

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Motivace drogově závislých k léčbě v souvislosti s vyhledanou pomocí

Bakalářská práce

Vedoucí práce

Mgr. Pavel Vácha

Autor práce

Markéta Suchelová

2007

Motivation of drug addicted people for treatment in connection with sought help

This work deals with problems of drug users in sequence to sought services by means of those motivation to change and subsequently to treatment was determined.

The work is divided into theoretical and practical part where the results are drawn up. There are selected chapters elaborated in the theoretical part connected with the theme of this work because it is very difficult to sum up the problems of drug addicted people in one required form in an narrow theoretic part. At first there is a present state of using illegal drugs in the Czech Republic described, followed by a chapter dealing with treatment of drug addicted people and drug addicted people in connection with appearance of infectious illnesses in drug subculture. The apparent section of the theoretical part are the hazard factors leading to taking drugs and the main ideas are delimited at the same time. The following chapter deals with selected models of development of drug addiction and it is spread with the problems of interdepartmental access. Then, the system of capture and medical care for non-alcoholic drug addicted people is described, where the enter programme is a programme made in terrain. This is followed by a description of an activity and destiny of the contact centers and so is the so-called chapter of lowthreshold works closed. The following elements of the care are highthreshold availability programmes as daily centers and ambulatory care. The other arrangements are described the same way which are consecutive to the medical force, for example detoxificational programme and proper institutional treatment. The finish of the theoretical part is built by the theoretical resources at the models of drug addiction treatment.

The own research proceeded in the region of the South Bohemia was carried out with an investigation in the terrain, where respondents were chosen on the basis of the contingent selection. The own research was done with the semileaded interviews with users of the non-alcoholic drugs, this means drugs with high rate of sociable danger. At the same time the respondents had to apply the drug by injection. The basic scientific set was made of 60 respondents and their answers were further statistically elaborated in order to confirm or disprove the previously stated hypotheses. From this results that a quantitative research was done.

There are results in discussion with authors mentioned in theoretical part summarily elaborated. Then, the own work is elaborated at the end, where are the certain recommendations on the basis of the realized results.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Motivace drogově závislých k léčbě v souvislosti s vyhledanou pomocí vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích

.....

Podpis

Poděkování:

Chtěla bych na tomto místě poděkovat vedoucímu práce Mgr. Pavlovi Váchovi za odborné metodické vedení, cenné rady, podněty a pomoc při psaní této práce a za věnovaný čas a trpělivost.

Obsah

ÚVOD	
1 SOUČASNÝ STAV	5
1.1 Užívání drog v populaci	5
1.1.1 Problémové užívání drog	5
1.1.2 Profil klientů v léčbě	6
1.2 Léčba	6
1.2.1 Substituce	8
1.3 Infekce spojené s užíváním drog	9
1.4 Vymezení základních pojmů	10
1.4.1 Droga	10
1.4.2 Závislost	10
1.5 Rizikové faktory	12
1.5.1 Potenciál drogy pro závislost, riziko závislosti	14
1.5.2 Proces vzniku závislosti	15
1.5.3 Důsledky závislosti	16
1.6 Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog	20
1.6.1 Biomedicíncký model	20
1.6.2 Bio-psycho-sociální model	21
1.6.3 Public health – přístup ochrany veřejného zdraví	22
1.6.4 Harm reduction – přístup minimalizace poškození	22
1.6.5 Sociální a sociálně-pedagogický přístup	23
1.6.6 Přístupy morální a spirituální	24
1.6.7 Holistický – celostní model	24
1.7 Problémy mezioborového přístupu k léčbě závislosti	24
1.8 Složky systému péče v České republice	26
1.8.1 Terénní programy	27
1.8.2 Nízkoprahová kontaktní centra	30
1.8.3 Lékařská ambulantní péče o závislé	31
1.8.4 Denní stacionáře	33
1.8.5 Detoxifikační jednotky	34
1.8.6 Střednědobá ústavní léčba	35

1.8.7	<i>Programy metadonové a jiné substituce</i>	37
1.9	<i>Teoretická východiska u modelů léčby onemocnění</i>	39
2	CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	44
2.1	<i>Cíle práce</i>	44
2.2	<i>Hypotézy práce</i>	44
3	METODIKA	45
3.1	<i>Použité metody</i>	45
3.2	<i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	45
4	VÝSLEDKY	48
5	DISKUZE	60
6	ZÁVĚR	64
7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	65
8	KLÍČOVÁ SLOVA	68
9	PŘÍLOHY	69

ÚVOD

Užívání návykových látek, jejich rozšíření v populaci a rizikové formy jejich užívání je všeobecně pokládáno za jeden z globálních problémů současné společnosti. Jak nadměrné užívání legálních látek, jako je tabák, alkohol, léky, tak samozřejmě užívání ilegálních drog, kam patří heroin, kokain, pervitin, marihuana, hašiš, extáze aj., představuje nejen pro jednotlivce, ale také pro regiony a národy řadu výrazných rizik, ať již zdravotních, sociálních, ekonomických či trestně právních. Pravděpodobně všichni se shodneme, že nejzávažnějším následkem zneužívání drog je smrt. Nejrychlejší a nejmladší populaci zasahujícím jsou smrtelná předávkování.

Drogy a drogová politika jsou kontroverzními tématy. Bez ohledu na vzájemné rozpory je za základní společný jmenovatel považována snaha všech zúčastněných minimalizovat škody, které s sebou fenomén drog pro společnost i jednotlivce nese. Jednotlivé složky drogové politiky se ale neshodnou na tom, který ze způsobů minimalizace škod je nejúčinnější. Zatímco zástupci represivních složek preferují opatření s přímočarým cílem omezení nabídky a s jistými výhradami tolerují primární prevenci, příslušníci přístupu ochrany veřejného zdraví upřednostňují komplikovanější souhrn prevence, léčby, regulace nejrůznějších typů a minimalizace rizik.

Všichni se ale shodují v přesvědčení, že jediným způsobem, jak ověřit úspěšnost přístupu či přístupů, je porovnání vývoje ukazatelů v čase, v jednotlivých regionech a mezi jednotlivými zeměmi. Shoda vládne i v tom, že mají-li být z nepřeberné řady intervencí a jejich kombinací vybrány ty nejúčinnější, musí být používány jednotné definice a musí se používat jednotný jazyk.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit a zmapovat úroveň vyhledávaných služeb uživateli drog a na základě vyhledávaných služeb zjistit, zda vlastní motivace ke změně odpovídá vyhledávaným službám uživateli drog.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Užívání drog v populaci

Situace v oblasti užívání drog v populaci v roce 2005 nezaznamenala oproti předchozím rokům žádnou významnou změnu. V roce 2004 bylo realizováno několik průzkumů zaměřených na užívání drog a výsledky těchto studií potvrdily nastartovaný trend diferenciaci na drogové scéně – na jedné straně roste experimentování a rekreační užívání konopných látek a extáze, stejně jako tolerance k užívání těchto látek, a na straně druhé dochází ke stagnaci či poklesu užívání drog se závažnějšími zdravotními a sociálními důsledky.

V dospělé populaci vyzkoušelo nelegální drogu 20% osob, mezi mládeží je prevalence zkušeností s drogami vyšší – 44% 16letých, 56% 18letých studentů středních škol. Nejčastěji užívanými nelegálními drogami jsou konopné látky a extáze, rozsah zkušeností s drogami se závažnějšími zdravotními a sociálními riziky (opiáty, pervitin, kokain) je v České republice nízký (31).

1.1.1 Problémové užívání drog

Problémové užívání drog je v České republice injekční užívání drog a/nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů heroinu a drog amfetaminovaného typu.

U opiátů se jedná především o heroin, v některých regionech je ve stále větší míře užíván buprenorfin (Subutex), ať už získaný legálně u lékaře či na černém trhu, podomácku vyráběné opiáty z léků či z makovic máku setého jsou spíše (sezónní) výjimkou. Co se týče drog amfetaminového typu, je jejich užívání v České republice omezeno prakticky na metamfetamin – pervitin (31).

Odhadovaný počet uživatelů drog v roce 2005 mírně stoupl na cca 32 tisíc, z toho je cca 11,5 tisíce uživatelů opiátů, 20,5 tisíce uživatelů pervitinu. Cca 30 tisíc problémových uživatelů drog užívá injekčně. Zvyšuje se zejména počet (většinou injekčních) uživatelů Subutexu a jejich podíl na počtu uživatelů opiátů (3).

V kontaktu s léčebnými nebo nízkoprahovými zařízeními je cca 60% problémových uživatelů. Nejčastěji jsou léčeni problémoví uživatelé ve věku 22 až 26 let, poměr žen k mužům je cca 1 ku 2 (výjimku tvoří uživatelé léků, kde převažují ženy v opačném poměru).

Poměr injekčních uživatelů na všech léčených se liší dle typu zařízení: 50% v ambulantní léčbě, 60% v nízkoprahových zařízeních, 80 – 90% v rezidenční léčbě (4).

Podíl injekčních uživatelů na všech léčených problémových uživatelích drog je v případě heroínu dlouhodobě necelých 90% a v případě pervitinu kolem 80% (31).

1.1.2 Profil klientů v léčbě

Údaje o uživatelích, kteří využívají služeb nízkoprahových a léčebných zařízení jsou k dispozici především díky celostátnímu systému hlášení do Registru žádostí o léčbu, který spravuje od roku 1995 hygienická služba (31).

V roce 2005 vyhledalo léčebné služby celkem 8 534 uživatelů drog, tj. o 3,5% méně než v roce 2004. Z toho 4 372 osob požádalo o léčbu poprvé. 57% osob vyhledalo léčbu v souvislosti s užíváním stimulantů, zejména pervitinu, mezi prvožadateli je podíl uživatelů této skupiny drog ještě vyšší – 60%. Druhou nejpočetnější skupinou mezi všemi žadateli jsou uživatelé opiátů (24%) a mezi prvožadateli uživatelé konopných látek (20%), podíl uživatelů opiátů mezi prvožadateli je 13%. Pořadí podle užívaných drog zůstává od roku 2002 stejné.

Poměr pohlaví mezi žadateli o léčbu se dlouhodobě příliš nemění, ženy tvoří třetinu žadatelů o léčbu. Podíl mužů se od roku 2002 mírně zvyšuje. Ve věkové kategorii 15 – 19 let je podíl mužů nejnižší, mezi uživateli pervitinu v této věkové skupině ženy dokonce mírně převažují (31).

1.2 Léčba

Léčbu a sociální reintegraci zajišťuje široké spektrum služeb, jejichž mezioborové pojetí odpovídá komplexnosti problému závislosti na návykových látkách.

Léčbu je možné vymezit jako odbornou, cílenou a strukturovanou práci s klientem. Při léčbě je užívána řada metod a přístupů v různé kombinaci. Cílem léčby je dosáhnout abstinence nebo redukce užívání drog, snížit frekvenci a závažnost relapsu, zapojit klienty do produktivního života v rodině, v práci a ve společnosti a zvýšit tedy kvalitu jejich života na nejvyšší možnou míru (10).

Léčba uživatelů drog je jedním ze čtyř pilířů Národní strategie protidrogové politiky, jejímž cílem je nabídnout rodinám a jedincům, kteří řeší problémy spojené s užíváním drog, odpovídající dostupnou a profesionální pomoc. Spíše než na účinnost jednoho léčebného

programu se klade důraz na účinnost celého léčebného kontinua, které se skládá z poradenstvím před nástupem do léčby, léčby a následné péče.

Podle typu se léčba rozlišuje na ambulantní (AT ordinace, stacionární programy, strukturované programy následné péče) a rezidenční (terapeutické komunity, specializovaná oddělení nemocnic, psychiatrické léčebny). Podle délky můžeme rozlišovat léčbu krátkodobou (4 – 8 týdnů), střednědobou (3 – 6 měsíců) a dlouhodobou (7 měsíců a déle) (4).

Ambulantní léčba

V roce 2005 bylo v ambulantních zdravotnických zařízeních léčeno 17 531 uživatelů drog, což je o 14 % více než v roce 2004. Od roku 2000 počet léčených uživatelů drog stabilně stoupá.

Rezidentní léčba

Síť protialkoholních záchytných stanic a detoxifikačních jednotek zůstala v roce 2005 beze změn. Příčinami hospitalizací bylo v dětských psychiatrických léčebnách užívání konopných a těkavých létek, v psychiatrických léčebnách pro dospělé užívání stimulantů (28,7 %) a opioidů (12,4 %). Ze skupiny hospitalizovaných uživatelů nelegálních drog byla nejpočetnější zastoupena věková kategorie 20 – 29 let (31).

1.2.1 Substituce

V České republice se zvyšuje dostupnost substituční léčby, což je metoda léčby závislosti na opiátech, zejména na heroinu. Léčba je založena na použití látky s podobnými účinky, jaké má droga. Podle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) bylo loni v ČR léčeno substitucí 949 pacientů, to je o 14% více než v roce 2005 a o pětinu více než v roce 2003. Nově se loni do programu přihlásilo 478 lidí (4).

První pokusy s nahrazováním drogy se prováděly v severoevropských zemích už v 60. letech minulého století a většinou se používal metadon. Na konci 90. let byla už tato léčba zavedena ve všech státech Evropské unie. Od května 2000 funguje v Česku Národní registr uživatelů lékařsky indikovaných substitučních látek a do konce roku 2006 v něm bylo evidováno 3600 lidí přijatých k léčbě.

Postupně jsou v Česku otevírána nová specializovaná zařízení a od loňského roku je substituce dostupná také ve vězení v Příbrami a v Praze-Ruzyni. Celkem je substituční léčba poskytována ve 14 zařízeních.

Loni se třetina klientů, kteří nastoupili do léčebného programu, léčila v pražském středisku Drop in, čtvrtina podstoupila terapii v Metadonové jednotce v Ústí nad Labem a 15% klientů se léčilo v občanském sdružení Sananim. Téměř polovina léčených má trvalé bydliště v Praze (29).

Do registru jsou hlášeni klienti specializovaných center, kde 60% z nich dostává metadon. Existuje i přípravek, který mohou předepisovat lékaři i mimo substituční centra. Podle jeho spotřeby Státní ústav pro kontrolu léčiv odhadl, že v roce 2005 se mimo centra léčilo dalších 2700 lidí. Údaj za loňský rok ještě není k dispozici.

Podle Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti bylo v roce 2005 na opiátech závislých 11.500 osob. Někteří odborníci uvádějí, že na růstu počtu lidí závislých na opiátech se podílí i jeden z léků používaných při substituční léčbě, který mají klienti polykat. Pokud se totiž aplikuje nitrožilně, má podobné účinky jako heroin (31).

Substituční léčba je podle Jany Brožové z ÚZIS jednou z neúčinnějších terapií závislosti na opiátech a zároveň funguje jako první kontakt závislého se zdravotní pomocí. Klienti dostávají substituční látky v množství, které efektivně potlačuje odvykací příznaky a umožní jim zlepšit kvalitu života. Musejí však uzavřít terapeutickou smlouvu, jejíž dodržování se striktně vyžaduje (4).

Substituční léčba pomáhá podle odborníků snížit náklady na léčbu zdravotních potíží, ke kterým by další užívání drog u klienta vedlo. Přispívá k omezení trestné činnosti spojené se získáváním peněz na drogy a snižuje riziko přenosu infekčních onemocnění při aplikaci drog.

Část pacientů léčbu nedokončí, někteří se vracejí opakovaně. Mezi lidmi, kteří nastoupili léčbu loni, desetina přišla podruhé.

Loni byla mezi lidmi léčených substitucí třetina žen. Dvě třetiny pacientů byly ve věku od 20 do 29 let. V nejstarší věkové kategorii od 50 do 54 let bylo sedm mužů a žádná žena. (29).

1.3 Infekce spojené s užíváním drog

HIV/AIDS

Výskyt nových případů HIV infekce jak mezi injekčními uživateli drog, tak v celkové populaci v České republice je relativně nízký, nicméně v posledních třech letech jeví

vzestupnou tendenci. V roce 2005 přibýlo 90 nově diagnostikovaných případů HIV, tj. o 25% více než v loňském roce, u 6 z nich mohla být nákaza přenesena injekčním užíváním drog. K 31. 12. 2005 bylo v České republice evidováno celkem 827 HIV pozitivních osob s trvalým pobytem na území ČR, z toho je 37 injekčních uživatelů drog a u 11 dalších osob jde současně o injekční uživatele a homo/bisexuály (31).

Virové hepatitidy

Počet nově hlášených případů akutní virové hepatitidy typu B (VHB) a všech případů virové hepatitidy typu C (VHC) se v roce 2005 snížil. Od roku 2004 nejsou k dispozici žádná nová data o výskytu hepatitid mezi injekčními uživateli drog v České republice. Z dostupných studií vyplývá, že mezi klienty nízkoprahových programů v České republice je seroprevalence VHC cca 35% a VHB kolem 10% a ve skupinách uživatelů drog s dlouholetou anamnézou užívání kolem 60% VHC a 15% VHB (31).

1.4 Vymezení základních pojmů

1.4.1 Droga

Jako droga je označována každá látka, ať už přírodní či syntetická, která splňuje dva základní požadavky: a) má tzv. psychotropní účinek, to znamená, že nějakým způsobem ovlivňuje naše vnímání, prožívání okolní reality, mění naše vnitřní naladění – jednoduše působí na psychiku, b) může vyvolat závislost, má tedy něco, co se někdy z nedostatku pojmenování nazývá potencionál závislosti, který je u různých drog různě vyjádřen, může být menší či větší, ale přítomen je vždy (14). Zvláště v posledním desetiletí slovo droga prodělává mohutnou inflaci a je používáno jako synonymum pro jakékoliv silné zaujetí jak v kladném tak v pejorativním smyslu (32). Ilegální drogy užívají nejrozličnější jedinci k nejrozličnějším účelům – od rekreační zábavy na jedné straně spektra přes zmírňování bolesti až k sebevraždě na straně druhé (25). Drogy jsou tedy ilegální, nezákonné, státem nepodporované omamné či psychotropní látky, jejich explicitní seznam je v českých podmínkách uveden v zákoně č. 167/1998 Sbírky o návykových látkách (32).

