuto „osvětu“ mají na starosti pracovníci zvaní *street workers*, kteří vyhledávají narkomany přímo v terénu, předávají jim nejen nový materiál, ale i jednoduché informační letáčky (viz příloha č. 13 a č. 14) a odkazují na instituce, kam je možné se v případě problémů obrátit. V posledních letech se osvědčila pomoc samotných uživatelů, kteří jsou ochotni roznášet nové jehly a stříkačky do prostor, kam terénní pracovníci nemají přístup.

Do terciární prevence je řazen i substituční program. Jeho základním principem je nahrazení ilegální, nečisté, drogy drogou chemicky čistou, legální. K tomu dochází ve specializovaných pracovištích, kam uživatel pravidelně pro tuto látku dochází. Látka se konzumuje ústy. Substituční léčba je možná pouze v těch případech, kdy je uživatel závislý na opiátech. První metadonový program se v České republice uskutečnil roce 1997 na oddělení pro léčbu závislostí u pražského Apolináře. Nejznámější náhražkou je syntetický opiát zvaný metadon. Tuto náhražku není doporučeno podávat u kombinovaných závislostí jako např. na

heroin a alkohol. (Presl, J. Primární drogová prevence v České republice. [online] 2014 cit. [15.3.2014] Dostupné z: http://toxi-k.wz.cz/drogy/prev_cr.htm#primarni)

Terciární prevence zahrnuje i jiné formy pomoci, jako například základní sociální a existenční výpomoc - podání potravin, vitamínů, ošacení, či přechodného ubytování. Dále se může jednat o terapii či jinou pomoc lidem blízkým (rodině, partnerům, kamarádům apod.) závislých osob.

2.4 Užití protidrogové prevence dle věku

Každé období života má svá specifika a proto i protidrogová prevence musí být v každé životní etapě zaměřena trochu jinak. Způsob, jak o drogové problematice s dítětem hovořit, či jak ho v tomto smyslu ovlivňovat, vychází z individuálních zvláštností daných období. Nešpor (2001) dělí protidrogovou prevenci do následujících období:

- **Období před narozením dítěte**

Už v tomto období je přístup k drogám velice důležitý. Prozatím drogová prevence nezáleží na samotném dítěti, ale na zodpovědném jednání jeho matky. Stává se, že matky ubližují svým dětem ještě před jejich narozením a to kouřením, konzumací alkoholu nebo jinými legálními či nelegálními drogami. Někdy se může stát, že budoucí matka užívá léky, aniž by se o tom předem poradila s lékařem, čímž může dítěti ublížit a způsobit mu nevratné poškození.

- **Období novorozence a kojence**

Mohlo by se jevit, že prevence drogových závislostí není u dětí v tomto věku ještě možná. Opak je ale pravdou, i když se nejedná doslovně o protidrogovou prevenci, jedná se spíše o správně zvolený výchovný přístup a rodičovskou lásku, neboť první roky života jsou pro vytváření citových vazeb velice důležité. *„Dobře prožité první roky života nejsou jistě všechno, ale dávají do života dobrý start. Takové děti bývají optimističtější a dokážou navazovat hlubší citové vztahy, a to i k rodičům. Bývají také méně často smutné, agresivní a je u nich menší riziko trestné činnosti a problémů s návykovými látkami v pozdějších letech.“* (Nešpor, 2001, str. 33)

- **Období batolete**

Ani v tomto věku se nejedná o prevenci ve stylu „neměl bys brát drogy, není to

zdravé“. Prevence problémů s návykovými látkami se v tomto období jeví jako velice nespecifická. Hlavní je, jak již bylo výše uvedeno, vytvářet a udržovat v rodině bezpečné a předvídatelné prostředí. V tomto věku by rodiče měli dítěti dávat jasně najevo, kde jsou jeho hranice, co ještě smí a co již ne.

Souhlasím s tím, že v tomto období se ještě nemůže jednat o protidrogovou prevenci v pravém slova smyslu, ale zároveň si myslím, že v každém věku hraje důležitou roli komunikace. Komunikace uvnitř rodiny (ať ta mezi rodiči navzájem nebo ta mezi rodiči a dětmi) je pro dítě důležitá a to dokonce i v období, kdy dítě ještě nerozumí významům všech slov. Děti si všimají tónu hlasu a ostatních neverbálních projevů, které mluvený projev doprovázejí. Špatný způsob komunikace a opakované hádky snášejí děti špatně a může je to ovlivnit i do budoucnosti. Dospívající, který není schopen komunikovat řádně se svými vrstevníky či autoritami, může k překonání svého problému sáhnout například po droze.

- **Období předškolního věku**

Jedním z největších rizik vzhledem k drogám u předškolních dětí se mi jeví domácí lékárníčky. Stává se, že si děti spletou barevné léky třeba s bonbóny. Je třeba vysvětlit jim, že existují látky, které jim mohou ublížit a léky samozřejmě skladovat na místech, kam se děti nedostanou. Nešpor (2001) spatřuje riziko také v alkoholických nápojích. Pravdou je, že k otravě u takto malých dětí dochází již při požití velmi malého množství. Proto je nutné alkohol dobře uschovat. Je naprosto nepřijatelné, aby rodiče alkohol dítěti podávali a to bez výjimky. Alkoholické nápoje mají na děti nedozírný vliv a poškozují je. Samozřejmostí je výchova ke zdravému životnímu stylu a respektování norem.

- **Období mladšího školního věku**

„Užívání návykových látek (zejména alkoholu a tabáku) nebo experimentování s nimi není v našich podmínkách u dětí tohoto věku bohužel vzácností. Lze se setkat, i když spíše výjimečně, i s dětmi tohoto věku, které jsou na návykových látkách už závislé.“ (Nešpor, 2001, s. 38) S výše uvedenou citací souhlasím. Nedávno se v tisku objevila informace o šestiletém chlapci, který byl již v takto mladém věku závislý na injekčním podání heroinu. V tomto případě mu s aplikací „pomáhala“ celá rodina včetně jeho bratrů. Myslím si, že jeho rodiče byli sami uživatelé heroinu a dítě tímto svým jednáním „tlumily“, z důvodu, aby se o něj nemuseli starat. V České republice je prozatím zřízeno pouze jedno zařízení, které se specializuje na detoxifikaci od návykových látek pro děti a mladistvé – jedná se o Nemocnici Milosrdných sester svatého Karla Boromějského. Toto zařízení poskytuje komplexní zdravotní služby pro

děti a dorost do 18 let užívající omamné látky, může se jednat o klientelu z celé české republiky. V České republice dosud není zajištěna komplexní specializovaná zdravotní péče o děti užívající omamné látky. Viníka lze hledat jen stěží. Předpokládám, že ve většině případů se jedná o rodiče, kteří svým dětem alkohol povolují při různých významných situacích nebo oslavách (rodinné oslavy narozenin, Vánoce, Silvestr...). Bohužel, existují i rodiče, kterým přijde opilost jejich dětí legrační. V některých případech dítě alkohol okusí samo, nebo se svými kamarády. Otázkou ale zůstává, jak k němu dítě přijde - zda mu ho prodá někdo v obchodě, či ho odcizí doma. Za oba případy jsou zodpovědní dospělí lidé. Zákaz užívání alkoholu pro dítě bez výjimky (i při mimořádných příležitostech) dodává dítěti pocit, že to rodič myslí opravdu vážně. Jen těžko bude brát dítě vážně tvrzení, že je alkohol a tabák škodlivý, pokud každý den vidí své rodiče s cigaretou a lahví alkoholu v ruce.

V tomto věku by se mělo nadále pokračovat s prevencí nespécifickou, ale zároveň by se měla začít aplikovat *prevence specifická*, která bere v úvahu konkrétní návyková rizika, se kterými se dítě tohoto věku může setkat. Důležitou roli hrají informace o škodlivosti alkoholu a tabáku a jasné a zdůvodněné zákazy týkající se konzumace těchto látek. (Nešpor, 2001)

Tyto zákazy by měli být v každém případě odůvodněny a vysvětleny, nejlépe potom doprovázeny pozitivním příkladem rodiče, aby dítě pochopilo, že je rozdíl mezi tím, když alkohol užívá dítě a dospělý. Jednotnost by měla být také uvnitř rodiny (babičky, tety, příbuzní). Nedostatek dohledu rodičů se může vyskytnout jak u samoživitelů, tak i u ekonomicky dobře zajištěných rodin, rodičovská výchova a soudržnost rodiny však sehrávají důležitou ochrannou roli. (Nešpor, 2001; Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost, 2010)

- **Období dospívání**

V tomto období převažuje vliv vrstevnické skupiny. Přátelé, kteří nadměrně pijí alkohol nebo užívají drogy patří jistě k rizikovým faktorům. Úkolem rodiče je povzbuzovat dítě k hledání kvalitních přátel a k pěstování zájmů. Existuje několik skupin dospívajících, které by se daly označit za rizikové. Předně se jedná o dospívající, kteří mají problémy se školní docházkou, prospěchem nebo nástupem na profesní dráhu. Dnešní doba je pro lidi, kteří hledají po ukončení školní docházky pracovní uplatnění, velmi těžká. Zaměstnavatelé požadují praxi, kterou absolventi nemají a tím pádem dochází k velké nezaměstnanosti mladých lidí. Rodiče by měli být schopni diskuze a návykové látky by se neměly stát v komunikaci tabu. V případě problémů by měli být rodiče schopni zprostředkovat dospívajícímu adekvátní pomoc - zdravotní, psychologickou nebo jinou. „*V tomto věku je také třeba být schopen předvídat*

následky svého jednání. Důležitá je také mediální gramotnost, včetně schopnosti čelit tlaku reklamy na návykové látky.“ (Nešpor, 2001, s. 41)

Já sama pozoruji, že mladí lidé často nejsou schopni převzít zodpovědnost sami za sebe ve všech oblastech života. Na jednu stranu v určitých oblastech dospívají mnohem dříve, než tomu bylo v dobách minulých, na stranu druhou se ale bojí postavit na vlastní nohy. Do pozdních let počítají s pomocí svých rodičů, často také s jejich finanční výpomocí.

3. Drogy a vybrané skupiny obyvatel

Zvláštní pozornost při drogové prevenci by měla být věnována také vybraným skupinám obyvatel, jako jsou národnostní menšiny, především Romové a Vietnamci. Tyto dvě skupiny v posledních letech drogovou problematiku České republiky aktivně ovlivňují. V souvislosti s menšinami a s užíváním drog nejsou v Královéhradeckém kraji hlášeny žádné závažnější problémy. Problematika užívání drog menšinami je zde vymezena pouze na romské etnikum, které má svá specifika.

Za důležité považují poznamenat, že v Královéhradeckém kraji se odhad Romů žijících v sociálně vyloučených lokalitách a ohrožených sociálním vyloučením přibližuje počtu 3 000. Bližší informace o této problematice je možné získat ze Zprávy o stavu romských komunit v Královéhradeckém kraji z roku 2011. Žádný projekt, který by se zaměřoval na drogovou problematiku osob žijících v sociálně vyloučených lokalitách, v Královéhradeckém kraji neexistuje.

3.1 Romská komunita

Romská komunita obecně patří mezi sociálně problematickou skupinu obyvatel. Dle Českého statistického úřadu se k romské národnosti při sčítání lidu přihlásilo necelých 12 000 osob, odhady celkového počtu se ale přibližují až k 250 000 osob. Je nutné upozornit na fakt, že sociální práce s drogově závislými Romy se potýká s mnohými úskalími. Práce s romskými narkomany se podle odborníků zcela liší od práce s ostatními drogově závislými lidmi. Romská komunita je velmi uzavřená, je obtížné získat její důvěru a průnik do společnosti této komunity je nesnadný. Sami drogoví uživatelé vyhledávají pomoc specializovaných center pouze zřídka. (Nepustil et al., 2012)

S tímto problémem jsem se setkala i během své praxe v kontaktním centru. Romští uživatelé drog nejsou ochotni měnit použitý injekční materiál za nový, sterilní. Několikrát se stalo, že klient romské minority žádal v kontaktním centru nový injekční materiál, ale starý nepřinesl i přes to, že mu bylo několikrát zdůrazňováno, že se jedná o „výměnu“. Dle jeho slov se použitého materiálu zbavuje domácím spalováním v kotli.

Počet Romů závislých na drogách postupně stoupá a stejně tak stoupá i jejich podíl na nelegální výrobě a distribuci drog. V posledních letech se začalo upozorňovat na vzrůstající zájem o heroin u mladých Romů. V hlavním městě byl zaznamenán případ početné romské skupiny, v které se pohybují děti v rozmezí od jedenácti do třinácti let závislé na této látce. Dokonce i děti takto nízkého věku se často podílejí na distribuci drog. Další dostupné údaje

uvádí, že více než polovina mladých Romů z Ostravy je taktéž závislá na heroinu (tyto údaje vyplívají ze shodného odhadu ostravského protidrogového koordinátora Witolda Ďubka, kriminalistů i Romů samotných). Dealeři v tomto městě se zaměřili na mladé členy kapsářských gangů – ti mají k nákupu drog dostatečné množství peněz. Witold Ďubka - ostravský protidrogový koordinátor - se domnívá, že heroin užilo alespoň jednou až 90% mladých Romů žijících poblíž Ostravy. Jeho vysvětlení pro takto obrovské rozšíření drog mezi Romy je, že dealeři dobře odhadli psychické rozpoložení romské mládeže. Mladí Romové si často berou za vzor někoho jiného a jsou náchylní k autoritám. Když vidí, že jejich příbuzní, nebo jiné autority užívají drogy, zpravidla to chtějí zkusit také. Mezi mladými Romy se objevuje také zvýšené riziko nákazy HIV. (Nožina, 1997; Nepustil et al., 2012)

Pro zlepšení této situace by bylo vhodné užít komunitní sociální práci. *„Programy na úrovni komunity slouží k posílení odolnosti v deprivovaných a marginalizovaných oblastech prostřednictvím zlepšování celkového sociálního prostředí dětí a zvyšování komunitní soudržnosti a skupinové identity. ... Studie zabývající se intervencemi s těmito prvky, které se realizují prostřednictvím aktivování dané komunity, vzdělávacích akcí pro rodiče a mládež, služeb časné intervence a průběžného case managementu, ukazují pozitivní dopad na odolnost mladých lidí a rodin a zároveň příznivé působení z hlediska nástupu a frekvence užívání alkoholu a drog.“* (Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost, 2010)

Dostupné jsou informace za rok 2011, které poskytl Program podpory terénních sociálních pracovníků, kteří pracovali v romských komunitách. Pracovníci v těchto lokalitách řešili především nezaměstnanost, dluhy a problémy s bydlením. Mezi nejčastěji řešené rizikové formy chování v sociálně vyloučených romských lokalitách se řadilo užívání drog, jehož míra se držela na přibližně stejné úrovni jako v letech předešlých. (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog, 2013)

Z výročních zpráv o realizaci protidrogových politik v jednotlivých krajích je snadné zjistit, že specifické programy zaměřené na drogovou problematiku osob ve vyloučených lokalitách neexistují. Těmto uživatelům se věnují pouze standardní drogové služby v rámci běžné činnosti. Drogové služby v Plzni například zjistily, že tamní Romové nevnímají pervitin na rozdíl od heroinu jako problémovou drogu. Jediný speciální adiktologický program zaměřený na Romy byl realizován v Brně (2011 - 2012) sdružením Podané ruce. Jedná se o Projekt ochrany veřejného zdraví a terénní práce s osobami ohroženými závislostmi ve vyloučených lokalitách. Tato služba je poskytnuta převážně Romům. Na program navázal v roce 2012 Projekt terapeutického centra v SVL v Brně. Druhý program zaměřující se na romské uživatele drog je realizován v Praze o.s. SANANIM. Sami streetworkeri uvádějí, že

práce s Romy je velice specifická a domnívají se, že by bylo neúčinnější, pokud by byla vykonávána streetworkery z řad Romů.

V historii bylo u této skupiny časté čichání těkavých látek, zejména toluenu. Skrze obchod se Romové dostali k nejtvrdějším drogám, k heroinu a na scéně se objevuje i pervitin. Tolerance k drogám je v romské komunitě vysoká. Předseda Společenství Romů na Moravě, Karel Holomek, považuje za hlavní aspekt, který by mohl pomoci při řešení problému, silné rodinné vazby. Drogově závislí v romské komunitě nejsou, dle jeho slov, nikdy opuštění a nestávají se vydědenci. Existuje řada příčin drogové závislosti v romských komunitách. Mezi ty hlavní se uvádí sociální problémy, odlišný životní styl, neschopnost reagovat na některé potřeby, které jsou normální v majoritní společnosti. Niže cituji Josefa Wunsche, který již několik let pracuje jako streetworker mezi pražskými Romy. „*Nedávno se mi stalo, že před domem, kde se prodávají drogy, mě oslovil kluk, deset dvanáct let. Dal mi bankovku a chtěl, abych mu koupil drogy. Zeptal jsem se proč tam nejde sám, on mi řekl, že nemůže, že tam prodává máma. Co se heroinu týče, berou i padesáti šedesátiletí lidé. Romové utratí za drogy spoustu peněz, ale dokážou si je hned obstarat. Nejčastější způsoby je překupnictví drog, prostituce, zejména u dívek a krádeže.*“ (Český rozhlas. Romové a drogy. [online]. 1996-2014 cit. [9.2.2014]. Dostupné z: <http://www.radio.cz/cz/rubrika/udalosti/romove-a-drogy>)

V roce 2008 vydalo sdružení Romea spolu se středočeským krajem brožuru, která nese název Romové a drogy, jejíž podtitul zní nejen pro rodiče. Tento text si klade za cíl dostat do podvědomí Romů některé základní informace o drogách, jejich účincích a rizicích. Text je psán česko - romsky, aby zaujal především Romskou menšinu. Z tohoto vyplývá, že problémy Romů s drogami se na našem území vyskytují již delší dobu, ale doposud nebyly podchyceny.

3.2 Vietnamská komunita

Drogy se stávají hlavním předmětem podnikání hojné části Vietnamců žijících v České republice. Policejní zprávy z posledních let hovoří o masivním zapojení Vietnamské komunity do výroby, pašování a prodeje všech druhů drog. Veřejnost si tuto komunitu často spojuje především s nelegální výrobou a následnou distribucí drog. Drogová trestná činnost páchaná osobami vietnamské národnosti se začala objevovat na začátku devadesátých let. Zpočátku se tato komunita orientovala na hnědý heroin, extázi a LSD. Dále pak byli komunitou distribuovány a vyráběny i ostatní drogy jako například pervitin, hašiš, marihuana, opium a v malém množství dokonce kokain. V souvislosti s Vietnamskou menšinou se často hovoří o tzv. šlehárnách, což jsou místa, kde se droga vyrábí, distribuuje a kde ji kupující mohou i užít. V

současné době je tato komunita zapojena do výroby a prodeje pervitinu a konopí ve velkém měřítku. Podíl osob původem z Vietnamu zapojených do pěstování, distribuce a dovozu vybavení pro indoorové pěstírny konopí za poslední roky vzrostl. Média často přinášejí zprávy o objevení vietnamských výroben drog, zadržení vietnamských dealerů. (Národní protidrogová centrála, 2013)

4. Zařízení pro pomoc uživatelům drog se zaměřením na Královéhradecký kraj

„Jedním z důležitých poznatků, o něž se soudobá léčba závislých opírá je, že neexistuje taková léčba, která by byla vhodná pro každého klienta, a neexistuje takový klient, který by byl vhodný pro kterýkoli typ léčby. Matching, párování problémů a intervencí, klienta a programu, je klíčovou záležitostí pro jeho konečný úspěch v dosažení uspokojujícího a produktivního fungování ve vztazích, v rodině, v práci a ve společnosti.“ (Kalina, 2003, s. 28)

Dle výroční zprávy o stavu ve věcech drog z roku 2013 se za jádro specializovaných služeb pro uživatele návykových látek a závislé v České republice dá označit přibližně 250 zařízení. Problémoví uživatelé alkoholu tvoří přibližně 60% pacientů ve zdravotnické ambulantní a lůžkové léčbě závislostí. Uživatelům nealkoholových drog dominují uživatelé stimulancií, především pervitinu a na druhém místě se co do počtu řadí uživatelé opiátů. V České republice funguje 50 - 80 AT ambulancí (ambulance, které se specializují na medicínskou léčbu závislostí). Nově lze hovořit o existenci registru substituční léčby, tato léčba ale stále není plně registrována. V roce 2012 bylo do tohoto typu léčby zaregistrováno 2298 osob, jedná se ovšem přibližně o pouhé dvě třetiny počtu vykázaného psychiatry a praktickými lékaři. Do registru žádostí o léčbu nahlásilo v roce 2012 údaje o svých klientech 206 zařízení, konkrétně se jednalo o 64 nízkoprahových programů, 71 zdravotnických ambulancí, 22 nezdravotnických ambulancí a 49 pobytových zařízení. Nejvíce navštěvována byla nízkoprahová centra (více než polovina z celkového počtu registrovaných do registru žádostí o léčbu). Počet žadatelů o léčbu v roce 2012 činil 8955 osob, což je o téměř 300 osob méně, než předchozí rok. Pokles počtu žadatelů byl zaznamenán poprvé od roku 2008. Zastoupení obou pohlaví je v poměru 2:1, více je mužů. Vývoj počtu prvožadatelů o léčbu dle užívané drogy je uveden v příloze č. 16.

Přehled služeb pro uživatele drog je možné vidět v příloze č. 14. Nedostatky, se kterými se potýkají jednotlivé kraje České republiky v souvislosti s drogovou politikou, naleznete v příloze č. 15.

V roce 2001 byly zveřejněny výsledky výzkumu „Analýza institucionálního kontextu programů protidrogové politiky v ČR“. Tento výzkum měl za cíl zmapovat síť programů, poskytovaných služeb, míru spolupráce a návaznosti jednotlivých programů a zařízení. Najevo vyšlo, že z 253 organizací se pouze 62 zabývá výhradně drogovou problematikou, 191 zbylých organizací má programy zaměřené na drogovou problematiku pouze jako jednu z aktivit. Jako nejdůležitější oblast svého působení uvedlo 212 organizací prevenci. Dalším významnou

oblastí zájmů byla léčba a péče, sociální programy a volnočasové aktivity, harm reduction, rehabilitace a následná péče či školení odborníků. (Kalina, 2003)

Já osobně se klaním k následujícímu tvrzení: „Úspěch toho kterého opatření pak může charakterizovat definici „platí, že toto opatření snižuje společenské náklady“. Jen taková intervence, která snižuje společenské náklady o částku, převyšující vlastní náklady, je ekonomicky výhodná. Vzhledem k faktu, že společenské (veřejné) prostředky jsou z definice omezené a tlak na efektivitu jejich vynakládání se stále zvyšuje, zvyšuje se také význam ekonomických analýz v drogové oblasti.“ (Kalina, 2003, s. 68)

Hlavní osobou v oblasti koordinace protidrogové prevence kraje je *krajský protidrogový koordinátor*. Tuto pozici vykonává Mgr. Michaela Klementová (tel. 495 817 584). Krajský protidrogový koordinátor organizačně spadá pod odbor sociálních věcí, konkrétně sociální práce, prevence a sociálně právní ochrany. Dalším orgánem je *krajská protidrogová komise*. Tato komise v minulosti disponovala názvem Komise specifické prevence Rady Královéhradeckého kraje a je kompetentní v otázkách týkajících se protidrogové prevence a kriminality. Komise zasedá v předem určených termínech a diskutuje s metodiky prevence a zástupci nestátních neziskových organizací. Dále existují *pracovní skupiny* v oblasti protidrogové problematiky, které vznikly z důvodů zlepšení komunikace a kvality vzájemné spolupráce mezi jednotlivými subjekty protidrogové politiky (jedná se především o koordinátora prevence kriminality, krajskou školskou koordinátorku prevence, koordinátora střednědobého plánování sociálních služeb, orgány sociálně právní ochrany dětí, sociální kurátory atd.). Výstupy z těchto jednání se předávají Komisi specifické prevence Rady Královéhradeckého kraje. Místní zajištění koordinace protidrogové politiky viz příloha č. 12. Spolupráce místních protidrogových koordinátorů spolu s koordinátorem krajským probíhá společnou formou (v roce 2012 pouze 1krát), v případě potřeby individuálním setkáním. V některých případech postačí komunikace elektronickou formou, či telefonicky. (Výroční zpráva Královéhradeckého kraje, 2003)

Počet registrovaných uživatelů drog poklesl oproti předešlému roku téměř o 300 osob, což se stalo poprvé v historii od roku 2008. Považuji za nutné poznamenat, že specializované služby pro uživatele alkoholu a uživatele nelegálních látek nejsou většinou stejné, ale liší se ve svých programech. Jedním z důvodů je odlišnost potřeb (odlišnost potřeb je jeden z předmětů zkoumání v praktické části této diplomové práce). Často se stává, že uživatelé drog užívají více nelegálních látek najednou (např. jejich hlavní drogou je pervitin, ale kromě toho užívají nadměrně i alkohol a kouří marihuanu). V tomto případě, pokud je klientovo přání podstoupit léčbu, měla by se věnovat pozornost hlavní droze, která klienta nejvíce omezuje. Za zajímavé

považují, že se v roce 2012 snížil počet ambulantních zdravotních služeb pro uživatele drog. Nejspíše je to způsobeno nedostatkem financí, se kterými se tyto služby potýkají. Možné je sledovat rostoucí trend průměrného věku žadatelů o léčbu, který se od roku 2004 zvýšil o 3,7 let. Injekční užívání drogy uvedlo téměř 69% všech žadatelů o léčbu (nitrožilní užívání drog je nejčastější způsob užití pervitinu, heroínu a buprenorfinu). Pokud se jedná o socioekonomickou situaci těchto osob, stálé bydliště vykazalo pouze 44,4% žadatelů o léčbu, ve 12,2% se jednalo o osoby bez domova, 12,2% z nich pobývalo v zařízeních, jako jsou věznice, ústavy, ubytovny atd. Třetina evidovaných uživatelů žije s rodiči, 21,8% žije samo a 7,7% žije s dětmi. Pokud se jedná o pracovní status, pravidelné zaměstnání uvedlo pouze 17,8% žadatelů, nezaměstnaných či příležitostně pracujících bylo 54,5%. Ze základním vzděláním nebo nedokončeným základním vzděláním disponovalo 44,7% žadatelů, středoškolským 40% z nich. (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog, 2013)

Substituční terapie byla v Královéhradeckém kraji poskytována třemi centry a celkem se jí zúčastnilo 44 nových klientů. Pět osob léčbu ukončilo předčasně. Je patrné, že počet osob, které touto terapií prošli je daleko vyšší, než jsem uvedla výše. Hlavním důvodem pro toho tvrzení je fakt, že předepisovat přípravky na bázi buprenorfinu smí každý lékař bez ohledu na svou specializaci. V praxi to znamená, že uživatel si pro recept dojde k lékaři, který není odborníkem na drogovou problematiku a ten mu recept vydá, aniž by klienta nahlásil do registru. Uživatelé drog pak navštěvují různé lékaře, kteří jim předepíší preparáty. Tyto preparáty jsou ale v hojné míře zneužívány. Při své praxi v kontaktním centru jsem se setkala s častým zneužíváním Subutexu. Tento „lék“ je předepisován k substituční léčbě osobám, které jsou závislé na opioidech nebo metadonu. Uživatelé si často tuto látku rozpustí a vpravují do oběhu nitrožilně, čímž se celá terapie naprosto mine účinku. Od těchto uživatelů jsem se dozvěděla, že není problém, aby jim lékař předepsal několik balení najednou.

