

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Zdravotně sociální dopady drogové závislosti ve Středočeském kraji**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce:

Mgr. František Kotrba

Autor:

Lucie Větrovská

České Budějovice 15. 8. 2011

## **ABSTRACT**

Health and Social Impacts of Drug Addiction in the Central Bohemian region.

The bachelor degree thesis deals with some aspects of drug addiction and long-term drug abuse and with related impacts and risks that affect health and social situation of drug addicts – clients of low-threshold contact centers in the Central Bohemian region.

The theoretical part of the thesis describes general attributes of drug abuse, development of addiction, stages of the abuse and approaches used worldwide to interpret the issue and approaches to its practical solution. It also outlines principles that form the basis of the system of social and therapeutic work with this target group and a current overview of services provided to drug addicts.

The practical part contains results from a qualitative research and their evaluation; the research used personal statements of long-term drug users. The objective of the research was, among other things, to expand the notion that the majority society has of the subculture of drug addicts and to contribute to the understanding of the heart of health and social problems of this group of people, their views, attitudes and potential ways out from their current situation.

One of the outcomes that may be used in practice is a medialization of the information about health and social impacts of drug abuse and about opinions of the users about its impacts. The interviews have provided another practical output – the summarization of basic needs of clients of the contact centers in the Central Bohemian region. The results of the thesis might contribute to the improvement of quality of services offered by the individual contact centers and, in form of a teaching presentation, they might improve the quality of education in this field at our faculty.

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15. 8. 2011

Podpis

**Poděkování:**

Děkuji, Mgr. Františkovi Kotrbovi za poskytnutí podkladů a cenných rad při vypracování mé bakalářské práce, dále děkuji respondentům, díky kterým jsem mohla vypracovat rozhovory nezbytné pro tuto práci.

Také děkuji svým rodičům za podporu při mém studiu.

## Obsah

1	Současný stav .....	9
1.1	Drogy a jejich problematika .....	9
1.1.1	Vznik drogové závislosti.....	9
1.1.2	Abstinenční syndrom .....	10
1.2	Historie psychedelických látek .....	11
1.2.1	Historie stimulantů.....	11
1.2.2	Historie marihuany.....	13
1.2.3	Historie halucinogenů .....	15
1.3	Dělení psychotropních látek .....	16
1.3.1	Dle vzniku.....	16
1.3.2	Dle účinku na psychiku.....	16
1.3.3	Dle stupně společenské nebezpečnosti .....	17
1.4	Stádia závislosti .....	18
1.5	Drogová politika .....	19
1.5.1	Protidrogová politika v České republice.....	20
1.6	Stávající služby a zařízení pro drogově závislé osoby .....	21
1.7	Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog.....	25
1.7.1	Modely závislosti .....	25
1.7.2	Přístupy v pomoci uživatelům drog.....	25
1.8	Hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení léčebně preventivní péče a ústavů sociální péče. ....	27
1.9	Výroční zpráva ČR-2010.....	28
2	Cíl a hypotézy.....	32
2.1	Cíl práce.....	32
2.2	Výzkumné otázky .....	32
3	Metodika.....	33
3.1	Metodický postup .....	33
3.2	Metoda sběru dat.....	33
3.3	Charakteristika výzkumného souboru .....	35

4	Výsledky.....	36
5	Diskuze.....	58
6	Závěr.....	63
7	Seznam použitých zdrojů .....	63
8	Klíčová slova .....	68
9	Přílohy .....	69

## ÚVOD

Téma bakalářské práce jsem si vybrala na základě svého dlouhodobého zájmu o tuto problematiku. Je důležité si uvědomit, že každý z nás se se závislostí na návykových látkách setkává skoro každý den. Návykové látky provázejí lidstvo od pradávna. Starověké civilizace používaly drogy k různým náboženským, iniciačním a socializačním rituálům. Kvůli svým léčebným účinkům jsou v některých kulturách využívány dodnes. Jsou ale i jednou z hlavních celosvětových příčin kriminality.

Bakalářská práce se zaměřuje na drogy a drogovou závislost. Chtěla bych především upozornit na zdravotní a sociální dopady na jedince, který je na drogách závislý.

V teoretické části jsem se zaměřila na drogovou závislost. Jsou tu vysvětleny základní pojmy, popsána stručná historie vybraných drog, jejich základní rozdělení, současná drogová politika, stávající služby a zařízení a hygienické předpisy pro tato zařízení.

V praktické části jsem použila metodu kvalitativního výzkumu, kde byla data shromažďována strukturovaným rozhovorem s otevřenými otázkami. Rozhovory byly uskutečněny mezi klienty nízkoprahových kontaktních center ve Středočeském kraji.

Zároveň jsem též zmapovala základní charakteristiky všech kontaktních center ve Středočeském kraji. Pojednávám zde o způsobech financování a jejich dalších zdrojích, počtech klientů a základních terapeutických programech.

Cílem práce je cestou názorů a postojů aktivních uživatelů návykových látek poukázat na základní problémy drogové závislosti a její zdravotně sociální dopady.

## **1 Současný stav**

### **1.1 Drogy a jejich problematika**

Droga je látka, která je požívána a často i zneužívána pro změnu nálady, vědomí, povzbuzení nebo tlumení somatopsychických funkcí. Ovlivňuje také biochemické pochody v mozku a při opakovaném užívání vzniká možnost závislosti (9).

Pojem droga je odvozen z francouzského slova „drogue“, který se vyskytoval ve 14. století. Obecně označuje sušené živočišné nebo rostlinné suroviny. Došlo však ke změně významu, jednak se tím označují léčivé rostliny, ale také se ve speciálním významu jedná o psychoaktivní přirozené, polysyntetické a syntetické substance s potenciálem závislosti (7).

#### *1.1.1 Vznik drogové závislosti*

V životě každého člověka i v jeho organismu existují faktory, které vytvářejí riziko vzniku závislosti na drogách. Dále jsou tu také faktory, které vedou k jejímu rozvinutí. Mimo těchto faktorů existují i faktory ochranné, projektivní, které brání vzniku závislosti. Dle toho, jaké faktory převáží, závislost vznikne nebo nevznikne (22).

Při dlouhodobém užívání drog téměř vždy vzniká závislost. Charakteristikou závislosti je touha užívat psychoaktivní látky. Typickým projevem je tendence pokračovat v užívání za všech okolností a zvyšovat dávku. Přeruší-li se přísun drogy, objeví se abstinenční syndrom, který po jejím dodání zmizí. Dle 10. verze mezinárodní klasifikace nemocí, která byla vytvořena Světovou zdravotnickou organizací, je tento syndrom chápán jako psychický, někdy i fyzický stav charakterizovaný změnami chování a dalšími reakcemi, které vždy zahrnují nutkání užívat drogu opakovaně pro její psychické účinky, a dále také proto, aby se zabránilo vzniku nepříjemných stavů vznikajících při nepřítomnosti drogy v organismu (22, 29).



Dle mezinárodní klasifikace chorob se za závislost pokládá stav, při kterém byla během posledního roku splněna určitá kritéria (7).

Zneužívání návykových látek může vést k syndromu závislosti, při kterém se po opakovaném užívání zvyšuje touha vzít drogu. Tato touha se nazývá bažení neboli craving. Je to jeden ze společných rysů závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách. Definuje se jako velmi silná potřeba pocítovat účinky psychoaktivní látky, s níž měla osoba dříve zkušenost. Rozlišujeme tělesné a psychické bažení. Psychické bažení může být obranou proti nepříjemným duševním pocitům a objevuje se i po delší abstinenci. Tělesné bažení vzniká při odeznívání účinku návykové látky nebo bezprostředně po něm. Bažení souvisí s dalšími znaky závislosti, jimiž jsou zhoršené sebeovládání – uživatel pokračuje v náruživém chování navzdory škodlivým účinkům, které jsou mu známy (20, 10).

Další kritéria jsou rozvoj tolerance, snížená schopnost kontroly pokud jde o začátek, ukončení a množství požívané substance, užívání substance ke zmírnění abstinčních syndromů, omezený úsudek o chování při zacházení se substancí, pokračující zanedbávání ostatních, dříve výše hodnocených zájmů (7).

### *1.1.2 Abstinční syndrom*

Pojem abstinční syndrom znamená soubor příznaků, které se dostavují po vysazení drogy. Jsou u různých drog a různých lidí zastoupeny různě. Symptomy, objevující se u toho syndromu, jsou například: pokles obranyschopnosti organismu, svalový třes, křeče, poruchy srdeční činnosti, psychomotorický neklid, slzení, pocení, nechutenství, nevolnost, zvracení, pocity horka, obtíže při vyměšování, změny tělesné teploty. V oblasti psychické jsou to halucinace, stavy zuřivosti nebo například apatie (21).

Abstinční syndrom je jedním ze znaků závislosti při vysazení návykové látky. Tyto znaky se dělí na tělesné a duševní. Tyto stavy mohou být životu nebezpečné a spojené s křečemi či deliriem. Tělesný stav je chápán jako závažnější. Detoxikace nebo-li proces zvládnutí odvykacího stavu probíhá buď během hospitalizace klienta

či ambulantní formou. Tímto procesem se většinou myslí zvládnání klientovi akutní fáze s nejnápadnějšími znaky. Během dalších týdnů lze zaznamenat znaky chronické (úzkost, nespavost, nechutenství, touha užít látku). Tyto znaky již speciální léčbu nevyžadují (14).

## **1.2 Historie psychedelických látek**

Drogy provázejí vývoj naší civilizace od samého začátku. Staly se neoddelitelnou součástí současnosti (4).

Už od pradávna prospívali drogy lidstvu jako lék, ale také mu způsobovaly nedozírné škody. Kdo s nimi nezacházel podle pravidel, stal se jejich otrokem. Nikdo neví, kdo první ochutnal šťávu z nezralých makovic a zaznamenal, že svět viděl v jiných podobách, než jak je znal do této doby (25).

U domorodých kultur byly psychedelické substance používány k léčení, věštění, ke komunikaci s nebeskými i podsvětními oblastmi a v šamanských rituálech. Šamanismus je nejstarší medicínou a náboženstvím v historickém vývoji člověka, které sahá až k paleolitu. Měli vypracované techniky na vyvolávání změněných stavů vědomí na nedrogové i drogové bázi. Dokud byly drogy užívány v duchovních tradicích, byly medicínou a to nejlepší medicínou, kterou svět znal po tisíciletí (19).

Do roku 1960 byly drogy pokládány za odborný problém. Zabývala se jím poměrně úzká skupina kvalifikovaných specialistů (kriminalisté, lékaři a psychiatři). Drogy se v letech 1960-1990 stávají hlavně ve vyspělých zemích problémem společenským. Dotýká se mnoha sociálních vrstev, skupin a mnoha profesí. Od roku 1990 se mezinárodním společenstvím charakterizuje problém drog jako problém globální (13).

### **1.2.1 Historie stimulantů**

Kokain je silná stimulační droga. Její historie sahá až k jihoamerickým domorodcům, kteří žvýkali listy koky nejméně od roku 2500 př.n.l., jako pomoc

při práci. V listech koky je obsažen kokain, který snižuje únavu a potlačuje pocit hladu (23).

Je to klasický příklad takzvaného společenského abúzu, neboli společensky tolerovaného dlouhodobého braní drogy, spjatého s určitou kulturou. Zde se jedná o kulturu jihoamerických Indiánů (22).

Kokain hrál důležitou roli ve společenském a náboženském životě. Z listů koky se kokain úspěšně izoloval kolem poloviny devatenáctého století. Stal se hlavní součástí mnoha léků té doby. A to léků používaných ke zmírnění příznaků vysokých horeček, astmatu a dalších nemocí. Oční chirurgové využívali anestetické účinky kokainu. Velký zastánce kokainu byl Sigmund Freud, který doporučoval kokain i k léčbě drogové závislosti na morfinu. Později však změnil názor, když viděl, co dlouhodobé užívání kokainu způsobuje. V roce 1914 se z něj stala sledovaná droga. V roce 1920 to byl hlavní motiv drogových skandálů hollywoodských hvězd. Pak se však do konce šedesátých let ztratil z výsluní. V devatenáctém století byly kokainové preparáty v oblibě ve Velké Británii a v Evropě. Kolem roku 1920 byla v Berlíně kokainová epidemie, ale pak se vytratil, objevil se znovu v sedmdesátých a osmdesátých letech (23).

Extázi /MDMA/ vyvinuli poprvé chemici německé farmakologické společnosti Merck v roce 1912. Byla patentována jako prostředek na hubnutí, a to na základě potlačení chuti k jídlu. Nikdy se však jako lék nezačala vyrábět. Později, v roce 1953, ji testovala americká vláda jako možnou bojovou látku, testy byly neúspěšné. Po roce 1965, kdy ji znovu vyrobil americký vědec Alexandr Shulgin, se začala v malých dávkách používat v psychoterapii pro větší otevřenost pacientů. Spolu se vznikem taneční scény se začátkem 80. let se šířila po světě jako její nedílná součást. Do Evropy se dostala přes Anglii a středomořský ostrov Ibiza, na který se dodnes sjíždějí příznivci taneční hudby celého světa. Do roku 1985 byla extáze legální, poté se stala ilegální drogou (30).

Amfetamin a jeho deriváty jsou, na rozdíl od jiných drog, relativně mladé drogy. V roce 1887 byl amfetamin poprvé syntetizován. Na lidech byl poprvé testován ve dvacátých letech. Nejdříve se prodával jako prostředek proti rýmě, poté i proti

astmatu, obezitě, patologické ospalosti a depresi. Později byl předepisován amfetamin i pro osoby s diagnózou Parkinsonovy nemoci, migrény, závislosti, mořské nemoci, mánie, schizofrenie, impotence a apatie ve stáří. Nemedicínské užívání amfetaminu se objevilo za občanské války ve Španělsku, kde byla tato droga podávána vojákům jako prostředek proti únavě. Za druhé světové války byl používán skoro ve všech armádách. Po skončení války nastalo první neřízené masové užívání amfetaminu, když se armádní zásoby dostaly na černý trh. Během padesátých let se ve Spojených státech rozšířil amfetamin na černý trh a na předpis byl ve stejné době užíván jako každodenní stimulant stovek politiků a tisíců žen v domácnosti. Nejvíce se v této době předepisoval proti syndromu chronické únavy. V Americe je dnes amfetamin užíván spíše nižšími společenskými vrstvami, protože si nemohou dovolit dražší kokain. V Evropě zůstávají amfetaminy druhou nejčastěji užívanou nelegální drogou po marihuaně. Tak tomu je dodnes i u nás. Trendy užívání amfetaminů a extáze jsou jasné - v 90. letech 20. století byl zaznamenán všeobecný vzestup, nyní průzkumy ukazují na celkové ustálení obliby obou drog (19, 27).

### *1.2.2 Historie marihuany*

Lidstvo je už od pradávna doprovázeno konopnými drogami. Patří k nejstarším, užívaným látkám, sloužícím k vyvolání změněných stavů vědomí a k léčebným účelům. Nejprve se konopí pěstovalo pro vlákno, které se využívalo pro výrobu provazů a oděvů. Také se pěstovalo pro semena, která mají velmi vysokou nutriční hodnotu. Kdy došlo k objevení jeho psychotropních účinků nejsme schopni s jistotou určit, avšak existuje předpoklad, že se stalo velmi záhy. „Zelená medicína“ v Číně sahá až do 3. tisíciletí před naším letopočtem. Císaři Šen-Nung je připisováno autorství nejstaršího známého seznamu léčivých bylin. Zde se také píše o použití konopí, jeho doporučení proti malárii, zácpě, revmatickým bolestem, roztržitosti a ženským poruchám. Opravdu „konopnou kulturu“ představuje Indie. V indické posvátné knize Atharva-véda (2000-1400 př. n. l.) bylo konopí jako jedna z pěti posvátných indických rostlin v základech hinduistického náboženství používáno k odstranění úzkosti (17).

První zmínka o konopí v Mezopotámii se objevuje až kolem roku 900 př. n. l., kdy se konopí dostalo do kultury Asyřanů, ti využívali konopí k náboženským účelům, ale také jako provaz či lodní lano (31).

V Egyptě z doby faraónské pochází jedna z prvních zpráv o drogách a toxických látkách, která se zachovala až do dnešních dnů. Jedná se o takzvaný Ebersův papyrus (1500 let př. n. l.), který je nejrozsáhlejším lékařským rukopisem starého Egypta. Pomocí konopí léčili záněty, zelený zákal, podávali obklady a klystýry. Řecký filosof Hérodotos z Halikarnassu byl vůbec prvním evropským autorem, píšícím o konopí. Přirovnával konopí ke lnu. Starověký řecký lékař, farmakolog a botanik Dioskorides používal pro konopí jméno kannabion. Ve svém herbáři uvádí analgetické vlastnosti konopí, o jeho psychoaktivních účincích se nezmiňuje. Bohužel, i když je konopí jako lék zmiňováno v Ebersově papyru, asyrských textech, řeckých a římských zdrojích, fyzický důkaz o použití konopí na území Středního Východu není. V 19. století je v lékařských publikacích citováno užívání konopí v porodnictví. Je zde popsáno, že konopí má pozoruhodnou možnost zvýšit sílu děložních kontrakcí, provázenou snížením porodních bolestí (17).

V 19. století se Spojené státy pouští do celosvětového boje proti pěstování koky, máku a konopí (6).

Užívání konopí se rozšířilo spolu s expanzí arabských národů. Když Evropané misionáři v raném novověku jezdili do afrických kolonií, přinášeli zprávy o domorodcích, pěstujících konopí, pojídajících konopné listy nebo v pozdější době o kouření konopí. Do Ameriky bylo z Evropy dovezeno konopí nejprve jako hospodářská plodina. Později, spolu s africkými otroky, také jako intoxikant, který pronikl i mezi indiánskou kulturu. Užívání konopných drog v moderní historii pomalu upadalo. V roce 1914 ve Spojených státech vstupuje v platnost Harrisonův zákon o narkotikách, který vyžaduje po lékařích, lékárnících a licencovaných dodavatelích evidenci pohybu drog, tedy i konopných. V roce 1915 je Utah prvním státem, kde vstupuje v platnost zákaz prodeje a držení drogy. V roce 1937 vznikl takzvaný Marihuana Tax Act („zákon o zdanění marihuany“) připomínající Harrisonův

zákon. Jde o znevýhodnění výroby, poskytování a vlastnictví konopí. Námitky proti tomuto zákonu měla American Medical Association, ty ale nebyly brány v potaz (17).

