

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

EFEKTIVNOST ČINNOSTI NESTÁTNÍCH NEZISKOVÝCH ORGANIZACÍ V PROBLEMATICE ZÁVISLOSTI V PŘÍBRAMI

Autor práce: Barbora Adamcová
Studijní obor: Regionální studia
Forma studia: Prezenční
Vedoucí práce: Mgr. Michaela Svobodová, Ph.D.
Katedra: Katedra společenských věd

2012

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, na základě vlastních zjištění a s použitím odborné literatury a materiálů uvedených v této práci.

Souhlasím, aby práce byla uložena v knihovně Vysoké školy evropských a regionálních studií v Českých Budějovicích a zpřístupněna v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. V plném znění.

.....

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Michaele Svobodové, Ph.D. za cenné rady, připomínky a vedení práce.

Velké poděkování patří také ředitelce příbramské Farní charity Aleně Ženíškové za ochotu a poskytnuté informace.

ABSTRAKT

Adamcová, B. *Efektivnost činnosti nestátních neziskových organizací v problematice závislosti v Příbrami : bakalářská práce*. České Budějovice : Vysoká škola evropských a regionálních studií, o. p. s., 2012. 54 s. Vedoucí bakalářské práce : Mgr. Michaela Svobodová, Ph.D.

Klíčová slova: efektivnost, závislost, prevence, dopady, léčba

Bakalářská práce se ve své teoretické části zabývá drogovou závislostí, popisuje druhy závislostí a druhy drog- od běžných a známých po nově se objevujících na nelegálním trhu. Další závislost je na péči jiné fyzické osoby v důsledku nepříznivého zdravotního stavu a tím bude zdůrazněn kontrast dvou skupin lidí: první skupina se skládá z lehkomyšlných jedinců, kteří se sami rozhodli poškodit své zdraví a začali brát drogy, na druhé straně jsou lidé, kteří se v důsledku nepříznivého zdravotního stavu dostali do situace, kdy se o sebe nedokážou postarat sami. Rozebírá psychické a sociální dopady na závislé lidi a jejich okolí, způsoby péče, prevence a léčby. Zkoumá práci vybraných nestátních neziskových organizací a jejich jednotlivé programy, což je hlavní cíl. Praktická část zahrnuje výzkum, který vyhodnocuje efektivnost činnosti vybraných nestátních neziskových organizací v problematice závislostí.

ABSTRACT

Adamcová, B. *Efficiency activities of non-governmental organizations in the issue of addiction in Pribram : Bachelor thesis*. České Budějovice : The College of European and Regional Studies, o. p. s., 2012. 54 p. Supervisor : Mgr. Michaela Svobodová, Ph.D.

Key words: efficiency, addiction, prevention, impacts, treatment

This bachelor thesis consists of two parts, theoretical and practical.

The theoretical part deals with drug addiction describing different kinds of addiction and drugs from the familiar, commonly used drugs to new ones which appear on the illegal market. Another form of addiction is dependence on care of another person due to a poor state of health. These two kinds of addiction show the difference between two groups of people. One is represented by careless people who deliberately decided to injure their health by taking drugs while the people in the other group are those who are not able to look after themselves because of their ill health. Mental and social impacts on addicted people and people around them are mentioned too as well as methods of care, prevention and treatment. The main aim of this thesis is to view work of non-governmental non-profit organizations and their individual programmes.

The practical part summarizes results of research into efficiency of non-governmental non-profit organization activities regarding the issue of addiction

OBSAH

ÚVOD	8
1 CÍLE A METODIKA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	10
2 DROGOVÁ ZÁVISLOST	12
2.1 Dělení drog	12
2.1.1 Podle rizika vzniku závislosti na droze - dělíme drogy.....	12
2.1.2 Podle postoje společnosti ke droze.....	12
2.1.3 Dělení drog podle převládajícího účinku	13
2.1.4 Méně známé přírodní omamné drogy	14
2.2 Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost - EMCDDA	15
2.3 Systém včasného varování - nové látky na drogové scéně	15
2.4 Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti - (NMS)	16
2.5 Způsob užívání psychoaktivních látek	17
2.6 Kdo zneužívá drogy	18
2.7 Prevence	18
2.8 Léčba závislosti	19
2.9 Drogová závislost a rodina	20
2.9.1 Různé způsoby výchovy dítěte.....	20
2.9.2 Vliv rodičů na vznik závislosti u dětí.....	20
2.9.3 Drogově závislí rodiče.....	21
2.9.4 Rodiče a rodina drogově závislých	21
2.10 Proč lidé užívají drogy	22
3 ZÁVISLOST NA POMOCI JINÉ FYZICKÉ OSOBY	25
3.1 Stupně závislosti.....	25
3.2 Péče o klienty - poskytovaná Farní charitou Příbram	26
3.2.1 Paliativní péče	26

3.2.2 Ergoterapie	27
3.2.3 Validace.....	28
3.3 Nemoci klientů Farní charity Příbram.....	28
3.3.1 Parkinsonova nemoc	28
3.3.2 Syndrom demence ve stáří	30
3.3.3 Alzheimerova nemoc.....	31
4 ČINNOST NESTÁTNÍCH NEZISKOVÝCH ORGANIZACÍ.....	33
4.1 Vymezení pojmu nezisková organizace	33
4.2 Magdaléna, o.p.s. – prevence a léčba drogových závislostí.....	34
4.2.1 Hlavní mezníky vývoje společnosti	34
4.2.2 Struktura organizace.....	36
4.2.3 Služby poskytované organizací v Příbrami.....	37
4.3 Farní charita Příbram - domácí pečovatelská a ošetrovatelská služba	41
4.3.1 Druhy služeb	41
5 VYHODNOCENÍ EFEKTIVNOSTI ČINNOSTI NESTÁTNÍCH NEZISKOVÝCH ORGANIZACÍ V PROBLEMATICE ZÁVISLOSTI.....	43
5.1 Efektivnost centra Magdalény,o.p.s.	43
5.2 Efektivnost Farní charity Příbram	45
ZÁVĚR.....	47
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	50
SEZNAM GRAFŮ A TABULEK.....	54

ÚVOD

Člověk se může během života dostat do jakékoliv situace, a proto bychom neměli odsuzovat ostatní za jejich chyby a slabosti, které vedou například ke drogové závislosti, aniž bychom se zamysleli nad tím, proč se tak v jejich životě děje. Často nemá jejich počínání žádné racionální odůvodnění, ale občas se stane, že životní příběh, stojící za společností neakceptovaným a zákonem zakázaným problémem, přinesl do života drogově závislého tolik negativního a bolestného, že se jim únik do stavů vyvolaných drogami, jeví jako jediná útěcha, ale bohužel únik problém nevyřeší.

Společnost ve většině případů hází všechny na jednu hromadu a nemají zájem přemýšlet nad tím, proč závislí lidé berou drogy.

Problematika toxikománie (závislost na nealkoholových drogách) je velmi závažná hlavně proto, že dostupnost návykových látek ne jen přírodních, ale i syntetických se stává stále jednodušší.

V protipólu této závislosti bude rozebrána závislost na pomoci jiné fyzické osoby, která není definována jako závislost v pravém slova smyslu, ale důvod výběru má své opodstatnění. Člověk nepovažuje drogovou závislost za tak negativní a nevnímá vše patřičně intenzivně, dokud se nezamyslí nad tím, že na tomto světě existuje velké množství lidí, kteří trpí vážnou nemocí, například rakovinou, která se týká všech věkových kategorií, nebo nemocí, u nichž není zatím známá prevence a nelze je vyléčit, což se týká Alzheimerovi choroby a Parkinsonovi choroby, kdy se v pokročilejších stádiích pacienti o sebe nedokážou postarat ani v základních denních potřebách. Jsou odkázáni na pomoc jiné fyzické osoby, ale v dnešní době, kdy se stále více rozpadají rodiny, lidé žijí v nejistotě a strachu ze ztráty zaměstnání, často pacienti nemají nikoho blízkého, kdo by o ně mohl pečovat, protože si to prostě nemůžou finančně dovolit.

Lidé onemocní a rozhodně si to nezvolí sami- dali by vše za to, aby byli opět zdraví. Drogově závislí si vše zvolí sami, poškodí si dobrovolně fyzické i psychické zdraví, udělají téměř vše pro to, aby získali další dávku drogy, a při tom nemyslí na nic a na nikoho jiného, než na sebe, a i tak existují lidé, kteří se o ně postarají, pomohou jim s vynaložením veškerého úsilí a pokusí se jim pomoci při odvykání, které v mnoha případech má efekt jen krátkodobý. Naději na vyléčení ze závislosti každý z nich má, ale následky mohou být trvalé.

Pracovníci pečující o nemocné, kteří trpí nevyléčitelnou chorobou, se musí ovšem smířit s tím, že zde naděje neexistuje a musí sledovat postupně se zhoršující stav

pacientů a dopady na jejich rodiny a žijí často s pocitem, že jsou bezmocní, ale na druhou stranu, ve většině případů dělají maximum pro pacienty v rámci jejich možností.

Teprve při porovnání dvou absolutně rozdílných závislostí, si člověk může vytvořit skutečně objektivní představu o každé z nich a uvědomit si skutečnou kontrast. Podle všeho se lidé stále spíše distancují od problematiky drogové závislosti a tím nahrávají závislým lidem do karet. Bohužel si neuvědomují, že i přes přehlížení této nepříjemné záležitosti, nepřestane problém sám od sebe existovat. Ať už člověk začne brát drogy z jakéhokoliv důvodu, vyvstává z toho ohromný problém, který by se měl v každém případě řešit.

Přesto, že se může zdát, že tyto dvě protichůdné závislosti nemají nic společného, opak je pravdou. V okamžiku, kdy nemocný člověk, trpící například rakovinou kostí, začne pociťovat nesnesitelnou bolest, dostane se do situace, kdy bez tisíců léků, nelze vydržet a přichází drogová závislost (na legálních drogách). Na druhé straně se člověk rozhodne brát drogy, kdy některé z tvrdých drog, způsobují demenci a člověk se z drogově závislého, stane závislým na péči jiné fyzické osoby.

Téma bakalářské práce bylo zvoleno na základě zájmu autora.

1 CÍLE A METODIKA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Bakalářské práce má za hlavní cíl rozbor činnosti vybraných nestátních neziskových organizací, které pracují se závislými lidmi. Analyzuje práci nestátní neziskové organizace Magdalény, která směřuje svou činnost na drogově závislé.

V protipólu drogové závislosti práce monitoruje činnost nestátní neziskové organizace Farní charity Příbram, aby vyzdvihla nutnost potřeby sociálních služeb v důsledku závislosti na pomoci jiné fyzické osoby z důvodu různých závažných onemocnění. Tato závislost nepatří mezi závislosti v pravém slova smyslu, ale termín se běžně používá a definice závislosti se neustále vyvíjí. V roce 2006 termín závislost na pomoci jiné fyzické osoby nahradil v naší legislativě termín bezmocnost¹. Vzhledem k obsáhlosti daného tématu, budou uvedeny pouze onemocnění, které mají klienti nestátní neziskové organizace Farní charity Příbram a způsobující výše zmíněnou závislost nejčastěji.

Dílčí cíl je vyhodnocení efektivnosti organizací při řešení závislostí.

Bakalářská práce je rozdělena do pěti kapitol. V úvodu se nachází stručné seznámení se s problematikou. V první kapitole jsou uvedeny metody, struktura a cíle.

Druhá kapitola obsahuje podrobnou analýzu drogové závislosti, dělení drog od běžných a známých, po nově se vyskytující na drogové scéně. Uvádí nebezpečnost syntetických i přírodních psychoaktivních návykových látek, jaké mohou tyto látky mít následky na psychické i fyzické zdraví jedince (dočasné i trvalé). Popisuje stručně činnost Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti a Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti. Uvádí druhy léčby a prevence. Předposlední část této kapitoly rozebírá, jaký vliv má rodina na vznik závislosti u dětí, ale i to jak se vyrovnávají rodiny s drogovou závislostí svých dětí a kapitolu uzavírá rozbor důvodů, proč lidé začnou brát nealkoholové drogy.

Třetí kapitola pojednává o závislosti na pomoci jiné fyzické osoby. Uvádí stupně závislosti. Probírá způsoby péče, kterou poskytují pracovníci nestátní neziskové organizace Farní charity Příbram a detailně analyzuje nejčastěji se vyskytující nemoci klientů této organizace, například různé typy demence. Nejpodrobněji se věnuje Alzheimerově chorobě. Detailně rozebírá jednotlivá stádia nemoci a největší pozornost bude zaměřena na poslední stádium této choroby, kdy se nemocný stává úplně závislým

¹ MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha, 2008, s. 254.

na pomoci jiné fyzické osoby. Dále analyzuje podrobně Parkinsonovu nemoc- její stádia a příznaky.

Ve čtvrté kapitole se nachází vymezení pojmu neziskové organizace a rozbor činnosti nestátní neziskové organizace Magdaléna, která zastupuje boj s drogovou závislostí. Uvádí stručně historii a vývoj této organizace a popisuje její strukturu. Monitoruje a rozebírá jednotlivé programy a postupy, které poskytuje tato organizace v Příbrami.

Zvolenou nestátní neziskovou organizací, zastupující závislost na pomoci jiné fyzické osoby je Farní charita Příbram. Práce analyzuje její činnost, popisuje způsoby a druhy péče o nemocné.

Poslední kapitola, která tvoří praktickou část bakalářské práce, obsahuje výsledky výzkumu na téma- jaká je efektivnost zvolených nestátních neziskových organizací v řešení závislostí. Efektivnost se vyhodnocuje na základě dostupných statistik a podrobné analýzy činnosti nestátních neziskových organizací, terénního výzkumu a v případě Farní charity Příbram na základě zúčastněného pozorování. Podle Dismana² „postup zúčastněného pozorování se neomezuje na pouhé pozorování, ale zahrnuje všechny techniky sběru kvalitativních informací, pokud jsou ovšem aplikovány v kontextu participace“.