V roce 2002 se z hlediska poskytovaných služeb a léčby pro uživatele drog řadila na přední pozice Praha, následně kraje Moravskoslezský, Jihomoravský a Ústecký. Mezi regiony s omezenou nabídkou služeb se řadil kraj Královéhradecký, Karlovarský a Liberecký. Pozice Královéhradeckého kraje je nyní na lepší úrovni, než tomu bylo dříve, neboť bylo zřízeno několik nových služeb. (Lejčková, Mravčík, Radimecký, 2002)

4.1 Nízkoprahové harm reduction programy

„Prevence šíření infekčních onemocnění patří mezi základní služby poskytované nízkoprahovými programy. V rámci nízkoprahových služeb v ČR jsou harm reduction opatření

realizována především prostřednictvím výměny injekčního materiálu, distribuce kondomů, poskytování/zprostředkování testování na infekční choroby a šíření informací o rizicích spojených s užíváním drog. Cílovou populací nízkoprahových zařízení jsou problémoví uživatelé drog, experimentátoři i jejich rodiny a blízcí.“ (Výroční zpráva o stavu ve věcech drog, 2013, s. 98)

Soustavu výše uvedených nízkoprahových center tvoří v České republice kontaktní centra a jejich terénní programy pro uživatele drog. V roce 2012 jich na celém území působilo 103. V uvedeném roce bylo v kontaktu s těmito programy přes 34 000 aktivních uživatelů drog. Dominantní skupinou jsou uživatelé pervitinu, patrný je nárůst uživatelů buprenofinu a to na úkor uživatelů heroinu. Průměrný věk uživatelů tohoto typu zařízení vzrůstá, od roku 2004 vzrostl průměrný věk uživatele harm reduction služeb celkem o 5 let. Souhrnný počet vydaného injekčního náčiní je 5,4 milionů kusů, tj. průměrně 190 kusů sterilních stříkaček a jehel na jednoho injekčního uživatele a rok (viz příloha č. 17). Jak je vidět ve výše zmíněné tabulce, od roku 2004 došlo ke značnému posunu ve využívání této služby. Pokud bychom se zaměřili konkrétně na Královéhradecký kraj, rozdíl mezi rokem 2004 a 2012 činí přibližně 180 000 vyměněných stříkaček, což svědčí o tom, že tato služba má svůj smysl. Kromě injekčního materiálu mají klienti kontaktních center a terénních programů možnost obdržet želatinové kapsle, které mohou využít jako jeden ze způsobů vpravení drogy do těla. Tato možnost užití je bezpečnější, než nitrožilní aplikace. To, co uživatelé vstupující do těchto programů očekávají, je předmětem praktické části této práce. Počet jednotlivých úkonů dle krajů ukazuje příloha č. 18.

„Tato opatření mají za cíl stabilizovat zdravotní a sociální stav uživatele a zabránit často smrtelným rizikům nebo kriminalizaci. Zastánci HR dokládají, že toto „nezavírání očí“ před realitou užívání drog umožňuje zachránit mnoho životů a průběžně pracovat na motivaci k abstinenci léčbě ... Odpůrci HR proto prohlašují, že přístup snižování škod ve skutečnosti sám škody působí (harm reduction is harm production). Argumentuje se, že HR je uznáním drog, přitakáním drogám a otevíráním dveří pro jejich legalizaci.“ (Kalina, 2003, s. 19)

4.1.1 Kontaktní centra

Tato centra jsou určena drogové klientele, pro kterou není jiný poradenský přístup možný nebo vhodný. Kontaktní centra hrají důležitou roli zejména v prevenci škodlivých následků užívání drog, snaží se zmírnit dopad a škody způsobené drogami. Jde o takzvaná „nízkoprahová zařízení“ – podmínky jsou nastaveny tak, aby sem mohl přijít každý, kdo potřebuje pomoc a je ochoten akceptovat jednoduchá pravidla. Nízkoprahovost zvyšuje

pravděpodobnost vyhledání organizace uživateli. Pracovní náplní těchto center je velké množství různých činností. Mezi hlavní z nich se řadí telefonická nebo osobní pomoc (nejlépe nepřetržitý provoz), poradenství s následnou terapií (individuální nebo skupinovou), diagnostika problému, podávání informací o možných způsobech léčby, zprostředkování léčby, testování HIV, skupina pro rodiče dětí užívající drogy. V kontaktních centrech poskytují také základní vitamínový a potravinový servis, možnost hygieny, výměnu injekčního materiálu (stříkaček, jehel, prekurzorů), a často i street work (tj. aktivní vyhledávání klientely přímo v terénu). V těchto centrech si pracovníci kladou za cíl především zmírnit rizika užívání, motivovat klienty ke změně, popřípadě zařadit je do léčebného programu, který je pro ně nejvhodnější. V Královéhradeckém kraji jsou kontaktní centra zřízena dvě - jedno sídlí v Hradci Králové (Laxus o.s.) a druhé v Trutnově (Riaps Trutnov). Pro představu zde uvádím pouze to, sídlící v Hradci Králové, neboť služby obou center jsou si velice podobné. (Substituční léčba. K-centra. [online]. 7.3.2014 cit. [17.3.2014]. Dostupné z: <http://www.substitutni-lecba.cz/k-centra>)

Kontaktní centrum Laxus o.s.

Kontaktní centrum je určeno pro osoby, které užívají drogy nebo s nimi experimentují. Do kontaktního centra mohou přicházet klienti od 18 let věku, kteří mají problémy s užíváním drog. Tato služba je určena injekčním uživatelům drog (bez ohledu na frekvenci nebo délku užívání), dále pak neinjekčním uživatelům drog ve specifických životních situacích a blízkým osobám uživatelů drog. V případě zájmu zde mají klienti možnost bezplatně si vyměnit injekční materiál, poradenství, možnost informovat se ohledně drog, pomoci v krizi, od pracovníků zde mohou získat užitečné odkazy, zprostředkování či doprovod do jiných zařízení.

Cílem této nabízené služby je:

- „aby se stříkačky neválely po zemi nebo v odpadkových koších
- abyste používali injekční stříkačku jen jednou a měl ji jen pro sebe
- abyste věděli o možných zdravotních komplikacích, a co s nimi dělat
- abyste měli informace o bezpečném braní“

(Laxus. Naše služby. [online]. 2006 cit. [18.2.2014]. Dostupné z: <http://www.laxus.cz/index.php?page=experimentujete-nase-sluzby>)

Služby jsou poskytovány bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, náboženství, sexuální orientaci, právní a společenské postavení, socioekonomické možnosti, typ užívané drogy, délku drogové kariéry a způsob užívání drogy. Laxus o.s. zaručuje anonymitu, bezplatnost a mlčenlivost všech zaměstnanců. Poskytované služby - výměnný injekční program, pomoc

v krizi, testování na hepatitidu C, potravinový servis, hygienický servis, základní zdravotní ošetření, poradenství a informace, zprostředkování kontaktu s jinými institucemi, doprovody. Při první návštěvě k-centra je možné se předem objednat nebo přijít kdykoli během provozní doby.

Laxus o.s.

adresa: Říční 1252/3a, Hradec Králové 2
tel.: 495 513 977
e-mail: kacko.hradec@laxus.cz
provozní doba: Po - Pá 9:00 – 18:00 (kontaktní místnost otevřena 13:00 – 18:00)

Riaps Trutnov

adresa: Procházkova 818, Trutnov
tel.: 499 828 144, 731 441 267
e-mail: kcentrum@riaps.cz, harm.reduction@riaps.cz
otevírací doba: Po, St 11:00 – 17:00 Út, Čt, Pá 11:00 – 16:00
problémoví uživatelé alkoholu Út, Pá 9:00 – 11:00

4.1.2 Terénní programy

Terénní programy probíhají vždy mimo prostor kontaktních center, jak již samotný název vypovídá „v terénu“, kde se pohybují uživatelé drog. Jejich součástí je výměnný program, kdy dochází k výměně použitého injekčního materiálu za sterilní u uživatelů, kteří mají o tuto službu zájem. V praxi to funguje tak, že pracovník obchází parky, centra měst a další místa, kde se obvykle uživatelé drog sdružují. V těchto místech se snaží aktivně oslovovat nové, dosud nenakontaktované uživatele (což je asi nejtěžší úkol terénního pracovníka). Pracovníci jsou vždy na telefonu, stačí je pouze prozvonit, nebo poslat SMS a oni zavolají zpět a domluví se na schůzce. Jelikož se jedná o výměnu, nutností je přinést použité injekční náčiní, které se vkládá do speciálních kontejnerů. Existují také uživatelé, kteří si malý kontejner od terénních pracovníků půjčují (s tím jsem se setkala u uživatelů, kteří měnili velké množství materiálu, výjimkou nebylo 100 kusů injekčních stříkaček na dobu jednoho týdne). Výměna probíhá na místě, které si zvolí klient. Pokud klient této služby opakovaně nedonese použitý materiál na výměnu, ale požaduje materiál nový, není mu nový materiál vydán. V terénu je také možnost domluvit se na testování infekčních chorob. Během tohoto krátkého kontaktu se pracovníci snaží s klienty hovořit o „bezpečném“ braní drog, jak snížit rizika a dopady užívání

na zdraví a společnost a předávají jim informační materiály. Výměnný program je důležitou součástí prevence nákaz přenášených krví – HIV a virové hepatitidy B a C. Další službou, kterou sociální terénní pracovníci na ulici mohou v terénu provádět je zdravotní ošetření. Jedná se ale pouze o základní pomoc, například o ošetření abscesů či dezinfekci ran. V terénu je také možnost poradit klientům s jejich sociálními či právními problémy a informovat je o možnostech léčby (často se ale nacházejí ve fázi, kdy o léčbu prozatím nemají zájem).

Terénní programy na území Královéhradeckého kraje poskytují taktéž dvě organizace – Laxus o.s. a Riaps Trutnov.

Laxus o.s. nabízí své terénní služby v následujících oblastech:

Po:	Náchodsko	Náchod, Červený Kostelec, Česká Skalice, Jaroměř	tel:	777 626 309
	Nový Bydžov	+ Jičín (Nová Paka na zavolání)	tel:	775 565 309
Út:	Rychnovsko 1	Týniště n. O., Opočno, Dobruška, Nové Město nad Metují	tel:	775 565 309
St:	Jičínsko	Lázně Běláhrad, Nová Paka, Jičín, Hořice	tel:	775 565 309
Čt:	Rychnovsko 2	Rychnov nad Kněžnou, Vamberk, Kostelec nad Orlicí	tel:	776 626 309
	Náchodsko	Náchod, Jaroměř	tel:	775 565 309, 777 626 309

V případě potřeby je možné zavolat, prozvonit, nebo napsat SMS na uvedené telefonní číslo. Terénní pracovník zavolá nebo napíše zpět a domluví si schůzku. Číslo si neukládá. Pracovníka terénního programu Laxus o.s. je možné poznat podle žluté tašky přes rameno.

Pracovníky organizace **Riaps Trutnov** je možné poznat dle černého batohu v následujících oblastech:

Po:	Hostinné	Centrum města a park	tel:	731 441 269
	Vrchlabí	Centrum města, park, farní úřad Církve československé husitské	tel:	731 441 269
St:	Dvůr Králové n./L.	Centrum města, park, Stará poliklinika	tel:	731 441 269
	Úpice	Centrum města, park	tel:	731 441 269
Čt:	Trutnov	Centrum města, park, Zelená louka, Poříčí...	tel:	731 441 269

4.2 Ambulantní léčba

Ambulantní léčba probíhá bez toho, aby byl uživatel drog vyčleněn z jeho běžného prostředí. Uživatel v tomto případě léčby dochází pravidelně do zařízení, kde mu je léčba poskytována. Tento typ léčby přichází v úvahu pouze u některých uživatelů, především u těch, kteří mají dobré rodinné a sociální zázemí, které nabízí závislému potřebnou podporu a motivaci v jeho snaze. Délka léčby se může stejně jako četnost návštěv lišit, měla by ale vycházet ze vzájemné dohody uživatele a terapeuta. Uvádí se, že by měla léčba trvat minimálně tři měsíce při četnosti návštěv dva až tři dny v týdnu. (Substituční léčba. Ambulantní péče. [online] 2014 cit. [20.2.1014]. Dostupné z: <http://www.substitutni-lecba.cz/ambulantni-pece>)

Dle mého názoru jsou tři měsíce léčby příliš krátká doba, vzhledem k tomu, že „drogová kariéra“ uživatelů trvá často celou řadu let. Při ambulantní léčbě bývalý uživatel zůstává nevytržen z původního prostředí, střetává se s kamarády uživateli, kteří ho mohou snadno stáhnout zpět k droze. Klient, který se rozhodne pro tento typ léčby musí být hodně motivovaný a mít velice pevnou vůli. V praxi se doporučuje nevyhledávat prostředí, kde se klient zdržoval v minulosti, v čemž spatřuji velký problém, neboť pokud se jedná o klienta žijícího na malém městě, riziko že potká bývalého kamaráda je značně veliké.

Ambulantní centrum Laxus o.s.

Tato služba je určena pro ty zájemce, kteří se rozhodli abstinovat, či nějakým způsobem změnit své užívání, především mladým uživatelům drog ve fázi experimentu, uživatelům drog s nařízenou ochrannou léčbou ambulantní formou, uživatelům drog v rámci Probačního

programu, uživatelům drog po návratu z léčby nebo výkonu trestu, těhotným uživatelkám, matkám uživatelkám a osobám blízkým uživatelům drog (např. rodičům, partnerům atd.). (Laxus. Ambulantní centrum. [online] 2014 cit. [16.3.2014] Dostupné z: <http://www.laxus.cz/index.php?page=chcete-prestat-nase-sluzby>)

Ambulantní centrum Laxus o.s. nabízí bezplatnou ambulantní léčbu, ambulantní program následné péče (určený pro klienty navracející se z pobytové léčby), probační program, individuální i skupinové poradenství, poradenství pro rodiče a osoby blízké uživatelům drog, doplňkové volnočasové aktivity - kurz informačních technologií, relaxace, práce s tělem. (Laxus. Naše služby. [online]. 2014 cit. [18.2.2014]. Dostupné z: <http://www.laxus.cz/index.php?page=experimentujete-nase-sluzby>)

adresa: Nerudova 1361/31, Hradec Králové
tel.: 495 515 907
e-mail: ambulance.hradec@laxus.cz
provozní doba: Po - Čt: 9.00 - 16.00
Pá: 9.00 - 14.00
individuálně, dle možností klientů, až do 18 hodin

4.3 Stacionární léčba

Denní stacionáře se řadí mezi jednu z forem ambulantní léčby. Klient sem dochází každý den a zúčastňuje se programu, který probíhá od rána do odpoledních hodin. Po skončení tohoto programu se klient vrací zpět domů. V tom je rozdíl od ústavní léčby nebo terapeutických komunit, kde klient zůstává i přes noc. Denní stacionář je určen pro pacienty, pro které není pobyt v lůžkovém zařízení nutný, nebo možný a ambulantní nebo poradenská péče je pro ně nedostačující. Ve většině případů se jedná o pacienty, kteří jsou propuštěni z psychiatrické léčebny, nemocnice nebo léčebně-rehabilitačního pobytu a potřebují ještě denní kontakt s odborníkem. V denním stacionáři probíhají psychoterapie – individuální i skupinové – a sociální terapie, která obnáší nácvik sociálních dovedností, odpovědnosti, volnočasových aktivit a základního medicínského servisu.

Součástí programu denních stacionářů je skupinová terapie, rozhovory s terapeutem, poradenství a různé druhy zájmových aktivit. U tohoto programu je důraz kladen také na rodinnou a partnerskou terapii, neboť lidé v okolí závislého jsou pro tohoto člověka velice důležití a slouží mu jako opora. Spolupráce rodiny a přátel je důležitým faktorem, který

ovlivňuje účinnost léčby. (Substituční léčba. Stacionární programy. [online] 2014 cit. [12.3.2014] Dostupné z: <http://www.substitutni-lecba.cz/stacionarni-programy>)

Tento typ služeb není v Královéhradeckém kraji pro drogově závislé k dispozici. Zájemci o tuto službu se musí sami rozhodnout, zda mají dost pevnou vůli na to využít léčbu ambulantní, nebo zda je pro ně lepším řešením léčba rezidenční. V denním stacionáři při FN Hradec Králové poskytuje klinika léčbu a rehabilitaci pouze osobám nemocným s úzkostnými poruchami a nemocným trpícím chronickými psychotickými poruchami.

4.4 Detoxifikační jednotky

„Detoxikace je zvládnutí akutní intoxikace – měla by zbavit organismus návykové látky, jsou sníženy nepříjemné odvykací příznaky. V některých situacích je třeba použít farmakologické prostředky.“ zatím co *„Detoxifikace je léčebná metoda, která by měla zastavit užívání drog, snížit abstinenční příznaky a riziko poškození drogou. Detoxifikace probíhá v detoxifikačních jednotkách nebo centrech. V případě využití léků jsou předepisovány léky s podobným účinkem, jaký má droga, což umožní vyhnout se abstinenčním příznakům.“* (Substituční léčba. Detoxifikační jednotky. [online]. 2014 cit. [10.2.2014]. Dostupné z: <http://www.substitutni-lecba.cz/detoxikacni-jednotky>) Detoxikaci a detoxifikaci je možné nahradit souhrnným pojmem detox.

Pojmem detoxifikace tedy rozumíme medicínskou a psychologickou pomoc při odvykání zneužívání návykových látek, která trvá několik dnů až týdnů. Cílem detoxifikace je zbavit tělo návykové látky, překonat počáteční odvykací příznaky a příprava na následnou léčbu. Je zde prováděna i krátkodobá psychoterapie, jejíž cílem je povzbudit a posílit rozhodnutí vstoupit do další léčby. Detoxifikační jednotky bývají součástí oddělení pro léčbu závislostí a psychiatrických léčeben, méně často se s nimi můžeme setkat na jiných místech, například ve vyšetřovacích vazbách. Na tuto jednotku pacient klient nemusí přijít na základě vlastního rozhodnutí. Po dobu pobytu je přísný zákaz návštěv kvůli odříznutí klienta od možnosti získat drogu. Detoxifikace trvá průměrně čtrnáct dní, během této doby se péče soustředí nejen na zvládnutí akutních odvykacích příznaků, ale i na celkový zdravotní stav uživatele, na jeho motivaci pokračovat v další léčbě.

Droga	Detoxifikace a počáteční léčba	Poznámky
Kokain Amfetamin	Antidepresiva (imipramin, desipramin, SSRI – fluoxetin)	Není přímo detoxifikace, i když mechanismus úč. je podobný; symptomatická léčba deprese při odnětí drogy a snížení následné žádostivosti
Nikotin	Nikotinové přípravky – lékové formy s dlouhou eliminací (náplasti, žvýkačky)	Mnohem menší toxicita než kouření, ale přesto určitá kardiotoxicita, noční děsy, kopřivka
Alkohol	Sedativa/ hypnotika (diazepam, klomethiazol)	Toxicita těchto látek je výrazně násobena při relapsu alkoholismu, riziko navození závislosti
Benzodiazepiny	Substituce BDZ s delším účinkem	zmírnění projevů závislosti; u některých pacientů navození závislosti a abstinenční symptomy během následné redukce dávek substituenta
Heroin, Morfin	Substituce parciálními agonisty a agonisty/antagonisty (methadon, buprenorfin)	Závislost na methadonu při udržovací následné terapii; perorální a sublingvální podání substituenta je bezpečnější než injekční

Obrázek 2: Léčebné postupy užívané při detoxifikační fázi (Kalina, 2003)

Délka lůžkového detoxu, kterému se klienti před nástupem do rezidenční léčby nevyhnou, bývá zpravidla doba od jednoho týdne až po dobu jednoho měsíce. Vše záleží na individuálním zdravotním stavu každého pacienta. Abstinenční příznaky jsou nebezpečné nejen u závislosti na opiátech a jiných nelegálních drogách, ale i u alkoholové závislosti. (Preston et al., 2007, Substituční léčba. Detoxifikační jednotky. [online]. 2014 cit. [10.2.2014]. Dostupné z: <http://www.substitucni-lecba.cz/detoxikacni-jednotky>)

V České republice existuje celkem 31 lůžkových zařízení, která se detoxifikací zabývá. Jedná se o dvě nová zařízení. Pět z celkového počtu je situováno ve fakultních nemocnicích, 13 v nemocnicích akutní péče a 13 v psychiatrických léčebnách. Průměrná doba pobytu činila 14,3 dnů. Existují také lůžková zařízení, v kterých nemají detoxifikační jednotku vyčleněnou, ale v případě potřeby jsou ochotni provést ji na standardním lůžku psychiatrického oddělení či AT oddělení. Příloha č. 19 ukazuje počet detoxifikačních jednotek dle krajů. V roce 2012 bylo v provozu 17 detoxifikačních jednotek, které měly vyčleněná lůžka s celkovou kapacitou 155 lůžek. Detoxifikace mohla probíhat i v dalších 14 zařízeních na nevyčleněných lůžkách. Detoxifikační jednotky byly využity 9124 lidmi (ve 4103 případech se jednalo o uživatele nelegálních drog). (Výroční zpráva Královéhradeckého kraje, 2003)

V Královéhradecké kraji lze detoxifikaci podstoupit na Psychiatrickém oddělení při oblastní nemocnici v Novém Městě nad Metují či na psychiatrické klinice Fakultní nemocnice v Hradci Králové. V Léčebně návykových nemocí Nechanice nelze v současné době provést.