V prosinci roku 1954 proběhla v Olomouci vědecká konference vysokých škol, kde zazněl soubor přednášek na téma Konopí jako lék. O rok později byly všechny tyto přednášky publikovány v Acta Universitatis Palackianae Olomucensis. V roce 1961 OSN přijala jednotnou úmluvu o drogách, která upravuje produkci drog, držení, užívání, obchodování, distribuci, jejich import, export výlučně pro vědecké a medicínské účely. Marihuana je zařazena do kategorie nejnebezpečnějších drog (17).

V roce 1964 izraelští chemici izolovali a identifikovali účinnou psychoaktivní látku THC. V roce 1969 OSN odhaduje počet uživatelů konopí celosvětově na 200-250 milionů. V Nizozemí v roce 1972 vládní komise zařazuje konopí do druhé, méně nebezpečné kategorie nelegálních drog. V tomto roce byl v holandském Amsterdamu otevřen první licencovaný coffee shop Mellow Yellow. V roce 1973 vzniká v USA Drug Enforcement Agency a 14. května 1974 v Kanadě vstupuje v platnost nový zákon C-7, který umožňuje pěstovat konopí pro technické účely. O rok později žádají lékaři vládu, aby zadala více studií o konopí a jeho účincích. Bylo jim vyhověno a vznikli první výsledky z řady antropologických studií, které intenzivně a z více úhlů zkoumaly uživatele v jejich přirozeném prostředí po dlouhou dobu. V roce 1999 v České republice vstupuje v platnost zákon, umožňující stíhání každého držitele ilegální drogy, včetně marihuany (i pro vlastní potřebu), zatímco v ostatních zemích EU byly schvalovány zákony dekriminlizující držení konopí a pěstování konopí pro technické účely. V roce 2005 ČR rozdělila ilegální drogy do dvou skupin: konopné a ostatní. Liší se u nich postih za jejich výrobu, distribuci a držení pro vlastní potřebu (17).

### *1.2.3 Historie halucinogenů*

Díky faktu, že jsou halucinogeny obsaženy v rostlinách mnoha oblastech světa, je historie jejich užívání pravděpodobně daleko za doloženou historií. Někteří autoři dokonce naznačují, že objev účinků uspořádal vývoj člověka, nejsou pro to však žádné

důkazy. Používali je domorodé kmeny k rituálům, zkouškám dospělosti mladých mužů a jako léky. Některé účinné látky z těchto rostlin později uměle vytvořily moderní laboratoře. V roce 1943 byly objeveny účinky LSD. Objevil ho však již v roce 1938 Albert Hofman. Byl poprvé vyroben při pokusech o získání nových terapeutických drog z námelu a je to v pořadí dvacátá pátá droga, vyrobená z lysergové kyseliny. Jako původní záměr při výrobě bylo vytvořit novou stimulační drogu. Na rozdíl od LSD halucinogenní rostliny a houby znala již starověká civilizace. Byly používány jako prostředky jasnovideckých proroctví nebo pomáhali uživatelům spojit se se světem duchů (23).

### **1.3 Dělení psychotropních látek**

#### *1.3.1 Dle vzniku*

Existuje řada způsobů dělení psychotropních látek. Můžeme je dělit dle způsobu vzniku. A to na přírodní (konopné produkty, opium, koka, psychoaktivní houby, psychoaktivní rostliny, katha a další regionální drogy, a další), semisyntetické (morfin, heroin, LSD, kokain, crack a další) a syntetické (amfetaminy, opioidy, ecstasy, „falešné ecstasy“, „designerské drogy“, „amylnitrat“, těkavé létky, farmaceutika a další) (5).

#### *1.3.2 Dle účinku na psychiku*

Na psychiku má každá látka jedinečný vliv a dle toho dělíme drogy na tlumivé látky, stimulační látky a halucinogeny (5).

Látky patřící do skupiny tlumivých látek snižují duševní i tělesnou aktivitu. Do tlumivých látek řadíme opioidy (heroin), psychofarmaka (benzodiazepiny, barbituráty) a rozpouštědla (včetně alkoholu). Vyšší dávky mohou ochromit mozková centra, která řídí základní životní funkce a mohou vést ke smrti jedince. Do této skupiny patří i opioidy, neboli látky užívané ve zdravotnictví na zklidnění a navození spánku

(sedativa a hypnotika) a látky rozpouštějící strach a úzkost (anxiolytika). Látky s tlumivým účinkem vyvolávají psychickou i tělesnou závislost (5).

Pod stimulačními látkami se skrývají desítky látek jak přírodních, tak syntetických. Jedná se o látky s budivým efektem. Najdeme zde látky amfetaminového a kokainového typu. Typickým představitelem stimulačních látek je pervitin. Hlavními účinky stimulací je zvýšení psychomotorického tempa a bdělosti. Dále vyvolávají euforii, pocit spokojenosti, celkové povzbuzení, potlačení únavy a pocitu hladu, uvolnění zábran a pocit psychické a fyzické síly. Vyšší dávka může způsobit až úzkost, neklid, podráždění, závratě, zmatenost, paranoidní myšlení a halucinace. Opakované užívání vede k rozvoji toxické nebo amfetaminové psychózy. Příznaky psychózy jsou pocity akutního intenzivního ohrožení a pronásledování, halucinace, delirium. Může vést až k agresivnímu chování člověka vůči okolí nebo sebevraždě. Hrozí také mozkové krvácení, embolie či selhání srdeční činnosti (12).

Do skupiny halucinogenů patří široká škála chemicky odlišných látek, které účinkují na mozek pozměněním vnímání okolní reality. Zastavují či obcházejí mechanismy filtrující zvuky, myšlenky a obrazy, které míří do našeho mozku. Pod vlivem těchto drog mohou být vidiny nádherné a optimistické, stejně jako mohou být i děsivé. V mnoha případech si uživatelé uvědomují, že halucinace nejsou skutečné, ale u některých typů halucinogenů to neplatí. Ve velké míře záleží na psychickém rozpoložení jedince, jak na tyto drogy reaguje. Mnoho halucinogenů se přirozeně vyskytuje v rostlinách rostoucích v lesích, pouštích i pralesích. Nejznámějším halucinogenem je LSD (23).

### *1.3.3 Dle stupně společenské nebezpečnosti*

Podle stupně společenské nebezpečnosti dělíme psychotropní látky na prohibici (látka je zakázaná, není dovoleno s ní nijak nakládat), dekriminizaci (zakázána výroba, obchod, předávkování, atd.), neprohibiční regulaci (zvláštní režim, obchod je podroben přísným podmínkám) a legalizaci (psychotropní látky nejsou nijak regulovány, s výjimkou zákazu prodeje dětem a mladistvým) (32).



#### **1.4 Stádia závislosti**

I užívání drog vedoucí k závislosti má svoje stádia. První je stádium experimentu, kdy uživatel bere drogu s druhými, jen pokud je mu to nabídnuto, poznává euforické zážitky. Zdraví ani pracovní způsobilost a výkonnost nejsou narušeny. Účinek drogy je většinou jen pozitivní a eventuální negativní účinky drogy jsou podceňovány. Klient se zbavuje úzkosti, prožívá uvolnění a omámení a také vzrůstající pocit sebehodnocení. Často se projevuje zvýšeným sebevědomím (32, 7).

Následuje stádium aktivního vyhledávání. Uživatel se v této fázi sdružuje s ostatními uživateli a vyděluje se z původního okruhu lidí. Také si začíná vytvářet vlastní zdroje a zásoby drog (dělí se s druhými, kteří berou s ním). Zdraví může být narušeno (první dojezdy a kocoviny). Pracovní aktivita může být dotčena, utrácejí se peníze za drogy. Toto stádium také bývá označováno jako kritické stádium navykání. Zvyšuje se tolerance, což znamená, že klient má potřebu konzumovat více látky. Přispívá to také ke konzumaci různých druhů látek. Orgány jsou po této fázi pokaždé nějak poškozeny. Nejprve dojde k postižení mozku, projevují se poruchy koncentrace, pozornosti a schopnosti zapamatování. Velmi typickým znakem jsou obtíže s hledáním slov (32, 7).

Třetí je stádium zaujetí drogou, kdy spotřeba drog narůstá stejně jako utrácení peněz za drogy. Uživatel se distancuje od původního prostředí a mění své postoje. Mohou se objevit poruchy výživy a spánku. V zaměstnání podává horší výkony, mívá výpadky, je neupravený, mění svůj vzhled, distancuje se od druhých a zadlužuje se (32).

Poslední je stádium závislosti, kdy všichni přátelé uživatele berou drogy. Závislý lže, krade, prodává drogy, zadlužuje se, bere sám a často již vysoké dávky. Jeho zdraví je narušeno fyzickými a duševními problémy, mívá neupravený zevnějšek, ztrácí práci, má závažné finanční problémy. Když si vezme drogu, cítí se normální, překonává pocity viny a je plně zaujat drogami. Někdy je toto stádium označováno jako stádium chronického rozkladu. Vyznačuje se procesy tělesného a duševního rozpadu. Objevuje se takzvaný „deprivační syndrom“, který se projevuje tím, že postižený ztrácí svou

celkovou podobu jako člověk, kterým byl dříve. Stává se lhostejným, povrchním, neumí se radovat ani zlobit. Stává se, že se člověk nemůže vyznat v svém okolí, potřebuje ke všemu cizí pomoc (32, 7).

Vývojové stupně užívání psychotropních látek v perspektivě věku jedince jsou příležitostně-experimentální (sporadické užívání, ne víckrát jak 5x za život), rekreační (mírně časté, nenakupuje drogy přímo, ale neodmítá jejich nabídku, užívá jen na večírcích), příležitostné (častější, pro povzbuzení, aby získal odvalu), intenzivní (velice časté, má menší kontrolu nad drogou, dostává se i ke každodennímu užívání, iluze o schopnosti kontrolovat své jednání) a poslední je nucené užívání (nezbytné a nucené užívání drog) (32).

### **1.5 Drogová politika**

Drogovou politikou je označován soubor preventivních, léčebných a sociálních, represivních a dalších opatření uskutečňovaných na strukturální, komunitní a individuální úrovni, jejichž konečným cílem je snížit užívání drog nebo škody, které jednotlivcům a společnosti mohou v důsledku užívání drog nastat (32).

Pro počátek druhého tisíciletí je charakteristický především setrvalý vzestup v experimentálním a pravidelném užívání konopných látek v populaci, další zvyšování dostupnosti heroinu mimo primárně zasažené oblasti (v ČR jsou jimi hlavně Praha, severní Čechy), zmenšování relativně uzavřené pervitinové scény a nahrazování nespojitě pervitinové scény klasickou sítí organizovaného zločinu (32).

Konopí a konopné drogy představují v České republice (i v ostatních zemích tzv. „euroamerické civilizace“) třetí nejrozšířenější skupinu návykových látek po alkoholu a tabákových výrobcích (32).

Syntetické drogy představují po celém světě stále rozšířenější a poměrně nestejnorodou skupinu drog. Historie zneužívání podomácku připravovaného pervitinu u nás sahá do sedmdesátých let. Stále více se také šíří rekreační užívání „tanečních drog“ jakou je i extáze, jejíž užívání se stále šíří v Evropě, USA, Asii a Jižní Americe. Od počátku devadesátých let byla spojována s alternativní „taneční“ scénou, dnes

se pojí s rekreačními aktivitami „nočního života“. Závislostní potenciál LSD je v zásadě nulový (32).

Prevalence (drogové) závislosti udává počet či frekvenci osob v definované populaci, která splňuje klinická kritéria závislosti. Prevalence současného užívání udává frekvenci osob v definované populaci, které užívají drogu/drogy. Celoživotní prevalence udává absolutní počet či frekvenci osob, kteří alespoň jednou v životě aktivně užili nelegální drogu (32).

### *1.5.1 Protidrogová politika v České republice*

Protidrogová politika se u nás začala formovat od roku 1993. Účastní se jí Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (dále jen RVKPP), výbor zástupců resortů, výbor pro poskytování účelových dotací ze státního rozpočtu a sekretariát RVKPP. Hlavním cílem je vytvořit rovnováhu mezi represí a prevencí v této oblasti, a proto musí být mechanismus prevence pružný (26).

RVKPP je stálý poradní iniciační a koordinační orgán vlády České republiky v oblasti protidrogové politiky, který soustřeďuje, projednává a předkládá vládě informace, podklady a návrhy na tvorbu a uplatňování protidrogové politiky České republiky na mezinárodní, centrální, krajské a místní úrovni. Zpracovává Národní strategii protidrogové politiky České republiky, která definuje odpovědnosti, východiska, cíle a úkoly protidrogové politiky na další období. Metodicky řídí činnost protidrogových koordinátorů a spravuje systém poskytování finančních prostředků. RVKPP také koordinuje postup při ochraně před problémy působenými omamnými a psychotropními látkami (26).

Dalším účastníkem na protidrogové politice ČR je výbor zástupců resortů, který připravuje pro RVKPP koncepční podklady protidrogové politiky, odborná stanoviska, posudky a doporučení. Výbor pro poskytování účelových dotací ze státního rozpočtu projednává žádosti, které se týkají poskytnutí finančních dotací. Administrativní a organizační činnost RVKPP zajišťuje sekretariát RVKPP (26).

Hlavní princip České protidrogové politiky se zaměřuje na ochranu veřejného zdraví. Světovou zdravotnickou organizací je definovaný tak, že staví na komplexu preventivních, vzdělávacích, léčebných, sociálních, regulačních a kontrolních opatření včetně opatření vymáhání práva a jiných, který mají za cíl zlepšovat zdravotní, sociální, ekonomické, bezpečnostní a trestně právní podmínky ovlivňující zdravý vývoj jedince i společnosti (31).

### **1.6 Stávající služby a zařízení pro drogově závislé osoby**

Dle Matouška do služeb a zařízení pro drogově závislé osoby patří terénní programy, nízkoprahová kontaktní centra, ambulantní léčba, denní stacionáře, péče v detoxifikačních jednotkách, psychiatrické léčebny, terapeutické komunity, doléčovací centra, substituční programy a právní poradna (16).

K-centrum je nízkoprahové zařízení pro lidi ohrožené drogou či na droze závislých. Poskytují kontaktní a poradenské služby a také terénní programy. Terénní práce se v tomto zařízení rozděluje na dvě základní skupiny, na sběr injekčního materiálu a na samotný kontakt s klientem. Poskytují také informace a poradenství v oblasti bezpečného braní drog, bezpečného sexu, sociálně-právní poradenství, zdravotní informace, informace o drogách a podobně (28).

Terénní programy jsou realizovány přímo na ulici. V nízkoprahových kontaktních centrech nabízejí služby podobné terénním programům a také potravinový a hygienický servis. V těchto centrech jsou vytvořeny podmínky pro cílenější a dlouhodobou práci s klientem. Mohou hodnotit aktuální stav klienta, vybrat pro něj vhodnou léčbu či mu zprostředkovat nástup do léčby (16).

Streetwork v překladu znamená práci na ulici. Ulicí se myslí jakékoliv otevřené neinstitucionální prostředí. Jedná se o aktivní vyhledávací, dobrovolnou a mobilní sociální práci, která zahrnuje nízkoprahovou nabídku sociální pomoci určenou nositelům sociálně-patologického chování a také osobám žijícím rizikovým způsobem, u kterých je předpoklad, že sociální pomoc potřebují a samy ji nevyhledávají (1).

Ambulantní léčba je poskytována především zařízeními oboru psychiatrie, a to speciálním ambulantním zařízením zaměřeným na léčbu závislosti na alkoholu a jiných drogách. V historii to byly tzv. protialkoholní poradny. Zvláštním typem ambulantních zařízení u nás jsou záchytné stanice neboli speciální zdravotnická zařízení pro krátkodobý pobyt a detoxikaci při akutní intoxikaci. Tento typ léčby poskytují i NNO, které poskytují i substituční léčbu. Tyto organizace žádají o dotace na poskytování služeb ze státního rozpočtu (18).

Denní stacionáře jsou služby nabízející intenzivní ambulantní léčbu ve formě celodenního programu v rozsahu 2-3 měsíců. Během tohoto období se klienti denně vracejí do svého přirozeného prostředí. Léčba se tu skládá z individuální, skupinové a rodinné terapie (16).

Péče v detoxifikačních jednotkách je zaměřena na minimalizování projevů odvykacích symptomů a na zbavení organismu uživatele návykových látek. Při této péči je možné využít medikaci. Detoxifikace zpravidla trvá 5-10 dní a v některých případech i déle. Většina pobytových zařízení vyžaduje, aby klient před nástupem do léčby absolvoval detoxifikační program (16).

Psychiatrické léčebny poskytují pobytovou léčbu. Jedná se o léčbu v rozsahu 3-6 měsíců, tedy krátkodobou. Léčba je rozdělena do tří fází se specifickými pravidly. Probíhá formou individuální, skupinové nebo rodinné terapie (16).

Terapeutické komunity jsou pobytovou službou pro osoby závislé na návykových látkách. Jejich cílem je zbavit se závislosti a vytvořit dobré podmínky pro začlenění do společnosti (5).

Poskytují střednědobou a dlouhodobou pobytovou léčbu v délce 6-18 měsíců. Je to strukturovaná, intenzivní léčba a je většinou rozdělena do čtyř fází. Na klienty jsou tu kladeny velké nároky. Je tu kladen důraz na intenzivní terapeutický proces a komunitní způsob života. Využívá se zde individuální poradenství, skupinové, rodinné a pracovní terapie (16).