Při zpracování teoretické části bakalářské práce bude použita sekundární analýza odborných aktuálních dat a zdrojů.

² DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha, 2002, s. 308.

2 DROGOVÁ ZÁVISLOST

Lidé se vždy snažili uprchnout od svých starostí a problémů. Pokoušeli se, dosáhnou pocitu štěstí, přílivu energie a nadprůměrných schopností. Hledali jiný svět- plný fantastických zážitků a inspirace. Vždy bylo pro člověka lákavé, dosáhnou toho všeho, téměř bez vynaložení úsilí. Nejjednodušší cesta do toho světa se nachází v účinných psychoaktivních látek. Nejdříve v přírodní formě, později- v syntetické podobě. Dostat se do pasti drogové závislosti, bylo vždy snadné, ale dostat se z ní, příliš obtížné.³

„Závislost je skupina přirozených a behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány) alkohol, nebo tabák“.⁴

2.1 Dělení drog

2.1.1 Podle rizika vzniku závislosti na droze - dělíme drogy⁵

Měkké - (látky s přijatelným rizikem)- káva, tabákové .výrobky, alkohol a marihuana, hašiš.

Tvrdé - (látky s nepřijatelným rizikem)- crack, pervitin, heroin, kokain- v tomto případě se vyskytuje velmi vysoká pravděpodobnost vzniku závislosti.

2.1.2 Podle postoje společnosti ke droze⁶

Legální - alkohol, tabák, kofein, léky, organická rozpouštědla

Nelegální - kokain, heroin, marihuana, hašiš, pervitin, LSD a další

³ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, 2004, s. 547.

⁴ NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislosti*. Praha , 2000, s. 14.

⁵ VALÍČEK, P., et al. *Rostlinné a omamné drogy*. Benešov, 2000, s. 21.

⁶ *Rozdělení drog* [online]. Praha : Substituční-léčba.cz, 2011 [cit. 2012-01-07]. Dostupný z WWW: <<http://www.substitutni-lecba.cz/rozdeleni-drog>>.

2.1.3 Dělení drog podle převládajícího účinku⁷

1. Tlumivé látky - opioidy- heroin, buprenorfin (Subutex), psychofarmaka- barbituráty, benzodiazepiny, rozpouštědla- zahrnující i alkohol

Tyto látky tlumí psychickou i fyzickou činnost. V malých dávkách uklidňují, ve vyšších navozují spánek a při velmi vysokých člověk upadá do hlubokého bezvědomí a díky tomu lze v narkóze provádět operace. Při předávkování mohou ochromit mozkové centrum, řídící základní životní funkce- srdeční činnost a dýchání a tím způsobit smrt.

Opioidy se běžně užívají v medicíně jako léky na tlumení a potlačení bolesti (analgetika), a také jako látky - pomocí kterých se zbaví člověk strachu a úzkosti (anxiolytika), dále pak organická rozpouštědla. Závislost u tlumivých látek nastává psychická i fyzická.

Při předávkování, kdy se stane člověk těžko probuditelným, nastává Kyanóza- neboli nedostatečné, život ohrožující okysličení krve. V tomto případě je vždy nutné vyhledat lékařskou pomoc, kvůli zajištění a udržení životních funkcí. Další stav, do kterého se může intoxikovaný dostat, se nazývá epileptický paroxysmus. Poznáme ho podle křečových záchvatů trvajících obvykle minutu i v tomto případě se musí jedinec dostat do lékařské péče. Záchvaty se mohou opakovat.

2. Psychostimulancia: - stimulační látky - pervitin, kokain, amfetamin, crack, MDMA- extáze

Tyto látky zvyšují psychickou a fyzickou výkonnost člověka. Tlumí únavu, zvyšují svalové napětí a rychlost myšlení nabírá na intenzitě. Při vyprchání účinku drogy se dostaví únava na minimálně několik dnů, protože se vyčerpají i zásoby energie a jako vedlejší účinek se dostaví nechutenství a s ním spojené hubnutí. Po vysazení se člověk velmi rychle dostává zpět na původní váhu. Dlouhodobější užívání i vysoké dávky postupně vytvoří toxickou psychózu, která se velmi podobá schizofrenii. Nemocný se může stát nebezpečný pro sebe i pro blízké okolí- ocitá se mimo realitu. Zde se vyskytuje pouze psychická závislost.

3. Halucinogeny⁸ (Psychadelika) - cannabinoidy, LSD, psilocybin- obsahující lysohlávký

U halucinogenů obvykle nevzniká závislost, ale vyvolávají pravděpodobně největší změny ve vnímání skutečnosti. Mohou mít v extrémních situacích, destrukční

⁷ MINAŘÍK, J. *Dělení drog podle jejich účinku* [online]. Praha : Sananim – Drogová poradna, 2012 [cit. 2012-01-07]. Dostupný z WWW: <<http://www.drogovaporadna.cz/Uvodni-stranka.html>>.

⁸ MILLER, L.R. *Encyclopedia of addictive drugs*. London, 2002, s. 25-26.

následky na osobnost intoxikovaného. Dochází k rozkladu osobnosti, který neodezní ani při odeznění účinku drogy a při psychických změnách se stává nezbytně nutné vyhledat psychiatrickou pomoc. Mnozí lidé popisují pocity, které prožili po užití drogy, jako když plují po vodě, čas ubíhá jinak, popisují prostor, kde vidí vůně a slyší barvy- vše se zdá mystické. Mnoho lidí se účinků halucinogenů děsí, hlavně ti, kteří musí mít své chování plně pod kontrolou. Těmto lidem často droga navodí zcela opačné prožitky- vše se zdá být děsivé-až hororové.

2.1.4 Méně známé přírodní omamné drogy⁹

Pepřovník betelový - pěstuje se po celé tropické Asii- hlavně v Indii, Barmě a Malajsii. Navozuje veselou náladu, snižuje pocit žízně i hladu a vyčerpanost, dráždí nervovou soustavu. Betelové listy se žvýkají a z počátku mají pro uživatele nepříjemnou až palčivou chuť. Při nadměrném užívání betelu se může dostavit podrážděnost, únava, pocení a mohou se dostavit mdloby. Chemické zastoupení látek v betelu: silice obsahující karvakrol, cineol, největší podíl v droze zastupuje arekolin, v o hodně menším množství se objevuje arekaidin a guvacin. Ostatní látky se vyskytují pouze ve stopovém množství.

Durman- patří mezi halucinogenní rostliny a má velmi dlouhou historii a velké rozšíření po světě. Používal se ve starém i novém světě při rituálech, přimíchával se do mastí, které údajně vyvolávaly u čarodějnic pocit, že létají. Užívali ho i Aztékové, pro které se stal nejvýznamnějším halucinogenem. Chemické složení: alkaloidy-atropin, skopolamin- jenž má pětikrát větší toxicitu, než atropin a již při malé dávce se dostavuje ochrnutí centrální nervové soustavy. Svým složením se durman stal velmi oblíbenou rostlinou v travičství. Využívají se k různým účelům, odlišné části této rostliny.

Kata jedlá - halucinogenní rostlina vyskytující se ve východní Africe a Arábii. Je to stálezelený keř, který dorůstá do výšky 2- 5 metrů. Pochází původně pravděpodobně z Etiopie. Užívají se mladé listy, výhonky a kůra. Chemické zastoupení: velké množství alkaloidů a z nich nejpodstatnější cathin, který má stimulační účinek na centrální nervovou soustavu a jeho oxoanalog L- cathinon má velmi podobné účinky jako amfetamin, dulcit- což je alkoholický cukr, třísloviny, latex. Účinky vyskytující se při užívání katy- vzrušení, radost, dobrá nálada, útlum pocitu hladu a únavy, což je pro domorodce velmi významný stav, kvůli nedostatku potravin. Nadměrné užívání drogy

⁹ VALÍČEK, P., et al. *Rostlinné a omamné drogy*. Benešov, 2000, s. 30- 48.

vyvolává agresivitu a psychózy a může mít i trvalé následky v poškození centrální nervové soustavy.

2.2 Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost - EMCDDA

Užívání nelegálních drog, se stává pro Evropu stále větší hrozbou. Podle statistik- každý třetí mladý Evropan už za svůj život alespoň vyzkoušel nějakou nelegální drogu a každou hodinu umírá nejméně jeden obyvatel Evropy na předávkování. Kvůli těmto alarmujícím zprávám bylo zřízeno v roce 1993 a začalo svou činnost v roce 1995- Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, které se tak stalo jednou z decentralizovaných agentur Evropské unie. Sídlí v Lisabonu. Podává Evropské unii a členským státům informace o skutečném dění na drogové scéně, spolupracuje s odborníky, aby splnilo svůj hlavní úkol a podalo Evropě srovnatelné a spolehlivé informace o drogách, a kvůli tomu EMCDDA vyvinulo infrastrukturu, která zajišťuje harmonizaci a potřebné nástroje ke shromažďování údajů za jednotlivé země. Informace se dále předávají agentuře v Lisabonu k rozboru a pomocí nich se utváří širší obraz o situaci v Evropě. EMCDDA zastává názor, že spolehlivé informace jsou klíčem k protidrogové strategii. Síť propojující národní monitorovací centra a Evropské monitorovací centrum se nazývá Reitox a obsahuje 30 národních monitorovacích center (členství má Norsko, členské a kandidátské země EU).¹⁰

2.3 Systém včasného varování - nové látky na drogové scéně

Systém včasného varování Evropské unie byl vytvořen kvůli rychlé reakci na nově objevené psychoaktivní látky. V současnosti se systém přezkoumává, aby se vyhodnotilo jeho fungování. Během let 1997- 2010 se pomocí systému včasného varování objevilo více než 150 nových psychoaktivních látek a nyní se monitorují. Rychlost, kterou se nové látky objevují na drogové scéně, se velmi zvýšila. V roce 2009-24 nových látek a v roce 2010 dokonce 41.

¹⁰ *Kdo jsme* [online]. Lisabon : Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2009 [cit. 2012-01-07]. Dostupný z WWW:<<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index376CS.html>>.

Seznam 41 nově vzniklých drog za rok 2010 obsahuje syntetický derivát kokainu, syntetické kanabinoidy a katinony, které s patnácti novými deriváty zjištěných ve stejném roce, tvoří druhou největší systémem monitorovanou skupinu drog po fenetylaminech.

Šíření nových drog, které se velmi zrychluje, nutí členské státy k tomu, aby předělaly svá obvyklá řešení a zasáhly radikálněji, než dříve.¹¹

2.4 Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti - (NMS)

Národní monitorovací středisko se stalo partnerem sítě Reitox a jeho činnost v České republice započala v roce 2002. Dohled nad jeho činností provádí Poradní výbor pro sběr dat o drogách, který je stálým poradním orgánem Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Předsedou výboru se stal PhDr. Ladislav Csémy a funkci plní dodnes.

NMS- nám umožňuje si utvořit prostřednictvím poskytovaných odborných, kvalitních, aktuálních informací- skutečnou představu o drogové situaci v České republice. K tomu slouží informační drogový systém a jeho nástroj- Národní akční plán drogového informačního systému- (NAPDIS). Jeho cílem je celkové plánování a spolupráce na aktivitách všech příslušných institucí a organizací, vyvíjející činnost na tomto poli v České republice. Soubor těchto aktivit je nazván jako Drogový informační systém (DIS).

Aktuální informace jsou zveřejňovány každý rok na podzim (v listopadu), prostřednictvím výročních zpráv o stavu ve věcech drog.¹²

¹¹ EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. *Annual report on the state of the drugs problem in Europe*. Luxembourg, 2011, s. 93.

¹² *Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti* [online]. drogy- info – informační portál o ilegálních a legálních drogách, 2011 [cit. 2012-01-07]. Dostupný z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/co_jsme/narodni_monitorovaci_stredisko_pro_drogy_a_drogove_zavislosti>.

2.5 Způsob užívání psychoaktivních látek¹³

Akutní intoxikace - přechodný stav vznikající po aplikaci psychoaktivní látky v dostatečně vysokém množství. Podle hloubky intoxikace a charakteru látky dojde k narušení psychických funkcí v podobě změněného chování, aktivity a emotivity, myšlení, vnímání, někdy dokonce vědomí.

Škodlivé užívání - užívání psychoaktivní látky můžeme označit za škodlivé užívání v případě, že dojde k somatickým (například hepatitis způsobená používáním infikovaných jehel) nebo duševním (například zhoršený úsudek, deprese, poruchy chování) komplikacím.

Syndrom závislosti - k němu dochází, když v průběhu posledního roku je přítomna silná touha pro užívání látky, dochází problémům při kontrole jejího užívání, po odnětí látky dochází k příznakům fyzické závislosti, zvyšuje se tolerance, pro získání drogy člověk obětuje své předešlé záliby a potěšení a ví, že mu látky přináší škodlivé důsledky.

Odvykací stav - je charakteristický rozvojem nejrůznějších psychických a somatických příznaků v důsledku vysazení látky či prudkého snížení běžné dávky. Někdy může při odvykacím stavu dojít ke komplikovaným záchvatům křečí. Další vážnou komplikací jsou psychické poruchy, ke kterým dochází jednak při průběhu akutní intoxikace i po jejím odeznění. (zpravidla však do dvou dnů). Psychotická porucha může připomínat schizofrenii i afektivní poruchu.

Reziduální stav - a psychotická porucha s pozdním začátkem se diagnostikuje při přetrvávající psychotické symptomatice, poruše emotivity a kognitivních funkcí, když evidentně odezní akutní intoxikace. Řadíme sem například „flashbacky“ po nichž i po delší době vysazení psychoaktivní látky dojde dočasně k navrácení se do stavu vyvolanému drogou. Lze sem zařadit i případy přetrvávajícího narušení kognitivních funkcí a demence.