4.5 Rezidenční léčba

Rezidenční léčbou je myšlena léčba pobytová. Podstatným faktorem pro úspěšnou léčbu mladých dospělých, kteří mají již závažnější potíže s užíváním alkoholu nebo jiných drog, je míra jejich motivace ke změně. Ze zkušeností vyplývá poznatek, že existují 3 druhy těchto klientů. U prvních, minimálně motivovaných, přichází v úvahu zpravidla poradenství jenom pro jejich rodiče a blízké osoby, které mohou správným přístupem k dítěti jeho motivaci ke změně zvyšovat. Do druhé kategorie patří dospívající, kteří vykazují alespoň určitou míru motivace, mají dobré zázemí a dobře spolupracující rodiče – v tomto případě lze léčbu zvládnout ambulantně. Pokud je dospívající výrazně ambivalentní, nemá dobré socioekonomické zázemí nebo jeho rodiče nemohou nebo nechtějí spolupracovat, tak je výhodná léčba ústavní. (Pešek, Nečesaná, 2009)

Programy rezidenční léčby se mohou lišit v mnoha směrech – dle délky léčby, skladby programu, věku klientů, způsobu náhledu na život či užívání drog. Nelze říci, že by jeden typ léčby byl lepší, než druhý, jde především o to aktivně spolupracovat a udržet se v programu. Rezidenční léčebné programy jsou založeny na naprosté abstinenci, což ji řadí mezi služby vysokoprahové. Tato abstinence zahrnuje i naprosté odmítání marihuany a alkoholu. Pobytovou léčbu lze rozdělit dle časové náročnosti na krátkodobou (4-8 týdnů), střednědobou (3-6 měsíců) a dlouhodobou (více než 6 měsíců).

V České republice je možné vyhledat tři typy programů rezidenční léčby:

- Terapeutické komunity
- Specializovaná oddělení nemocnic
- Psychiatrické léčebny

4.5.1 Terapeutické komunity

Léčba v terapeutické komunitě často navazuje na ústavní léčbu. Léčba probíhá v několika etapách a je vhodná zejména pro jedince, kteří užívali drogy dlouho, mají špatné zázemí a je u nich vysoké riziko recidivy. *„Léčebná zařízení typu terapeutické komunity mají vysoce strukturovaný a intenzivní program s přesným časovým rozvrhem celého dne. Terapeutické komunity vycházejí z předpokladu, že klienti přicházející do tohoto typu léčby potřebují kompletně změnit představu o sobě a zásadně změnit vlastní životní styl... Program komunity je zaměřen na skupinovou terapii s důrazem na vnímání vlastních pocitů a emocí a dosažení osobního zrání skrze jejich vyjádření. Nedílnou součástí programu jsou pravidelné pracovní a sportovní zátěžové akce. Léčba v terapeutické komunitě není pro každého, někteří*

klienti ji považují za velmi posilující a uzdravující, ale pro jiné je příliš náročná a nezvládnutelná.“ (Preston et al., 2007, s. 27)

V těchto komunitách probíhá dlouhodobý léčebný a resocializační program. Klienti se co největší měrou podílejí na léčbě. Velký důraz je kladen na komunikaci a to jak mezi pacienty a členy terapeutického týmu, tak i mezi pacienty navzájem. Obrovský význam se přikládá zpětné vazbě (jak chování jednoho působí na ostatní), která je základem pro sociální učení a změny pohledu na sebe sama. Za užití drogy hrozí vyloučení. Klienti se pravidelně setkávají a zpětně hodnotí své chování, diskutují vyvstálé problémy. Při skupinových terapiích se poskytuje opora, ventiluje napětí a emoční problémy. Každý člen má určenou roli, která zvyšuje míru jeho sociálních dovedností, sebepoznání a sebeuvědomění. Absolvování této komunity je velice náročné, ale je to veliká naděje pro trvalou abstinenci. Předpokladem a zároveň podmínkou ke vstupu do terapeutické komunity je naprostá abstinence od drog a to i marihuany a alkoholu. V těchto komunitách se léčí muži i ženy dohromady. Základním cílem léčby je zapojení klienta do podmínek běžného života – klienti si sami obstarávají všechny provozní věci, zajišťují jídlo pro celou komunitu, úklid celého domu, péče o hospodářská zvířata atd. Délka léčebného programu se pohybuje od 9 do 15 měsíců a v jeden čas tu může být pouze 20 klientů. V některých terapeutických komunitách jsou členy terapeutických týmů bývalí uživatelé drog (například TK Němčice, Nová Ves, Bílá Voda nebo Pocestný Mlýn). Terapeutické komunity Karlov a White Light se zaměřují na mladé dospělé a mladistvé. Jejich program je o něco kratší (kolem 6 měsíců) a specializují se především na práci s rodinou klienta. Terapeutická komunita Karlov je výjimečná ještě z jiného důvodu – je jediná, která nabízí léčebný program pro matky s dětmi a těhotné uživatelky. V tomto případě se jedná o léčbu v trvání 10 - 12 měsíců. Terapeutická komunita Němčice se naopak specializuje na starší klienty, výjimkou nejsou osoby starší 40 let. (Preston et al., 2007; Lejčková, Mravčík a Radimecký, 2002)

V Královéhradeckém kraji není žádná terapeutická komunita zřízena. Klienti, kteří se rozhodnou vstoupit do tohoto typu léčby, se musí obrátit na některou z komunit jiného kraje. Níže uvádím kontakty na některé tyto organizace.

Terapeutická komunita Karlov

web.: www.sananim.cz
adresa: Karlov 3, Čimelice
tel.: 382 229 655, 382 229 692
e-mail.: karlov@sananim.cz

Terapeutická komunita Němčice

web: www.sananim.cz
adresa: Zámek 1, Němčice u Volyně
tel.: 383 396 120
e-mail.: nemzice@sananim.cz

Terapeutická komunita Pocestný Mlýn

web.: podaneruce.cz
adresa: Kostelní Vydří 64, Dačice
tel.: 384 420 172
e-mail.: komunita@podaneruce.cz

Terapeutická komunita Pastor Bonus

web.: www.pastorbonus.cz
adresa: Podlesí 20, Světlá Hora
tel.: 602743842
e-mail: pastorbonus@iol.cz

Terapeutická komunita Magdaléna

web.: www.magdalena-oops.cz
adresa: Včelník 1070, Mníšek pod
Brdy
tel.: 318 599 125, 737 284 599
e-mail: komunita@magdalena-ops.cz

Terapeutická komunita pro drogově závislé v Nové Vsi

web: www.advaitaliberec.cz
adresa: Nová Ves 55, Chrastava
tel.: 485 146 988
e-mail: komunita@advaitaliberec.cz

Terapeutická komunita

web.: www.renarkon.cz
adresa: Podolánky 383, Neladná –
Podolánky
tel.: 558 684 334, 731 572 543
e-mail: tkrenarkon@seznam.cz

Za zvláštní typ terapeutické komunity by se dal označit i Výchovný ústav Husův domov ve Dvoře Králové nad Labem. V tomto případě se ovšem nejedná o léčbu dobrovolnou. Výchovný ústav Husův domov disponuje oddělením, které se specializuje na děti experimentující s návykovými látkami a děti drogově závislé.

4.5.2 Ústavní léčba

Tento typ léčby je prováděn pouze ve zdravotnických zařízeních (například specializovaná oddělení psychiatrických léčeben). Její hlavní výhodou oproti ostatním typům léčby je „bezpečné“, ochranné prostředí (nízká dostupnost drog, nedostává se do styku se „spouštěči“, má k dispozici odbornou péči a organizovaný harmonogram. Tato léčba může mít

charakter krátkodobý (cca 6 týdnů, lékařské zařízení), střednědobý (cca 3 měsíce, lékařské zařízení), nebo dlouhodobý (cca 6-9 měsíců i déle, probíhá v terapeutických komunitách). Délku léčby ovlivňuje mnoho faktorů – délka užívání drog, délka abstinence, zdravotní a psychický stav, sociální zázemí atd.

Ústavní léčba je primárně určena pro ty, kteří prošli neúspěšně léčbou ambulantní, mají závažné emoční problémy, poruchy chování, se pohybovali v nevhodném sociálním prostředí, nemají dostatečně silnou motivaci, mají zvláštní stavy, jako například pokusy o sebevraždu či psychotické stavy, které je nutno být monitorován lékaři a také ti, kteří mají léčbu soudně nařízenou. Využívá se zde psychoterapie, pracovní a sociální rehabilitace, v některých případech farmakoterapie. Důležitou složkou léčby je příjemné prostředí bez drog a pravidelný pracovní režim. V těchto institucích je nutné dodržovat určitá pravidla, při jejich nedodržení hrozí sankce. Uživatel si během pobytu v zařízení může ujasnit své postoje k droze, vyřešit problémy a zdokonalit se v komunikačních dovednostech a metodách zvládnání stresu. Důležitou součástí pobytu je psychoterapie, pracovní terapie a různé zájmové aktivity. (Substituční léčba. Ústavní léčba. [online]. 2014 cit. [11.2.2014]. Dostupné z: <http://www.substitutni-lecba.cz/ustavni-lecba>)

Léčebna návykových nemocí Nechanice

V Královéhradeckém kraji je nejdůležitějším subjektem v rámci ústavní léčby Léčebna návykových nemocí Nechanice. Jedná se o detašované pracoviště Psychiatrické kliniky Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice v Hradci Králové. V provozu je od 2.12.1996 ve zrekonstruovaném areálu nemocnice. Léčebna návykových nemocí Nechanice se zabývá poskytováním dobrovolné odvykací léčby jak pro muže, tak i pro ženy závislé na psychoaktivních látkách a dále léčbou nelátkových závislostí. Léčba je hrazena pojišťovnou, od roku 2014 pacient nehradí ani regulační poplatek, který ještě loni činil 60Kč/den. Jedná se o léčbu střednědobou, trvá 14-16 týdnů. Léčebna se skládá z několika oddělení. K přijetí je nutná detoxifikace, která bývá zajištěna ve spádovém psychiatrickém zařízení. Co je potřebné k nástupu do této léčebny je popsáno zde: *„Příjem pacientů na léčbu v LNN Nechanice je cestou naší AT ambulance, kontakt je uveden níže. Odesílající zařízení pošle zprávu o stavu pacienta s uvedením kontaktu na který bude oznámen termín nástupu léčby (adresa, telefon). Pokud je u pacienta riziko komplikovaného průběhu odvykacího stavu (v minulosti delirium tremens, toxická psychóza, epileptické záchvaty při odvykání, pacient je nastaven na substituční medikaci) a není možnost detoxifikace ve spádu, je nutno toto uvést do parere, abychom byli schopni reagovat dle individuálních potřeb pacienta. U pacientů kteří se léčí s*

tělesným onemocněním vyžadujeme i aktuální zprávu o tělesném onemocnění s uvedením doporučené medikace od příslušného ošetřujícího specialisty nebo praktického lékaře.“

Pacient musí společně se správou od lékaře odeslat i vlastnoručně psaný motivační dopis a životopis. Po příchodu je nový klient umístěn na oddělení příjmové. Toto oddělení slouží ke stabilizaci pacienta po příchodu z nechráněného prostředí do léčby a k přípravě na přechod do terapeutické komunity. Specializují se zde na zvládnutí případných lehkých až středně těžkých odvykacích stavů (těžké odvykací stavy nebo komplikace je nutno podstoupit na lůžkovém oddělení Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové a po stabilizaci je možno pokračovat v léčbě v Léčebně návykových nemocí Nechanice). Hlavní léčebnou metodou zde je cíleně zaměřená skupinová psychoterapie v podmínkách režimové léčby v terapeutické komunitě. Neoddělitelnou součástí léčby jsou pracovní terapie, arteterapie, relaxační techniky, sportovní aktivity atd. Aby měla tato léčba jasný řád, jsou zde určena jasná pravidla. V případě jejich nedodržení se dostaví sankce (funguje tu bonusový systém, který ovlivňuje například telefonické kontakty, propustky atd.). Tato striktní pravidla a režim mají jediný důvod – udržet v léčebně chráněném prostředí bez návykových látek. Omezením pro léčbu jsou suicidální tendence, těžká deprese či těžká úzkostná symptomatika. Pacienti, kteří již delší dobu abstinují mohou využít 1 týdenní pobyt za účelem stabilizace abstinence. (Závislost na alkoholu. Nechanice léčebna návykových nemocí. [online]. 2014 cit. [21.2.2014]. Dostupné z: <http://www.alkohol-alkoholismus.info/lecba/lecebny-psychiatricke-lecebny-seznam/nechanice-psychiatricka-klinika/1000-nechanice-lecebna-navykovych-nemoci.html>)

4.6 Doléčovací centra

Tyto programy jsou určeny pro klienty, kteří za sebou již mají určitý typ léčby. Délka programu trvá od dvou měsíců do jednoho roku (vše záleží na individuálních situacích). Centra jsou zřízená, aby pomáhala klientům při stabilizaci v nových životních podmínkách. Tyto programy se soustředí závažně na prevenci relapsu – to znamená, že se snaží připravit klienty na případná selhání, co konkrétně dělat, pokud dojde k dalšímu užití drogy, aby se klient nestal na látku opět závislý.

Do této kategorie se také řadí ambulantní resocializační střediska, socioterapeutické kluby, chráněné dílny a chráněná bydlení. Další formou jsou Re-entry, což jsou domy, které jsou určeny pro klienty, kteří nemají kam jít, nebo se po léčení rozhodnou prožívat zde stádium návratu do společnosti. Tyto domy učí praktickým dovednostem jako je hospodaření s penězi,

nákupy, plánování, vedení domácnosti. Klienti začínají pracovat ve stálém zaměstnání. Doléčovací a resocializační centra je vhodné vyhledat po ukončení ústavní léčby nebo po pobytu v terapeutické komunitě. Jedná se o komplexní služby, které zahrnují psychoterapeutické programy (individuální nebo skupinové) a pracovní a sociální poradenství. Cílem této následné péče je podpořit bývalého uživatele v rozhodnutí abstinovat, pomoci mu se vzniklými obtížemi a začlenit ho do běžného života. Tyto programy pomáhají řešit i vzniklé problémy psychického rázu, které zůstaly po dobu léčby skryty. Službu mohou navštívit i klienti, kteří abstinenci porušili a drogu opět okusili, aby znovu nespádli do závislosti.

V Královéhradeckém kraji lze doléčování podstoupit pouze ambulantní formou a to například v organizaci Riaps Trutnov. V ostatních koutech republiky jsou zřízena například střediska: ŠANCE, ALMA, PREVENT.

4.7 Záchytné stanice

V roce 2012 byly záchytné stanice evidovány ve všech krajích České republiky kromě Ústeckého a Libereckého. Na území Moravskoslezského kraje jsou umístěny dokonce 4 záchytné stanice, ve Středočeském 3 a v ostatních krajích po jedné. V příloze č. 19 je evidentní, že nejvyšší počet ošetření osob intoxikovaných nelegálními drogami byl zaznamenán v Praze – 4821, naproti tomu v Královéhradeckém kraji se jednalo pouze o 3 pacienty. U ošetření pro intoxikaci alkoholem již rozdíl není tak rapidní – v Praze se jednalo o 4515 osob a v Královéhradeckém kraji o 1115 osob (viz příloha č. 20 a č. 21).

Záchytná stanice Hradec Králové

adresa: Hradec Králové, Brněnská 88

tel.: 495264183

e-mail: zachytka.hk@tiscali.cz

4.8 Alkoholicko-toxikologické poradny

Alkoholicko-toxikologické poradny jsou často označovány zkratkou AT poradny. Tyto poradny se vyskytují při psychiatrických odděleních. V centru jejich zájmu jsou psychické poruchy, které vznikají v souvislosti s nadměrným užíváním alkoholu a nealkoholových drog. Dle rozhovorů s klienty doporučí vhodné léčebné zařízení, popřípadě pouze ambulantní léčbu. Ambulantně docházejí do AT poraden i klienti, kteří již za sebou mají léčbu.

AT ambulance Hradec Králové

adresa: Hradecká 1172, Hradec Králové,
areál FNHK, psychiatrická klinika
tel.: 495 833 232, 495 832 221
web.: www.lfhk.cuni.cz

AT ambulance Nová Paka

adresa: Kotíková 1817, Nová Paka
tel.: 493 722 314

AT ambulance Dvůr Králové nad Labem

adresa: Vrchlického 700, Dvůr Králové nad
Labem
tel.: 604 957 499

AT ambulance Jičín

adresa: 17. listopadu 861, Jičín
tel.: 493 522 056

4.9 Svépomocné skupiny

Termín svépomocné programy označuje velké množství různých aktivit. Ve vyspělých státech je to jeden z nejběžnějších způsobů intervence u těch osob, které se ocitnou v psychologicky těžkých životních situacích. V oboru užívání drog a problému závislostí je tato intervence považována za jednu z neúčinnějších nástrojů. „*V užším slova smyslu se tento termín a tato metoda používá pro velmi konkrétní programy jako je hnutí Anonymních Alkoholiků, nebo Anonymních Narkomanů. Efektivní podpora – svépomoc- - se také velmi často objevuje jako součást úspěšných léčebných i preventivních drogových programů, jinak koncipovaných jako vysoce odborná zařízení.*“ (Lejčková, Mravčík, Radimecký, 2002)

4.9.1 Anonymní alkoholici

Svépomocná skupina, se kterou se můžeme setkat ve více než 140 zemích po celém světě. Pojem svépomocné programy se týká „*podpory, kterou může uživatel drog získat mimo formální péči, když se pokouší buď abstinovat od drog, nebo redukovat rizika spojená s jejich užíváním.*“ (Department of Health of UK, 1997) Toto hnutí zahrnuje lidi, které spojují problémy s alkoholem a zároveň i chuť začít s tímto problémem něco dělat. Toto hnutí užívá některých duchovních principů. (Kalina, 2003)

V Královéhradeckém kraji probíhají setkání anonymních alkoholiků v sídle Církve československé husitské na adrese Ambrožova 729/1, Hradec Králové každou středu od 18:00 hod. V případě zájmu je možné obrátit se na tel.: 737 840 822 či na email: AAHradecKralove@seznam.cz. (Anonymní alkoholici. Adresář skupin. [online] 2011-2014 [20.3.2014]. Dostupné z: <http://www.anonymnialkoholici.cz/setkani/adresar-skupin.html#hradec-kralove>)

4.9.2 Anonymní narkomani

Jedná se o svépomocnou skupinu, mezinárodní organizace Narcotics Anonymous, která je podobná Anonymním alkoholikům. Stejně tak jako Anonymní alkoholici se i Anonymní narkomani pravidelně scházejí ve skupinách, kde vystupují anonymně. Odlišností od ostatních programů je to, že nejsou vedeni profesionály. Skupina je určena každému, kdo má touhu přestat užívat drogy. (Presl, J. Drogová prevence v České republice. [online]. 2014 cit. [12.1.2014]. Dostupné z: http://toxi-k.wz.cz/drogy/prev_cr.htm)

4.10 Další zařízení

Centrum drogových služeb ve vězení

Osoby, které jsou před nástupem nebo ve výkonu vazby nebo trestu odnětí svobody, mohou kontaktovat Centrum drogových služeb ve vězení organizace Laxus o.s..

Centrum drogových služeb ve vězení nabízí poradenské služby, individuální a skupinovou péči a zprostředkování kontaktu s rodinou osobám, které měli nebo mají problém s drogami a ocitli se ve výkonu vazby nebo výkonu trestu odnětí svobody a osobám jim blízkým. Osoby, které se již ve výkonu vazby nebo trestu odnětí svobody nacházejí, mohou Laxus o.s. kontaktovat přes vězeňského psychologa či sociálního pracovníka nebo napsat na níže uvedenou adresu, ostatní si mohou domluvit schůzku telefonicky. (Laxus. Naše služby. [online]. 2014 cit. [10.2.2014]. Dostupné z: <http://www.laxus.cz/index.php?page=zakon-nase-sluzby>)

adresa: Ptácká 162, Mladá Boleslav

tel.: 602 803 279

e-mail: vezeni@laxus.cz

Poradenství

Předléčebné poradenství by mělo přesvědčit klienta o rychlém vstupu do léčby. Hlavním cílem tohoto poradenství je udržet s klientem kontakt. Kalina (2003, s. 28) uvádí, že: „Podle různých údajů a zkušeností vypadá více než polovina klientů, z toho značná část hned po prvním či druhém kontaktu, další významná část v době, kdy naplnění cílů individuálního plánu znamená pokročit od rozprav k činům.“ Poradenství řadíme mezi intervenci, která se v péči o uživatele drog objevuje velmi často, řadí se dokonce mezi jednu z nejvíce užívaných

služeb u nemotivovaných uživatelů k léčbě. Hlavní cílovou skupinou pro poradenskou činnost jsou uživatelé návykových látek v různých stupních experimentování či závislosti a také v různém stupni motivace. Poradenství je určeno i ostatním rodinným příslušníkům, rodičům atd. K poradenství může docházet buď přímo v terénu, nebo v instituci. (Kalina, 2003) V Královéhradeckém kraji se s tímto typem poradenství můžeme setkat u již výše zmíněných institucí (Laxus o.s. a Riaps Trutnov).

S poradci se můžeme setkat ale také v rámci škol (výchovný a pro drogovou problematiku). Ti mají v popisu práce zajišťovat primární prevenci, ale zároveň i monitorovat situaci na své škole. Snaží se o včasné podchycení jedinců, kteří jsou již s drogou v nějakém vztahu. Pokud takového žáka ve škole objeví, kontaktují další zařízení, zákonné zástupce a zároveň se postarají o zintenzivnění primární prevence. Dalším poradenským orgánem, je pedagogicko-psychologická poradna. Ne všechny pedagogicko-psychologické poradny se ale tímto problémem zabírají. Některé spolupracují na projektech primární prevence. Existují také poradny pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy, které se závislými nepracují přímo, spíše poskytují pomoc jejich rodinným příslušníkům.

Internetová poradna

Tato služba je určena těm klientům, kteří chtějí pomoci v oblasti drogové problematiky a kterým vyhovuje forma komunikace přes internet. Dotazy, se kterými se klienti na poradnu obrací, by se měly týkat užívání drog. Pokud bude předmětem dotazu problém jiný, Laxus o.s. klienta odkáže na jiné specializované pracoviště. Na všechny dotazy je odpovězeno nejdéle do 3 dnů. Pracovníci Laxus o. s., kteří poskytují internetové poradenství, jsou vázáni mlčenlivostí s výjimkou informací, které podléhají oznamovací povinnosti a řídí se etickým kodexem pracovníka Laxus o. s. Nové dotazy se zadávají přes formulář uvedený na internetových stránkách www.laxus.cz, záložka vložit nový dotaz. Při zadání dotazu má klient na výběr, zda chce, aby byl jeho dotaz veřejný či nikoli. Dotazy, se kterými se na organizaci klienti nejčastěji obrazejí, se týkají především účinků, rizik, vzniku závislosti, soužití s uživatelem drog, sociálně – právní problematiky, zdravotních komplikací či odkazů na další drogové služby (Kontaktní centra, léčebny, AT poradny, substituční programy aj.) (Laxus. Telefonická a internetová poradna. [online]. 2014 cit. [20.3.2014]. Dostupné z: <http://www.laxus.cz/index.php?page=telefonicka-a-internetova-poradna>)

Linky telefonické pomoci

Ve většině případů slouží linky telefonické pomoci pro první kontakt, pomoc v krizi nebo radu. Tato služba má za úkol odkazovat a nabízet další pracoviště, pokud o ně klient projeví zájem. Na některé z těchto linek je možné se dovolat 24 hodin denně.

V České republice existuje linka pomoci pro osoby, které mají problém (či podezření) s hepatitidou C (tel. 800 331 122) . Tato linka má celorepublikovou působnost. V provozu je také linka pomoci AIDS centrum (tel. 224 814 284). Tato linka má rovněž celorepublikovou působnost a slouží komukoli, koho se AIDS či virus HIV týká, nebo kdo se chce o tomto infekčním onemocnění dozvědět více informací. V Královéhradeckém kraji zajišťuje linku telefonické pomoci například Laxus o.s. Tato telefonická poradna slouží pro zodpovídání dotazů týkajících se drogové problematiky, nejedná se však o krizovou linku. Dotazy, které se týkají způsobu užívání drog a jeho rizik odpoví pracovníci Kontaktního centra. Dotazy, které se týkají možností léčby, soužití s uživatelem drog zodpoví pracovníci Ambulantního centra. (Laxus. Telefonická a internetová poradna. [online]. 2014 cit. [20.3.2014]. Dostupné z: <http://www.laxus.cz/index.php?page=telefonicka-a-internetova-poradna>)

tel.: Ambulantní centrum Hradec Králové: 495 515 907 (po–čt: 9 – 16, pá: 9 – 14)

K-centrum Hradec Králové: 495 513 977 (po-pá: 9 – 18)

Zařízení azylového typu

Tento typ zařízení poskytuje jídlo, oblečení, základní hygienický servis, lékařské ošetření a ubytování na přechodnou dobu těm, kteří drogy brát chtějí, jsou bez domova a nejsou prozatím sami schopni jakékoli změny životního stylu.