1.4.2 Závislost

Droga má určité fyziologické a psychické účinky, které konzumenta této látky vedou k opakovanému užití. Droga sice vyvolává žádoucí účinky a tím navozuje požadované prožitky, objevuje se ale potřeba stále větší a častější dávky, jelikož organismus získává stále větší toleranci. Čím je užívání delší, což znamená výše zmiňovanou větší a častější dávku, tím více se mění psychické a fyziologické vlastnosti. Dochází k narušení schopnosti autoregulace a jedinec není schopen přestat (27).

Syndrom závislosti můžeme definovat jako soubor psychických (emočních, kognitivních, behaviorálních) a somatických změn, které se vytvoří jako důsledek opakovaného užívání psychoaktivní látky. Omamné a psychotropní látky mají různé účinky a vyvolávají různé typy závislosti:

- a) biologická (somatická) – definuje se jako stav adaptace organismu na drogu, který je doprovázen zvyšující se tolerancí a projevuje se abstinenčním syndromem při vysazení drogy
- b) psychická – znamená potřebu užívat drogu trvale či opakovaně k navození příjemných prožitků či odstranění prožitků nepříjemných či zatěžujících, jedinec drogu užívá, neboť mu přináší uspokojení

Dlouhodobé užívání těchto látek může podstatným způsobem měnit osobnost člověka a jeho chování a může vyvolat i závažnější duševní poruchy (26).

WHO definuje návyk na drogy, alkohol a léky jako stav periodické či chronické intoxikace psychotropní látkou, který je vyvolán opakovaným užíváním přírodní či syntetické drogy a je škodlivý pro jednotlivce i společnost.

Podle Mezinárodní definice nemocí je syndrom závislosti skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, ve kterých má užívání nějaké látky či třídy látek mnohem větší přednost než jednání, kterého si jedinec dříve cenil mnohem více. Centrální charakteristikou je touha brát psychoaktivní látky, ať už na lékařský předpis či bez něj, alkohol či tabák. Definitivní diagnóza závislosti by se zpravidla měla stanovit tehdy, došlo – li během jednoho roku ke třem či více z následujících jevů:

- a) silná touha či pocit puzení užívat drogu
- b) potíže v sebeovládání při užívání látky, pokud jde o začátek, ukončení či množství látky
- c) tělesný odvykací stav, je – li látka užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, přičemž ke zmírnění odvykacího stavu se někdy užívá látka příbuzná s podobnými účinky

d) prokázání tolerance k účinku látky, jako je vyžadování vyšších dávek látky k dosažení účinku původně dosaženého menšími dávkami

e) postupné zanedbávání jiných potěšení či aktivit ve prospěch užívané látky a zvýšené množství času k získání či užívání látky, či zotavení se z jejího účinku

f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků (16)

Z výše uvedeného vyplývá, že závislost je onemocnění. K závislosti se člověk nejčastěji dostává přes experimentování a postupem času i pravidelné užívání drogy (8).

Závislost vede k narušení osobnosti, často také ke snížení inteligence i výkonnosti. Dojde – li v důsledku chronického či akutního působení návykové látky k poškození centrální nervové soustavy, a tak ke změně osobnosti, je třeba tyto otravy drogami řadit v systému psychiatrie k psychózám se somatickými příčinami (7).

1.5 Rizikové faktory

Na vzniku každé závislosti se jako základní faktory podílí osobnost člověka, vlastnosti jeho organismu, vlivy vnějšího prostředí, sociokulturní vlivy a situační podněty (např. tradice v užívání drog, dostupnost těchto látek apod.). Výsledek interakce uvedených skupin faktorů určuje pravděpodobnost vzniku drogové závislosti (26). V souvislosti s tím je nutné zohlednit i další faktory, mezi které patří geografická poloha, zeměpisná šířka, politické zřízení, systém zdravotní a sociální politiky, gramotnost a vzdělanost, míra nezaměstnanosti, historie drog, kulturní dědictví a mnoho jiných faktorů (23). Jak ve společnosti stoupal počet závislých jedinců, vzniklo mnoho studií, které se pokoušely vymezit typické rysy osobnosti člověka závislého na drogách, ale zvláštní typ osobnosti, která by byla k užívání drog předurčena, neexistuje (27). Každý člověk si může vytvořit závislost na droze (26). Velmi významnou roli hrají tyto faktory:

a) aktuální stresová situace v roli spouštěče

b) míra neschopnosti a neochoty jedince uvědomit a přiznat si riziko řešení osobních problémů pomocí drog

c) uspokojivé sociální zakotvení a fungující vztahy s lidmi schopnými poskytnou potřebnou podporu (27)

Přestože nelze definovat typickou osobnost závislého jedince, můžeme vymezit sociální a psychické faktory, které zvyšují riziko vzniku závislosti.

Sociální rizikové faktory

- Městské prostředí, ve kterém je větší pravděpodobnost nabídky drog.
- Porucha funkce rodiny, jestliže dítě není citově akceptováno či vhodně vychováváno.
- Nadměrné užívání léků či alkoholu rodiči a vytváření tak modelu způsobů řešení problémů.
- Nižší úroveň vzdělání, neúspěšnost ve škole.
- Zvýšený vliv party, která má své vlastní, odlišné normy a hodnoty (27).

Psychické rizikové faktory

Pravděpodobnost užití drogy zvyšují tyto vlastnosti:

- Emoční prožívání, které je typické nedostatkem vnitřní pohody, zvýšenou dráždivostí a labilitou, časnou psychickou tenzí, úzkostí či depresí.
- Rozumové hodnocení, neboť k drogám inklinují lidé, kteří se špatně orientují v situaci, kteří nejsou schopni adekvátně posoudit sebe samé ani okolní realitu. Extrémní a nepřiměřené sebehodnocení, nízká sebedůvěra a nedostatek vázanosti na aktuální situaci zvyšují riziko neadekvátního řešení potíží.
- Odchytky v oblasti autoregulace, jako je oslabení volní složky, nižší sebekontrola, tendence k impulzivité a nezdrženlivému chování. Riziko experimentu s drogami zvyšuje také zvýšená touha po větším vzrušení, než jaké poskytuje každodenní život.
- Rigidita reagování, protože lidé závislí na droze mají tendenci využívat stále stejné vzorce chování, nedovedou se poučit ze zkušeností. Výsledkem bývají další a další neúspěchy posilující obecný pocit frustrace (27).

Jedinci takto disponovaní pociťují často nepohodu, neorientují se, jsou nejistí, labilní, nezvládají problémy a častěji se dostávají do stresu. Problémem je hlavně to, že zátěž pro ně představují již běžné situace a droga se stává přijatelným prostředkem řešení, neboť je poskytuje ihned a bez námahy (26).

Věk

Riziko vzniku závislosti je nejvyšší u mladých lidí. V roce 1996 bylo 75% uživatelů drog ve věku od 15 do 24 let. V době dospívání nemají ohrožení a výstrahy týkající se budoucnosti velký význam, neboť největší význam má přítomnost. Je zde zvýšená tendence

riskovat, nedostatek zkušeností a chybí náhled na vlastní zranitelnost. Mladí odmítají hodnoty a styl života dospělých, což se může projevit právě volbou experimentu s drogami. Vytváření vlastní identity je náročný proces a dospívající bývají nejistí a nevěří si. Díky droze mohou získat pocit euforie, uvolněnosti a dostatečné sebejistoty. Jedinci v době experimentu mají pocit, že se jich případné riziko netýká, a příliš o nich neuvažují (27).

1.5.1 Potenciál drogy pro závislost, riziko závislosti

Toto můžeme kvalifikovat jako rychlost a snadnost, s níž se při opakovaném užívání určité drogy rozvíjí závislost. Podílejí se na tom tyto faktory:

- Atraktivita užití dané drogy ve smyslu subjektivního přínosu pro uživatele, vlastnosti drogy, které způsobují prožitek, schopnost látky snižovat či zabraňovat nepříjemným psychickým stavům.
- Rychlost účinků po požití drogy.
- Spolehlivost a jistota, že se tyto účinky po požití dostaví.
- Rychlost rozvíjení se tolerance k droze.
- Rychlost objevení se odvykacího syndromu nebo efektu zpětného nárazu následovaný po opakovaném užití a rychlost vyloučení drogy z organismu (12).

V odhadu rizika potenciálu zneužívání drog je důležitá ještě řada faktorů, mezi které patří rychlost a vlastnost účinků drogy, dosažitelnost drogy, snadnost aplikace, možnost vzájemného působení s jinými psychoaktivními látkami, sociální status drogy a jiné. K umocnění potenciálu drog může dojít v případě užití více drog najednou. Je známé, že některé kombinace drog posilují nejen jejich účinky, ale mohou též způsobovat specificky intenzivní a výjimečné stavy. Tento jev je označován jako posilující či synergický účinek (19).

1.5.2 Proces vzniku závislosti

Tento proces lze rozdělit do čtyř etap (32):

Stadium experimentování

Impulsem k experimentu může být nuda, zvědavost, touha po něčem neobvyklém, vliv blízké sociální skupiny vrstevníků, touha po něčem tabuizovaném, jelikož v této oblasti lze dokázat svou nezávislost na autoritách. Značnou roli v této situaci hraje vzor lidí, kteří již

drogy užívají a pro experimentátora jsou atraktivní. Nejčastějšími distributory drog jsou spolužáci a blízcí kamarádi, ne cizí osoby. Stejně tak i prostředí, kde je droga užitá, je v 98% mimoškolní, tedy v době volna, kdy odpovědnost za děti nesou rodiče (17).

Příčinou může být též únik od problémů, který adolescent neumí či nechce řešit. Při užití si neuvědomí, že droga nic nevyřeší, osobní potíže přetrvávají a postupně přibývají další v důsledku užívání drog. Jedinec často nemá nikoho, kdo by mu pomohl a droga nabízí únik, který mladý člověk přijme (27).

Zdraví jedince v tomto stadiu narušeno není, stejně tak i pracovní způsobilost a výkonnost. Není ovlivněna ani finanční stránka experimentátora. Na citové úrovni převládá zvědavost (32).

Stadium příležitostného užívání

Jedinec se naučil, že mu droga může pomoci v nouzové situaci či ho vytáhnout z nudy, proto ji za těchto okolností užívá. Návyk zatím není vytvořen, proto ji neaplikuje pravidelně. Také v této fázi jedinec většinou tají kontakt s drogou před blízkými autoritami. Tím se však dostává do sociální izolace od lidí drogy neužívajících a především od osob, které mohou svým jednáním závadové chování jedince zvrátit. V této fázi ještě osobám užívajícím drogy záleží na blízkých lidech a jejich profesní roli (26). Zdraví je většinou nenarušeno, dostávají se první kocoviny a dojezdy. V emocionální sféře vyhledává slast, prožívá však již i dysforie (32).

Stadium pravidelného užívání

Jedinec užívá drogu stále častěji, ale popírá riziko svého jednání. Nechce si připustit závažnost svého chování, snaží se přesvědčit okolí, že nic špatného nedělá (27). Jedinec se distancuje od svého okolí, vrstevníků a autorit, jejichž postoj k drogám je odmítavý. Objevují se již poruchy spánku, výživy. Podává horší výkony, vypadá neupraveně, mění svůj vzhled. Utrácí za drogy mnohem vyšší částky za drogy. Na pocitové úrovni je časté střídání nálad, nepříjemné stavy i pokusy kontrolovat situaci (32).

Stadium návykového užívání

Zvyšuje se lhostejnost k čemukoli, co nesouvisí s drogami. Jedinec ztrácí motivaci k zájmům, jež míval dříve, své jednání přizpůsobuje droze. V této fázi se již nesnaží svůj návyk skrývat, nemá na to čas ani energii, přestává mu záležet na mínění druhých. Ztrácí svou profesní roli, rozbíjí vztahy s přáteli, s rodinou, kontakt udržuje pouze s lidmi, kteří též užívají

drogy. Droga má jiný význam, již nepovznáší, ale o to víc se stává potřebnou (27). Zdraví je narušeno mnohými fyzickými i duševními problémy, jedinec aplikuje drogu i sám a často ve vysokých dávkách. Bere, aby se cítil normálně, překonává pocity viny (32).

1.5.3 Důsledky závislosti

Závislost vedoucí k nadměrnému užívání psychotropních látek poškozuje jedince biologicky, psychicky i sociálně (27).

Somatické důsledky závislosti

Závislost na drogách může primárně i sekundárně poškozovat somatické zdraví člověka. Může jít například o poškození centrální nervové soustavy, ledvin, jater, cév, zažívacího traktu, je zde též i zvýšené riziko infekce hepatitidy i HIV (1).

Pod vlivem drog se negativně změní i zevnějšek člověka, objevuje se nápadné vyhubnutí, devastace žilního systému, abscesy a podobně. Závislý člověk o sebe přestává dbát, tělesně chátrá, nedodržuje hygienu (26).

Psychické důsledky závislosti

Závislost na drogách mění psychické reakce, procesy i vlastnosti a v souhrnu i celou osobnost závislého člověka. Dlouhodobé užívání těchto látek může vést k tzv. organickému psychosyndromu, změny osobnosti, které jsou vyvolané poškozením mozku (2).

- Emoční prožívání je deformováno, citové reakce nejsou vždy přiměřené vyvolávajícímu podnětu. Závislý jedinec bývá labilnější, dráždivější, se sklonem k extrémním citovým prožitkům.
- V kognitivní oblasti se zhoršuje schopnost koncentrace pozornosti, paměťové funkce, může vést i k demenci. Je zde zřejmá souvislost se vznikem organického psychosyndromu a prohlubujícím se poškozením centrální nervové soustavy.
- Užívání psychotropních látek mění aktivační úroveň. Pod vlivem drog může být člověk extrémně aktivizován i naopak neschopen jakékoliv aktivity. Útlum může nastat pod vlivem drogy, nebo naopak člověk drogu potřebuje, aby se aktivizoval.
- Závislý jedinec má i jinou hierarchii hodnot ovlivňující i jeho autoregulaci. Nemá dostatek vůle pro překonání problémů, s nimiž je užívání drogy spojeno. Po určité době

užívání přestává cítit vinu, jediným cílem je droga. K úspěšné léčbě je ale důležitá motivace, bez níž nelze dosáhnout žádoucího efektu (27).

- Závislost na droze mění životní styl, který se nakonec mění ve stereotyp. Život závislého je naplněn činnostmi vedoucími k získání a aplikaci drogy, tak to jde stále dokola. Toto je paradoxní vzhledem k počáteční motivaci užití drogy změnit všednost života a něčím ho obohatit. Závislost přináší jiný, pevnější a těžko zvládnutelný druh stereotypu.
- Závislému jedinci nakonec zbývá jen droga, o vše ostatní přišel či to ztratilo svůj význam. Závislý člověk nemá budoucnost, neplánuje ji, je pro něj relevantní jen přítomnost.
- Osobnost závislého postupně upadá, dochází k mnoha závažným změnám, mezi jinými například k „psychopatizaci“ osobnosti, k úbytku schopností. Člověk nebývá schopen aktivní obrany, má pocit, že už se nedá nic dělat, přežívá ze dne na den, bez vyhlídky na budoucnost. Dlouhodobé užívání drog může vyvolat i závažné duševní poruchy.
- Poruchy psychotického charakteru vznikají jako následek nadužívání psychotropních látek. Typickými projevy jsou poruchy vnímání, halucinace, bludy, narušení citového prožívání, neadekvátní reakce a poruchy psychomotoriky.
- Amnestická porucha se projevuje zhoršením paměti, může nastat až demence.

Ani krátkodobá abstinence nemusí člověka zbavit potíží, neboť je zde riziko recidivy a některé psychické změny mohou přetrvávat i v době, kdy jedinec drogu již neužívá. V této souvislosti bývají uváděny tzv. psychické reminiscence neboli flashbacky. Patří sem spontánní návraty halucinací, iluzí, intenzivní emoční prožitky, které jedinec prožíval v době, kdy drogu užíval. Objevují se ještě dva roky po poslední dávce halucinogenů či marihuany (26).

Sociální důsledky závislosti

Sociální důsledky drogové závislosti často vyplývají z psychických změn a odlišného chování závislých lidí. Závislý člověk přestává respektovat příslušné normy, své povinnosti neplní, přestává chodit do školy či zaměstnání (27). Mění se jeho vztahy s ostatními lidmi, chování závislého je jeví jeho okolí jako nepřijatelné. Závislý jedinec je nespolehlivý, sobecký a necitlivý k potřebám ostatních. Navzdory demonstrace své svobody je závislý na svém okolí, rodině či společnosti, neboť sám není schopen si vydělat dostatek peněz. Hodnota drogy je pro jedince tak silná, že je ochoten provozovat prostituci, krást a podvádět nejbližší osoby. Závislý člověk se postupně stává přítěží, rodina rezignuje, vyčerpala – li všechny

dostupné možnosti. Často tento člověk od rodiny odchází, přebývá u osob také závislých či se stává bezdomovcem. Protože droga má větší subjektivní hodnotu než vše ostatní, nevydrží ani hlubší vztah, a to ani v případě, že drogu užívají oba dva. Nakonec přetrvávají jen náhodné vazby se stejně postiženými lidmi **(26)**.