Na následnou péči a prevenci relapsu se specializují doléčovací centra. Program trvá 6-12 měsíců. Součástí tohoto centra je poradenství, individuální a skupinové

terapie. Někde jsou součástí i párové a rodinné terapie nebo pomoc při hledání vhodného bydlení a práce a práce v chráněných dílnách (16).

Pro uživatele opiátového typu jsou substituční programy. V jejich rámci je klientům podávána náhražka drogy. Metadon a subutex jsou v současné době využívány právě pro substituční léčbu. Tato léčba je zaměřena na fyzickou, psychickou a sociální stabilizaci klienta a na prevenci kriminálního chování uživatelů drog v souvislosti se získáním prostředků na drogu (16).

Právní poradna nabízí uživatelům drog, kteří se dostali do konfliktu se zákonem nebo řeší nějaké jiné právní problémy, právní poradenskou službu, a to i v případě zastupování v právních sporech. Tato poradna poskytuje také služby zaměstnancům zařízení pro uživatele drog (16).

Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, upravuje sedmnáct druhů služeb, týkající se sociální prevence, které by mohly být případně využity v práci s drogově závislými jedinci (2).

Telefonická krizová pomoc je poskytována osobám, které se mohou ocitnout v ohrožení života, zdraví či jsou v obtížné životní situaci. Tito jedinci nejsou schopni nastalou situaci momentálně řešit vlastními silami (2).

Azylové domy jsou pobytové služby pro klienty v nepříznivé sociální situaci, která je spojena se ztrátou bydlení. Vedle poskytnutí ubytování je nezbytné poskytnout také podporu, která by mohla vést k vyřešení nepříznivé sociální situace (2).

Domy na půl cesty jsou pobytovou službou pro osoby do 26 let, které žily dlouhodobě v zařízeních školského typu ústavní nebo ochranné výchovy, nebo pro děti a mládež v jiných zařízeních a také pro osoby, které byly propuštěny z výkonu trestu odnětí svobody nebo ochranné léčby. Tato služba by měla poskytnout podmínky pro úspěšný start do běžného života (2).

Kontaktní centra jsou většinou ambulantní zařízení určená osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Mají za cíl snižovat sociální a zdravotní rizika spojená se zneužíváním návykových látek (2).

Krizová pomoc je terénní, ambulantní a také pobytová služba určená osobám, které se přechodně nacházejí v situaci, která jim ohrožuje život, a oni sami nejsou

schopni tuto situaci v daném okamžiku řešit. Nabízí především socioterapii a také pomoc při vyřízení nezbytných osobních záležitostí (2).

Nízkoprahová denní centra jsou službou pro osoby bez přístřeší a nabízejí pomoc pro zajištění hygieny, stravy a vyřízení nezbytných osobních záležitostí (2).

Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež poskytují především ambulantní služby pro osoby ve věku 6 až 26 let, které jsou ohroženy společensky nežádoucími jevy. Nabízejí smysluplné využití volného času, pomoc v orientaci ve společenském prostředí a také pomoc se změnou životního stylu, který je ohrožuje (2).

Noclehárny jsou takové služby, které nabízejí osobám bez přístřeší možnost přenocování a podmínky pro osobní hygienu (2).

Služby následné péče jsou určeny pro osoby trpící chronickým duševním onemocněním či osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly ústavní léčbu. Cílem je zde pomoc při zvládnutí běžných životních situací a prevence recidivy (2).

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi nabízejí pomoc se zvládnutím dopadů dlouhodobé krizové sociální situace rodiny či jejího člena (2).

Sociálně terapeutické dílny mají za úkol dlouhodobou a pravidelnou podporu zdokonalování pracovních návyků a dovedností a to prostřednictvím sociálně pracovní terapie (2).

Terapeutické komunity poskytují pobytové služby pro osoby závislé na návykových látkách a i pro osoby s chronickým duševním onemocněním. Cílem je zbavit se závislosti a vytvořit dobré podmínky pro začlenění do společnosti (2).

Terénní programy mají za cíl vyhledávat osoby žijící rizikovým způsobem života nebo ty co žijí v sociálně vyloučených komunitách a pomáhat jim v minimalizaci rizik, které jsou spojené s tímto způsobem života a také v začlenění do společnosti (2).

Sociální rehabilitace se zaměřuje na pomoc lidem k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti, a to rozvojem jejich schopností a dovedností (2).

## **1.7 Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog**

### *1.7.1 Modely závislosti*

Po dlouhá desetiletí dominoval biomedicínský model oblasti závislostí. Zejména v době, kdy nezákonné drogy byly odborným problémem. Zabývali se jimi výhradně lékaři-psychiatři. V tomto modelu je drogová závislost nemocí v lékařském slova smyslu a to nemocí chronickou, obtížně léčitelnou, s častými recidivami a nejspíše vůbec nevléčitelnou. Může však dojít k úpravě stavu za podmínky specifické diety neboli trvalé abstinence. Každé další užití drogy je vždy recidivou. Tomuto pojetí odpovídaly také převládající léčebné metody, jako je ústavní izolace, detoxikace, léčba prací. V dnešní době je tento model částečně překryt přístupem bio-psycho-sociálním (13).

Bio-psycho-sociální model rozšiřuje model biomedicínský o rozměr psychických funkcí, mezilidských vztahů, jejich dynamického vývoje a vzájemného podmiňování. Nemoc, tedy i drogová závislost, vzniká v průběhu vývoje osobnosti ve vzájemné interakci biologických, psychologických a vztahových faktorů. Důležitými pojmy jsou dispozice (genetické, biologické), zranitelnost a spouštěče, které vedou k manifestaci poruchy. Dle tohoto modelu musí léčení závislosti zahrnout všechny faktory bio-psycho-sociální. Léčebné metody, které odpovídají tomuto modelu jsou detoxikace, farmakoterapie, psychosociální terapie, individuální, skupinové a rodinné psychoterapie, včetně terapeutických komunit. Tento model vstoupil do psychiatrie po Druhé světové válce. Prolomil tezi o trvalé a nevléčitelné závislosti, což ale neplatí vždy a pro každého (13).

### *1.7.2 Přístupy v pomoci uživatelům drog*

Přístup ochrany veřejného zdraví, „public health“, vychází především z epidemiologie, sociologie a veřejné politiky. Nesleduje individuální zájem klienta, ale ochranu populace, především se zaměřuje na přenos závažných infekčních chorob.



Tento přístup vznikl a vyvíjel se v souvislosti s šířením viru HIV. Soustředil se tedy na sdílení jehel a stříkaček při nitrožilním užívání drog a také na rizikový pohlavní styk. Z tohoto se odvodily postupy jako výměna jehel a stříkaček, distribuce kondomů a edukačních materiálů, slinových testů na HIV, očkování drogové populace proti hepatitidám a podobně. Tento přístup může vést k zanedbání individuálních potřeb a perspektiv problémového uživatele, k rezignaci na léčení, sociálním opatřením (13, 33).

Přístup minimalizace poškození neboli „harm reduction“ jsou programy koncepce a činnosti, které směřují k minimalizaci škod souvisejících s osobami, kteří užívají psychoaktivní látky a nejsou schopny či ochotny přestat s užíváním. O této prevenci rizik a škod se začalo diskutovat poté, kdy se začala šířit hrozba přenosu viru HIV mezi injekčními uživateli a od nich pak následně mezi všeobecnou populaci (8).

Tento přístup si neklade za cíl abstinenci klienta od drog, nevylučuje však tuto perspektivu, ale nepokládá to za nutné. Akceptuje, že klient užívá drogy a nechce nebo nemůže přestat. Snaží se zachovat klienta při životě a v maximálně možném zdraví v bio-psycho-sociálním smyslu. Podaří-li se to, je tu možnost, že se klient později bude rozhodovat rozumněji. Snaží se minimalizovat riziko život a zdraví ohrožujících infekcí, vznik dalších tělesných komplikací (abscesy, záněty), dlouhodobé působení vysokých dávek, předávkování a ztrátu lidské důstojnosti. Poradenství a edukace tu zahrnuje rady, návody a vysvětlení, jak drogu aplikovat, jak používat a dezinfikovat náčiní a obdobné technické informace. Do tohoto přístupu patří i podání náhradní drogy či původní drogy pod lékařským dozorem. To omezuje u závislých prostituci a trestnou činnost pro získání drogy nebo prostředků na ní (13).

Sociální a sociálně-pedagogický přístup zdůrazňuje vnější faktory: nepříznivé sociální prostředí, nevhodná výchova, chybějící sociální dovednosti nebo jejich ztráta a neschopnost se integrovat do komunity. Těží z rozvoje aplikovaných sociálních a pedagogických věd. Je výrazem emancipace nezdravotnických profesí. Hlavní těžiště tu jsou dobrovolné práce, svépomoci a charity (15).

Přístupy morální a spirituální se zakládá na morálním debaklu, který je ve společnosti stále značně rozšířen. Využívají ho zastánci represe. Může však tvořit

i východisko pomoci uživatelům a závislým. Tento přístup často navazuje na misijní působení ve velkoměstských komunitách postižených sociálními problémy s kriminalitou (13).

### ***1.8 Hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení léčebně preventivní péče a ústavů sociální péče.***

Zákon č. 258/2000 Sb. uvádí, že osoba provozující nestátní zdravotnické zařízení, ústav sociální péče, zdravotnické zařízení léčebně preventivní péče státu anebo ústav sociální péče státu jsou povinny činit hygienická a protiepidemická opatření k předcházení, vzniku a šíření nemocničních nákaz. Nemocniční nákazou je myšlena nákaza vnitřního nebo vnějšího původu, která vnikla v příčinné souvislosti s pobytem, nebo s výkony prováděnými v zařízení léčebně preventivní péče, nebo ústavu sociální péče v příslušné inkubační době. Dále je tato osoba povinna stanovit opatření. Návrh a změnu provozního řádu schvaluje rozhodnutím příslušný orgán ochrany veřejného zdraví. Při výskytu nemocniční nákazy, či při podezření na její výskyt, je povinna neprodleně provést epidemiologická opatření k odhalení zdroje nákazy, způsobu jejího šíření, zamezení jejího dalšího šíření a léčbě nakažených a z nákazy podezřelých fyzických osob. Mezi její další povinnosti patří evidovat každou nemocniční nákazu a na vyžádání poskytnout údaje o ní orgánu ochrany veřejného zdraví, neprodleně hlásit hromadný výskyt nemocniční nákazy vedoucí k těžkému poškození zdraví nebo úmrtí, dodržovat hygienické požadavky pro příjem fyzických osob do zařízení léčebně preventivní péče či ústavu sociální péče a jejich ošetřování, zásobování vodou, úklid, výkon a kontrolu dezinfekce a sterilizace. Dezinfekce je tu definována jako soubor opatření ke zneškodňování mikroorganismů pomocí fyzikálních, chemických či kombinovaných postupů, které mají přerušit cestu nákazy od zdroje k vnímavé fyzické osobě. Vyšší stupně dezinfekce jsou takové postupy, které zaručují usmrcení bakterií, virů, mikroskopických hub a některých bakteriálních spor. Nezaručují však usmrcení ostatních mikroorganismů, jejich vývojových stádií, zdravotně významných červů a jejich vajíček. Sterilizace je proces vedoucí k usmrcování všech

mikroorganismů schopných rozmnožování včetně spor, k nevratné inaktivaci virů a usmrcení zdravotně významných červů a jejich vajíček. Osoba uvedena v tomto zákoně, je povinna o provedené sterilizaci a jejím výsledku vést evidenci. Pokud provede jiný způsob sterilizace (jen na základě povolení příslušného orgánu ochrany veřejného zdraví), musí podat žádost, ve které uvede způsob sterilizace a průkaz o jeho účinnosti. Pokud se jedná o prádlo, jsou ho povinni ukládat dle povahy znečištění, převážet, prát ho a zacházet s ním způsobem upraveným prováděcím právním předpisem. V zařízeních zde uvedených, lze užívat jen vodu, která vyhovuje alespoň ukazatelům a limitům pitné vody (3).

### **1.9 Výroční zpráva ČR-2010**

Více než jedna třetina uživatelů drog žije s rodiči, na druhém místě jsou osoby žijící sami (20,4%). Stálé bydliště uvádí 46,9% uživatelů, což je o 6 % méně než v roce 2008. Osob bez domova a osob bydlících v nějakém zařízení je více než v roce 2008. Podíl bezdomovců se zvyšuje každý rok, od roku 2006. Muži se ocitnou bez domova o polovinu častěji než ženy (24).

Charakter zaměstnání uživatelů je nejčastěji nezaměstnanost či příležitostná práce, na druhém místě je pravidelné zaměstnání. Na dalším místě je kategorie student, žák. Nejčastěji nacházíme nezaměstnané uživatele drog v kraji Ústeckém, Středočeském, Olomouckém, Moravskoslezském a v Praze (24).

Další charakteristika se zaměřuje na nejvyšší dokončené vzdělání uživatelů, a to je u většiny základní vzdělání. Na druhém místě je střední škola bez maturity a vyšší či vysokoškolské vzdělání uvádí pouze zanedbatelný počet léčených uživatelů drog. Nedokončené základní vzdělání má 3,6 %. Užívání drog je obdobně jako v minulých letech nepřímo úměrné s dosaženým vzděláním (24).

Nejčastěji užívanými drogami jsou, u žadatelů o první léčbu, stimulancia (nejvíce pervitin), na druhém místě jsou kanabinoidy a na třetím jsou opiáty. Pokud se jedná o pořadí mezi všemi uživateli, na prvním místě jsou stimulancia, na druhém opiáty a na třetím kanabinoidy (24).

Věk uživatelů drog je jedním z nejdůležitějších ukazatelů, které charakterizují drogovou scénu v ČR. U mužů je nejvíce uživatelů drog ve věkové skupině 25-29 let, dále pak v období 20-24 let, na třetím místě, je období 30-34 let. U žen je na prvním místě věkové období 20-24 let, dále 15-19 let třetí místo jsou ženy ve věku 25-29 let. Celkově je tedy nejvíce uživatelů v období 20-24 let. Druhé je období 25-29 let (24).

Základní drogou ve všech věkových obdobích je pervitin. Na druhém místě je marihuana, ale jen do období 25-29 let kdy nastupuje na druhé místo heroin (24).

Průměrný věk uživatelů opiátů je 29,3 let, u kokainu je to 29,2 let, u stimulancií 26,8 let, u hypnotik a sedativ 38,7 let, u halucinogenů 19,9 let, u rozpouštědel 26,6 let a u kanabiodů 21,6 let (24).

Mezi všemi léčenými klienty jsou početně nejpostiženější skupinou 29-34 letí. Druhou početně největší skupinou jsou 20-24letí. Mezi všemi léčenými uživateli drog v roce 2009 je výrazně větší podíl žen ve věkové skupině 15-19 let. Oproti ženám je výrazně vyšší podíl léčených mužů ve věkové skupině 25-39 let (24).

Ženy, uživatelky pervitinu, ve věkové skupině do 15 let a 15-19 let, převažují nad muži. Muži, uživatelé heroinu, převažují nad ženami ve všech věkových kategoriích nad 19 let. Mezi všemi léčenými uživateli drog převažují muži a jejich podíl roste s věkem. Nejvyrovnanější je poměr mužů a žen u 15-19letých všech uživatelů drog. Obecně lze říci, že u všech léčených klientů se stoupajícím věkem také výrazně zvyšuje poměr postižených mužů oproti ženám (24).

Průměrný věk u všech léčených klientů je 25,9 let. Mezi všemi žadateli o léčbu je průměrný věk mužů o více než 3, respektive 2,4 roku vyšší než u žen. Nejnižší průměrný věk měli uživatelé kanabiodů (21 roku), halucinogenů (20,2 roku), psilocibinu a durmanu (18 roků) (24).

Dále jsou informace o věku prvního užití základní drogy. Před 15 rokem začalo užívat základní drogu 1 337 osob (15,3%), ve věku 15-19 let 4 439 osob (50,7%). Před dovršením 19 let věku začalo drogu užívat 66% všech léčených uživatelů drog. Pervitin do 19 let věku začalo užívat více uživatelů než uživatele heroinu, to dokládá, že pervitin je rozšířenější, dostupnější a s jeho užíváním se začíná dříve než s heroinem (24).

Mezi všemi klienty byla zaznamenána injekční aplikace základní drogy u 69% osob. Druhé místo v aplikaci obsadilo kouření, dále čichání a požití. Nejpostiženější skupinou injekčním podáním je 25-39 let a 20-24 let (24).

Nejčastěji užívanou sekundární drogou je marihuana, druhý pervitin, třetí heroin, dále extáze. Z celkového počtu (8 763) všech léčených klientů užilo v kombinaci druhou drogu 5 371 osob, z nich 2 113 užívalo ještě třetí drogu. Uživatelé heroinu mají v oblíbě jako sekundární drogu pervitin a kanabiody, uživatelé subutexu ho kombinují s pervitinem, heroinem a kanabinoidy, uživatelé pervitinu preferují kanabinoidy. Velmi častá je kombinace kanabinoidů s pervitinem, alkoholem (24).

Po sečtení základní drogy a dalších užívaných drog u stejných klientů lze sestavit pořadí oblíbenosti, kde na prvním místě je pervitin, následuje marihuana, na třetím místě je heroin, na čtvrtém je alkohol, následuje extáze a subutex (24).

Významným a také nepříjemným indikátorem zdravotní závažnosti je sledování akutního předávkování a dalších zdravotních komplikací užívání drogy. V roce 2009 bylo nahlášeno 1 018 případů akutních intoxikací a jiných zdravotních komplikací v souvislosti s užitím drogy. Ve srovnání s předchozím rokem došlo k poklesu a to o 128 případů, což také souvisí s omezením sběru dat v Praze. Nejvíce těchto případů akutního předávkování či zdravotních komplikací nahlásil Moravskoslezský kraj a kraj Ústecký. Na druhém místě s velkým odstupem je kraj Plzeňský, Karlovarský a Středočeský. Stejně jako i v minulých letech převažují postižení muži (24).