Oddělení nemocnic

Některá oddělení nemocnic jsou často navštěvována uživateli návykových látek. U klientů, kteří užívají drogy nitrožilně, se jedná především o infekční oddělení (například Infekční oddělení Oblastní nemocnice Náchod, Infekční oddělení Fakultní nemocnice Hradec Králové). Další často vyhledávané oddělení je hepato-gastroenterologie. Toto oddělení je navštěvováno ve velké míře klienty, kteří nadměrně užívají alkohol. Provádí se zde diagnostika a léčba onemocnění jater a zažívacího traktu, endoskopické vyšetření jícnu, žaludku, dvanáctníku a tlustého střeva. Problémy s játry a zažívacím traktem jsou pro klienty závislé na alkoholu typické. Součástí nemocnic bývají často také psychiatrické ambulance. Tyto ambulance mohou rovněž navštěvovat lidé, kteří mají problém s alkoholem či

nelegálními drogami. V praxi stává, že návykové látky někdy vyvolají duševní onemocnění. Návštěva tohoto zařízení je v tomto případě na místě. Tato zařízení v případě nepříznivých životních podmínek mohou provádět krizovou intervenci (psychoterapeutický pohovor). Odborníci zde mohou odkazovat na jiné instituce či předávat kontakty na linky bezpečí. Psychiatrické ambulance je možné vyhledat například v Trutnově, Týništi nad Orlicí, Jičíně, Rychnově nad Kněžnou, Novém Městě nad Metují či Hradci Králové. (Nemocnice Havířov. [online] 2008 cit. [18.2.2014]. Dostupné z: <http://www.nsphav.cz/pro-pacienty-a-navstevniky/ambulance/ostatni-ambulance/psychiatricka-ambulance.html>)

Organizace zabývající se primární prevencí

Primární prevencí se v Královéhradeckém kraji zabývá mnoho organizací. Níže zmiňuji pouze vybrané z nich.

- Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež Achra, Náchod
- nízkoprahové centrum pro děti a mládež Modrý pomeranč, Hradec Králové
- preventivní programy Spirála, Hradec Králové
- středisko Miličův dům, Jaroměř
- středisko výchovné péče Domino, Hradec Králové

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 Cíl výzkumu

Diplomová práce se zaměřuje na všechny dostupné typy drogové prevence – primární, sekundární i terciární. Hlavním cílem výzkumu v praktické části práce je zmapovat a popsat, jaký typ služeb nejvíce motivuje klienty, kteří využívají služeb zařízení RIAPS Trutnov k návštěvě tohoto zařízení. Zařízení RIAPS je jedním ze zařízení, které se zabývá drogovou prevencí na území Královéhradeckého kraje.

Záměrem praktické části diplomové práce je vyhodnocení názorů a zkušeností konkrétních klientů výše zmíněného zařízení, porovnání, zda jejich představa odpovídá nabízeným službám. Na základě tohoto zjištění následně navrhuji některá opatření, která by mohla být ke zlepšení současného stavu užitečná.

Hlavní výzkumná otázka

Jaký typ služeb nejvíce motivuje klienty Kontaktního centra k jeho využívání.

Díličí výzkumné otázky

Co klienti očekávají od první návštěvy Kontaktního centra?

Ovlivňuje nějakým způsobem zařízení své klienty při jejich rozhodnutí abstinovat?

Pocitují lidé závislí na alkoholu či nelegálních návykových látkách spokojenost se svým životem?

Existují rozdíly v potřebách a motivaci u lidí závislých na alkoholu a ostatních nelegálních návykových látek?

5.1 Strategie a metody výzkumu

Vzhledem k tomu, že výzkumným cílem této práce je zmapovat názory a zkušenosti klientů konkrétního zařízení (RIAPS Trutnov), považuji za vhodné užití kvalitativní výzkumné metody, která koresponduje s charakterem vytyčených cílů. Kvantitativně orientované výzkumy vycházejí z pozitivismu a poukazují na existenci pouze jedné objektivní reality. „Kvalitativně orientované výzkumy vycházejí naproti tomu zejména z fenomenologie, která zdůrazňuje subjektivní aspekty jednání lidí, a tudíž kvalitativně orientované výzkumy připouštějí existenci více realit.“ (Chráška, 2007, s. 32)

Kvalitativní výzkum zajistí hlubší porozumění klientovi, vcítění se a přímý kontakt s klientem, při kterém je možné pozorovat i ostatní věci, než jsou pouze jeho slovní výpovědi

(např. si můžeme všimnout tónu hlasu, jeho emočních projevů, mimiky, gest, atd.). Domnívám se, že užití kvantitativního výzkumu by v tomto případě nebylo vhodné, neboť získat obsáhlý výzkumný vzorek by bylo velmi složité a mohla bych se potýkat s nechtělými vyplňovat dotazníky ze strany uživatelů zařízení. Domnívám se, že v přímém kontaktu klienti reagují otevřeněji. „*Nesmíme zapomenout, že posláním kvalitativního výzkumu je porozumění lidem v sociálních situacích.*“ (Disman, 2002, s. 289)

Díky kvalitativnímu výzkumu je možné hlouběji proniknout do dané problematiky a tím blíže odhalit souvislosti zkoumaných jevů. Metodou výzkumu jsou polostrukturované rozhovory s otevřenými otázkami. Jde o rozhovory face-to-face. Tento typ rozhovorů jsem zvolila, neboť redukuje pravděpodobnost, že se data získaná při jednotlivých rozhovorech budou výrazně strukturně lišit. Účelem tohoto typu rozhovoru je co nejvíce minimalizovat efekt tazatele na kvalitu rozhovoru. Data získaná tímto typem rozhovoru se analyzují snadněji, než data získaná nestrukturovanými rozhovory, jdou poměrně dobře porovnávat a jednotlivá témata lze v přepisu rozhovoru lépe nalézt.

Dále je důležité uvést, že pro kvalitativní výzkum je charakteristický induktivní postup. To znamená, že na začátku výzkumného procesu se zabýváme pozorováním a sběrem dat a až poté výzkumník začne pátrat po existujících pravidelnostech v těchto datech a po jejich významu. Následně formuluje předběžné závěry a výstupem tohoto výzkumu mohou být zcela nové hypotézy či nová teorie. S tím souvisí fakt, že metodika výzkumu není před jeho započítáním definitivně dotvořena, ale dotvoří se teprve v průběhu sběru dat. (Disman, 2002)

Při svém výzkumu se snažím co nejvíce respondentům porozumět, nejde totiž pouze o to, popsat určitý jev, ale jít do hloubky věci a pokusit se odhalit to, co se za vyřčeným obsahem skrývá. Při samotné analýze nejde o pouhý výčet analyzovaných dat, ale o porovnávání různých kódů a analýzu odchýlných případů.

5.2 Výzkumný soubor

Na straně zkoumání jsou vybraní klienti Kontaktního centra RIAPS Trutnov, kteří z jakéhokoli důvodu opakovaně navštěvují toto zařízení a využívají některých jeho služeb. Výzkumný soubor nebyl volen náhodně. Klienty Kontaktního centra RIAPS jsem zvolila záměrně, neboť jsem v tomto zařízení delší dobu působila a tím pádem jsem s klienty navázala vztah. Cílem nebylo, aby vzorek reprezentoval celou společnost, ale aby odpovídal zaměření této práce.

Vedoucí pracovníky Kontaktního centra RIAPS Trutnov jsem oslovila v dostatečném předstihu a s provedením rozhovorů souhlasili. Domnívám se, že odpovědi klientů jsou otevřenější, neboť mě během mého působení na tomto pracovišti stihli poznat, navázala jsem s nimi kontakt a nebyla jsem pro ně úplně cizí osobou. Svým působením zde jsem získala jejich důvěru v takové míře, že byli ochotni rozhovory se mnou provést. Při svém zkoumání jsem se zaměřovala právě na názory samotných klientů, bez ohledu na to, jakou primární drogu užívají.

Pro volbu výzkumného vzorku jsem zvolila záměrný výběr, protože se soustředím na klienty, kteří vykazují konkrétní znaky (zkušenosti s drogami) a zároveň navštěvují konkrétní organizaci (RIAPS Trutnov). Obsáhlost výzkumného vzorku se odvíjela od zjištěných dat, neboť, jak uvádí Disman (2002, s. 304) „*Vzorek je vytvořen teprve tehdy, když jsme dosáhli úplné saturace.*“

Nakonec jsem provedla rozhovory s šesti respondenty. Jak je uvedeno již v samotném názvu, práce se zabývá jak alkoholovými, tak i nealkoholovými drogami. Z tohoto důvodu jsem pozorování a rozhovory zaměřila jednak na klienty, kteří mají problémy s nadměrným pitím alkoholu, jednak na klienty, kteří mají problémy s užíváním nelegálních drog. Celkem šlo o tři klienty závislé na nelegálních návykových látkách a tři klienty, kteří vykazují závislost na alkoholu. Výzkumný soubor se skládá z následujících osob:

- žena, 26 let, 7 let užívá nitrožilně pervitin,
- muž, 28 let, 10 let užívá nitrožilně pervitin,
- muž, 28 let, 9 let užívá nitrožilně pervitin,
- žena, 29 let, 14 let užívá nadměrně alkohol,
- muž, 68 let, 54 let užívá nadměrně alkohol,
- muž, 50 let, 36 let užívá nadměrně alkohol.

Všichni respondenti byli dopředu, ještě před tím, než na rozhovor přistoupili, seznámeni s tím, že rozhovory budou nahrávány na nahrávací zařízení - diktafon - a následně budou mou osobou přepsány do počítače a jejich doslovné přepisy budou uvedeny v textu diplomové práce. Samozřejmostí bylo upozornit respondenty na fakt, že nikde nebudou figurovat jejich jména, přezdívky ani kódy, pod kterými vystupují v uvedeném zařízení. Všichni respondenti museli s výše uvedeným souhlasit. Účast respondentů v této studii byla tedy zcela dobrovolná a všem účastníkům byla zajištěna anonymita. Respondenti byli informováni o účelu výzkumu a o možnosti odmítnout odpovědět na kteroukoli otázku.

Rozhovory probíhali individuálně, pouze za přítomnosti mé osoby a respondenta v poradenské místnosti Kontaktního centra RIAPS. Žádná další osoba nebyla přítomna.

Podmínky pro zařazení respondenta do mého výzkumu jsem si stanovila následovně:

- musí se jednat o klienta Kontaktního centra RIAPS Trutnov, který tuto organizaci navštěvuje opakovaně (nesmí se jednat o prvokontakt),
- klient užívá v nadměrné míře alkohol nebo nelegální drogy,
- toto (zne)užívání musí trvat déle než 5 let

5.3 Technika získávání dat

Jak již bylo uvedeno výše, jako techniku získávání dat jsem si zvolila polostrukturovaný rozhovor. Tento výběr vychází z předem zvolených výzkumných otázek. Jelikož je výzkum zaměřen na porozumění lidem v jejich sociální situaci, považuji rozhovor za nejvhodněji zvolenou metodu. Disman (2002) vymezuje nejběžnější techniky sběru dat u kvalitativního výzkumu jako zúčastněné pozorování, rozhovor a analýzu osobních dokumentů.

U polostrukturovaného rozhovoru je nutné vytyčit si předem téma a otázky, které jsou pro výzkum důležité a které nechci při rozhovoru opomenout. Při samotném rozhovoru se pak těchto otázek držím, ale mohu se zabývat i dalšími důležitými tématy, které během rozhovoru vyjdou na povrch. Prostřednictvím tohoto typu rozhovoru se mohu doptávat na to podstatné, co mě zajímá a je pro můj výzkum důležité. Rozhovory probíhaly individuálně, s každým klientem zvlášť. Před rozhovorem byli respondenti požádáni o souhlas s jeho nahráváním na diktafon. Byli seznámeni s tím, že tato nahrávka bude uchována pouze po nezbytně dlouhou dobu a poskytnuta bude pouze v případě potřeby vedoucímu práce.

5.4 Zpracování, analýza a interpretace získaných dat

Data, která jsem postupně výzkumem získávala, jsem nejprve zaznamenávala v podobě audio nahrávky na diktafon. Dále jsem si vedla záznamy svých postřehů a poznámek v podobě terénních poznámek. Tyto poznámky se mi jeví jako důležité i pro pozdější interpretaci. Data, která byla zaznamenána na audio nahrávku jsem následně převedla pomocí doslovné transkripce do textového editoru ve svém počítači. Takto přepsaná data jsem kategorizovala za pomoci tzv. otevřeného kódování.

6 Zjištění a jejich interpretace

Při svém výzkumu jsem provedla rozhovory se šesti respondenty. Při kategorizaci těchto rozhovorů jsem vycházela z dílčích výzkumných otázek. Tato část práce se zabývá interpretací získaných poznatků mého výzkumu. Interpretace je provedena dle jednotlivých výzkumných otázek a vede k jejich zodpovězení. Při primární interpretaci jde o pouhé sdělení analýzy dat, které ale není dostačující. Sekundární interpretace se zabývá tím, o čem získaná data vypovídají, co jsme našli, proč se tomu tak děje atd. Jména osob uvedená v textu jsou změněná z důvodu zachování anonymity klientů.

6.1 Dílčí výzkumná otázka 1: Co klienti očekávají od první návštěvy Kontaktního centra?

Tuto výzkumnou otázku jsem do svého výzkumu zařadila záměrně, protože se domnívám, že klienti, kteří se rozhodnou k první návštěvě Kontaktního centra, si nejsou plně vědomí toho, co mohou od jeho návštěvy očekávat. Při analýze získaných dat se má domněnka potvrdila. Z mého výzkumu vyplývá, že klienti často vůbec netuší, co je v Kontaktním centru čeká a pro koho je určené.

Lenka: *„Ježíš, to bylo ještě tam v tom starým káčku, tam u bazénu. Ježíš maria, no byla jsem v šoku. Nevěděla jsem, no neznala jsem, tak jsem se tam vykulená ... a hlavně moc lidí na mě novější. Nevím no, už si to přímo tak dobře nepamatuju, ale vím, že tam byla Olinka (adiktoložka a sociální pracovnice Kontaktního centra RIAPS) (...) tak 5 let to může být.“*

Václav: *„A šel sem sem s tím, že mi to přišlo jako dobrý nápad, abych to nějakým způsobem omezil, tak vím, že si půjdu pokecat, popovídám si, dostanu se nějakým způsobem z toho, aby to nemusel mít. Tady se z toho odreaguju, nemyslím na to a s tím jsem sem šel.“*

Důvod, proč lidé začnou Kontaktní centrum vyhledávat, je případ od případu trochu jiný. Vstup do tohoto zařízení zpravidla souvisí s tím, v jaké situaci se člověk právě nachází (např. zda má nějaké zázemí nebo zda žije na ulici či zda se právě potýká s určitým problémem).

Lenka: „No protože jsme byli na ulici a slyšela jsem, že se tam člověk může vykoupat, vyprat si nechat, najíst se, popovídat i, no že to je... že tam prý pomáhaj lidem, no tak jsme tam šli.“

Michal: „Ty jo, to je takovejch 8 let možná. Na testy.“

Tomáš: „Jsem se dozvěděl, že se můžu vykoupat, najíst. Klasický Káčko. V každým městě, jsem byl několik let, už ty Káčka znám. Můj kód funguje už asi 4 roky. Jo, ne tady třeba, ale jinde. Liberec mám dva roky, Boleslav asi 4 roky a tady asi půl roku. Ten kód u mě funguje už dlouho.“

Pavel: „No to mi řekl Karel, protože už půl roku předtím mi říkal: pojd' se aspoň vykoupat, jsme bezdomovci, tam si vypereš věci za korunu a mě to bylo trapný, já jsem si byl zvyklej nosit věci k mámě. Nechtěl jsem, protože jsem nevěděl, jak to tady funguje.“

Václav: „No myslel jsem si, že tu bude nějaký... no ale ne, je tu klid. Mně je tady hezky právě. Protože jsem nevěděl, jak se mnou budou hovořit, o čem se mnou budou mluvit. Jsem si říkal že to bude jako jsi alkoholik, tak budeš sedět tam. Jo, takový ... nevím... cizí prostředí.“

Návštěvnost Kontaktního centra je, řekla bych, vysoká. Z výzkumu vyplývá, že většina klientů navštěvuje tuto organizaci s určitou pravidelností. Většina klientů nenavštěvuje toto zařízení pouze proto, aby si popovídali a byli a mezi ostatními lidmi, se kterými mohou hovořit o běžných věcech. Klienti tuto návštěvu často spojují s využíváním některé ze služeb (v případě alkoholiků se jedná zpravidla o potravinový a hygienický servis, u osob závislých na nelegálních látkách se většinou jedná o výměnu injekčního materiálu a taktéž potravinový servis).

Lenka: „Jak často, no teď už ne tak často. Ale dřív jsem chodila třeba každéj den, jelikož jsme žili na ty ulici, abychom se vysprchovali a najedli. Ale teď jsem tu byla před 2 dnima. Ale teď jenom že si potřebuju obvolávat, jinak moc často sem nechodím.“

Michal: „No poslední dobou docela často. Jsem předtím, jak jsem se sem zaregistroval, nechodil vůbec jako, to bylo nějakých 6 let. Ale poslední 2 roky docela chodím. Záleží ale jak kdy, jak jsem v Trutnově. Kolikrát třeba 2x nebo 3x týdně.“

Tomáš: „*Skoro denně. Jo, stalo se třeba měsíc jsem tady nebyl. Nebo 3 týdny jsem tu nebyl, prostě jak mám čas nebo když něco potřebuju, nebo chuť na kafe, nebo pokecat jenom s kamarádama co tady jsou.*“

Z rozhovorů je možné vypožorovat nespokojenost s otevírací dobou kontaktního centra u osob závislých na alkoholu. Kontaktní centrum je pro ně otevřeno pouze dva dny v týdnu a to od 9:00 do 11:00. Klienti shledávají nespravedlivým, že je pro ně kontaktní centrum otevřeno pouze dva dny v týdnu, kdežto pro uživatele nelegálních drog je otevřeno pětkrát týdně. Domnívám se, že jejich nespokojenost vychází z jejich současné situace, kdy je většina z těchto klientů bez zázemí, což je především v období zimních měsíců velmi složitá situace.

Pavel: „*No úterý a pátek, ale kdyby to šlo, každé den bych tu byl, jenže to nejde. Službu tu bych bral furt. Mně je tady dobře. Já mám klídek, Mám čas si rozmýšlet věci. Tady si udělám jako domácí... rozvrh denní, kam půjdu, co budu dělat, co si koupím no a mám klid. Dám si kávičku.*“

Rozdíly je možné spatřovat také v tom, jak se klienti o Kontaktním centru dozvěděli. Jejich informace jsou většinou zprostředkované a to od někoho, kdo se stal klientem zařízení již v minulosti. Často se jedná o klienty kamarády.

Michal: „*Mně o tom řekli známí, co stáli předtím. Já jsem šel tudy a potkal mě známej a říká, že jde do Káčka, tak jsem se ho ptal, co to je Káčko. Tak mi to náko tak vysvětlil. Říkám aha, tak dobrý a tak jsem se ho zeptal, jestli by mě sem nevezal, nebo aby mi řekl, jak to mám provést. Tak jsem sem přišel a tady vlastně byla jedna holčina, já si nepamatuju její jméno, no a ta mě tady jak se říká zaevidovala.*“

Lenka: „*No od feťáků.*“

Tomáš: „*Bratranec*“.

Václav: „*Verča mě sem dotáhla. To tady byla ještě Verča. Je to asi 2 roky.*“

Výše uvedené poznatky by se dali shrnout následovně. Lidé, kteří se rozhodnou pro návštěvu Kontaktního centra jsou často více méně neinformovaní a netuší, jaké služby tu

mohou využít. Často znají pouze z doslechu, že existuje možnost nechat si vyprat prádlo, umýt se či se najíst, ale netuší, pro jakou cílovou skupinu je Kontaktní centrum otevřeno. K těmto prvokontaktům (první návštěvě Kontaktního centra) dochází ve většině případů, pokud se klient nachází v nepříznivé životní situaci, často pokud přijde o zázemí a ocitne se na ulici. V těchto případech přicházejí na řadu osoby (známí či kamarádi), kteří již zařízení využívají a podají informace o základních službách. Tyto osoby pak zvažují, zda do organizace vstoupit, protože nevěří, že by jim někdo v jejich situaci mohl pomoci. Domnívám se, že by bylo vhodné zavést terénní program, díky kterému by se klienti o této službě dozvěděli o něco dříve.

6.2 Dílčí výzkumná otázka 2: Ovlivňuje nějakým způsobem zařízení své klienty při jejich rozhodnutí abstinovat?

Analýzou této výzkumné otázky bych chtěla zjistit, zda hraje Kontaktní centrum RIAPS Trutnov určitou roli v otázce abstinence klientů. Zajímalo mě, zda se klienti obracejí na tuto organizaci, pokud se rozhodnou začít se svou abstinencí.

Z analýzy dat vyšlo, že každý klient řeší své problémy podle svého. V naprosté většině tyto osoby nemají nikoho, s kým by své problémy mohli sdílet, většinou se je snaží řešit sami, což nevede k jejich vyřešení. Dle mého názoru tato skutečnost souvisí s tím, že klienti jsou často bez rodinných vazeb a jejich kamarádství jsou často povrchní (vznikají pouze na drogové linii).

Pavel: *„Sám na sebe. (...)Ne, to já si takhle sednu a popovídám si sám se sebou. No ono je to možná psychický, že si řeknou, že je člověk blázen. U mě to tak funguje, pomáhá to. Já si sednu a sám si řeknu jsem blbej, nebo v čem jsem udělal chybu a rozeberu to. Ale sám, sám si to musím... A co lidi říkaj, mě to netankuje. Sám, sám.*

Tomáš: *„Já už mám hodně prožito v tady těch věcech, čtyři blázince prošlý, ale jako nikomu moc nedůvěřuju.“*

Michal: *„Když by to byl problém, jako že fakt bych měl nějakou velikej a věděl bych, že by to vedlo ke špatnému, tak s tím bych se rozhodně... vlastně tady v RIAPSu nesvěřoval. Vlastně nikde. Ale takhle když mám problém a něco mě trápí, nebo něco a potřebuju se nějak odreagovat, popovídat si, kdo tomu nějak tak rozumí, tak přijdu sem.*

Karolína: „(...) tak to řeším alkoholem. Prostě nemám. Protože nemůžu říct něco rodičům nebo mamce hlavně a ona na mě začne potom řvát, nadávat mi. Ne, já to řeším alkoholem prostě. když mám nějaký problém nebo něco je špatného, tak to prostě řeším sama se sebou.“

Domnívám se, že není správné, že se tito lidé nikomu nesvěřují, často by jim to mohlo pomoci. Pokud by se svěřili s některými svými problémy například v Kontaktním centru, pracovníci jsou ochotni pomoci jim s řešením problémů. V případě zájmu mohou tito zaměstnanci doprovázet své klienty například na úřady. Spatřuji v tom velké pozitivum, neboť klienti často nezvládají řešit své problémy na úřadech sami. Špatné je, pokud o svých problémech pracovníky neinformují, v tom případě jim nemohou pomoci.

To, zda člověk vydrží abstinovat delší dobu, ovlivňují důvody, díky kterým se rozhodne abstinovat. Klienti shodně uvádějí, že abstinence musí být dobrovolná a musí vycházet přímo z jejich iniciativy a z vlastního rozhodnutí. Pokud je do abstinování nutí někdo jiný (například rodinní příslušníci, společnost atd.) abstinence není za těchto okolností efektivní.

