

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Ústav sociálních studií

Možnosti komplexní péče o drogově závislé

Bakalářská práce

Autor:	Kristýna Růžičková
Studijní program:	B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor:	Sociální patologie a prevence
Vedoucí práce:	PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.
Oponent práce:	Mgr. et Mgr. Stanislava Svoboda Hoferková, Ph.D., LL.M.

Hradec Králové

2021



Zadání bakalářské práce

Autor: Kristýna Růžicková

Studium: P18P0114

Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální patologie a prevence

Název bakalářské práce: Možnosti komplexní péče u drogově závislých

Název bakalářské práce AJ: Possibilities of comprehensive care in drug addicts

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá možnostmi komplexní péče o drogově závislé. V teoretické části práce je charakterizována závislost. Bližší pozornost věnuje multikauzální etiologii drogové závislosti, klasifikaci drogové závislosti podle MKN 10, nástroji změny a možnostem komplexní léčby drogové závislosti. Empirická část práce se zabývá pohledem uživatelů návykových látek na systém péče o drogově závislé v ČR. Pro realizaci empirické části byla zvolena kvalitativní metoda formou polostrukturovaného rozhovoru s uživateli návykových látek a pracovníky v organizaci, která se péčí o drogově závislé zabývá.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 5., rozšířené vydání. Praha: Portál, 2018, 255 s. ISBN 978-80-262-1357-4.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007, 170 s. ISBN 978-80-7367-267-6.

MILLER, Geraldine A. *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén, 2011, 461 s. ISBN 978-80-7262-765-3.

KALINA, Kamil. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada, 2013, 527 s. ISBN 978-80-247-4361-5.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Přeložil Vladimír JÚVA, přeložil Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido, 2010, 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0

Garantující pracoviště: Ústav sociálních studií,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.

Oponent: Mgr. et Mgr. Stanislava Svoboda Hoferková, Ph.D., LL.M.

Datum zadání závěrečné práce: 20.2.2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího práce PhDr. Stanislava Pelcáka, Ph.D. samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 29. 4. 2021

Růžičková Kristýna

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu své bakalářské práce za jeho cenné rady a pomoc během zpracování této práce. Chtěla bych také poděkovat všem, zvláště pak respondentům, za jejich ochotu se na této práci podílet.

Anotace

RŮŽIČKOVÁ, Kristýna. *Možnosti komplexní péče u drogově závislých*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2021. 73 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá možnostmi komplexní péče o drogově závislé. Text práce je rozdělen do pěti kapitol. První čtyři kapitoly zahrnují teoretické poznatky z odborné literatury, která se zabývá danou problematikou. Nejprve se práce zabývá vymezením základních pojmů z oblasti drogové problematiky a kategorizací jednotlivých druhů drog. Dále jsou vymezeny příčiny a důsledky drogové závislosti. Práce se také zaměřuje na systém péče o drogově závislé v ČR a konkrétně jsou popsány jednotlivé služby této péče. Poslední kapitola práce se věnuje vlastnímu výzkumnému šetření, které bylo uskutečněno pomocí kvalitativní výzkumné metody, konkrétně polostrukturovaného rozhovoru a mapuje informovanost uživatelů návykových látek o službách, které jsou jim poskytovány a jejich pohled na tyto služby. Zároveň také mapuje pohled pracovníků ve službách zabývajících se péčí o drogově závislé na danou problematiku. Cílem bakalářské práce je seznámit čtenáře se systémem péče o drogově závislé v ČR a zároveň ukázat názor na tuto péči nejen očima uživatelů návykových látek, ale také pracovníků, kteří s těmito uživateli pracují.

Klíčová slova: závislost, droga, uživatelé návykových látek, péče o drogově závislé, léčba

Annotation

RŮŽIČKOVÁ, Kristýna. Possibilities of comprehensive care for drug addicts. Hradec Králové: Faculty of Education. University of Hradec Králové, 2021. 73 pp. Bachelor Thesis

The bachelor's thesis deals with the possibilities of comprehensive care for drug addicts. The text of the thesis is divided into five chapters. The first four chapters include theoretical knowledge from the scientific literature dealing with the issue. First of all, the thesis deals with the definition of basic concepts in the field of drugs and the categorization of individual types of drugs. Furthermore, the causes and consequences of drug addiction are defined. The thesis also focuses on the system of care for drug addicts in the Czech Republic and specifically describes the individual services of this care. The last chapter of the thesis deals with its own research investigation, which was carried out using a qualitative research method, namely a semi-structured interview, and maps the information of substance users about the services provided to them and their view of these services. At the same time, it also maps the view of workers in services dealing with the care of drug addicts on the subject. The aim of the bachelor's thesis is to acquaint readers with the system of care for drug addicts in the Czech Republic and at the same time to show an opinion on this care not only through the eyes of addictive users, but also by workers who work with these users.

Keywords: Addiction, drugs, users of addictive substances, care of drug addicts, treatment

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními a habilitačními pracemi na UHK.)

Datum: 29. 4. 2021

Podpis studenta

Obsah

Úvod.....	9
1 Úvod do problematiky drogové závislosti	10
1.1 Kategorizace nelegálních drog	13
2 Multikauzální etiologie rozvoje závislosti a důsledky užívání drog	19
2.1 Multikauzální etiologie rozvoje závislosti	19
2.2 Důsledky závislosti	23
3 Systém péče o drogově závislé v ČR	25
3.1 Terénní programy a nízkoprahová centra	28
3.2 Ambulantní centra a denní stacionáře	31
3.3 Detoxifikační jednotky	34
3.4 Substituční léčba	35
3.5 Ústavní léčba	37
3.6 Terapeutické komunity	39
3.7 Doléčovací programy a následná péče	41
4 Prevence závislostního chování	42
5 Stávající praxe péče o uživatele návykových látek	45
5.1 Cíl výzkumného šetření	45
5.2 Výzkumná metoda	49
5.3 Výzkumný vzorek	50
5.4 Průběh výzkumného šetření	52
5.5 Interpretace zjištěných dat	53
5.6 Shrnutí výzkumného šetření	66
Závěr	68
Zdroje	70
Příloha	72

Úvod

Bakalářská práce se zabývá možnostmi komplexní péče o drogově závislé. Myslím si, že je důležité péči o drogově závislé neustále aktualizovat a přispívat tak k celkové ochraně společnosti. Jedním z důvodů je i to, že se každoročně zvyšuje počet závislých na návykových látkách a neustále jsou vyráběny nové látky, které mají s klasickými drogami jen málo společného. Proto je důležité, aby péče o drogově závislé neustále držela krok s novými trendy v drogové problematice. Hlavním důvodem výběru tohoto tématu je můj dlouholetý zájem o problematiku drogové závislosti a to, že po ukončení studia se péči o drogově závislé chci věnovat. Cílem bakalářské práce je tedy seznámení s péčí, která je v ČR drogově závislým poskytována a zprostředkování pohledu na péči očima drogově závislých a pracovníků služeb, kteří se péči o drogově závislé zabývají.

Práce je rozdělena do pěti kapitol, přičemž čtyři kapitoly jsou zaměřeny na teoretické poznatky z oblasti drogové problematiky. Jelikož je důležité si nejprve definovat základní pojmy z oblasti drogové problematiky, je první kapitola věnována právě těmto vymezením základních pojmů a kategorizaci drog. V další části mé bakalářské práce se zabývám příčinami, které vedou člověka k užívání návykových látek a důsledky, které s sebou drogová závislost přináší. V následující kapitole se snažím vymezit systém péče o drogově závislé v ČR, kde jsou blíže charakterizovány jednotlivé služby, které v ČR pro drogově závislé fungují a kam se mohou uživatelé obrátit. Následně se zabývám prevencí rizikového chování, zvláště pak toho závislostního. Myslím si, že prevence rizikového chování je důležitá proto, aby se rizikovému chování zcela zamezilo, nebo alespoň aby se oddálilo do co nejpozdějšího věku.

Součástí této práce je i vlastní výzkumné šetření, které vychází z teoretických poznatků. Tomuto šetření je věnována poslední kapitola mé bakalářské práce. Jelikož se chci do budoucna věnovat práci s drogově závislými, a především péči o ně, chtěla jsem zmapovat, jak uživatelé návykových látek tyto služby, které jsou jim poskytovány, vnímají. Důležitý pro mě byl i názor pracovníků na služby, které drogově závislým poskytují a co by případně chtěli změnit. Cílem mého výzkumného šetření je tedy zjistit, jak vnímají služby pro drogově závislé sami uživatelé a naopak, jak tyto služby vnímají sami pracovníci. Pro sběr dat byl zvolen kvalitativní způsob zkoumání, který byl realizován formou polostrukturovaných rozhovorů jak s uživateli návykových látek, tak s pracovníky kontaktního centra a terénních programů.

1 Úvod do problematiky drogové závislosti

Jelikož se bakalářská práce zabývá problematikou závislosti, je důležité si nejdříve definovat základní pojmy, které nám pomohou k pochopení této problematiky. V této kapitole se chci proto zabývat definicí závislosti obecně, konkrétně drogovou závislostí a také kategorizací drog.

Závislost

Závislost je stav, kdy je jedinec přesvědčen, že ke svému životu potřebuje danou věc nebo danou okolnost, bez které nedokáže běžně fungovat. Závislý může být člověk jak na psychoaktivních látkách (toxikomanie), tak na běžných činnostech (práce, sport, internet), nebo na konkrétní osobě.

Odborných definic, co je to vlastně závislost existuje mnoho. Nejčastěji se ale uvádí definice podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), která uvádí: „*syndrom závislosti je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje.*” (Nešpor, 2018, s. 18)

Kudrle (In Kalina a kol., 2003, s. 107) například definuje závislost jako: „*chronickou a progredující poruchu, která se rozvíjí na pozadí přirozené touhy člověka po změně prožívání.*”

Podle Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace (DSM-IV) se kvůli závislosti mění neuronální okruhy, což může přetrvávat u jedince i po detoxikaci. Tyto změny v mozku se mohou projevit opakujícími se relapsy a cravingem po droze v situaci, kdy je jedinec vystaven droze nebo situacím s drogou souvisejících. Dlouhodobou léčbou se pak tyto přetrvávající účinky mohou zmírňovat. (Raboch, Hrdlička, Mohr, Pavlovský, Ptáček, 2015)

Diagnóza závislosti se stanovuje na základě čtyř skupin kritérií: narušení kontroly, narušení sociální, rizikové užívání a farmakologické kritérium. Na základě těchto čtyř kritérií jsou stanovena další kritéria. Pod kritérium narušení kontroly můžeme zařadit: užívání látky ve větším množství, než měl konzument v úmyslu, dlouhodobou snahu o omezení nebo ovládnutí příjmu látky, trávení množství volného času užíváním látky, jejím obstaráváním nebo zotavováním se z jejích účinků, bažení (craving, silná touha) po droze. Bažení je nejčastěji ovlivňováno hlavně prostředím, ve kterém se jedinec nachází. Většinou se jedná o prostředí, kde látku dříve užíval nebo kde ji poprvé užil. Právě toto chování je způsobeno podmiňováním a bývá spuštěno funkcí odměny v mozku. (Raboch, Hrdlička, Mohr, Pavlovský, Ptáček, 2015)

Druhou skupinou kritérií je narušení sociální, pod které patří: zanedbávání sociálních, rekreačních nebo pracovních aktivit v důsledku užívání látky, vědomé pokračování v užívání látky i přes jasné riziko fyzických i psychických problémů, jedinec opakovaně selhává ve škole, práci i doma. Z toho nám vyplývá, že jedinec se z důvodu užívání návykové látky může vzdát celého svého sociálního prostředí, které pro něj dříve bylo důležité (rodina, zájmy atd.). (Raboch, Hrdlička, Mohr, Pavlovský, Ptáček, 2015)

Třetí skupinou kritérií je rizikové užívání, pod které můžeme zařadit: užívání látky na místech, kde hrozí nebezpečí, a to, že jedinec užívá návykové látky i přes jasné riziko, které tyto látky způsobují. (Raboch, Hrdlička, Mohr, Pavlovský, Ptáček, 2015)

Poslední skupinou jsou kritéria farmakologická, mezi která patří: tolerance vůči účinkům drogy a odvykací stav při snížení množství látky. (Raboch, Hrdlička, Mohr, Pavlovský, Ptáček, 2015)