Nejčastější zdravotní komplikace jsou v souvislosti s užitím sedativ a hypnotik (30,7%), na druhém místě jsou zdravotní komplikace v souvislosti s užitím stimulantů (20,2%) a na třetím místě je skupina případů v souvislosti s užitím opiátů (16,2%) (24).

Uživatelé návykových látek se často nespokojí s užitím jedné drogy, ale užívají různé kombinace drog. Opakované užití drogy vedlo ke zdravotním komplikacím ve 39,1% případů. Neurčená frekvence užití byla uvedena ve více než třetině (37,1%) a první kontakt s drogou vedl ke komplikacím ve 23,8% případů (24).

Injekční forma aplikace drogy je nejrizikovější. Příčinou zdravotních komplikací bylo u 89% případů předávkování návykovou látkou. Další komplikace byli duševní porucha, otrava, jiné akutní reakce, infekční karditida a poruchy vnímání (24).

Testování injekčních uživatelů drog na HIV a na virové hepatitidy typu A, B, C je velmi podceňováno a neodpovídá míře rizika. Zjištěná data o akutních předávkováních a zdravotních komplikacích v souvislosti s užitím drogy ukazují na stárnutí populace uživatelů drog, u kterých dochází k těmto komplikacím v souvislosti s užitím drogy (24).

## **2 Cíl práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíl práce**

Cílem práce je analyzovat základní aspekty závislosti na návykových látkách a jejich dlouhodobého užívání, jejich dopady a rizika, která ovlivňují zdravotní a sociální situaci uživatelů drog a zjistit názory a postoje uživatelů drog k závislosti.

### **2.2 Výzkumné otázky**

Jaké základní zdravotní a sociální dopady má drogová závislost?

Uvědomují si uživatelé návykových látek vliv drogy na svůj život?

## **3 Metodika**

### **3.1 Metodický postup**

Pro teoretickou část práce jsem použila techniku sekundární analýzy dat, pro praktickou část bakalářské práce jsem zvolila kvalitativní výzkum, metodu dotazování, techniku narativního rozhovoru, kdy výzkumník po stanovení tématu určuje základní výzkumné otázky, které se v průběhu mohou modifikovat. Tento typ výzkumu je pružný a umožňuje reagovat na proměnlivé stavy a různé komunikační schopnosti recipientů. Výzkumník vyhledává a analyzuje informace, které přispívají k vysvětlení výzkumných otázek, dále provádí deduktivní a induktivní závěry. Seznamuje se s novými lidmi, pracuje v terénu. Výzkumník vybírá místa pozorování a jedince, a to na základě vlastních úvah (11).

### **3.2 Metoda sběru dat**

Pro sběr dat jsem původně chtěla použít metodu strukturovaného rozhovoru, zjistila jsem však, že pro cílovou skupinu není z výše uvedených důvodů nejvhodnější. Proto jsem jako podpůrný prostředek pro navázání rozhovoru s respondenty použila metodu narativního rozhovoru, u kterého je výchozím bodem skepse vůči možnosti získat přístup ke zkušenosti jedince prostřednictvím schématu otázka - odpověď. Při tomto typu rozhovoru není subjekt konfrontován se standardizovanými otázkami, naopak, je povzbuzován ke zcela volnému vyprávění. Vychází se zde z předpokladu, že existují subjektivní významové struktury o určitých událostech vyvíjející se při volném vyprávění a neobjeví se při cíleném dotazování. U narativního rozhovoru se určuje předmět vyprávění a také se hledá subjekt, u kterého je jistota, že bude schopen komunikovat. Nejdříve dotazovanému prezentujeme téma a jeho význam, snažíme se získat jeho důvěru, a pak je možné dotazovaného požádat, aby začal vyprávět. Je možné se zajímat o celý život respondenta či jen o určitý tematický nebo časový úsek. Po ukončení rozhovoru se tazatel snaží ozřejmit dosud nejasné otázky.



Vlastní rozhovor se tedy dělí na čtyři fáze: stimulace, vyprávění, kladení otázek pro vyjasnění nejasností a zobecňující otázky. Hlavní váha by měla být na vyprávění vlastního příběhu či líčení vývojových procesů (11).

Pro samotné zjišťování faktů jsem dále použila metodu rozhovorů s pomocí návodu, který představuje seznam otázek, jež je nutné v rozhovoru probrat a má zajistit, že se dostane na všechna pro tazatele zajímavá témata. Při této metodice zůstává volnost formulace jednotlivých otázek, je na tazateli, jakým způsobem získá informace a osvětlí daný problém (11).

Při rozhovorech jsem u respondentů pozorovala také jejich neverbální aspekty, nad kterými když uvažujeme, můžeme se vyhnout časté chybě, že se soustředíme pouze na slova. Někdy se neverbální projevy přikládají k základu tématické analýzy. Hlasitost, rychlost řeči, způsob zasmání či pláče, výraz obličeje a jiné mohou pomoci při odhalení a validizaci slovního vyjádření témat (11).

Jednotlivé rozhovory byly provedeny v přímém kontaktu s respondentem. Otázky byly sestaveny dle jednotlivých tematických okruhů tak, aby v závěru bylo možno odpovědět na dané výzkumné otázky (viz příloha č. 2). Nejdříve se zaměřovaly na demografické údaje, poté otázky spadaly do oblasti drogové anamnézy, sociálního statusu, zdravotního stavu a vizí do budoucna. Rozhovory byly přepsány do podoby kazuistik.

### **3.3 Charakteristika výzkumného souboru**

Volba účastníků byla provedena účelovým výběrem. Výzkumný vzorek v této práci tvořili klienti kontaktního centra o.p.s. Magdaléna v Příbrami a Benešově u Prahy, klienti o.s. Semiramis Nymburk a Mladá Boleslav a klienti o.s. Prostor a uživatelé, které jsem oslovila na místech typických pro tuto skupinu lidí. Celkově bylo náhodně vybráno patnáct dlouhodobých uživatelů drog.

Každý z respondentů byl na začátku rozhovoru seznámen s anonymním způsobem zpracování informací a s účelem i podstatou tohoto výzkumu. Sdělila jsem jim i možnost, jak mě kontaktovat v případě zájmu o zaslání výsledků výzkumu. Na žádost účastníků výzkumu jsem tyto rozhovory nenahrávala, zvolila jsem metodu zapisování poznámek během rozhovoru. Na počátku rozhovorů jsem respondentům také vysvětlila, že pokud nebudou chtít zodpovědět nějakou z položených otázek, odpovídat nemusí. K označení respondentů jsem použila v souladu s požadavky platné legislativy na zachování anonymity jejich přezdívky či pozměnila jejich křestní jména.

## 4 Výsledky

Rozhovory byly zprostředkovány díky kontaktním centrům Středočeského kraje, kterými jsou Prostor (Kolín), Semiramis (Nymburk, Mladá Boleslav) a Magdaléna (Příbram, Benešov u Prahy) a díky respondentům, které jsem oslovila na místech typických pro tuto skupinu lidí. Na základě jejich doporučení, jsem měla možnost pracovat s drogově závislými, kteří byli seznámeni s cíli této práce a souhlasili s účastí ve výzkumu. Byla jim zaručena anonymita.

### Rozhovor 1

Tento rozhovor jsem vykonala v Mladé Boleslavi v kontaktním centru. Je to zařízení pro osoby, které užívají drogy, a osoby jim blízké. Cílem tohoto zařízení je sociální a zdravotní stabilizace uživatelů drog, případně jejich nasměrování pro život bez drog. Domluvili jsme se s respondentem na použití přezdívky Mark pro tento rozhovor.

Působil na mě roztržitě, ale bez problémů souhlasil s uskutečněním rozhovoru. Sešli jsme si tedy v neutrálním prostředí a začali probírat danou problematiku. Odpovídal rychle, ale občas se nad otázkami zamyslel. I když tvrdil, že s užíváním pervitinu skončil, vyzorovala jsem u něho chování typické pro intoxikaci pervitinem. Klientem je muž, 24 let. Vystudoval střední odborné učiliště. Je bez zaměstnání a registrován na úřadu práce. Žije doma u rodičů. Hlavními drogami, které užívá, jsou marihuana a pervitin.

Drogy užívá pravidelně 11 let, tedy od svých třinácti let. Na otázku, jaké všechny drogy jsi zkusil, odpověděl, že všechny kromě heroinu. V rámci rozhovoru byl požádán, zda by je mohl zkusit vyjmenovat v pořadí, jak je užíval. Klient se poprvé opil ve 13 letech, v této době začal kouřit marihuanu, kterou kouří dodnes. Alkohol jako primární návykovou látku konzumoval přibližně od 13 do 17 let. Po tomto období následovala abstinence od alkoholu po dobu 5 let. K pití se vrátil, protože pociťoval úzkost, bolesti břicha, jeho život se mu zdál nevyrovnaný a řešil tím těžkou životní

situaci. V 15 letech začal užívat těkavé látky jako plyn do zapalovače nebo toluen. V 16 letech zkusil poprvé pervitin a lysohlávky. O rok později vyzkoušel LSD a ketamin. Od 18 do 21 let užíval pervitin pravidelně. Ve 22 letech vyzkoušel poprvé kokain. Rok ho užíval jednou za čas. LSD užívá i v současnosti jednou do měsíce. S užíváním drog začal z důvodu experimentu a zábavy. Dle jeho názoru mu droga vzala osobnost a dala mu spousty problémů.

Žije v rodinném domě s otcem a bratrem, má s nimi dobré vztahy, až na drobné hádky. Nejčastěji se stýká s drogově závislími. Prostředky na drogy si obstarává prací a v průměru potřebuje 1200 Kč na týden. Nemá zkušenosti s trestnou činností. Vztahy nedrogové společnosti k drogově závislým lidem vnímá, nikdy se však necítil vyloučený ze společnosti. Přiznává však, že ho občas lehce vytočí názory jiných lidí a stává se slovně agresivním.

Po zdravotní stránce se cítí velmi dobře. Svůj zdravotní stav však nezná. Nikdy nebyl testován na VHA, VHB, VHC, HIV/AIDS. Dodává však, že by měl, a to s ohledem na střídání partnerek. I když se cítí dobře, vnímá, že mají drogy nějaký vliv na jeho zdravotní stav. Unavují ho a psychicky zatěžují. Měří 167 cm a váží 58 kg. Hodnota jeho Body Mass Indexu (BMI) je 20,8. Stravuje se nezdravě a nepravidelně.

Jeho vizí do budoucna je vést normální spořádaný život s občasným užíváním měkkých drog a zplodit dceru Viktorku.

## **Rozhovor 2**

S tímto klientem se znám již řadu let, nebyl proto problém se s ním domluvit a sejít. Sešli jsme se v Městci Králové, na místě, kde se pohybuje tato specifická skupina lidí. Působil uvolněně a klidně. V tomto rozhovoru vystupuje pod přezdívkou Felda.

Felda je 22letý muž, který vystudoval střední odborné učiliště. Nyní je registrován na úřad práce a dochází na občasné brigády. Bydlí s matkou a bratrem v bytě. Hlavní drogou je pervitin, sekundární marihuana.

Délka pravidelného užívání drog je 5 let. Kouřit cigarety začal ve 13 letech. O 2 roky později vyzkoušel alkohol. V 16 letech začal kouřit marihuanu a občas užíval LSD a lysohlávky. Někdy v této době vyzkoušel také extázi. V 17 letech užil poprvé pervitin. Od té doby byl jeho stálým uživatelem. Ve 20 letech vyzkoušel kokain. Drogu nikdy nepožil nitrožilně. Začal s užíváním, protože ho zajímaly stavy, které drogy vytvářejí a chtěl „to vyzkoušet“. Nemá zkušenost s abstinencí tvrdých drog. Abstinovat u cigaret. Vydržel půl roku, ale pak se k tomu vrátil. Říká, že hlavně kvůli alkoholu, protože když seděl v hospodě a cítil to tam, tak si zas zapálil a kouřil dál. Uvědomuje si svou závislost na cigaretách. Dle jeho názoru mu droga dala pár hezkých zážitků s přáteli a dost zkušeností, jak se lidi dokážou občas chovat, když to přeženou s drogou. Co mu vzala, bylo z části určitě zdraví, ale také pár přátel, kteří droze úplně podlehli a nechali se drogou ovládat.

Klient sice bydlí u matky, ale plánuje se v nejbližší době osamostatnit. Nejčastěji se stýká s rodinou, se svými nejbližšími, a pokud má zrovna nějaké zaměstnání, tak s lidmi odtamtud. S rodinou se vídá a snaží si vyjít vstříc a podporovat se, i když to občas nejde. Když chce užít drogu, tak si na ni legálním způsobem vydělá, aby si jí mohl pořídit. Marihuanu si pěstuje sám. K tomu, aby drogu užil, mu stačí 500 Kč. Zkušenosti s trestnou činností nemá, nikdy nebyl souzen. Vztahy ostatních lidí nedrogové společnosti k drogově závislým lidem, vnímá tak, že určitě jsou lidi, kteří nejsou na drogách a snaží se pomoci těm, kteří jsou závislí skončit s užíváním drog. Dále jsou tu lidé nedrogové společnosti, kteří uživatele drog nemají rádi a v životě by jim nepomohli. Klient udává, že se snaží lidi nejdříve poznat, než je začne soudit, protože neví, co od neznámého člověka má čekat, ať už je na drogách, nebo ne. Sociálně vyloučený se nikdy necítil.

Fyzicky i psychicky se cítí dobře, vnímá ale, že se jeho zdraví po dobu užívání zhoršilo. Cigarety mají vliv na jeho dýchání a většina chemických drog není dobrá pro zdravotní stav jako takový. Každá chemická látka zdravotnímu stavu něco bere. Svůj zdravotní stav zná. Jeho výška je 170 cm a váží 63 kg. Hodnota jeho BMI je 21,8. Stravuje se, pokud to jde, tak pravidelně.

Jeho vize do budoucna jsou rodina, manželka, děti, dobrá stálá práce a dosáhnout nějakého majetku, kde s nimi bude pohromadě žít.

### **Rozhovor 3**

Rozhovor s respondentkou tohoto šetření mi byl zprostředkován kontaktním centrem Nymburk. Po zaručení anonymity a vysvětlení cíle mé práce souhlasila s uskutečněním rozhovoru. Bylo na ní vidět, že neví, jestli mi může říci všechno. Pokoušela jsem se jí uklidnit tím, že jsem jí zaručovala absolutní diskrétnost. Domluvily jsme se, že o ní budu psát pod přezdívkou Šála.

Šála je 22 let. Nejvyšší dokončené vzdělání je základní. Nyní je nezaměstnaná a evidovaná na úřadu práce. Bydlí s matkou v bytě. Hlavní droga je pervitin.

Nejprve jsem se zaměřila na uživatelskou historii respondentky. Ve 14 letech poprvé užila alkohol a marihuanu. V 16 letech extázi a o rok později pervitin. V 21 letech heroin. Pravidelně užívá pervitin a to po dobu 5 let. Drogu užívá nitrožilně. S užíváním drog začala nejdříve ze zvědavosti, následně jí to začalo bavit. Má zkušenosti s abstinencí drog. Abstinovala 8 měsíců, neboť byla v Anglii a tam drogu nemohla sehnat. Namísto toho tam však okusila heroin, který užívala po dobu 4 měsíců. Když se vrátila do ČR, začala znovu užívat pervitin. Dle jejího názoru jí droga dala zážitky, které by bez nich nezažila. Vzala jí školu, spolehlivost a dobrou pověst.

Šála nikdy nežila na ulici. Nejčastěji se stýká s drogově závislými. Její současný vztah s rodinou je celkem dobrý, ale prioritou je najít si práci. Když jsme se bavily o prostředcích na drogy, řekla, že to vždycky nějak udělala, nějak si na drogy vydělala. Nemá zkušenosti s trestnou činností. Vztahy ostatních lidí nedrogové společnosti k drogově závislým lidem vnímá. Dle jejího názoru záleží na tom, jak drogově závislé osoby chodí oblečené. Pokud nosí slušné oblečení, tak si myslí, že na ně nedrogová společnost ani moc nereaguje. Sama to na sobě pozoruje. Sociálně vyloučená se cítila, a to hlavně v případech, když přišla pod vlivem mezi normální lidi. A to v takovém stavu, že nemohla ani mluvit. Oni to na ní poznali a řekli jí, ať jde raději domů. Sama

si uvědomuje více případů. Nejhůře se cítí, když jde z nějaké „jízdy“ a sama ví, že to je na ní vidět.

Po zdravotní stránce se v současné době cítí celkem dobře, ale jsou i dny, kdy nemůže ani vylézt z postele, jak je jí zle. Svůj zdravotní stav nezná. Nikdy nebyla testovaná a přiznává, že se bojí. Má strach ze žloutenky, protože si několikrát aplikovala drogu stejnou jehlou jako její okolí. Vnímá, že drogy mají nějaký vliv na její zdravotní stav. Občas je fyzicky vyčerpaná, když nemá drogu a nic jí nebaví. Na odběrech krve ve zdravotnických zařízeních mají problém klientce odebrat krev, z důvodů poničení žilního systému. Tato účastnice výzkumu měří 164 cm a váží 52 kg. Hodnota její BMI je 19,3. Stravuje se pravidelně a snaží se i zdravě.

Vize do budoucna jsou u ní závislé na tom, až pustí jejího přítele z vězení. Poté by chtěla spolu s ním odcestovat buď do Anglie, nebo do Španělska. Chtěla by mít svůj vlastní byt a děti. Doufá, že s drogami brzo skončí.

#### **Rozhovor 4**

S respondentem jsem vykonala rozhovor v Poděbradech na místě obvyklém pro tuto skupinu lidí. Znáám ho jen od vidění. Ač jsem se toho ze začátku bála, spolupracoval ochotně. Působil na mě otevřeným dojmem. Jeho přezdívka je Kulich a dovolil mi jí použít při sepisování této případové studie.