Pavel: „Bolesti. Už se mi motala hlava a už jsem cejtíl, že něco není dobrý. (...) to jsem ale zkoušel ze sázky a to není jako takový. Těch 2 až 3 měsíce jsem vydržel vždycky. No a i rok. (...) protože jsem si dal... blbě jsem si stanovil... no já nevím, jak se tomu říká... jako předsevzetí. Já jsem si to vždycky přál 31. a nikdy jsem to nevydržel. Ted' jsem to zkusil o 2 dny dřív a je mi dobře. (...) to je vždycky v člověku. (...) vždycky, protože jsem to zkoušel v létě a teplo no a každého napadne hnedka dát si pivo. Na tohle jsem si připravoval už dlouho. 29. jsem si dal a pak už ani kapku. Mléko, čaj, limonády, kávu.“

Tomáš: „(...) byl jsem na detoxu, ale to mi nepomohlo. Mě našli předávkovanýho. Chtěl jsem spáchat sebevraždu. (...)Nechtěl jsem žít můj život, protože těch problémů jsem měl hodně v hlavě a už jsem to nemohl unýst. Takže jsem tohleto všechno udělal hodně narychlo a chtěl jsem spáchat sebevraždu. Proto jsem se pak šel léčit do toho detoxu a pak na psychiatrii. (...) Sám jsem to pak zas vyhledal. Sám, to je to nejhorší. Vydržel jsem půl roku. Půl roku, ale zase jsem začal pít a pak i to. Já už to mám celý prožítý všechno. Ten detox mám prožitéj. To znamená, že se to nevyřeší, stejně se k tomu zase vrátím, já to vím. Jako já vydržím rok, třeba, ale stejně si to zase najdu, protože bude tady mezi těma lidma, takže jeden kamarád má tohle, druhýj támhleto...“

Václav: „*Mě už přemlouvaly holky, abych šel na alkoholku. Já povídám mě, starýho dědka, mně bude letos 65 a na alkoholku? Vy jste se zbláznili.*“

Při svém působení v Kontaktním centru jsem narazila pouze na jednoho člověka, který byl vnitřně rozhodnut pro abstinenci. V té době abstinoval od alkoholu přibližně dva měsíce, což je celkem dlouhá doba vzhledem k tomu, že v minulosti užíval každý den minimálně 4 litry vína a k tomu ještě tvrdý alkohol. Důležité je zmínit, že tento člověk musel mít velice silnou vůli, neboť pobýval „na ulici“ společně se svými kamarády, kteří všichni vykazovali závislost na alkoholu a rozhodně ho v jeho abstinenci nepodporovali. Všimla jsem si, že je tomu přesně naopak – pokud se někdo z této skupiny osob rozhodne abstinovat, ostatní si z něho dělají legraci a nahlas vyjadřují své negativní názory. Místo vyjádření podpory často této osobě alkohol nabízí.

Pavel: „*Ne, už to skončilo. Ale měl jsem velké problémy kvůli alkoholu. Nepiju, omezil jsem kouření.(...) já nevím, já si ale myslím, že je to v člověku.*“

Většina z dotazovaných osob se domnívá, že odbornou pomoc vyhledat nepotřebují. Myslí si, že pokud by se chtěli pokusit o abstinenci, dokáží to pouze sami s pomocí své pevné vůle. Shodně uvádějí, že pokud nebudou sami vnitřně rozhodnutí, nikdo (ani žádná organizace) jim není schopný pomoci. K rozhodnutí abstinovat často dochází až po tom, co si klient sáhne na samotné dno.

Lenka: „*Vydržela jsem to rok a stejně jsem se k tomu vrátila. Já, když se mě tak někdo zeptá... každém říká, že je čistej, že už nikdy... Já to netvrdím, já vím, že jednou jsem si to... to je o psychice ta látka. To je hodně návyková látka. To není ani tak o závislosti jako o tý psychice. A když jsem si řekla zkusím přestat, zkusila jsem to, ale netvrdím, že přestanu úplně. Já se k tomu stejně vrátím. Takže rok jsem vydržela čistá a stejně mě to lákalo.*“

Michal: „*No byl jsem mezi těma co berou, ale já jsem měl spíš problémy s alkoholem. No tak ono to přišlo tak jsem si říkal proč ne zas (...) Jo, to jsem předtím nebral jak dlouho, 2 roky a 8 měsíců.*“

Karolína: „*Když jsem neměla peníze. Než mi Novák poslal peníze. To je tak 3 týdny. To jsem musela automaticky. (...) Já si myslím, že já nechci. Já ani vůli jako nemám. (...) manžel je*

prostě v Praze (má tam zaměstnání, dojíždí pouze na víkendy), on tam dělá a já jsem doma sama. A u kafe nebudu. Co sama doma tam. Akorát že tam mám elektriku a tak, ale mě to tam samotnou prostě nebaví.“

Někdo k abstinenci ještě nedospěl a to ani po celoživotním užívání drogy.

Václav: *„Já jsem byl na uranovce, tam bylo chlastu. Jasně, za těch 10 let jsem byl možná 2 týdny střízlivej. (smích) (...)Já ti to řeknu jinač, v tomhle státě je hanba vystřízlivět. To aspoň nevíš, co se s tebou děje. Já kvůli tomu žádný problém nemám, kvůli chlastu.“*

Z výše uvedené analýzy jsem zjistila, že klienti Kontaktního centra RIAPS Trutnov se většinou nacházejí ve fázi, kdy nespátřují žádné důvody pro svou abstinenci. Pokud se rozhodnou abstinovat, jedná se často o abstinenci vynucenou (vězení či nedostatek finančních prostředků), která je pouze chvilková a nemá déletrvajícívliv. Úloha RIAPSu je tedy při rozhodnutí klientů abstinovat pouze zanedbatelná. Pracovníci seznamují klienty s riziky užívání návykových látek a nabízejí jim zprostředkování léčby či jinou podporu, toto péče však není většinou žádaná. Klienti musí vést k abstinenci nějaký vážný impuls, někdy to může být vážný zdravotní stav, jindy zase touha dokázat si, že jsou schopni to ještě zvládnout.

Tomáš: *„Jo, oni to zkoušej, ale já to nechci. To zas bude to samý. Jo, takže bych se vrátil k tomu zpátky.“*

Lenka: *„Já zatím necítím potřebu. Já už jsem možná tak 3 týdny čistá. Když do toho nepočítám trávu teda.“*

Záleží vždy pouze na člověku, zda se rozhodne změnit podstatnou část svého života a začne spolupracovat. K tomu je ale, dle klientů samotných, zapotřebí jasný důvod, pevné rozhodnutí a především pevná vůle. Pokud si nevytyčí cíl, abstinence je nemožná. Jelikož k úplné abstinenci dochází pouze výjimečně, často se hovoří spíše o spokojeném životě. To obnáší takový životní styl, kdy člověk občas drogu užije, ta mu ale nebrání v plnění jeho povinností, udržení bydlení a zaměstnání a neovládá tak silným způsobem jeho život.

6.3 Dílčí výzkumná otázka 3: Pociťují lidé závislí na alkoholu či nelegálních návykových látkách spokojenost se svým životem?

Tato otázka byla do výzkumu zařazena, neboť se domnívám, že životní spokojenost klientů souvisí s užíváním drogy a tím pádem ve velké míře i s využíváním služeb Kontaktního centra RIAPS. Pokud se člověk cítí dobře a je se svým životem spokojený, odbornou pomoc většinou nevyhledává.

Z mého výzkumu vyplývá, že mezi hlavní oblasti, v nichž klienti navštěvující Kontaktní centrum prožívají neuspokojení, je oblast zázemí, tedy neexistence jakéhokoliv vlastního prostoru. Je samozřejmé, že kvalitní zázemí dává základ pro uspokojování většiny základních lidských potřeb, člověk zde nalézá i své soukromí.

Lenka: *„Bydlení není. Doufám že tady to teď už dopadne. Ubytovny. Já jsem z toho tak nešťastná, fakt nešťastná. No dva měsíce jsme na ubytovně už. Bydleli jsme v Hornáku v paneláku, 2+1 jsme měli v pronájmu a platili jsme šest a půl tisíce, jenže kvůli fetu jsme si udělali dluhy a pak jsme mamce museli vrátet peníze a neměli jsme na nájem.“*

Při svém působení v Kontaktním centru jsem byla svědkem mnoha rozhovorů týkajících se zaměstnání. Dalo by se říci, že rozhovory o práci a bydlení patří mezi nejčastější téma konverzace. Klienti si často půjčují firemní telefon, aby obvolávali inzeráty nabízející bydlení či zaměstnání.

Mezi další oblasti, které mají vliv na životní spokojenost uživatelů drog, patří rodinné a přátelské vztahy. Tato oblast života má zásadní vliv pro každého z nás. Lidé, kteří nemají oporu v rodině a ani mezi svými přáteli jsou často nespokojení a to se nemusí jednat pouze o uživatele drog.

Lenka: *„Nemám práci, s přítelem na prd. Všechno na prd.“*

Michal: *„Venku na ulici jsou problémy, všude jsou problémy. Mám pár kamarádů, který mě pomáhají. Ne finančně, ale poraděj mi nebo když potřebuju pomoc problém vyřešit a takhle. To není problém. Ale jsou jiné problémy, třeba duševní problémy. To zas takovýho kamaráda nemám.“*

Tomáš: (dlouhé ticho) ... *„To jsou ty vztahy, no. No to bohužel všeobecně.“*

Petr: *„No že mám krásnýho syna.“*

Pavel: *„Hlavně s lidmi. Že maj daleko k sobě. Dřív to bylo jiný. Dřív to bylo takový, že měli blízko k sobě, dnes jsou hodně daleko. Jeden na druhýho kouká jako na nějakýho vraha. To je právě špatný.“*

V neposlední řadě souvisí životní spokojenost těchto lidí rovněž s jejich pracovním uplatněním. Nemožnost sehnat práci se odráží také na jejich finanční situaci. Jedná se vlastně o jakýsi kruh – rodina – zaměstnání – bydlení. Pokud jedna sféra není plně funkční, začnou se problémy projevovat i v ostatních oblastech života.

Lenka: *„Nemám práci, všechno na prd (...) Každopádně chci určitě najít si tu práci nějakou. Myslím si, že tím bych přišla o hodně starostí.“*

Tomáš: *„No tak aby už byla nějaká ta práce, bydlení a tak. Se usadit spíš no.“*

Michal: *„No co se mi daří to je spíš ty... protože dříve to bylo tak, že jsem se šel ptát na práci a každé hnedka z nenadání když ... hnedka z nenadání řekl ne, ty se mi nelíbíš, nebo prostě něco, a prostě ne. A přišel kluk, který dostal sice tu práci, ale po měsíci zase zdrhnul co sebral výplatu, že jo. No a ty lidi, co maj o tu práci fakt zájem, těm šanci prostě nedaj.“*

Existují také lidé, kteří nejsou schopní blíže určit, s čím jsou ve svém životě nespokojení. Tito lidé nejsou schopni pojmenovat své pocity a vyjadřují se velice obecně.

Tomáš: *„S mojí situací teď momentálně“.*

Téměř všichni respondenti měli problém na otázku „S čím jsi ve svém životě spokojený?“ odpovědět. Ve většině případů se dlouhou dobu zamýšleli a odpovídali, že nevědí, nebo že momentálně neexistuje žádná věc, se kterou by byli spokojeni. Někteří z dotazovaných si jsou ale vědomí, že určitý podíl viny na tom, že nemohou najít bydlení a práci mají drogy, jiní v tom žádnou spojitost nespátřují.

Lenka: *„Myslím si, že jo, že to má vliv na to. Myslím si, že jo.“*

Tomáš: „*Ne, ne, ne (zesílený zápor), nemaj, to jsem zkoušel právě, nemaj. Ale já mám problém, to jsem zjistil taky, takže já se k tomu nemůžu nijak postavit. No já jsem prostě zaseknutej, seženu si jídlo, seženu si támhleto a támhleto a neseženu třeba zas... no ta mateřská láska tam není, rodiče tam nejsou, a ty problémy už řeším třeba drogou nebo alkoholem.*“

Lenka: „*Ale bere mi to, jasný, i vzhled, kamarády, rodinu mi to vzalo úplně. Bere mi to hodně, ale já si myslím... já nevím... já si myslím, že mi to i dává to ponaučení, ale ne a ne se ponaučit. To nechápu, to je o tom přístupu.*“

Analýzou této výzkumné otázky bylo zjištěno, že většina klientů navštěvujících Kontaktní centrum RIAPS Trutnov je v některé oblasti svého života nespokojena. Tato nespokojenost plyne především ze tří důvodů. Prvním důvodem je zázemí, čímž je myšlena jejich bytová situace. Mnozí klienti se potýkají s problémy v oblasti bydlení, často nejsou schopni si adekvátní bydlení sehnat, či si ho po delší dobu udržet. Toto tvrzení souvisí s další oblastí, kterou je zaměstnání. Jelikož většina z nich vykazuje problémy s nalezením odpovídající profese, jejich finanční prostředky jim neumožňují vkládat větší finanční obnos do měsíčního nájmu. Důležitý je také fakt, že klientům Kontaktního centra často hrozí exekuce, jelikož nejsou schopni (někdy ochotni) splácet své dluhy. Někteří klienti si plně uvědomují, že je jejich závislost omezuje a řídí jejich životy, jiní si to ale nepřipouští.

Lenka: „*Je málo zodpovědněj ten člověk, když bere. (...) Ale taky člověk hodně z toho zleniví. Není třeba zvyklej chodit pravidelně na úřady, nebo do práce, na všechno má prostě člověk čas. Takový lážo plážo.*“

6.4 Dílčí výzkumná otázka 4: Existují rozdíly v potřebách a motivaci u lidí závislých na alkoholu a ostatních nelegálních návykových látek?

Tato výzkumná otázka byla do výzkumu zařazena, abych zjistila, zda existují rozdíly mezi tím, co od Kontaktního centra očekávají klienti závislí na alkoholu a co od něho očekávají klienti užívající nelegální drogy.

Z analýzy dat vyplynulo, že obě dvě skupiny klientů jsou se službami Kontaktního centra spokojeni.

Václav: „*Jo všechno tu je pěkný. Tady je výbornej personál, s holkama si tykám.*“

Karolína: „*Jo, to je krásný. Ale i ty holky supr jako. Já jsem tu jako spokojená. Mně nic nechybí. Já si tu zaplatím prádlo a hlavně že je to čistý.*“

Lenka: „*To je v pohodě. Personál perfektní jako.*“

Pavel: „*Myslím si, že místa tu je abnormálně moc. Jako nebyl jsem všude, jen v pár místnostech, ale je to pěkný. Ale výhoda je, že si to vyperu a hodím na věšák a mám to čistý a chodím jako člověk. Já si myslím, že jsou skvělí. V každým případě přivítiví, hodní.*“

Tomáš: „*Jo, je to tu pěkný, znám horší Káčka vybavením. Krásný tohle to. To co jsem poznal já Káčka – hrůza.*“

Většina z klientů si nepřeje nic v Kontaktním centru měnit. Jediná věc, se kterou jsou nespokojení klienti závislí na alkoholu je otevírací doba Kontaktního centra, která je pro tuto cílovou skupinu pouze dva dny v týdnu během dopoledne. Klienti shodně uváděli, že situace v létě není nikterak obtížná, horší je to v zimním období, kdy by uvítali alespoň jednu hodinu po každý den, aby mohli přijít a využít služby potravinového servisu (teplý čaj či polévka). Ze získaných dat jsem zjistila, že klienti jsou spokojení s personálem, který se jim jeví jako přívětivý a vstřícný. Většina klientů uvedlo, že jsou rádi, že si s personálem mohou tykat. Domnívám se, že v přechodu od vykání k tykání klienti spatřují otevřenost personálu a navázání bližšího vztahu a kontaktu. Tento fakt personálu napomáhá, aby se tu klient cítil lépe a více se otevřel. Všichni klienti shodně označili prostory Kontaktního centra jako vyhovující a pěkné, o vybavení si myslí, že je dostatečné. Když jsem se klientů ptala, zda existují některé věci, které by si přáli v Kontaktním centru změnit nebo vylepšit odpovídali většinou se smíchem nereálné věci jako například povolit kouření a pití alkoholu.

Zaznamenala jsem pouze dva smysluplné návrhy. Tyto nápady se zaměřují na doplňkové služby, které Kontaktní centrum prozatím nenabízí.

Pavel: „*Nějakou místnost na nějaký sport. Třeba šachy jsou taky sport. Si sednout, zahrát si partičku. Jinak to tu je pěkný, to všechna čest.*“

Tomáš: „(...) mě to vyhovuje. Akorát co tu chybí je rádio, třeba to bych si přál. Jo, jen tady to. To je maličkost. To nic není, jinak jsem spokojenej. Se službama všema.“

Dále bylo zjištěno, že pro žádného respondenta by nebylo problémem docházení do Kontaktního centra i kdyby se nacházelo dál od centra města. Všichni respondenti uvedli, že by to pro ně nebyl problém. Domnívám se, že tomu tak skutečně je, neboť většina klientů je velmi mobilní. Často do Kontaktního centra, které se nachází v Trutnově, dojíždějí i lidé z Vrchlabí či Náchoda.

Karolína: „(...) záleží asi na tom, jaký bych měla podmínky, jestli bych se tam měla jak dostat. Každopádně je jasný, že bych třeba jednou ... nešla bych tam tak často jako sem, ale určitě jo.“

Michal: „To rozhodně. Protože tady to je... já se tady úplně odreaguju, jsem úplně jinde.“

Václav: „Třeba jako v Hornáku? No jsem přeci místňák. Vždyť já sem stejně jezdím do města každé den.“

6.5 Vyhodnocení výzkumné části

V této části práce shrnu poznatky celého výzkumu vedoucí k zodpovězení hlavní výzkumné otázky. Hlavním cílem výzkumné části této práce bylo zjistit, jaký typ služeb nejvíce motivuje klienty Kontaktního centra k jeho využívání. Odpověď na tuto otázku jsem získala prostřednictvím analýzy dílčích výzkumných otázek.

Kontaktní centrum RIAPS Trutnov se specializuje na dvě cílové skupiny – na klienty závislé na alkoholu a na klienty zneužívající nelegální návykové látky. Ve svém výzkumu jsem věnovala pozornost oběma cílovým skupinám. Z mého výzkumu vyplývá, že existuje pouze malý rozdíl mezi těmito skupinami. Klienty kontaktního centra, kteří v nadměrné míře zneužívají alkohol, motivuje ke vstupu do tohoto zařízení především potravinový a hygienický servis. Domnívám se, že je to především z toho důvodu, že tyto osoby postrádají zázemí (jedná se o lidi žijící „na ulici“). Tyto osoby tvoří celistvou skupinu, která kontaktní centrum navštěvuje v maximální možné míře (dvakrát týdně).

Naopak, klienti zneužívající nelegální návykové látky využívají nejčastěji výměnu injekčního materiálu. Myslím si, že je to způsobeno skutečností, že se jedná především o

osoby, které užívají pervitin a to nitrožilně. Pervitin je látka, která je na území Trutnovska velice rozšířená. Často se stává, že tito lidé zkouší již při prvním užití této drogy nitrožilní aplikaci.

Lenka: *„Když jsem poznala svého prvního přítele tady a bydlela jsem s ním tady na Struze, tak za mnou přijel známej s tím, jestli bych nechtěla něco nového ochutnat, protože jsem už hulila v tu dobu. Tak jsem říkala co to je a on že perník. Tak jsem říkala ježíši, co to všechno má do sebe. Strach, jasný, měla jsem ho. A on mi říká jak jako, jestli do pití, nosem, nebo jehlou. A já říkám a jaký to je tou jehlou? A vždycky mě to zajímalo, mě to vždycky lákalo. Tak hned na poprvé jehlou...“*

Tomáš: *„ (...) první do nosu a pak hned do žíly.“*

Domnívám se, že lidé navštěvující Kontaktní centrum si plně neuvědomují, k čemu je primárně určené. Převážná většina z nich v něm pouze spatřuje možnost získat určité služby za symbolické ceny (polévka za 1Kč, praní prádla 1Kč/kus atd.). Jedné klientky jsem se zeptala, zda si myslí, že Kontaktní centrum motivuje své klienty pouze v pozitivním slova smyslu. Její odpověď zněla takto: *„Nad tím jsem taky přemýšlela a říkala jsem si, co když oni takhle uvažují, což většina tak uvažuje v dnešní době. Že jo, tam si dojdem, tam si vyměníme, že je to k tomu láká víc a víc a že spousta lidí si ani neuvědomuje, nebo že jim nedochází, že proč oni tady vlastně jsou, proč jim to vyměňují a tak, protože oni si myslí, že je to proto, aby si mohli dát další čistou a aby prostě měli na další nový tý, ale ono to tak není. Já nevím, jestli nějakým... nějakým ale asi jo .. jestli jim všem dochází... aby jim zabránili od všelijakejch nemocí a tak a nad tím jsem už taky uvažovala. Ale každopádně dělej dobře. Jsou to jediní lidi, co tady na ně nekoukaj přes prsty. Že jdou a že se jich nebojej. Kolikrát to jsou i agresori, ne jenom alkoholicí, agresori jako prase a já bych se jich bála a já je v tom i obdivuju.“*

Smutné je, že drtivá většina těchto lidí v sobě v této životní fázi nenachází dostatečnou motivaci pro to, aby změnilí své užívání. Ve velké míře je to možné sledovat u klientů, kteří mají problémy s alkoholem. U této skupiny se jedná převážně o klienty staršího věku, kteří alkohol zneužívají celoživotně a nemají sebemenší potřebu se ho vzdát i přes to, že si uvědomují, že jim způsobuje zdravotní i sociální problémy. Život bez alkoholu si zkrátka neumí představit.

Skupina uživatelů nelegálních drog je poněkud odlišná. Jedná se především o lidi, kteří jsou svým věkem v průměru mladší, než uživatelé alkoholu. Většina z nich uvádí, že se již

někdy v minulosti pokoušela přestat drogy užívat, ale prozatím se jim to nepodařilo, neboť nemají tu správnou motivaci. Domnívají se, že od drog jim nepomůže žádná instituce, že jediná skutečně účinná pomoc jsou oni sami, jejich vůle, motivace a přesvědčení drogy neužívat.

I přes výše uvedená zjištění se domnívám, že má tato služba smysl. Pokud by bylo Kontaktní centrum zrušeno, setkávali bychom se s použitým injekčním materiálem na ulicích ještě častěji, než je tomu nyní. Ze zjištěných informací usuzuji, že Kontaktní centrum slouží převážně k získání prvního kontaktu s uživateli těchto látek, takže pokud by byla kontaktní centra zrušena, k získávání prvního kontaktu s uživateli drog by docházelo ještě obtížněji.

Závěr

Drogová prevence stejně tak jako léčba je velice složité téma. V práci jsem vymezila všechny typy protidrogové prevence, osobně se ovšem domnívám, že nejdůležitější je prevence primární a z tohoto důvodu by na ni měl být kladen největší důraz. Bohužel, v praxi tomu tak nebývá. Dle mého názoru, by se každá základní škola měla zapojit do některého z projektů, který je pořádán organizacemi působícími v oblasti drogové prevence. Domnívám se, že jedna školní beseda na toto téma jistě nikoho od drog neodvrátí. V praxi bývají přednášky o drogách přednášeny pedagogy, kteří k tomu nemají potřebnou kvalifikaci. Tyto přednášky pak mohou žákům spíše ublížit. Může se stát, že vyprávění učitele o účincích drog žáka naopak upoutá natolik, že se rozhodne látku vyzkoušet. Dle mého názoru by měl stát vynakládat větší množství finančních prostředků na prevenci, než na následnou léčbu (to platí i pro drogové závislosti).

To, proč se mladí lidé rozhodnou užívat návykové látky je způsobeno širokou paletou různých faktorů. Může se stát, že si dítě pokouší rozšířit prostor své životní svobody nebo že se snaží dosáhnout pocitu výjimečnosti. Ať se jedná o jakýkoli důvod, důležité je uvědomit si, že nikdo nezačne užívat návykové látky s vědomím, že se z něho stane dlouholetý uživatel. Nikdo z nás si nemůže být zcela jistý, jak by zareagoval, kdyby mu jeho známý takovouto látku nabídl. Jsou situace, kdy si nevíme rady a když se droga v našem životě objeví právě v tuto chvíli, může se stát, že jí snadno podlehneme. Při svém působení v Kontaktním centru jsem narazila na případ, kdy se závislým stal muž, kterému bylo 48 let, paradoxní je, že se návykové látky naučil užívat ve věznici. Tímto bych chtěla poukázat na to, že rizikové není pouze období mladé dospělosti, ale s drogami se můžeme setkat v jakémkoli období svého života. Ze začátku mohou vyvolávat pocit svobody, volnosti a výjimečnosti.

Uživatel, kterému se drogy vyjmou kontrole a začnou ho plně ovládat, musí projít složitou cestou plnou překážek. Důležitý je poznatek, že nestačí, pokud abstinenci vyžaduje rodina či okolí, důležité je, zda jeví o abstinenci zájem sám její uživatel. Abstinence je období naděje jak pro samotného uživatele, tak i pro jeho okolí. Cílem by neměla být pouze abstinence, ale především spokojený život.

