

Konference Prevence úrazů, otrav a násilí

V prosinci loňského roku proběhla pod záštitou děkana prof. MUDr. Miloš Velemínského, CSc., na půdě Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích odborná konference Prevence úrazů, otrav a násilí. Konference byla uspořádána Střediskem prevence úrazů v Jihočeském kraji, které od roku 2005 funguje při Ústavu sociální práce ZSF JU, a byla realizována za finanční podpory ZSF JU a IGA MZ ČR NR/8468-3/2005. Cílem konference bylo postihnout aktuální témata z oblasti primární, sekundární i terciární prevence týkající se úrazů, otrav a násilí u dětí, dospělých i seniorů. Aktivní účast na konferenci přijalo celkem 20 odborníků, kteří se danou problematikou v České republice zabývají a kteří přednesli své odborné referáty. Součástí konference byla také posterová prezentace.

Účastníci byli v náročném programu konference seznámeni například se zdravotními a sociálními aspekty úrazovosti, s aktualitami v oblasti dětské úrazové prevence, která se týká schválení Národního akčního plánu prevence dětských úrazů na období 2007–2017, s problematikou školní úrazovosti z pohledu České školní inspekce, s problematikou Bez-



Obr. 1. Konference Prevence úrazů, otrav a násilí

pečných komunit (Kroměříž, Třeboň) a preventivních komunitních projektů a kampaní, dále také s výsledky výzkumu a epidemiologickými studiemi, se kterými seznámili posluchače pracovníci Střediska prevence úrazů.

V programu byly také příspěvky, které se zabývaly praktickou realizací preventivních aktivit, např. konkrétní metodikou práce v rámci preventivních programů ve specifických věkových skupinách či s úlohou sestry v prevenci



Obr. 2. Účastníci konference: prof. MUDr. M. Velemínský, CSc. a doc. MUDr. L. Kukla, CSc.

úrazů u dětí v domácím prostředí v primární prevenci. V rámci programu se podařilo propojit téma prevence úrazů do dalších oblastí jako například problematika úrazů dětí v přírodě a jejich prevence v rámci ekologické výchovy či téma dítě a pes – rizika vzniku úrazů a jejich prevence. Účastníci konference byli seznámeni také s aktivitami oblastního spolku Českého červeného kříže České Budějovice v rámci výuky první pomoci.

Problematické násilí byla věnována část odpoledního programu, která se zabývala problematikou syndromu CAN, radiologickou diagnostikou u syndromu týraného dítěte, dále například mezinárodními únosy dětí a současným stavem této problematiky v České republice, úlohou a spoluprací Policie ČR s nevládními neziskovými organizacemi v boji proti obchodování s lidmi.

Poděkování patří všem aktivním i pasivním účastníkům konference a všem, kteří se podíleli na přípravě a realizaci této akce.

* pozn.: v současné době je připravován sborník příspěvků z této konference

Magdalena Čapková
ma.ca@email.cz

Systém péče v Resocializačním zařízení pro drogově závislé ženy a matky s dětmi

Přesný údaj o počtu žen, které užívaly návykové látky (dále jen NL) během porodu či po jeho skončení, nebo které užívají NL a mají dítě ve své péči, bohužel neexistuje. Pokud se ale zaměříme na epidemiologické studie mapující vývoj drogové scény v ČR, můžeme konstatovat, že se vyrovnává poměr mužů a žen užívajících návykové látky (v r. 2000 byl 1,9:1) (3). Na základě této informace lze konstatovat, že pokud dochází ke zvyšování počtu užívajících žen, musí zákonitě docházet ke zvyšování počtu žen, které otěhotní a nadále užívají NL, nebo drogy začaly užívat během života svého dítěte. Pokud tento stav trvá a je odhalen, bývají tyto děti matkám OSPOD odebrány a umístovány buď do ústavních zařízení, nebo v lepším případě do péče někoho blízkého z rodiny matky či otce dítěte.