Kulich je 24letý muž. Má dokončené středoškolské vzdělání s maturitou. Je bez zaměstnání, registrován na ÚP, dostává dávky SZ a přidělová si na brigádách. Žije s rodinou v bytě či v cizím bytě u někoho. Hlavní drogou je pervitin, sekundární marihuana.

Drogy, které vyzkoušel, jsou marihuana, šalvěj, LSA, LSD, MDMA, extáze, kokain, pervitin, heroin, speed, ketamin. První zkušenost s cigaretami měl asi v 9 letech a s alkoholem ve 12. Poprvé užil marihuanu v 15 letech. První chemickou drogu vyzkoušel asi v 17 letech a byla to extáze. Od té doby bere pravidelně pervitin. Drogu nikdy neužil nitrožilně. S užíváním drog začal ze zvědavosti. Zkušenosti s abstinencí má, a to s pervitinem. Trvalo to 1,5 roku. Vrátil se k němu po rozchodu s partnerkou

a začal znovu jezdit na akce a cestovat po ČR, nelituje toho. Přiznává, že za dobu užívání mu dala droga hodně za vyučenou. Poznal, jak to chodí ve společnosti. Viděl hodně lidí, kteří si sáhli až na dno. V dnešní době má jistý nadhled nad různými skupinami lidí. Co mu droga dala, byla zábava a několik nových známých. A naopak vzala v určitou dobu lidi, které měl rád. Dříve mu droga dodávala sebevědomí, v současnosti mu ho bere.

Respondent bydlí s matkou a bratrem a panelovém domě. Dříve bydlel u přítelkyň nebo u kamarádů. Sám lituje toho, že se vždy, kvůli nedocházení do zaměstnání, dostal do finančních potíží a musel se vrátit k matce. Minulý rok prožil nejhůřší období, kdy byl nějakou dobu na ulici. Nejčastěji se stýká s lidmi, se kterými se chce stýkat. Jsou to pracující lidé i nepracující, drogově závislí a lidé s cílem i bez cíle. Jeho současný vztah s rodinou je špatný, chtěl by ho vylepšit. S bratrem vychází dobře a podporují se navzájem už od mala. Prostředky na drogy si dříve obstarával všelijak, v dnešní době už to tolik neřeší. Zkušenosti s trestnou činností má, byl 1,5 roku v podmínce. Dále jsme se bavili o tom, jak vnímá vztahy ostatních lidí nedrogové společnosti k drogově závislým lidem. Dle jeho názoru starší generace drogově závislé odsuzuje. Uvažuje také nad tím, že pohled lidí na tuto problematiku se různí. Někdo to přehlíží, jiní chtějí drogově závislým pomoci a jiní je zcela odsuzují. Ty, co odsuzují drogově závislé, by se dle jeho názoru měli zajímat o to, jak se k tomu člověk dostal. Sám však některé uživatele také odsuzuje. Zažil už situaci, kdy se cítil sociálně vyloučený ze společnosti. Bylo to v době, kdy nevěděl, kde bude spát.

V současné době se po zdravotní stránce cítí dobře. Testován na přenosné choroby nebyl, ale rád by podstoupil. Vnímá, že drogy mají nějaký vliv na jeho zdravotní stav, a to hlavně na zuby a ledviny. Měří 173 cm a váží 63 kg. Hodnota jeho BMI je 21. Stravuje se dle jeho názoru celkem zdravě.

Za 10 let se vidí jako zaopatřený muž. Jeho cíle jsou splatit všechny dluhy a najít dobře placenou práci, která by ho bavila. Do budoucna by rád měl „fajn“ ženu a potomka. Předtím chce stihnout ještě cestovat, a to alespoň dva roky.



## Rozhovor 5

S tímto účastníkem výzkumu jsem se seznámila díky kontaktnímu centru Mladá Boleslav, kde mi tohoto respondenta doporučili a zprostředkovali kontakt. Rozhovor probíhal v příjemné atmosféře a neměla jsem žádné pochyby o tom, že by mi respondent neřekl pravdu. Respondent je oslovován pod přezdívkou Šejn.

Šejn je 21letý muž. Vystudoval střední odbornou školu. Je zaměstnán a bydlí s otcem a jeho družkou v rodinném domě. Hlavní drogou je marihuana, dříve pervitin.

Doba pravidelného užívání drog je 8 let. S užíváním drog začal ve 13 letech tabákem a alkoholem. Dále vyzkoušel marihuanu, propan-butan, medikamenty, LSD, pervitin, toluen, extáze, opium, heroin, psylocibin, durman. Před třemi lety užíval pervitin nitrožilně a to po dobu jednoho roku. S užíváním drog začal kvůli poznání zakázaného ovoce a hlavně ze zábavy. Zkušenosti s abstinencí drog má, právě abstinuje, ale občas se k tomu vrátí, protože se chce pobavit. Uznává, že mu drogy nikdy neublížily, že je člověk musí brát jen pro zábavu a neřešit s nimi své osobní problémy a nesmí se stát stylem jeho života. Podle jeho názoru mu droga dala poznání sama sebe, objevení nového myšlení, vnímání lidí a okolí. Otevřela mu nový druh zábavy (marihuana a LSD). A přiznává, že mu bere zdraví, ale že je to daň, která se platí u všeho.

Na otázku s jakými lidmi se nejčastěji stýká, odpověděl, že s lidmi jako je on. Ale neví, jak by je popsali. Jeho současný vztah s otcem se nijak nezměnil. S jeho družkou se v ničem neshodne a nemá ji rád. Prostředky na drogy si obstarává prací, pracuje jako elektromontér. Prostředky potřebné na drogy za týden jsou 1500 Kč, počítá-li i alkohol. Zkušenosti s trestnou činností má. Měl podmínku po dobu 18ti měsíců za držení psychoaktivních látek (800g marihuany). Dodává, že on osobně je pro legalizaci marihuany. Vztahy ostatních lidí nedrogové společnosti k drogově závislým lidem vnímá, ale dodává, že záleží na typu člověka, někteří pozitivně a jiní velice negativně. Nikdy se necítil sociálně vyloučený. Myslí si, že je to tím, že vždy kdy užil drogu, byl ve společnosti lidí, kteří ji užili taky, nebo si toho nevšiml.

Po psychické stránce se cítí dobře, tvrdí o sobě, že je optimista a flegmatik. Po fyzické stránce se moc dobře necítí, pociťuje píchání v plicích a občas ho bolí ledviny. Testován byl před třemi lety v K-centru a byl negativní a myslí si, že od té doby neměl styk s nakaženými lidmi. Drogy podle klientova mínění mají vliv na jeho zdravotní stav. Dle jeho názoru je to ztráta mozkových buněk. Uvádí, že to nemá dobrý vliv na srdce, játra a ledviny. Měří 192 cm a váží 85 kg. Hodnota jeho BMI je 23,1. Stravuje se způsobem, snídaně-oběd-večeře. O víkendech je to nepravidelné, občas jen jedno jídlo za den.

Nad cíli a vizí do budoucna se moc nerozmýšlel. Má jasno v tom, že chce být nejlepší elektrikář z jeho města.

## **Rozhovor 6**

Kontaktní centrum Kolín mi zprostředkovalo rozhovor s respondentem, se kterým ale bylo problematické se sejít. Vždy, když jsme si domluvili schůzku, museli jsme ji přesunout, z důvodu časové vytíženosti respondenta. Nebyl na něho žádný kontakt, proto jsem si nemohla schůzku ověřit. Když jsme se konečně setkali, vypadal velice nervózně. Nepříjemné mi bylo, že se otázky snažil brát s humorem. Nebyla jsem si jistá, zda mluví vážně. Nepřál si být osloven přezdívkou, vyhověla jsem tedy respondentovi.

Tento účastník rozhovoru je 30letý muž, který vystudoval střední odbornou školu a nyní má pravidelné zaměstnání. Hlavní drogou je pervitin.

Délka pravidelného užívání drog je 17 let. Již v 9 letech života začal kouřit a pít alkohol. Ve 13 letech vyzkoušel mnoho drog. Byla to marihuana, pervitin, LSD, heroin, meskalin, braun, crack, extáze a kokain. V této době vyzkoušel taky spousty léků. Udává, že pro podezření na epilepsii mu byl předepsán rivotril a tegregol. Dále z farmak vyzkoušel tramal, tiapridal, tiadirazim, neurolog, diazepam a apaurin (i.m.). V 18 letech vyzkoušel durman. S užíváním drog začal na zkoušku, chtěl poznat „ten stav, co všichni popisovali“... Intravenózně začal brát pervitin ve 13 letech až do 21 let.

V té době nastoupil na ústavní detoxikační léčbu ve vězení po dobu 27 měsíců. K droze se opět vrátil. Na otázku, co mu dle jeho názoru droga dala/vzala odpověděl, že dala peníze a vzala čas.

Bydlí v domě s rodiči. Na ulici se ocitl mezi 14tým a 15tým rokem života, protože prodával drogy a rodiče to odmítli tolerovat. Tuto dobu trávil buď rozvozem drog, nebo v herně. Nejčastěji se stýká s narkomany a s distributory. Jeho současný vztah s rodinou je dle jeho slov v pohodě. Prostředky na drogy si obstarává prodáváním drog a také prací v truhlárně. Na týden potřebuje 1000 Kč na drogy. Zkušenosti s trestnou činností má, byl 7x trestně stíhán a to za distribuci drog, omezování svobody a krádeže. V 21 letech byl vzat do vazby na 27 měsíců. Po té následovala podmínka po dobu 4 let, kdy docházel na ambulantní detoxikaci. Vztahy ostatních lidí nedrogové společnosti k drogově závislým lidem nevnímá, nezajímají ho. Sociálně vyloučený se cítil ve vězení.

V současné době se cítí dobře jak po fyzické, tak po psychické stránce. Od 19 let má jen polovinu plic, odstranili mu spodní laloky po plivání ohně. Byl mu diagnostikován abúzus alkoholu a nadužívání omamných látek. Svůj zdravotní stav zná. Na VHA, VHB, VHC a HIV byl testován. Na testy chodí pravidelně dodnes a to hlavně kvůli rizikovému sexuálnímu chování. Vnímá, že drogy mají vliv na jeho zdravotní stav. Vydrží déle při fyzické námaze, má rozostřený obraz, nedokáže se soustředit a bolí ho ledviny. Jeho výška je 185 cm a váží 82 kg. Hodnota jeho BMI je 24. Stravuje se pravidelně.

Když jsem se ho zeptala na nějaké cíle a vize do budoucna, řekl mi, že se teď snaží přestat užívat drogy kvůli jedné slečně. A vize do budoucna jsou vila, žena a dvě děti.

## **Rozhovor 7**

Respondent mi byl představen v kontaktním centru Příbram jako Chrást'a. Souhlasil s použitím přezdívky i do přepisu rozhovoru. Působil na mě velice uvolněně, a proto jsem se domnívala, že i realizace rozhovoru nebude problém. Mýlila jsem

se však. Neustále odbočoval od tématu a nebyl schopen udržet myšlenku. Přišlo mi, že se klient přede mnou stydí. Když jsme dodělali rozhovor, neustále se ujišťoval, zda si o něm teď nemyslím něco špatného.

Chrast'a je 24letý muž, který vystudoval střední odborné učiliště. Nyní je nezaměstnaný a registrovaný na úřadu práce. Hlavní drogou je pervitin, sekundární marihuana.

Cigarety a alkohol konzumuje od 13 let. V 15 letech vyzkoušel hašiš a metamfetamin. O rok později zkusil extázi, LSD a nějaké farmaka (rivotril, neurop, subutex). V 18 letech prozkoušel různé drogy, pamatuje se na durman, ketamin, havajskou růži, lysohlávky, plyn do zapalovačů. Ve 22 letech vyzkoušel heroin. Od 17 let, užívá drogy nitrožilně (pervitin). S užíváním drog začal, protože ho zajímaly psychedelické zážitky. Zkušenosti s abstinencí drog má, není to pro něj problém, akorát ho „nebaví se koukat na ten svět okolo“. Měl dvouroční pauzu, kdy vůbec nebral drogy (asi v 17 letech). K drogám se vrátil, když potkal staré kamarády. Nad otázkou co mu droga dala či vzala, se dlouze zamyslel. Dle jeho názoru mu toho droga ani moc nevzala, vždy to zavčas utne, když začne brát. Droga ale způsobila to, že uteklo všechno rychleji, ale „zas má dvakrát tolik zážitků“...

Nyní bydlí u rodičů, ale v 15-16 letech byl na ulici (už ani neví, z jakého důvodu, asi proto, že chtěl). Myslí si, že se měl možná lépe než teď. Byl mezi kamarády, měli co jíst, byla zábava a teplo bylo také. Nejčastěji se setkává s lidmi, jako je on. Jeho současný stav s rodinou je dle jeho slov „super“. Na otázku jak si obstarává prostředky na drogy, se mě zeptal: „To se platí?“. On prý drogy dostává, nekupuje je. Zkušenosti s trestnou činností má, ale nikdy nebyl trestně stíhán. Vztahy ostatních lidí nedrogové společnosti k drogově závislým lidem nevnímá a nikdy se necítil sociálně vyloučený.

V současné době se cítí po zdravotní stránce velice dobře. Uvědomuje si, že mají drogy špatný vliv na jeho zdravotní stav. Měří 175 cm a váží 65 kg. Hodnota jeho BMI je 21,2. Stravuje se pravidelně, jen o víkendech jí občas jen jednou za den.

Jeho vize do budoucna je život s ženou a potomkem v domě.

## Rozhovor 8

S tímto respondentem jsem se znala již dříve, ale potkala jsem ho po dlouhé době během své praxe ve Fokusu Nymburk. Od začátku na mě působil velice inteligentně a jeho odpovědi to jen potvrdili. Neměla jsem žádné pochyby, že by mi něco zatajil, byl otevřený a upřímný. Odpovídal velice obsáhle. Během rozhovoru často odbočoval od tématu a bylo nutné ho usměrnit. Vystupuje zde pod přezdívkou Pajda.

Dotazovaný je 25letý muž s nedokončeným vzděláním. Pobírá dávky SZ. Žije s přáteli. A bydlí buď v cizím bytě či někde po squatech, chatách, opuštěných budovách. Squating a život na ulici bere jako zpestření. Hlavní drogou je pervitin.

Délka pravidelného užívání drog je 6 a tři čtvrtě roku. Klient za dobu užívání zkusil heroin, pervitin, marihuanu, hašiš, LSD, psylocibin, toluen, různé druhy léků, durman, opium, subutex. Na počátku jeho „drogové kariéry“, v 6 letech, byly cigarety a alkohol. Ve 14 letech marihuana a hašiš. Po té následoval benzín, heroin, pervitin, opium, subutex, toluen, psylocibin, LSD, medikamenty. Drogy začal užívat ze zvědavosti a alkohol ze společenského přijetí. Drogy užívá nitrožilně. O tomto tématu se hodně rozpovídal. Vzpomínal, jak si intravenózně vpravil do organismu víno, ředidlo, vodku. Trochu se odmlčel a řekl, že je rád, že nepřišel o levou ruku. Zkušenosti s abstinencí drog má, a to nejdéle po dobu 6 měsíců. Důvod k návratu pro něj byl nepestrý život plný pravidel, nespokojenost se zacházením ze strany příbuzných. Nic se nechtělo hnout z místa a tak postupně přicházel o motivaci, která pro něj byla hlavně v pečlivém uspořádání denního programu dle jeho potřeb a zálib. Dle jeho názoru mu droga dala zkušenost a také ponaučení. Pozastavil se nad zkušenostmi. Pro něj jsou zkušenosti jen a pouze vlastní chyby a chybami se člověk, podle jeho slov, učí. Droga mu vzala přítelkyni, bydlení, práci, peníze, zdraví a hlavně svobodu rozhodnout se o sobě samém.

Žije s přáteli v cizím bytě. Na ulici se poprvé ocitl v 19 letech a popsal by to slovy: špína, hlad, žízeň, braní drog, pití alkoholu, auťáky. Dodává, že se to nedá popsat, že si to člověk musí zažít. Každý den je jiný, někdy je plný hezkých překvapení (darovaná liáhev, drahé korálky, pozvání do bytu od slečny), a někdy je prázdný.

Nejčastěji se stýká s přáteli a rodinou, na ostatní je raději opatrný, jelikož jsou zlí. Nejraději by byl se slečnami, ale ty před nim utíkají. Má rád společnost celoživotních abstinentů. Říká, že od těch nečeká „podraz“ a mnoho se od nich dozví. Nejcenější pro něj jsou informace. Jeho současný vztah s rodinou vypadá tak, že ho nechají doma přespat, dají mu najíst, ale jinak ho vnímají spíše jako návštěvu v nouzi a samostatně žijící osobu. Bere už velice nepravidelně, snaží se zabránit braní drog. Uvádí, že za měsíc utratí za drogu 500 Kč. Záleží také na období, například opium mu peníze nebere, stojí jen práci. Zdroj financování drog jsou dávky SZ (invalidní důchod).

Má zkušenost s trestnou činností, měl podmínku za loupežné přepadení ve spolupachatelství z roku 2004. Za dobu této podmínky měl potyčku s policií a byl odsouzen k výkonu trestu, před kterým teď utíká. Z minulosti uvádí, že v roce 1995 byl hospitalizován na dětské psychiatrii s poruchami chování. V roce 2005 byl na detoxu v Plzni. V roce 2006 podstoupil měsíc detoxu v Bílé Vodě a v roce 2007 byl na měsíc v Červeném Dvoře a týden v Kosmonosech. V roce 2008 absolvoval jedenáctidenní detox v Ústí nad Labem a následně měsíc v Bohnicích. O rok později (2009) mu byla na dobu 9ti měsíců nařízena ochranná léčba v Kosmonosech. V roce 2010 byl v lednu v Bohnicích pro neklid, za výtržnost v únoru v Kosmonosech a v květnu se psychicky zhroutil, poté byl znovu hospitalizován v Kosmonosech na dobu 10 dnů.