Ve svém výzkumu jsem přišla na fakt, že pracovníci Kontaktního centra se s lidmi rozhodnutými abstinovat neseškávají ve velké míře. Kontaktní centrum hraje roli spíše při navozování prvních kontaktů s uživateli. Ke vstupu jsou tyto lidé motivováni především potravinovým či hygienickým servisem, popřípadě dochází kvůli výměně injekčního materiálu, který je jim tu k dispozici bezplatně. Primárním posláním kontaktních center by mělo být

motivovat klienty v pozitivním slova smyslu. Nedá se říci, že jediná správná možnost je abstinence, neboť ta není vždy možná.

Z mého výzkumu vyplývá, že lidé závislí na alkoholu toto zařízení vyhledávají především kvůli potravinovému a hygienickému servisu. Jedná se o klienty, kteří nejsou motivováni a jakékoli informace o škodlivém užívání alkoholu zveličují. Kontaktní centrum RIAPS Trutnov disponuje ambulancí klinické psychologie a psychiatrie, kde je možné podstoupit ambulantní léčbu. Za nutné považuji poznamenat, že tuto ambulanci žádný z respondentů nevyužívá, neboť ve svém způsobu života nespatřují žádný problém. Klienti z řad uživatelů nelegálních návykových látek jsou v průměru mladší. Kontaktní centrum navštěvují především kvůli výměně injekčního materiálu a při té příležitosti využijí potravinový servis či servis hygienický.

V porovnání s ostatními kraji je na tom Královéhradecký kraj průměrně jak z hlediska počtu uživatelů, tak z hlediska počtu jím nabízených služeb. Ojedinelá je organizace Husův domov se sídlem ve Dvoře Králové. Tato organizace se zabývá dětmi experimentujícími s návykovými látkami či drogově závislími. Naopak zde zcela chybí terapeutická komunita, což se mi nejeví jako závažný problém, neboť sami zaměstnanci Kontaktního centra uvádějí, že čím dále od domova se klienti léčí, tím je riziko předčasného ukončení léčby nižší. Pokud se klient rozhodne pro léčbu blízko svého bydliště, tak přesně ví, kde si v případě útěku drogu obstarat.

Domnívám se, že služby poskytované uživatelům drog v královéhradeckém kraji odpovídají potřebě společnosti. Jediná věc, ve které spatřuji problém, je fakt, že terénní programy pro uživatele návykových látek nejsou zastoupeny po celém území kraje. K jejich absenci dochází například v Broumově, kam ještě donedávna dojížděla organizace Laxuso.s., nyní je tato oblast zcela bez terénních programů. Naopak město Hostinné disponovalo ještě v nedávné době dvěma terénními programy – poskytovány byly organizací RIAPS Trutnov a Laxus o.s., což se mi jeví jako naprosto zbytečné.

Použitá literatura

Knižní:

BĚLÁČKOVÁ, V., NECHANSKÁ, B., CHOMYNOVÁ, P. a kol. *Celopopulační studie užívání návykových látek a postojů k němu v České republice v roce 2008*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2012. ISBN 978-80-7440-052-0.

BERGERET, J. *Toxikomanie a osobnost*. Praha: Victoria publishing, 1995. ISBN 80-7187-003-X.

CSETE, J. *Hledání rovnováhy - koncepce protidrogové politiky v České republice*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2012. ISBN 978-1-936133-65-9.

DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0139-7.

EVROPSKÉ MONITOROVACÍ CENTRUM PRO DROGY A DROGOVOU ZÁVISLOST. *Výroční zpráva za rok 2010: Stav drogové problematiky v Evropě*. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie, 2010. ISBN 978-92-9168-427-4.

EVROPSKÉ MONITOROVACÍ CENTRUM PRO DROGY A DROGOVOU ZÁVISLOST. *Drogy a ohrožené skupiny mladých lidí*. Univerzita Karlova v Praze, 2010. ISBN 978-80-254-6807-4.

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

KALINA, K., a KOL.: *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. a KOL. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KOL. AUTORŮ. *Mládež – drogy – společnost*. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, 1997. ISBN 0802-4461.

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

LEJČKOVÁ, P., MRAVČÍK, V. RADIMECKÝ, J. *Srovnání užívání drog a jeho dopadů v krajích ČR v r. 2002*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2004. ISBN 80-86734-14-5.

- McGRATH, Y., SUMNALL, H., McVEIGH, J. A KOL. *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: přehled dostupných informací. Nejnovější výzkumné poznatky.* Praha: Úřad vlády České republiky, 2007. ISBN 978-80-87041-16-1.
- MIOVSKÝ, M., SKÁCELOVÁ, L., ZAPLETALOVÁ, J., (Eds.). *Primární prevence rizikového chování ve školství.* Praha: Sdružení SCAN, Univerzita Karlova v Praze & Togga, 2010. ISBN 978-80-87258-47-7.
- NEPUSTIL, P., PANČOCHA, K., FRIŠAUFOVÁ, M. A KOL. *Užívání drog ve skupinách s obtížným přístupem k drogovým službám.* Praha: Úřad vlády České republiky, 2012. ISBN 978-80-7440-072-8.
- NEŠPOR, K. *Vaše děti a návykové látky.* Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-515-6.
- NEŠPOR, K., CSÉMY, L., PERNICOVÁ, H. *Zásady efektivní primární prevence.* Praha: Sportpropag, 1999. ISBN nedostupné.
- NEŠPOR, K.; PROVAZNÍKOVÁ, H. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami.* Praha: FORTUNA, 1996. ISBN 80-7071-034-9.
- NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách.* Praha: Koniasch Latin Press, 1997. ISBN 80-859-17-36-X.
- PEŠEK, R. NEČASOVÁ, K. *Prevence užívání tabáku, alkoholu a jiných drog u dospívajících.* Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2009. ISBN 978-80-254-5971-3.
- PRESL, J. *Desatero prevence vzniků závislostí aneb Řekni drogám NE!* Praha: Medea Kultur, 2014. ISBN nedostupné.
- PRESTON, A., MALINOWSKI, A. ŠEFRÁNEK, M. *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě. Praktická příručka pro uživatele drog.* Praha: Úřad vlády České republiky, 2007. ISBN 978-80-87041-28-4.
- SANANIM. *Jak ve škole vytvořit zdravější prostředí.* Praha: Úřad vlády České republiky, 2005. ISBN 80-86734-38-2.
- SULLIVAN, T.J., THOMPSON, K.S. *Introduction to Social Problems.* New York: Macmillan Publishing Company, 1988. ISBN 0-02-418366-0.
- VERSTER, A., BUNNING, E. *Buprenorfin.* Praha: Úřad vlády České republiky, 2007. ISBN 978-80-87041-11-6.
- ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie.* Univerzita Palackého v Olomouci: Olomouc, 2003. ISBN 80-244-0709-4.

Výroční zprávy

KLEMENTOVÁ, M. *Výroční zpráva o realizaci protidrogové politiky v Královéhradeckém kraji za rok 2012*. Hradec Králové: Královéhradecký kraj, 2013. ISBN nedostupné.

MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K. (Eds.) *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2013. ISBN 978-80-7440-077-3

NÁRODNÍ PROTIDROGOVÁ CENTRÁLA. *Výroční zpráva 2012*. Praha: Národní protidrogová centrála, 2013. ISBN nedostupné.

Internetové

Anonymní alkoholici. Adresář skupin. [online] 2011-2014 [20.3.2014]. Dostupné z: <http://www.anonymnialkoholici.cz/setkani/adresar-skupin.html#hradec-kralove>

Český rozhlas. Romové a drogy. [online]. 2014 cit. [9.2.2014]. Dostupné z: <http://www.radio.cz/cz/rubrika/udalosti/romove-a-drogy>

Lexus. Naše služby. [online]. 2014 cit. [18.2.2014]. Dostupné z: <http://www.lexus.cz/index.php?page=experimentujete-nase-sluzby>

MLČOCH, Z. *Nejčastější výmluvy a omluvy pijanů týkající se alkoholu, odůvodnění pití*. [online]. 2000-2014 cit. [28.12.2013]. Dostupné z: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/texty/zdravi/nejcastejsi-vymluvy-a-omluvvy-pijanu-tykajici-se-alkoholu-oduvodneni-piti>

Nemocnice Havířov. [online]. 2008 cit. [18.2.2014]. Dostupné z: <http://www.nsphav.cz/pro-pacienty-a-navstevniky/ambulance/ostatni-ambulance/psychiatricka-ambulance.html>

NICM. Česko ověřilo účinnost protidrogových programů u školáků. [online]. 2009 cit. [17.2.2014]. Dostupné z: <http://www.nicm.cz/cesko-overilo-ucinnost-protidrogovych-programu-u-skolaku>

PRESL, J. Problematika drogové prevence. [online]. 2014 cit. [5.1.2014]. Dostupné z: <http://toxi-k.wz.cz/drogy/prevence.htm#pohled>

SANANIM. Postoje české společnosti k drogám. In: odrogach.cz [online]. 2003-2014 cit. [12.1.2014]. Dostupné z: http://www.odrogach.cz/skola/vyzkumy/postoje-ceske-spolecnosti-k-drogam.html?section_id=50

Substituční léčba. K-centra. [online]. 7.3.2014 cit. [10.2.2014]. Dostupné z: <http://www.substytucni-lecba.cz/k-centra>

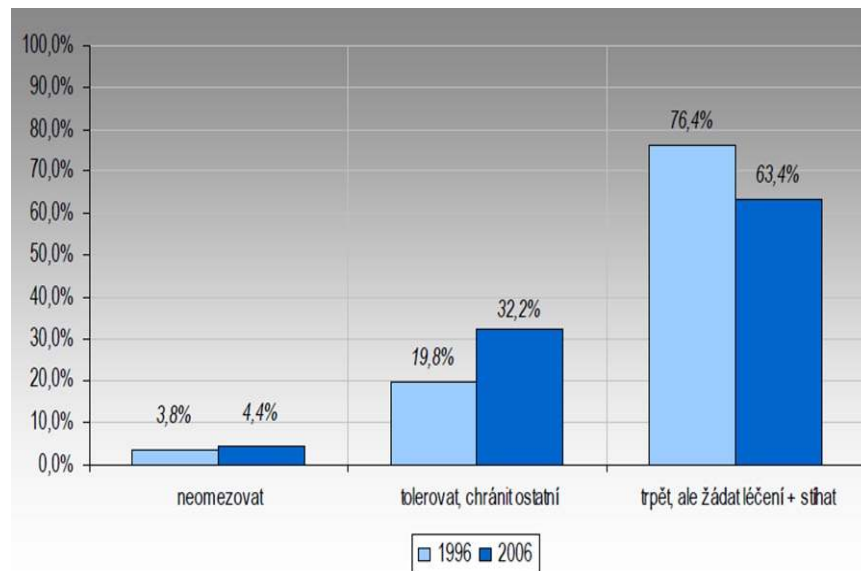
Závislost na alkoholu. Nechanice léčebna návykových nemocí. [online]. 2014 cit. [21.2.2014]. Dostupné z: <http://www.alkohol-alkoholismus.info/lecba/lecebny-psychiatricke-lecebny-seznam/nechanice-psychiatricka-klinika/1000-nechanice-lecebna-navykovych-nemoci.html>

Seznam příloh:

- Příloha č 1: Přehled indikované prevence dle Nevoralové a Šťasně.
- Příloha č. 2: Vývoj zkušenosti s nelegálními drogami v letech 1996 a 2006.
- Příloha č. 3: Vývoj zkušenosti s drogami (mimo tabáku a alkoholu) dle věku.
- Příloha č. 4: Zkušenosti s užíváním nelegálních drog (mimo tabáku a alkoholu) dle pohlaví.
- Příloha č. 5: Prevalence užití nelegálních drog (mimo konopí) dle pohlaví.
- Příloha č. 6: Prevalence užití nelegálních drog dle zaměstnání.
- Příloha č. 7: Prevalence užívání nelegálních drog za rok 2012 dle krajů.
- Příloha č. 8: Vývoj cen vybraných drog v letech 2007 – 2012.
- Příloha č. 9: Výdaje Královéhradeckého kraje na protidrogovou politiku.
- Příloha č.10: Výdaje obcí na protidrogovou problematiku.
- Příloha č 11: Přehled indikované prevence dle Nevoralové a Šťasně.
- Příloha č. 12: Seznam protidrogových koordinátorů Královéhradeckého kraje.
- Příloha č. 13: Informační materiál pro klienty kontaktních center.
- Příloha č. 14: Přehled služeb pro uživatele drog v České republice.
- Příloha č. 15: Nedostatky v drogové politice jednotlivých krajů.
- Příloha č.16: Vývoj počtu prvozadatelů o léčbu dle dominantní drogy.
- Příloha č. 17: Počty vydaných injekčních stříkaček dle jednotlivých krajů.
- Příloha č. 18: Výkony uskutečněné v rámci kontaktních center.
- Příloha č. 19: Počet detoxifikačních jednotek v jednotlivých krajích.
- Příloha č. 20: Počet osob ošetřených pro intoxikaci nelegálními drogami v roce 2012.
- Příloha č. 21: Počet osob ošetřených pro intoxikaci alkoholem v roce 2012.
- Příloha č.22: Seznam protidrogových koordinátorů Královéhradeckého kraje.
- Příloha č. 23: Organizace zabývající se problematikou drog v Královéhradeckém kraji – okres Hradec Králové.
- Příloha č.24: Organizace zabývající se problematikou drog v Královéhradeckém kraji – okres Náchod.
- Příloha č.25: Organizace zabývající se problematikou drog v Královéhradeckém kraji – okres Trutnov.
- Příloha č.26: Organizace zabývající se problematikou drog v Královéhradeckém kraji – okres Jičín.
- Příloha č.27: Organizace zabývající se problematikou drog v Královéhradeckém kraji – okres Rychnov nad Kněžnou.

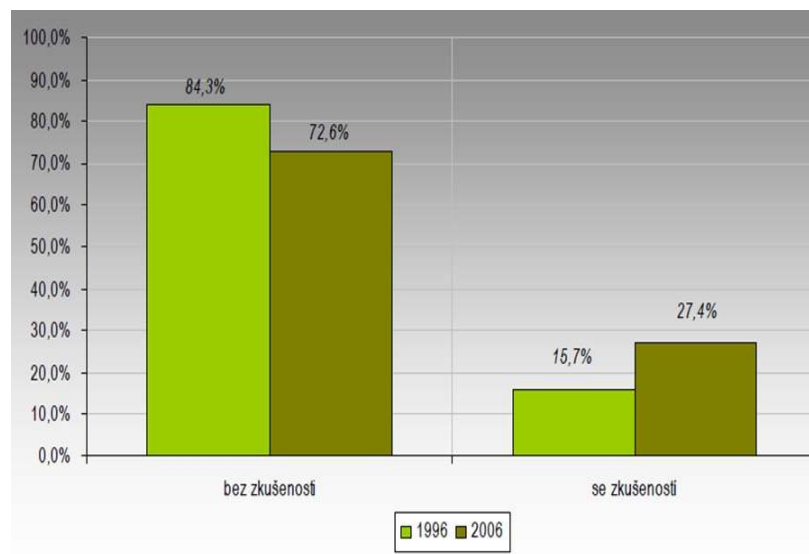
Přílohy

Příloha č. 1: Vývoj postojů společnosti k uživatelům drog v letech 1996 a 2006.



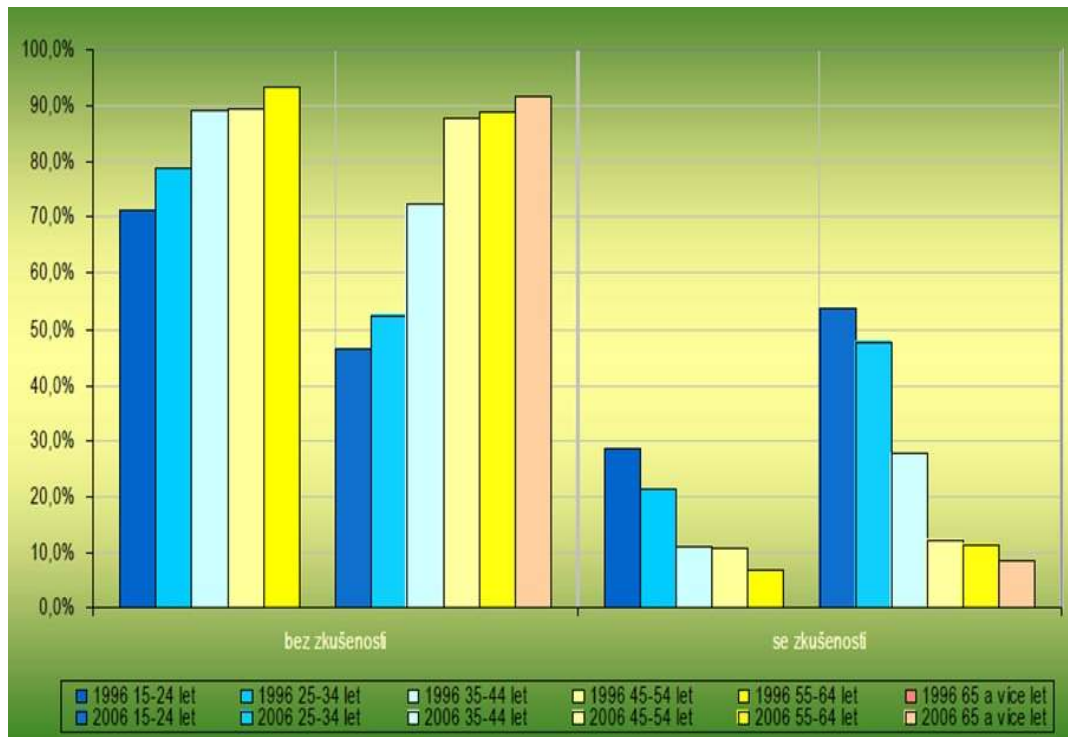
Zdroj: SANANIM

Příloha č. 2: Vývoj zkušenosti s nelegálními drogami v letech 1996 a 2006.



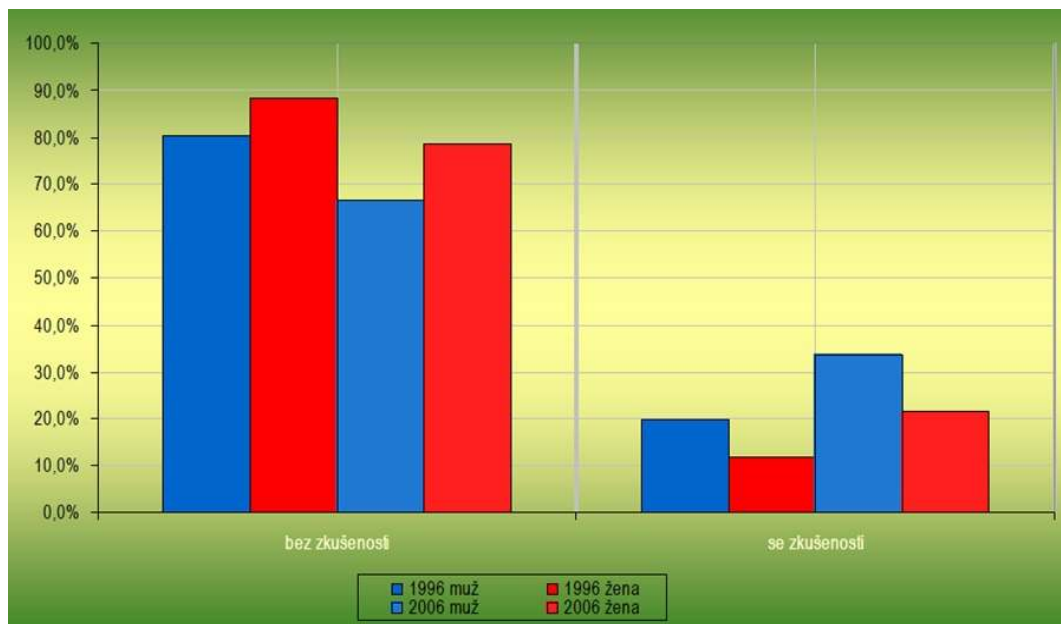
Zdroj: SANANIM

Příloha č. 3: Vývoj zkušenosti s drogami (mimo tabáku a alkoholu) dle věku.



Zdroj: SANANIM

Příloha č. 4: Zkušenosti s užíváním nelegálních drog (mimo tabáku a alkoholu) dle pohlaví.



Zdroj: SANANIM

Příloha č. 5: Prevalence užití nelegálních drog (mimo konopí) dle pohlaví.

Drogy a míry prevalence	Věková skupina					
	15–64			15–34		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
Nelegální drogy celkem						
Celoživotní prevalence	45,2	28,0	36,7	65,2	46,7	56,2
V posledním roce	22,3	11,7	17,1	40,3	22,2	31,5
V posledním měsíci	13,5	5,2	9,4	25,9	9,8	18,0
Konopné drogy						
Celoživotní prevalence	42,5	26,0	34,3	62,3	44,0	53,4
V posledním roce	20,2	10,3	15,3	36,9	19,5	28,4
V posledním měsíci	12,5	4,6	8,6	24,4	8,8	16,8
Jiné než konopné drogy						
Celoživotní prevalence	21,5	11,7	16,6	34,7	21,4	28,2
V posledním roce	9,9	4,8	7,4	18,6	9,8	14,3
V posledním měsíci	4,2	1,8	3,0	8,1	3,3	5,8

Zdroj: Běláčková et al., 2012

Příloha č. 6: Prevalence užití nelegálních drog dle zaměstnání.

Drogy a míry prevalence	Zaměstnání						Celkem
	student	zaměstnanec	OSVČ, živnostník	v domácnosti	nezaměstnaný	důchodce	
Nelegální drogy celkem							
Celoživotní prevalence	56,8	35,8	36,0	29,4	65,3	5,2	36,6
V posledním roce	40,1	14,8	14,0	7,0	43,7	2,2	17,1
V posledním měsíci	20,9	8,4	6,4	3,1	30,1	0,9	9,4
Konopné drogy							
Celoživotní prevalence	54,4	33,7	33,9	26,5	59,7	3,6	34,3
V posledním roce	37,2	13,3	12,6	5,5	37,0	1,7	15,3
V posledním měsíci	20,3	7,6	5,1	2,5	27,1	0,9	8,6
Jiné než konopné drogy							
Celoživotní prevalence	25,0	15,7	15,1	11,5	45,1	2,1	16,6

Zdroj: Běláčková et al., 2012

Příloha č. 7: Prevalence užívání nelegálních drog za rok 2012 dle krajů.

Kraj	Počet problémových uživatelů celkem	Počet uživatelů opiátů			Počet uživatelů pervitinu	Počet IUD
		Heroin	Buprenorfin	Celkem		
Hl. m. Praha	14 600	2 700	4 850	7 550	7 000	14 600
Středočeský	2 500	100	500	600	1 900	2 400
Jihočeský	2 000	< 50	250	250	1 750	2 000
Plzeňský	1 250	150	150	300	1 000	1 100
Karlovarský	1 950	50	0	50	1 900	1 900
Ústecký	4 600	350	450	800	3 750	4 100
Liberecký	1 750	< 50	< 50	< 50	1 750	1 700
Královéhradecký	1 050	100	50	150	950	1 000
Pardubický	1 000	< 50	< 50	50	950	1 000
Vysočina	750	< 50	< 50	50	700	700
Jihomoravský	2 650	600	< 50	600	2 050	2 400
Olomoucký	2 350	50	0	50	2 300	1 900
Zlínský	1 850	50	< 50	< 50	1 800	1 600
Moravskoslezský	3 000	50	< 50	50	2 950	2 400
Celkem ČR	41 300	4 300	6 300	10 600	30 700	38 700

Zdroj: Výroční zpráva o stavu ve věcech drog, 2013

Příloha č. 8: Vývoj cen vybraných drog v letech 2007 – 2012.