Psychická a somatická závislost

Psychická závislost většinou nastává jako první a představuje základ pro terapii ve smyslu psychoterapie. Jedná se především o touhu užívat látku, která je nepotlačitelná. Jde o touhu drogu získat všemi možnými prostředky a konzumovat ji. Tato touha je tak silná, že ji uživatel nemůže odolat. Psychická závislost je spojena i se strachem, úzkostí a podrážděností z toho, že pokud si jedinec látku nevezme bude mu špatně. Jelikož chce toxikoman zažívat zážitky z látky znovu a znovu, dochází k častějšímu užívání a tím ke vzniku psychické závislosti. Toxikoman si může být vědom nebezpečnosti užívání látky, ale právě psychická závislost ho nutí látku opakovaně užívat. Toto bažení po droze se nazývá craving. (Göhlert, Kühn, 2001)

Tělesná (somatická) závislost se nejčastěji projevuje tím, že toxikoman po fyzické stránce dokáže fungovat pouze s drogou. Jakmile totiž dojde k abstinenci od drogy, dochází k těžkým abstinенčním příznakům. Jelikož se toxikomanovi ale zvyšuje tolerance na látku, musí zvyšovat její množství, aby dosáhl stejných účinků. To je samozřejmě přitěžujícím faktorem závislosti. Na nedostatek látky toxikoman reaguje abstinенčním příznaky, které nejčastěji zahrnují pocení a třes. (Göhlert, Kühn, 2001)

Tělesnou závislost může toxikoman pod lékařským dohledem překonat relativně v krátké době. Naproti tomu psychická závislost přetrvává po celý život, ale pomocí terapií dokáže toxikoman abstinovat a žít tak normální život. (Göhlert, Kühn, 2001)

Jak psychická, tak fyzická závislost se vyvíjí nezávisle na sobě. U některých drog (amfetaminy, nikotin, THC) se rozvine pouze závislost psychická, u některých (opioidy) i závislost fyzická. (Kalina a kol. 2015)

Drogová závislost

Vzniká jako následek užívání návykových látek, postupně se vyvíjí a rychlost jejího vzniku závisí na velkém množství faktorů (druh látky, intenzita braní látky, její dostupnost, aplikace látky atd.). Uživatel návykové látky nedokáže sám přestat s užíváním a je lhostejný ke zdravotním, ale i sociálním následkům. Ve většině případů si uživatel myslí, že má tzv. „vše pod kontrolou“. Jednou z rizikových skupin, která je nejvíce ohrožena závislostí na návykových látkách, jsou adolescenti a pubescenti. V této etapě života totiž jedinci hledají sami sebe, hledají vlastní identitu, chtějí experimentovat a zapadnout do kolektivu. Užívání návykových látek jim přijde atraktivní také proto, protože je zakázáno (revolta). (Vágnerová, 2014)

S užíváním návykových látek se také pojí pojmy úzus, abúzus a misúzus. Úzus znamená užívání látky, které se shoduje s předpisy a je v zájmu společnosti a jedince. Pod pojmem abúzus rozumíme nadměrné užívání návykových látek. A podpojemem misúzus rozumíme takové užívání návykových látek, které není v souladu s pohledem medicíny. Nejčastěji se jedná o užívání látek v nepříjemných situacích (těhotenství, řízení automobilu apod.) (Hoferková, Kraus, Bělík, 2017)

Droga

Tento pojem nese dva významy. V prvním případě se drogou rozumí léčivá látka ať už rostlinného, nerostného nebo živočišného původu. V druhém případě je droga chápána jako látka, která ovlivňuje psychiku jedince. Je zpravidla návyková, většinou nelegální a škodlivá pro organismus uživatele. Tento pojem je zakotven i v legislativě, konkrétně v zákoně o návykových látkách (Zákon č. 167/1998 Sb.). Ten charakterizuje drogy jako látky, u nichž vzniká riziko návyku či psychických změn, které jsou nebezpečné pro společnost, ale i jedince samotného. (Kalina a kol., 2003)

Drogy také můžeme rozdělit hned z několika hledisek. V nejširším pojetí je dělíme na látky legální (alkohol, tabák atd.) a nelegální, jejichž distribuce i výroba jsou nezákonné (pervitin, heroin, LSD atd.). Podle míry vzniku závislosti dělíme drogy na měkké (tabák, alkohol atd.) a tvrdé (pervitin, kokain atd.). (Kalina a kol., 2003)

Nicméně podle Presla (1995) je vhodnější dělit drogy na skupinu s akceptovatelným (přijatelným) rizikem a na skupinu s nepřijatelným rizikem. Látky s přijatelným rizikem jsou takové látky, které můžeme konzumovat v přijatelné míře, a ačkoliv u některých jedinců dojde ke ztrátě kontroly nebo k tělesnému poškození, těchto jedinců není tolik, aby to bylo pro společnost znepokojující a zvedla se přísná opatření. U látek s nepřijatelným rizikem je tomu právě naopak.

1.1 Kategorizace nelegálních drog

Jak se dá z již výše uvedeného vyčíst, existuje mnoho způsobů, jak drogy rozdělit. Já se zde ale budu zabývat rozdělením drog tvrdých a nelegálních na jednotlivé podkategorie.

Kanabinoidy

Jsou skupinou drog přírodních s někdy až halucinogenními účinky. V některé literatuře jsou tedy řazeny spíše pod halucinogeny. U tohoto typu drog se nevytváří závislost fyzická, ale psychická. Hlavním představitelem této skupiny je konopí, které obsahuje halucinogenní látku tetrahydrocannabinol (THC), pro kterou je nejčastěji užíváno. Nejznámější je marihuana, která vzniká sušením a obsahuje větší množství THC. Nejčastějším způsobem, jak marihuanu užívat je kouření nebo také přidáváním do pokrmů nebo nápojů. Z konopí se dále vyrábí i hašiš, který obsahuje vyšší obsah THC a je proto silnější než marihuana. (Valíček, 2000)

Marihuana je také jednou z nejdiskutovanějších a nejfrekventovanějších drog. Její účinky jsou často spojovány s léčením nejrozličnějších forem onemocnění jako například epilepsie, Parkinsonovy choroby, a dokonce i zhoubných nádorů. Narozdíl od ostatních drog nehrozí tak vysoké nebezpečí závislosti a jsou akceptovatelná i rizika zdravotní, která s sebou užívání marihuany přináší. Proto se velmi často diskutuje o její legalizaci. Hlavní důvody proti legalizaci marihuany spočívají v tom, že stejně jako u jiných drog jsou její účinky individuální. Dalším problémem v užívání marihuany je to, že marihuana je často jakousi „vstupní drogou“ k drogám ostatním. (Presl, 1995)

V dnešní době je ale u nás stále častěji používané tzv. CBD konopí. Jedná se o konopí, které je využíváno pro léčebné účely. V přípravcích CBD proto nalezneme pouze stopové množství THC. CBD je sice společně s THC obsaženo v konopí, ale narozdíl od THC není psychoaktivní a je legální ho užívat. Mezi účinky CBD patří například účinky protizánětlivé, tlumí nevolnost, je užíváno k prevenci epileptických záchvatů, poskytuje úlevu od bolesti a má pozitivní vliv i na pokožku (pomáhá při lupence, ekzémech a akné). (Co je CBD konopí a jaké jsou jeho účinky, online)

Halucinogeny

Halucinogeny způsobují změnu vědomí a vnímání, mohou způsobit trvalé změny psychiky jedince a ovlivňují činnost CNS. U této kategorie drog nedochází k fyzické závislosti na droze, ačkoliv jistá rizika samozřejmě existují. U této skupiny drog je značné nebezpečí v jejich účincích. Jelikož způsobují halucinace, poruchy vnímání a psychózy. Halucinogeny dělíme dle původu na rostlinné a syntetické. Nejznámějším halucinogenem syntetického původu je LSD, které bylo dříve využíváno v terapii a stalo se symbolem hnutí Hippie. Nejčastěji je užíváno ve formě tzv. tripů (papírky napuštěné malým množstvím LSD), ale často je užíváno i ve formě tablet, injekcí nebo se míchá s jinou látkou. (Valíček, 2000)

Mezi halucinogeny rostlinného původu nejčastěji řadíme muchomůrku červenou a psilocybin. Muchomůrka červená byla dříve nejčastěji využívána při obřadech a rituálech a největším rizikem, které je spojováno s touto houbou je, že při předávkování dochází k otravě. Druhou houbou, která je užívána pro své halucinogenní účinky je Lysohlávka česká, která obsahuje látku psilocybin. Užívají se pouze klobouky hub nejčastěji sušené nebo naložené, ale mohou se i kouřit v kombinaci s marihuanou a tabákem. Svými účinky nejvíce připomíná LSD a v případě užití této houby nastanou příznaky intoxikace (bolest hlavy, křeče, změny nálady atd.). (Valíček, 2000)

V dnešní době se také objevují nové syntetické halucinogeny, mezi které se řadí 2C-B, DOM, DOB a TMA-2. Co se týče rozšíření halucinogenů, jsou rozšířeny celosvětově, nejčastěji jako taneční droga nebo droga doplňková. Často se také můžeme setkat s intoxikací přírodními halucinogeny u dospívajících. Tyto experimenty jsou ale velice nebezpečné a mohou končit i smrtí. (Kalina a kol., 2015)

Jelikož na halucinogenních drogách nevzniká ani psychická, ani somatická závislost, pro léčbu stačí většinou jen vysadit halucinogenní látku. V případě komplikací ve formě flashbacků nebo dalších přetrvávajících problému je dobré jedince ovlivňovat psychoterapeuticky, v těžších případech využít antipsychotika. (Kalina a kol., 2015)

Opiáty

Opiáty jsou získávány z opia (šťáva z nezralých makovic) a dochází u nich k fyzické i psychické závislosti. Mezi typické zástupce opiátů patří opium, kodein, morfin, heroin a metadon. U nás je nejznámějším představitelem tzv. braun, který se nejčastěji vyrábí podomácku z dostupného kodeinu a je užíván nitrožilně. Nejznámějším a nejrozšířenějším zástupcem je ale heroin, který je velice návykový, aplikuje se nitrožilně, ale lze ho užívat i kouřením nebo inhalací. K substituční léčbě závislosti na heroinu se používá metadon. Dalšími látkami jsou kodein a morfin, které jsou nejčastěji užívány v lékařství kvůli svým tlumícím a uklidňujícím účinkům. (Vágnerová, 2014)

Závislost na opiátech s sebou nese nemalá rizika. Uživatel na nich závislý potřebuje předejít abstinčním příznakům, a proto drogu užívá opakovaně, ve většině případů nitrožilně. Užívání opiátů postupně ničí osobnost a sebekontrolu uživatele, dochází ke zdravotním problémům, které jsou závažné a předávkování opiáty může skončit i smrtí. (Vágnerová, 2014)

Léčba uživatelů závislých na opiátech začíná nejčastěji detoxifikací. Jedinci se podává jiný opiát např. metadon, čímž se snaží jedince převést na jiný opiát a postupně se snižuje jeho dávka. Následně je jedinec převeden do režimové léčby a měl by navštěvovat i psychoterapii. Důležité je zmínit, že by měla být léčba zakončena doléčováním, což je nezbytné pro plnou abstinenci. V případě opioidů je u klientů, kteří nejsou dostatečně motivováni k odvykání, doporučována substituční léčba. (Kalina a kol.,2015)

Stimulační drogy

Stimulační drogy jsou látky, které svojí stimulací CNS povzbuzují organismus a zvyšují psychickou i fyzickou aktivitu. V ČR je nejrozšířenější drogou z této kategorie bezesporu pervitin a první příčky si drží i celosvětově. Nejčastěji se tyto látky konzumují nitrožilně a méně často se kouří zahřáté z alobalu (převážně crack). Na látkách tohoto typu vzniká závislost hlavně psychická. (Kalina a kol., 2015)