Rodina:

Závislý člověk devastuje či dokonce rozbíjí svou rodinu. Reakce rodičů na zjištění, že jejich potomek bere drogy, reagují nepřiměřeně, často výčitkami, výhrůžkami, pláčem, domlouvami. Někdy mívají rodiče závislého pocitu viny, jindy se snaží své dítě chránit a popírají jeho vztah k drogám. Adekvátní reakcí přitom je porada s odborníky v centrech pro závislé. Podle zjištění tak reaguje 26% rodičů.

Zaměstnání/škola:

Závislý jedinec není schopen chodit pravidelně do zaměstnání či do školy, pod vlivem drogy bývá unaven, není chopen požadovaného výkonu, nesoustředí se a většinou ztrácí motivaci k takové činnosti. Nakonec se jeho chování stává tak neúnosným, že je vyloučen ze školy či je ukončen jeho pracovní poměr. Tím se stává nezaměstnaným, ale nemá motivaci hledat jiné uplatnění. Pro svou závislost není schopen plnit své sociální role, tím je ztrácí a přetrvává pouze role narkomana **(26)**.

Společnost:

V naší společnosti se objevuje tendence závislého jedince stigmatizovat a sociálně izolovat, z čehož ovšem vyplývají určitá rizika. Člověk užívající drogy bývá označen nálepkou feťáka, který není přijatelný a kterému se každý vyhýbá. Takovýto postoj společnosti narkomana nakonec donutí, aby se identifikoval a přijal normy drogové subkultury, která jediná ho přijímá. Negativní postoj společnosti představuje problém i pro vyléčené narkomany, neboť je později nikdo neakceptuje a nedůvěra v nich přetrvává. Tím se posiluje i riziko recidivy, protože to s sebou přináší sociální izolaci a nedostatek kontaktů s jinou než drogovou populací. Uživatel drog není schopen překonat bariéru odmítání a nedůvěry. Svět se mu tedy jeví jako nepříjemný, komplikovaný, nepřátelský a z těchto důvodů často řeší vzniklou situaci dle známého vzorce, tedy jakousi vnitřní obranou a opětovným vstupem do světa drog **(26)**.

Spolu s užíváním drog narůstá i trestná činnost. Finanční náročnost drogy, změna osobnosti a hodnotového systému narkomana zvyšují pravděpodobnost trestné činnosti závislých lidí.

1.6 Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog

V této kapitole uvedu přehled nejdůležitějších přístupů, které se ve světě uplatňují v teoretických výkladech drogové závislosti a v práci s ohroženými či uživateli drog.

1.6.1 Biomedicínský model

Tento model dominoval v oblasti závislostí po dlouhá desetiletí, zejména v době, kdy drogy byly odborným problémem. Na straně poptávky se jím zabývali výhradně lékaři – psychiatři, respektive lékaři chorob nervových a duševních. V biomedicínském modelu je drogová závislost nemocí v lékařském slova smyslu, pokládána za chronickou a obtížně léčitelnou, s častými recidivami. Přestože není drogová závislost plně vyléčitelná, je léčitelná a může dojít k úpravě stavu za podmínky trvalé abstinence. Tomuto pojetí odpovídaly léčebné metody, kterými byla ústavní izolace, detoxikace, léčba prací. Ambulantní léčba individuální psychoterapií byla u tohoto modelu velmi výlučná (10).

Biomedicínský model problematiku drogových závislostí z dnešního pohledu zužuje – jedná se o model redukcionistický. Nelze však zapomínat, že tento model znamenal ve své době převrat v euroatlantické kultuře, neboť odmítl tehdy tradiční pojetí duševní choroby jako škodlivé sociální deviace a nazval ji nemocí.

V současné době je biomedicínský model částečně překryt níže uváděným přístupem bio-psycho-sociálním. Některé charakteristické rysy se však udržují (10).

1.6.2 Bio-psycho-sociální model

V tomto modelu se rozšiřuje model biomedicínský o rozměr funkcí psychických, mezilidských vztahů a jejich dynamického vývoje a vzájemného podmiňování. Nemoc, taktéž i závislost, vzniká v průběhu vývoje osobnosti ve vzájemné interakci biologických, psychologických a vztahových faktorů. K manifestaci nemoci vedou dispozice genetické, biologické či získané v raném dětství, zranitelnost, která se vyvíjí na podkladě dispozic

v dalším průběhu života a spouštěče, kam patří například životní události či nároky vývojového období.

Léčení závislostí musí zahrnovat všechny faktory bio psycho-sociálního modelu, čemuž odpovídají vedle detoxikace a farmakoterapie právě nově zdůrazňované léčebné postupy, souhrnně nazývané psychosociálními terapiemi. K nim patří různé metody individuální, skupinové a rodinné terapie, včetně tzv. terapeutické komunity.

Tento model vstoupil do psychiatrie po druhé světové válce, jeho rozmach začal ale až v letech šedesátých, což je období, kdy se drogy stávají společenským problémem. Komplexní bio-psycho-sociální model a terapeutický přístup nabízel v této situaci přínosné odpovědi a v léčení se tedy začal uplatňovat jen o málo později.

Již několik desetiletí je tento přístup hlavním proudem strategií na straně poptávky po drogách. Není sice přístupem čistě lékařským, ale byl a zůstává přístupem v zásadě zdravotnickým či alespoň ze zdravotnictví vycházejícím. Dokáže integrovat poznatky přírodních, psychologických i společenských věd, udržovat a rozvíjet mezioborovou spolupráci, aplikovat nové metody a pomáhat klientům účinným způsobem. Zároveň je srozumitelný i pro neodborníky.

V rámci bio-psycho-sociálního přístupu má své místo i farmakoterapie, která má v léčbě závislostí sice omezený, ale významný prostor k uplatnění. Osvědčuje se její kombinace s psychosociálními terapiemi (10).

1.6.3 Public health – přístup ochrany veřejného zdraví

Tento přístup vychází z epidemiologie, sociologie a veřejné politiky. Ve své čisté podobě nesleduje zájem jedince, ale ochranu populace, především před přenosem závažných infekčních nemocí, jako je AIDS a virové hepatitidy typu B, C. Nevznikl jako odpověď na problematiku drogové závislosti, ale v souvislosti s šířením viru HIV, z čehož plyne, že se soustředil především na sdílení injekčního materiálu k nitrožilnímu užívání drog a na rizikový pohlavní styk. Z tohoto se rozvinuly postupy jako je výměna jehel a stříkaček, distribuce prezervativů, očkování proti hepatitidám.

Upřednostňování přístupu public health může vést k zanedbání individuálních potřeb uživatele, k rezignaci na léčení (10).

1.6.4 Harm reduction – přístup minimalizace poškození

Preventivní a klinická medicína užívá výraz harm reduction pro veškerá opatření směřující ke snížení pravděpodobnosti škodlivých důsledků vyplývajících z některých typů chování, ze specifických sociálních nebo lékařských intervencí či z nepříznivých okolností spojených s daným prostředím. Je možné je aplikovat v širokém měřítku a často se vztahují k vysoce rizikovému či nebezpečnému chování. Termín harm reduction je v poslední době velmi často užíván v souvislosti s injekční aplikací drog. V oblasti veřejného zdraví je termín harm reduction užíván pro snahu předcházet negativním zdravotním důsledkům, které souvisejí s určitým typem chování, nebo tyto důsledky minimalizovat. Cílem harm reduction v rámci komplexních intervencí vztahujících se k injekční aplikaci drog je předcházet přenosu HIV a jiných infekcí, k němuž dochází sdílením nesterilního injekčního vybavení a přípravků určených k výrobě drog **(18)**.

Harm reduction si neklade na cíl abstinenci klienta. Nevylučuje tuto perspektivu, ale nepokládá na účelné její výlučné prosazování. Akceptuje, že klient v dané době nechce či nemůže přestat užívat drogy. Snaží se zachovat klienta při životě a maximálně možném zdraví v bio-psycho-sociálním smyslu.

Poškození, která se snaží minimalizovat jsou zejména:

- život a zdraví ohrožující infekce šířící se sdílením injekčního náčiní či nechráněným pohlavním stykem
- další tělesné komplikace, jako jsou například abscesy a postižení vnitřních orgánů
- dlouhodobé působení vysokých dávek drog
- předávkování
- ztráta lidské důstojnosti a sociální debakl

Harm reduction zahrnuje rady a návody, jak drogu aplikovat, jak používat a dezinfikovat injekční materiál a podobné technické informace. Tištěné materiály s těmito informacemi musí být ale omezené jen na okruh klientů, kterým jsou určeny, neboť dostanou – li se mimo tento okruh, vyvolávají pobouření, že se touto cestou navádí mládež k užívání návykových látek.

Do rámce harm reduction patří i substituce či podávání původní látky pod lékařským dozorem, což omezuje prostituci a trestnou činnost závislých **(10)**.

1.6.5 Sociální a sociálně-pedagogický přístup

Tyto přístupy zdůrazňují vnější faktory, jako je nepříznivé sociální prostředí, nevhodná výchova, chybění či ztráta sociálních dovedností a možností se integrovat do komunity. Používanými metodami jsou zejména sociální a výchovné poradenství, vedení a asistence, resocializace a rekvalifikace, nácvik soběstačnosti, sebeobsluhy, sociální komunikace a pracovních dovedností.

Sociální a sociálně-pedagogický model je výrazem emancipací nezdravotnických profesí a těží z rozvoje aplikovaných sociálních a pedagogických věd. Jejich metody lze integrovat i do rámce bio-psycho-sociálního přístupu. Hlavním těžištěm jsou dobrovolné práce a svépomoc charity, která se často obejde bez účasti profesionálů.

1.6.6 Přístupy morální a spirituální

Pojetí závislosti na drogách jako morálního debaklu je ve společnosti stále značně rozšířené. V praxi tento model aplikuje sociální a sociálně-pedagogické přístupy, spojené s křesťanskou morálkou. V katolické církvi je tento typ přístupu k závislým tradicí Salesiánského řádu, ujímají se ho však i protestantské církve. K jejich doktríně patří i teze o nevyhléditelnosti závislosti – kdo byl jednou závislý, nebude nikdy zdravým člověkem, ale pouze abstinujícím.

Jakýmsi extrémem tohoto modelu je spirituální přístup, který za jedinou cestu ze závislosti považuje náboženské obrácení, oddanost víře a život a práci v úzkém společenství pod trvalým duchovním vedením. Často má sektářský charakter, či alespoň nádech.

Oba tyto přístupy až na vzácné výjimky nedůvěřují odborníkům a odborným přístupům a často od nich odrazují i klienty.

1.6.7 Holistický – celostní model

Tento přístup charakterizuje jisté vykročení z bio-psycho-sociálního modelu do oblasti alternativních terapií, jako je akupunktura, akupresura, aromaterapie, masáže či holotropní dýchání. Holistický model je vlastně modelem bio-psycho-socio-spirituálním. Potřeba morálky a pamatování na spirituální rozměr a potřeby člověka patří k normálnímu životu, k překonání krize a uzdravování z nemoci (10).

1.7 Problémy mezioborového přístupu k léčbě závislosti

Oblast léčby a sociální rehabilitace osob závislých na drogách představuje velmi široké spektrum různých metod a přístupů. Některé z nich je možno různě kombinovat, jiné nikoli. Často lze jen s velkými obtížemi rozeznat, které z nich jsou pro určitou skupinu vhodnější a efektivnější, a které méně. Základním východiskem však zůstává, že pojetí léčby a sociální rehabilitace musí korespondovat s komplexností problému závislosti na návykových látkách. Metody a přístupy v léčbě a sociální rehabilitaci musí tuto komplexnost respektovat, chceme-li, aby byly skutečně účinné a vycházely vstříc potřebám klientů. Neboť prostřednictvím nevhodně členěných či nenavazujících různých složek léčebného systému oslabujeme jejich celkový potenciál a možnosti **(10)**.

Podmínkou efektivnosti programu je schopnost vyjít vstříc skutečným a ne domnělým potřebám klienta. V praxi to znamená stálé přizpůsobování programů nejen směrem k povaze samotného programu závislosti, ale především směrem k měnícím se potřebám a často výrazným rozdílům mezi klienty. Nejde přitom jen o požadavky ze strany klientů a jejich rodin, které jsou samozřejmě ve středu pozornosti, ale jedná se též o požadavky ze strany poskytovatelů finančních prostředků a o tlak veřejnosti.

Hovoříme-li o bio-psycho-sociálním modelu v léčbě závislosti, mluvíme též o tom, že se při jeho uplatnění musíme stále učit a zlepšovat způsob jak nové poznatky a znalosti adekvátně do jednotlivých léčebných metod a přístupů promítnout. To znamená koordinovaně a se zajištěnou návazností rozvíjet spektrum poskytovaných služeb a péče tak, aby každá fáze léčby byla vhodně ošetřena a existovaly nástroje k ověřování, zda tomu tak skutečně je **(11)**.

Vzájemná provázanost jednotlivých metod je podmínkou dobře fungujícího a efektivního programu. Tato provázanost je realizována pouze prostřednictvím týmové práce se zastoupením profesionálů různých oborů. Model týmové práce vycházející z mezioborového přístupu, která je založený na principu názorové plurality, nebyl před rokem 1989 obvyklý. V 90. letech minulého století jsme byli v naší zemi svědky rozvoje nestátních zařízení a postupných přeměn v systému poskytování služeb a péče.

Pluralita, s níž se v léčbě závislostí setkáváme, má mnoho dobrých i stinných stránek. Přestože existují modely a představy o tom, jak má vypadat kvalitní a efektivní program, není možné vždy jednoznačně říci, že jiný program založený na odlišných principech je špatný či méně efektivní. Oficiální strategie a standardy jsou považovány za optimální a doporučené, vedle nich však nelze nevidět jiné přístupy, s nimiž lze také pracovat a v praxi pracuje,

prestože mohou být vnímány spíše jako určitá alternativa. Jejich použití ale je možné a lidé pracující těmito metodami mohou dosahovat kvalitních výsledků. Pojetí účinných faktorů v léčbě závislostí může být ve své podstatě různé a vliv osobnostních charakteristik terapeuta na způsob aplikace určité metody a přístupu ke klientovi mohou mít v konečném důsledku mnohem větší význam, než otázky technické a metodické (11).

1.8 Složky systému péče v České Republice

Jelikož drogová závislost je druh chronické choroby, je třeba ji léčit (30). K odvykací léčbě může klient nastoupit pouze po dobrovolném rozhodnutí. Nucená léčba může být nařízena pouze soudem v souvislosti s rozhodnutím v rámci soudního jednání o spáchání trestného činu nebo hrubého narušování a ohrožování osobní svobody, výchovy dětí a podobně (28).

Specializovaná péče o uživatele drog má v ČR relativně dlouhou tradici. Již v roce 1948 bylo Jaroslavem Skálou založeno první specializované zdravotnické zařízení pro léčení alkoholových závislostí. V návaznosti na ústavní péči klientů závislých na alkoholu se postupně začala rozvíjet síť ambulantních ordinací AT (alkohol a toxikomanie), kterých ještě v roce 1992 bylo v České Republice přes 160. S rostoucí prevalencí nealkoholových závislostí se tato ústavní a ambulantní zařízení začala více či méně přirozeně zabývat i léčením osob závislých na omamných látkách. Po roce 1989 se začal rozvíjet i nestátní a neziskový sektor, který se stal nejdříve konkurentem, posléze doplňujícím článkem systému léčebné péče (11). Vznik nízkoprahových zařízení a budování systému péče o uživatele drog reagoval na aktuální situaci (zvýšení nabídky drog na českém trhu a s tím související zvýšení poptávky po drogách), ke které v České republice po otevření hranic došlo (9).

Mezi domácími i zahraničními odborníky dnes existuje shoda, že efektivní systém péče o osoby užívající návykové látky by měl splňovat řadu kritérií, a to jak v oblasti kvalitativní, tak v oblasti kvantitativní.

- Kvalitativní kritéria – rozumíme jimi především vnitřní strukturu systému péče, jeho komplexnost - schopnost pokrýt potřeby různorodých cílových skupin s ohledem na stupeň rozvoje závislosti nebo rozsah problémů s užíváním drog, jeho provázanost – návaznost jednotlivých stupňů a forem péče a jeho efektivitu, tedy schopnost zajistit standardní kvalitu péče s maximalizací léčebného efektu při minimálních nákladech.
- Kvantitativní kritéria – jde především o vnější strukturu systému péče, jeho celkový rozsah, který se může lišit mezi jednotlivými regiony s ohledem na kumulaci jevu ve velkoměstech,

a dostupnost – léčebná péče musí být místně i časově dostupná v závislosti na místních potřebách (11).

1.8.1 Terénní programy

Terénní programy (streetwork) zajišťují obvykle výměnný program jehel a stříkaček, kde výměnný znamená, že klientovi je poskytován tento zdravotní materiál v případě, že přinese použité jehly a stříkačky. Zamezuje se tím situaci, kdy klient použité „nádobíčko“ odhodí. Klient má možnost získat sterilní jehly a stříkačky a nemusí užívat injekční náčiní společně s dalšími uživateli, což by vedlo ke zvýšení rizika nákazy infekčními nemocemi. Streetworkeri poskytují informace o „bezpečném“ užívání drog, snaží se informovat klienty o bezpečnějších, méně ohrožujících způsobech aplikace drog, upozorňovat je na nebezpečí kombinací drog. V mezích možností, které jsou dané prací přímo na ulici, zajistí základní zdravotní ošetření. V případě potřeby a zájmu klienta poradí ohledně sociálně právních záležitostí, léčby. Využití služeb je anonymní (22).