¹³ JANOTOVÁ, D., PAVLOVSKÝ, P., RABOCH, J. *Psychiatrie minimum pro praxi*. Praha, 2006, s. 55-56.

2.6 Kdo zneužívá drogy¹⁴

1) Osoby, které s drogami experimentují nebo je berou jen zřídka:

V tomto případě přichází závislost ojediněle, užití drogy bývá náhodné a většinou se neopakuje. Jedinci si většinou ani neuvědomují žádná rizika, spojená s užitím drogy, ale vystavují se nebezpečí, že onemocní HIV, žloutenkou skupiny B, náhodně se předávkují, což může mít za následek smrt, vzrůstající frekvencí užívání drogy si zvyšují riziko vzniku závislosti.

2) Osoby, jejichž život je soustředěn na užívání drogy:

Tyto osoby se stávají psychicky i fyzicky závislé na droze (podle užívané látky). Veškeré úsilí a energii směřují na získání nezbytné denní dávky drogy a to se neobejde bez trestné činnosti, prostituce a asociálního chování.

3) Stabilní dlouhodobí uživatelé:

Tito jedinci pravidelně odebírají drogu či drogy z ilegálního trhu, ale bývají ustálení ve svém pracovním i sociálním životě. Do této skupiny patří i uživatelé drogy pod lékařským dozorem v důsledku substituční terapie.

4) Pacienti trpící primárně jinými obtížemi:

Tato skupina zahrnuje jedince s různými somatickými a psychickými poruchami, kterým lékaři předepsali různé medikamenty, u kterých vzniká závislost, pro zmírnění obtíží. Pacienti v důsledku obavy, či návyku, nepřestanou s bráním léku ani po ukončení léčby. Často si obstarávají větší množství léků na ilegálním trhu. Psychické, fyzické i sociální následky jsou velmi závažné.

2.7 Prevence

Prevence v obecném pojetí- znamená něčemu předejít a nejúčinnější je tehdy, kdy rodiče přizpůsobí prostředí pro své děti tak, aby neměly potřebu unikat v pozdějším věku prostřednictvím drog pryč od reality.

Primární prevence - pokládá se za nejdůležitější. Jde o vytvoření nejvhodnějších podmínek při rozvoji člověka, který je bytost bio- psycho- sociální. Na realizaci primární prevence by se měla podílet celá společnost. Prevence by měla začít u každého ještě dlouho předtím, než začne mít problémy tak, aby závislost nikdy nevznikla.¹⁵

¹⁴ KALINA, K. *Drogy v ordinaci praktického lékaře*. Praha, 1999, s. 33-34.

¹⁵ NIKLOVÁ, M. *Prevencia drogových závislostí v školskom prostredí*. Banská Bystrica, 2009, s. 76.

Sekundární prevence - zde se klade za cíl, zabránit sociálním a psychickým poruchám při vývinu jedince. Zachytit je co nejdřív (pokud možno v počátku). Velmi důležité je zaměřit se na rizikové skupiny a zabezpečit v ohledu na ně přiměřená opatření (k tomu slouží kontaktní centra, kdy pracovníci nevyžadují registraci závislých lidí, což je pro ně motivující).¹⁶

Terciární prevence - má za úkol předejít tomu, aby došlo ke zhoršení stavu a snížit množství recidiv a eliminovat negativní následky, vznikající při braní drog (jde například o terénní práci, výměnu injekčních stříkaček a tím uskutečňují prevenci infekčních a jiných nemocí).¹⁷ Klade si za cíl sociální rehabilitaci a resocializaci klientů, kteří se léčili ze závislosti na nelegálních drogách. Sociální pomoc se uplatňuje při hledání nového bydlení, zaměstnání a kontaktech se zaměstnavateli.¹⁸

2.8 Léčba závislosti¹⁹

Léčba závislosti je dlouhodobá a složitá a výsledky nejisté. Většina závislých lidí nedokáže dlouhodobě čelit vlivům prostředí a stanou se znovu závislími. Nejdůležitější je pro závislé motivace a stanovení reálných možností (výsledky a efektivnost léčby, ovlivňuje užívaná látka a prostředí, ve kterém jedinec žije). Léčba se dělí na ambulantní, ústavní, komunitní.

Farmakologická léčba - velmi důležitá léčba, která se stává nezbytnou, kvůli abstinčním příznakům. Dále se používá při odstraňování a léčbě dalších psychických poruch a nemocí, v jejichž důsledku mohlo dojít ke vzniku závislosti na psychoaktivní látce.

Psychoterapeutické metody - cílem je získat reálný obraz dané situace a naučit přijmout člověka svou závislost, jako součást osobnosti. Pokusit se vytvořit nový životní styl a vymyslet aktivity, pomocí kterých bude člověk nasměrován pryč od předchozího problému a naplní si tak život, který se jeví pro abstinující prázdný.

Socioterapie - Kvůli negativnímu vnímání ze strany společnosti, která se týká drogové závislosti i abstinujících lidí, se velmi těžko tyto lidé resocializují a získávají a vytvářejí nové sociální kontakty, což přímo nahrává k recidivě. Pro podporu sociálního začlenění existuje komunitní systém léčby, kluby, chráněné dílny a bydlení.

¹⁶ NIKLOVÁ, M. *Prevencia drogových závislostí v školskom prostredí*. Banská Bystrica, 2009, s. 76.

¹⁷ NIKLOVÁ, M. *Prevencia drogových závislostí v školskom prostredí*. Banská Bystrica, 2009, s. 76.

¹⁸ KALINA, K., et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha, 2008, s. 22.

¹⁹ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, 2004, s. 576.

2.9 Drogová závislost a rodina

Neexistuje univerzální návod na výchovu dítěte- už jen proto, že každé dítě má vrozené odlišnosti v chování. U některých dětí nemusí rodiče používat nekompromisní, tvrdou výchovu, aby dítě cítilo strach a stalo se tak absolutně poslušným, a co když se stane přesný opak. Dítě pocítí nenávist k rodičům, za to, že mu nedali dostatek porozumění a lásky a vše co udělá v životě, bude přesný opak toho, co mu bylo nakázáno ze strany rodičů. Některé děti se hodné narodí a jiné se narodí problémové. Jde o tak, jak dobré mají rodiče- jak si poradí při výchově, zvolí- li správný způsob výchovy.²⁰

2.9.1 Různé způsoby výchovy dítěte²¹

1. Přijímající rodiče: projevují citlivost a vnímavost vůči potřebám dítěte, vyhledávají jeho společnost a jsou plní radosti a porozumění.
2. Odmítající rodiče: Dítě nevyhledávají, nepovzbuzují ho. Jsou necitliví a kritičtí. Ignorují potřeby a názory dítěte. Nepodléhají vůbec vynucování a nátlaku ze strany dítěte.
3. Omezující rodiče: Nastaví jasně normy a následky, které vyplývají z jejich porušení.
4. Povolní rodiče: Normy nestanovují vůbec, podléhají velmi snadno vynucování a nátlaku ze strany dítěte.

Nejúčinnější model při výchově je přijímající a zároveň omezující rodič. Dokáže dítěti porozumět a povzbudit ho, vytváří jasná pravidla a při překročení hranice dokáže potrestat.

2.9.2 Vliv rodičů na vznik závislosti u dětí

Chceme-li se zamyslet nad tím, proč jsme v dospělosti takoví, jací jsme, musíme se podívat do nejhlubších kořenů našeho dětství. Každé dítě by se mělo po celou dobu předškolního věku, kdy se formuje jeho osobnost, cítit na tomto světě bezpečně a nevnímat žádné problémy. V opačném případě, kdy si děti přinášejí z dětství traumata a neprožily ho bez stresu a strachu, si vše velmi často kompenzují v alkoholismu a braní drog. Léčba u těchto jedinců nebývá často úspěšná. Musí se spojit více druhů léčby,

²⁰ NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha, 1994, s. 23.

²¹ NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti*. Praha, 1994, s. 23.

protože prvotní problém, který se musí řešit například pomocí psychoterapie, je vyrovnání se s minulostí, což v některých případech bývá nemožné. U zneužívaných a týraných dětí se jen tak jednoduše nedokáže vybudovat důvěra v cizí lidi- zde začíná začarovaný kruh, kdy z dětí alkoholiků či drogově závislých, se stávají alkoholicí a drogově závislí. Z týraných dětí se často stávají tyraní, pokud se jim nedostane kvalitní odborné péče, může to mít katastrofální následky.²²

2.9.3 Drogově závislí rodiče

Podle statistik se velmi zvyšuje pravděpodobnost výskytu drogové závislosti u dětí drogově závislých rodičů. Faktorů podílejících se na této skutečnosti známe mnoho, ale bohužel nacházíme i velké množství vedlejších faktorů, které se pojí se závislostí.

Děti se setkávají s první trestnou činností a nejistotou, která vychází z možnosti uvěznění jednoho, nebo obou rodičů a to někdy hned po narození. Nacházíme zde nedostatek emocí a pozornosti. Objevuje se nepředvídatelnost a chaos v budoucnosti rodiny. Zanedbávání dětí se vyskytuje téměř třikrát častěji a fyzické týrání čtyřikrát častěji oproti běžným rodinám a nesmíme opomenout mateřskou agresivitu matek. Dále zde nalézáme podstatně vyšší sociální izolovanost vůči vrstevníkům.

Péče o děti se v extrémních případech, přesouvá na pověřené instituce- dle formální dohody, nebo na blízkou rodinu- (formálně i neformálně). Pravdou však zůstává, že si děti závislých rodičů, nesou následky po celý život. Ať už začnou brát drogy, nebo ne, život jim to rozhodně neusnadní.²³

2.9.4 Rodiče a rodina drogově závislých

Zjištění jaký dopad má na zbytek rodiny drogový problém, nelze zveličít. Vědomí o tom, že některý ze členů rodiny užívá drogy, uvádí zbytek rodiny do hlubokého šoku, hněvu, zděšení, zmatku, smutku a jen stěží se z těchto pocitů lze vymanit. Bohužel se negativní dopady postupem času v rodině ještě prohlubují. Aby se dal lépe pochopit vývoj situace v rodině, bylo zdokumentováno několik fází průběhu cesty - objevení drogového problému, kdy se projevuje snaha o zvládnutí a soužití s problémem a obvykle snaha o vyloučení drogově závislého příbuzného z nejbližšího rodinného kruhu.

²² JANIÁKOVÁ, D. *Tak už dost! Východiska zo závislosti*. Bratislava, 2003, s. 207.

²³ BARNARDOVÁ, M. *Drogová závislost a rodina*. Praha, 2009, s. 118- 119.

Zjevná deformace rodinných rolí, ke které dochází v důsledku snahy o zvládnutí závažného a chronického drogového problému se stala dalším stěžejním faktorem. Obecný model rodiny- potácející se rodina z jedné krize do druhé- vystavená obrovské zátěži. Ukazuje se, že vztahy mezi rodiči a dětmi a rodiči navzájem zcela ztrácejí původní obrysy. Neshody při návrzích na řešení a vypořádání se s danou situací, velmi často přilévají olej do ohně a rodiče reagují iracionálně a místo toho, aby jednali jako tým, dostanou se do opozice.²⁴

2.10 Proč lidé užívají drogy²⁵

Napomáhají v náboženských praktikách - v dřívějších dobách se stávalo běžně, že se drogy používaly při náboženských rituálech, jako prostředek, skrz něj mohli lidé promlouvat s bohem. I v dnešní době používají primitivní národy drogy, jako posvátný dar od bohů, jenž jim napomáhá k dosažení jednoty, mezi tímto světem a nadpřirozenem.

Napomáhají prozkoumat své vlastní já - pomocí omamných psychotropních látek si už v minulosti navozovali zvědaví jedinci stavy, které jim sloužily k prozkoumání své vlastní mysli. Prostřednictvím těchto stavů vznikaly umělecká díla od knih a obrazů, až po filmy a písně, díky kterým si může každý z nás udělat poměrně přesnou představu o tom, jaké účinky drogy měly na stav mysli.

Nástroj sloužící ke změně nálady - v tomto případě slouží drogy k odstranění negativních pocitů, ztěžujících nám život a přinášejících utrpení. Setkávají se s nimi téměř všichni. Stres, úzkost, deprese, strach, nespavost, bolest- od těchto negativních stavů mnoho lidem pomáhají více či méně silné léky a při dlouhodobých negativních stavech se z užívání léků (legálních i nelegálních drog) stává každodenní záležitost. Bez léků se už nedokážou obejít a dostanou se do pasti závislosti. Mnoho rodičů tak dává svým dětem špatný příklad, že zneužívání léků, i bez vážného důvodu se stává zcela běžné a děti to nevnímají jako problém, což může mít pro ně neblahé následky na vznik závislosti.

Léčba nemoci - psychoaktivní látky se stále častěji používají běžně v medicíně a spoléhají na ně lékaři i pacienti, ale skutečný problém často přichází tehdy, kdy

²⁴ BARNARDOVÁ, M. *Drogová závislost a rodina*. Praha, 2009, s. 47- 48.

²⁵ RADIMECKÝ, J. *Proč lidé užívají drogy* [online]. Praha : Adiktologie.cz, 2012 [cit. 2012-03-07]. Dostupný z WWW: <<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/69/28/Proc-lide-uzivaji-drogy>>.

pacienti neřeší své zdravotní obtíže a pouze tlumí jejich příznaky, a tak se stane z užívání léků závislost. Podstatná část dnes nelegálních drog, nejprve sloužila jako léky, a až postupem času- byly objeveny jejich nežádoucí účinky a staly se zákonem zakázané

Únik z nudy a beznaděje- britský spisovatel a filozof Aldous Huxley velmi přesně vystihnul tuto touhu ve svém díle: „Většina mužů a žen vede v krajním případě životy tak bolestné, přinejlepším tak monotónní, chudé a omezené, že nutkání uniknout, dychtivost vystoupit sami ze sebe byt' jen na pár okamžiků, je a vždy byla jednou ze základních chutí lidské duše“.