Mezi nejznámější stimulační drogu amfetaminového typu patří pervitin, který se vyrábí buď z amfetaminu nebo z efedrinu, který lze získat z různých léků, a proto je nejčastěji efedrinový pervitin vyráběn podomácku. Pervitin je považován za českou drogu, která u nás má značnou tradici, a dokonce je od nás vyvážen. Jeho nejčastější aplikace je šňupáním nebo nitrožilní aplikací. Další stimulační drogou je kokain, který je přírodní a jeho historie sahá až do období Inků, kteří listy cocy žvýkali. V minulosti byl kokain využíván i v medicíně. Nejčastěji je užíván šňupáním (stejně jako pervitin) nebo nitrožilně. Kokainu je často přezdíváno „droga bohatých” nebo také „droga umělců” a tomu odpovídá i jeho cena. Jako směs kokainu a jedlé sody je také často užíván crack, který je považován za drogu chudých. Jelikož se kouří, má stejné účinky jako kokain, ale při výrobě se snižuje dávka kokainu. Droga, kterou můžeme zařadit jak mezi halucinogeny, tak právě stimulační drogy, je extáze, která je nejčastěji přezdívána jako „taneční droga” nebo „party droga” a je nedílnou součástí tanečních večírků. Nejčastěji se užívá v podobě různobarevných tablet. (Hoferková, Kraus, Bělík, 2017)

Jak jsem psala výše, na této kategorii drog vzniká závislost spíše psychická, a proto je léčba zaměřena spíše na dlouhodobou terapii po vysazení stimulancií a podporu v abstinenci. Negativní dopady drogy na psychiku člověka jsou nejčastěji řešeny farmaky. (Kalina a kol., 2015)

Těkavé látky

Mezi těkavé látky patří toluen, benzín, trichloretylen, aceton a jiná rozpouštědla, lepidla, nebo spreje, které se vyznačují značnou toxicitou. Tyto látky jsou finančně dostupnější, než většina předešle zmiňovaných drog a v době, kdy byla většina drog u nás nedostupných byli pro uživatele návykových látek dostupnější právě tyto látky. Užití látky vyvolává ospalost, dochází k poruchám paměti a pozornosti a zhoršení koordinace pohybů. Tyto látky s sebou nesou značná rizika, protože poškozují tkáň organismu a odbourávají tuky, které kryjí buňky. Jelikož jsou aplikovány většinou čicháním a inhalací, tak poškozují dýchací cesty, CNS a játra. Snadno také dochází k předávkování a následnému úmrtí. Závislost na těchto látkách vzniká velice rychle. (Hoferková, Kraus, Bělík, 2017)

Jelikož na těchto látkách vzniká závislost především psychická a závislost většinou poškozuje ve velké míře zdraví člověka, nejčastěji se doporučuje abstinence, následná dlouhodobá psychoterapie a podpora abstinence. (Kalina a kol., 2015)

Zneužívaná farmakologie s psychotropním účinkem

Tyto látky jsou využívány v medicíně, jako léky, které mají tlumivé a uklidňující účinky. Některé tyto léky lze získat i bez lékařského předpisu, což představuje problém v jejich nadužívání, kdy pravidelným užíváním může vzniknout jak psychická, tak i fyzická závislost na látkách, které jsou v lécích obsažené. Velkým problémem je, že jedinci závislí na těchto látkách nejsou nijak registrovaní, a tudíž ani léčení na rozdíl od uživatelů psychoaktivních látek. Jejich užívání je také nebezpečné v kombinaci s ostatním typem návykových látek (alkohol). Mezi tlumivé látky jsou nejčastěji řazeny analgetika, hypnotika, sedativa, antidepresiva a anxiolitika. (Hoferková, Kraus, Bělík, 2017)

Při léčbě se dbá na postupné vysazování látky, což zhoršuje psychický stav jedince. Tento stav se následně musí řešit jinou medikací. Při léčbě se také doporučuje využívat psychoterapie (Kalina a kol., 2015)

Nové psychoaktivní látky

V ČR se častěji využívá termín „nové syntetické drogy“. Vzhledem k tomu, že mezi tyto látky nepatří pouze syntetické drogy, ale celá řada dalších látek (přírodní, rostlinné atd.) je vhodnější využívat název „nové psychoaktivní látky“. (Kalina a kol., 2015)

Termín nové psychoaktivní látky je nejčastěji využíván pro látky, které jsou imitací klasických nelegálních drog, které jsem zmiňovala výše. Těmito drogami se distributoři snaží obejít legislativu, jelikož tyto drogy nejsou na seznamu nelegálních látek. Mezi hlavní zástupce nových psychoaktivních látek patří kationy, fenetylaminy, tryptaminy, piperaziny, kanabimimetika, opioidní agonisté a disociativní anestetika. (Kalina a kol., 2015)

Tyto látky nemohou být samozřejmě prohlašovány oficiálně za stimulační drogy, halucinogeny apod., proto jsou často prodávány jako sběratelské kousky, přísady do koupele, hnojiva atd. Nové psychoaktivní látky s sebou však nesou řadu problémů. Jelikož účinky těchto látek nebývají mnohdy řádně ověřeny, uživatelé, kteří si tyto látky koupí se stávají pokusnými králíky ve smyslu rizik, která jim mohou látky způsobit. Dalším problémem je samozřejmě i fakt, že do obchodů (sběratelských obchodů), kde se tyto látky legálně prodávají chodí nakupovat i mladí lidé, kteří by za normálních okolností po klasické droze nesáhli. Jelikož ale předpokládají, že jde o nezávadnou, ověřenou a legální alternativu k alkoholu, není pro ně morální překážkou koupě takové látky. Problémů u nových syntetických drog najdeme celou řadu, nehledě na to, že jsou tvořeny velkým množstvím látek s odlišnými účinky (stimulancia, euforizující látky, sedativní látky atd.) a tak nikdy nevíme, jak droga zareaguje na naše tělo. (Kalina a kol., 2015)

Fenomén nových psychoaktivních látek neustále roste. V současné době je těžké se vůbec zorientovat v množství látek, které jsou mezi uživateli hojně využívány. Největším problémem je již zmiňovaný problém s ověřitelností látek v droze. Mnohdy se tak stává, že si uživatel vezme drogu, do které je přimíchána látka, která nadělá více škody než užitku.

2 Multikauzální etiologie rozvoje závislosti a důsledky užívání drog

Než se dostaneme k léčbě a péči samotné, je důležité si říct něco o příčinách užívání drog a jejich důsledcích. Nejdříve totiž musíme pochopit, co stojí za vznikem závislosti. Mezi nejčastější činitele, kteří mají na jedince vliv patří vnější prostředí, ve kterém se jedinec nachází, ale také vnitřní svět jedince. Důležité je také zmínit, že ve většině případů není příčina pouze jedna, ale je to mnohoúrovňová interakce mezi několika rizikovými činiteli. Proto je důležité znát příčiny vzniku závislosti, protože na jejich základě se poté při léčbě a prevenci závislosti využívá několik postupů, které mohou posilovat ochranné faktory a zároveň oslabovat faktory, které jsou rizikové.

Hned v úvodu bych také chtěla zmínit, že vznik závislosti se řídí hned několika etapami. Mezi tyto etapy patří etapa počáteční, ve které dochází k prvnímu setkání s látkou, tedy k experimentování. V této fázi se objevují pocity euforie, jedinec chce tento pocit opakovat a zvyšuje dávky. V druhé fázi tzv. varovné, nejčastěji jedinec hledá příležitosti k opakování daného stavu, zároveň se v této fázi postupně vytrácí schopnost kontroly a zvyšuje se i frekvence užívání návykové látky. Třetí fázi je fáze rozhodná, ve které jedinec nedokáže s užíváním návykové látky přestat a dochází k jakési pravidelnosti konzumace látky. Jedinec se snaží své jednání ospravedlnovat a racionálně vysvětlovat, nicméně se mu nedaří abstinovat a začínají se objevovat problémy sociální, psychické a v některých případech i fyzické. V poslední fázi tzv. konečné, se objevují abstinenční příznaky, dochází k poškození psychického i fyzického zdraví a postupně k úpadku osobnosti. (Hoferková, Kraus, Bělík, 2017)

2.1 Multikauzální etiologie rozvoje závislosti

Jak jsem již zmiňovala, příčina závislosti není pouze jedna, ale většinou se jedná o spolupůsobení hned několika faktorů, ať už biologických, psychických nebo sociálních. Také záleží na tom, jak daná látka na lidský organismus působí (některé látky vyvolají závislost u kohokoli a nezáleží na psychických nebo biologických predispozicích) a jak lidský organismus na látku reaguje. Záleží tedy na pozitivní a negativní reakci organismus na danou látku. (Vágnerová, 2014)

V dnešní době se ale spíše většina odborníků přiklání k bio-psycho-socio-spirituálnímu modelu, který je komplexnější a interdisciplinární. Millerová (2011) ve své knize uvádí model bio-psycho-sociální, který se zabývá současně jak dopady biologických aspektů na aspekty psychologické, tak i jejich následným dopadem na sociální aspekty jedince. Jak jsem psala výše, tato metoda je velice komplexní, ale zároveň pamatuje na individualitu příčin závislosti u každého jedince. Individuálně se totiž posuzují jednotlivé příčiny a tyto příčiny mohou mít různý podíl na vzniku závislosti. Například u některého závislého může převažovat biologická složka, zatímco psychologické a sociální aspekty jsou méně výrazné.

Kalina (2015) ve své knize uvádí hned několik paradigmat příčiny závislosti na návykových látkách, které by měli být vzájemně propojovány. Jako nejdůležitější paradigma ale vidí opět paradigma bio-psycho-sociální, které je nejkomplexnější a bere ohled na všechny složky lidské osobnosti. Zvláštní pozornost také věnuje integrativní teorii, která je v mnohém podobná právě bio-psycho-sociálnímu modelu. Podle této teorie je závislost kombinací faktorů vnitřních (psychických) a vnějších (prostředí), které působí na motivaci jak vědomou, tak nevědomou. Tato motivace poté člověka nutí vyhledávat uspokojení, potěšení nebo se vyhýbat nepříjemným prožitkům. Kalina zde tedy poukazuje na to, jak důležitá je motivace pro závislostní chování, které právě díky motivaci převáží chování ostatní.

Genetické faktory

Jak jsem psala výše, drogová závislost má příčin hned několik a většinou se jedná o spolupůsobení faktorů bio-psycho-sociálních. Na genetické faktory, které budu následně popisovat, se v současné době neklade takový zřetel. Nicméně jelikož je závislost velice komplexní poruchou, je samozřejmé, že i geny sehrávají v jejím vzniku roli. Za drogovou závislost jsou navíc zodpovědné vícečetné geny a také je složité najít nějaké jednoznačné východisko.

U vzniku závislosti může sehrát svoji roli právě genetická predispozice, se kterou se již narodíme. Mezi biologické faktory, které nás mohou ovlivňovat v budoucím životě, a které mohou vést ke vzniku závislosti můžeme zařadit rizikové chování matky v těhotenství (zda matka byla alkoholička, a tak se dítě s látkou setkávalo již před narozením), okolnosti porodu (zda byly matce podávány například tlumivé látky atd.) a v poporodním období samozřejmě vlivy, které ovlivňují psychomotorický vývoj dítěte, přítomnost nemocí a traumat. Lze tedy říct, že biologické faktory společně s psychologickými a sociálními působí neustále ve vzájemné interakci. (Kalina a kol., 2003)

Šustková (In Kalina, 2015) ale uvádí, že vliv dědičných predispozic můžeme více uplatnit u závislostí jako takových, protože přímo u závislosti na drogách se tak často nevyskytuje. V některých případech se ale určité dědičné prvky, které vedou člověka k závislosti na návykových látkách objevují. Většinou také drogová závislost souvisí s řadou psychických nebo psychiatrických onemocnění a také se často objevuje drogová závislost společně s jiným typem závislosti (gamblerství).