Vztahy ostatních lidí nedrogové společnosti k drogově závislým lidem vnímá tak, že někteří ho slepě odsuzují a někteří mu pomáhají. Ti první, na něho hází i to, za co nemůže a ti, co mu pomáhají, zkoumají do hloubky jeho problém. Tvrdí, že při nedostatku informací nevědí, jak mu mají pomoci. Sociálně vyloučen se cítil.

Po zdravotní stránce (fyzické i psychické) se necítí dobře, má problémy s nohama a „nechtějí ho operovat“... Trápí ho neustálé bolesti nosné konstrukce. Má hodně traumat z dětství, která se mu pořád vrací (chování otce). O svůj zdravotní stav se zajímal do února 2009, od té doby se nezajímal a teď se bojí, hodně riskoval s ženami. Uvádí, že pokud ho najdou, před vstupem do vězení ho testy neminou. Vnímá, že drogy mají vliv na jeho zdravotní stav a to hlavně na psychiku, to je dle něj jednoznačné i ze zpráv od psychiatrů, kdy mu doporučují doživotní abstinenci

i od alkoholu. Jeho výška je 187 cm a váha 67 kg. Hodnota jeho BMI je 19,2. Na otázku jak se stravuje, odpověděl, že sní všechno, zná hlad a pokud může, vždy se přejí. Je to prý občas tak moc, že i zvrací. Miluje jídlo, jedl by pořád.

Když jsem zavedla rozhovor na vize do budoucna, velice se zamyslel a řekl, že neví, jestli za 10 let bude ještě živý, ale pokud bude, vidí se s tužkou a sešitem. Chtěl by mít vydanou alespoň jednu knihu. Jeho cíl je zapsat se do dějin básníků.

## **Rozhovor 9**

Tento rozhovor jsem vykonala s respondentkou na půdě kontaktního centra v Benešově u Prahy. Byla mi doporučena pro svou otevřenost a hovornost. Působila na mě příjemným dojmem. Už na začátku rozhovoru mi bylo jasné, že mezi námi by neměl být žádná bariéra v komunikaci. Během rozhovoru neustále odbíhala od tématu, ale pokaždé jsem ji otázkami usměrnila zpět. Jsem přesvědčena, že mi nic nezatajila. Její přezdívka je Silly.

Silly je 25letá žena. Vystudovala střední odborné učiliště a pracuje jako barmanka. Žije sama v podnájmu. Hlavní drogou je marihuana a dříve pervitin.

Pravidelně kouří marihuanu 13 let. Pervitin brala pravidelně 8 let, teď užívá jen občas (po dobu 2 let). Když jsem se jí zeptala, jaké drogy za dobu užívání zkusila, odpověděla, že až na éter, meskalin a crack užila vše minimálně jednou. Ve 13 letech vyzkoušela LSD, ve 14 extázi a od 15 zkoušela různé omamné látky. Nikdy neužívala drogy intravenózně. S užíváním drog začala proto, že se kamarádila se staršími a nudila se. Zkušenosti s abstinencí drog má, abstinovala již několikrát. Vždy se k drogám vrátila kvůli depresím a špatným událostem v životě. Dle jejího názoru jí droga dala docela dost zábavy, ale vzala jí kus života a iluze.

Bydlí sama v podnájmu. Na ulici nikdy nebydlela jen chvíli na squatu. Nejčastěji se stýká, dle jejího názoru, s relativně normálními lidmi a s alkoholiky v práci. Dříve se stýkala jen s drogově závislými. Z rodiny se stýká jen s matkou a se sestrou, se kterými má dobrý vztah. Za drogy nikdy neutrácela, byla vždy u zdroje. Marihuanu si sama pěstuje. Nemá zkušenost s trestnou činností. Vztahy ostatních lidí nedrogové

společnosti k drogově závislým lidem vnímá, ale není to dle ní zas tak hrozné. Říká, že se tyto dva světy mezi sebou moc nebaví, jen se občas prolnou. Nikdy se necítila sociálně vyloučená.

Po zdravotní stránce se v současné době necítí moc dobře, udává, že na její věk jí neustále něco bolí. Po psychické stránce se také necítí dobře. Přirovnává to ke kolotoči. Byla několikrát testována a vždy negativní. Vnímá, že drogy mají negativní vliv na její zdravotní stav. Dodává, že „každá sranda něco stojí“. Měří 166 cm a váží 58 kg. Hodnota její BMI je 21. Stravuje se velmi nepravidelně, málo a nezdravě.

Na otázku jak se vidí za 10 let, odpověděla, že jestli se rychle nevzpamatuje, tak to nebude dobré. Plány do budoucna nemá, netuší, co bude. Chtěla by mít dobrou práci, muže, žádné dluhy a jednou možná i děti.

## **Rozhovor 10**

Tato účastnice výzkumu je klientkou kontaktního centra Kolín. V tomto zařízení mi ji pomohli kontaktovat a uskutečnit rozhovor. Nebála se mluvit o své minulosti, jen jsem na ní pozorovala počáteční ostych. Během rozhovoru se však rozpovídala. Domnívám se, že mluvila pravdu a v ničem mi nelhala. Její přezdívka pro tento rozhovor je Kely.

Kely je 22letá žena, studující vysokou školu. Žije v domě s matkou. Hlavní drogou byl pervitin.

Abstinuje již 18 měsíců. Předtím byla 3 a půl roku závislá na pervitinu. Za svou drogovou kariéru zkusila více drog. Kouřit cigarety začala již na základní škole. Asi tak v šesté třídě. Poprvé se opila v 10 letech. Od 14 let pije pravidelně. Po té nepravidelně na akcích vyzkoušela LSD, kokain, heroin, extázi, rajský plyn, marihuanu a pervitin. Začala brát drogy z důvodů nudy, užívání si. Její drogová kariéra však začala 14tým rokem, neboť v této době si prošla anorexií, se kterou byla na 3 měsíčním pobytu v léčebně. Zde se seznámila s dívkou, se kterou poprvé vyzkoušela pervitin a marihuanu. Jednou spolu také utekly k jednomu známému, který je zásoboval pervitinem. Policie je však po 2 dnech našla a odvezla je zpět do léčebny. Po propuštění



šňupala do 16 let pervitin a to jednou za týden. Poté následovala pauza, která však v 18náci skončila. Popisuje, že důvodem byla nuda a vadil jí normální život. Začala brát tedy pervitin nitrožilně a to po dobu jednoho roku. V 19 letech její matka zjistila, že bere drogy a ihned jí odvezla na chatu na samotě. Své abstinční příznaky mi popsala tak, že první 2 dny jen prospala, 3 týdny zvracela a nemohla nic jíst. Měla velké halucinace, ve kterých se objevovala její smrt na tisíc krutých způsobů (padala na ni zeď, topila se). Tyto halucinace měla 2 měsíce. Po tomto pobytu na chatě abstinovala. Zanedlouho se však k droze vrátila a to vždy tak po čtvrt roce. Motivací pro to, aby už nebrala drogy, pro ní byla hlavně matka, ale také nástup na vysokou školu.

Klientka nyní abstinguje a bydlí s matkou v domě. V době závislosti na pervitinu však vyzkoušela i život na ulici, a to proto, že jí nevyhovoval život doma. S kamarádkou odjela do Prahy, kde přespávaly různě po opuštěných domech. Finanční příjem měly zajištěný od otce kamarádky. Bavila se hlavně s lidmi, kteří také brali drogy. Peníze se snažila obstarávat nejdříve sama, ale pak začala doma krást různé věci a prodávat je. Má zkušenosti s trestnou činností. Ještě, když neměla řidičský průkaz dostala 18 měsíců podmínku za řízení pod vlivem. Také dostala pokutu za rušení nočního klidu. Vnímala negativní postoj nedrogové společnosti vůči drogově závislým. Lidé se na ní „divně koukali“. Uznává také, že měla problémy v komunikaci (používala často: prostě, víš co)

V současné době trpí klientka srdeční arytmií, má žaludeční potíže a nemá nosní přepážku. V 19 letech jí byl odstraněn žlučník. V době užívání pervitinu trpěla halucinacemi. Všude okolo sebe viděla pobíhat psy, honila jí helikoptéra a neustále někde viděla matčino auto. Její výška je 169 cm a v době braní drog měla 60 kg. Nyní váží 70 kg. Hodnota její BMI v době užívání byla 21, nyní je 24,5.

Když jsem se jí zeptala, jaké měla vize do budoucna dříve, odpověděla mi, že jí budoucnost byla jedno. Přemýšlela jen nad tím, kde sežene peníze na další dávku. Dnes to vidí, ale jinak, chtěla by rodinu a jisté zázemí. Klientka nelituje ničeho, co si prožila, ale už by do toho nešla. Přiznala, že má sice občas „choutky“, ale naučila se to ovládat. Také se bojí o své zdraví a už by za to nedala takové peníze.

## Rozhovor 11

Rozhovor s touto respondentkou mi zprostředkovalo kontaktní centrum Kolín. Dohodly jsme se na užívání její přezdívky Čára. Velice mě překvapilo, když mi prozradila svůj věk, neboť vypadala daleko starší. Působila na mě velice klidně, i přesto, že jsem pro ni byla cizí osoba. Rozhovor proběhl velice klidně, nečekala jsem, že bude takto otevřená k někomu, koho nezná.

Čára je 17letá žena, která má nejvyšší dokončené vzdělání základní. V současné době studuje střední školu. Bydlí s rodiči. Hlavní droga je pervitin.

Délka pravidelného užívání drog je 4 roky. Drogy, které za svůj život zkusila, jsou marihuana, LSD, extáze, lysohlávky a pervitin. Poprvé se setkala s drogou ve 13 letech (marihuana). Cigarety kouří již od 11 let. V tuto dobu začala užívat i alkohol. Mezi 13 a 14 rokem života začala užívat pervitin. Drogu užívá i nitrožilně, uvádí však, že ne vždy, i když má tu možnost. S užíváním drog začala ze zvědavosti, chtěla zkusit něco nového a neznámého. Zkušenosti s abstinencí drog nemá, ale pociťuje na sobě, že by si chtěla občas odpočinout a pročistit si hlavu. Dle jejího názoru jí droga dala nové zážitky a zkušenosti. Na nějaké věci a lidi se dívá s větším nadhledem. Vzala jí důvěru rodiny, kterou naštěstí získala zpátky a toho si váží.

Bydlí s matkou a jejím přítelem v novostavbě. Mrzí jí, že bydlí 30 km od města, kde vyrůstala a má své přátele a známé. V tomto městě má však babičku, u které často přespává, když je potřeba. Udává, že se stýká s lidmi, kteří drogy užívají (minimálně marihuanu). Její současný vztah s rodinou je tedy dobrý, věří si. Prostředky na drogy si většinou shánět nemusí. Buď drogu dostane zadarmo, nebo se na ní složí. Zkušenosti s trestnou činností nemá. Dále jsme spolu mluvily o tom, jak vnímá vztahy ostatních lidí nedrogové společnosti k drogově závislým lidem. Odpověděla mi, že jak kteří lidé to řeší. Ty co to řeší a nezkusili to, tak nevědí, o čem mluví. Dále mluvila o tom, že dnes už je hodně organizací, které pomáhají drogově závislým a myslí si, že díky nim na drogově závislé změnila spousta lidí svůj pohled. Nikdy se necítili sociálně vyloučená.

V současné době se cítí fyzicky i psychicky celkem dobře. Testována nikdy nebyla, ale věří tomu, že je zdravá. Nemá žádné podezření. Vnímá, že drogy mají nějaký vliv na její zdravotní stav. Neví přesně jaký a ani to vědět nechce. Měří 172 cm a váží 54 kg. Hodnota jejího BMI je 18,3. Stravuje se nezdravě a nepravidelně. Občas se přejí a někdy třeba celý den nejí.

Jak sama sebe vidí za 10 let si nedokáže představit, ale určitě by chtěla svoje bydlení a práci. Má také svůj sen, který by chtěla uskutečnit. Chtěla by vlastnit svůj tetovací salón, nebo alespoň pracovat v takovém salóně.

## **Rozhovor 12**

K této respondentce jsem se dostala díky kontaktnímu centru Benešov u Prahy, které zprostředkovalo i prostor k rozhovoru. Nebyl problém domluvit dobu, kdy nám to oběma vyhovovalo. Rozhovor proběhl klidně a bez problémů. Dotazovaná nejevila ostych při zodpovídání otázek a prozradila mi i svou přezdívku Milka, kterou mi dovolila použít v tomto rozhovoru.

Milka je 18letá žena, její nejvyšší dokončené vzdělání je základní. Nyní je na úřadu práce. Bydlí s rodinou. Hlavní drogou je pervitin.

Délka pravidelného užívání drog je 3-4 roky. Svou drogovou kariéru začala ve 14 letech marihuanou. Cigarety kouřila již od 13 let. V 15 letech vyzkoušela LSD a pervitin. O rok později se seznámila s lidmi, kteří brali kálo a začala ho s nimi užívat (měla ho zadarmo). Dále vyzkoušela lysohlávky, ale setrvala u pervitinu. Drogy nitrožilně neužívá. Klientka začala brát drogy hlavně kvůli tomu, že je užívali kamarádi. Zkusila to tedy taky a bavilo jí to, odvracelo od problémů. Nikdy neabstinovala. Dle jejího názoru jí droga dala rozumnější názor na lidi, dobré i špatné kamarády. A bere jí peníze, rodinný život, kamarády co neužívají.

Bydlí s matkou a bratrem v domě, do měsíce se však musí odstěhovat. Neví kam a je to pro ni moc narychlo. Nejčastěji se stýká se staršími drogově závislými. Vztahy v rodině nejsou moc dobré. Rozumí si s otcem a jeho sestrou, s matkou nekomunikují. Prostředky na drogy se snaží vydělat. Potřebuje 800 Kč na den. Zkušenosti s trestnou

činností nemá, pouze dostala pokuty za jízdy na černo. Vztahy ostatních lidí nedrogové společnosti k drogově závislým lidem vnímá individuálně. Někoho berou jakoby nic a někoho ani nepozdraví, když se znají. Domnívá se, že se nedrogová společnost té drogové vyhýbá. Sociálně vyloučená se cítila v období, kdy začínala užívat, protože ztratila všechny kamarády jejího věku.

Po zdravotní stránce se cítí dobře. Psychicky se cítí občas hůř, když nemá drogu a je ve stresu. Svůj zdravotní stav nezná, ale už několikrát uvažovala o testech. Vnímá vliv drog na její zdravotní stav. Má sníženou imunitu, snížený příjem vitamínů a kouření škodí plicím. Její výška je 163 cm a váha 52 kg. Hodnota její BMI je 19,6. Na otázku, jak se stravuje, odpověděla, že jak kdy, ale jí s chutí. Oběd je pro ni nejdůležitější a občas i jediný.

Za deset let vidí sebe s rodinou a dětmi. Chtěla by ještě dodělat školu a začít dělat kariéru.

### **Rozhovor 13**

Přez kontaktní centrum Příbram mi byl umožněn rozhovor s respondentkou, která vystupuje pod přezdívkou Zatto. Klientka mluvila otevřeně, neměla jsem z ní žádný dojem, že by mi něco zatajovala.

Zatto je žena stará 28 let. Nejvyšší dokončené vzdělání má základní a nyní je na mateřské dovolené. Bydlí v bytě se synem. Délka jejího pravidelného užívání drog je 7 let. Hlavní drogou byl pervitin, nyní převládá marihuana.

Klientka zkusila za dobu užívání marihuany, LSD, pervitin, heroin a lysohlávky. První drogou byla marihuana a alkohol ve 14 letech. Po této zkušenosti vyzkoušela i nějaké medikamenty (lexaurin, rohypnol, prášky s kodeinem, rivotril a další). Ty kradla babičce po dobu 2 let. Několikrát se i předávkovala. V 17 letech začala s užíváním pervitinu. Nejdříve ho šňupala, zanedlouho však aplikovala drogu intravenózně. Pervitin užívala po dobu 7 let. Za tuto dobu vyzkoušela ještě LSD a lysohlávky. Ve 25 letech vyzkoušela heroin. S užíváním drog začala, kvůli tomu, že si ve 14 letech přečetla knížku My děti ze stanice ZOO, strašně to chtěla zkusit a dala

si to za cíl. Poté poznala kluka, který s tím měl zkušenosti, a začala za ním jezdit do Prahy. Nejdříve jen na víkendy, a pak tam zůstala na stálo a naučila se od něj užívat drogy. Přišlo jí to strašně zajímavé. Uvádí, že to mělo asi více příčin, jako jsou problémy s matkou, připadala si hrozně zajímavě a nikdy se nenudila. Chtěla být jiná a lituje, že si k tomu vybrala drogu. Zkušenosti s abstinencí má. Po dobu dvou let abstinovala od všech návykových látek. Ze začátku byla v komunitě a pak na doléčování. Vrátila se k marihuaně a alkoholu, protože kolem ní je hodně lidí, kteří užívají tyto drogy a také jí nebaví být střízlivá. Droga jí dala zálibu v alternativním a nekonzumním způsobu života. Také poznala různé věci týkající se vesmíru a nepozemského života, věci, které jsou prý ostatním lidem zahaleny. Droga jí dala poznání, ukázala jí styl hudby PUNK a dala jí jejího syna, kterého strašně moc chtěla, aby se ze závislosti vyléčila. Vzala jí vzdělání, jistotu, sebeúctu a minimálně pár let života.