Podpora a zlepšení sociálních interakcí - V tomto případně porovnáme nelegální drogy a legální drogu- alkohol, díky kterému lidé odstraňují své zábrany ve společnosti a pod vlivem alkoholu se pro ně v mnoha případech stává jednodušší se s někým seznámit a komunikovat. Říká se, že alkohol sbližuje a drogy sbližují ještě intenzivněji. Lidé tak vyjadřují velmi často svůj názor a při protestech vzdor, například vůči společnosti, nebo státu apod. Při těchto příležitostech se nejčastěji vyskytuje marihuana.

Zlepšení fyzického výkonu - Zneužívání psychotropních látek, pro zlepšení fyzického výkonu, se velmi často objevovalo a objevuje mezi vojáky, kteří by bez nadopování, nevydrželi obrovskou zátěž a rovněž mezi sportovci, kde se doping přísně hlídá převážně v profesionální sféře sportu.

Zařazení se mezi vrstevníky - u lidí, co mají problém se sebevědomím a chtějí se za každou cenu zařadit do skupiny vrstevníků, často přistoupí i na věci, které do té doby pro ně nepřicházely v úvahu. Většinou to celé startuje kouřením marihuany a postupně se dostávají i k tvrdým drogám. Začít brát drogy z důvodu zařazení do určité vrstevnické skupiny, se může většina lidem jevit, jako absurdní, ale v dnešní společnosti, se tak stává velmi často.

Pro vytvoření vlastní identity - Stejně jako například punkeři vyjadřují odlišnost od ostatních lidí tím, že nosí svůj vlastní styl oblečení a chování, podle kterého vyjadřují svůj názor a odlišují se jím od ostatních, tak podstatná část drogově závislých lidí, se chce v něčem nalézt a začnou brát drogy, aby se odlišili od běžné společnosti.

Důvodů - proč lidé začnou brát drogy, v dnešní společnosti nalézáme hodně. Některé jsou bizarní, jiné hloupé a další pochopitelné, ale mají jedno společné- at' si

kdokoliv ze závislých osob myslí, že pomocí psychotropních látek odstraní své problémy, nemá pravdu.

3 ZÁVISLOST NA POMOCI JINÉ FYZICKÉ OSOBY

Zde budou popsány pouze nejčastější nemoci klientů Farní charity Příbram a způsoby péče, poskytované touto organizací.

Termín závislost na pomoci jiné fyzické osoby nahradil v naší legislativě v roce 2006 termín bezmocnost v důsledku dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu²⁶.

Podle základních životních potřeb se hodnotí stupeň závislosti nemocného a zahrnují 1. mobilitu, 2. orientaci, 3. komunikaci, 4. stravování, 5. oblékání a obouvání, 6. tělesná hygiena, 7. výkon fyziologické potřeby, 8. péče o zdraví, 9. osobní aktivity, 10. péče o domácnost.²⁷

3.1 Stupně závislosti

U osob do 18 let věku

- **I stupeň** – lehká závislost – potřeba každodenní mimořádné péče z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu **při třech** základních životních potřebách
- **II. stupeň** – středně těžká závislost - potřeba každodenní mimořádné péče z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu **při čtyřech nebo pěti** základních životních potřebách
- **III. stupeň** – těžká závislost - potřeba každodenní mimořádné péče z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu **při šesti nebo sedmi** základních životních potřebách
- **IV. stupeň** – úplná závislost - potřeba každodenní mimořádné péče z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu **při osmi až desíti** základních životních potřebách

U osob starších 18 let věku

- **I. stupeň** – lehká závislost dohled nebo každodenní pomoc z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu **při třech nebo čtyřech** základních životních potřebách
- **II. stupeň** – středně těžká závislost - dohled nebo každodenní pomoc z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu **při pěti nebo šesti** základních životních potřebách

²⁶ MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha, 2008, s. 254.

²⁷ *Příspěvky na péči od 1 /1/ 2012* [online]. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2011 [cit. 2012-03-07]. Dostupný z WWW: <<http://socialnireforma.mpsv.cz/cs/23#1.3>>.

- **III. stupeň** – těžká závislost - dohled nebo každodenní pomoc z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu **při sedmi nebo osmi** základních životních potřebách
- **IV. stupeň** – úplná závislost – dohled nebo každodenní pomoc z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu **při devíti nebo deseti** základních životních potřebách.²⁸

3.2 Péče o klienty - poskytovaná Farní charitou Příbram

„Člověk, který ztratí naději, psychicky umírá“.²⁹

3.2.1 Paliativní péče

Komplexní, aktivní a na kvalitu života zaměřená péče určená osobám, které trpí nevyléčitelnou a smrtelnou chorobou v pokročilém i terminálním stádiu. Cílem léčby se v tomto případě již nestává vyléčení pacienta, ale orientuje se do několika oblastí, aby mohla zajistit co největší kvalitu života pro pacienty: Opatření orientovaná na psychiku pacienta (psychologická a psychiatrická pomoc) na sociální prostředí (rodina, rodinné prostředí a pomoc v sociální oblasti) a na tělo pacienta (léčba, tišení bolesti).

Nejvyšším posláním paliativní péče je zajistit nemocnému nejvyšší možnou kvalitu života, zabránit tělesnému a duševnímu strádání, tišení bolesti, poskytnout podporu jeho blízkým a zachovat pacientovu důstojnost. Díky paliativní péči může pacient zůstat ve svém přirozeném prostředí se svými blízkými, vést dle svých možností aktivní život až do svého konce života a v neposlední řadě poskytuje útěchu jeho rodině v období nemoci i smutku.

Ke každému umírajícímu člověku přistupuje zcela individuálně, protože chápe rozdílnost sociálních, kulturních, psychických a duchovních aspektů každého z nich. Vychází z potřeb a přání pacientů i jejich rodin a bere ohled na jejich priority. Chápe umírání jako součást našich životů. Pomocí paliativní péče dokážou pacienti zvládat bolesti i další průvodní projevy závěrečných stádií smrtelných nemocí. Bolest- kterou nelze odstranit se snaží vynahradit citlivým lidským přístupem. Vychází ze zkušenosti, že existuje zásadní rozdíl mezi kvalitní a špatnou péčí o umírajícího a prosazuje stále sledování nejvyšší kvality této péče a nárok pacienta na tuto péči.³⁰

²⁸ *Příspěvky na péči od 1 /1/ 2012* [online]. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2011 [cit. 2012-03-07]. Dostupný z WWW: <<http://socialnireforma.mpsv.cz/cs/23#1.3>>.

²⁹ VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha, 2003, s. 279.

³⁰ *Paliativní péče* [online]. Praha : Osobní asistence, 2009 [cit. 2012-03-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=3>>.

Paliativní péče se poskytuje i v pediatrii a podle všeho se stává obtížnější pro sestry poskytující tuto péči se vyrovnat se smrtí a nemocemi u dětí než u dospělých, což má logické opodstatnění, protože ženy mají přirozeně mateřské instinkty a smutné a tragické zjištění, si velmi často ukládají do podvědomí se slovy- co kdyby se přesně tohle stalo mému dítěti?!

Život ohrožujících nemocí v dětském věku známe celou řadu. Mezi hlavní nemoci patří nádorová onemocnění, cystická fibróza, kde existuje intenzivní a dlouhodobá léčba, která sice může zajistit přijatelnou úroveň života, ale bohužel nedokáže předejít předčasné smrti. Mezi další nemoci patří těžká poškození například vrozené anomálie, neurologická poškození- dětská obrna, což nejsou progresivní stavy, ale mohou vést k předčasné smrti.

Při poskytování paliativní péče dětem se bere v úvahu, že péče o děti se v mnohém liší od péče pro dospělé. Děti chápou smrt a umírání zcela jinak i v ohledu na věk a reagují také podle toho, jak reagují na jejich nemoc rodiče. Pokud se léčba týká hodně malých dětí, často nedokážou popsat svou bolest a jiné příznaky nemoci, což ztěžuje práci pečovatelům. Nejhorší na světě pro matku je smrt jejího dítěte a tak se snaží sestry poskytující tuto péči pomoci co nejvíce lze, aby se rodiče dokázali vyrovnat se smrtí svého dítěte (pokud to vůbec jde).³¹

3.2.2 Ergoterapie

Tato zdravotnická disciplína využívá specifické léčebné a diagnostické postupy a činnosti při rehabilitaci jedinců, kteří jsou trvale i dočasně postižení- psychicky, fyzicky i smyslově nebo mentálně bez ohledu na věk.³² Cílem ergoterapie je dosáhnout největší možné soběstačnosti a nezávislosti pacientů v domácím, pracovním i sociálním prostředí. Za hlavní cíl má ergoterapie pomoc osobám, uspokojivě zvládat činnosti v oblasti produktivity, volného času a péče o sebe. „Souhrnně lze říci, že ergoterapie umožňuje dosáhnout kompetentní úrovně provádění jakýchkoli činností, aktivit nebo úkonů, které jsou pro ni důležité, smysluplné nebo nezbytné a v odpovídajícím prostředí

³¹ ARANDA, S., O'CONNOR, M., et al. *Paliativní péče pro sestry všech oborů..* Praha, 2005, s. 275-277.

³² KALVACH, Z., et al. *Geriatric a gerontologie.* Praha, 2004, s. 423.

a v rozsahu, který osoba pokládá za uspokojivý, za předpokladu splnění nezbytných sociálních a kulturních norem.³³

3.2.3 Validace

Vychází z humanistické psychologie a mezi hlavní metody, využívající sociální pracovníci patří vcítění, tolerance a empatické naslouchání. Využívá se zvláště při práci se seniory s poruchami kognitivních funkcí, především s demencí. Pracovníci se snaží porozumět zvláštnostem v chování pacientů, kterým nedokáže jen tak někdo porozumět. Validace snižuje stres, úzkost a depresi, pomáhá obnovit pocit vlastní ceny a dodává podporu a sílu. Díky Validaci dohází ke zlepšení řeči, obnovení pocitu klidu a bezpečí. Nemoc nezmizí, ale podstatně se zlepší kvalita života pacientů.³⁴

3.3 Nemoci klientů Farní charity Příbram

3.3.1 Parkinsonova nemoc³⁵

Parkinsonova nemoc je pomalu se rozvíjející chronické onemocnění a bohužel nelze tuto nemoc vyléčit, lze ji však léčit tak, že se omezí, nebo potlačí dlouhodobě příznaky. Výskyt Parkinsonovy nemoci není podmíněn životnímu stylu pacienta. Nemoc postupně přináší nemocným osobám velké obtíže, ale obvykle nezkracuje délku života. Pacienti mají pouze dvě možnosti: Buď se vzdát, nebo bojovat.

Výskyt nemoci - V Evropě přibližně každý tisící člověk trpí Parkinsonovou chorobou. Čísla nemohou být nikdy uvedena přesně, protože v počátečních stádiích lékaři až u 20 % pacientů diagnostikují jiné onemocnění a to zkresluje statistiky. V posledních padesáti letech stoupl počet pacientů a nemoc nepřevažuje výrazně u pohlaví. Obvykle se nemoc objevuje okolo 50. – 60. roku věku, ale vyskytuje se v 10 % už od čtyřiceti let. Výzkumy uvažují o dědičnosti této nemoci. U potomků pacientu, u nichž se nemoc objevila ve věku nad padesát let, není možnost vyšší než 2 %- což je běžné riziko u populace bez příbuzných, kteří touto nemocí trpí. S nižším věkem výskytu nemoci, však dědičné riziko stoupá (u pacientů, kteří onemocněli před 40. rokem věku, se možnost dědičného přenosu na potomky zvyšuje na 10- 20%).

³³ JELÍNKOVÁ, J., KŘIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. Praha, 2009, s. 16 - 17.

³⁴ MATOUŠEK, O., et al. *Sociální práce v praxi*. Praha, 2005, s. 185 - 186.

³⁵ ROTH, J., RŮŽIČKA, E., SEKYROVÁ, M., et al. *Parkinsonova nemoc*. Praha, 2009, s. 10 - 36.

Příznaky nemoci - Třes (TREMOR) – Nejznámější obtíž i mezi odborníky- je nejcharakterističtější a nečastější, ale provází i řadu jiných onemocnění, a tak než odborníci určí třes za příznak Parkinsonovi nemoci, musí se řídit několika faktory, pro tuto nemoc charakteristickými: 1. Třes postihuje hlavně končetiny, ale jen velmi výjimečně hlavu. Může se vyskytnout třes brady. 2. Počátek třesu se objevuje obvykle na prstech horních končetin, a to výrazně vpravo nebo vlevo. Méně charakteristický bývá symetrický třes při počátcích nemoci. Třes se nejprve šíří na dolní končetinu na stejné straně a později teprve postihuje i druhou stranu, ale toto nemusí být pravidlem. 3. Frekvence třesu se vyskytuje spíše pomalá- tak 4- 6 kmitů za sekundu. 4. Objevuje se v okamžiku, kdy se nemocný člověk nehýbe a má ruce svěšené podle těla, nebo mu ruce spočívají nečinně na podložce.

Svalová ztuhlost (RIGIDITA) - Projevuje se abnormálním zvýšením normálního svalového napětí, které člověk potřebuje k udržení vzpřímeného postojení a k provedení pohybu. I tento příznak se objevuje nejprve nesymetricky. Doposud nám není známý přesný mechanismus vzniku svalové ztuhlosti, ale souvisí přímo s nedostatkem dopaminu- což je chemická látka vznikající přirozeně v mozku, která hraje rozhodující roli v motorických funkcích mozku a má rozhodující význam při zpracování informací v čelním laloku mozku v kognitivních funkcích. Dopamin je spojován se systémem příjemných vjemů, a při motivaci k různým aktivitám.