Svoji roli sehrávají také epigenetické změny, které jsou navozovány vlivem prostředí (nadměrný stres). Výrazným rizikovým faktorem drogové závislosti je například i nadměrný stres, převážně v dětském věku. Samozřejmě tato teorie není aplikovatelná na všechny, kteří byli v dětství vystaveni stresu, nicméně i to může sehrát svoji roli při vzniku drogové závislosti. (Kalina a kol., 2015)

U biologických faktorů nesmíme také zapomínat na neuromechanismy, které jsou právě drogou ovlivňovány. Právě užívání látek vede ke změnám těchto neuromechanismů v mozku, to poté vede ke změnám nálad, kognitivních funkcí a emocí. Například látky stimulační zvyšují hladinu dopaminu (pocitu euforie, bdělosti a vzrušení), opiáty zase hladinu endorfinu a enkefalinu. Právě vyplavování těchto hormonů štěstí vede nejčastěji ke cravingu (bažení po droze). (Kalina a kol., 2003)

Psychologické faktory

Psychologické faktory, které ovlivňují vznik závislosti souvisí již s prenatálním a perinatálním vývojem jedince. Například pokud matka v těhotenství prožívá stres a snaží se ho zmírnit tlumivými léky, přenáší účinky látky i na plod. V období vývoje dítěte pak může dojít k tomu, že pokud dítě aplikuje tlumivé látky zažije sice nové, ale již dávno prožité zážitky. Právě pozitivní zpětná vazba na takovou látku může vést ke vzniku závislosti. (Kalina a kol., 2003)

V dalším období života dítěte je poté důležitý jeho harmonický vývoj, uspokojování potřeb a podpora v době dospívání. Velkou roli hraje také pomoc při patologických duševních poruchách (deprese, úzkost, ...). Pokud totiž tato pomoc není k dispozici, jedinec zkouší tzv. sebemedikaci a ta může vést až k závislosti. (Kalina a kol., 2003)

Důvodů počátečního experimentování může být hned několik. Mohou být jak individuální, tak výsledkem tlaku sociální skupiny. Nejčastěji jde o potřebu vyhnout se stresu, problémům a frustracím. Motivem pro abúzus může být i potřeba uspokojení a slasti, únik od stereotypu, nudy nebo uvolnění zábran (nejčastěji u alkoholu). (Vágnerová, 2014)

Ačkoli typ osobnosti, který by vedl k užívání návykových látek neexistuje, existují určité tendence. Více disponování k užívání návykových látek jsou lidé emočně labilní, nejistí, s vysokou mírou extraverze, kteří nedokážou zvládat své problémy. Dále lidé, kteří mají nepřiměřená očekávání a sníženou sebekontrolu. Tito lidé hledají úlevu právě v návykových látkách. Droga jim pomáhá naplnit jakési vzrušení, které v běžném životě nemají. (Vágnerová, 2014)

Sociální faktory

Sociálních faktorů, které ovlivňují vznik závislosti je celá řada. Od obecných, mezi které patří například rasová příslušnost, status rodiny a prostředí, ve kterém jedinec žije (je samozřejmé, že například městské prostředí bude pro jedince daleko rizikovějším než prostředí vesnice), až po konkrétní sociální faktory, mezi které patří rodina a vliv vrstevnických skupin. (Kalina a kol., 2003)

Rodina sehrává v životě dítěte nezaměnitelnou roli a proto, pokud dítě pochází z dysfunkční rodiny, je velké riziko, že bude hledat únik z reality a tím i z rodiny v návykových látkách. V rodinách, kde je dítě v blízkém kontaktu se závislými osobami může také docházet k nápodobě jejich chování. Vedle rodiny je pro dítě důležitá i vrstevnická sociální skupina a velký problém nastává, pokud se dítě tzv. „chytí špatné party“, pro kterou je užívání návykových látek běžnou činností. Za riziková můžeme považovat i některá zaměstnání, která mohou být více stresová nebo usnadňují přístup k návykovým látkám (zdravotníci). Riziko abúzu ale posiluje i nezaměstnanost, sociální znevýhodnění, sociální vyloučení nebo nižší úroveň vzdělání. (Vágnerová, 2014)

2.2 Důsledky závislosti

Důsledky užívání návykových látek zasahují člověka jak na psychické, biologické tak i sociální úrovni. Mezi nejčastější komplikace, které mohou nastat během drogové závislosti patří akutní intoxikace, odvykací stav, psychotické poruchy (halucinace, schizofrenie atd.), amnestický syndrom (zhoršení krátkodobé paměti), reziduální stavy (flashbacky) a deprese. (Kalina a kol., 2015)

Jak jsem psala výše, drogová závislost je často spojována s duševními onemocněními. Pro takové spojení se používá pojem „duální diagnóza“. Nejčastěji se popisují tři skupiny lidí v souvislosti droga-duševní onemocnění. První skupinu můžeme charakterizovat jako jedince, kteří duševním onemocněním trpí a návykové látky jim přinášejí dočasnou úlevu. Druhou skupinu můžeme charakterizovat jako ty, jejichž drogová závislost duševní nemoc vyvolala (nebo spíše vyprovokovala). Třetí skupinou jsou potom ti, u kterých jak drogová závislost, tak duševní porucha mají stejnou příčinu (stresová porucha z traumatizace z dětství). Z pohledu důsledků závislosti na návykových látkách nás nejvíce zajímá druhá skupina, u níž duševní onemocnění vyvolala právě drogová závislost. Mezi časté duševní onemocnění vyvolané drogami můžeme zařadit psychotické stavy (pervitinové psychózy), úzkostné stavy, traumatické a stresové poruchy, poruchy příjmu potravy, ADHD nebo například poruchy osobnosti. (Kalina a kol., 2015)

Toxikomanům se také změnil žebříček hodnot, které dříve uznávali a na první místo před všemi svými dřívějšími zájmy staví drogu. Je pro ně také čím dál těžší droze odolat, a tak dochází k celkové ztrátě sebeovládání. (Negativní důsledky drogové závislosti, online)

Somatických komplikací je celá řada. Vlivem drogy totiž „chátrá“ celý organismus. Dochází ke ztrátě hmotnosti vlivem špatných stravovacích návyků. Kouřením některých drog (marihuana, kokain, ...) dochází k poškozování plic, které se může projevit zánětem dýchacích cest nebo poškozením plicních váčků. U nitrožilních uživatelů je vysoké riziko přenosu infekcí HIV, žloutenky typu B a C. Bakterie, které se dostanou do žil napadnou srdeční chlopně a může dojít až k selhání srdce nebo otravě krve. Často se u nitrožilních uživatelů také setkáváme s abscesy. Užíváním návykových látek dochází také k poškození jater a ledvin, nejčastěji k selhání jater a ledvin, nádorům a cystám. Vlivem užívání návykových látek také dochází k poškození mozku, a to ve formě narušení vědomí a při delším užívání může dojít až k poškození některých struktur mozku. Následně vznikají poruchy nálad, deprese nebo úzkost. Drogy samozřejmě působí nepříznivě na celý organismus a jejich užívání může vyústit v infarkt nebo mrtvici. Mají také vliv na hormonální rovnováhu, proto může u některých žen toxikomanek docházet k neplodnosti. V těhotenství, jak jsem již psala výše, užívání návykových látek škodí nejen matce, ale i plodu. Tím se zvyšuje riziko potratu nebo vrozených vad. (Kalina a kol. 2015)

Sociální následky užívání drog začínají většinou postupně od neplnění povinností, absence v zaměstnání až po následnou ztrátu zaměstnání. Narušují se také kontakty s okolím, toxikoman začne upřednostňovat drogu před přáteli, a to následně vede ke ztrátě kontaktu a výměně za kamarády z drogové scény. Proto je často těžké pro toxikomana se po abstinenci vrátit zpět k běžnému životu bez drog. Ne jinak je to u rodiny. Toxikoman totiž často lže, podvádí, krade rodinný majetek, aby měl na drogy a rodinu tím rozbíjí. (Negativní důsledky drogové závislosti, online)

3 Systém péče o drogově závislé v ČR

Z toho, co jsem psala v předešlé kapitole vyplývá, že závislost může mít hned několik příčin, a proto se také k její léčbě používá i více postupů. V České republice je v současnosti vybudována relativně trvalá síť péče pro uživatele návykových látek. Tento ucelený systém péče se skládá z léčebných, poradenských a sociálních služeb. Jednotlivé složky tohoto systému spolu navzájem spolupracují, doplňují se a jsou zaměřeny na aktuální problémy a potřeby klienta. Proto systém péče nejčastěji dělíme do následujících kategorií: terénní programy a nízkoprahová centra, ambulantní péče a denní stacionáře, ústavní a detoxikační léčba, terapeutické komunity, doléčovací programy a substituční léčba. Jelikož by léčba měla být dlouhodobá a intenzivní, je zapotřebí aby klient navštěvoval a využíval nabídek více zařízení. Tento systém se také musí neustále přizpůsobovat a vyvíjet s ohledem na zvyšování počtu závislých klientů. Musí také „držet krok“ s aktuálními potřebami v terénu a vznikem nových trendů v oblasti drogové problematiky.

V dalších částech této kapitoly tak budou charakterizovány jednotlivá zařízení, programy a služby, které se zabývají systémem péče o drogově závislé v České republice.

Matching

Matching je mezinárodní označení pro přizpůsobení léčby pacientům s ohledem na jejich potřeby a dostupné možnosti. Jak jsem již psala výše, je důležité, aby byla léčba spíše individualizovaná a aby bylo více přihlíženo k potřebám klienta a jeho jedinečnosti než k prvotní diagnóze. Neexistuje totiž jednotná léčba, která by byla správná pro všechny a také klientovi nemusí vyhovovat každý typ léčby. Proto je důležité, aby každé zařízení mělo jasně dané přesné parametry svého programu a klient si tak mohl vybrat, který mu bude vyhovovat nejvíce a aby sami pracovníci mohli zhodnotit, zda je klient pro jejich zařízení vhodným kandidátem. (Kalina a kol., 2003)

Adiktologické poradenství

Poradenstvím u uživatelů návykových látek rozumíme hlavně poskytování podpory odborným pracovníkem a vedení klienta. Je vedeno především na sociální a psychologické úrovni, ale často je zaměřeno i na poradenství v oblasti právní nebo pracovní. Hlavním cílem je pomoci klientovi vést lépe vlastní život a také klientova autonomie. Poradenství by nemělo být bráno jako prostředek kontroly klienta, ale spíše jako pomoc. Proto by také nemělo být vynucováno, ale je pouze nabízeno a klient se sám rozhodne, jestli o poradenství má nebo nemá zájem. (Kalina a kol., 2003)

V péči o uživatele návykových látek se poradenství využívá velice často. Stejně jako u jiných činností, které se zabývají péčí o drogově závislé, musíme i zde dbát na subjektivní prožívání klienta a na jeho vlastní potřeby a limity. Kontakt s klientem probíhá nejčastěji právě v terénu, kde se jedná především o poradenství jednorázové, tedy harm reduction nebo může pracovník klientovi nabídnout, aby docházel do kontaktního centra. Dále kontakt s klientem probíhá i v kontaktních nebo poradenských centrech, kde je očekávána větší aktivita od klienta. V těchto centrech na něj může být působeno od podávání informací o jeho zdravotním stavu a možnostech léčby až k rozhovorům, které motivují klienta ke změně životního stylu. (Kalina a kol., 2003)

Poradenství pro uživatele návykových látek může ale probíhat i v rámci právního poradenství, které informuje klienty o jejich zákonných právech a povinnostech a pomáhá jim s jejich naplňováním. Dále může poradenství probíhat v rámci internetové drogové poradny, která se snaží o okamžitou zpětnou vazbu a zodpovězení otázek návštěvníků webu. (Kalina a kol., 2003)

U poradenství pro uživatele návykových látek musíme také počítat s tím, že tito jedinci mají často problémy s respektováním a vztahem k autoritám. Často se také můžeme setkat s jejich nedůvěrou k druhým lidem a jejich častou neschopností kontrolovat svoji impulzivitu. I z tohoto důvodu se může často poradce setkat s nedůvěrou klienta v jeho osobu, především, pokud měl klient již dříve nějaké negativní zkušenosti s autoritami. Poradce by si měl proto také uvědomit, že navázání kontaktu s takovým klientem může chvíli trvat. (Miller, 2011)