Rok		Marihuana (g)	Hasiš (g)	Extáze (tableta)	Pervitin (g)	Heroin (g)	Kokain (g)	LSD (dávka)
2007	Průměr	180	260	210	1 130	1 100	2 060	180
	Modus	100	200	200	1 000	1 000	2 000	200
2008	Průměr	180	240	220	1 130	1 080	2 000	180
	Modus	200	250	200	1 000	1 000	2 000	100
2009	Průměr	210	270	220	1 290	1 280	1 920	200
	Modus	250	300	250	1 000	1 000	2 500	200
2010	Průměr	200	220	200	1 290	1 280	2 000	200
	Modus	250	250	250	1 000	1 000	2 000	200
2011	Průměr	190	220	150	1 290	1 080	2 210	200
	Modus	200	–	150	1 000	1 000	2 000	–
2012	Průměr	190	200	250	1 220	1 080	1 750	200
	Modus	200	–	–	1 000	1 000	1 500	–

Zdroj: Výroční zpráva o stavu ve věcech drog, 2013

Příloha č. 9: Výdaje Královéhradeckého kraje na protidrogovou politiku

Výdaje	Popis	Výše (v Kč)	Výše (v Kč) na protidrogovou politiku
Královéhradecký kraj	Dotační program na podporu sociálních služeb definovaných v zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, v Královéhradeckém kraji v roce 2012.	285 000	285 000
	Príspevek zřizovatele na provoz Protialkoholní záchytné stanice Královéhradeckého kraje a protialkoholní poradny	6 100 000	6 100 000
	Príspevek zřizovatele na provoz pro Sdružení ozdravoven a léčeben Trutnov	1 025 845	1 025 845
	Príspevek zřizovatele na provoz Domova Dolní Zámek v Teplicích nad Metují	4 105 500	4 105 500
	Dotační program zaměřený na prevenci rizikového chování, primární prevence s cílovou skupinou děti a mládež do 26 let	339 000	100 000
	Dotační program zaměřený na podporu a rozvoj zdravého životního stylu	111 000	30 000
	Analýza drogových služeb na území KHK, realizátorem je Proadis o.s.	200 000	200 000
	Neinvestiční dotace k dofinancování provozní ztráty Poradny pro alkoholismus a jiné toxikomanie Oblastní nemocnice Náchod a.s.	250 000	250 000
Celkem		12 416 345	12 096 345

Zdroj: Výroční zpráva Královéhradeckého kraje, 2013

Příloha č.10: Výdaje obcí na protidrogovou problematiku

Výdaje	Popis	Poskytovatel	Výše (v Kč) na protidrogovou politiku
Hořice	Centrum terénních programů Královéhradeckého kraje	Laxus o. s	35 000
Hradec Králové	Kontaktní centrum pro uživatele drog	Laxus o.s.	180 000
	Ambulantní centrum	Laxus o.s.	200 000
	Centrum terénních programů Královéhradeckého kraje	Laxus o.s.	50 000
	Preventivní programy Spirála Poradenství cílové skupině dětí, které navštěvují NZDM, realizace přednášek primární a sekundární (indikované) prevence ve školách	PROSTOR PRO, o.s.	200 000
	Týden proti drogám, přednášková aktivita pro základní a střední školy	Sion – Nová generace	20 000
Jičín	Prevence proti drogám	Biskupství královéhradeckého kraje, Královéhradecká diecéze	30 000
	Prevence proti drogám - filmové představení pro školy	Městský úřad Nový Bydžov	10 000
Kostelec nad Orlicí	Centrum terénních programů Královéhradeckého kraje, Mapování drogové scény na Kostelecku, příspěvek z rozpočtu města	Laxus o.s.	25 000
	Vzdělávací program v ZŠ – příspěvek na zajištění preventivních programů pro žáky VI. tříd ZŠ G. Jarkovského	o. s. Semiramis	10 200
Náchod	Centrum terénních programů Královéhradeckého kraje	Laxus o.s.	10 000
Nová Paka	Příspěvek pro ZŠ Komenského na program prevence zneužívání návykových látek	ZŠ Komenského	30 000
	Centrum terénních programů Královéhradeckého kraje	Laxus o.s.	30 000
Nový Bydžov	Centrum terénních programů Královéhradeckého kraje, dotační program	Laxus o.s.	25 000
	Prevence kriminality města Nový Bydžov – ISIDA 2012 (výchovná skupina, besedy), dotační program		5 000
Rychnov nad Kněžnou	Centrum terénních programů Královéhradeckého kraje, vyrovnávací platba	Laxus o.s.	20 000
	NZDM, vyrovnávací platba	OD5K10 o.s.	200 000
Trutnov	Podpora činnosti nízkoprahového centra Shelter, Finanční podpora	Sdružení ozdravoven a léčeben Trutnov	50 000
Jaroměř	Centrum terénních programů Královéhradeckého kraje	Laxus o.s.	40 000
Česká Skalice	Centrum terénních programů Královéhradeckého kraje	Laxus o.s.	10 000
Smiřice	Centrum terénních programů Královéhradeckého kraje	Laxus o.s.	3 000
Dobruška	Centrum terénních programů Královéhradeckého kraje	Laxus o.s.	5 000
Nové Město nad Metují	Dar	Laxus o.s.	5 000
Hostinné	Darovací smlouva č. 16/2012	Sdružení ozdravoven a léčeben Trutnov	20 000
Dvůr Králové nad Labem	Darovací smlouva	Sdružení ozdravoven a léčeben Trutnov	25 000
	Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež	Famí charita Dvůr Králové nad Labem	100 000
Vrchlabí	Darovací smlouva č. 8/2012-RM/1	Sdružení ozdravoven a léčeben Trutnov	10 000
Žacléř	Příspěvek na provoz	Sdružení ozdravoven a léčeben Trutnov	3 000
Celkem	...		1 351 000 Kč

Zdroj: Výroční zpráva Královéhradeckého kraje, 2013

Příloha č 11: Přehled indikované prevence dle Nevoralové a Šťasné

Název programu	Organizace	Cílová skupina	Nástroje	Metody práce	Počet sezení/ časová dotace	Evaluační výsledek	Zaměření
Individuální a rodinné poradenství pro experimentátory a jejich rodiny	Centrum protidrogové prevence a terapie (Plzeň) www.cppt.cz	Děti a dospívající	Neuvedeno	Jednorázové konzultace Krátkodobá spolupráce Dlouhodobá spolupráce Individuální poradenství Rodinné poradenství	Neuvedeno	Neuvedeno	Pouze užívání drog
Program Preventure	Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze (Praha) www.adiktologie.cz	11–16 let	SURPS ESPAD	KBT Krátká intervence Zvládání „horkých myšlenek“, náhlých impulzů, práce s automatickými negativními myšlenkami	4 setkání (45, 90, 90 a 45 minut)	Snížení frekvence a množství piti alkoholu, zmírnění deprese, záškoláctví, panických atak a impulzivita	Užívání drog, deprese, úzkost, vyhledávání vzrušení, panické ataky, impulzivita záškoláctví
Program včasné intervence	Kontaktní centrum Orlová (Orlová) http://k-centrum-orlova.webnode.cz	Dospívající	Mapování rizikového chování – neuveden konkrétní nástroj	Skupinová práce Relaxační techniky Aktivní sociální učení Individuální konzultace Informační servis Distribuce informačních materiálů	Neuvedeno	Neuvedeno	Pouze užívání drog
Program zaměřený na experimentátory a uživatele návykových látek, program pro rodiče – rodičovská skupina	Poradenské centrum pro drogové a jiné závislosti (Brno) www.poradenskecentrum.cz	Dospívající	Neuvedeno	Individuální poradenství Rodičovská skupina	Neuvedeno	Neuvedeno	Pouze užívání drog
Intervenční program zaměřený na experimentování žáků s návykovými látkami	Prospe (Praha) www.prospe.cz	Dospívající	Diagnostika vztahů ve třídním kolektivu	Skupinová práce	2 měsíce, 6 x 3 vyučovací hodiny	Neuvedeno	Pouze užívání drog
Program včasné intervence pro experimentátory	Renarkon (Ostrava) www.renarkon.cz	(12)15–18 let	Na základě doporučení pedagoga	Skupinová diskuse Nácvik dovedností Dramaterapie Relaxační techniky Artetechniky Práce s rodinou	6 týdnů	Neuvedeno	Pouze užívání drog
Program Statečná srdce – prevence užívání návykových látek a dalších forem rizikového chování	Sdružení SCAN (Tišnov) www.scan-os.cz/ (Širůčková, et al. 2012)	10–15 let, děti vyrůstající v dětských domovech	Na základě diagnostického vyšetření	Individuální práce Skupinová práce Adaptační a tréninkový pobyt	1 x týdně po dobu 10 měsíců	Jistější chování v sociálních interakcích, menší tendence k rizikovému chování	Užívání drog a další formy rizikového chování

Příloha č. 12: Seznam protidrogových koordinátorů Královéhradeckého kraje

Obec	Jméno	Úvazek	Zařazení ve struktuře obecního úřadu	Kontaktní údaje
Broumov	Kateřina Cepková, DiS.	0,1	OSVZ, sociální kurátorka pro dospělé, sociální pracovníce	Tel.: 491 504 329 Email: cepkova@broumov-mesto.cz
Dobruška	Mgr. Monika Pajerová	-	OSVZ, sociální kurátorka pro dospělé, kurátorka pro děti a mládež, prevence kriminality	Tel.: 494 629 624 Email: m.pajerova@mestodobruska.cz
Dvůr Králové nad Labem	Jaroslava Poskočilová	0,1	Odbor školství, kultury a sociálních věcí, kurátorka pro děti a mládež	Tel.: 499 318 239 Email: poskocilova.jaroslava@mudk.cz
Hořice	Zuzana Čeřovská, DiS.	0,1	Odbor zdravotní a sociální péče, sociální pracovníce	Tel.: 492 105 417 Email: cerovska@horice.org
Hradec Králové	Mgr. Jiří Kotala	1	OSVZ, vedoucí oddělení koncepcí a sociální péče	Tel.: 495 707 322 Email: jiri.kotala@mmhk.cz
Jaroměř	Mgr. Jiří Pilný	-	OSVZ, sociální kurátor pro dospělé	Tel.: 491 847 274 Email: pilny@jaromer-josefov.cz
Jičín	Bc. Jana Zmátlíková	-	OSVZ, kurátorka pro děti a mládež, kurátorka pro dospělé	Tel.: 493 545 242 Email: zmatlikovaj@mujicin.cz
Náchod	Mgr. Olga Landová	0,1	Odbor sociálních věcí a školství, vedoucí oddělení sociálně právní ochrany, kurátor pro mládež	Tel.: 491 405 430 Email: olga.landova@mestonachod.cz
Nové Město nad Metují	Dagmar Dvořáčková	0,2	OSV, vedoucí oddělení sociální prevence, kurátorka pro mladistvé a dospělé	Tel.: 491 419 645 Email: dvorackova@novemestonm.cz
Nový Bydžov	Bc. Jan Kubinec	0,1	OSV, kurátor pro děti a mládež, manažer prevence kriminality	Tel.: 495 703 937 Email: kubinec@novybydzov.cz
Rychnov nad Kněžnou	Josef Šimerda, DiS.	0,1	OSV, sociální kurátor pro dospělé	Tel.: 494 509 403 Email: josef.simerda@rychnov-city.cz
Trutnov	Bc. Vladimír Zmátlík	-	Strážník městské policie	Tel.: 499 803 292 Email: zmatlik@trutnov.cz
Vrchlabí	Mičová radka, DiS	-	OSZ, kurátorka pro děti a mládež	Tel.: 499 405 747 Email: micovaradka@muvrchlabi.cz
Kostelec nad Orlicí	Běla Kovaříčková	0,2	OSV, komunitní plánování	Tel.: 494 337 210 Email: bkovarickova@muko.cz
Nová Paka	Šárka Haklová	0,25	Odbor školství a kultury, referentka odboru	Tel.: 493 760 201 Email: haklova@munovapaka.cz

Zdroj: Výroční zpráva Královéhradeckého kraje

Žloutenka typu C

Anatomie ⁽¹⁻³⁾

RNA s jednou šroubovicí

proteinový plášť (nukleokapsida)

glykoproteiny virového obalu

virový obal

Funkce jater: zpracovávají cukry, tuky, bílkoviny a alkohol, jsou zásobárnou vitamínů a železa, tvoří a vylučují žluč, detoxikují krev, tvoří plazmatické bílkoviny a srážecí faktory.

Co je to HCV? ⁽⁴⁻⁶⁾

„Hepatitis“ je zánět jater. Játra jsou životně důležitý orgán, který zpracovává živiny, filtruje krev a účastní se boje proti infekcím. Když dojde k zánětu nebo poškození jater, může být narušena i jejich funkce. Hepatitidu C způsobuje virus, který se šíří z jednoho člověka na druhého krví a tělesnými tekutinami nebo během těhotenství a porodu. Chronická hepatitida C je nejčastější chronické onemocnění jater a má na svědomí každoročně 8 000 až 13 000 úmrtí lidí, u nichž se rozvinula pokročilá cirhóza a komplikace související s cirhózou.

Příčiny ⁽¹⁰⁻¹²⁾

Virus hepatitidy C se šíří kontaktem s krví.

- **Krev a krevní deriváty** – transfúze kontaminované krve
- **Sexuální přenos**
- **Těhotenství** – riziko přenosu z matky na plod je 5 až 6 %, ale u lidí, kteří jsou rovněž nakaženi virem HIV, je vyšší.
- **Další způsoby přenosu** – neexistují důkazy, že by líbání, objímání, kýchání, kašel, příležitostný kontakt, společný talíř, sklenice nebo přístroj nebo jiný kontakt bez expozice krvi mohl šířit virus hepatitidy C. Nedoporučuje se ovšem používání společného kartáčku na zuby, břítu na holení ani jiných předmětů, které mohou být kontaminovány krví. To platí také pro náčiní (např. brčlko) používané k inhalaci kokainu a jehel nebo injekčních stříkaček používaných k podání drog.

neznámý přenos

expozice krvi, tělesným tekutinám

nechráněný sex

nitrožilní podání drog

Příznaky ⁽⁷⁻⁹⁾

Jestliže se člověk poprvé setká s virem hepatitidy C a je infikován, rozvine se u něj „akutní hepatitida C“. V tomto stadiu nemá většina lidí žádné příznaky.

Asi u 70–80 % pacientů přechází infekce do chronicity (infekce přetrvává, dokud pacient nedostane léčbu, která ji vyléčí).

Řada lidí s chronickou hepatitidou C nemá žádné příznaky, dokonce ani při závažném poškození jater. Když dojde k rozvoji příznaků, jde nejčastěji o únavu. Mezi méně časté příznaky patří nevolnost, ztráta chuti k jídlu, bolest svalů a kloubů, slabost a úbytek tělesné hmotnosti.

U některých lidí se v játrech vytváří jizevnatá tkáň (zvaná fibróza), které v játrech přibývá a může dosáhnout značných rozměrů, což vede k cirhóze. Lidé s cirhózou mají těžce jizevnatá játra a zvýšené riziko závažných komplikací. Jednou z nejobávanějších komplikací cirhózy je rozvoj rakoviny jater (zvané hepatocelulární karcinom). Hepatocelulární karcinom vzniká asi u 2% (1 člověk z 50) lidí s cirhózou každý rok.

Rizikové faktory:

- Společné užívání jehel
- Zdravotníci (přímý kontakt s krví)

Možné příznaky:

- Bolest v pravém podžebří, zežloutnutí
- Nevolnost a zvracení
- Ztráta chuti k jídlu
- Žloutenka
- Únava
- Svědění

Příloha č. 14: Přehled služeb pro uživatele drog v České republice

Typ programu	Celkem ¹			Z toho			
	Počet zařízení/ programů	Kapacita (míst, lůžek)	Využití (počet osob)	Nealkoholové drogy		Alkohol	
				Počet zařízení/ programů	Využití (počet osob)	Počet zařízení/ programů	Využití (počet osob)
Ambulantní zdravotnická zařízení oboru psychiatrie (z toho odhadem AT ordinace)	416 (50-80)	-	38 554 ^z (12 500-22 000)	355	14 681	390	22 838
Krizová centra	2	-	84	2	51	2	33
Psychotherapeutické stacionáře	7	n. a.	287	n. a.	203	n. a.	84
Ambulantní (nezdravotnické) programy provozované NNO	11 ^o	-	2 998 ^o	Cílovou skupinou jsou především uživatelé nealkoholových (nelegálních) drog.			
Zdravotnická zařízení poskytující substituční léčbu hlásící klienty do Registru substituční léčby (NRULISL)	59	-	2 298	Jedná se o údaje o léčbě uživatelů opiátů, případně opiátů v kombinaci s dalšími látkami (polyvalentních uživatelů).			
Substituční léčba v ordinacích psychiatrie a praktických lékařů pro dospělé	372	-	3 548	Jedná se o údaje o léčbě uživatelů opiátů, případně opiátů v kombinaci s dalšími látkami (polyvalentních uživatelů).			
Záchytné stanice	17	152	28 469	-	4 968	-	23 501
Kontaktní centra a terénní programy (nízkoprahové programy)	103	-	34 200	Cílovou skupinou těchto zařízení jsou především uživatelé nealkoholových (nelegálních) drog, resp. problémoví (injekční) uživatelé drog.			
Detoxifikační jednotky v lůžkových zdravotnických zařízeních	17 ⁶ (31 ⁷)	155	9 124 ²	-	4 091	-	5 021
Psychiatrické léčebny pro dospělé	18	8 847 ^o (13 15 ^o)	11 280 ^z	-	4 185	-	7 095
Psychiatrická oddělení nemocnic	30	1 268 ^o	4 021 ^z	-	1 644	-	2 377
Dětské psychiatrické léčebny	3	250 ^o	25 ^z	-	24	-	1
Ostatní lůžková zařízení s psychiatrickým oddělením	2	66 ^o	90 ^z	-	19	-	71
Terapeutické komunity	15-20(9 ^o)	154 ^o	401 ^o	Cílovou skupinou jsou především uživatelé nealkoholových (nelegálních) drog.			
Specializovaná oddělení pro děti ohrožené drogovou závislostí v pobytových zařízeních speciálního školství	5	68	159	Cílovou skupinou jsou především uživatelé nealkoholových (nelegálních) drog.			
Programy následné péče	15-34(11 ^o)	108 ^{oa}	1 134 ^o	Cílovou skupinou jsou především uživatelé nealkoholových (nelegálních) drog.			
Detoxifikace ve věznicích	4	n. a.	353	Jedná se údaje o detoxifikaci od nealkoholových (nelegálních) drog.			
Substituční léčba ve věznicích	7	-	89	Cílovou skupinou jsou uživatelé opiátů, případně opiátů v kombinaci s dalšími látkami (polyvalentních uživatelů).			
Oddělení pro diferencovaný výkon trestu (dobrovolná léčba)	7	287	537	Jedná se údaje o léčbě uživatelů nealkoholových (nelegálních) drog.			
Oddělení pro výkon ochranné protitoxikomanické léčby ve věznicích	3	128	184	Jedná se údaje o léčbě uživatelů nealkoholových (nelegálních) drog.			
Bezdrogové zóny ve věznicích	34 ^o	1 918	4 549	Cílovou skupinou jsou především uživatelé nealkoholových (nelegálních) drog.			
Programy NNO ve věznicích	22(9 ^o) ^o	-	595(3 660) ^o	Cílovou skupinou jsou především uživatelé nealkoholových (nelegálních) drog.			

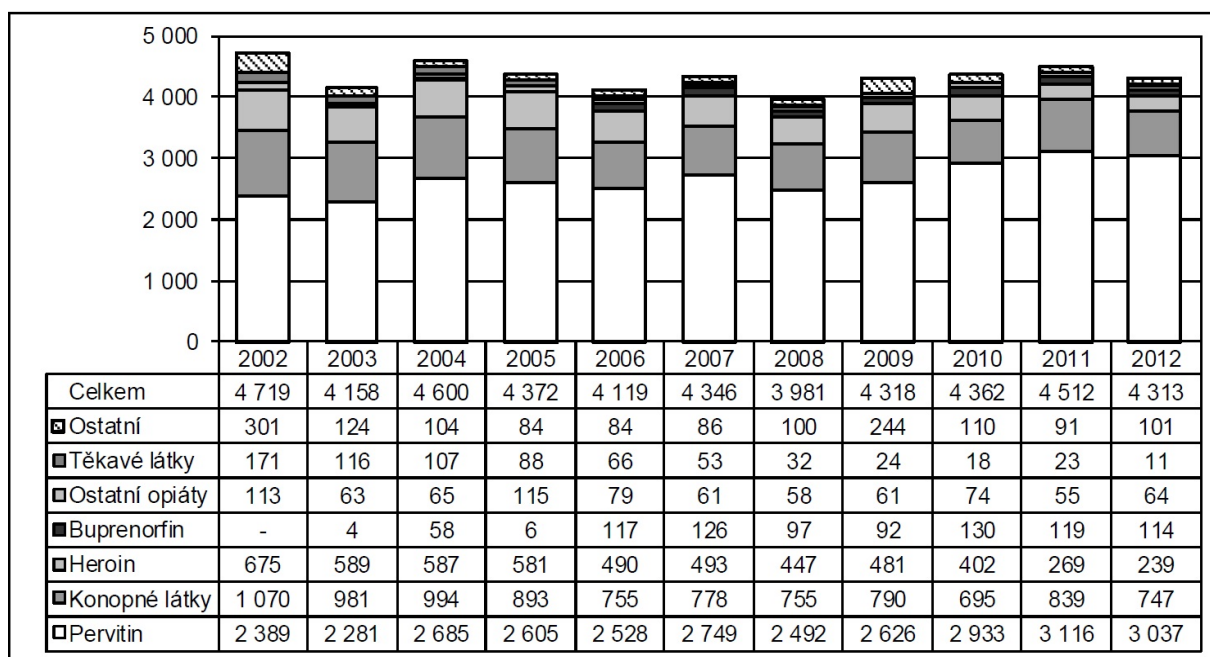
Zdroj: Výroční zpráva o stavu ve věcech drog, 2013

Příloha č. 15: Nedostatky v drogové politice jednotlivých krajů

Kraj	Nedostatky v síti služeb
Jihočeský	Absence terénního programu v okrese Tábor Nízká a nerovnoměrná dostupnost ambulantní léčby včetně substituční Absence detoxifikace pro dospělé Snižující se reálné výdaje na podporu minimální sítě služeb
Plzeňský	Absence psychiatrické a psychoterapeutické ambulantní péče Absence azylového nebo chráněného bydlení Absence krizového centra s lůžky
Karlovarský	Nedostatek kapacit rezidenční léčby Velmi omezená dostupnost ambulantní psychiatrické, psychoterapeutické a psychologické péče
Ústecký	Velmi omezená dostupnost ambulantní psychiatrické a psychoterapeutické péče
Liberecký	Nerovnoměrná dostupnost ambulantní a následné péče Absence zařízení pro ochrannou léčbu Nedostatečné pokrytí území terénními službami
Královéhradecký	Absence nebo nedostatečné pokrytí některých oblastí terénními programy Nízká dostupnost psychiatrické, hepatologické či stomatologické péče, odmítání uživatelů drog ze strany lékařů
Pardubický	Síť služeb je zcela nedostatečná Nedostatek AT a psychiatrických ambulancí Absence programů substituční léčby, rezidenční následné péče, stacionárního doléčování, pobytové léčby, detoxifikace i terapeutické komunity
Vysočina	Absence ambulantní péče v okresech Pelhřimov a Havlíčkův Brod
Jihomoravský	Nedostatek terénních pracovníků v Brně Naddimenzovaná síť léčebných rezidenčních zařízení
Olomoucký	Nízká dostupnost substituční léčby Nedostatečná podpora programů specifické primární prevence
Zlínský	Absence samostatné záchytné stanice Absence následné péče

Zdroj: Výroční zpráva o stavu ve věcech drog, 2013

Příloha č.16: Vývoj počtu prvožadatelů o léčbu dle dominantní drogy.



Zdroj: Výroční zpráva o stavu ve věcech drog, 2013

Příloha č. 17: Počty vydaných injekčních stříkaček dle jednotlivých krajů

Kraj*	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
PHA	1 210 704	1 697 554	1 850 330	2 071 788	2 060 588	2 130 729	2 130 433	2 198 651	2 266 917
STC	66 600	110 325	168 220	215 640	309 590	345 214	350 052	332 827	414 080
JHC	102 621	124 454	141 825	212 791	228 872	239 690	183 278	202 545	206 812
PLK	88 450	116 611	157 317	189 894	207 938	188 416	190 648	181 408	204 094
KVK	35 756	58 680	66 382	83 462	79 834	102 467	141 437	177 835	151 514
ULK	351 561	479 383	612 259	655 882	637 887	678 007	604 191	735 929	616 574
LBK	33 467	32 800	47 756	63 967	129 903	87 272	129 995	150 793	174 742
HKK	41 021	86 221	98 269	139 075	173 417	183 186	200 616	253 306	217 837
PAK	36 081	38 725	48 144	29 908	52 690	62 541	84 950	88 867	93 781
VYS	39 348	61 425	68 682	99 447	65 343	81 127	89 846	86 053	79 474
JHM	165 846	173 090	227 833	269 236	264 872	252 145	286 251	331 113	311 566
OLK	85 872	96 416	150 024	134 433	137 321	164 699	197 767	199 930	175 940
ZLK	41 977	52 169	69 005	115 744	89 913	111 099	96 330	91 471	88 882
MSK	56 232	143 771	162 834	175 741	206 146	232 508	257 022	261 886	354 105
Celkem	2 355 536	3 271 624	3 868 880	4 457 008	4 644 314	4 859 100	4 942 816	5 292 614	5 356 318

Zdroj: Výroční zpráva o stavu ve věcech drog, 2013

Příloha č. 18: Výkony uskutečněné v rámci kontaktních center.