V některých případech se však setkáváme s pozitivním přístupem matky, která si uvědomuje negativní zdravotní i sociální dopad jejího počínání na své dítě. Snaží se abstinovat, či alespoň přejít ze „špinavých“ drog do substitučního programu. Svojí situaci však ve většině případů matka nemůže a ani neumí řešit sama. Je proto potřeba poskytnout této ohrožené a rizikové skupině odbornou a kvalitní pomoc „zvenčí“.

Na základě zvyšující se poptávky tak dochází v ČR od roku 2000 ke vzniku různých zařízení, která se zaměřují právě na tuto klientelu s cílem pomoci nejen těmto matkám a jejich dětem, ale také celé užší a širší rodině, jejíž stabilita je tímto negativním jevem mnohdy velice zatěžována; v častých případech se setkáváme s tím, že dochází až k jejímu úplnému rozpadu.

Jedním ze zařízení, které nabízí péči a pomoc této rizikové skupině je Resocializační zařízení pro drogově závislé ženy a matky s dětmi v Koňakově.

Resocializační zařízení pro drogově závislé ženy a matky s dětmi v Koňakově

V roce 1997 bylo otevřeno Resocializační zařízení pro drogově závislé ženy a matky

s dětmi v Koňakově (dále jen RZ), jehož zřizovatelem je Česká katolická charita v Českém Těšíně. Vedoucím programu RZ je Mgr. Lenka Zahradníková.

RZ nabízí následnou péči a doléčovací služby, které jsou pobytového charakteru, ženám závislým na návykových látkách, které absolvovaly ambulantní nebo ústavní léčbu ve zdravotnickém zařízení nebo které abstinují. Služba mj. obsahuje terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů.

Do současné doby prošlo zařízením celkem 168 klientů včetně dětí. Úspěšnost programu se pohybuje kolem 70 %.

Program je určen ženám, které dovršily 18 let věku a jsou mladší 40 let, a matkám s dětmi mladšími 11 let, které se dobrovolně rozhodly zbavit se své drogové závislosti, a proto podstoupily první stadia léčby (PL, TK či jiný psychoterapeuticky orientovaný program). Ženám je umožněno pokračovat v doléčovací fázi formou chráněného bydlení

Služba byla certifikována v sekci ambulantní doléčovací programy dne 20. prosince 2005.

Základní poskytované služby RZ jsou:

- Poskytování chráněného bydlení
- Chráněné pracovní programy a rekvalifikace
- Individuální, partnerské a rodinné konzultace
- Skupinové terapie
- Tematicky orientované skupinové terapie
- Sociální a pracovní poradenství
- Zprostředkování zdravotnických služeb
- Socioterapeutické a volnočasové aktivity

V současné době disponuje chráněné bydlení stálou kapacitou 12 klientů. Každá ubytovaná maminka s dítětem má k dispozici samostatný pokoj.

Vlastní doléčovací program trvá 6 měsíců až 1 rok. Na pobyt si klientky přispívají poměrnou částkou, která činí pro dospělou osobu 2.500,- Kč a pro jedno dítě 600,- Kč. Ze statistik RZ vyplývá, že průměrná délka pobytu klientek v zařízení je 7 měsíců.

V zařízení je nepřetržitý provoz po celých 24 hod zajištěn týmem pracovníků. Externí

pracovníci zajišťují odbornou pomoc v oblasti psychologie, psychiatrie, sociologie.

Složení týmu

Pracovní tým se skládá z vedoucího pracovníka, sociálního pracovníka, ergoterapeuta, pracovníce v sociálních službách + externího psychoterapeuta, psychologa a dětského psychologa.