U adiktologického poradenství se také můžeme setkat s několika základními teoriemi. První z nich je **psychoanalytická teorie**, jejíž hlavní myšlenkou je, že osobnost každého jedince je formována jeho prožitky, z raného období jeho života. Každý člověk totiž prochází z hlediska vývoje několika psychosociálními stádii, a tak důsledky jeho problémů pocházejí z toho, že se v jednom ze stádií „zasekl“. Cílem této terapie je tak z nevědomého učinit vědomé tím, že klienti prožívají své dřívější zkušenosti a potlačované konflikty a tím dojdou k pochopení svého problému (závislosti). Druhou teorií adiktologického poradenství je tzv. **Adlerovská teorie**, která má za cíl to, aby závislý přehodnotil své prvotní názory a životní cíle a aby si pomocí podnětů nabízených poradcem zvolil cíle sociálně prospěšnější. Tím se u klientů rozvíjí pocit jejich sounáležitosti. Tato teorie se zabývá subjektivními pocity a prožitky klienta na jejichž základě se snaží o hledání nových možností řešení jejich problému. Dalšími teoriemi jsou **existenciální terapie**, **terapie zaměřená na člověka** a **gestalt terapie**. Tyto teorie adiktologického poradenství jsem uvedla společně, protože v jejich cílech jsou si v mnohém podobné. Hlavním cílem je to, aby si člověk uvědomoval možnosti, které jsou mu nabízeny, aby dokázal převzít odpovědnost za své jednání a aby si člověk uvědomil, že je vlastně svobodný a porozuměl sám sobě. V těchto teoriích je také důležité rozvíjet to, aby jedinec důvěřoval nejen sobě, ale i svému okolí. Mezi teorie adiktologického poradenství patří také **terapie realitou**, která má za cíl to, aby klient převzal odpovědnost za své jednání a uvědomil si, jaký dopad má závislost na jeho život a okolí. Tato terapie vede klienta k tomu, aby dokázal zhodnotit svoji situaci a sám zjistil, jestli je ochoten přijmout změnu. U této terapie je také důležité seznámit klienty s možnostmi volby. Jako další teorii zde uvedu neméně důležitou **behaviorální terapii**, která má za cíl, aby se klienti zbavili svého rizikového chování a „cvičili“ méně rizikové formy chování. Aby se takového cíle dosáhlo, je důležité si uvědomit faktory, které chování ovlivňují a poté může být zjištěno, jak toto chování řešit. Poslední teorií adiktologického poradenství je **terapie kognitivně-behaviorální**, která se zaměřuje především na rizikový způsob myšlení, který má poté negativní vliv na jedincovo chování a jednání. Hlavním cílem je tedy naučit klienta reagovat na nežádoucí myšlenky, a tak se vyhnout i rizikovému chování. (Miller, 2011)

3.1 Terénní programy a nízkoprahová centra

Terénní programy

Terénní programy můžeme charakterizovat jako specifický druh sociální služby, který probíhá přímo „na ulici“. Je tedy specifický nejen svým přístupem ke klientovi, ale také místem kde probíhá. Nejčastějším místem, kde je služba poskytována je otevřená (ulice, školy) a uzavřená (squaty) drogová scéna. Jedná se také mnohdy o první kontakt uživatele návykové látky s danou organizací. Výhodou je to, že pracovníci přicházejí za klientem do jeho přirozeného prostředí a aktivně ho oslovují. Služby jsou většinou poskytovány anonymně, a tak může klient spolupráci odmítnout, aby předešel stigmatizaci. Nejdůležitější u terénní práce je právě navázání prvního kontaktu s klientem a získání klientovy důvěry. Terénní program je také specifický tím, že nezáleží, v jaké fázi závislosti se klient nachází a na jeho motivaci ke změně životního stylu. (Kalina, 2008a)

Jak jsem již psala výše, terénní program je často prvním zařízením, se kterým se jedinec setkává. Z toho také vyplývá cílová skupina, kterou nejčastěji tvoří právě obtížně dosažitelní jedinci, kteří mají minimální motivaci vyhledat pomoc v řešení jejich problémů. Nejčastěji se tedy jedná o experimentátory a pravidelné uživatele drog, kteří si neuvědomují, že by měli problém s užíváním. Dále jsou velmi ohroženou skupinou i tzv. „děti ulice“, které často pobývají na drogových bytech a samozřejmě i problémoví uživatelé drog, kteří již mají závislost plně rozvinutou. (Kalina a kol., 2003)

Služby terénních programů nejčastěji poskytují služby spojené s výměnou injekčního materiálu, poradenstvím o účincích a rizicích spojených s užíváním návykových látek, krizovou intervencí, sociálním a zdravotním poradenstvím zabývajícím se problematikou bezpečného sexu a přenosem infekčních chorob a samozřejmě i informačním servisem, který se zabývá předáváním informací o možnostech léčby. Z tohoto vyplývá, že je u pracovníků pracujících v terénních službách kladen důraz na profesionalitu a osobnost. (Kalina, 2008a)

Jelikož jsou terénní programy, jak jsem již psala, prvním kontaktem uživatele se zařízením, je nutné, aby spolupracovaly i s ostatními zařízeními jako jsou nízkoprahová centra (kontaktní centra) a metadonové programy. Terénní práce mi přijde jako důležitá hlavně z hlediska toho, že pracovníci se snaží kontaktovat uživatele drog v jejich přirozeném prostředí a motivují je ke změně jejich životního stylu. Spousta drogově závislých totiž nemá povědomí o organizacích, na které by se mohli obrátit, a tak je práce terénních pracovníků velice důležitá, protože dostávají organizaci do povědomí drogově závislých. Uživatel poté svoji zkušenost může sdílet ve své komunitě, a tak se služby, které se zabývají péčí o drogově závislé dostávají do povědomí nejen dalších uživatelů návykových látek, ale také široké veřejnosti.

Kontaktní centra

Jedná se o nízkoprahová zařízení, která jsou specifická svým přístupem ke službě a klientovi. Jsou anonymní a aby mohl uživatel využít služby kontaktního centra, nemusí být po abstinenci. (Kalina, 2008a)

Cílovou skupinou jsou uživatelé návykových látek, kteří jsou v různých stádiích závislosti a mají různou motivaci ke změně a také jejich blízcí, kteří potřebují podporu, poradenství, informace a pomoc. (Kalina, 2008a)

Hlavním cílem kontaktního centra je minimalizace rizik spojených s užíváním návykových látek, ochrana společnosti, snaha vytvořit u klientů motivaci ke změně chování a životního stylu, podpora a příprava klienta na další léčbu, poskytování základních podmínek k přežití (strava, hygienický servis), pomoc v krizi, spolupráce s rodinou a blízkými apod. Tyto cíle zajišťují kontaktní centra pomocí kontaktní práce, při které se snaží navázat kontakt s klientem a snaží se o minimalizaci rizik spojených s užíváním návykových látek. Kontaktní centra nabízejí také asistenční služby v rámci různých doprovodů, poradenství, výměnný program a základní zdravotní a hygienickou péči. V rámci kontaktního centra se může klient také nechat otestovat na infekční choroby (HIV, žloutenka), které se často objevují u nitrožilních uživatelů. (Kalina, 2008a)

Já sama jsem v kontaktním centru vykonávala praxi, kterou mi umožnila Univerzita Hradec Králové v době mého studia a po ukončení studia chci v Kontaktním centru i pracovat. Dle mého názoru je v kontaktním centru nejdůležitější vést klienty ke změně životního stylu a motivovat je v něm. Klienti se v kontaktním centru také učí základním sociálním dovednostem, které se v průběhu svého života většina z nich nenaučila (psaní životopisu, práce na PC, komunikace s institucemi atd.). Tím jim kontaktní centrum pomáhá ve snadnějším začlenění zpět do společnosti a života bez drog. Výhodou kontaktního centra je samozřejmě také hygienický servis (sprcha, praní prádla), protože většina klientů je bez domova, a tak možnost vysprchovat se nebo vyprat si prádlo je pro ně příležitostí, jak alespoň navenek vypadat trochu „reprezentativně“. Co já ale vidím jako dobrou možnost kontaktního centra více se přiblížit uživatelům je situační intervence. Pracovník je totiž téměř každý den svědkem běžných interakcí mezi uživateli, a tak do těchto interakcí může vstupovat, přinášet podněty, poradenství a může se dozvědět více o sociální situaci uživatelů, a tak s každým uživatelem individuálně řešit jeho životní událost, popřípadě mu podat poradenství a motivovat ho například v jeho abstinenci. Kontaktní centrum je proto dle mého názoru základním pilířem v systému péče o drogově závislé, protože si zde klienti mohou za pomoci pracovníků uvědomit svůj problém a pracovat na jeho řešení.

Na tomto místě bych také ráda zmínila aplikační místnosti, které v mnoha zemích rozšiřují síť služeb pro drogově závislé. První aplikační místnost vznikla ve Švýcarsku v roce 1986. V průběhu devadesátých let poté začali aplikační místnosti vznikat i v dalších zemích, jako například Německo, Nizozemsko, Španělsko, Austrálie, Kanada, Norsko a Lucembursko. (Zaostřeno na drogy, 2011, online)

Hlavním cílem, proč tyto aplikační místnosti vznikly, je snaha o ochranu společnosti a veřejného zdraví před nitrožilním užíváním návykových látek na veřejnosti. Cílem je ale nejen ochrana společnosti a snížení jejího pohoršení (aplikace drogy na veřejnosti), ale také snížení předávkování u nitrožilních uživatelů a snaha o snížení přenosných infekčních chorob. (Zaostřeno na drogy, 2011, online)

Aplikační místnosti mohou být součástí nějakého zařízení (integrované místnosti), které se péčí o drogově závislé zabývá (nejčastěji K-centrum) nebo jako samostatná zařízení (specializované místnosti). Specializované místnosti nejsou tak časté a většinou jsou zřizovány v blízkosti již existujících drogových služeb nebo v místech, kde je velká poptávka po místě, kde by se droga mohla aplikovat (drogová scéna, trh s drogami, ...). V Německu je například vytvořena samostatná mobilní aplikační místnost ve formě karavanu, který je speciálně upraven pro účely aplikace drogy. U integrovaných místností je přímo v zařízení zřízena speciální místnost pro účely aplikace drogy. (Zaostřeno na drogy, 2011, online)

Uživatelům návykových látek je zde poskytován sterilní injekční materiál a součástí místnosti jsou i nádoby na použitý injekční materiál. Tím dochází k bezpečné likvidaci infekčního odpadu. Místa k samotné aplikaci jsou pak vybavena stolem, židlí, lampou a zapalovačem. Součástí aplikační místnosti může být také místo, které mohou uživatelé využít po aplikaci drogy a tím předejít předávkování nebo dalším zdravotním důsledkům. Zařízení, ve kterých se aplikační místnosti nacházejí se snaží také poskytovat informace o zdravotní a sociální péči, prevenci a bezpečném užívání. (Zaostřeno na drogy, 2011, online)

Co se týče ČR, tak i zde byla projednávána možnost využití aplikačních místností. Tento návrh nebyl ovšem nikdy schválen. Nejspíše z důvodu rozporuplných a kontroverzních pohledů na tato zařízení. Já osobně zastávám názor, že by se o aplikačních místnostech, které by byli zavedeny v ČR mělo diskutovat a do budoucna by měli být i v ČR zavedeny. Aplikační místnosti jsou dobrou alternativou, jak ochránit veřejné zdraví, společnost a jak redukovat pouliční užívání drog. V aplikačních místnostech mohou být také uživatelé návykových látek kontrolováni hned po aplikaci drogy a tím lze zabránit předávkování.

3.2 Ambulantní centra a denní stacionáře

Ambulantní centra

Ambulantní léčba je zajišťována jak léčebnými, tak i neléčebnými zařízeními. Hlavní výhodou ambulantních center je to, že klient neopouští své přirozené prostředí a zařízení navštěvuje pravidelně v rámci konzultací. Péči o uživatele pak zajišťují lékaři, sestry, psychologové a sociální pracovníci. (Kalina a kol., 2003)

Cílovou skupinu tvoří klienti, bez rozdílu věku, pohlaví, vzdělání a zaměstnání, kteří se potýkají s problémem závislosti. Tato péče je poskytována nejen závislým, ale i experimentátorům, víkendovým uživatelům a také problémovým uživatelům. Mezi klienty ambulantního centra mohou patřit také osoby, jimž byla tato léčba nařízena soudem. Služba je ale také určena pro rodiny, příbuzné a osoby blízké uživatelům. (Kalina a kol., 2003)

Služby, které ambulantní centrum nabízí jsou poskytovány individuálně podle potřeb klienta. Dle těchto individuálních potřeb se také následně stanovuje frekvence kontaktu se zařízením. Nejčastější službou, která je tímto centrem využívána jsou individuální rozhovory, ať už poradenské či terapeutické. V ambulantním centru jsou ale využívány také skupinové terapie a rodinné nebo partnerské terapie. Někdy se také využívá farmakoterapie, a to především v počátku léčby na zmírnění abstinčních příznaků, ale i v průběhu léčby ke snížení doprovodných psychických problémů (úzkost, deprese). Všechny tyto složky péče jsou poté doplňovány sociální prací, která zajišťuje sociální poradenství (kontakt s úřady, vyřízení dokladů, žádost o dávky atd.) a jejímž cílem je resocializace jedince do společnosti bez drog. (Kalina, 2001)

Dle mého názoru je u klientů ambulantního centra důležitá především motivace k abstinenci a snaha o změnu životního stylu. Také je ambulantní léčba vhodná spíše pro klienty, kteří jsou zodpovědní, mají vyšší schopnost sebekontroly a u kterých je nižší možnost relapsu.