Kraj*	Kontakt	První kontakt	Výměna injekčního náčiní	Potravinový servis	Hygienický servis	Individuální poradenství	Reference**	Zdravotní ošetření	Krizová intervence	Skupinové poradenství
PHA	138 421	968	109 781	24 320	6 796	4 434	4 047	3 940	162	163
STC	20 308	565	12 564	4 375	1 962	2 975	1 563	148	35	8
JHC	18 879	752	9 534	7 623	2 794	2 272	1 573	441	127	69
PLK	20 685	522	6 860	5 195	2 669	2 172	1 345	684	165	96
KVK	30 862	665	9 857	5 123	2 736	611	417	383	115	6
ULK	51 845	1 310	33 148	7 795	4 551	2 314	1 324	714	79	2
LBK	11 737	366	6 859	4 890	2 027	321	666	47	45	0
HKK	9 973	300	4 264	4 738	3 641	848	141	87	43	3
PAK	2 768	136	1 612	407	654	102	129	10	5	0
VYS	8 746	306	2 716	4 052	1 494	1 297	555	125	25	0
JHM	30 057	696	14 728	6 489	4 469	3 248	584	668	66	82
OLK	22 571	1 696	5 617	4 235	2 453	3 445	2 741	882	179	54
ZLK	10 814	329	3 555	872	910	1 505	1 145	253	43	0
MSK	43 803	1 001	19 030	14 201	9 273	8 463	894	790	712	55
Celkem	421 469	9 612	240 125	94 315	46 429	34 007	17 124	9 172	1 801	538

Zdroj: Výroční zpráva o stavu ve věcech drog, 2013

Příloha č. 19: Počet detoxifikačních jednotek v jednotlivých krajích

Kraj	Vyčleněná lůžka								Počet zařízení s nevyčleněnými lůžky				Zařízení poskytující detoxifikaci celkem
	Fakultní nemocnice		Nemocnice (akutní péče)		Psychiatrické léčebny		Celkem		Fakultní nemocnice	Nemocnice (akutní péče)	Psychiatrické léčebny	Celkem	
	Počet zařízení	Počet lůžek	Počet zařízení	Počet lůžek	Počet zařízení	Počet lůžek	Počet zařízení	Počet lůžek					
Hl. m. Praha	1	9	2	16	1	19	4	44	-	-	-	-	4
Středočeský	-	-	-	-	1	9	1	9	-	-	-	-	1
Jihočeský	-	-	-	-	1	13	1	13	-	-	2	2	3
Plzeňský	1	6	-	-	-	-	1	6	-	1	-	1	2
Karlovarský	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ústecký	-	-	1	5	-	-	1	5	-	-	1	1	2
Liberecký	-	-	1	5	-	-	1	5	-	-	-	-	1
Královéhradecký	-	-	-	-	1	6	1	6	-	1	-	1	2
Pardubický	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2	2
Vysočina	-	-	-	-	2	19	2	19	-	-	-	-	2
Jihomoravský	1	14	-	-	1	10	2	24	-	2	-	2	4
Olomoucký	-	-	1	15	-	-	1	15	1	-	1	2	3
Zlínský	-	-	-	-	1	4	1	4	-	-	-	-	1
Moravskoslezský	-	-	-	-	1	5	1	5	1	2	-	3	4
Celkem	3	29	5	41	9	85	17	155	2	8	4	14	31

Zdroj: Výroční zpráva o stavu ve věcech drog, 2013

Příloha č. 20: Počet osob ošetřených pro intoxikaci nelegálními drogami v roce 2012.

Kraj	Počet stanic	Počet míst	Celkový počet pacientů	V tom		Ve věku		
				muži	ženy	0–19 let	20–64 let	65 a více let
Hl. m. Praha	1	17	4 821	3 839	982	693	3 932	196
Středočeský	3	14	-	-	-	-	-	-
Jihočeský	1	9	52	45	7	5	47	-
Plzeňský	1	10	-	-	-	-	-	-
Karlovarský	1	5	-	-	-	-	-	-
Ústecký	-	-	-	-	-	-	-	-
Liberecký	-	-	-	-	-	-	-	-
Královéhradecký	1	8	3	3	-	1	2	-
Pardubický	1	11	13	12	1	1	12	-
Vysočina	1	8	-	-	-	-	-	-
Jihomoravský	1	13	-	-	-	-	-	-
Olomoucký	1	15	14	10	4	5	9	-
Zlínský	1	5	65	59	6	4	60	1
Moravskoslezský	4	37	-	-	-	-	-	-
Celkem	17	152	4 968	3 968	1 000	709	4 062	197

Zdroj: Výroční zpráva o stavu ve věcech drog, 2013

Příloha č. 21: Počet osob ošetřených pro intoxikaci alkoholem v roce 2012.

Kraj	Počet stanic	Počet míst	Celkový počet pacientů	V tom		Ve věku		
				muži	ženy	0–19 let	20–64 let	65 a více let
Hl. m. Praha	1	17	4 515	3 512	1 003	351	3 837	327
Středočeský	3	14	903	819	84	11	837	55
Jihočeský	1	9	1 038	908	130	51	944	43
Plzeňský	1	10	1 740	1 522	218	61	1 563	116
Karlovarský	1	5	758	660	98	10	728	20
Ústecký	-	-	-	-	-	-	-	-
Liberecký	-	-	-	-	-	-	-	-
Královéhradecký	1	8	1 115	954	161	3	1 050	62
Pardubický	1	11	1 095	969	126	25	1 009	61
Vysočina	1	8	1 116	1 000	116	20	1 055	41
Jihomoravský	1	13	3 573	2 871	702	75	3 292	206
Olomoucký	1	15	1 540	1 332	208	43	1 422	75
Zlínský	1	5	724	621	103	10	683	31
Moravskoslezský	4	37	5 384	4 784	600	150	4 966	268
Celkem	17	152	23 501	19 952	3 549	810	21 386	1 305

Zdroj: Výroční zpráva o stavu ve věcech drog, 2013

Příloha č.22: Seznam protidrogových koordinátorů Královéhradeckého kraje

Jméno, příjmení	Úřad	Telefon	E-mail
Kateřina Cepková, DiS.	MÚ Broumov	491 504 329	cepkova@broumov-mesto.cz
Mgr. Monika Pajerová	MÚ Dobruška	494 629 624	m.pajerova@mestodobruska.cz
Jaroslava Poskočilová	MÚ Dvůr Králové nad Labem	499 318 239	poskocilova.jaroslava@mudk.cz
Zuzana Čefovská, DiS.	MÚ Hořice	492 105 417	cerovska@horice.org
Mgr. Jiří Kotala	Magistrát HK	495 707 322	jiri.kotala@mmhk.cz
Mgr. Jiří Pilný	MÚ Jaroměř	491 847 274	pilny@jaromer-josefov.cz
Radka Červinková, DiS.	MÚ Jičín	493 545 259	cervinkova@mujicin.cz
Mgr. Olga Landová	MÚ Náchod	491 405 430	olga.landova@mestonachod.cz
Dagmar Dvořáčková	MÚ Nové Město nad Metují	491 419 645	dvorackova@novemestonm.cz
Bc. Jan Kubinec	MÚ Nový Bydžov	495 703 937	kubinec@novybydzov.cz
Josef Šimerda, DiS.	MÚ Rychnov nad Kněžnou	494 509 403	josef.simerda@rychnov-city.cz
Jaklová Iva, DiS.	MÚ Trutnov	499 803 194	jaklova@trutnov.cz
Mičová Radka, DiS.	MÚ Vrchlabí	499 405 747	micovaradka@muvrchlabi.cz
Běla Kovaříčková	MÚ Kostelec nad Orlicí	494 337 210	bkovarickova@muko.cz
Šárka Haklová	MÚ Nová Paka	493 760 201	haklova@munovapaka.cz

Příloha č. 23: Organizace zabývající se problematikou drog v Královéhradeckém kraji – okres Hradec Králové

Město	Název	Telefon	e-mail	Web	Zaměření
Hradec Králové	Laxus o. s. - Ambulantní centrum	495 515 907	ambulance.hradec@laxus.cz	www.laxus.cz	sociální a zdravotní služby pro uživatele
Hradec Králové	AT ordinace	495 833 232	hrnciarovaj@lfhk.cuni.cz		
Hradec Králové	AT ambulance, psychiatrická klin.FNHK	485 832 221	cizek@lfhk.cuni.cz	www.lfhk.cuni.cz/psych	poradna - alkohol, tabák, ilegální drogy
Hradec Králové	Fakultní nemocnice, infekční oddělení	495 833 773			léčba, poradna - ilegální drogy
Hradec Králové	Laxus o. s. - Kontaktní centrum	495 513 977	kacko.hradec@laxus.cz	www.laxus.cz	sociální a zdravotní služby pro uživatele

Hradec Králové	Laxus o. s. - Drogové služby ve vězení	602 803 279	vezeni@laxus.cz	www.laxus.cz	
Hradec Králové	Laxus o. s. - telefonická poradna, ambulantní centrum	495 515 907		www.laxus.cz	
Hradec Králové	Laxus o. s. - telefonická poradna, kontaktní centrum	495 513 977		www.laxus.cz	
Hradec Králové	Krajský protidrogový koordinátor Královéhradeckého kraje	495 817 584	ljanouskova@kr-kralovehradecky.cz	www.kr-kralovehradecky.cz	
Hradec Králové	Krajský školský koordinátor prevence	495 817 379	hvojtechova@kr-kralovehradecky.cz	www.kr-kralovehradecky.cz	
Hradec Králové	Krizová linka ambulance pro drogové závislosti	495 515 907			krizové centrum
Hradec Králové	Krizová linka ambulance pro drogové závislosti	602 163 739			krizové centrum
Hradec Králové	Místní protidrogový koordinátor	495 707 322	jiri.kotala@mmhk.cz	www.mmhk.cz	
Hradec Králové	Městská policie, preventivní aktivity	495 707 935	ivan.dubec@mmhk.cz	www.mmhk.cz	
Hradec Králové	Pedagogicko - psychologická poradna	495 265 423	ppphk@tiscali.cz		
Hradec Králové	Poradna pro odvykání kouření Zdravotního ústavu se sídlem v HK	495 058 328	poradna@zuhk.cz		tabák
Hradec Králové	Krajská hygienická stanice se sídlem v HK	495 058 111	ruzena.jiraskova@khshk.cz	www.khshk.cz	
Hradec Králové	Poradna pro odvykání kouření, MuDr.	605 883 497			tabák

	Drahomíra Krivosudská				
Hradec Králové	Poradna pro odvykání kouření, plicní klinika FN HK	495 834 771			tabák
Hradec Králové	Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy	607 248 533	poradna.hk@cspshk.cz	poradnahk.webnode .cz	poradna pro osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách
Hradec Králové	Preventivně informační oddělení Krajského ředitelství policie Východočeského kraje	974 521 208	tiskvck@mvcz.cz		
Hradec Králové	Preventivně informační oddělení policie	974 526 207	tiskhk@mvcz.cz	www.mvcz.cz	
Hradec Králové	Psychiatrická klinika - Detoxifikace	495 832 597	masopustj@lfhk.cuni.cz		léčba, substituce - ilegální drogy
Hradec Králové	Psychiatrická klinika	495 832 317	molackovag@lfhk.cuni.cz		léčba, substituce - ilegální drogy
Hradec Králové	Fakultní nemocnice, infekční klinika	495 832 329	pliseks@fnhk.cz	www.fnhk.cz	
Hradec Králové	Fakultní nemocnice – AIDS centrum	495 832 220	dostalv@lfhk.cuni.cz	www.fnhk.cz	
Hradec Králové	Plicní klinika FN	495 834 771		www.fnhk.cz	tabák
Hradec Králové	FN - Substituční program	495 833 232	hrnciarovaj@lfhk.cuni.cz	www.fnhk.cz	
Hradec Králové	Psychiatrická ambulace	495 832 360	tuma@fnhk.cz	www.fnhk.cz	
Hradec Králové	Psychiatrická klinika, AT ambulace	485 832 221	cizek@fnhk.cz	www.fnhk.cz	léčba - alkohol, ilegální drogy
Hradec	Salinger, o.s.,	495 267	info@salinger.cz	www.salinger.cz	primární prevence

Králové		249			
Hradec Králové	Služba kriminální policie a vyšetřování, toxi tým	974 521 319	spasvck@mvr.cz	www.policie.cz/clanek/specializovany-pracovni-tym-toxi-862934.aspx	vytváření preventivně informačních projektů a akcí
Hradec Králové	Státní zdravotní ústav Praha, regionální pracoviště	494 542 506	dagmar.serbouskova@s eznam.cz		
Hradec Králové	Krajský školský koordinátor prevence	495 817 278	danschlagova@kr- kralovehradecky.cz	www.kr- kralovehradecky.cz	
Hradec Králové	Poliklinika II., Psychiatrická ambulance	495 865 453			
Hradec Králové	Poliklinika III., Psychiatrická ambulance	495 404 910			
Hradec Králové	Poliklinika III., Hepatogastroenterolo gická ambulance	495 218 475	volfomir@fnhk.cz	www.fnhk.cz	
Hradec Králové	Laxus o.s. - Terénní programy	776 626 309	teren.hradec@laxus.cz	www.laxus.cz/	sociální a zdravotní služby pro uživatele
Hradec Králové	Preventivně informační oddělení Krajského ředitelství policie Východočeského kraje	974 521 208	tiskvck@mvr.cz		
Hradec Králové	Protialkoholní záchytná stanice	495 218 550	zachytka.hk@tiscali.cz		
Hradec Králové	Psychiatrická ambulance	605 714 948			
Hradec Králové	Psychiatrická ambulance	603 997 033			
Hradec Králové	Psychiatrická ambulance	495 535 761			

Hradec Králové	AT ambulance při FN	495 832 410	cizek@lfhk.cuni.cz	www.lfhk.cuni.cz/p sych	alkohol, tabák, ilegální drogy
Nechanice	Léčebna návykových nemocí v Nechanicích	495 800 951	fnhk@fnhk.cz	www.lfhk.cuni.cz/p sych	léčebna poskytuje dobrovolnou odvykací léčbu pro muže i ženy
Nový Bydžov	Místní protidrogový koordinátor	495 703 939	holkova@novybydzov.c z	www.novybydzov.c z	
Nový Bydžov	Psychiatrická ambulance	495 490 321			

Příloha č.24: Organizace zabývající se problematikou drog v Královéhradeckém kraji – okres Náchod

<u>Město</u>	<u>Název</u>	<u>Telefon</u>	<u>e-mail</u>	<u>Web</u>	<u>Zaměření</u>
Broumov	Sociální rehabilitace - Diakonie	491 524 342	diakonie@diakoniebrou mov.org	www.diakoniebrou mov.org	sociální rehabilitace pro osoby ohrožené závislostí nebo závislé
Broumov	Místní protidrogový koordinátor	491 504 329	cepkova@broumov- mesto.cz	www.broumov- mesto.cz	
Broumov	Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy	491 426 128	rod.poradna@tiscali.cz	http://arch.broumov - mesto.cz/aktual05/1 07_0905.html	výchovné problémy děti a mladistvých, mladiství závislí na drogách
Hronov	Poradna pro odvykání kouření	739 282 494			poradna pro odvykání kouření praktických lékařů
Jaroměř	Středisko Milíčův dům, nízkoprahové zařízení pro děti a mládež Diakonie ČCE	491 815 169	milicuv.dum@diakonie cce.cz	www.milicak.cz	drogové poradenství
Jaroměř	Místní protidrogový koordinátor	491 847 274	pilny@jaromer- josefov.cz	www.jaromer- josefov.cz	

Jaroměř	Farní charita Dvůr Králové nad Labem - Občanská poradna Jaroměř	731 598 850	obcanska.poradnack@centrum.cz	dk.charita.cz	poradna pro osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách
Jaroměř	Psychiatrická ambulance, Poliklinika Jaroměř				
Náchod	Středisko výchovné péče pro děti a mládež Kompas	491 424 390	svp.kompas@worldonline.cz	www.ddu-hk.cz/strediska/kompas-v-nachode	děti a mládež, kteří mají problém se zvládnutím některých situací, alkohol, drogy
Náchod	Oblastní nemocnice	491 601 516	infekce@nemocnicenachod.cz	www.nemocnicenachod.cz	
Náchod	Protidrogový koordinátor	491 405 430	olga.landova@mestonachod.cz	drogy-info.cz	drogové poradenství
Náchod	Centrum duševního zdraví	491 423 342		www.mestonachod.cz	ambulantní péče, poradenství v oblasti léčby závislostí drogových
Náchod	Nizkoprahové zařízení pro děti a mládež Archa	491 422 386	dokoran@dokoran.eu	www.dokoran.eu	drogové poradenství
Náchod	Místní protidrogový koordinátor	491 405 430	olga.landova@mestonachod.cz	www.mestonachod.cz	
Náchod	Pedagogicko-psychologická poradna	491 426 036	ppp.jezkova@seznam.cz	www.pppnachod.cz/home.php	
Náchod	Preventivně informační oddělení policie	974 534 207	tiskna@mvr.cz	www.mvr.cz	preventivně informační oddělení
Náchod	Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy	491 426 128	rod.poradna@cspshk.cz	poradnahk.webnode.cz	poradna pro osoby ohrožené závislostí nebo závislé
Nové Město nad	AT - Organizace pro alkoholismus a jiné	491 419		www.mestonachod.cz	ambulantní péče s poradenstvím,

Metují	toxikomanie	020		cz	oblast léčby závislostí
Nové Město nad Metují	Nemocnice -AT ordinace, psychiatrické oddělení, adiktologická poradna	491 474 169	jancikova.jana@nemocnicenachod.cz	www.nemocnicenachod.cz	
Nové Město nad Metují	Psychiatrická ambulance nemocnice	491 474 169		www.novemestonm.cz	ambulantní péče a poradenství v oblasti léčby závislostí
Nové Město nad Metují	Praktický lékař – MUDr. Ladislav Tichý	491 471 738	tichy.ladan@seznam.cz		odvykání kouření, léčba závislosti na nikotinu, kouření, tabáku
Nové Město nad Metují	Místní protidrogový koordinátor Nové Město nad Metují	491 419 645	dvorackova@novemestonm.cz	www.novemestonm.cz	
Teplice nad Metují	Domov Dolní zámek	491 581 221	d.kuslova@ddteplice.cz	www.ddteplice.cz	domov se zvláštním režimem, osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách

Příloha č.25: Organizace zabývající se problematikou drog v Královéhradeckém kraji – okres Trutnov

<u>Město</u>	<u>Název</u>	<u>Telefon</u>	<u>e-mail</u>	<u>Web</u>	<u>Zaměření</u>
Dvůr Králové n./L.	Místní protidrogový koordinátor	499 318 239	poskocilova@mudk.cz		
Dvůr Králové n./L.	Farní charita Dvůr Králové nad Labem - Občanská poradna D.K.n./L.	731 598 849	obcanska.poradnak@centrum.cz	dk.charita.cz	tabák

Dvůr Králové n./L.	Poradna pro odvykání kouření, MuDr. Martin Topoľský	499 320 418		www.kurakovaplice .cz	tabák
Dvůr Králové n./L.	Výchovný ústav a školní jídelna Husův domov	499 320 561	husuvdomov@husuvdo mov.cz	www.husuvdomov. cz	
Trutnov	Místní protidrogový koordinátor	499 803 194	jaklova@trutnov.cz		
Trutnov	Místní protidrogový koordinátor	499 803 221	vojtech@trutnov.cz		
Trutnov	Pedagogicko- psychologická poradna	605 448 327	info@ppptrutnov.cz	www.ppptrutnov.cz	
Trutnov	Preventivně informační oddělení policie	974 539 207	tisktu@mver.cz	www.policie.cz	
Trutnov	Oblastní zdravotnické zařízení MV, obvod Trutnov	974 539 245		www.kurakovaplice .cz	tabák
Trutnov	Regionální institut ambulantních psychosociálních služeb - Kontaktní centrum a terénní program	499 814 890	kcentrum@riaps.cz	www.riaps.cz	osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách, ambulantní a terénní služby
Vrchlabí	Místní protidrogový koordinátor	499 405 747	micovaradka@mvrchl abi.cz	www.mvrchlabi.cz	
Trutnov	Místní protidrogový koordinátor	499 803 323	ratajik@trutnov.cz		

Příloha č.26: Organizace zabývající se problematikou drog v Královéhradeckém kraji – okres Jičín

<u>Město</u>	<u>Název</u>	<u>Telefon</u>	<u>e-mail</u>	<u>Web</u>	<u>Zaměření</u>
Hořice v Podkrkon oší	AT ordinace - ambulantní péče	493 621 856			
Hořice v Podkrkon oší	Farní charita Dvůr Králové nad Labem - Občanská poradna Hořice	493 592 026	poradnack@horice.org	www.fchdk.cz	poradna pro osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách
Hořice v Podkrkon oší	Místní protidrogový koordinátor	492 105 440	kuchta@horice.org	www.horice.org	
Hořice v Podkrkon oší	Místní protidrogový koordinátor	492 105 417	cerovska@horice.org	www.horice.org	
Jičín	Místní protidrogový koordinátor	493 545 259	mejsnar@mujicin.cz	www.mujicin.cz	
Jičín	Pedagogicko-psychologická poradna	493 533 505	ppp.jc@seznam.cz		
Jičín	Poradna pro odvykání kouření, psychiatrické oddělení nemocnice	606 529 489			
Jičín	Poradna pro odvykání kouření, ZS	774 171 638		www.ordinace.cz/ordinace/vo/design_9/profil.php?id=38023	tabák
Jičín	AT ordinace s psychiatrickou ambulancí	493 522 056			
Jičín	Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy	493 522 811	poradna.jc@cspshk.cz	poradnahk.webnode.cz	poradna pro osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách

Jičín	Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy	493 580 222	a.limberska@seznam.cz		poradna - alkohol, tabák, ilegální drogy
Jičín	Preventivně informační oddělení policie	974 533 207	tiskjc@mvr.cz	www.mvr.cz	
Jičín	Psychiatrická ambulance a AT ordinace	493 522 056			léčba, poradna - alkohol, ilegální drogy
Nová Paka	AT ambulance	493 722 314			
Nová Paka	Místní protidrogový koordinátor	493 760 201	susova@munovapaka.cz	www.munovapaka.cz	

Příloha č.27: Organizace zabývající se problematikou drog v Královéhradeckém kraji – okres Rychnov nad Kněžnou

<u>Město</u>	<u>Název</u>	<u>Telefon</u>	<u>e-mail</u>	<u>Web</u>	<u>Zaměření</u>
Dobruška	Místní protidrogový koordinátor	494 629 624	m.pajerova@mestodobruška.cz	www.drogy-info.cz	
Kostelec nad Orlicí	Místní protidrogový koordinátor	494 337 210	bkovarickova@muko.cz	www.drogy-info.cz	
Kostelec nad Orlicí	Poradna pro alkohol, tabák, gamblerství a drogy	494 337 239	serbouskova@zurk.cz		ambulantní program
Rychnov nad Kněžnou	Místní protidrogový koordinátor	494 509 418	Josef.Simerda@rychnov-city.cz	www.rychnov-city.cz	
Rychnov nad Kněžnou	Nemocnice, gastroenterologie, AT ordinace	494 515 683	vera.rufer@atlas.cz		ilegální drogy, onemocnění, léčba, poradna
Rychnov nad Kněžnou	Pedagogicko - psychologická poradna	494 534 204	psychologie.rk@seznam.cz	poradnahk.webnode.cz	poradna pro osoby ohrožené závislostí nebo závislé na

					návykových látkách
Rychnov nad Kněžnou	Preventivně informační oddělení policie	974 536 207	tiskrk@mver.cz	www.mver.cz	
Rychnov nad Kněžnou	Psychiatrická ambulance	604 284 225	vera.rufer@atlas.cz		alkohol, závislost - poradna, ambulantní léčba
Týniště nad Orlicí	Psychiatrická ambulance	494 371 110	vera.rufer@atlas.cz		