Konkrétní struktura programu (práce s klientkami) vypadá takto:

- Min. 1x týdně individuální konzultace v rozsahu 30 min.
- 2x týdně skupiny – prevence relapsu,
- 2x týdně socioterapeutické a volnočasové aktivity po 60 min.,
- 1x týdně skupina klientek chráněného bydlení – organizační skupina, na které si klientky rozdělují úkoly v rámci zařízení – úklidy a jejich zodpovědnost za ně, hodnocení minulého týdne, co se povedlo a co nikoliv, žádosti o přestup do vyšších fází apod.

Důraz ze stran terapeutů je kladen na rozvoj motivace ke změně chování matek k dětem a uspořádání jejich režimu dne ve prospěch fyzického i duševního zdraví všech klientů. Poměrně novou metodou, která byla zařazena do programu, je metoda videotréningu, která se zdá být velice efektivní. Dochází tak u matek-klientek ke snazšímu pochopení a poukázání na možné chyby ve výchově s cílem pozitivně změnit jejich přístup ke svému dítěti. Další metodou, která je terapeuti využívána, je KBT a ergoterapie.

Fáze v RZ Koňákov

A. NULTÁ FÁZE – ROZHODOVACÍ

Do RZ se dostávají klientky, které jsou v různé fázi léčby. Na základě této skutečnosti jsou délky jednotlivých fází přizpůsobovány klientkám.

Verze A: klientka po 3měsíční léčbě, fáze trvá 7 dní

Verze B: klientka bez léčby po detoxu, fáze trvá 21 dní

Náplň nulté fáze:

- vstupní pohovor
- vyřizování úředních záležitostí (soc. dávky, úřad práce) pouze v doprovodu pracovníka
- klientka doplňuje svůj osobní spis (životopis, plány a cíle)
- klientkám nejsou dovoleny návštěvy, dopisy ani telefony
- klientka podpisem stvrzuje každý odchod ze zařízení (i vycházky v Koňákově)
- klientka nemá rozhodovací právo při přijímání nových změn v zařízení
- nevztahují se na ní sankce
- dodržování abstinence
- slovní potvrzení dalšího pobytu v zařízení
- vykáni členům týmu
- klientka se podrobuje namátkové kontrole moči
- na konci nulté fáze připraví životopisnou skupinu

B. PRVNÍ FÁZE – MOTIVAČNÍ

Verze A: fáze trvá 4 týdny – 2 měsíce

Verze B: fáze trvá 8–10 týdnů

Náplň fáze motivační:

- klientka vypracuje tematický léčebný plán a úkoly při nástupu
- stává se právoplatným členem zařízení
- vztahují se na ní sankce
- oslovování terapeutů dle dohody
- doprovod klientky určen dle individuálního kontraktu
- kladen důraz na dodržování řádu
- při přijímání změn v zařízení klientka nadále nemá rozhodovací právo
- klientka podpisem stvrzuje každý odchod ze zařízení (i vycházky v Koňákově)
- pracuje na upevňování motivace k abstinenci, postupně hledá řešení problémových vztahů
- klientka respektuje názor skupiny
- umožněn kontakt s rod. příslušníky a prospěšnými známostmi, návštěvy v zařízení povoleny pouze osobám, které nejsou pod vlivem návykových látek, ve sporném případě je povinna se podrobit zkoušce na přítomnost psychotropních látek a alkoholu v těle
- nepovolován pobyt mimo zařízení

- klientka se podrobuje namátkové kontrole moči
- na konci fáze hodnotí své plány a cíle
- pokud klientka chce pokračovat v doléčovacímu programu, písemně o to požádá skupinu
- dále vypracuje odpovědi na následující otázky:
 1. Proč jsem tady?
 2. Co očekávám od pobytu zde?
 3. Co nabízím, čím mohu přispět?
 4. Co se za daný měsíc pohnulo, zlepšilo?
 5. Čeho chci (konkrétně) dosáhnout v příštím měsíci?

V případě postupu do další fáze, obdrží osvědčení.