Výhodu (zároveň však nevýhodu) ambulantního centra nacházím právě v tom, že klient není vytržen ze svého přirozeného prostředí. Hlavní výhodou je bezesporu to, že mohou klienti nerušeně pokračovat ve svém každodenním životě, což u některých uživatelů může být důležité (například pokud mají práci, rodinu atd.). Negativní dopad to však může mít na uživatele, kteří se nacházejí ve škodlivém sociálním prostředí, kde jsou drogy běžnou záležitostí každého dne. Poté je pro uživatele jednodušší opět sklouznout k pravidelnému užívání.

Denní stacionáře

Jak uvádí Kalina (2003) ve své knize, denní stacionáře můžeme nazvat „zařízeními na půl cesty“. Jedná se totiž o zařízení, které stojí v systému péče o drogově závislé mezi ambulantními centry a ústavní léčbou. Denní stacionáře jsou zařízení, která poskytují denní péči pro závislé osoby a jejich blízké, přičemž se jedná o nelůžkové zařízení, které tuto péči poskytuje obvykle pouze v pracovní dny.

Klienty tohoto zařízení mohou být jak osoby nedlouho abstinující, tak i osoby, které drogy užívají, ale chtějí s užíváním přestat. Denní stacionáře jsou určeny pro klienty, kteří jsou schopni léčby bez vyčlenění z jejich přirozeného prostředí, a kteří nepotřebují nezbytně pobyt v ústavní péči. Klienti jsou do denního stacionáře vybíráni na základě kritérií, mezi které patří zajištěné bydlení, abstinenční příznaky, psychické a tělesné komplikace, nižší potenciál relapsu nebo například neškodící prostředí. (Kalina a kol., 2003)

Do denního stacionáře dochází klient, jak jsem již psala výše, každý den a podstatou stacionáře je strukturovaný program, který musí klient každý den splnit a po jeho splnění se vrací zpět domů. Proto je také kladen důraz na klientovu zodpovědnost a nezávislost. Strukturovaný program je vytvářen na základě individuálních potřeb každého klienta a jeho délka trvání je jasně stanovena na dobu 3–6 měsíců. Je také vhodné, aby klient před nástupem do stacionáře nejdříve prošel detoxifikační jednotkou a do služeb stacionáře tak šel „vyabstinovaný“. (Kalina a kol., 2003)

Strukturovaný program je vytvořen hlavně za účelem změny životního stylu a zároveň tak, aby nebyly narušeny vztahy s rodinou a blízkými. Základní službou, kterou stacionáře nabízejí jsou komunitní setkání, skupinové a individuální terapie, sociální práce, ale také pracovní terapie a volnočasové aktivity. Jelikož je stacionář určen i pro rodiny a blízké uživatele, důležitou součástí programu je i rodinná terapie a terapie partnerská, která pomáhá rodinám a blízkým pochopit situaci, ve které se její člen nachází a jak uživateli poskytnout emoční a sociální podporu. (Kalina a kol., 2003)

Léčba v denním stacionáři s sebou nese řadu výhod, ale i nevýhod. Jako výhodu vidím například to, že se ve stacionáři klienti učí sociálním a pracovním dovednostem, které jim v budoucnu pomohou v resocializaci zpět do společnosti bez drog. Také jsou velice důležité volnočasové aktivity, které stacionář nabízí, protože se tak klienti učí, jak trávit svůj volný čas jinak než užíváním drog. Klient se ale také učí žít ve svém přirozeném prostředí a učí se, jak se vyhýbat a zvládat rizikové situace.

To že klient žije i nadále ve svém přirozeném prostředí ale vidím zároveň i jako nevýhodu. Jelikož, i přes každodenní návštěvu stacionáře, se klient každý den nachází právě ve svém přirozeném prostředí, je pro něj prakticky nemožné vyhnout se drogám. Tak může častěji docházet k relapsům a poté k následnému ukončení kontaktu se stacionářem. Pracovníci sanatoria se samozřejmě snaží relapsům zabránit (kontaktovat klienta, když nepřijde do stacionáře). Nicméně pokud k relapsům dochází častěji, je poté klientovi doporučena spíše ústavní léčba nebo aby znovu podstoupil detox.

Proto si také myslím, že denní stacionáře by měli navštěvovat klienti, kteří žijí v dobrém sociálním prostředí, kteří se rozhodli s užíváním přestat a jsou k tomu namotivováni.

3.3 Detoxifikační jednotky

Hned v úvodu bych chtěla zmínit rozdíl mezi detoxikací a detoxifikací. Detoxikace znamená, že se organismus zbaví intoxikace po požití návykové látky a může probíhat i za použití farmak, které pomáhají jedinci s překonáním odvykacích stavů. Jedná se tedy o zvládání akutních odvykacích stavů. Detoxifikace je však léčebná metoda, jejímž hlavním cílem je ukončit u pacienta užívání drogy, zároveň snížit abstinenční příznaky a rizika poškození, která plynou z užívání drog. Detoxifikace i detoxikace se souhrnně označují pojmem detox a slouží k přípravě klienta na další léčbu. (Kalina, 2001)

Detoxifikační jednotky jsou tedy určeny ke zvládání abstinenčních stavů u pacientů, u kterých by nebyl bezpečný detox v domácí prostředí. Nejčastěji se jedná o pacienty, kteří jsou v důsledku abstinenčních příznaků nebezpeční sobě nebo okolí, o pacienty, kteří si chtějí snížit toleranci na drogu nebo například probíhá ze sociálních důvodů pacienta. Jak dlouho bude detoxifikace trvat záleží na druhu užívané látky a na konkrétním stavu pacienta. Doporučuje se také aby po odeznění odvykacího stavu zůstal pacient na pozorování a po úspěšném ukončení léčby byl předán dalšímu zařízení k následné péči. (Kalina a kol., 2003)

Tyto jednotky by měli poskytovat komplexní péči, a to zejména v oblasti farmakoterapie, psychoterapie a sociální práce. V oblasti farmakoterapie se nejčastěji využívá farmakologická léčba akutní intoxikace, odvykacích stavů, psychotických stavů a podpůrná farmakoterapie. Jelikož je pacient přijímán buď intoxikovaný nebo již s odvykacími příznaky, je farmakoterapie důležitá pro ulehčení odvykacích stavů a dávkování medikamentů se postupně snižuje do úplného vysazení léků. (Kalina, 2001)

V oblasti psychoterapie je nejvíce důležitá práce s motivací pacienta, ale využívá se i různých relaxačních technik nebo například rodinné terapie. Z oblasti sociální práce je pak důležitá hlavně pomoc pracovníka ve výběru dalšího léčebného zařízení, ale také pomoc v oblasti pracovní, právní, rodinné (kontaktování rodiny). (Kalina a kol., 2003)

Problém u detoxifikačních jednotek může nastat v případě, pokud pacient detox vyhledá se záměrem si od drog odpočinout nebo si snížit toleranci. Toleranci si nejčastěji uživatelé snižují z ekonomického hlediska, protože většina návykových látek je finančně náročná a pro uživatele tak přestává být finančně únosné si drogy opatřovat. Nicméně i tato „motivace“ je lepší než žádná a v některých případech může vést k zamyšlení pacienta na zlepšení jeho životního stylu a poté k následné spolupráci do budoucna.

3.4 Substituční léčba

Jedná se o terapeutický postup, při kterém je nahrazena návyková látka látkou s podobným účinkem, přičemž podávaná látka se podává pravidelně, je legální a také bezpečnější pro zdraví jedince. Pacientovi je podávána substituční látka v takovém množství, které potlačuje abstinenci příznaky, a tak mu umožňuje vést relativně plnohodnotný život. Rozlišují se tři základní typy substituční léčby, a to krátkodobá, tzv. detoxifikační substituce prováděna při hospitalizaci, která trvá 1-2 týdny, střednědobá, tzv. prodloužená detoxifikace v rámci ústavní nebo ambulantní léčby, která trvá několik týdnů až měsíců a dlouhodobá substituce, tzv. udržovací, která je realizována ambulantně a trvá řadu měsíců až let. (Kalina, 2008a)

Hlavním cílem substituční léčby je snížení konzumace drog a podpora sociálního zdraví pacientů. Dále také pacienti vyhledávají tento druh léčby, protože chtějí skončit s nitrožilním užíváním, chtějí omezit užívání drog a přestat s konzumací návykových látek. Cílem substituce může být také fakt, že si někteří uživatelé chtějí zlepšit vztahy s okolím, potřebují získat novou práci nebo si udržet stávající atd. Jedním z cílů je například ale i udržení psychické pohody a zlepšení somatického stavu. Většina uživatelů také vidí substituci jako jakýsi přechod k terapeutické péči a následné abstinenci. (Kalina a kol., 2003)

Substituční léčba je určena pro klienty, kteří jsou neinjekčními uživateli a jsou závislí na opiátech déle než 6 měsíců. Dále pro nitrožilní uživatele opiátů a dalším kritériem je, že tato léčba nebude zvyšovat riziko poškození, které souvisí s užíváním drog a zároveň pomůže k dosažení cílů stanovených uživatelem. Faktory, které přijetí do substituční léčby ovlivňují jsou například i opakované a neúspěšné abstinence od drogy, jedinci nemocní HIV a zároveň závislí na opiátech, jedinci s drogovou kriminalitou, závislé těhotné ženy atd. U přijetí je také důležité brát zřetel na motivaci k léčbě, psychický stav pacienta a jeho sociální situaci a roli. (Kalina, 2008a)

V substituční léčbě se nejčastěji používá metadon a subutex. Metadon je syntetická opiátová droga, která se nejčastěji využívá při dlouhodobých substitucích u uživatelů závislých na opiátech. Je nejdéle a zároveň nejčastěji používanou látkou k léčbě závislosti a vede ke zlepšení zdravotního a sociálního stavu i u pacientů u nichž jiná léčba selhává. Výhodou metadonu je například jeho stabilita užívání (nedochází ke zvýšení tolerance), blokáde jiných opioidů pokud dojde k jejich užití a také snižuje například craving, který je hlavní příčinou relapsů u uživatelů. Nevýhodou je například riziko předávkování při užití větší dávky metadonu. Proto je metadon podáván pod lékařským dohledem přímo v centrech. (Kalina, 2008a)

Další často užívanou látkou je subutex, který obsahuje látku buprenorfin a je u nás využíván především ke krátkodobé substituci a k mírnění velkých bolestí. Výhodou této látky je, že je u ní nižší riziko předávkování. (Kalina a kol., 2003)

Substituční léčba je také často doplňována psychoterapií (individuální, skupinová, podpůrná), různými psychiatrickými vyšetřeními, sociální prací, rodinnými terapiemi atd. Pokud pacient vstoupí do substitučního programu, musí dodržovat jasně daná pravidla. Je mu stanovena docházka a výše dávky (stanovuje lékař). Pacienti jsou také namátkově kontrolováni (moč), zda nejsou pod vlivem návykové látky a také je pravidelně hodnocen jejich aktuální psychický i fyzický stav. Jakmile pravidla substituce poruší (přijde opakovaně pod vlivem drogy, napadne pracovníka atd.), je z programu ihned vyloučen. Z programu může být pacient také vyloučen z důvodu špatné vyhlídky na zlepšení jeho situace. (Kalina a kol., 2003)

Substituční léčba je dle mého názoru především dobrou alternativou pro ty, kteří se pokoušeli již v minulosti opakovaně a neúspěšně abstinovat. Tato léčba jim totiž dává možnost alespoň z části žít normálním životem bez drog. Výhodou je bezesporu i to, že u nitrožilních uživatelů, kteří podstoupí substituci se sníží riziko přenosu infekčních chorob právě nitrožilní aplikací. Jelikož látky podávané při substituci nemají psychotropní účinky na uživatele, je pro ně také jednodušší komunikovat s okolím, než když jsou pod vlivem drogy. Další výhodou vidím i v tom, že uživatelé si díky substituci nemusejí obstarávat finanční prostředky na drogy trestnou činností. Tím, že si uživatel nemusí každý den shánět drogy, může se věnovat jiným volnočasovým aktivitám, na které dříve neměl z tohoto důvodu čas. Výhodou je i to, že pokud uživatel žije v podnětném prostředí, nemusí díky substituci „do ulic“ shánět drogy, a tak se může dostat z drogové komunity a resocializovat se zpět do společnosti.