Hlavní důvody pro streetwork jsou následující:

- cílové skupiny populace se nedaří účinně oslovit existujícími způsoby intervence mimo streetwork
- existující metody intervence ve vysokoprahových zařízeních neposkytují takové služby, které cílové skupiny populace potřebují
- sociální prevence, zaměřující se na předcházení vzniku dysfunkčních procesů (11)

Terénní programy, stojící na pomyslném začátku systému péče o uživatele drog, jsou často první službou, se kterou se závislí jedinci setkávají. Z toho tedy vyplývá cílová populace těchto programů. Jde o tzv. skrytou populaci, tedy obtížně dosažitelnou klientelu s minimální motivací vyhledat služby a řešit problémy, ať už zdravotní, psychologické, sociální či právní povahy. Do skryté populace patří:

- experimentátoři, většinou mladí lidé v počátcích drogových experimentů
- děti ulice, které nachází přechodný azyl v drogových bytech a mohou být ve fázi experimentu, pravidelného užívání či závislosti
- pravidelní uživatelé omamných látek, jejichž situace není natolik debaklová, aby byli motivováni ke kontaktu s pomáhající institucí
- problémoví uživatelé drog v rozvinutém stupni závislosti, kteří mají sice zájem o pomáhající aktivity, ale často nejsou schopni je vyhledat a využít (11)

Terénní práce se zaměřuje především na klienty, kteří se chovají rizikovým způsobem a nejsou motivováni ke změně tohoto chování. Hlavním cílem těchto programů je navázat s těmito uživateli vztah postavený na vzájemné důvěře a následně je motivovat ke změně chování a udržení této změny. Svými intervencemi působí směrem ke stabilizaci životního stylu. Navázání kontaktu by bylo velice obtížné, kdyby terénní pracovníci neměli uživatelům drog co nabídnout. Sterilní injekční stříkačky tedy nejsou jen preventivním materiálem, ale jsou též prostředkem k navázání kontaktu (15).

Složky terénní práce:

- a) Výměna injekčního materiálu – programy se neomezují jen na výměnu stříkaček, ale poskytují klientům též další materiál, jako jsou například prezervativy, aluminiové folie, alkoholové tampony, filtry, kyselina askorbová, sterilní voda. Součástí výměny je i motivace klientů k bezpečné likvidaci použitého injekčního materiálu. Tato služba má 2 aspekty: 1. snižování zdravotních rizik spojených s injekční aplikací, 2. poskytování injekčního materiálu je nástrojem pro navázání kontaktu. Čas, který klient se streetworkem stráví, dává prostor pro budování vzájemného vztahu a pro získávání informací o klientově situaci.
- b) Informace – součástí terénního programu je poskytování informací a účincích drog, jejich působení, důsledcích, rizicích aplikace, závislosti, hygienických návyků, bezpečném sexu, přenosných nemocích a další. Tyto informace lze podávat verbálně či ve formě tiskovin a informačních letáků. Tiskoviny informují také o dostupných formách pomoci a kontaktech na tato zařízení.
- c) Sociální a zdravotní poradenství – tato složka hraje důležitou roli při intervencích zaměřených na stabilizaci životního stylu klientů. Některé zdravotní komplikace je pracovník terénních programů schopen vyřešit na místě. Ty klienty, které není schopen ošetřit na místě, odkazuje do příslušných zařízení či jim poradí, kde ošetření vyhledat. Zároveň informuje o nebezpečích souvisejících se zanedbáním péče.
- d) Poradenství a krizová intervence – v rámci terénních programů probíhá poradenství a krizová intervence, zaměřená na zvládnání aktuálních problémů, na motivaci k navázání kontaktu se zdravotnickými a sociálními zařízeními. Další součástí poradenství je doporučování klienta do léčebných zařízení.
- e) Terénní programy provádějí rovněž monitoring drogové scény a sběr dat (11).

Cíle terénních programů:

Terénní programy si kladou za cíl kontaktovat skrytou populaci a působit na ni. Cílem terénních programů je minimalizovat negativní důsledky užívání drog nejen pro samotné uživatele, ale i pro společnost:

- udržet nízký výskyt HIV/AIDS positivity
 - snížit výskyt hepatitidy B, C
 - snížit počet úmrtí v důsledku předávkování drogami
 - předcházet kriminalitě
 - motivovat uživatele drog ke změně životního stylu směrem k abstinenci
 - naučit uživatele drog bezpečnějšímu užívání drog a bezpečnějšímu pohlavnímu životu
 - motivovat klienty k výměně použitého injekčního materiálu a jeho bezpečné likvidaci
 - udržovat nejvíce exponovaná místa otevřené drogové scény v čistotě
 - navazovat důvěru a motivovat klienty ke kontaktu se zařízeními se službami pro uživatele
- (15)

1.8.2 Nízkoprahová kontaktní centra

Kontaktní centrum je nízkoprahové zařízení zaměřené na oblast sekundární a terciární prevence zneužívání nealkoholových drog (13). Jsou určena k včasné krizové intervenci, poradenství, zdravotní a sociální pomoci osobám s nízkou motivací k léčbě (11). Ve standardech sociálních služeb MPSV je kontaktní práce definována jako komplex nízkoprahově organizovaných služeb, jejichž cílem je vytvářet podmínky pro navázání kontaktní práce s jednotlivci a sociálními skupinami, které nemohou či nechtějí vyhledat standardní institucionální pomoc a u kterých je předpoklad potřeby a účelnosti této pomoci (21).

Abstinence není podmínkou spolupráce klienta se zařízením. Důležitým principem je respektování volby klienta – ať se rozhodne pro abstinenci či pro život s drogou, vždy je možné mu nabídnout terapeutickou intervenci, formu odborné péče a pomoci.. Klientům je umožněn anonymní kontakt, čímž dochází k odbourání stigmatizace z návštěvy odborné instituce, dochází k navazování kontaktu a budování důvěry mezi klientem a pracovníkem. Vlajkovou lodí cílové skupiny kontaktních center jsou závislí a problémoví uživatelé tvrdých drog, především s vysoce rizikovým scénářem, tedy především intravenózní uživatelé drog. Je-li kontakt s nimi neúspěšný, nehledejme chybu v klientech, ale ve službách (11).

Do spektra služeb kontaktních center se obecně zahrnuje:

- a) Kontaktní práce – patří mezi hlavní aktivity nízkoprahových zařízení. Jde o navázání kontaktu, vytvoření důvěry, zjištění základních problémů a potřeb. Tato aktivita je realizována v kontaktní místnosti.
- b) Výměnný program – výměna injekčního nářadí, distribuce desinfekčních a dalších pomocných prostředků a zdravotnického materiálu.
- c) Základní zdravotní péče – základní zdravotní ošetření, zajištění testování na HIV, virové hepatitidy, neodkladná péče dle potřeby.
- d) Základní poradenství – prohloubení navázaného kontaktu s klientem s důrazem na změnu rizikových vzorců chování klientů. Jde o zdravotní stav, zdravotní i sociální rizika spojená s užíváním drog, minimalizaci těchto rizik, dále o informace o možnostech léčby a sociální rehabilitace, informace o léčebných a dalších zařízeních, zprostředkování léčby.
- e) Další krátkodobé intervence – krizová intervence, jednorázová nebo krátkodobá práce s rodiči, partnerem či rodinou klienta.
- f) Strukturované poradenství a motivační trénink – pomáhá klientům získat, udržet a posílit motivaci k dalšímu postupu v léčbě směrem k abstinenci. Je považováno za vyšší stupeň služeb kontaktních center, při němž klient vystupuje z anonymity ze společenství v kontaktní místnosti a vstupuje do terapeutického či poradenského vztahu **(13)**.
- g) Sociální práce – pomoc při hledání zaměstnání, ubytování, vyřizování dokladů, sociální asistence při kontaktu s rodinou, úřady, soudy, policií, probační službou, právní poradnou. Může jít o jednorázovou intervenci nebo o case management v oblasti sociální práce.
- h) Doplnkové služby – hygienický servis (sprchování, praní prádla), potravinový servis (polévka, pečivo, čaj, apod.), vitamínový servis. Spolu se základní zdravotní péčí tyto služby zajišťují podmínky potřebné k přežití **(11)**.

Veškeré služby jsou poskytovány bezplatně a anonymně **(13)**.

1.8.3 Lékařská ambulantní péče o závislé

Dle představ Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) se ambulantní péče o závislé poskytuje především v ambulantních léčebných střediskách, odpovídajících našim AT ordinacím pro prevence a léčbu závislostí, a ve

střediscích strukturované denní péče, odpovídajících našim denním stacionářům. Další ambulantní péči poskytují střediska zdravotně sociálních služeb, která u nás zatím nemají samostatná zařízení, a nízkoprahové agentury odpovídají našim kontaktním centrům.

Specializovaná ambulantní lékařská péče by měla být dostupná pro všechny potřebné klienty a zajistit tuto službu v plném rozsahu. V České republice tuto péči do roku 1992 zajišťovala celostátní síť ordinací AT pro prevenci a léčbu závislostí. Reorganizační změny vedly k tomu, že většina lékařů se touto problematikou přestala zajímat. To způsobilo kromě jiného i nedostatečnou dostupnost specializované ambulantní lékařské péče o pacienty s abusem návykových látek (11).

Do ordinace AT mají přístup nejen závislí, ale i experimentátoři, víkendoví uživatelé bez závislosti, konzumenti a problémoví uživatelé. Nezáleží na tom, zda se jedná o jedince motivovaného k abstinenci či přinuceného nějakým ultimátem. Mezi klientelu patří též jedinci, kterým byla léčba uložena soudem. Vítanými návštěvníky jsou rodiče, příbuzní, partneři, tedy všichni, kdo jsou ve styku s člověkem, který má problémy s užíváním drog. Klienti, kteří by se obávali nějakých důsledků z návštěvy této ordinace, mohou požádat o anonymní vyšetření a být vedeni pod heslem či jménem, které si sami vyberou. Spektrum návykových látek tvoří alkohol, tabák, léky, inhalační drogy a všechny ilegální drogy (20).

Každý nový pacient je komplexně vyšetřen lékařem, a to jak po somatické, tak psychické stránce. Důležitou součástí je anamnéza, která se skládá z objektivní anamnézy, kterou uvádí doprovázející osoba, a subjektivní anamnézy, kterou uvádí klient. Poté následuje klinické vyšetření a laboratorní a pomocná vyšetření.

Každá léčebně preventivní péče by měla mít bio-psycho-sociální prvky, proto lze tuto péči rozdělit na:

- a) Psychoterapii – individuální, rodinná, skupinová
- b) Farmakoterapii – slouží k ovlivňování závislosti, k zabránění či léčbě komplikací a případných provádějících onemocnění
- c) Socioterapie – usiluje o návrat klienta do společnosti (11)

1.8.4 Denní stacionáře

Denní stacionář je ambulantní psychoterapeutické centrum poskytující pomoc, poradenství a léčbu lidem ohroženým důsledky užívání návykových látek. Programy denního stacionáře umožňují předejít hospitalizaci klienta, vyhnout se jeho dlouhodobé izolaci od prostředí, do kterého se ještě může integrovat, a navíc toto prostředí

aktivně a pozitivně ovlivňovat. Umožňuje reagovat na aktuální problémy a situace v okolí klienta, které často byly jednou z příčin daného chování a zároveň je řešit.

Denní stacionář může předcházet, doplňovat, případně nahrazovat ústavní léčbu (5). Poskytuje denní péči, zdravotní, psychoterapeutickou, ošetrovatelskou, sociální, výchovnou, rehabilitační, tedy péči přes den, nelůžkovou, obvykle jen v pracovní dny. V České republice existovalo v roce 2001 6 programů s názvem denní stacionář, standardům zahraničním i domácím ale v plné míře odpovídá jen jeden z nich.

Podstatou intenzivní denní péče je strukturovaný program s následujícími charakteristikami:

- Přesný časový rozvrh
- Soubor pravidel stanovující podmínky léčby, stanovuje žádoucí a nežádoucí chování a případné sankce
- Vyvážená skladba programu (11)

Program má jasně definovanou délku, prakticky bez výjimky jde o střednědobou léčbu v délce 3 – 6 měsíců, většina vychází ze standardní délky 10 – 14 týdnů s možností prodloužení na základě individuálního kontaktu (15).

Cíle denní intenzivní péče:

Denní stacionáře mohou mít rozličné cíle, ale většinou zahrnují:

- dosažení a udržení abstinence od původní drogy i drog spouštěcích
- změnu v sebepojetí a vztazích
- podporu v osobním zrání a adekvátním zvládnutí výzev vývojového období klienta
- zlepšení sociálního fungování
- osvojení základních dovedností každodenního života

Z charakteru denní léčby nutně vyplývají určitá kritéria cílové skupiny, neboť ne pro každého závislého je tento program vhodný. Většinou je specifikován minimální věk (zpravidla 16 – 17 let), horní hranice nebývá stanovena. Mezi další kritéria patří:

- a) zajištěné bydlení a schopnost a možnost dojíždět do denního stacionáře
- b) odvykací příznaky při vstupu do programu přítomné pouze v ne závažném stupni
- c) somatické a psychické komplikace jen ve stupni nevyžadujícím odbornou nemocniční péči
- d) akceptování programu a motivace k pravidelné účasti
- e) nižší potenciál pro relaps, schopnost s podporou upustit od užívání drog

f) neškodí sociální okolí a elementární opora v nedrogovém prostředí (11)

1.8.5 Detoxifikační jednotky

Detoxifikace je speciální krátkodobá (několik dnů) až střednědobá (několik týdnů) většinou medicínská a psychologická pomoc při vysazování drog. Jejím smyslem je zbavit organismus návykové látky, pomoci klientovi překonat možné odvykací příznaky a připravit jej na další léčbu. Při somatických a psychických komplikacích je nutné podávat léky.

Ne vždy přicházejí pacienti na detoxifikační jednotky dobrovolně a z vlastního rozhodnutí. Vedle vyšetření toxikologického, somatického i psychiatrického se mnohde provádí i krátkodobá psychoterapie, jejímž cílem je navázat co nejlepší kontakt, povzbudit a posílit v rozhodnutí podstoupit další léčbu. Důležitou součástí je i práce s nejbližšími. Kvůli odříznutí od možnosti získat drogu (motivace k léčbě je velmi křehká, hrozí nebezpečí kombinace podávaných léků s drogou) je zde zákaz návštěv po celou dobu pobytu (výjimky povoluje po zvážení ošetřující lékař) (6).

Důvody detoxifikace:

- a) Nebezpečnost klienta pro sebe či okolí z důvodů intoxikace nebo odvykacího stavu.
- b) Snaha připravit klienta na další formu odvykací léčby.
- c) Diferenciální diagnostika – může se jednat o nejasný stav.
- d) Potřebná léčba v nemocničním prostředí, což vyžaduje zvládnutí odvykacího stavu.
- e) Zvláštní důvody – brzké uvěznění, odcestování závislého cizince.
- f) Snížení tolerance vůči droze.
- g) Sociální důvody – klient nemá zájem o léčbu či abstinenci, ale detoxifikace je určitá daň za bydlení, zmírnění stavu.

Podstatnou položkou akreditačních standardů je i požadavek, aby doba strávená na detoxu byla využita k tomu, aby se získala motivace tam, kde chybí, a upevnila tam, kde již je (11).

1.8.6 Střednědobá ústavní léčba

Střednědobá ústavní léčba je vymezena v délce trvání 3 – 6 měsíců. Ve své typické podobě je poskytována zdravotnickými zařízeními, což odpovídá i akreditačním standardům. Střednědobé léčby vycházejí z apolinářského modelu směřující k abstinenci, vesměs jako k prostředku k vyšší kvalitě života a k co nejkompletnějšímu znovupřevzetí původních životních rolí.

Postupné cíle mohou být individuální, mezi typické patří například:

- stabilizace sekundárních problémů spojených se závislostí
- vybudování náhledu – uznání závislosti jako svého problému, potřeby dlouhodobé léčby a dodržování pravidel
- postupné řešení důsledků drogové kariéry, zahájení řešení těchto problémů
- přebudování motivace
- zvnitřnění abstinenčních norem
- zvnitřnění struktury dne a týdne
- současné řešení problémů dalších, se závislostí přímo nesouvisejících
- identifikace rizik relapsu a nalezení strategií pro minimalizaci těchto rizik
- některé změny v původním prostředí
- zlepšení sebehodnocení
- zlepšení prožívání

Program střednědobé léčby je komplexní, sdružuje přístupy terapeutické a výchovně-educativní. Převažující přístupy terapeutické mají charakter postupů zdravotnických, psychoterapeutických a sociální péče. Základem je strukturovaná léčba s režimem.

Se strukturou léčby úzce souvisí soubor pravidel, tedy režim. Kromě definování struktury a pravidel nutných k udržení optimálního terapeutického prostředí specifikuje režim i výhody a sankce podle kvality dodržování režimu. Cílem ale je přejít od pravidel a struktury vnějších (daných terapeutů) k pravidlům a struktuře vnitřní, kterou si klient dokáže udržet sám **(10)**.

Základními aktivitami v rámci strukturovaného programu jsou psychoterapeutické skupiny a komunitní sezení. Skupiny jsou více zaměřeny na problematiku jednotlivých klientů, komunity jsou více orientovány na důležité momenty života oddělení a na tu část osobních problémů klientů, které jsou inspirativní pro celou komunitu. Ve střednědobé léčbě se většinou nelze obejít bez individuálních psychoterapeutických sezení. Jsou však jen doplňkem základních aktivit komunitních a skupinových a vesměs omezeny na speciální situace, ať už pravidelné či nárazové.