Nyní abstinuje a bydlí v matčině bytě se synem. Dříve poznala život na ulici. Nejdříve se stěhovala od jednoho kluka k druhému po Praze, mezitím pracovala v night klubu. Ve 23 letech se dostala do bytu, kde se drogy vyráběly, odtud se dostala na ulici. Neměla nic a nikoho. Přespávala, kde se dalo, v chatkách, v tramvajích, někdy i ve křoví. Přes zimu to bylo nejhorší, měla hlad, byla jí zima. Dříve se stýkala s lidmi, kteří užívali drogy. Vždy byla radši sama. Nyní to má podobně, moc lidí okolo sebe nemá. Stýká se hlavně s rodinou a s přítelem. S matkou má dobrý vztah, lepší má však s babičkou. Otec o ní nikdy nejevil zájem. Prostředky na drogy většinou nepotřebovala. Vždy se pohybovala okolo lidí, co prodávali drogy, nebo je vyráběli, takže je dostávala zadarmo. Pokud si na drogy musela vydělávat, tak buďto prostitucí, nebo krádežemi. Kolik potřebovala, si přesně nepamatuje. Zkušenosti s trestnou činností nemá. Vztahy ostatních lidí nedrogové společnosti k drogově závislým lidem vnímá. Všimá si hlavně rozdílu lidí v malých a velkých obcích. Ve velkých městech, to dle jejího názoru lidé neřeší, v malých obcích jsou drogově závislí odsouzení a nenávidění. Myslí si, že by si lidé měli uvědomit, že jsou drogově závislí nemocní a potřebují léčbu. Sociálně vyloučená ze společnosti si připadala vždycky a připadá si tak i nyní, když už skoro 3 roky abstinuje.

V současné době se cítí fyzicky špatně, je strhaná, nezvládne dělat těžší úkoly, než ty každodenní potřeby (starání se o domácnost a syna). Je hned vysílená a unavená. Psychicky se také necítí dobře, trpí depresemi a strachem z jakéhokoliv nebezpečí. Pravidelně dochází k psychologovi. Svůj zdravotní stav zná, žádnou nemoc nikdy neměla. Vnímá, že drogy mají špatný vliv na její zdravotní stav, nedokáže popsat jaký. Měří 173 cm a váží 67 kg, v době užívání měla 57 kg. Hodnota BMI v době užívání byla 19, nyní je 22,4. V současné době se stravuje tak, že se přejídá. Když byla na ulici, jedla to, co našla v kontejnerech.

V budoucnosti by chtěla mít ještě děti, šťastného muže po boku, splacené dluhy a chtěla by bydlet v domku se zahradou. Ráda by dosáhla toho, aby nějakým způsobem zlepšila svět a vymýtila z něj utrpení. Důležité pro ní je, aby zemřela s čistým svědomím a klidnou duší.

#### **Rozhovor 14**

Tento rozhovor zprostředkovalo kontaktní centrum Nymburk, které poskytlo i prostory pro uskutečnění rozhovoru. Klient se mi představil pod přezdívkou Deny. Působil na mne, jako by byl pod vlivem nějaké návykové látky, byl roztěkaný, neudržel pozornost, neustále odbočoval od tématu. Na hodně otázek mi odpovídal slovy nevím, nepamatuji si, což jsem tolerovala. Ale myslím si, že nemluvil pravdu.

Denymu je 29 let. Jeho nejvyšší dosažené vzdělání je základní. Bydlí v domě s matkou. Je nezaměstnaný. Hlavní drogou je marihuana a pervitin.

Délku pravidelného užívání drog nebyl schopen určit. Za dobu užívání vyzkoušel marihuanu (14 let), LSD (15-21 let), pervitin (21-29 let), psilocybin, extáze, kokain, medikamenty, heroin, durman. Nikdy neužil drogy nitrožilně. S užíváním drog začal ze zvědavosti. Zkušenosti s abstinencí drog má, a to s pervitinem po dobu 2 měsíců. Abstinoval kvůli dívce. Když ho opustila, k droze se vrátil. Neuvědomuje si, že by mu droga něco dala nebo vzala.

Bydlí s matkou a babičkou v rodinném domě. Otec ho ve 3 letech jeho života opustil, před půl rokem umřel. Nejčastěji se stýká s lidmi, jako je on. Jeho současný

vztah s rodinou je na občasné hádky dobrý. Prostředky na drogy si obstarává tak, že doma krade nebo dostane peníze od babičky. Nemá zkušenosti s trestnou činností. Vztahy ostatních lidí nedrogové společnosti k drogově závislým lidem vnímá tak, že se na něho koukají jinak. Sociálně vyloučený ze společnosti se už cítil, ale nepamatuje si kdy.

V současné době se po zdravotní stránce necítí moc dobře, bolí ho plíce, chybí mu nosní přepážka a má problémy se zuby. Svůj zdravotní stav nezná. U doktora nebyl od 18 let. Vnímá, že drogy mají špatný vliv na jeho zdravotní stav. Uvádí, že určitě na celý organismus, ale hlavně na plíce, srdce, ledviny a játra. Jeho výška je 187 cm a váha 70 kg. Hodnota BMI je 20. Stravuje se nepravidelně. Když užije pervitin, tak nejí a když užije marihuanu, přejídá se.

Klient uvedl, že za 10 let už nebude mezi živými, pokud nepřestane kouřit. Jeho cíle do budoucna jsou najít si práci, přestat brát drogy, najít si ženu a s ní zestárnout.

## **Rozhovor 15**

Tohoto respondenta jsem oslovila v Poděbradech na jednom z míst typických pro uživatele drog. Poté, co jsem mu vysvětlila, za jakým účelem tento rozhovor provádím, souhlasil. Tento 27 letý muž byl velice hovorný, ale na otázky z rozhovoru odpovídal stroze. Pokaždé, když odpověděl na otázku, převedl rozhovor mimo dané téma a musela jsem ho usměrňovat. Měl problém udržet jednu myšlenku, a tak často odbočoval od tématu. Pro tento výzkum zvolil přezdívku Vlasáč.

Vlasáč má dokončené základní vzdělání. Studoval střední odborné učiliště, které však nedokončil. Jeho příjmy jsou z pravidelné zaměstnání. Žije s dědou v domě.

Za dobu užívání návykových látek vyzkoušel mezi 13 a 14 rokem alkohol o rok později marihuanu. Cigarety kouří od 16 let. Mezi 16 a 18 rokem si tento respondent aplikoval heroin i.v.. Od 18 let až dodnes je závislý na opiátech. S užíváním drog začal, protože ho zajímaly stavy, které drogy vytváří a také, kvůli tlaku společnosti ve které se vyskytoval. Pokoušel se o abstinenci mnohokrát. Vždy se k droze vrátil z důvodu,

že pod vlivem se cítí normálně. Podle jeho názoru mu droga dala nový pohled na svět a vzala mu možnost dokončit středoškolské studium.

Tázaný žije s jeho dědou v domě. Na ulici se nikdy neocitl. Nejčastěji se stýká u něho v práci se zákazníky. Jeho současný vztah s rodinou ohodnotil slovy v pořádku. Prostředky na opiáty si vydělává ve svém zaměstnání. Potřebuje 1500 Kč na týden. Nemá zkušenosti s trestnou činností. Vztahy ostatních lidí nedrogové společnosti k drogově závislým lidem nevnímá a nezajímají ho. Nikdy se necítil sociálně vyloučený ze společnosti.

V současné době se cítí po psychické stránce dobře. Z hlediska zdravotní stránky má klient problémy se zuby. Svůj zdravotní stav zná. Před dvěma lety se nechal testovat a byl negativní. Od té doby si není vědom žádnému rizikovému chování. Vnímá vliv drogy na zdravotní stav. V jeho případě se to projevuje onemocněním chrupu a abstinenčními vlivy na opiátech, které se projevují nevolností, bolestí svalů, ospalostí, nucením zůstat vzhůru a slzení očí. Respondentova výška je 172 cm a váha asi 65 kg. Jeho BMI hodnota je 22. Stravuje se pravidelně (snídaně, oběd, večeře).

Ohledně vizí a cílů do budoucnosti neváhal a bez váhání odpověděl, že by chtěl být zaopatřen.



## 5 Diskuze

Bakalářská práce je členěna na dvě části. První - teoretická část - zahrnuje několik dílčích kapitol, které uvádějí do problematiky a slouží jako podklad pro vypracování části praktické. Cílem praktické části práce bylo analyzovat základní aspekty závislosti na návykových látkách a jejich dlouhodobého užívání, jejich dopady a rizika, která ovlivňují zdravotní a sociální situaci uživatelů drog. Výzkum jsem realizovala přímo v terénu mezi klienty kontaktních center Středočeského kraje a dalšími uživateli drog ve Středočeském kraji. Rozhovory jsem vedla tak, abych získala názory a postoje drogově závislých osob mj. na zdravotně sociální dopady a další aspekty abúzu drog, které si uživatelé uvědomují. Při svém výzkumu jsem uskutečnila 15 rozhovorů s náhodně vybranými respondenty, z toho bylo 9 mužů a 6 žen. Průměrný věk u těchto dotazovaných byl u mužů 25,1 roku a u žen 22 roku.

Z hlediska vzdělání měl jeden respondent nedokončené základní vzdělání, 2 muži a 4 ženy základní vzdělání, 5 mužů a 1 žena středoškolské vzdělání bez maturity, 1 muž středoškolské vzdělání s maturitou a 1 žena studovala vysokou školu. Většina z těch, kteří nekončili základní či střední školu přiznali, že je to kvůli droze a litují toho.

Kvůli závislosti se také mnoho respondentů v dospělosti neodstěhovalo od rodičů. Z celkového počtu 12 respondentů bydlí u rodičů, 1 v cizím bytě s přáteli a 2 klientky samy v podnájmu. Fakt, že většina dotazovaných bydlí s rodiči, souhlasí se studovanou literaturou. Uživatelům to vyhovuje z hlediska finančních prostředků, které místo do bydlení mohou vkládat do drog.

Návyková látka taky velice ovlivňuje vztah respondentů k práci. Většina z nich – devět - je nezaměstnaných. Pouze 4 dotazovaní mají stálé zaměstnání a 2 uživatelky studují. S dostupnou literaturou koresponduje fakt, že většina léčených klientů je bez zaměstnání a i přesto si respondenti dokážou sehnat prostředky na drogy, ať legálně či nelegálně.

Délka pravidelného užívání drog byla v průměru 7,3 roku. U žen 5,2 roku a u mužů 8,8 roku. Průměry byly vypočítány pouze u 14 respondentů, protože jeden

z dotazovaný nebyl schopen určit délku pravidelného užívání drog. Délku pravidelného užívání nemůžeme mezi ženami a muži porovnávat z hlediska toho, že se liší i jejich průměrný věk.

Zajímala jsem se o prvotní impuls, který zapříčinil počátek jejich drogové kariéry a také jejich přechod z drog měkkých (cigarety, alkohol, marihuana), na drogy tvrdé (heroin, kokain, pervitin, extáze, atd.). Mezi těmito druhy drog je rozdíl takový, že u měkkých drog, které se někdy uvádějí jako drogy lehké, je závislost psychická, tedy uživatelům způsobuje silnou chuť na drogu a nutí je dávku opakovat a ani potřeba zvyšování dávek není tak častá jako u drog tvrdých, kde jsou tyto symptomy doprovázeny depresemi, nechutí k jídlu, nespavostí, toxickou psychózou a bolestí ve svalech a kloubech. Tyto příznaky mohou vést až k sebepoškozování či sebevraždě. Průměrný věk, kdy se dotazovaní s drogou poprvé setkali, je 16,6 roku. U žen je průměr 15,7 roku a u mužů 17,2 roku. Nejnižší věk užití byl jak u žen, tak u mužů 13 let. Nejvyšší věk užití u žen byl 17 let a u mužů 21 let. I v prostudované literatuře (Studničková, 2010) je uvedeno, že ženy, hlavně uživatelky pervitinu začínají dříve, než muži. Z hlediska mého výzkumu se dalo vypožorovat, že ženy, uživatelky začínají s drogami dříve, hlavně z důvodu starších kamarádů, kteří je sponzorují návykovou látkou a dívky si tak vypěstují návyk, kvůli kterému si pak vydělávají na drogy různými způsoby.

Základní drogou u většiny respondentů byl pervitin a u jednoho uživatele opiáty. Pervitin je i podle různých publikací velice oblíbená a relativně levná droga. Oblíbenou sekundární drogou byla pak marihuana, kterou si ve většině případů respondenti i pěstují, a tak nepotřebují žádné finanční prostředky na tuto drogu.

Nitrožilně neužilo základní ani jinou drogu 6 respondentů (4 muži a 2 ženy). Drogu užívá či užívalo nitrožilně 9 respondentů (5 muži a 4 ženy). S tím souvisí i výše zmíněná zvyšující se tolerance na tvrdé drogy. Uživatelé užívají drogy např. pervitin šňupáním a až po nějaké době ji začnou užívat nitrožilně, přičemž si vytváří fyzickou závislost na vpichu a jsou schopni si do těla vpravit jakoukoliv látku.

Důvody, proč respondenti začali s užíváním drog, byly velice obdobné. Většinou se jednalo o zvědavost a zábavu plynoucí z užití drogy. U několika případů se jako

důvod objevilo začlenění do společnosti, nebo problémy v rodině. Další důvodem byl i útek před nudnou realitou, zodpovědností a řešením těžkých životních situací.

Zkušenosti s abstinencí drog má většina respondentů, vrátili se k užívání hlavně z důvodu nepestrého života plného pravidel, nebo je pokoušeli staří kamarádi, po rozchodu s partnerem/kou, kvůli které přestali, nebo kvůli depresím a špatným událostem v životě. Většinou se jednalo o to, že neměli pro koho přestat. Vždy, když u pokusu abstinenci byl někdo jim blízký (matka, dítě, přítelkyně), tak se vydařilo. Jsou ovšem i takové případy, kdy ani přítomnost a podpora někoho blízkého nepomůže. Respondenti na mne působili tak, že sebe rádi nemají, tak proč by sami pro sebe něco takového udělali.

Co se týče faktu, co jim droga dala i vzala, většina uvedla, že jim dala zkušenosti, zážitky, zábavu, pohled na věci z nového úhlu a různé problémy. Někteří uvádí, že jim dala i pár přátel. Jeden účastník výzkumu dokonce uvedl, že mu droga dala peníze. Respondenti většinou uvedli, že jim droga vzala čas, přátele, sebeúctu, důvěru rodiny, peníze, práci, možnost vystudovat a některým i osobnost a zdraví. Jeden z dotazovaných si neuvědomuje, že by mu droga něco dala či vzala. Objevují se tu i názory, že pokud se droga používá jen pro zábavu, mají ji uživatelé pod kontrolou. Pokud však za pomoci návykové látky uživatelé začnou řešit nepříznivou životní situaci, či jiné problémy, stávají se otrokem drogy, kterou už nemají pod kontrolou. Vždy když nastane další problém, je pro ně jednodušší utéct do světa drogy, než ho vyřešit.

Život na ulici si ze 14 dotazovaných vyzkoušelo 5. Jen jeden, na tuto dobu vzpomíná v dobrém, protože měl dle jeho mínění vše, co chtěl. Zbytek se na ulici ocitl hlavně, kvůli nedostatečným finančním prostředkům. Pokud nějaké měli, utratili je za drogu. Na ulici si vydělávali buď krádeží, nebo jiným ilegálním způsobem.

Většina účastníků výzkumu se nejčastěji stýká s drogově závislými, na druhém místě jsou respondenti, kteří se stýkají s lidmi, jako jsou oni a neuměli to blíže specifikovat. Nakonec jsou tu tací, kteří odpověděli, že se nejčastěji stýkají s rodinou a nejbližšími přáteli, či se zákazníci v práci.

Všichni respondenti mají dobrý vztah s rodinou. Někteří uvádí drobné občasně hádky. Prostředky na drogy si většina klientů získává legálním způsobem, nebo li prací. U některých se objevují drobné krádeže doma. Je velice zajímavé, že klient v jedné části uvádí, že má dobré vztahy s rodinou a přitom dále přiznává, že doma krade peníze. Je evidentní, že nevidí věci takové, jaké jsou, ale jaké by je chtěli mít.

Zkušenosti s trestnou činností nemá 10 z 15 dotazovaných. Zbývajících 5 zkušenosti má, 4 respondenti s podmínkou a 1 s odnětím svobody. Většina klientů také uvádí, že zkušenosti s trestnou činností mají, ale nikdy nebyli dopadeni.

Vztahy ostatních lidí nedrogové společnosti k drogově závislým lidem vnímá 12 účastníků výzkumu, 3 respondenti nevnímají vztahy a nezajímají je. Ti co vztahy vnímají, dokládají, že je tato problematika velice individuální. Velice zajímavá je myšlenka jedné respondentky, která udává, že nejvíce záleží na typu oblečení drogově závislých. Pokud jdou do nedrogové společnosti slušně oblečení, společnost k nim nemá žádné podezření. Obětí předsudků od nedrogové společnosti může být i člověk, který neužívá žádnou drogu, ale obléká se, či se vyskytuje na místech typických pro drogovou společnost.

Jako sociálně vyloučených se cítilo 7 dotazovaných a to většinou v situacích, kdy byly pod vlivem v nedrogové společnosti, ztratili přátele, neměli kde spát a při pobytu ve vězení. Nejvíce potupné, dle jedné respondentky je, když sama věděla, že je to na ní poznat a musela jít nedrogovou společností. V takové situaci mají pocity, že je někdo neustále pozoruje. Z těchto stavů se mohou vyvinout deprese, které jsou u většiny případů řešené drogou. Sociálně vyloučení se také respondenti cítili na začátku své drogové kariéry, kdy ztratili své dosavadní kamarády. Zbýlých 8 respondentů se nikdy necítilo sociálně vyloučenými. Jeden účastník rozhovoru uvedl, že to může být tím, že vždy když byl pod vlivem drogy, byl mezi lidmi, kteří také byli pod vlivem drogy.

Polovina dotazovaných se cítí po zdravotní stránce dobře, 5 se necítí dobře jak po stránce fyzické, tak psychické. A zbylí 2 se cítí velmi dobře. Svůj zdravotní stav nezná 8 respondentů, polovina z nich si uvědomuje, že žijí rizikovým způsobem života. Z odpovědí vyplývá, že někteří z respondentů stojí o příležitost podstoupit testy

na přenosné choroby (VHA, VHB, VHC, HIV/AIDS). Někdy jsem měla i dojem, že si respondenti myslí, že testy mám u sebe a mohla bych je hned otestovat. Někdo má však strach z výsledků a raději by se testů nezúčastnili.