Psychické dopady - objevují se velmi často už od časných fází nemoci. Zahrnují deprese, jež způsobují pocity beznaděje a úzkosti, poruchy spánku, nadměrnou únavu, poruchy příjmu potravy, podceňování se atd. Naštěstí lze depresi léčit, ale musí se zasáhnout včas. Menší část pacientů trpí v pozdních fázích onemocnění úbytkem intelektu, rozumových schopností tzv. demencí- pokud se projeví u pacientů, znemožňuje jim soběstačnost. Mezi projevy demence patří zmatenost, nedokážou rozpoznat své blízké, bloudí a zapomínají. Proč k demenci dochází u této nemoci, není zatím známo, a proto ji nelze léčit.

Časový vývoj nemoci: Počáteční stádium - onemocnění má zpočátku necharakteristické projevy a obvykle se rozvíjí pomalu. Mezi obtíže, které pacienti nejčastěji uvádějí, patří kloubní a svalové problémy, zácpa, porucha čichu a změny nálady. Někdy se mohou již zpočátku objevovat typičtější příznaky, jež nemusí jednoznačně pro pacienty znamenat, že trpí Parkinsonovou chorobou- snížení hlasitosti a melodičnosti řeči, snížená mimika obličeje a náznak sehnutého držení trupu, zmenšení písma. Třes nohy nebo ruky v klidové poloze, pohybová chudost a zpomalenost,

svalová ztuhlost se objevují až teprve po různě dlouhém mezidobí (za několik měsíců i roků)- zpočátku se vyskytují pouze na jedné polovině těla nebo jedné končetině a v tomto období se dá již určit diagnóza. Postupem času se obtíže objevují u na druhé straně těla.

Rozvinutá nemoc a komplikace odpovědi na léčbu - po určité době se většinou stane nutné zvýšit dávku léků, a tím zajistit jejich udržitelný účinek na hybnost. Po různě dlouhém období- v průměru po pěti až osmi letech se začnou objevovat pozdní komplikace- mimovolné pohyby a výpadky hybnosti. I přesto, že se na těchto komplikacích společně podílí i léčba, hlavní příčinu komplikací má na svědomí postup základního chorobného procesu. Pro každého pacienta se proto stává nesmyslné, oddalovat racionálně vedenou léčbu, či neužívat dostatečné dávky léků, protože komplikace by v daném stádiu rozvoje onemocnění vznikly i tak.

Pozdní stádium nemoci - ne u každého pacienta dochází k nejhorším projevům nemoci, ale když k tomu dojde, dá se nemoc jen velmi obtížně ovlivnit léčbou. Patří do nich poruchy chůze a stability, které mohou vést k pádům a ohrozit i život pacienta. Dochází k psychickým a vegetativním i pohybovým poruchám, které mohou způsobit nesoběstačnost pacienta a vyžadují nad ním neustálý dohled.

3.3.2 Syndrom demence ve stáří³⁶

Syndrom demence patří mezi nejzávažnější choroby vyššího věku a spolu s depresemi a delirií vytváří nejčastější psychické projevy. Bohužel se vyskytují i v dětském věku, ale s vyšším věkem se procento demencí zvyšuje. V důsledku choroby dochází ke snížení kognitivních funkcí oproti přirozené úrovni. Do kognitivních funkcí zařazujeme například paměť, motivaci, intelekt, exekutivní (výkonné) funkce. Toto snížení je tak závažné, že neumožňuje vykonávat běžné aktivity a dochází k nesoběstačnosti ve vykonávání denních základních potřeb. Člověk se postupně stává závislým na pomoci jiné fyzické osoby.

Sekundárně dochází i k poruše nekognitivních funkcí- emocí, spánku a chování. U Demence se objevují tři okruhy poruch: 1. poruchy aktivit denního života (poruchy profesních dovedností, poruchy schopností vykonávat základní životní aktivity, jako například oblékat se, svlékat se a postarat se o osobní vzhled i hygienu)

³⁶ KALVACH, Z., et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha, 2004, s. 546 - 548.

2. psychologické a behaviorální příznaky demence (poruchy spánku či posunutí cyklu spánek-bdění, poruchy chování, přidružené psychotické příznaky, poruchy emotivity včetně přidružené depresivní nebo úzkostné symptomatiky) 3. poruchy kognitivních funkcí.

Demence lze rozdělit do dvou základních skupin: 1. Demence atroficko-degenerativního původu (primární degenerativní demence) sem patří Alzheimerova choroba, korová nemoc s Lewyho tělísky, demence při Parkinsonově chorobě, frontotemporální demence včetně Pickovy choroby, Huntingtonova chorea a progresivní supranukleární obrna. Ostatní choroby z této skupiny se objevují vzácně a spíše u mladších lidí, než u seniorů. 2. sekundární (symptomatické) demence, kdy demence představuje příznak určitého systémového onemocnění postihující centrální nervový systém. Druhou skupinu ještě lze rozdělit na podskupiny a) ischemicko-vaskulárních demencí a b) ostatní symptomatické demence.

3.3.3 Alzheimerova nemoc

Progresivní degenerativní onemocnění - způsobující ztrátu paměťových a kognitivních funkcí, které jsou trvalé v důsledku snížené tvorby acetylcholinu (neurotransmiteru – chemické látky uvolňované z nervového zakončení na vzájemné spojení neuronů. Slouží k přenosu impulsu přes synaptickou štěrbinu a umožňuje tak další šíření podráždění (v nervovém systému). Toto onemocnění se objevuje nejčastěji u lidí ve věku nad 70 let, ale může se vyskytovat i dříve, příznaky se objevují i mezi 40. – 50. rokem věku. Není zcela prokázán přímý vliv chemických látek, se kterými se tělo během života dostává do přímého kontaktu, na vznik Alzheimerovy choroby, neustále se však spekuluje o vlivu hliníku na vznik choroby. Studie a výzkumy se provádějí už od 70. let a první hypotézy vlivu hliníku se objevily v roce 1960, nemají však zatím jednoznačné výsledky³⁷.

Alzheimerova choroba se rozvíjí plynule, pomalu a pozvolna. Příznaky se objevují zpočátku nenápadně a postupně. Teprve po uplynutí určité doby si okolí všimne a uvědomí, že se nemocný změnil. Mezi druhým až čtvrtým rokem od počátku onemocnění teprve začne být zřejmá progresse potíží. Psychické funkce jsou postiženy

³⁷ CHAMBERS, J., et al. *The Facts on File Encyclopedia of Health and Medicine* . New Yourk, 2007, s. 221- 222.

rovnoměrně. Komplexní úpadek zahrnuje veškeré kompetence i osobnost nemocného. Rozvoj nemoci lze definovat podle narušení jednotlivých funkcí: **úbytek kognitivních funkcí je generalizovaný a probíhá bez výkyvů.** Významná je postupující porucha paměti, z počátku se projevující pouhou a nenápadnou zapomnětlivostí. Postupně se vše zhoršuje a nemocný zapomíná vypnout vařič, zavřít vodu v koupelně a toto se pro ně může stát život ohrožujícím stavem, jelikož mohou například vyhořet a podobně. Nemocní neustále něco hledají a začnou trpět pocitem nejistoty a neklidu. **Komplexní porucha paměti a dalších poznávacích procesů vede ke ztrátě orientace v čase i prostoru.** Ukládají věci na nesmyslná místa- například klíče dají do ledničky a dálkové ovládání do pračky. Bloudí i v pro ně známém prostředí- odejdou na nákup, ale už netrefí domů. Nevědí, jestli je ráno nebo noc. Deorientace vyvolává úzkost a potřebu získat adekvátní informace. Postupem času dochází ke ztrátě identity- nevědí kdo jsou a nepoznávají své příbuzné, což je velmi bolestné pro členy rodiny. Nemocní nedokážou na tyto problémy adekvátně reagovat, protože postupně ztrácejí logické uvažování. Dále upadá schopnost porozumět verbálnímu sdělení a rovněž ztráta schopnosti komunikace. Ztrácejí schopnost kontrolovat své emoce a v poslední řadě se objevují změny osobnosti až rozklad osobnosti.³⁸ Neuvědomují si nevhodnost svého chování. Nakonec ztrácí zájem o vše a přestávají o sebe dbát, nejsou v posledním a nejtěžším stádiu nemoci schopni se o sebe postarat sami a stávají se tak úplně závislí na pomoci druhé osoby.

Bohužel se stále neví, jak Alzheimerovu chorobu vyléčit, protože se stále nezjistilo, jak přesně tato nemoc vzniká. Používá se celá řada farmakologických léčiv, která pomáhají s různými příznaky Alzheimerovy nemoci- například antidepresiva, neuroleptika, anxiolytika, dále se využívají inhibitory cholinesterázy, které mají schopnost v mozku obnovit potřebnou rovnováhu koncentrace acetylcholinu, která v důsledku úbytku neuronů při Alzheimerově chorobě klesá. Díky těmto lékům se zmírňují příznaky Alzheimerovy choroby.³⁹

Moderní nefarmakologické postupy: terapie orientovaná realitou, terapie validizační. Oba tyto postupy se zaměřují na usnadnění komunikace s vlastním utrpením a lepším pochopením choroby samotné. Umožníte-li lidem kolem Vás, aby lépe porozuměli vám, a porozumíte-li své chorobě, uděláte zásadní krok ke zlepšení kvality vašeho života.⁴⁰

³⁸ VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, 2004, s. 273- 274.

³⁹ HOLMEROVÁ, I., et al. *Alzheimerova nemoc v rodině*. Praha, 2004, s. 12- 17.

⁴⁰ HOLMEROVÁ, I., et al. *Alzheimerova nemoc v rodině*. Praha, 2004, s. 17.

4 ČINNOST NESTÁTNÍCH NEZISKOVÝCH ORGANIZACÍ

4.1 Vymezení pojmu nezisková organizace

Pojem nezisková organizace slýcháme často a i ho nezřídka používáme, ale málo kdo si opravdu uvědomuje, co tento název přesně znamená. Charakteristické pro neziskové organizace je to, že nebyly zřízeny nebo založeny za účelem podnikání.⁴¹ Nevytvářejí žádný zisk k přerozdělení mezi své vlastníky, správce i zakladatele; podmínkou pro vytvoření vlastního zisku se pro ně stává to, že ho zase musí vložit zpět k plnění cílů a rozvoji organizace. K základním typům nestátních neziskových organizací patří: občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti, církevní právnické osoby, nadační fondy a nadace, které se liší od ostatních neziskových organizací. Nadace je nezisková organizace pro ostatní neziskové organizace, protože jim shání finanční prostředky, což je upraveno zákonem o nadacích a jinými právními dokumenty. Nadace sama vlastní jen minimum finančních prostředků na své financování a nesmí podnikat.

Neziskové organizace se objevují všude tam, kde se chtějí lidé soukromě uplatnit a nahradit již existující, ale nedostatečně fungující státní instituce, nebo vyplnit mezery tam, kde služby stát neposkytuje vůbec. Co pro nás vše vytvářejí tyto organizace, si často ani neuvědomujeme. Připravují a pořádají velké množství naučných seminářů, prevenčních programů, organizují humanitární pomoci, opravují historické památky, zalesňují naše hory, budují cyklistické stezky, poskytují asistenční služby pro handicapované děti a starají se i o ty, kteří se sami šlapou po štěstí a propadnou gamblingu, alkoholismu či drogové závislosti.

Oblasti působení: kultura, ochrana památek, umění, výzkum a vzdělání, zdravotní péče a sociální služby, práce s dětmi a mládeží, ochrana lidských práv, rekreace sport a tělovýchova, ochrana životního prostředí, ekologická výchova, komunitní rozvoj, ostatní- (podpora neziskového sektoru, jeho PR, informační služby,

⁴¹ RŮŽIČKOVÁ, R. *Neziskové organizace vznik účetnictví, daně*. Olomouc, 2006, s. 6.

podpora dárcovství a dobrovolnictví.⁴² „Od neziskových organizací se čeká za málo peněz hodně muziky“.⁴³

4.2 Magdaléna, o.p.s. – prevence a léčba drogových závislostí

Motto: „Každý člověk je důležitý: někdo tím kým je, jiný tím, jaký je a většina tím, kým se může stát“. Centrum Magdalena- je nestátní nezisková organizace, která má jako náplň své práce léčbu závislostí na návykových látkách a hracích automatech, poskytování resocializačního programu pro osoby závislé na návykových látkách a hracích automatech, organizační činnost a vzdělávání v oblasti rozvoje lidských zdrojů. Svou práci vykonává v současné době v Praze, Kolíně, Mníšku pod Brdy, Benešově, Příbrami.⁴⁴

4.2.1 Hlavní mezníky vývoje společnosti⁴⁵

1997- Dne 7. listopadu 1997 byla založena obecně prospěšná společnost Magdaléna paní Marií Kaplanovou a městem Mníšek pod Brdy za účelem poskytování léčebně resocializačního programu pro osoby závislé na návykových látkách.

1998 - Dne 1. prosince 1998 zahájení provozu terapeutické komunity pro 13 klientů v areálu bývalé vojenské raketové základny Včelník v Mníšku pod Brdy. Oprava části původně kasárenské budovy pro provoz komunity a farmy k pracovní terapii.

1999- Zahájení provozu psychiatrické ambulance se specializací AT v areálu Včelník v Mníšku pod Brdy. Otevření systematického programu pro blízké klientů TK v Praze.

TK Magdaléna zakládá tradici kulturního festivalu terapeutických komunit ČR - „I. Kulturfest“. Zahájení spolupráce s místní farností, první návštěva p. kardinála Vlka a počátek tradice dobrovolnické práce pro Magdalénu.

2000 - Zahájení provozu programu chráněného bydlení pro 5 klientů.

Klienti TK Magdaléna vydávají clientský časopis „V úle“.