C. DRUHÁ FÁZE – ZODPOVĚDNOSTNÍ

Verze A: fáze trvá 2–4 měsíce

Verze B: fáze trvá 4–6 měsíců

Náplň fáze zodpovědnosti:

Při přijímání změn v zařízení má klientka rozhodovací právo:

- rozhodování o postupu do další fáze u ostatních klientek
- rozhodování o přijímání nových změn v zařízení
- rozhodování o funkcích (domovník atd.)
- rozhodování o přidělování sankcí
- přebírá zodpovědnost nejenom za sebe, ale i za ostatní klientky
- má plnou zodpovědnost za své chování a činy, učí se správně rozhodovat, je připravována na samostatnost v životě
- klientka se podrobuje namátkové kontrole moči
- pomoc při hledání pozitivních náhledů, rozhodnutí, postojů k přijatému novému stylu života, porovnání s minulostí
- průběžně informuje o postupu při hledání zaměstnání a bydlení, v případě potřeby požádá o pomoc pokračování v abstinenci
- pokud klientka chce pokračovat v doléčovacím programu, písemně o to požádá personál a jiné klientky

vypracuje odpovědi na následující otázky:

- 1) Jaké jsou moje aktuální problémy, které vyžadují řešení?
- 2) Jak se připravuji řešit případné krize?
- 3) Co chci na sobě změnit a proč?

V případě postupu do další fáze, obdrží osvědčení.

D. TŘETÍ FÁZE – OSAMOSTATNĚNÍ

Varianta A: délka fáze je 3–5 měsíců

Varianta B: délka fáze je 5–6 měsíců

Náplň fáze osamostatnění:

- aktivní hledání bydlení a zaměstnání v místě bydliště
- důraz na samostatnost a zodpovědnost
- upevnění v abstinenci
- klientka se podrobuje namátkové kontrole moči
- zodpovědné plánování a postup při řešení cílů
- pomáhá klientkám v 1. a 2. fázi
- možnost 4denní dovolené 1x za měsíc, o víkendu možnost 3denního volna, obě možnosti nelze slučovat
- odpoutání se od závislosti na zařízení k samostatnosti
- dohoda o způsobu kontaktu se zařízením po ukončení doléčovacího programu
- písemné zhodnocení pobytu – klady i záporny
- po ukončení této fáze obdrží písemné osvědčení o úspěšném absolvování programu
- slavnostní ukončení pobytu

V odůvodněném případě je možné pobyt prodloužit na celkovou dobu pobytu až 1 rok. Přestupy do vyšších fází se žádají vždy 1. pondělí v měsíci na skupinovém setkání. Taktéž v případě potřeby je možné požádat o návrat do nižší fáze, případně tento návrh může podat tým.

Hodnocení úspěšnosti programu

Předmětem hodnocení úspěšnosti programu u klientek je naplňování týdenních plánů a plnění tematického individuálního léčebného plánu. Součástí programu je vlastní písemné

hodnocení klientek přestupujících do vyšší fáze.

Snahou RZ je, aby cíle, které si stanovily klientky při nástupu do zařízení a které nadále pokračují v absolvování programu, byly dle léčebného a tematického plánu dosahovány. Po vyhodnocení, které je dáno přestupem klientky do vyšší fáze, se plán mění dle aktuálních potřeb klientek. V případě, že se cíl naplnil dříve, je dohodnuta změna plánu – cíl byl naplněn, klientka si stanovuje nový cíl, případně chce na plnění cíle pracovat jiným způsobem. Krátkodobé cíle se v rozsahu jednoho týdne s klientkou pravidelně vyhodnocují.

Spolupráce se zařízeními v síti péče o uživatele drog

RZ spolupracuje s ostatními zařízeními v síti péče o uživatele drog. Tuto spolupráci, která se odehrává na několika úrovních, lze hodnotit velice kladně.

V rámci sekce IANP – intenzivní ambulantní a následná péče při Asociaci nestátních organizací, je v blízkém styku s ostatními nejen doléčovacími zařízeními. Tato spolupráce se podílí na zkvalitnění služeb a získávání nových zkušeností.