Většina účastníků výzkumu si uvědomuje negativní vliv drogové závislosti na jejich zdravotní stav, a to hlavně v oblasti imunitního systému, jater, ledvin, srdce, chrupu a psychiky. Pouze 2 z celkového počtu dotazovaných si neuvědomují vliv drogové závislosti na jejich zdravotní stav a nechtějí vědět, jaký může být. Měla jsem z nich dojem, že mi neprozradili všechny své zdravotní komplikace. Důvodem, dle mého názoru, je hlavně obava z toho co bych si o nich mohla myslet. Největší problém jsou pro uživatele zuby, které povětšinu nemají.

Po vypočítání hodnoty BMI bylo zjištěno, že většina respondentů se pohybuje v normálních hodnotách, pouze někteří byli pod hranicí normální váhy viz příloha 1. Zvláštní je ovšem porovnání BMI hodnot u respondentů, kteří již abstinují. U všech BMI vzrostlo na normální hodnotu.

Nezdravě a nepravidelně se stravuje 10 z 15 dotazovaných a zbylý počet 5 drogově závislých, kteří se podrobili tomuto výzkumu, se stravují zdravě a pravidelně. Nepravidelnému stravování lze jako příčinu uvést závislost na pervitinu, který snižuje pocit hladu. Proto také většina uživatelů, kteří užívají hlavně o víkendu, uvádějí, že o víkendech jí maximálně jednou denně.

Vize do budoucna jsou u většiny respondentů stejné, a to ukončit užívání návykových látek, spořádaný život, založit rodinu a najít si stálou práci. U takovýchto uživatelů je zřejmé, že by nejraději přestali s užíváním drogy a žili normální život. Z celkového počtu 3 účastníci rozhovoru nemají jasnou představu o své budoucnosti a jejich cíle jsou být nejlepším elektrikářem, mít svůj tetovací salón a napsat básnickou sbírku. U těchto respondentů je zřejmé, že si nepředstavují konec své drogové kariéry a jsou zřejmě v rozkvětu závislosti.

## 6 Závěr

Jako cíl mé bakalářské práce jsem si stanovila analyzovat základní aspekty závislosti na návykových látkách a jejich dlouhodobého užívání, jejich dopady a rizika, která ovlivňují zdravotní a sociální situaci uživatelů drog a zjistit názory a postoje uživatelů drog k závislosti.

Před zahájením výzkumu jsem si definovala dvě základní výzkumné otázky:

- 1) Jaké základní zdravotní a sociální dopady má drogová závislost?
- 2) Uvědomují si uživatelé návykových látek vliv drogy na svůj život?

Základní vstupní informace do problematiky jsem zpracovala v teoretické části práce, kde jsem se věnovala rovněž současné protidrogové politice a aktuální síti služeb na území Středočeského kraje.

Pro objasnění cíle prostřednictvím výzkumných otázek jsem zvolila kvantitativní výzkum, metodu dotazování, techniku narativního rozhovoru, kdy výzkumník po stanovení tématu určuje základní výzkumné otázky, které se v průběhu mohou modifikovat. Tento typ výzkumu je pružný a umožňuje reagovat na proměnlivé stavy a různé komunikační schopnosti recipientů. Narážela jsem totiž v praxi na fakt, že komunikační schopnosti, schopnost soustředit se na dané téma nebo dokonce jen přijít na předem domluvenou schůzku jsou u různých uživatelů různé a mění se s jejich momentálním stavem, kolísavou náladou atp. Při výzkumu jsem pracovala se skupinou patnácti dlouhodobých uživatelů návykových látek – klientů kontaktních center na území Středočeského kraje.

Odpověď na první výzkumnou otázku jsem předeslala v teoretické části a definovala ve výsledcích rozhovorů a zhodnotila v diskusi. Výzkumná otázka byla zodpovězena.

Odpověď na druhou výzkumnou otázku jsem definovala ve výsledcích rozhovorů a zhodnotila v diskusi.

Cíl práce byl splněn.

Jak se v práci prokázalo, drogová závislost přináší významné zdravotní i sociální dopady. Na základě mého výzkumu mohu definovat hypotézu, že většina zkoumaných

uživatelů si významné zdravotní a sociální dopady abúzu drog uvědomovala, ale nebyla schopna nebo ochotna přizpůsobit své chování a předcházet dalším rizikům. Existovali ale i uživatelé, kteří si zdravotní a sociální dopady abúzu neuvědomovali, anebo se o ně nezajímali

## 7 Seznam použitých zdrojů

- (1) BEDNAŘOVÁ, Zdena ; PELECH, Lubomír . Slabikář sociální práce na ulici. Brno : Doplněk, 2003. 104 s. ISBN 80-7239-148-8.
- (2) Česká republika. Zákon č. 108/2006 Sb. : o sociálních službách. In Sbíрка zákonů. 2006, 61/2009 Sb. a 22/2009 Sb.m.s., s. 1-53. Dostupný také z WWW: <[http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf)>.
- (3) Česká republika. Zákon o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů : 258/2000 Sb.. In Sbíрка předpisů České republiky. 2000, 74/2000 Sb., s. 1-47. Dostupný také z WWW: <<http://www.desinsekta.cz/share/download/legislativa/258-2000.pdf>>.
- (4) DROBNÁ, Helena; VELEMÍNSKÝ, Miloš. Problematika drogových závislostí matiek a novorodencov. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta, 2000. 128 s. ISBN 80-7040-407-8.
- (5) Drogová poradna [online]. 2009 [cit. 2011-04-26]. O drogách obecně. Dostupné z WWW: <[www.drogovaporadna.cz/o-drogach-obecne.html](http://www.drogovaporadna.cz/o-drogach-obecne.html)>.
- (6) ESCOHOTADO, Antonio. Stručné dějiny drog. Praha : Volvox globator, 2003. 173 s. ISBN 80-7207-512-8.
- (7) GÖHLERT, Fr.-Christoph ; KÜHN, Frank. Od návyku k závislosti. Praha : Ikar, 2001. 144 s. ISBN 80-7202-950-9.
- (8) Harm Reduction International : formerly known as the International Harm Reduction Association [online]. 2010 [cit. 2011-05-04]. What is harm reduction?. Dostupné z <[http://www.ihra.net/files/2010/08/10/Briefing\\_What\\_is\\_HR\\_English.pdf](http://www.ihra.net/files/2010/08/10/Briefing_What_is_HR_English.pdf)>.
- (9) HARTL, Pavel; HARTLOVÁ, Helena. Psychologický slovník. Praha : Portál, 2000. 122 s. ISBN 80-7178-303-X.
- (10) Helpguide : Signs, Symptoms, and Help for Drug Problems and Substance Abuse [online]. 2010 [cit. 2011-04-27]. Drug Abuse and Addiction. Dostupné z WWW: <[http://helpguide.org/mental/drug\\_substance\\_abuse\\_addiction\\_signs\\_effects\\_treatment.htm#top](http://helpguide.org/mental/drug_substance_abuse_addiction_signs_effects_treatment.htm#top)>.



- (11) HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum : základní metody a aplikace. Praha : Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
- (12) JANÍKOVÁ, Barbara; PISKÁČKOVÁ, Petra. Učební testy ke kurzu : Úvod do Adiktologie. UK Praha : Centrum Adiktologie, 2007. xxx s. ISBN 978-80-239-9960-0.
- (13) KALINA, Kamil, et al. Drogy a drogové závislosti 1 : mezioborový přístup. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6.
- (14) KALINA, Kamil, et al. Základy klinické adiktologie. Havlíčkův Brod : Grada, 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.
- (15) KLÍMA, Petr. Kontaktní práce : antologie textů České asociace streetwork. Praha : Česká asociace streetwork, 2007. 359 s. ISBN neuvedeno.
- (16) MATOUŠEK, Oldřich, et al. Sociální práce v praxi : Specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha : Portál, 2005. 315 s. ISBN 80-7367-002-X.
- (17) MILOVSKÝ, Michal. Konopí a konopné drogy : Adiktologické kompendium. Praha : Grada, 2008. 533 s. ISBN 978-80-247-0865-2.
- (18) MRAVČÍK, Viktor, et al. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice
- (19) SANANIM. Wwww.drogy.net [online]. 2000 [cit. 2011-04-27]. Historie užívání a zneužívání psychotropních látek. Dostupné z WWW: <[http://www.drogy.net/clanek/historie-uzivani-a-zneuzivani-psychotropnich-latek\\_2006\\_01\\_05.html](http://www.drogy.net/clanek/historie-uzivani-a-zneuzivani-psychotropnich-latek_2006_01_05.html)>.
- (20) NEŠPOR, Karel; CSÉMY, Ladislav. Bažení (craving) : společný rys mnoha závislostí a způsoby zvládnání. Praha : Spotrpropag, 1999. 80 s. ISBN neuvedeno.
- (21) POKORNÝ, Vratislav; TELCOVÁ, Jana; TOMKO, Anton. Prevence sociálně patologických jevů : Manuál praxe. Brno : Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2001. 322 s. ISBN 80-86568-03-2.
- (22) PRESL, Jiří. Drogová závislost : Může být ohroženo i Vaše dítě?. Praha : Maxdorf, 1995. 88 s. ISBN 80-85800-25-X.
- (23) SHARPIO, Harry. Drogy : Obrazový průvodce. Praha : Svojtka, 2005. 360 s. ISBN 80-7352-295-0.

- (24) STUDNIČKOVÁ, Běla; PETRÁŠKOVÁ, Barbora. Výroční zpráva ČR-2008 : incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog. Praha : Hygienická stanice hl. m. Prahy, 2009. 210 s. ISBN 978-80-254-4035-3
- (25) ŠEDIVÝ, Václav; VÁLKOVÁ, Helena. Lidé, alkohol a drogy. Praha : Naše vojsko, 1988. 160 s. ISBN 28-049-88.
- (26) VURM, Vladimír, et al. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví. Praha : Triton, 2007. 122 s. ISBN 978-80-7254-997-9.
- (27) Výroční zpráva za rok 2010 : Stav drogové problematiky v Evropě. Lucemburk : Úřad pro publikace Evropské Unie, 2010. 102 s. ISBN 978-92-9168-427-4.
- (28) WEDLICHOVÁ, Iva. Terénní sociální práce v praxi. Ústí nad Labem : Univerzita J. E. Purkyně, 2008. 144 s. ISBN 978-80-7044-975-2.
- (29) World Health Organization : Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use [online]. 2006 [cit. 2011-04-27]. Mental and behavioural disorders. Dostupné z WWW:  
<<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/index.htm?navi.htm+f00>>.
- (30) Www.extc.cz : Prevence zneužívání syntetických drog [online]. 2009 [cit. 2011-04-27]. Extáze. Dostupné z WWW: <<http://extc.cz/extaze.html>>.-
- (31) Www.historie-drog.apu.cz [online]. 2007 [cit. 2011-04-27]. Historie drog. Dostupné z WWW: <<http://www.historie-drog.apu.cz/index.html>>.
- (32) ZÁBRANSKÝ, Tomáš. Drogová epidemiologie. Olomouc : Univerzita Palackého, 2003. 95 s. ISBN 80-244-0709-4.

## **8 Klíčová slova**

Droga

Drogová závislost

Kontaktní centra

Zdravotní dopady

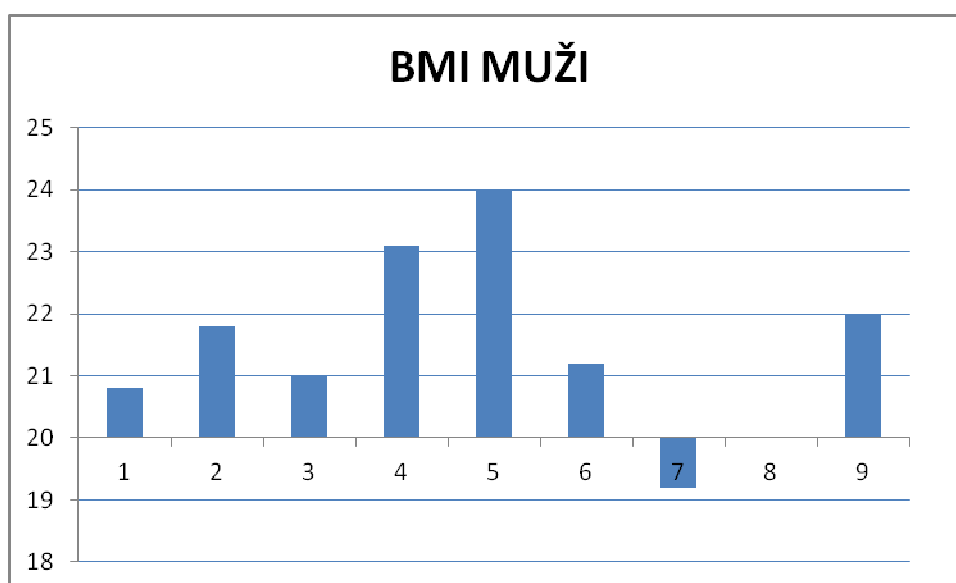
Sociální dopady

## 9 Přílohy

### 9.1 Příloha č. 1 BMI

#### Graf č. 1

#### BMI Muži

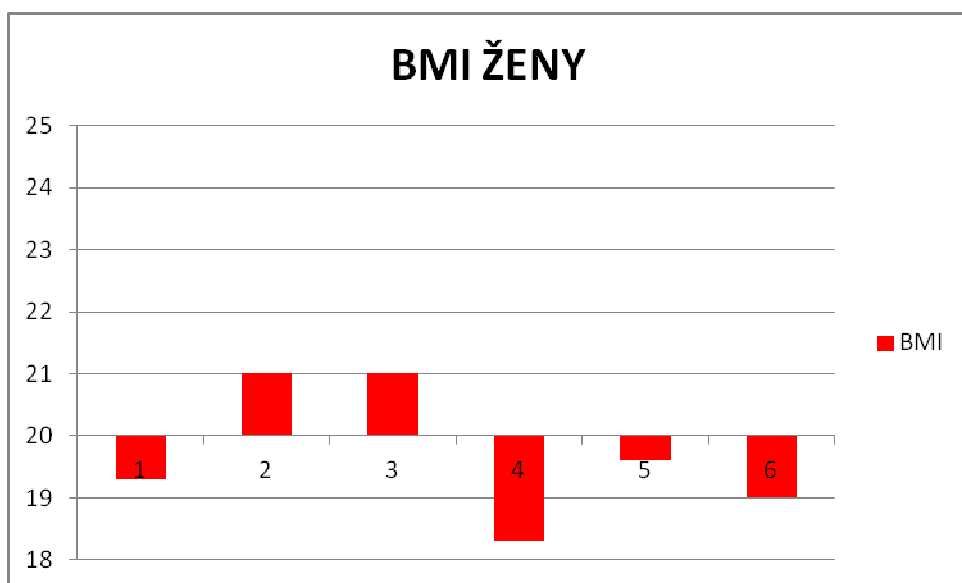


Zdroj vlastní

Z grafu č. 1 vyplývá, že 7 respondentů mužů je v limitu normální váhy, jeden dotazovaný je pod hranicí normální váhy a jeden je na dolní hranici normální váhy.

## Graf č. 2

### BMI Ženy



Zdroj vlastní

Z grafu č. 2 vyplývá, že 4 respondentky jsou pod hranicí normální váhy a 2 jsou v limitu normální váhy.

## 9.2 Příloha č. 2 Otázky k rozhovoru

Pohlaví:

1. žena
2. muž

Věk:

Nejvyšší dokončené vzdělání:

1. nedokončené vzdělání
2. základní
3. střední odborné / s maturitou
4. vysokoškolské

Zaměstnaní / škola:

1. pravidelné zaměstnání
2. škola
3. příležitostná práce (brigády)
4. registrován na ÚP
5. bez zaměstnání
6. dávky SZ

S kým žiješ:

1. sám
2. s rodiči/rodinou
3. s přáteli
4. s partnerem

Kde bydlíš:

1. doma /u rodičů

2. vlastní byt /i pronajatý
3. cizí byt / u někoho
4. ubytovna / domov pro lidi bez domova
5. squat
6. na ulici
7. jiné / garáž, chata atp.

Délka pravidelného užívání drog .....

#### Drogová anamnéza

- jaké drogy jste za dobu užívání zkusil/a?
- v kolika letech jste poprvé užil/a drogu a jakou?
- můžeš popsat svou uživatelskou historii /tabák, alkohol, konopné látky, prášky, tvrdé drogy/?
- užíváš drogy nitožilně?
- proč jsi začal/a s užíváním drog?
- máte zkušenosti s abstinencí drog? Jak dlouho, proč ses k drogám vrátil?
- co Vám podle vašeho názoru droga dala/vzala?

#### Sociální status

- jak vypadá Vaše situace ohledně bydlení (pokud žije na ulici- proč se na ulici dostal, v kolika letech byl poprvé na ulici, zkusit popsat život na ulici)?
- s jakými lidmi se nejčastěji stýkáte?
- Váš současný vztah s rodinou
- jak si obstaráváte prostředky na drogy, kolik peněz potřebujete na drogy na den, týden...?
- máte zkušenosti s trestnou činností? Byl jste odsouzen k výkonu trestu, na podmínku nebo k výkonu veřejně prospěšných prací?
- jak vnímáte vztahy ostatních lidí nedrogové společnosti k drogově závislým lidem?
- cítil/a jste se někdy sociálně vyloučený/á ze společnosti (popřípadě v jaké situaci)?

### Zdravotní stav

- jak se v současné době cítíte po zdravotní stránce (fyzické i psychické)?
- znáte svůj zdravotní stav, byl jste testován na VHA, VHB, VHC, HIV/AIDS?
- myslíte, že drogy mají nějaký vliv na Váš zdravotní stav a jaký?
- znáte svou výšku a váhu?
- jak se stravujete?

### Vize do budoucna

- jak se vidíte za 10 let?
- máte nějaké cíle, čeho byste chtěl v životě dosáhnout?