Další aktivitou strukturovaného dne je pracovní terapie. U klientů se závislostí má ale širší podobu, nejde jen o tvořivou činnost. V rámci spolupodílení se klientů na chodu zařízení je pracovní terapie rozšířena i na některé provozní činnosti s konkrétní zodpovědností (11).

Typický průběh lze rozdělit do 4 fází:

1. přibližně 1 – 3 týdny – detoxifikace: jde o úvodní dobu k základní stabilizaci klienta, k provedení základních vyšetření, k zahájení budování terapeutického vztahu, k posilování motivace k setrvání v léčbě
2. přibližně 1 měsíc – adaptace na terapeutický program a zařízení: během této fáze se klient seznamuje s principy strukturovaného programu, s léčebným společenstvím
3. přibližně 2 – 3 měsíce – aktivní léčba: jde o období vlastní aktivní spolupráce v psychoterapii a spolupodílení se na chodu léčebného společenství. Klient pravidelně jezdí na propustky, uskutečňuje se rodinná terapie, aktivně se řeší důsledky drogové kariéry a zpřesňuje se motivace k abstinenci
4. přibližně 1 měsíc – příprava na návrat do původního prostředí: klient si vytváří reálné plány do života po léčbě, zajišťuje si bydlení a práci a naplňuje si kvalitní následnou péči (11)

1.8.7 *Programy metadonové a jiné substituce*

Substituce návykových látek je terapeutický postup, při kterém je původně užívaná návyková látka (ilegálního původu, účinkující krátkodobě, obsahující někdy nebezpečné příměsi, aplikovaná rizikovým způsobem) nahrazena lékem s výhodnějším bezpečnostním profilem (známá koncentrace, bez toxických příměsí, s delším účinkem, užívaná většinou perorálně, předepisovaná lékařem dle předpisů a v souladu se zákonem).

Formy substituční léčby:

1. krátkodobá: rychlá detoxifikační substituce, trvající 1 – 2 týdny
2. střednědobá: prováděná během ústavní léčby, trvající několik týdnů až měsíců
3. dlouhodobá: většinou realizovaná ambulantní formou, může trvat řadu měsíců či let, značná část klientů je schopna samostatné bezproblémové existence **(11)**

Substituční léčba je léčba závislosti při použití předepisovaných opioidních agonistů, které mají obdobné nebo stejné vlastnosti působení na mozek jako heroin a morfin a které zmírňují abstinenční symptomy a snižují bažení po nelegálních opiátech. Příklady agonistů jsou metadon, diamorfin a morfin.

Na druhé straně se používají také antagonisté, kteří obsazují stejné receptory mozku jako opiáty, a blokují tedy účinky ostatních opiátů. Antagonisté bažení snižují, ale neodstraňují. Nejběžnějším používaným antagonistou je naltrexon. Buprenorfin je částečným agonistou, avšak má některé antagonistické vlastnosti **(3)**.

Cíle substituční léčby:

- skončit s injekční aplikací drog
- omezit užívání ilegálních drog
- omezit rizika spojená s užíváním a získáváním drog
- snížení kriminality
- zlepšit své vztahy s okolím
- udržet či si získat práci
- udržení a/nebo zlepšení somatického a/nebo psychického stavu **(11)**

1.9 Teoretická východiska u modelů léčby onemocnění

Bez ohledu na specifika jednotlivých modelů onemocnění se odborníci shodují ve svých přístupech k léčbě. Tyto podrobnosti vysvětlím samostatně v následující části.

Bezmocnost

Klient musí jako první krok přijmout fakt své bezmocnosti vůči drogám. Je nutné dosáhnout přijetí skutečnosti, že užívání psychoaktivních látek se vymklo jeho osobní kontrole a zároveň se stalo nekontrolovatelným užíváním či chováním, které brání drog doprovází. Za zásadní odborníci považují sebekontrolu ovlivněnou substancí a

nepredikovatelnost chování po požití látky. V historii závislosti klienta rozlišují různé stupně míry kontroly nad substancí. Klíčovým znakem závislosti je zde fakt, že člověk není schopen sůsledné kontroly nad užitím látky a dale není schopen důsledně predikovat a kontrolovat své chování, jakmile látku požije. Příčinou ztráty kontroly je onemocnění, jež nelze ovlivnit vlastním rozhodnutím, vůlí a morálním přesvědčením(27).

Poznání, identifikace a přijetí:

Závislí lidé takticky využívají obranných mechanismů, které je chrání před nazřením do negativních či ničivých důsledků užívání drog. Díky popření, racionalizacím, zlehčováním a jiným formám obran může závislý člověk obtížně a pravdivě zhodnotit svoji situaci a následně podnikat kroky ke změně. Závislý musí poznat negativní biopsychosociální důsledky vlastní konzumace. Na počátku léčby je vhodné naučit klienta některému pojetí onemocnění, což mu umožní zacházet se zahlcujícími pocity viny, studu a zlosti, které mohou proces rozpadu obran doprovázet. Užitečná a povzbuzující je identifikace s dalšími lidmi, kteří mají podobné problémy. Těmito přínosy mohou být emocionální podpora, pocit sounáležitosti, boj s osamělostí, odcizením až izolací, společné řešení problémů, nácvik sociálních rolí a posilování motivace k abstinenci. Je zapotřebí aplikovat důsledky onemocnění na klienta samotného a plně přijmout jeho důsledky a i případné následky. Nejpodstatnějším důsledkem je rozhodnutí abstinovat (19).

Ústřední role abstinence :

Základním východiskem je plné odmítnutí kontrolovaného užívání drogy. K tomuto vedou dva důležité a podstatné důvody.

Prvním je, že klienti sami již vyzkoušeli mnoho způsobu užívání a kontroly nad ním a ve všech selhali. Druhým je fakt, že nemají k dispozici žádnou ověřenou zprávu o drogově závislých, kteří se úspěšně naučili kontrolovanému braní ve svém domácím prostředí. Můžeme očekávat jen malý pokrok, pokud se budou i nadále snažit o konzumaci drog. Tento názor má několik důvodů. Za prvé, farmakologické působení drog zvyšuje u závislých osob spíše nutkavé užívání než pokles jejich potřeby. Změny v chemismu mozku se pokračujícím užíváním drog stávají podnětem k dalšímu nutkavému užívání a často vykazují nedostatečnou kontrolou impulsů, nízkou frustrační tolerancí, netrpělivostí a různými kognitivními poruchami. Za druhé, kontinuální užívání drog udržuje mechanismus řešení problémů spíše pomocí chemikálií, než prostřednictvím hledání cest k osobnímu, kognitivnímu, interpersonálnímu a duchovnímu růstu a vývoji. Nutkání k užití drogy u závislých, kteří se

snaží o "kontrolované braní" se potřeba vzetí drogy ještě zvýší, protože sami drogy jsou spouštěči k naléhavému užívání drog. Pokusy o kontrolované braní ve své podstatě vedou i k separaci od "střízlivých" přátel a od ostatního drogou nezasaženého prostředí a tak jsou klienti neustále vystaveni prodrogovému prostředí a ostatním vlivům k užití drogy (27).

Uvědomění a sebepoznání klienta :

Sebepoznání je důležité proto, že u drogově závislých fungují represivní obranné mechanismy a otupělost. Silný důraz je v průběhu celé léčby kladen na růstu pacientova uvědomění si svých motivací, typických reakcí na stres, zlost, odmítnutí a strach z následků "drogového života". Dále uvědomění si emocionálních stavů, postojů a jednání, které by mohly signalizovat počínající proces relapsu. S postupujícím sebepoznáním jsou klienti vedeni též k sebekritice. Zde je velmi důležitá tzv. "náhrada škod". Za prvé "odškodnění" za minulé jednání s druhými lidmi umožňuje závislému pracovat s masivním pocitem viny, výčitky a vyvolat strach z těchto situací. Za druhé vede často k nápravě vztahů, které jsou důležité pro pocit sounáležitosti. Za třetí náhrada škod umožňuje jasně vidět předchozí závislé chování i to, proč bylo nutné zmírnit represivní obranné mechanismy. Tento postup podporuje klienty v kontrole svého jednání a převzetí odpovědnosti. Otevřenost vůči sebekritice také snižuje potřebu dalšího používání represivních obranných mechanismů. Za charakteristickou známku uzdravování považujeme přechod závislých klientů od stavu slepého agování, nedostatku náhledu a chabého sebepoznání ke stavům zvýšeného sebeuvědomění a radostného vědomí (19).

Osobní odpovědnost, bezmocnost a bezradnost:

Občas můžeme slyšet námitky, že pocity osobní odpovědnosti vymizí, pokud klienty podporujeme v přijetí své závislosti jako nemoci. Z tohoto hlediska budou drogově závislí tvrdit, že jsou nemocní, nemohou si pomoci a budou tak pokračovat v braní drogy. Vedení pacienta k odpovědnosti ze své jednání mu neumožňuje, aby zbaběle unikl do obviňování svého onemocnění.

Povzbuzování klientů vede k tomu, aby přijali svoji bezmocnost vůči droze, ne v tom, aby se považovali za obecně bezmocné. Bezmocnost vůči droze ještě neznamená bezradnost. Pokud se člověk stane závislým, může si pomoci mnoha způsoby. Nebude schopný přestat brát drogu v průběhu intoxikace. Po jejím odeznění se však jistě může rozhodnout k nástupu do léčebného programu. Může se rozhodovat přistoupit ke své léčbě aktivně.

V časných fázích léčby je však nutné tato rozhodnutí konzultovat s odborníky či spolupacienty, protože mohou být chybná. Nejlepším výsledkem léčby je ustavení schopnosti sebeřízení a rozhodování se ve vlastním zájmu (27).

Stanovení priorit a vazba na čas :

Proces terapeutické změny by měl být uspořádaný a měl by se skládat z jasně stanovených priorit. V časných fázích léčby je vhodné odložit pokusy o řešení těch otázek, které nesouvisejí přímo s užíváním drogy, až do doby, kdy je obsaženo stabilní úroveň abstinence. Tyto otázky nejsou považovány za nedůležité, ale musí se stanovit nastavení vhodné doby k jejich řešení. Užívání drog člověka ovlivňuje významným způsobem. Zasahuje negativně do fungování mozku a do kognitivních procesů, které jsou spojeny a logickým myšlením, hodnocením a řešením problémů a vlastním rozhodováním. Ukázalo se, že s prohlubující se abstinencí se tyto kognitivní deficity zlepšují. Proto je vhodné odsunout na nějaký čas řešení komplexních problémů. Je jasné, že některé problémy není možné odložit, a je nutné je řešit od počátku léčby, ač se přímo netýkají užívání drog. Například je nutné se od počátku léčby zabývat primární afektivní poruchou. Také rodinné otázky vyžadují včasné řešení. V rodinné terapii se však používá stejný model stanovených priorit (19).

Fráze "první problémy na prvním místě" připomínají, že řešení problémů má v průběhu léčby probíhat uspořádaným způsobem od primárních záležitostí k sekundárním. Tento přístup vybízí k řešení uchopitelných jednotek problémů na rozdíl od přebíhání jednoho problému k druhému. Fráze "pomalu" má za úkol přivést klienta k dosažení cíle zpomaleným tempem pokusů o řešení a také omezit počet osobních problémů, které lze oslovit najednou. Nabádá rovněž k vysoce intenzivnímu emocionálnímu přístupu, ve kterém problémy musíme řešit ihned. Tento přístup, pro něj je charakteristická netrpělivost, impulsivita a neschopnost odložit uspokojení, není pro závislé optimální a spojuje se pravděpodobně s relapsy, neboť řešení většiny problémů v reálném čase vyžaduje značně dlouhý čas, je provázáno frustrací a nutností uspokojení odložit (27).

Jednou z nejdůmyslnějších myšlenek je jednoduchý, ale důležitý koncept "vazby na čas". Nově přichozí klienty stále vedeme k tomu, aby braly život z hlediska dvacetičtyřhodinového cyklu. Mnozí z nich se cítí velmi nespokojeně, protože žijí v minulosti nebo projektují do budoucnosti. Zabývání budoucností na druhé straně vzbuzuje strach, úzkost a hrůzu. Tím, že se vědomí zaměří na realitu každého dne se závislí mohou naučit, jak se vyhnout nepříjemným emocionálním impulsům, které se často pojí s relapsem. Potřebují se naučit čerpat za své osobní historie namísto toho, aby se neustále zabývali skutečnostmi, které

nelze změnit, a plánovat budoucnost namísto toho, aby projektovali sami sebe do budoucích situací, které mohou, ale nemusí nastat. V obou případech se musí naučit žít v realitě "tady a teď". Myšlenka vazby na čas jim k tomu napomáhá (19).

Změna přijetí a vděčnost :

Drogově závislí vnímají sami sebe i sebe navzájem jako osoby, které měly v minulosti velké obtíže s přijetím a nyní se potřebují zaměřit na tento aspekt svého vývoje. V mnoha případech si drogově závislí sami zapříčiňují špatné pocity tím, že pokračují v pokusech přijmout některé situace nebo problémy, které nejsou v jejich zájmu nebo jsou úplně nepřijatelné.

Další oblastí, ve které se cítí špatně a beznadějně je neuspokojivá a nudná práce beze smyslu, pod vedením neschopných šéfů v nefungujících organizacích. Bohužel si mnoho klientů v této situaci vybírá za možnost řešení relaps. Nechají se vyhodit z práce i třeba pro intoxikaci a tím dovolí droze, aby rozhodovala za ně.

Z tohoto hlediska je celá léčba o změně - změně poznání sebe sama i ostatních, změně v analýze a způsoby řešení problémů, změně ve způsobu prožívání a nakládání s emocemi, změně problematických/obtížných situací, které snižují kvalitu života nebo dokonce zvyšují pravděpodobnost relapsu. Pravidlem bývá, že lidé užívající drogy pravidelně se nenaučí věci dobře přijímat. Ztrátu zaměstnání berou jako volný čas k užívání drog. Nemoc nebo smrt milovaného člověka, rozvod, finanční ztráty nebo jiné životní zvraty nepřijímají, ale využívají je jako omluvu intoxikace. K té vedou dokonce i drobné každodenní starosti. Důležité je tyto postoje změnit a zároveň zdůrazňuje potřebu naučit se dovednostem a postojům, které vedou k přijetí. Nejdůležitějším postojem, kterému je zapotřebí se naučit je vděčnost. Pesimismus, cynismus a trvalá nespokojenost, které jsou pro aktivní závislé tak charakteristické a které jejich závislost udržují, musí ustoupit určité míře optimismu, důvěry a pocitu napětí. Terapeuti pomáhají pacientům uvědomit si a vážít těch hodnot, které mají, spíše než aby si hořce stěžovali na to, co nemají. Tím podporují rozvoj kognitivních struktur, které povzbuzují k abstinenci a ke hledání uspokojení v aktivitách, které nejsou spokojeny s užíváním drog (27).

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2. 1 Cíle práce:

Cílem mé bakalářské práce je zjistit a zmapovat úroveň vyhledávaných služeb uživateli drog a na základě vyhledávaných služeb zjistit, zda vlastní motivace ke změně odpovídá vyhledávaným službám uživateli drog.

2. 2 Hypotézy práce :

Pro svoji práci jsem předem stanovila základní hypotézy:

H1: Vyhledávané služby drogově závislých osob souvisí s vlastní motivací ke změně rizikového užívání drog.

H2: Problémoví uživatelé nealkoholových drog vyhledávající služby kontaktních center jsou o více jak polovinu motivovanější ke změně než uživatelé drog nevyhledávající žádné specifické služby a programy.

3 METODIKA

3.1 Použité metody :

Ze sociologického hlediska se jedná o kvantitativní výzkum, který byl realizován metodou dotazování. V rámci této metody byla zvolena technika polořízeného rozhovoru. Šetření jsem prováděla individuálními rozhovory z důvodu zvýšení validity získávaných dat oproti původnímu záměru, kdy technikou sběru dat měl být polostandardizovaný dotazník (24).

Rozhovor byl rozdělen do několika základních částí. V úvodní části byly zjišťovány identifikační údaje respondenta. V další části byli respondenti dotazováni na primární a sekundární drogu, její způsob aplikace a využívání specifických služeb. V poslední části byly respondenti dotazováni na vůli k abstinenci a rizikovost užívání drog.