Dále RZ spolupracuje s psychiatrickými léčebnami jak v celé ČR, tak také v rámci kraje – s krajským protidrogovým koordinátorem, se zdravotnickými zařízeními ve spádové oblasti Český Těšín, stejně i se školskými zařízeními nebo s infekčním oddělením havířovské nemocnice, kde klientky podstupují interferonovou léčbu.

Po ukončení pobytu každé klientky, ať už úspěšném nebo neúspěšném, je RZ vždy zaslána závěrečná zpráva zařízení příslušnému v místě bydliště.

Tab. 1 Stručný popis a přehled účasti v programu v r. 2006

Kapacita programu	6 žen + 6 dětí
Délka programu (v týdnech)	52 + 52
Průměrná délka programu 1 klienta	113/119
Počet všech uživatelů drog, kteří se programu účastnili	10 + 12
– z toho prvních kontaktů	9 + 10
– z toho mužů	0
– z toho injekčních uživatelů drog	7 + 0
– z toho se základní drogou heroin	1
– z toho se základní drogou pervitin	8
– z toho se základní drogou kokain/crack	0
– z toho se základní drogou kanabinoidy	0
– z toho se základní drogou extáze	1
– z toho se základní drogou těkavé látky	0
– z toho se základní látkou Subutex nelegálně	0
– z toho se základní látkou Subutex legálně	0
– z toho se základní látkou metadon nelegálně	0
– z toho se základní látkou metadon legálně	0
Průměrný věk klienta	25,4/5,8
Kapacita chráněného bydlení	6 + 6

LITERATURA

1. Drobná, H., Velemínský, M.: Problematika drogových závislostí matiek a novorodencov. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta, 2000. s. 3–8. ISBN 80-7040-407-8.
2. Trávníčková, I.: Problémy drogové závislosti v těhotenství. Čs. kriminalistika, roč. 35, č. 2, 2002.

3. Kastnerová, M., Sedláčková, S., Žižková, B.: Systém péče o těhotné uživatelsky drog, drogově závislé matky a jejich děti. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta, 2006.

Blanka Žižková
blankaedicni@seznam.cz

Studijní cesta v Holandsku

Pro svou studijní cestu jsem si vybrala Holandsko, protože dle dostupných statistických údajů je to země, kde se dlouhodobě nachází nejvíce obchodovaných osob. Nejčastější formou obchodování s lidmi je obecně zneužívání v sexuálním průmyslu, v Holandsku to je díky legální prostituci hůře mapovatelné.

Oficiální název pro Holandsko je Nizozemské království (Koninkrijk der Nederlanden). Na rozloze 41 864 km² zahrnuje kromě Nizozemska (Nederland) i Nizozemské Antily (Nederlandse Antillen) v karibské oblasti a ostrov Aruba. Počet obyvatel: 16 335 998 (59. na světě, 2006).

Státní zřízení: konstituční monarchie – královna: Beatrix Wilhelmina Armgard, ministerský předseda Jan Peter Balkenende. Zákonodárným sborem je dvoukomorový parlament, senát se 75 a poslanecká sněmovna se 150 členy; všichni jsou voleni na 4 roky. Výkonná moc je v rukou panovníka a vlády v čele s jejím ministerským předsedou. Vláda je odpovědná parlamentu, zvanému Generální stav. Skutečná moc panovníka je v podstatě minimální, funkce, které vykonává, jsou především ceremoniální. Měna: euro (EUR).

Nizozemsko je členskou zemí Evropské unie, Severoatlantické aliance (NATO), OSN, Rady Evropy, OBSE a OECD.

Holandsko je ve světě známé mimo jiné i svou vysokou tolerancí k prostituci a měkkým drogám.