⁴² *O neziskových organizacích* [online]. Praha : Neziskovky.cz, 2011 [cit. 2012-04-03]. Dostupný z WWW: <http://www.neziskovky.cz/clanky/511_538_540/fakta_neziskovky-v_co-to-je-neziskovy-sektor/>.

⁴³ MEDLÍKOVÁ, O., ŠEDIVÝ, M. *Úspěšná nezisková organizace*. Praha, 2011, s. 11.

⁴⁴ *Základní informace* [online]. Praha : Magdaléna, o.p.s., 2007 [cit. 2012-03-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.magdalena-ops.cz/index.php?c=prod&detail=128>>.

⁴⁵ *Historie organizace* [online]. Praha : Magdaléna, o.p.s., 2007 [cit. 2012-03-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.magdalena-ops.cz/index.php?c=prod&detail=34>>.

I. etapa rekonstrukce třetiny hlavní budovy pro chráněné bydlení, společnou jídelnu a komunitní místnost. Rekonstrukce objektu chráněných dílen truhlárny a zahradnictví.

2001 - Zahájení provozu podporovaného zaměstnávání klientů v truhlárně a zahradnictví s kapacitou 5 pracovních míst.

Zvýšení kapacity TK na 14 lůžek, počátek tradice zvonění na zvon Prokop při slavnosti ukončení léčby. Zahájena mnohaletá spolupráce s ICE (Iniziativa Christian für Europe), první dobrovolník ze SRN je na roční službě v programu TK.

Rekonstrukce samostatné budovy chráněného bydlení, požární nádrže, pořízena briketovací linka na výrobu ekologických briket z dřevního odpadu.

2002 - Zvýšení kapacity rezidenčních programů na 21 lůžek. Vlastní příjmy z hlavní i doplňkové činnosti přesáhly poprvé 20% celkových příjmů organizace.

Sponzorské dary dosáhly ojedinělé výše 1 600 000 Kč a pomohly překlenout dočasný propad finančních zdrojů.

2003 - II. etapa rekonstrukce hlavní budovy (výměna oken, balkony, můstek, zateplení části fasády). Prvních 5 let provozu, rezidenčními programy prošlo na 80 klientů, z nichž 60 dlouhodobě abstínuje od drog.

2004 - Vydání odborné publikace „Terapeutická komunita pro drogově závislé I.“ Spolupořádání AT konference Středočeského kraje. Zahájení mezinárodní spolupráce s dalšími terapeutickými komunitami v Evropě. Vybudování studny, kořenové čističky odpadních vod, zateplení fasády.

2005 - Spolupořádání celostátní AT konference ČLS JEP. Udělení certifikace odborné způsobilosti programu TK Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

Návštěva nestora evropských TK M. Kooymana v Magdaléně. Oficiální předání budov v areálu Ministerstvem obrany ČR do vlastnictví společnosti. Spolupráce na tvorbě „Koncepte zdravotních a sociálních služeb pro závislé ve Středočeském kraji“. Rozšíření počtu pracovních míst v programu podporovaného zaměstnávání klientů.

2006 - Stali se se školicím pracovištěm pro studenty oboru adiktologie 1. Lékařské fakulty University Karlovy a studenty Prešovské univerzity. Zahájení provozu Doléčovacího centra Magdaléna v Praze 4 - Podolí.

Přijetí TK Magdaléna za řádného člena Evropské federace terapeutických komunit (Europe Federation of Therapeutic Communities - EFTC). Zvýšení celkové kapacity rezidenčních programů na 23 lůžek. Přípravy na přijetí K-centra Benešov do společnosti.

2007 – Zahájení provozu nízkoprahových služeb v K-centru Benešov a rozvoj terénních programů na Benešovsku. Ve spolupráci s 1. lékařskou fakultou Univerzity Karlovy realizovány specifické, primárně preventivní programy v regionech Benešovska a Příbramska. Oslavy 10. výročí založení společnosti spojené s návštěvou kardinála Vlka. Vydání druhého dílu odborné publikace Terapeutická komunita pro drogově závislé 2.

2008 – Přijetí K centra Příbram s jeho terénními i primárně preventivními programy do portfolia jejich služeb ve Středočeském kraji. Otevření psychiatrické AT ambulance v Kolíně. Rozšíření primární prevence na Benešovsku a dlouhodobé systematické programy. Oslavy 10. výročí zahájení provozu Terapeutické komunity Magdaléna spojené s návštěvou kardinála Vlka.

2009 – Druhá etapa rekonstrukce budov pro rezidenční péči v areálu Včelník, díky finanční podpoře Ministerstva financí.

4.2.2 Struktura organizace

Tabulka 1: Struktura organizace Magdaléna, o. p. s.⁴⁶

Jméno	Funkce	Od
Marie Kaplanová	Zakladatelka	
P. Robert Cieszkowski	Člen správní rady	30. 08. 2008
Stanislav Jirota	Člen správní rady	08. 02. 2008
Jiří Zápal	Člen správní rady	23. 03. 2008
Ing. Petr Digrin, Ph.D.	Člen správní rady	22. 01. 2007
Miloš Navrátil	Člen správní rady	13. 05. 2009
PhDr. Pavla doležalová	Členka správní rady	19. 05. 2010
JUDr. Milan Hulík	Člen dozorčí rady	23. 05. 2007
Jaromír Holec	Člen dozorčí rady	23. 05. 2007
Ing. Jakub Dvořák	Člen dozorčí rady	13. 05. 2009
MUDr. Petr Nevšímal	Ředitel	

⁴⁶ *Statutární orgány a vedení společnosti Magdaléna, o.p.s.* [online]. Praha : Magdaléna, o.p.s., 2007 [cit. 2012-03-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.magdalena-ops.cz/index.php?c=prod&detail=33>>.

4.2.3 Služby poskytované organizací v Příbrami

Centrum primární prevence⁴⁷

Vývojová fáze biologického zrání a utváření vlastní identity se pro dospívající jedince stává velmi složitou a nejkrizovější etapou. Každý z nás v tomto období prochází řadou proměn a začneme si uvědomovat své životní preference. Hledáme sebe skrze své záliby a životní styl- nejvíce nás ovlivňují v této fázi života naši vrstevníci a přátelé. Vyvíjí se tlak a nároky ze strany rodičů a našich blízkých a začne nás naplňovat pocit úzkosti, frustrace, zmatenosti a nejistoty. V dospívání se každý setkává s obrovskými změnami a osobním vývojem, ale je na každém z nás, kam budou směřovat naše kroky- zdali půjdeme za vzděláním a za naší budoucností, nebo do kriminálu. Primární prevence je nejvhodnější způsob či přístup, jak dospívající lidi chránit pomocí včasného poskytnutí informací a vzdělání před rizikovým chováním.

Posláním centra primární prevence Magdaléna, o.p.s.: předcházet vzniku rizikového chování u dětí a mládeže, užívání návykových látek, šikaně, násilí, jinému závislostnímu chování, gammblingu, politickému a náboženskému extremismu, netolismu, rasismu, xenofobii, rizikovému sexuálnímu chování, případně minimalizovat jeho dopad a zamezit jeho rozšiřování.

Programy primární prevence - pomáhají žákům ze školských zařízení získávat znalosti, osvojit si a rozvinout takové dovednosti, s nimiž mají předpoklad bezpečně zvládnout nejistoty v náročném období dospívání. Zároveň motivují dospělou populaci k utváření pozitivního, podpůrného a pečujícího prostředí ve školách a rodinách. Jejich efektivnost je vysoká, díky metodě dlouhodobého, kontinuálního a interaktivního působení, a předávání objektivních informací.

Podporují rozvoj zdravého životního stylu, sociálních dovedností a zvyšování kvality a efektivity realizovaných programů.

Komu je program určen: Program Centra primární prevence je určen především

1. školám- třídním kolektivům žáků 7.- 9. tříd základních škol, středním odborným školám, odborným učilištím.
2. skupinám pedagogů, profesním skupinám, rodičům i široké veřejnosti.

⁴⁷ *Centrum primární prevence* [online]. Praha : Magdaléna, o.p.s., 2007 [cit. 2012-03-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.magdalena-ops.cz/index.php?c=prod&detail=92>>.

Cíle programu: Dítě odpovědné za vlastní chování a způsob života v míře přiměřené jeho věku. Dítě s posílenou duševní odolností vůči stresu, negativním zážitkům a vlivům schopné dělat samostatná (a pokud možno správná) rozhodnutí, při vědomí všech alternativ, schopné řešit problémy, případně schopné nalézt pomoc pro řešení problémů, otevřené a pozitivně nastavené k sociálním vztahům, zvláště ve škole a v rodině, aktivně přijímající zdravý životní styl (životospráva, sportovní a kulturní aktivity).

Zvýšená kvalita a efektivita preventivních aktivit ve školách a rodinách- dospělá populace, která aktivně vytváří pozitivní, podpůrné a pečující prostředí a životní podmínky pro děti a dospívající mládež. Jednotlivé programy realizují školení a pravidelně supervidovaní lektori.

Programy primární prevence:

- Dlouhodobý program primární prevence pro žáky druhého stupně základních škol
- Interaktivní seminář pro studenty středních škol, učilišť a gymnázií
- Exkurze do nízkoprahového zařízení poskytují v rámci širšího preventivního působení
- Nadstandardní nabídka na základě domluvy a specifických požadavků klienta

Vzdělávání:

- Dlouhodobý kurz pro pedagogy Evropský preventivní projekt EU-DAP
- Interaktivní seminář pro pedagogy
- Specializační studium pro ŠMP studium je koncipováno v počtu 250 hodin.

Terénní programy⁴⁸

Uživatelé návykových látek, zvláště pak ti s rozvinutým stupněm závislosti a rizikovým chováním, většinou nemají dostatečnou motivaci k vyhledávání pomoci, přestože často trpí závažnými zdravotními, psychosociálními a právními problémy. Mnohdy ani o takové pomoci nevědí nebo mají obavu z pomocných institucí, či nejsou

⁴⁸ *Terénní programy* Magdaléna [online]. Praha : Magdaléna, o.p.s., 2007 [cit. 2012-03-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.magdalena-ops.cz/index.php?c=prod&detail=120>>.

schopni splnit jejich podmínky. Magdaléna, o.p.s. proto provozuje registrovanou sociální službu - terénní program, který je nízkoprahovou službou pro uživatele návykových látek přímo na ulici. Tato služba vychází z přesvědčení, že se dá zabránit celé řadě komplikací spojených s užíváním drog, pokud se uživatele podaří oslovit a ovlivnit.

Posláním v rámci služeb Terénních programů Magdaléna, o.p.s. je minimalizovat zdravotní a sociální rizika související s užíváním drog a současně chránit veřejné zdraví před možnými negativními důsledky takového chování. Proto se snaží vyhledat a oslovit skryté uživatele drog na veřejných místech v jejich přirozeném prostředí, navázat a udržet s nimi kontakt a zprostředkovat jim vazbu se společenským prostředím. Tyto osoby motivují k méně rizikovým způsobům užívání návykových látek, ke změně životního stylu nebo k případné abstinenci tak, aby zlepšili kvalitu jejich života, která jim případně v budoucnu umožní návrat zpět do běžné společnosti.

Terénní programy Magdaléna jsou registrovanou nízkoprahovou sociální službou pro uživatele návykových látek, poskytovanou přímo na ulici a zahrnují soubor činností a aktivit, které stojí na pomyslném začátku v systému péče o uživatele drog a často jsou vůbec první službou, se kterou se uživatelé návykových látek setkávají. Zajišťují stěžejní opatření směřující ke snižování zdravotních a sociálních rizik souvisejících s užíváním návykových látek a k ochraně společnosti a veřejného zdraví před možnými negativními důsledky, které vyplývají z jejich zneužívání. Klientům zaručují bezpečný a anonymní kontakt s odbornou službou, bez dalších zvláštních nároků (např. na objednání, prokázání totožnosti, poplatky) a bez velkých ambicí na jejich rychlou změnu.

Metody práce: terénní pracovníci působí ve Středočeském kraji a pravidelně vyjíždějí do více jak deseti měst a obcí na Benešovsku a Příbramsku. Terénní pracovníci aktivně vyhledávají uživatele drog (klienty) na veřejných místech v jejich přirozeném prostředí, které je jim blízké a v němž se cítí v bezpečí. Terénní pracovníci se snaží klienty oslovit, navázat s nimi kontakt, a postupně i vztah vzájemné důvěry, aby jim mohli nabízet potřebné služby a pomoc, které jsou schopni přijmout. Terénní pracovníci vždy postupují podle standardů odborné způsobilosti, klienty přijímají s jejich životním stylem a nechávají jim dostatečný prostor k tomu, aby se rozhodli, zda naše služby a pomoc využijí, či nikoliv.

Centrum adiktologických služeb Magdaléna⁴⁹

KONTAKTNÍ A PORADENSKÉ SLUŽBY - Posláním kontaktních a poradenských služeb je poskytovat anonymní a bezplatnou pomoc uživatelům drog starším 15 let, kteří nejsou dostatečně motivováni k zásadní změně drogového životního stylu. Profesionálním a individuálním přístupem ke každému z nich se snažíme zlepšit kvalitu jejich života po stránce psychické, zdravotní a sociální, aby se mohli snáze zapojit do společnosti. Jejich rodinným příslušníkům a blízkým osobám pomáháme v řešení problémů souvisejících s užíváním drog a s orientací v této oblasti.