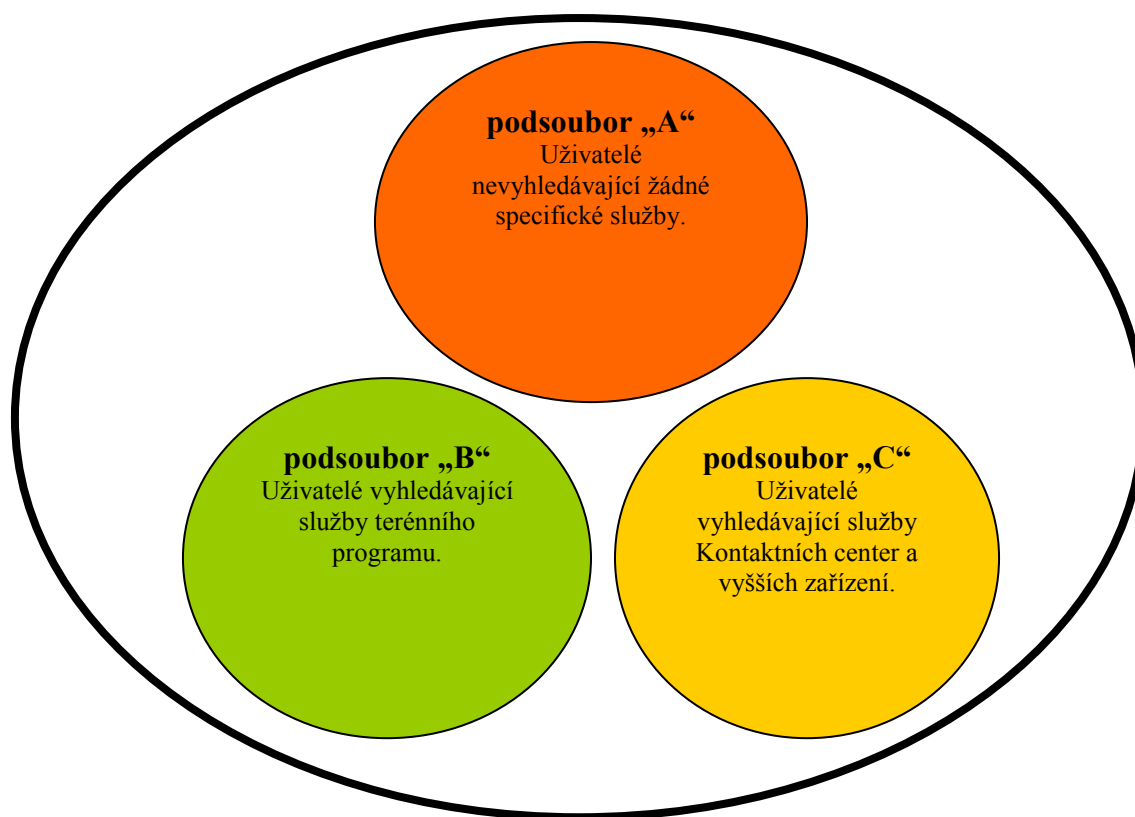
Rozhovory probíhaly v přirozené prostředí drogové subkultury, v němž se dotazování respondenti pohybují, a to z důvodu minimálního zkreslení výpovědní hodnoty zjišťovaných dat. Při každém realizovaném rozhovoru byl předem kladen důraz na anonymitu respondenta, důvěrnost získaných údajů a dat, které jsem se souhlasem respondenta zaznamenávala na záznamový arch. Tato získaná data jsou určující pro verifikaci či falzifikaci předem stanovených hypotéz.

3.2. Charakteristika výzkumného souboru :

Základní výzkumný soubor tvořili osoby užívající nealkoholové drogy, u nichž jsou primární drogou nekanabinoidní drogy s vysokou mírou společenské nebezpečnosti (pervitin, heroin, Subutex a další drogy užívané formou injekční aplikace). Respondenti byli vybíráni na základě kvótního výběru, kdy hlavním kritériem výběru bylo užívání nekanabinoidních drog s vysokou společenskou nebezpečností dotazovaných respondentů. Dalším kritériem pro výběr respondentů bylo proporcionální zastoupení dle pohlaví a využívání specifických služeb pro uživatele drog (24).

Výzkumné šetření probíhalo v regionech Strakonice, Prachatice a České Budějovice formou terénního šetření v období od ledna až do dubna 2007. Pro přístup k respondentům výzkumu byly důležité mé kontakty na uživatele drog ve výše uvedených lokalitách, tzv. „dveřníky“, kteří mi umožnily vstup do drogové subkultury a následně tak mezi další uživatele drog.

Schéma č.1 : Stratifikace výzkumného souboru.



Základní soubor byl následně stratifikován do třech podsouborů „A“, „B“, „C“, a to dle vyhledávání a využívání specificky zaměřených služeb pro uživatele drog (24).

Podsoubor „A“ tvořili respondenti, kteří nevyhledávají žádné poskytované služby ve specificky zaměřených programech pro uživatele nealkoholových drog. Podsoubor „B“ zahrnoval respondenty, kteří vyhledávají a využívají služby terénního programu, a to včetně respondentů využívající pouze výměnný program injekčního materiálu a ostatních parafenálií v kontaktních centrech. Třetí podsoubor „C“ tvořily osoby využívající nabízených služeb kontaktních center a případně svou prahovostí „vyšších“ institucí (například poradenství v KC a případná terapeutická činnost či AT poradny). Rozdělení základního výzkumného souboru do podsouborů uvádím pro přehlednost v schématickém znárodnění (viz. Schéma č.1).

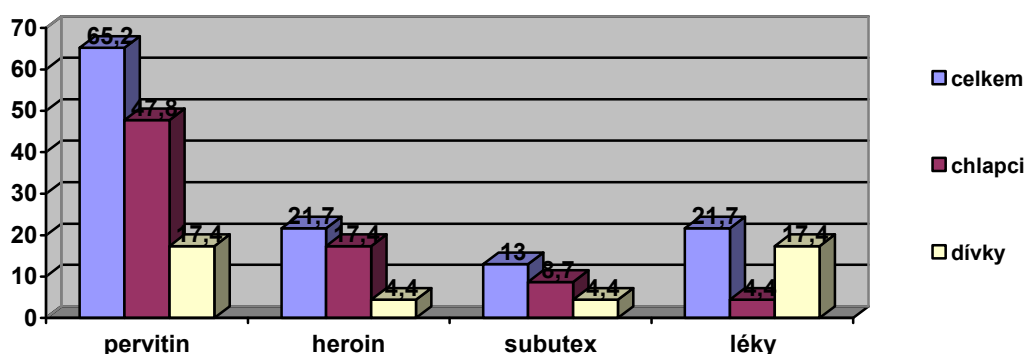
Celkem bylo osloveno 68 respondentů, přičemž 8 oslovených respondentů odmítlo v průběhu řízeného rozhovoru další spolupráci. Pro další zpracování výzkumu bylo využito celkem 60 realizovaných rozhovorů.

4 VÝSLEDKY

Rozdělení základního souboru:

Ve všech podsouborech bylo zastoupení dle pohlaví 15 mužů a 5 žen. Průměrný věk respondentů podsouboru „A“ činil 16,8 let, respondentů podsouboru „B“ 17,6 let a respondentů podsouboru „C“ 19,8 let.

Graf 1: Rozložení respondentů dle typu užívané drogy v návaznosti na zastoupení pohlaví (%).

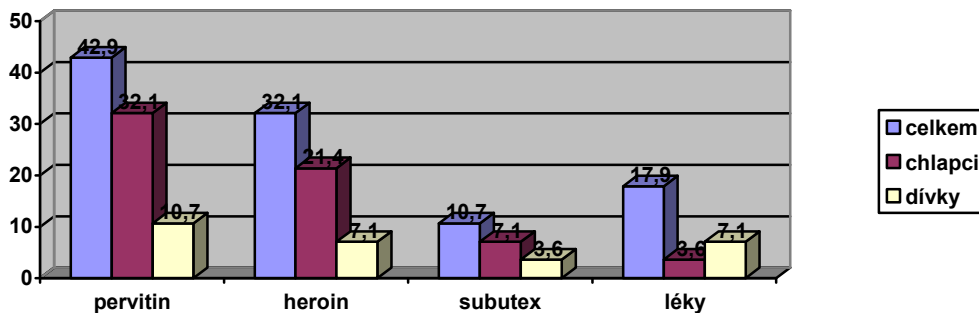


Zdroj

j: Vlastní výzkum

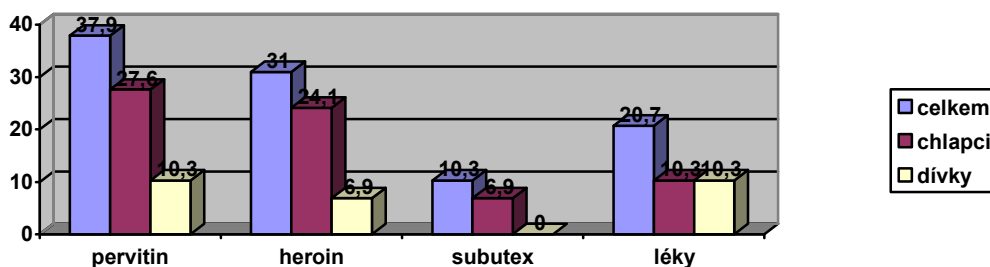
Jak je z výše uvedeného grafu patrné, je ve skupině nevyhledávající žádné specifické služby nejvyšší zastoupení drogy pervitin 65,2% a následně jsou stejnou měrou zastoupené léky spolu s heroinem 21,7%. V této populaci je rozšířen i Subutex (buprenorfin), který byl zneužíván, jako ostatní drogy, injekčně. V zastoupení ostatních drog byla na prvním místě uváděna jako sekundární droga marihuana a hašiš, stejně jako léky, které užívali respondenti při odeznění účinku drogy, a v souvislosti s užitím stimulačních drog se jednalo o léky na spaní. Jak z výpovědí uživatelů drog v podsouboru „A“ vyplývá, v současné době jsou uživatelé drog nevyhranění vůči určité droze. V současné době užívají mnoho drog, mezi nimiž jednu drogu preferují. V podsouboru „A“ se jednalo především o pervitin, který uživatelé označovali jako drogu primární, a jako sekundární konopné produkty. Současně s kanabinoidy užívali i další látky, jako jsou léky, které především užívají symptomaticky, nebo za účelem potlačení účinků drog (především u stimulancí).

Graf 2 : Rozložení respondentů dle typu užívané drogy v návaznosti na zastoupení pohlaví. „B“ (%).



Jak je z výše uvedeného grafu patrné, je ve skupině „B“ tedy ve skupině vyhledávající pouze specifické služby v podobě terénního programu je nejvyšší zastoupení drogy pervitin 42,9% a následné zastoupení je heroin 32,1%. V této skupině užívá léky 17,9%. V této populaci je rozšířen i Subutex (buprenorfin), který byl zneužíván, jako ostatní drogy, injekčně v 10,7%. Z hlediska zastoupení ostatních drog byla na prvním místě uváděna opětovně jako u podsouboru „A“ sekundární droga marihuana a hašiš, stejně jako léky, které užívali respondenti při odeznění účinku drogy, a v souvislosti s užitím stimulačních drog se jednalo o léky na spaní, či užívání léků symptomaticky.

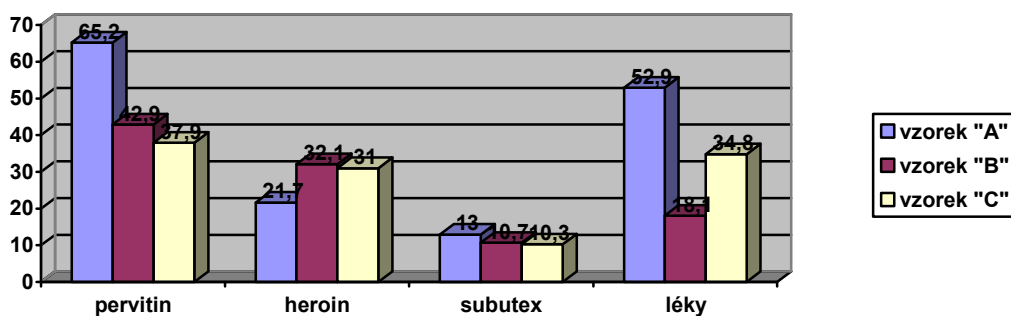
Graf 3: Rozložení respondentů dle typu užívané drogy v návaznosti na zastoupení pohlaví. „C“ (%).



Jak je z výše uvedeného grafu patrné, je ve skupině vyhledávající specifické služby s vyšším stupněm prahovosti než je terénní a výměnný program nejvyšší zastoupení drogy pervitin 42,9% a následně je zastoupen heroin 32,1%. V této skupině užívá léky 17,9%. V této populaci je rozšířen i Subutex (buprenorfin), který byl zneužíván, jako ostatní drogy, injekčně v 10,7%. V zastoupení ostatních drog byla na prvním místě uváděna opětovně jako u podsouboru „A“ sekundární droga marihuana a hašiš, stejně jako léky, které užívali

respondenti při odeznění účinku drogy, a v souvislosti s užitím stimulačních drog se jednalo o léky na spaní.

Graf 4 : Komparace vzorku v návaznosti na užívané drogy (%).



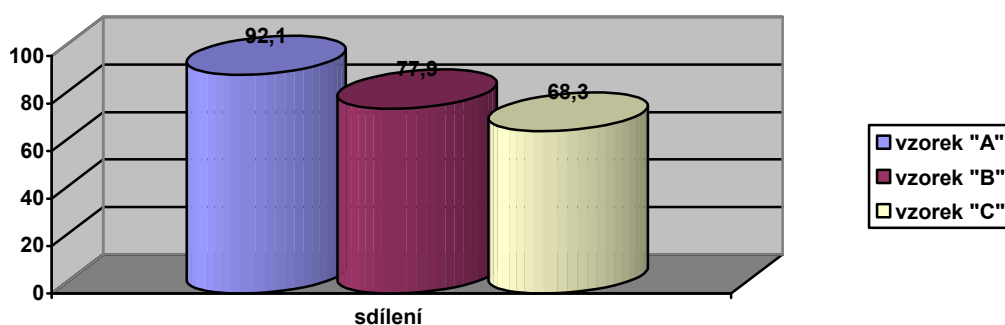
Zdroj Vlastní výzkum

Z výsledků vzájemné komparace podsouboru „A“ (tvořen respondenty bez vyhledávání specifických služeb pro uživatele drog), podsouboru „B“ (tvořen respondenty využívající terénní program) a podsouboru „C“ (tvořen respondenty vyhledávající služby kontaktního centra) je zřejmé, že nejvyšší zastoupení uživatelů pervitinu tvoří osoby v podsouboru „A“, a to až 65,2% respondentů. V podsouboru „B“ je užívání pervitinu již nižší, a to 42,9 % a nejnižší užívání pervitinu je zřejmé u podsouboru „C“, kde dosahuje pouze 37,9 %.

Tyto údaje jsou získány od klientů jako primární droga. Je velmi obtížné dále stanovit sekundární drogu, kterou ve 100% tvoří marihuana a hašiš, včetně tzv. sezónních drog, jako jsou halucinogeny v podobě nejčastěji hub, užívání makovic a další látky, které nemají celoroční tendenci užívání ani možnost. Proto tyto drogy nebyly zahrnuty do výzkumného souboru a nejsou tudíž zohledňovány.

Další část výzkumné práce se soustředila na oblast rizikového chování ve spojitosti s nitrožilní aplikací drog.

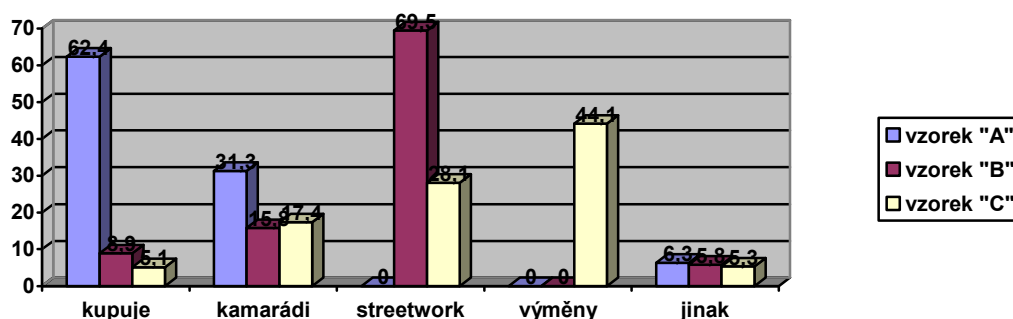
Graf 5: Zastoupení respondentů dle sdílení injekčního materiálu.



Zdroj : Vlastní výzkum

Nejvyšší zastoupení sdílení injekčního materiálu je u podsouboru „A“, tedy u respondentů nevyhledávající žádné specifické služby pro uživatele drog, a to v 92,1 % dotázaných osob. Uživatelé drog vyhledávající služby terénního programu sdílejí injekční materiál v 77,9 %. Nejnižší sdílení bylo zaznamenáno u uživatelů drog využívající služeb kontaktních center a to v 68,3 %.