Svět „coffee shopů“, míst, kde si lze marihuanu koupit a v klidu ji konzumovat v různých podobách, je v Holandsku velmi rozsáhlý a setkáte se s ním velmi často. První coffee shopy se objevily již v sedmdesátých letech po přijetí tzv. opiového zákona z roku 1976. Ten

byl naposledy aktualizován v roce 1995 a jedna z jeho hlavních novelizací se týká právě provozování coffee shopů. Určuje například, že coffee shopy nesmí mít žádnou reklamu, zakazuje prodej povolených látek osobám mladším 18 let a reguluje povolené množství pro jejich prodej. V coffee shopech se začaly prodávat i tzv. houbičky – což je houba, která se po usušení stává tvrdou drogou, a tak zde byl problém s legislativou. Majitelé coffee shopů to však vyřešili po svém. Nechali si zaregistrovat živnost prodej ovoce a zeleniny a tyto houbičky zde prodávají v syrovém stavu. Co s nimi potom kdo udělá, jde mimo ně.



Obr. 1 Místo legálního používání měkkých drog

Prostituce je v Holandsku legální od roku 2000 a v Amsterdamu je koncentrována hlavně do čtvrti Red Light Distrikt. Typické pro tuto čtvrt' s červenými lucernami jsou nasvícené výlohy, ve kterých se jednotlivé prostitutky nabízejí procházejícím zájemcům. Je přísně zakázáno fotografovat v těchto místech. Prostitutky zde mají založen i svůj Odborový svaz holandských sexuálních pracovníků, De Rode Draad, který se stará o jejich bezpečnost a zdraví. Zajišťuje prostitutkám zdravotní prohlídky, besedy s odborníky, ochranu před

agresivními zákazníky, ale i sociální zabezpečení.



Obr. 2 Čtvrť Red Light Distrikt



Obr. 3 Výkladní skříně s prostitutkami

Dle starosty Job Cohena však legalizace prostituce nesplnila svá očekávání a obchod se sexem je tak stále významnou součástí organizovaného zločinu. Právě starosta Amsterdamu chce tento byznys omezit tím, že plánuje prodej domů v oblasti komerčním developerům, a nasazením tvrdšího kurzu proti pasákům a proti drobné kriminalitě. Celé bloky domů mají změnit ráz okolí – vznikne více bytů, obchodů, restaurací a hotelů. Eskort ser-

visy budou muset mít licenci, pevnou adresu a telefonní linku a budou muset podstupovat finanční audit (viz Lidové noviny 19. 12. 2007).

Nizozemí rozhodlo při vstupu ČR do EU zavést přechodná období pro volný pohyb pracovníků. Zavedení tohoto opatření bylo v dubnu 2007 nizozemskou vládou přehodnoceno a Nizozemí od 1. 5. 2007 plně otevřelo svůj pracovní trh pracovníkům z České republiky. Občané České republiky požívají stejná práva jako občané Nizozemí v oblasti pracovních podmínek, mzdových podmínek, přístupu ke vzdělání, bydlení a sociálnímu zabezpečení včetně práva na členství v odborových organizacích.

V posledních 3 letech počty obchodovaných žen v Holandsku obecně klesají. Je to možná dáno lepší organizací zločineckých gangů, mezinárodní propracovaností. Další vliv na to může mít rozvíjející se osvěta ve výchozích zemích, kdy potencionální oběti obchodu s lidmi jsou o tomto riziku informovány a lépe své cesty do zahraničí zajišťují, jinak řeší své finanční problémy.

V Holandsku jsem se spojila se třemi důležitými organizacemi z hlediska obchodu s lidmi a získala všeobecně dostupné informace. Přesná čísla obchodovaných žen jsem se nedozvěděla u žádné z organizací. Všechny jsou vázány přísnou mlčenlivostí. Organizace však v posledních letech zaznamenaly výrazný pokles českých obětí obchodů s lidmi.

Tato zahraniční cesta byla financována díky GA ZSF JU.

*Zdenka Čurdová
curdovazdenka@seznam.cz*