Kontaktní centra jsou určena ke včasnému krizovému zásahu, poradenství, zdravotní a sociální pomoci uživatelům, kteří se mohou nacházet v různém stupni užívání drog (od prvotního experimentu přes „rekreační užívání“, „problémové užívání“, až po závislost s rozsáhlým poškozením zdraví). Nabízejí širokou škálu pomoci od podávání základních informací k rozhovorům motivujícím ke změně životního stylu a od jednorázové poradenské intervence k systematické, strukturované a dlouhodobější pracovní spolupráci s jasněji vymezenými cíli. V rámci vzájemné spolupráce přijímáme klientovo prožívání a neodmítáme jeho pohled na svět, nabízíme mu porozumění a orientaci v jeho situaci, přestože s jeho nezodpovědným a rizikovým chováním nesouhlasíme. Naopak se snažíme spolu s klientem hledat možnosti a řešení jeho složité situace, které by mu umožnily posun ke spokojenějšímu způsobu života.

Služby:

- Kontaktní práce
- Informační servis o rizicích spojených s užíváním drog, o dostupných poradenských, léčebných a jiných odborných programech
- Výměnný program a distribuce zdravotního materiálu pro snížení škod
- Základní zdravotní ošetření
- Hygienický, potravinový a vitamínový servis
- Krizová intervence
- Sociální poradenství
- Asistenční služba - doprovod na úřady, k lékaři
- Individuální a rodinné poradenství a terapie

⁴⁹ *Centrum adiktologických služeb Magdaléna - Příbram* [online]. Praha : Magdaléna, o.p.s., 2007 [cit. 2012-03-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.magdalena-ops.cz/index.php?c=prod&detail=83>>.

4.3 Farní charita Příbram - domácí pečovatelská a ošetřovatelská služba

4.3.1 Druhy služeb⁵⁰

1. Ošetřovatelská služba zajišťuje ošetřovatelské výkony dle indikace ošetřujícího lékaře:

- ošetřovatelskou rehabilitaci
- aplikace injekcí
- odběry krve
- péči o pacienty se stomií
- kontrolu celkového stavu klienta
- ošetření permanentních katetrů (cévky)
- spolupráci s ošetřujícím lékařem
- aplikace infuzí terapie dle indikace lékaře.
návčik aplikace inzulínu
- komplexní péče o dlouhodobě ležící klienty
- veškerá lokální ošetření – převazy

Práci vykonávají pouze registrované zdravotní sestry s praxí u lůžka, ošetřovatelská služba je hrazena ze zdravotního pojištění na základě doporučení lékaře.

2. Pečovatelská služba se poskytuje dětem, osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a to v přirozeném prostředí. Služba spočívá v pomoci při zvládnání běžných úkonů:

- péče o vlastní osobu - pomoc při podávání jídla a pití, při oblékání, při prostorové orientaci, při samostatném pohybu ve vnitřním prostoru, při přesunu na lůžko nebo na vozík
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu - zajištění kompletní osobní hygieny
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy - donáška jídla, pomoc při přípravě jídla a pití, zajištění stravy odpovídající věku a potřebám dietního stravování

⁵⁰ *Naše služby* [online]. Příbram : Farní charita Příbram, 2011 [cit. 2012-04-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.charita-pribram.cz/sluzby.htm>>.

- pomoc při zajištění chodu domácnosti - běžný úklid a údržba domácnosti, pomoc při zajištění velkého úklidu, zajištění běžného i velkého nákupu, praní a žehlení osobního i ložního prádla
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Tato služba je zaregistrována od 17.9.2009.

3. Denní stacionář pro seniory- je sociální služba, určená pro seniory a všechny věkové kategorie od devatenácti let, kteří jsou v důsledku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiné fyzické osoby.

Cíl: zajistit úlevu pečující rodině, zbavit lidi pocitu samoty, opuštěnosti a zbytečnosti, aktivizace klientů, podpora uživatelů tak, aby mohli co nejdéle zůstat v domácím prostředí, navazování nového přátelství,

4. Odlehčovací služba- je poskytována osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, o které jinak pečuje osoba blízká v domácnosti.

Cílem služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek, pomoc klientovi při zvládnutí běžných úkonů:

- péče o vlastní osobu - pomoc při podávání jídla a pití, při oblékání, při prostorové orientaci, při samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru, při přesunu na lůžko nebo na vozík
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu - zajištění kompletní osobní hygieny
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy - zajištění stravy přiměřené době poskytování služby a odpovídající věku a potřebám dietního stravování, pomoc při přípravě stravy
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím - doprovod do školy, k lékaři, do zaměstnání, na zájmové aktivity, na úřady, podpora při těchto aktivitách
- sociálně terapeutické činnosti - rozvoj nebo udržení sociálních a osobních schopností a dovedností
- pomoc při uplatňování práv a výchovné, vzdělávací a aktivizační schopnosti

5 VYHODNOCENÍ EFEKTIVNOSTI ČINNOSTI NESTÁTNÍCH NEZISKOVÝCH ORGANIZACÍ V PROBLEMATICE ZÁVISLOSTI

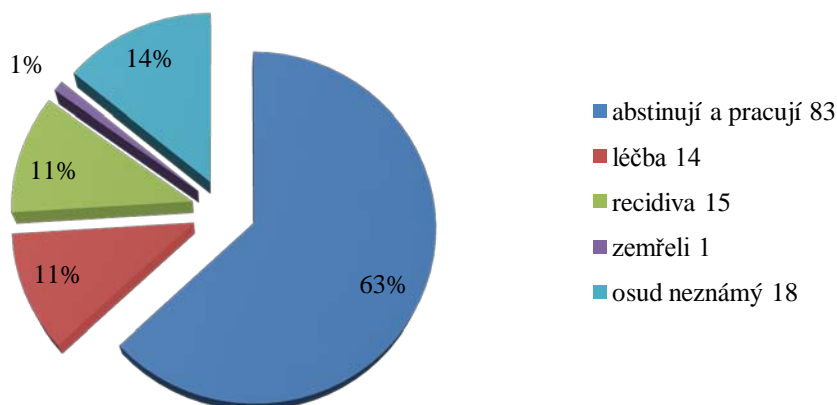
5.1 Efektivnost centra Magdalény,o.p.s.

Zda-li je vůbec možné vyřešit úplně drogovou závislost je nejasná záležitost. Někteří klienti se rozhodnou sami přestat brát drogy a u nich může dojít k vyléčení, jiní klienti jsou k léčbě donuceni a u nich efektivnost léčby pravděpodobně nebude téměř žádná. Vše se odvíjí od povahy závislého a ne od efektivní práce organizace. Pracovníci centra Magdalény se snaží všemi možnými dostupnými prostředky řešit drogovou závislost. Efektivnost léčby pramení z vlastního rozhodnutí.

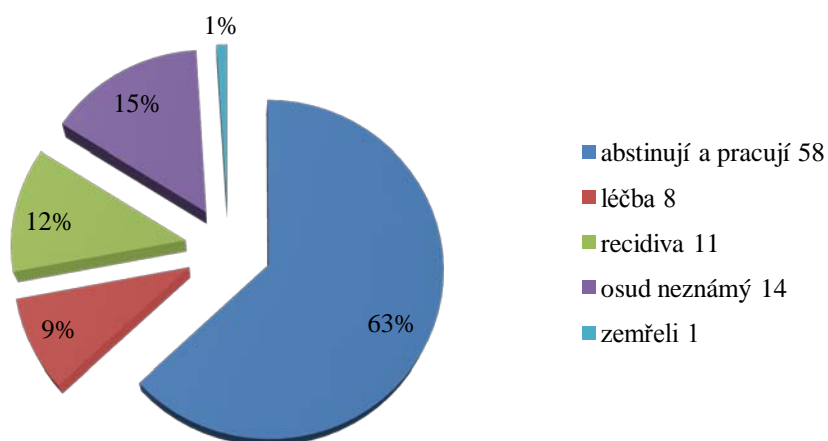
- Obrovskou efektivnost přináší snaha předcházet závislosti pomocí programů primární prevence
- Snaha o to, aby závislí lidé a jejich okolí neonemocněli vážnou přenosnou chorobou- k tomu slouží terénní programy
- Aby se zlepšil vztah mezi závislými a jejich rodinami, protože bez podpory někoho blízkého se spíš objeví recidiva
- Léčba v rezidenčních programech daleko od původního bydliště
- Chráněná bydlení
- Ambulantní doléčovací programy
- Resocializační programy- aby nedocházelo k recidivě

Níže uvedené grafy zahrnují klienty celé organizace, protože k získání reprezentativních výsledků je zapotřebí větší počet klientů, aby mohla být prokázána efektivnost organizace ve stránce její efektivity při řešení toxikománie. Z vysokého počtu abstinujících je zjevná efektivnost léčby.

Graf 1: Stav klientů Magdalény rok po ukončení léčby⁵¹



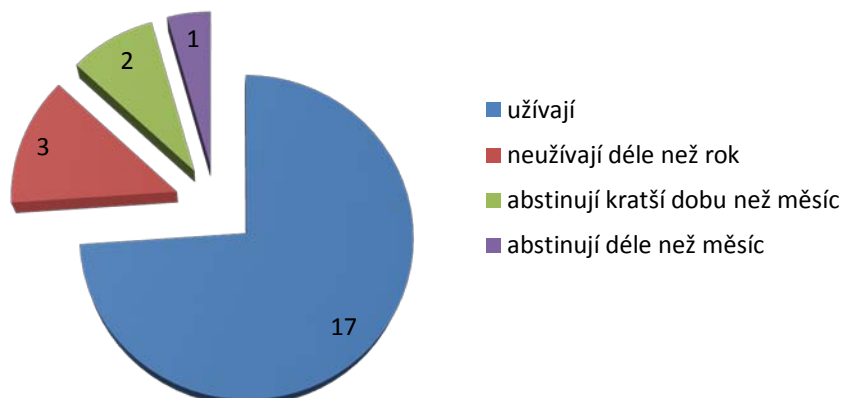
Graf 2: Stav klientů Magdalény tři roky po ukončení léčby⁵²



⁵¹ *Statistika léčby rezidenčních programů* [online]. Praha : Magdaléna, o.p.s., 2007 [cit. 2012-03-03]. Dostupný z WWW:<<http://www.magdalena-ops.cz/index.php?c=prod&detail=47>>.

⁵² *Statistika léčby rezidenčních programů* [online]. Praha : Magdaléna, o.p.s., 2007 [cit. 2012-03-03]. Dostupný z WWW:<<http://www.magdalena-ops.cz/index.php?c=prod&detail=47>>.

Graf 3: Uživatelé tvrdých drog v Příbrami v roce 2012 mimo centrum Magdalénu⁵³



Tento graf byl sestaven na základě terénního výzkumu a slouží pouze pro dokreslení situace, aby si mohl každý vytvořit představu, o tom, kolik uživatelů nealkoholových nelegálních drog žije v Příbrami. Terénní výzkum byl prováděn po dobu 3 měsíců a zahrnuje 23 uživatelů tvrdých drog, kteří brali nebo berou drogu déle než rok.

5.2 Efektivnost Farní charity Příbram

Ze zúčastněného pozorování a stráveného času s ředitelkou organizace a se všemi zaměstnanci vyplynulo, že aby efektivnost organizace byla co nejvyšší, musí fungovat na pracovišti harmonické vztahy mezi zaměstnanci a ředitelkou i zaměstnanci navzájem. Díky tomu, že ve Farní charitě Příbram fungují velmi dobré vztahy, mohou se zaměstnanci neustále vyvíjet a díky tomu, se posouvá i organizace neustále dál. Jde i o to, aby mohl fungovat plynulý chod organizace, musí mezi sebou pracovníci neustále komunikovat a domlouvat se a vypomáhat si, když někdo něco nestíhá, nebo nemůže dorazit z nějakého důvodu za klientem. Bez toho by efektivnost nemohla být tak vysoká.

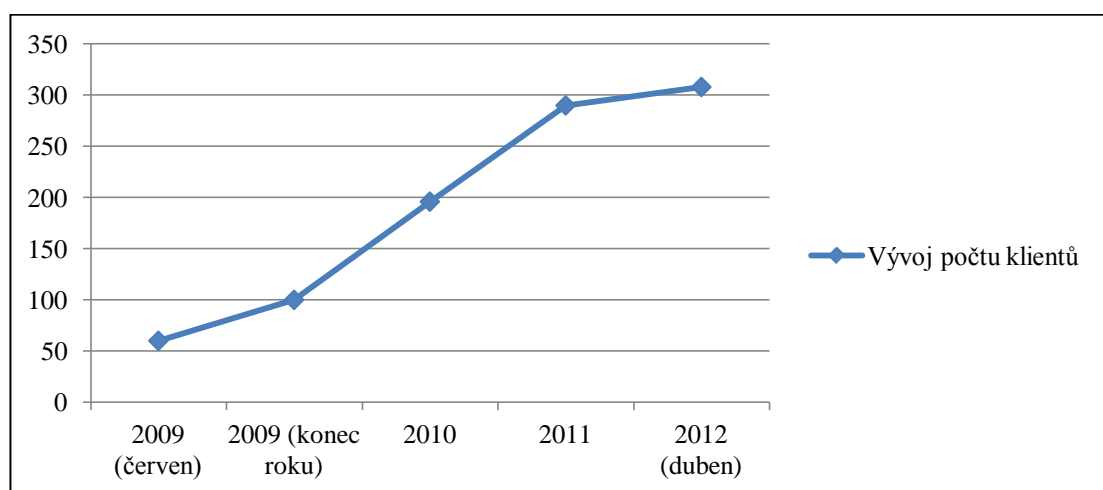
- Zlepšování kvality života pacientů i jejich blízkých

⁵³ Vlastní zdroj

Můžete mít doma člena rodiny, který má smrtelnou nevléčitelnou chorobu v pokročilém či terminálním stádiu a poskytnout mu vše potřebné, aby mohl zůstat ve svém přirozeném prostředí

- Pomůžou Vám se vyrovnat s umíráním a se smrtí blízkého člověka
- Efektivnost vyplývá ze spokojenosti klientů, která se dá prokázat především enormním růstem klientů (v roce 2009 měla Farní charita Příbram 60 klientů a v roce 2012 už služeb poskytovaných touto organizací využívá 308 klientů (průměrný nárůst počtu klientů je 8 klientů za měsíc))

Graf 4: Vývoj počtu klientů charity od roku 2009- 2012⁵⁴



⁵⁴ Vlastní zdroj

ZÁVĚR

Efektivnost činnosti nestátních neziskových organizací je opravdu vysoká. Při psaní bakalářské práce a rozboru jednotlivých programů vybraných nestátních neziskových organizací vyplynuly jasná fakta. Člověk závislý na droze či drogách musí podstoupit léčbu daleko od svého původního bydliště i života, a proto centrum Magdaléna posílá své klienty na léčbu do jiných měst. Nejeftektivnější způsob léčby probíhá v rezidenčních programech, kdy klienti zcela opustí svůj dosavadní život a tím se oprostí od rizikových faktorů. Nejproblémovější okamžik pochopitelně nastává při odchodu z léčebného programu a návratu do původního života. Pokud si nedokáže člověk uspořádat život jinak a odtrhnout se od lidí, kteří mohli být příčinou jeho drogové závislosti, léčba byla zbytečná a ve většině případů dochází k recidivě. Bohužel tomu tak bývá ve většině případů, a proto se snaží i v těchto případech nestátní nezisková organizace zasáhnout a poskytuje resocializační programy a ambulantní doléčovací program.