Graf 6: Zastoupení respondentů dle získávání injekčního materiálu



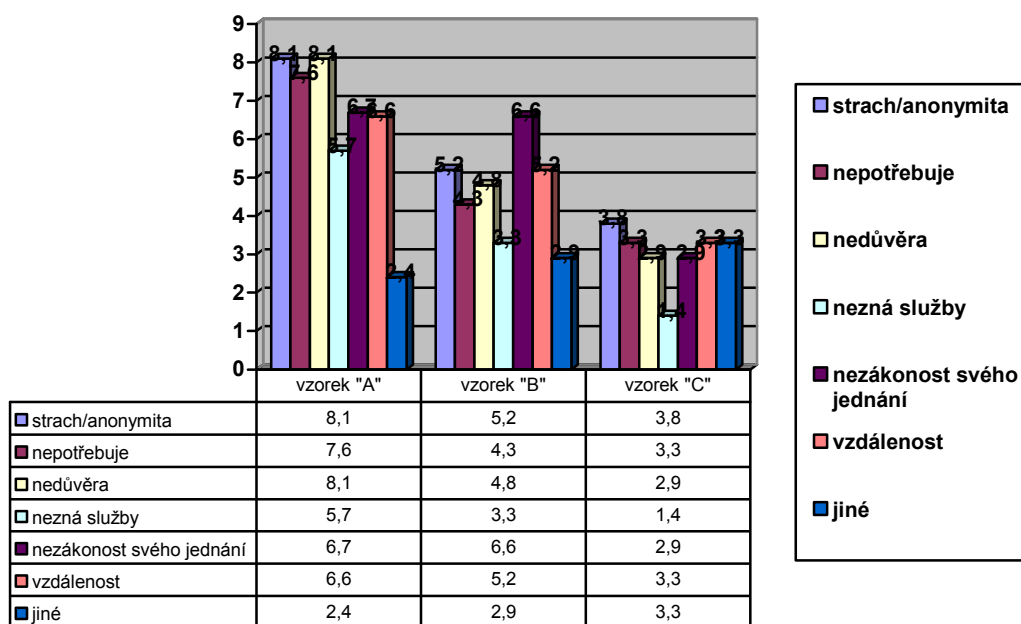
Zdroj

j : Vlastní výzkum

Graf 6 mapuje situaci v oblasti získávání injekčního materiálu ve všech třech podsouborech zkoumaných respondentů. U podsouboru „A“ je nejvyšší zastoupení shánění injekčního materiálu prostřednictvím kupování, a to nejčastěji v lékárnách 62,4 %. Velmi zajímavým údajem který z rozhovoru vyplynul, byl, že téměř dvě třetiny respondentů nevyhledávajících žádný specifický program pro uživatele drog kupuje tento injekční materiál mimo místo bydliště. K výraznému propadu dochází u podsouboru „B“, kde je zastoupen pouze v 8,9 %, a nejnižší výskyt tohoto jevu je v podsouboru „C“, a to pouze v 5,1 %. Od

kamarádů získává injekční materiál za účelem aplikace drogy 31,3% respondentů z podsouboru „A“, naproti respondentům z podsouboru „B“, kde činí 15,8% a je kupodivu nejnižší. Respondenti využívající služby kontaktního centra využívají injekční materiál od kamarádů v 17,4%. V této skupině (podsouboru „C“) respondenti uváděli, že v místě bydliště mají obavy docházet do kontaktních center z důvodu časové náročnosti. Od streetworků využívají možnost získání injekčního materiálu nejvíce respondenti z podsouboru „B“, a to v 69,5% a návazně klienti kontaktních center z podsouboru „C“ v 28,1%. Respondenti z podsouboru „A“ těchto služeb nevyužívají vůbec. Podle výpovědí respondentů z podsouboru „A“ je patrné, že tyto osoby využívají k výměnám kamarády, kteří se výměnného programu zúčastňují. Toto se odráží i ve výsledcích získávání injekčního materiálu u podsouboru „C“, kteří využívají služeb kontaktního centra, a to v tomto případě výměnného programu. Ostatní zkoumané podsoubory „A“ a „B“ vůbec nevyužívají možnost anonymní výměny injekčního materiálu prostřednictvím kontaktních center. Toto nejvíce ostatní skupiny (podsoubor „A“ a „B“) odůvodňovali obavou z vyzrazení anonymity, vzdáleností a nutností dojíždění do kontaktního centra a v neposlední řadě pro klienty nevyhovující otevírací dobou pro výměny. U všech třech dotazovaných podsouborů byla i možnost jiného získávání injekčního materiálu, přičemž možnosti této odpovědi využili respondenti ze všech dotazovaných podsouborů. Ve podsouboru „A“ využilo jinou možnost 6,3%, podsoubor „B“ 5,8% a u podsouboru „C“ 5,3%. Nejčastěji se jednalo o získávání injekčního materiálu ze zdravotnických zařízení (ordinace, nemocnice) a velmi často prostřednictvím dalších osob, kde zajímavou skupinu pro získávání injekčního materiálu tvořili absolventky zdravotních škol a také někteří dealeri, kteří i disponují injekčním materiálem. Dva dotázaní respondenti také hovořili o prodeji (mimořádně za neuvěřitelně navýšenou cenu) injekčního materiálu především od dealerů rómského etnika. Jednalo se především o uživatele pervitinu.

Graf 7: Osobní důvody respondentů vedoucí k nevyhledávání specifických služeb (%).

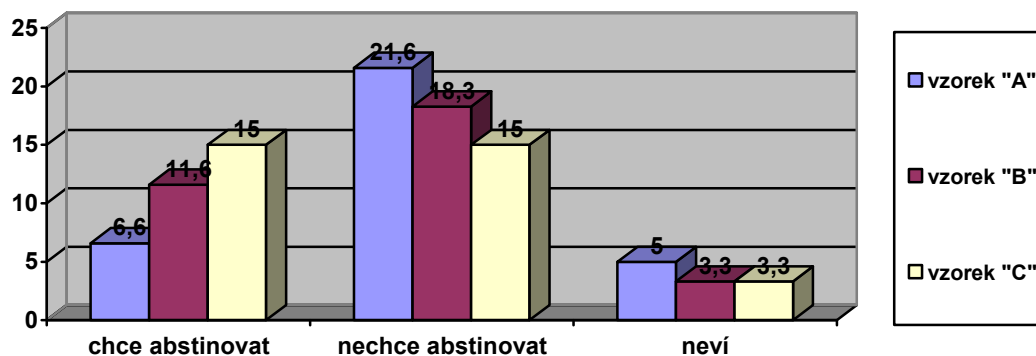


Zdroj : Vlastní výzkum

Jak je z výše uvedeného grafu 7 patrné, největší osobní důvody blokující vyhledávané specifické služby jsou obavy z odhalení braní drog respondentem ze strany blízké autority. Největší tyto obavy jsou u podsouboru „A“, kde činí 8,1% dotázaných respondentů. U podsouboru „B“ byly tyto obavy již nižší, a to 5,2%. Nejmenší obavy byly u podsouboru „C“, kde činí pouze 3,8%. Dalším uvedeným důvodem byla nepotřebnost specifických služeb, které mají také sestupnou tendenci, stejně jako tomu je u obav či strachu z vyjádření užívání drog. Respondenti podsouboru „A“ udávali nepotřebnost v 7,6 %, podsoubor „B“ 4,3% a u podsouboru „C“ pouhých 3,3%. Nedůvěru v poskytované specifické služby nejvíce vykazují respondenti podsouboru „A“ 8,1% a stejně jako předchozí zkoumané údaje mají sestupnou tendenci, protože u podsouboru „B“ činí 4,8% a u podsouboru „C“ pouze 2,9%, přičemž zde se jednalo o osoby navštěvující kontaktní centrum velmi sporadicky. Z celkového množství respondentů nezná specifické služby poskytované uživatelům drog celkem 10,4% dotázaných respondentů („A“ 5,7%, „B“ 3,3%, „C“ 1,4%). Toto číslo je překvapivě vysoké. Dále respondenti uváděli jako důvod nevyhledávání služeb obavu z možného stíhání za užívání drog a to u podsouboru „A“ 6,7%, u podsouboru „B“ 6,6%, které jsou velmi podobné. Je zde patrná obava u uživatelů terénního programu poměrně stejně vysoká jako u osob nevyhledávajících žádné služby. Zaznamenaný rozdíl je až u osob využívajících služby kontaktních center, kde činí 2,9%. Vzdálenost pro využívání služeb je omezujícím faktorem u podsouboru „A“ pro 6,6% u podsouboru „B“ 5,2% a u podsouboru „C“ je 3,3%. Velmi

zajímavá byla odpověď jiná možnost, kterou celkově využilo 8,6%. Nejčastějšími důvody byla nedostatečná přístupnost místa, antipatie vůči osobám, či některému z terapeutů, stejně jako vůči některým osobám, či skupinkám lidí navštěvujících kontaktní centra. U podsouboru „A“ byly tyto důvody zastoupeny v 2,4% u podsouboru „A“. Je zajímavé, že u podsouboru „B“ byly tyto důvody vyšší než u podsouboru „A“. Právě zde se nejvíce objevovaly důvody vztažené k osobním vztahům, proto upřednostňují tito klienti služby terénního programu a to ve 2,9%. Stejně tomu je i u podsouboru „C“, kde je 3,3%.

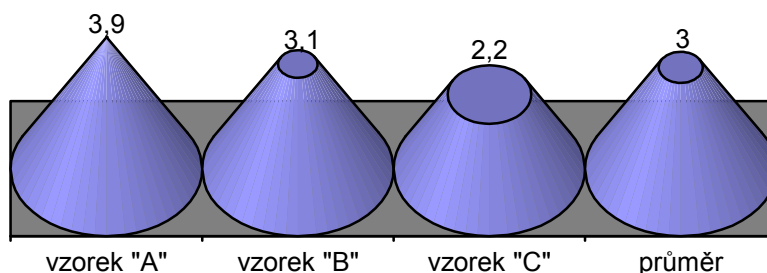
Graf 8: Posuzování možnosti drogové abstinence respondenty (%).



Zdroj : Vlastní výzkum

Další otázka zkoumala oblast možné drogové abstinence. Je zcela zřejmé, že podsoubor „A“ nechce abstinovat a to v 21,6% z celkového počtu respondentů (60 osob). Nejčastěji si respondenti užívající drogy a nevyhledávající žádné služby uváděli, že mají drogu tzv. pod kontrolou a žijí byť v postupně uvědomovaném pocitu vlastní lži, že mohou s drogou kdykoliv přestat. Tento jev se objevoval u všech respondentů, což se projevuje i v podsouboru „B“ 18,3% a u „C“ 15,0%. Nejnižší vůle k abstinenci je u podsouboru „A“ a to 6,6%. U podsouboru „B“ činí o 5% více čili 11,6% a největší možnost abstinence připouští respondenti podsouboru „C“ v 15,0 %, což je oproti podsouboru „A“ nárůst o 8,4% a oproti podsouboru „B“ 3,4% celkového množství respondentů. Odpověď respondentů, že o abstinenci neuvažovali či neví zda abstinovat uvádí nejvíce respondenti podsouboru „A“ v 5% a shodná odpověď je u podsouboru „B“ a „C“ v 3,3%.

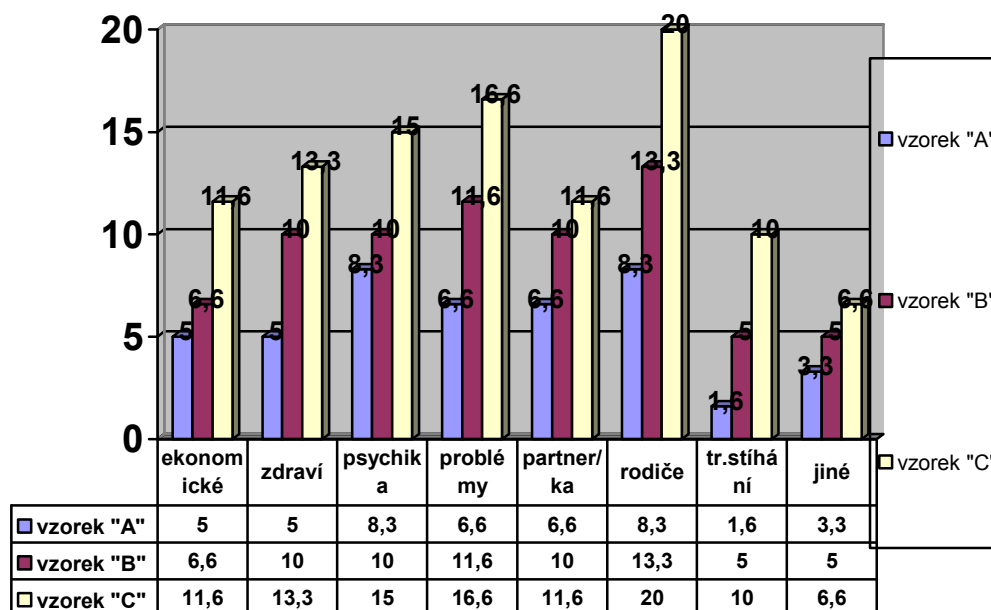
Graf 9 : Subjektivní vůle respondentů k drogové abstinenci (škála).



Zdroj : Vlastní výzkum.

Respondenti v této zkoumané oblasti měli zobrazit možnost abstinence v subjektivním hodnocení na škále 1 až 5, přičemž číslo jedna představovalo vůli či potřebu abstinence a číslo 5 označovalo, že respondent nechce abstinovat. Jak je zřejmé z grafu 9, nejmenší vůli k abstinenci je u podsouboru „A“, kde činí aritmetický průměr 3,9 bodu na hodnotící škále. Toto je o 0,9 bodu více než tvoří průměr a navýšení o 1,7 bodu oproti podsouboru „C“, který je nejvíce motivovaný a abstinenci. U podsouboru „B“ je 3,1% a tento výsledek je velmi blízko průměru celkového hodnocení respondentů (3 body). Z celkového hodnocení tohoto grafu 9 je patrné, že respondenti podsouboru „C“ jsou motivovanější k abstinenci než respondenti podsouboru „A“.

Graf 10 : Důvody případné abstinence.

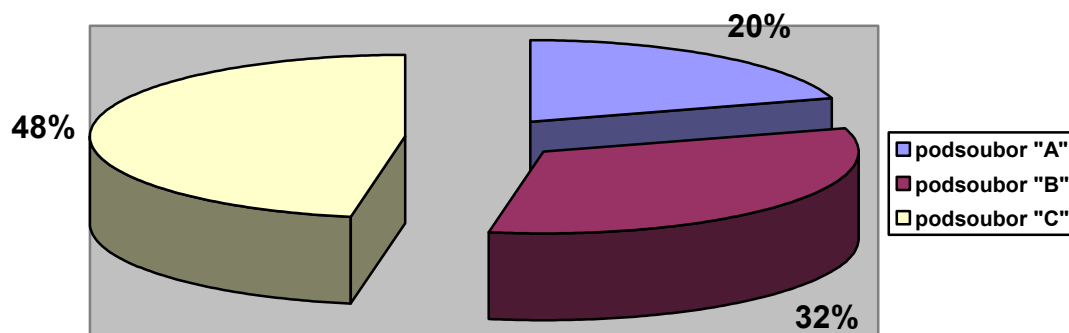


Zdroj : Vlastní výzkum.

Jak je patrné z grafu 10, důvody případné abstinence jsou nejvíce patrné u podsouboru „C“, následně u podsouboru „B“ a nejnižší je u podsouboru „A“. Tato otázka byla řešena dotazováním na ekonomické důvody k abstinenci, kde u podsouboru „A“ by z ekonomických důvodů abstinovalo pouze 5% dotázaných respondentů. V podsouboru „B“ by z těchto důvodů abstinovalo 6,6 % a u podsouboru „C“ 11,6 % . Ze zdravotních důvodů by abstinenci zahájilo v podsouboru „A“ pouze 5%, v podsouboru „B“ 10% a nejvíce v podsouboru „C“ 13,3 %, což je o 8,3% více než u podsouboru „A“. Z důvodu psychických problémů, vzniklých v návaznosti na užívání drog, by v podsouboru „A“ začalo abstinovat 6,6%, v podsouboru „B“ 10% a opět největší zastoupení je v podsouboru „C“, kde by zahájilo abstinenci 16,6% dotázaných respondentů. Další oblastí bylo zjišťování abstinence z důvodu dalších problémů, které klienti uváděli jako například utrpenou škodu na pověsti, obtěžování závislostí a sháněním drogy, vlastní nepohody v případě nevlastnění drogy. V této oblasti byly hlavně zastoupeny odpovědi respondentů, které přímo nespádají do dalších kategorií (ekonomických, zdravotních, psychických aj.), ale klient je označuje jako stavy diskomfortu a případné velké nepohody. Tyto problémy by přivedli u podsouboru „A“ 6,6% dotázaných respondentů k abstinenci. V podsouboru „B“ je vůle k abstinenci u 11,6% a opětovně nejvyšší zastoupení je v podsouboru „C“ 16,6%. V celkovém souboru byl zkoumán důvod k abstinenci i z důvodu partnera, či partnerky. U podsouboru „A“ by z tohoto důvodu začalo abstinovat

6,6%, což je opět nejméně ze základního výzkumného souboru. V podsouboru „B“ by zahájilo abstinenci z důvodu partnera či partnerky 10% a u podsouboru „C“ 11,6%. Abstinenci z důvodu ať tlaku či z jakýchkoliv dalších důvodů kvůli rodičům (ubližování rodičům aj.) by v podsouboru „A“ zahájilo abstinenci 8,3% a u podsouboru „B“ 13,3%. Nejvyšší zastoupení je opět u podsouboru „C“, kde je tato míra motivace nejvyšší ve všech dotazovaných oblastech a tvoří 20% dotázaných respondentů. Z důvodu konfliktu se zákonem (ať na bázi přestupku, či trestného činu, včetně výslechu Policií ČR či podáním vysvětlení) by započalo abstinenci v podsouboru „A“ 1,6% a v podsouboru „B“ 5% dotázaných respondentů. Opětovně nejvyšší zastoupení k případné abstinenci z důvodu problémů se zákonem je v podsouboru „C“, kde činí 10,%. Z jiných důvodů respondenti často uváděli nepojmenované strachy a obavy, nepříjemné sny, které si vykládali jako varování budoucnosti, z důvodu obav z genetické zátěženosti (např. schizofrenie v rodině, sebevraždy aj.) a další. U podsouboru „A“ byly tyto důvody zastoupeny opět v nejnižším procentickém zastoupení v 3,3%. U podsouboru „B“ 5% a nejvyšší byly opět v podsouboru „C“, kde činily 6,6% dotázaných respondentů z základního výzkumného souboru .

Graf 11 : Případná abstinence u základního souboru.



Zdroj: Vlastní výzkum.

V grafu 11 je provedeno porovnání respondentů k abstinenci od nealkoholových drog. Nejmenší zastoupení je u podsouboru „A“, tedy uživatelů drog nevyhledávající žádné specificky zaměřené služby. V tomto podsouboru projevuje vůli k abstinenci 20% dotázaných respondentů. V podsouboru „B“ je míra respondentů zvažující abstinenci o 12% vyšší oproti podsouboru „A“, a to celkově ve 32% dotázaných respondentů. V podsouboru „C“ je celkově nejvyšší míra abstinence 48%, což je o 28% výše než u podsouboru „A“ a o 16% vyšší proti podsouboru „B“. Z tohoto grafu je zcela zřejmé nejvyšší zastoupení k abstinenci u podsouboru „C“.