Jako nevýhodu substituční léčby bych uvedla především zneužívání některých látek. Jelikož se s těmito látkami obchoduje samozřejmě i na černém trhu, je vysoké riziko právě i obchodování s těmito látkami a jejich následné zneužívání, což může vést k závislosti na substitučních látkách stejně jako na nelegálních opiátech. Jednou z nevýhod je ale také fakt, že po náhlém vysazení této léčby může dojít ke stejným abstinčním příznakům jako u opiátů.

3.5 Ústavní léčba

Jedná se o léčbu v lůžkovém zařízení v nemocnici nebo na psychiatrii. Ústavní léčbu můžeme rozdělit podle délky pobytu na krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou, přičemž dlouhodobá léčba probíhá spíše v terapeutické komunitě, o které se zmiňuji až v pozdější části této kapitoly. (Kalina, 2001)

Ústavní léčba je určena převážně pro uživatele, u kterých je vysoké riziko relapsů, kteří žijí v rizikovém prostředí a kteří mají psychické či fyzické komplikace zapříčiněné závislostí na návykových látkách. Jednou z podmínek nástupu do ústavní léčby je u mnoha zařízení absolvování detoxu. (Kalina a kol., 2003)

Hlavním cílem léčby v ústavních zařízeních je trvalá abstinence od návykových látek. Dalším cílem této léčby je i to, aby pacienti získali náhled na svoji aktuální situaci a aby začali řešit důsledky, které závislost vyvolala. V ústavní léčbě se pracovníci snaží pacienty motivovat ke změně životního stylu, snaží se, aby pacienti přijali abstinenci normy, aby se naučili každodennímu režimu bez drog a aby změnili pohled sami na sebe a zlepšilo se jejich prožívání. Pacienti musejí plnit program v rámci denního režimu a dodržovat jasně stanovená pravidla. Po nesplnění nebo porušení těchto pravidel nastává sankce. Cílem při dodržování pravidel je, aby pravidla vnější, přešla v pravidla vnitřní, která si bude schopný pacient udržovat. (Kalina a kol., 2003)

Program ústavní léčby musí být komplexní a nejčastěji se pracuje s terapeutickými a výchovně-vzdělávacími principy. V rámci programu nabízí ústavní zařízení péči v rámci psychoterapie (individuální, skupinová, rodinná, partnerská), farmakoterapie a sociální péče, ale také volnočasové a pracovní aktivity. Léčba je prováděna strukturovaně a rozdělena do týdenních a denních aktivit, které korespondují s daným programem. Součástí ústavní léčby jsou také různé přednášky na daná témata, které přispívají k budování uvědomění aktuální situace pacientů a pomáhají s prevencí relapsů. (Kalina a kol., 2003)

Mezi nejčastější komplikace, které mohou v léčbě v ústavních zařízeních nastat patří samozřejmě nebezpečí relapsu, ale také například předčasné ukončení léčby nebo, jak jsem již zmiňovala výše, porušení vnitřních pravidel zařízení. Všechny tyto důvody poté mohou být příčinou přerušení nebo vyloučení z léčby. Pokud pacient ale léčbu řádně ukončí, je důležité naplánovat následnou péči o klienta. Nejčastěji pacienti dále docházejí do terapeutických komunit, doléčovacích center nebo do výše zmiňovaných stacionářů. Někteří se ale chtějí vrátit do svého přirozeného prostředí, a tak navštěvují pravidelně pouze ambulantní centra. (Kalina a kol., 2003)

Ústavní léčba je důležitým zařízením hlavně pro ty, kteří nedokážou abstinovat ve svém přirozeném prostředí a potřebují z něho být vytrženi. Jako výhodu ústavní léčby vidím jasně daný režim a pravidla, protože většina uživatelů nemá zvnitřnělý každodenní režim bez drogy, a tak je pro ně důležité se režimu nejdříve naučit. Jelikož je také pacient vytržen ze svého přirozeného prostředí, je pro něj snazší vyhnout se spouštěčům a návykovým látkám, což například oproti ambulantní péči je velkou výhodou. Další výhodou jsou i pracovní a volnočasové aktivity, které učí pacienty, jak vhodně vyplnit a plnohodnotně trávit svůj volný čas bez drog.

Jako nevýhodu ovšem vidím fakt, že během léčby v ústavním zařízení nemohou pacienti navštěvovat například své zaměstnání. Léčba je finančně náročná a ačkoli ji hradí pojišťovna, nedoporučuje se těm, kteří dokážou léčbu zvládat ambulantně nebo v rámci stacionářů.

3.6 Terapeutické komunity

Jedná se o pobytové zařízení, které se zaměřuje na abstinenci od drogy a rehabilitaci od užívání návykové látky. Terapeutické komunity se řídí jasně danými pravidly, a tak vytváří prostředí, které je podnětné pro růst klienta prostřednictvím sociálního učení. Základní myšlenkou terapeutických komunit je, že člověk žije každý den ve společenství jedinců, kteří se chovají a jednají určitým způsobem a to, jak přijmou a vyrovnají se se strukturou, pravidly, a hlavně ostatními členy, je právě základem pro danou terapii. Při porušení pravidel komunity dochází k vyloučení jedince. V těchto komunitách se klade důraz především na zodpovědnost klientů za léčbu a jejich zodpovědnost při chodu zařízení. Doba trvání pobytu je většinou stanovena na tři až osmnáct měsíců. (Kalina, 2008b)

Jak uvádí Kalina (2013) problém u uživatelů drog dle terapeutické filozofie není závislost na droze samotné, ale sama osoba jedince a její vztahy. Hlavním cílem terapie v komunitě není tedy pomoc s problémem s drogou, ale jedná se spíše o léčbu člověka, jakožto celku. Nejde ale pouze o to, zaměřit se na jedince, ale i na jeho okolí.

Terapeutické komunity lze rozdělit na několik typů. Nejčastěji jsou terapeutické komunity součástí střednědobé léčby. Dále můžeme tyto komunity najít jako součást specifického zařízení (vězení) nebo mohou pracovat se specifickými skupinami (jiná duševní nemoc kromě závislosti). (Nešpor, 2007)

Dle Nešpora (2007) jsou také komunity rozdělovány podle fází léčby na úvodní stádium, stádium primární léčby a stádium návratu do společnosti. Přičemž úvodní stádium léčby trvá maximálně šedesát dní, primární stádium léčby trvá dva až dvanáct měsíců a stádium návratu do společnosti trvá třináct až dvacet čtyři měsíců, přičemž je ještě doplněno ambulantním doléčováním.

Cílovou skupinou jsou převážně uživatelé jejichž závislost dosáhla neúnosného stupně. Pro ty, kteří trpí lehčí závislostí nebo jsou bez závislosti je vhodnější jiný typ zařízení (ambulantní). Často se také jedná o klienty s kriminální anamnézou, kteří se potýkají s těžším psychosociálním nebo tělesným poškozením (žloutenka). (Kalina a kol., 2003)

Hlavním cílem terapeutických komunit je motivovat klienta ke změně jeho životního stylu a k léčbě. TK funguje pro klienta jako rodina a bezpečné místo. Klienti se podílejí na chodu zařízení a musejí dodržovat jasně daná pravidla, což jim pomáhá při začlenění zpět do společnosti. Program zařízení je rozdělen do jednotlivých fází léčby, kterými klient prochází a každá tato fáze je po splnění ukončena „rituálem“. Délka jednotlivých fází je individuální a záleží na každém klientovi a jeho posunu v léčbě. (Krahulcová, 2017)

TK jsou založeny na dobrovolnosti a motivovanosti klienta. Svými službami se snaží přiblížit realitě mimo zařízení. Klienty se snaží učit odpovědnosti za své jednání, což je základní pilíř terapeutické komunity. Terapie, které v komunitě probíhají jsou převážně skupinové, což napomáhá přechodu klienta ze zařízení do běžného života, který musí být postupný. Terapie v komunitě se zaměřují především na emoce klienta, jeho chování, osobnost a na získávání dovedností k tomu, aby jedinec zvládl život mimo komunitu. (Kalina a kol., 2003)

Mezi aktivity, které klienti v komunitě mají k dispozici patří každodenní setkávání komunity, které je klíčové pro chod zařízení a které slouží převážně k udržení řádu komunity, k předání informací a řešení problémů v komunitě. Dále se klienti setkávají se skupinovou i individuální terapií, rodinnou a pracovní terapií, vzděláváním a samozřejmě volnočasovými aktivitami. Důležitou roli hraje také sociální práce v oblasti sociální a právní, kdy se pracovníci především snaží neřešit problémy za klienta, ale s ním a zároveň se mu snaží ukázat, že problémy jsou řešitelné. (Kalina a kol., 2003)

Léčba v terapeutických komunitách je obecně brána za jednu z nejúčinnějších. Problémem je ovšem to, že klienti, kteří chtějí pobyt v komunitě absolvovat musejí nejdříve projít ústavní léčbou a poté musejí splnit řadu požadavků pro vstup do komunity, nehledě na to, že čekací doba pro přijetí může trvat i několik měsíců. Je proto důležité, aby klienti, kteří do komunity chtějí vstoupit byli dostatečně pro léčbu namotivováni.

Je ale také důležité říct, že klienti, kteří tímto programem projdou a úspěšně ho ukončí jsou tímto pobytem připraveni na další život. Před ukončením léčby si totiž klienti většinou najdou zaměstnání, bydlení a jsou schopni si nalézt další péči většinou v doléčovacích zařízeních.

3.7 Doléčovací programy a následná péče

Jedná se o programy, které zajišťují následnou péči po ukončení ústavní nebo ambulantní péče nebo po třech měsících abstinence od návykové látky. Je určen pro ty klienty, kteří jsou rozhodnuti k dlouhodobé abstinenci a také k ní dostatečně namotivováni, ale kteří i nadále potřebují pomoc a podporu při reintegraci do společnosti. (Kalina a kol, 2003)

Cílem doléčovacích programů je tedy podpora a pomoc klientovi při dodržování abstinence a pomoc při zvládání překážek, které ho v návratu do běžného života čekají.

V rámci následné péče a doléčovacích programů jsou poskytovány služby v rámci psychoterapie, prevence relapsu, sociální práce, rekvalifikace a práce, volnočasové aktivity a práce s rodinou a blízkými. V následujícím textu se zaměřím pouze na některé služby, které jsou v rámci následné péče poskytovány, přičemž chápu, že aby byla následná péče nápomocná, je zapotřebí všech oblastí péče. (Kalina a kol., 2003)

V rámci psychoterapie je nejdůležitější stabilizace klienta v rámci abstinence od návykové látky. Jedná se tedy spíše o podpůrnou psychoterapii, při které se pracovníci snaží stabilizovat především emotivitu klienta. Nejdůležitější službou v rámci následné péče je prevence relapsu, protože právě ze selhání a následného relapsu mají klienti největší strach. Pracovníci se tak snaží zvyšovat klientovu sebekontrolu a vybavit ho potřebnými dovednostmi a schopnostmi, a tak snížit riziko případného relapsu. Jedná se především o schopnost odolat rizikovým situacím a pomoc při začlenění do běžného života. V neposlední řadě hraje důležitou roli i sociální práce. Klient se totiž mnohdy potýká s právními a sociálními problémy, které mu vznikly v důsledku závislosti a které nedokáže řešit sám. Nejčastěji se jedná o dluhy, trestní stíhání, trestní rejstřík apod. (Kalina a kol., 2003)

U následné péče hraje také důležitou roli péče lékařská. Jelikož důsledkem užívání návykových látek dochází k poškození organismu člověka, je důležité klientovi nabídnout péči nejen v oblasti psychické, ale i fyzické. Nejčastějšími onemocněními, která se u bývalých uživatelů drog objevují jsou hepatitida typu B a C, ale i například virus HIV. (Kalina a kol., 2003)

4 Prevence závislostního chování

Jelikož se práce zabývá možnostmi péče o drogově závislé, je důležité zmínit i oblast prevence. V ČR se prevence dělí do tří úrovní, a to na prevenci primární, sekundární a terciární. Cílem primární prevence je především předcházet rizikovému chování (agresivita, šikana, návykové chování), sekundární prevence se využívá až když rizikové chování vznikne a terciární prevence se snaží předcházet škodám, které rizikové chování způsobilo. Prevencí závislosti se zabývají jednak speciální pedagogové, školní psychologové a metodici prevence, ale také protidrogová politika a jednotlivé organizace a zařízení, které jsem uvedla v předešlé kapitole. Prevence závislosti je také obsahem RVP pro základní a střední školy.