Centrum Magdaléna se pokouší pracovat i s lidmi, kteří se léčit nechtějí- a jejich způsob života jim zcela vyhovuje. Snaží se v těchto případech hlavně o prevenci přenosných nemocí, ke kterým dochází - intravenózní aplikací drog a následné odhození injekční stříkačky, čím ohrožují své okolí, a proto vyměňují v terénních programech pracovníci použité injekční stříkačky za nové a sterilní. Toto se pracovníkům osvědčilo jako efektivní, jelikož návratnost použitých stříkaček je vysoká.

Prokázat efektivnost organizace, která pracuje s drogově závislými, se stalo složité hlavně proto, že aby léčba mohla mít nějaké kladné výsledky, musí poskytovat svým klientům pestrou paletu programů a péče, což nelze všechno zahrnout na jednom místě jednou organizací. Magdaléna spolupracuje s pražskou psychiatrickou léčebnou Bohnice a s jihočeskou psychiatrickou léčebnou Červený Dvůr. O tom, kam umístit na léčbu konkrétního klienta, aby byl efekt léčby co největší, jelikož každému vyhovuje jiný program a jiné místo a k tomu se musí brát v potaz ještě mnoho dalších faktorů, to všechno pečlivě promýšlejí a zvažují pracovníci centra Magdalény každý den. Všechno co se týká úspěšnosti léčby, ale vyplývá z jedné hlavní myšlenky: efektivnost léčby vyplývá z vlastního rozhodnutí.

Aby i do budoucnosti mohla nestátní nezisková organizace Magdaléna zvyšovat efektivitu své práce a rozšiřovat své pole působení, musela by získat větší podporu od společnosti, jelikož při zpracovávání bakalářské práce došlo ke zjištění, že se den co den

setkávají pracovníci s kritikou, že jejich práce je zbytečná, že „feťák“ zůstane „feťákem“, přesto pravdou zůstává, že jejich práce je účtyhodná! Lidé si dost často neuvědomují, že do situace, kdy se někdo z jejich rodiny stane drogově závislým, můžou dostat kdykoliv a možná teprve potom, přestanou kritizovat velmi náročnou a zdlouhavou práci. Proč si ale musí člověk sáhnout na dno, aby pochopil, že lidé, kteří zasvětili svůj život boji proti drogám a veškeré své úsilí věnují pomoci drogově závislým, které ani neznají a vědí, že jejich práce kolikrát nemá efekt vůbec žádný i tak to s nimi nevzdávají a snaží se dál. Rozhodně nejsou pro naši společnost zbyteční, ale právě naopak je potřebujeme a měli bychom si jich vážít a podporovat je.

Efektivnost nestátní neziskové organizace Farní charity Příbram byla prokázána každoročně se enormně zvyšujícím počtem klientů a povahou služeb-poskytovaných klientům, pomocí kterých pracovníci každodenně zvyšují kvalitu života jak nemocným, tak i jejich rodinám a blízkým. Spokojenost klientů je téměř 100%, což je prokázáno na základě zpětné vazby a stálosti klientů. Důvodů proč stále více klientů využívá služeb Farní charity je mnoho. Od doby- kdy se stala ředitelkou Alena Ženíšková v roce 2009, odvedla obrovský kus práce a rozšířila služby i možnosti organizace. V roce 2009 využívalo služeb organizace okolo šedesáti klientů a v roce 2012 v březnu jich bylo už přes tři sta. Díky této organizaci můžete mít doma například člena rodiny v pokročilém i terminálním stádiu nemoci, což využívá stále více klientů, aby se mohli s blízkým rozloučit a zajistit mu pro jeho poslední dny co nejméně stresující prostředí. Díky sesterské péči mohou podávat při velkých bolestech opiáty a tím plně nahradit pobyt v nemocnici. Snaží se pomoci a vyhovět klientům ve všem samozřejmě v rámci jejich možností a s příchodem nových klientů a dalších požadavků, se neustále rozvíjejí a snaží se přizpůsobit daným okolnostem.

Práce je inovativní v tom, že porovnávala dvě odlišné závislosti, aby díky kontrastu mezi nimi podala skutečnou představu o každé z nich. Prokázala potřebnost nestátních neziskových organizací a vyzdvihla jejich efektivnost, což je i praktický přínos práce. Podala prostřednictvím terénního výzkumu přehled o tom, že drogová závislost není v Příbrami ojedinělý jev. Dále došlo ke zjištění, že efektivnost nestátních neziskových organizací v Příbrami ale i všeobecně po celé České republice nelze shrnout. Každý člověk vnímá efektivnost v něčem jiném. Co je efektivní pro jedince, neznamená efektivnost pro celou společnost. Vše je ovlivněno neskutečně velkým množstvím různých faktorů a na základě zúčastněného pozorování bylo zjištěno, že nejvíce co efektivnost ovlivňuje, je ředitel organizace a samozřejmě pracovníci. Další

faktor - který nesmíme opomenout, vychází z toho, čím se organizace zabývá a jakou má podporu od veřejnosti. Při porovnávání efektivnosti dvou nestátních neziskových organizací, které vykonávají práci ve velmi odlišných směrech, vyplynulo následující: obě organizace vykonávají efektivní práci, ale na jednu budou vždy lidé pohlížet s úctou, jelikož pracuje s nemocnými i umírajícími lidmi a snaží se jim zlepšit kvalitu života, na druhou lidé pohlížejí s kritikou, protože pracuje s lidmi, kteří si dobrovolně zhoršují kvalitu života. Podporu ale potřebují obě organizace stejně a třeba v budoucnosti si každý z nás uvědomí, že je jedno, kdo je klientem jaké organizace - všichni jsme lidé a potřebujeme pomoc.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Literární zdroje

1. ARANDA, S., O'CONNOR, M., et al. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. vyd. Praha : Grada publishing, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
2. BARNARDOVÁ, M. *Drogová závislost a rodina*. 1. vyd. Praha : Triton, 2011. 202 s. ISBN 978-80-7387-386-8.
3. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha : Karolinum, 2002. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
4. EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION. *Annual report on the state of the drugs problem in Europe*. Luxembourg : Publications Office of the European Union, 2011. 105 s. ISBN 978-92-9168-470-0.
5. HOLMEROVÁ, I., et al. *Alzheimerova nemoc v rodině*. 5. vyd. Praha : Pfizer, 2004. 97 s.
6. CHAMBERS, J., et al. *The Facts on File Encyclopedia of Health and Medicine*. New Yourk, Fact on file, 2007, 1840 s. ISBN 0-8160-6063-0.
7. JANIÁKOVÁ, D. *Tak už dost! Východiská zo závislostí*. 1. vyd. Bratislava : Kontakt, 2003. 220 s. ISBN 80-968985-0-7.
8. JANOTOVÁ, D., PAVLOVSKÝ, P., RABOCH, J. *Psychiatrie minimum pro praxi*. 4. vyd. Praha : Triton, 2006. 211 s. ISBN 80-7254-746-1.
9. JELÍNKOVÁ, J., KŘIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2009. 272 s. ISBN 978-80-7367-583-7.
10. KALINA, K. *Drogy v ordinaci praktického lékaře*. 2. vyd. Praha : Filia, 1999. 95 s. ISBN 80-238-4088-6.
11. KALINA, K., et al. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.
12. KALVACH, Z, et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha : Grada publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
13. MATOUŠEK, O., et al. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha : Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.

14. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 2. vyd. Praha : Portál, 2008. 272 s. ISBN 978-80-7367-368-0.
15. MEDLÍKOVÁ, O., ŠEDIVÝ, M. *Úspěšná nezisková organizace*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, 2011. 160 s. ISBN 978-80-247-4041-6.
16. MILLER, L.R. *Encyclopedia of addictive drugs*. London : Greenwood Press, 2002. 491 s. ISBN 0-313-31807-7.
17. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti*. 2. vyd. Praha : Sportpropag, 1994. 159 s.
18. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. 152 s. ISBN 80-7178-432-X.
19. NIKLOVÁ, M. *Prevenia drogových závislostí v školskom prostredí*. Banská Bystrica : Bratia Sabovci, 2009. 157 s. ISBN 978-80-8083-783-9.
20. ROTH, J., et al. *Parkinsonova nemoc*. 4. vyd. Praha : Maxdorf, 2009. 222 s. ISBN 978-80-7345-178-3.
21. RŮŽIČKOVÁ, R. *Neziskové organizace*. 8. vyd. Olomouc : Anag, 2006. 231 s. ISBN 80-7263-343-0.
22. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha : Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
23. VALÍČEK, P., et al. *Rostlinné omamné drogy*. 1. vyd. Benešov : Start, 2000. 191 s. ISBN 80-86231-09-7.
24. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha : Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740.

Elektronické zdroje

1. *Centrum adiktologických služeb Magdaléna - Příbram* [online]. Praha : Magdaléna, o.p.s., 2007 [cit. 2012-03-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.magdalena-ops.cz/index.php?c=prod&detail=83>>.
2. *Centrum primární prevence* [online]. Praha : Magdaléna, o.p.s., 2007 [cit. 2012-03-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.magdalena-ops.cz/index.php?c=prod&detail=92>>.
3. *Historie organizace* [online]. Praha : Magdaléna, o.p.s., 2007 [cit. 2012-03-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.magdalena-ops.cz/index.php?c=prod&detail=34>>.
4. *Kdo jsme* [online]. Lisabon : Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost, 2009 [cit. 2012-01-07]. Dostupný z WWW: <<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index376CS.html>>.
5. MINAŘÍK, J. *Dělení drog podle jejich účinku* [online]. Praha : Sananim – Drogová poradna, 2012 [cit. 2012-01-07]. Dostupný z WWW: <<http://www.drogoaparadna.cz/Uvodni-stranka.html>>.
6. *Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti* [online]. drogy-info – informační portál o ilegálních a legálních drogách, 2011 [cit. 2012-01-07]. Dostupný z WWW: <http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/co_jsme/narodni_monitorovaci_stredisko_pro_drogy_a_drogove_zavislosti>.
7. *Naše služby* [online]. Příbram : Farní charita Příbram, 2011 [cit. 2012-04-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.charita-pribram.cz/sluzby.htm>>.
8. *O neziskových organizacích* [online]. Praha : Neziskovky.cz, 2011 [cit. 2012-04-03]. Dostupný z WWW: <http://www.neziskovky.cz/clanky/511_538_540/fakta_neziskovky-v_co-to-je-neziskovy-sektor-/>.

9. *Paliativní péče* [online]. Praha : Osobní asistence, 2009 [cit. 2012-03-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=3>>.
10. *Příspěvky na péči od 1 /1/ 2012* [online]. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2011 [cit. 2012-03-07]. Dostupný z WWW: <<http://socialnireforma.mpsv.cz/cs/23#1.3>>.
11. RADIMECKÝ, J. *Proč lidé užívají drogy* [online]. Praha : Adiktologie.cz, 2012 [cit. 2012-03-07]. Dostupný z WWW: <<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/69/28/Proc-lide-uzivaji-drogy>>.
12. *Rozdělení drog* [online]. Praha : Substituční-léčba.cz, 2011 [cit. 2012-01-07]. Dostupný z WWW: <<http://www.substitutni-lecba.cz/rozdeleni-drog>>.
13. *Statistika léčby rezidenčních programů* [online]. Praha : Magdaléna, o.p.s., 2007 [cit. 2012-03-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.magdalena-ops.cz/index.php?c=prod&detail=47>>.
14. *Statutární orgány a vedení společnosti Magdaléna, o.p.s.* [online]. Praha : Magdaléna, o.p.s., 2007 [cit. 2012-03-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.magdalena-ops.cz/index.php?c=prod&detail=33>>.
15. *Terénní programy Magdaléna* [online]. Praha : Magdaléna, o.p.s., 2007 [cit. 2012-03-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.magdalena-ops.cz/index.php?c=prod&detail=120>>.
16. *Základní informace* [online]. Praha : Magdaléna, o.p.s., 2007 [cit. 2012-03-03]. Dostupný z WWW: <<http://www.magdalena-ops.cz/index.php?c=prod&detail=128>>.

SEZNAM GRAFŮ A TABULEK

Graf 1: Stav klientů Magdalény rok po ukončení léčby.....	44
Graf 2: Stav klientů Magdalény tři roky po ukončení léčby.....	44
Graf 3: Uživatelé tvrdých drog v PB v roce 2012 mimo centrum Magdalénu.....	45
Graf 4: Vývoj počtu klientů charity od roku 2009- 2012.....	46
Tabulka 1: Struktura organizace Magdaléna, o. p. s.....	36