5 DISKUZE

Cílem této práce je zjistit a zmapovat úroveň vyhledávaných služeb uživateli drog a na základě vyhledávaných služeb zjistit, zda vlastní motivace ke změně odpovídá vyhledávaným službám uživateli drog.

Z tohoto důvodu byl zvolen kvantitativní výzkum, realizovaný metodou dotazování prostřednictvím techniky polořízeného rozhovoru. Respondenti byli vybíráni na základě kvótního výběru. Rozhovory probíhali pro uživatele drog v jejich přirozeném prostředí za použití „dveřníků“, kteří umožnili proniknutí do drogové subkultury. Jak uvádí Surynek (24) je vhodné využití této metody a techniky pro dosud skrytou populaci, a to i z důvodů zvýšení validity takto získaných dat a údajů. Základní výzkumný soubor tvořili uživatelé drog. Tento základní výzkumný soubor byl dále rozdělen podle vyhledávání specifických služeb a programů pro uživatele nealkoholových drog na podsoubory „A“ (nevyhledávající žádné služby ani programy, podsoubor „B“ (vyhledávající terénní programy a maximálně využívající výměnného programu při KC jako jediné služby) a podsoubor „C“ (uživatelé drog vyhledávající svoji prahovostí dalších a vyšších služeb, nabízených kontaktními centry či AT poradnami, substitučními centry aj.). Tyto výzkumné podsoubory tvořili základní část výzkumu a výsledky byly stanoveny na základě komparace výsledků jednotlivých podsouborů.

Jak uvádí Zábranský (32) a Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice (31), je problémovým uživatelem osoba, která injekčně užívá drogy a/nebo dlouhodobě či pravidelně užívá opiáty (heroin) a drogy amfetaminového typu. Toto je patrné z grafu 1, kde respondenti základního souboru splňovali tuto definici. Ve všech podsouborech uváděli respondenti jako nejvíce užívanou drogu pervitin 63,5% a následně heroin 36,8% a to injekční formou aplikace. Jako sekundární droga byly označeny kanabinoidy s výjimkou žen, které oproti mužům více užívaly navíc léky. U mužů užívající léky (18,1%) převládalo symptomatické užívání, oproti užívání léků ženami (34,8%). Dále byly respondenty užívány tzv. sezónní nealkoholové drogy, jako jsou halucinogeny (lysohlávky, trypy, durman) a opiáty (nezralé makovice – kompot). Tyto látky nebyly dalším předmětem výzkumu, protože se jednalo o sekundární drogy a hlavním výzkumem byly problémoví uživatelé drog (32 Zábranský, Drogová epidemiologie).

Jako jeden z klíčových indikátorů k naplnění cíle této práce, bylo sdílení injekčního materiálu, které je jedním z hlavních faktorů rizikového užívání drog. Jak uvádí Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice (31) je toto rizikové chování zastoupeno

rozmezí 49% až 91%. Pro 40% problémových uživatelů drog, je sdílení injekčního materiálu naprosto nepřijatelné. Jak vyplývá z grafu 5, je zcela zřejmé, že u podsouboru „A“, tedy u problémových uživatelů nevyhledávající žádné specifické služby ani programy, je sdílení injekčního materiálu v 92,1%, což je o 1,2 % více, než je uváděno v odborné literatuře. Nejmenší sdílení injekčního materiálu bylo u podsouboru „C“, respondentů využívajících vyšších služeb, než je výměnný program, navštěvující kontaktní centra a vyšší zařízení, kde sdílení bylo v 68,3%. Tento nárůst je způsoben vzdáleností respondentů od KC a nedostatečným pokrytím terénního programu. Nejnižší zastoupení 38,9% bylo v regionu České Budějovice. Tyto výsledky korelují i s grafem 6, kde respondenti podsouboru „A“ v 62,4% injekční materiál kupují a u podsouboru „B“ v 69,5% získávají od respondentů. Vzorek „C“ získává injekční materiál v 44,1% z kontaktních center. Tyto výsledky odpovídají Rotgersovi (19), kde uvádí, že problémoví uživatelé zastávají tzv. pozici „všechno nebo nic“ a domnívají se, že ztráta kontroly nad braním je úplná. Dále Rotgers uvádí, že přiznáním si závislosti jako nemoci, dochází k uvědomění problému závislosti a tím i snižování rizik v návaznosti na vyhledanou pomoc. Toto je nejvíce patrné u podsouboru „A“ a nejnižší u podsouboru „C“, kde již problémoví uživatelé svou nemoc závislosti identifikovali.

S tímto souvisí i výsledky zobrazené v grafu 7, kde jsou obavy z vyhledávání specifických služeb. Nejvyšší obavy jsou v podsouboru „A“ a to ve 45,2% ze základního souboru a následně u 33,3% u podsouboru „B“. Nejmenší obavy z vyhledávaných služeb mají respondenti z podsouboru „C“ a to v 21,5%. Jak uvádí Kalina (11), v kvalitativních kritériích efektivního systému péče o osoby užívající návykové látky jde především o vnitřní strukturu systému péče, jeho komplexnost a schopnost pokrýt potřeby různorodých cílových skupin s ohledem na stupeň rozvoje závislosti a rozsah problému užívání drog. Dále uvádí kvantitativní kritéria, týkající vnější struktury systému péče, jeho celkový rozsah a dostupnost – léčebná péče musí být místně i časově dostupná v závislosti na místních potřebách. Situaci dokreslují výsledky grafu 6, které hodnotí sdílení injekčního materiálu, jako klíčového indikátoru rizikového chování a jednání, jak uvádí Rotgers. Jedná se zde u uživatelů podsouboru „A“ o fázi bezmocnosti, bezradnosti. Další faktory vedoucí k nevyhledávání specifických služeb a programů jsou uvedeny v grafu 7. Specifickým problémem je v podsouboru „C“ vysoká míra sdílení injekčního materiálu a to z důvodu vzdálenosti a nepřizpůsobení časových a místních potřeb drogové subkultury. Kalina dále uvádí, že celkový rozsah se může lišit mezi jednotlivými regiony s ohledem na kumulaci problému např. ve velkoměstech. Toto se výzkumem potvrdilo.

Výzkumný soubor byl dále dotazován na možnost abstinence od nealkoholových drog s vysokou mírou nebezpečnosti. Nejvyšší zastoupení odmítané abstinence je u podsouboru „A“ (respondentů nevyhledávající žádné specifické služby/programy) v 72% přičemž 22% odpovědí se týkalo možné abstinence a 17% respondentů v tomto podsouboru neví, zda by mohli abstinovat. Nejvyšší míra možné abstinence je u vzorku „C“, kde ve 45% přípoustějí abstinenci, stejně jako 45% abstinenci odmítá. 10% neví, zda má abstinovat, či se touto otázkou dosud nezabývali. Dále byla zkoumána vůle k abstinenci na škálovém hodnocení - graf 9, kde škála byla tvořena hodnotou 1 až 5 (1=abstinence, 5= odmítání abstinence). Ve podsouboru „A“ činí aritmetický průměr 3,9 hodnoty škály, v podsouboru „B“ činí 3,1 hodnoty. Nejnižší je opět u podsouboru „C“ kde činí 2,2 aritmetického průměru škály. Aritmetický průměr základního souboru činí 3,0 Hodnoty aritmetického průměru škály. Jak uvádí Nešpor (16), je nezbytné pro posilování motivace uvědomění fáze, ve které se problémový uživatel nachází, a v návaznosti na toto zvolit vhodné postupy k posilování další motivace. Dále Nešpor uvádí, jako základní fázi motivace, že uživatelé drog, nestojí o změnu. Toto je patrné u podsouboru „A“ a u podsouboru „B“ je zřejmá fáze vyšší, a to rozhodování a rozhodnutí se pro změnu. Toto je dokladováno i grafem 10 a 11, kde jsou uváděny důvody k abstinenci. V podsouboru „A“ má vůli abstinovat pouze 20% základního souboru. V podsouboru „B“ je vůle k abstinenci o 12% vyšší a to celkově 32% respondentů. Nejvyšší vůle k abstinenci je u podsouboru „C“, kde činí celkově 48% respondentů ze základního souboru a je vyšší o 28% oproti podsouboru „A“ a o 16% podsouboru „B“.

Dalším úkolem tohoto výzkumu bylo potvrzení či falzifikace předem stanovaných hypotéz. Předem byly stanoveny hypotézy :

H1 : Vyhledávané služby drogově závislých osob souvisí s vlastní motivací ke změně rizikového užívání drog.

Za účelem potvrzení či vyvrácení této hypotézy byly použity výsledky etablované v grafu 5, kde byly navzájem komparovány výsledky jednotlivých podsouborů ohledně sdílení injekčního materiálu a podsoubor „A“ nejvíce sdílí injekční materiál v 92,1% oproti podsouboru „B“ 77,9% a podsouboru „C“ 68,3%. Dále tato hypotéza byla potvrzovaná na základě získávání injekčního materiálu, kde nejvíce materiál kupují a získávají od kamarádů respondenti podsouboru „A“ 93,7%. Respondenti podsouboru „B“ získávají nejvíce injekční materiál od stretworkerů a to v 69,5%. Osoby zastoupené v podsouboru „C“ nejvíce získávají injekční materiál na základě výměn od stretworkerů či v kontaktních centrech a to v 72,2%. Na základě výše uvedených výsledků se hypotéza H1 potvrdila.

Další předem stanovená hypotéza byla:

H2 : Problémoví uživatelé nealkoholových drog, vyhledávající služby kontaktních center, jsou o více jak o polovinu motivovanější ke změně, než uživatelé drog nevyhledávající žádné služby.

Tato hypotéza byla potvrzena na základě výsledků uvedených v grafu 8, kde je výrazně vyšší zastoupení respondentů podsouboru „C“ odhodlaných k abstinenci 45% než v podsouboru „A“ 22%. Dále byla zkoumána na základě škálového hodnocení graf 9, kde je výrazně vyšší motivace podsouboru „A“ k abstinenci (2,2 aritmetického průměru), než je tomu u podsouboru „C“ (3,9 aritmetického průměru). Posledními výsledky potvrzující hypotézu H2 jsou výsledky uvedené v grafu 11, kde je abstinence u 48% u podsouboru „C“ a pouze 20% u podsouboru „A“, což je o více jak 50% menší míra zastoupení případné abstinence, než je tomu u podsouboru „C“. Na základě těchto výsledků se hypotéza H2 potvrdila.

6 ZÁVĚR

Předkládaná práce se zabývá problematikou motivace drogově závislých k léčbě v souvislosti s vyhledanou pomocí. Údaje pro tuto práci byly sbírány v regionech Strakonice, Prachatice a české Budějovice. Vlastní výzkum byl kvantitativní a prováděn u problémových uživatelů drog metodou dotazování na základě polořízeného rozhovoru. Prostřednictvím předem připravené baterie otázek byl zkoumán základní výzkumný soubor v přirozeném prostředí drogové subkultury, v němž se dotazovaní respondenti pohybují.

V teoretické části jsou popsány základní východiska, predispozice a modely vzniku onemocnění závislosti, včetně přístupů uplatňovaných v České republice a ve světě. Na základě tohoto byly vydefinovány i jednotlivé služby související se zařízeními poskytující odpovídající specifické služby a programy pro uživatele drog. V návaznosti na vyhledávání těchto služeb byly předem stanoveny dvě hypotézy vztahující se ke zvolenému tématu:

H1: Vyhledávané služby drogově závislých osob souvisí s vlastní motivací ke změně rizikového užívání drog.

H2: Problémoví uživatelé nealkoholových drog vyhledávající služby kontaktních center jsou o více jak polovinu motivovanější ke změně než uživatelé drog nevyhledávající žádné specifické služby a programy.

Na základě provedeného výzkumu byly obě hypotézy potvrzeny.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit a zmapovat úroveň vyhledávaných služeb uživateli drog a na základě vyhledávaných služeb zjistit, zda vlastní motivace ke změně odpovídá vyhledávaným službám uživateli drog. Hlavní cíl práce se domnívám, že byl splněn. Dále je možné výsledky této práce použít přímo v praxi pro zkvalitnění specifických služeb pro problémové uživatele nealkoholových drog s vysokou mírou společenské nebezpečnosti a v neposlední řadě věřím, že práce bude využita i pro potřeby výuky a případně jako základní či výchozí materiál pro další realizovaný výzkum.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BALINT, M. *Lékař, jeho pacient a nemoc*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 336 s. ISBN 80-7169-734-6
2. BERAN, J. *Základy psychoterapie pro lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. 156 s. ISBN 80-7169-932-2
3. *Buprenorfin – rozbor kritických otázek*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007. 52 s. ISBN 978-80-87041-11-6
4. Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče 2005. [online]. [cit. 2006-12-02]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/article.php?type=1&mnu_id=5100&mnu_action=select>
5. Denní stacionář. [online]. [cit. 2006-12-03]. Dostupné z <<http://www.sananim.cz/fcilities.php?id=9>>
6. Drogová prevence. [online]. [cit. 2006-11-30]. Dostupné z <http://www.knihovna.adam.cz/drogy99/prev_cr.htm>
7. GÖHLERT, CH. – KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*. Přel. Libelová, D. 1. vyd. Praha: Ikar, 2001. 144 s. Toxikomanie. Přel. z Vom Missbrauch zur Sucht. ISBN 80-7202-950-9
8. HAJNÝ, M. *O rodičích, dětech a drogách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 136 s. ISBN 80-247-0135-9
9. HORVATOVIČOVÁ, V. *Úroveň, dostupnost a efektivnost kontaktních center v Jihočeském kraji*. České Budějovice, 2006. 69 s. Bakalářská práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Pavel Vácha.
10. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 1, Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6
11. KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2, Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 343 s. ISBN 80-86734-05-6
12. KALINA, K. et al. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. 1. vyd. Praha: Filia, 2001. 118 s. ISBN 80-238-8014-4
13. Kontaktní centrum. [online]. [cit. 2006-12-03]. Dostupné z <<http://www.sananim.cz/fcilitie.php?id=1>>
14. MASÁR, O. – NOVOTNÝ, J. *Vybrané kapitoly z problematiky starostlivosti o toxikomanov*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta, 2004. 150 s. ISBN 80-7040-702-6

15. MIOVSKÁ, L. – MIOVSKÝ, M. at al. *Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze v roce 2003*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005. 79 s. ISBN 80-86734-44-7
16. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 152 s. ISBN 80-7178-831-7
17. NEŠPOR, K. – Csémy, L. *Souvislosti mezi alkoholem a jinými návykovými látkami*. 1. vyd. Praha: Sportpropad, 1999. 23 s.
18. Poziční dokument o věznicích, drogách a harm reduction. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2006. 48 s. Přel. z Status Paper on Prison, Drugs and harm Reduction. ISBN 80-86734-76-5
19. ROTGERS, F. et al. *Léčba drogových závislostí*. Přel. Hajný, M. – Sláchalová, M. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 264 s. Přel. z Treating Substance Abuse. ISBN 80-7169-836-9
20. SKÁLA, J. *Ber a dávej*. 1. vyd. Praha: Argo, 1997. 191 s. ISBN 80-202-0663-9
21. Sociální služby. [online]. [cit.]. Dostupné z <<http://www.mpsv.cz/cs/9#sszp>>
22. Streetwork, K-centra. [online]. [cit. 2006-12-03]. Dostupné z <<http://www.drogy.estranky.cz/clanky/pomoc/streetwork>>
23. Studijní skripta k distančnímu vzdělávání protidrogových koordinátorů okresních, magistrátních a statutárních měst České republiky. Praha: Úřad vlády České republiky. Pragouniverza, 1999. 125 s.
24. SURYNEK, A. – KOMÁRKOVÁ, R. – KAŠPAROVÁ, E. *Základy sociologického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Management Press, 2001. ISBN 80-7261-038-8
25. TYLER, A. *Drogy v ulicích*. Přel. Mlíková, K. – Pokorný, P. 1. vyd. Praha: Ivo Železný, 2000. 427 s. Přel. z Street Druha. ISBN 80-237-3606-x
26. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 448 s. ISBN 80-7178-214-9
27. VÁCHA, P. *Nemedikamentózní léčba drogových závislostí*. České Budějovice, 2003. 101 s. Diplomová práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Vedoucí diplomové práce Ing. Lucie Kozlová, PhD.
28. VANČUROVÁ, M. *Změny hodnotové orientace u závislých v terapeutických komunitách*. České Budějovice, 2006. 94 s. Bakalářská práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Vedoucí bakalářské práce doc.PhDr. Helena Zášková CSc.

29. V České republice se zvýšila dostupnost léčby závislosti na opiátech [online]. [cit. 2007-01-12] Dostupné z <<http://www.ceskenoviny.cz/magazin/zdravi/index-view.php?id=245890>>
30. VIŠŇOVSKÝ, P. – BEČKOVÁ, I. *Bludný kruh toxikomanií*. 1. vyd. Hradec Králové: E.I.A., 1998. 114 s. ISBN 80-85490-76-5
31. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005 [online]. [cit.2006-11-28] Dostupné z <http://www.drogy-ingo.cz/index.php/publikace/vyrocní_zpravy/vyrocní_zprava_o_stavu_ve_vecech_drog_v_cr_v_r_2005>
32. ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 95 s.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Drogová závislost

Problémový uživatel

Rizikové chování

Motivace

Specifické služby

Léčba

9 PŘÍLOHY

Příloha 1: Schéma výběru respondentů pro vlastní výzkum.

Příloha 2: Systém zachytu a léčebné péče.

Příloha 3 : Záznamový arch.

Příloha 4 : Schéma spontánní změny motivace podle Nešpora

Příloha 5 : Schéma systému zachytu a postavení jednotlivých zařízení dle prahovosti.