Primární prevence

Jak jsem psala výše, primární prevence se snaží návykovému chování předcházet nebo ho alespoň odsunout do co nejpozdějšího věku. V rámci primární prevence je důležitá i snaha o snížení experimentování s drogami, čímž se předchází psychickým i fyzickým škodám na zdraví. Primární prevence se snaží u jedinců rozvíjet komplexně jejich osobnost. Zaměřuje se převážně na populaci jako celek nebo na konkrétní cílové skupiny (děti, mládež atd.). (Kalina, 2003)

Nešpor (2007) uvádí ve své knize zásady, kterými by se primární prevence měla řídit. Mezi tyto zásady patří, že programy primární prevence by měli začínat co nejdříve a měli by odpovídat věku, proto jsou primární programy nejčastěji realizovány již na základních a středních školách, jelikož právě děti a adolescenti jsou rizikovou skupinou v rámci experimentování. Další zásadou je to, že by program měl být interaktivní, protože tak nejlépe působí na vnímání dětí. Programy by také měli předávat základní sociální dovednosti, včetně odmítání a zvládání stresových situací. Velmi prospěšné je u těchto programů také zapojení pozitivního vrstevnického modelu, se kterým se mohou účastníci programu ztotožnit. Cílem programu je také snižování poptávky po návykových látkách. Měl by být komplexní a využívat více strategií pro předání informací (nepracovat tedy pouze ve školním prostředí, ale i například s rodiči).

Programy primární prevence se nejčastěji zabývají aktivitami výchovnými, poradenskými, vzdělávacími, osvětovými a volnočasovými, přičemž jsou tyto aktivity nejčastěji směřovány zejména na děti a mladistvé. Tyto programy se nejčastěji zabývají oblastí zdravého životního stylu, zájmů, hodnot a chováním jedince, ale například také mezilidskými vztahy. Hlavními subjekty, které v těchto aktivitách působí jsou, jak jsem již psala především děti a mládež, ale také rodiče, škola atd. (Krahulcová a kol., 2017)

Jak jsem psala v úvodu kapitoly, primární prevence rizikového chování, a tak i závislosti, je obsahem Rámcových vzdělávacích programů na základních, ale také středních školách. Ne vždy ale musí informace o nebezpečí návykových látek předávat pouze škola v rámci preventivních programů. Existují i organizace, které formou přednášek a besed tyto informace předávají. Informace o nebezpečí drog mohou předávat svým dětem také rodiče, představitelé sportu, kultury nebo lidé, kteří pracují ve veřejném sektoru a politice. Jednou ze známých organizací Královéhradeckého kraje je například organizace Semiramis, která spolupracuje s organizací Laxus a jejich hlavní činností je právě primární prevence rizikového chování na školách.

Sekundární prevence

Sekundární prevence se na rozdíl od primární prevence zabývá jednotlivcem, který již návykové látky užívá a má s nimi zkušenost. Snaží se tyto jedince vyhledávat a co nejdříve je zařadit do léčebného procesu. Za tímto účelem jsou také vytvořena některá centra jako je například kontaktní centrum nebo terénní programy. (Vágnerová, 2014)

Tato prevence se snaží nejen předcházet vzniku závislosti na návykových látkách u uživatelů, kteří s nimi mají zkušenosti a užívají je pravidelně, ale také se snaží zabránit rozvoji a přetrvávání této závislosti. Často je tedy sekundární prevence zajišťována formou poradenství, včasné intervence, ale také samotnou léčbou. (Kalina, 2001)

Terciární prevence

Terciární prevence se zabývá především důsledky užívání návykových látek. Jedná se jak o resocializaci klienta, který prošel léčbou nebo prochází substituční léčbou, tak o Harm reduction, které se zaměřuje především na snižování rizik spojených s užíváním návykové látky. (Kalina, 2001)

Hlavním úkolem terciární prevence je tedy již zmiňovaná resocializace, ale také sociální rehabilitace klienta a podpora při abstinenci. Jak prevence sekundární, tak terciární je vykonávána adiktologickými službami, o kterých jsem psala v předešlé kapitole.

5 Stávající praxe péče o uživatele návykových látek

Následující kapitola se bude zabývat vlastním výzkumným šetřením, které navazuje na poznatky z předchozích kapitol zpracovaných na základě odborné literatury zaměřující se především na komplexní péči poskytovanou uživatelům návykových látek.

5.1 Cíl výzkumného šetření

Výzkumné šetření zjišťuje, jaký je stávající pohled na komplexní péči o drogově závislé. Cílem šetření je:

1. zjistit informovanost uživatelů návykových látek o poskytovaných službách a zmapovat spojenost uživatelů s kvalitou těchto služeb.
2. zjistit, jak zaměstnanci v přímé péči o klienty vnímají kvalitu poskytovaných služeb a co by dle jejich názoru bylo dobré změnit ve stávajících službách o uživatele návykových látek.

Vzhledem k uvedeným cílům práce jsou respondenti rozdělení do dvou skupin. Skupinu A tvoří uživatelé návykových látek, skupina B je tvořena zaměstnanci v přímé péči o klienty. Volba těchto skupin respondentů umožňuje hlubší uchopení zkoumaného jevu.

K dosažení cílů výzkumného šetření bylo využito kvalitativního způsobu zkoumání formou polostrukturovaných rozhovorů s vybranými respondenty. Polostrukturovaný rozhovor byl vytvořen jak pro skupinu A, tak pro skupinu B individuálně.

Následující tabulky představují hlavní výzkumný problém, který je následně transformován do dílčích výzkumných otázek (DVO) a do tazatelských otázek (TO). Tabulka 1 představuje transformaci hlavního výzkumného problému do tazatelských otázek pro skupinu A, tabulka 2 pro skupinu B.

Tab. 1 - Skupina A

<u>Hlavní výzkumný problém</u>	<u>Dílčí výzkumná otázka</u>	<u>Tazatelská otázka</u>
Jaký je stávající pohled na komplexní péči o drogově závislé?	DVO I. Jaká jsou obecná specifika vybraných respondentů?	TO 1: Jaké je vaše pohlaví?
		TO: 2 Jaký je váš věk?
		TO 3: Jaké je vaše zaměstnání?
		TO 4: Jaké je vaše současné zázemí?
	DVO II. Jaký je dosavadní průběh závislosti (drogová scéna) u vybraných respondentů?	TO 5: Jaká je podle vás příčina, že jste návykové látky začal/a užívat?
		TO 6: Jak dlouho užíváte návykové látky?
		TO 7: Jaký druh návykové látky užíváte? Pokud kombinuje více látek, jaké?
		TO 8: Jste si vědom/a nějakých dopadů závislosti na váš osobní život? Jakým způsobem ovlivňuje závislost kvalitu vašeho života?
	DVO III. Jaká je informovanost uživatelů návykových látek o možnostech komplexní péče?	TO 9: Chtěl/a popřípadě byl/a jste ze závislosti léčen/a? Pokud ne, proč?
		TO 10: Pokud ano, jak jste se léčil/a, jak dlouho, jak dlouho trvala abstinence, co bylo spouštěčem relapsu?
		TO 11: Které služby, metody, techniky, byly podle vás nejúčinnější?
		TO 12: Jaká je, případně by byla dostatečná motivace pro zahájení léčby, abstinenci?

		TO 13: Máte v plánu současnou situaci řešit, popřípadě jak?
		TO 14: Znáte organizace, které se péčí o drogově závislé zabývají? Víte, na koho se obrátit v případě rozhodnutí léčbu podstoupit?
		TO 15: Víte, jaké služby pro uživatele návykových látek existují
		TO 16: Jak jste jako uživatel/ka spokojen/a se sítí služeb, které jsou uživatelům poskytovány? Změnil/a byste něco?

Tab. 2 - Skupina B

<u>Hlavní výzkumný problém</u>	<u>Dílčí výzkumná otázka</u>	<u>Tazatelská otázka</u>
Jaký je stávající pohled na komplexní péči o drogově závislé?	DVO I. Jak hodnotí pracovníci kontaktního centra/terénního programu současný model komplexní péče o uživatele návykových látek?	TO 1: Jak dlouho pracujete ve službách zabývajících se prací s drogově závislými?
		TO 2: Jaká je náplň vaší práce?
		TO 3: Jaké služby nabízí organizace, ve které pracujete?
		TO 4: S jakými dalšími zařízeními spolupracuje zařízení, ve kterém pracujete?

		TO 5: Vnímáte v posledních letech nějaký rozvoj nabízených služeb pro drogově závislé v ČR? Je těžké se neustále přizpůsobovat novým trendům v užívání?
		TO 6: Myslíte si, že systém péče o uživatele návykových látek je v ČR dostačující? Co byste popřípadě změnil/a?
		TO 7: Uvažujete o rozšíření vašich služeb? Jak?
		TO 8: V čem spatřujete klady a zápory této práce a těchto služeb celkově ve vztahu k okolí a klientů?
		TO 9: Jak jsou vaši klienti spokojeni s poskytovanými službami?
		TO 10: Jak hodnotíte účinnost/efekt služeb poskytovaných vašim střediskem?
		TO 11: Lze charakterizovat typického klienta?

5.2 Výzkumná metoda

Pro účely výzkumného šetření byl zvolen kvalitativní výzkum. Vzhledem k cílům bakalářské práce mi tento přístup přišel nejvhodnější, protože jsem se chtěla zaměřit na konkrétní osoby a jejich pohled na danou problematiku. Tuto problematiku totiž každý může vnímat odlišně, a právě díky tomuto přístupu můžeme zjistit konkrétnější informace. Nespornou výhodou tohoto přístupu je také jeho procesualnost, jedinečnost a dynamika. Díky tomuto přístupu je tak jednodušší zjistit konkrétní prožívání jedince, porozumět mu a popsat ho. Můžeme se tak lépe vcítit do zkoumaného jedince a ponořit se lépe do probírané problematiky. Na rozdíl od kvantitativního výzkumu je výhodou, že při kvalitativním šetření je výběr respondentů zcela záměrný. Pro dosažení cílů mého výzkumného šetření je totiž zapotřebí výběru respondentů s jistými specifiky. (Gavora, 2010)

Jako metoda kvalitativního výzkumu byla zvolena metoda interview. Tato metoda byla zvolena především proto, protože vzhledem k cílům výzkumného šetření byla tato metoda nejvhodnější. Jak uvádí Miovský (2006) jedná se o nejpoužívanější metodu, u které je nespornou výhodou, že se propojuje s metodou pozorování. Díky čemuž je výzkumník schopen propojit verbální a neverbální komunikaci respondenta. Tak si může výzkumník na základě respondentovy neverbální komunikace potvrdit a doplnit informace od respondenta. Během interview má důležitou roli ale také výzkumník, který do rozhovoru vstupuje a ovlivňuje jeho kvalitu.

Jako konkrétní druh výzkumné metody interview byl vybrán polostrukturovaný rozhovor. Polostrukturovaný rozhovor je tvořen schématem otázek, které jsou závazné pro výzkumníka. Tyto otázky poté vytvářejí jádro rozhovoru, které je nutno probrat. Nesmírnou výhodou je to, že v průběhu rozhovoru lze respondentovi klást dodatečné otázky, které z interview vyplynou. Také za nespornou výhodu polostrukturovaného rozhovoru považují možnost respondentovi jednotlivé otázky upřesnit, což napomáhá k otevřenosti a uvolnění respondenta. Stejně je tomu i naopak, kdy respondent může upřesnit, jak svou odpověď myslel. (Miovský, 2006)

Miovský (2006) poukazuje na to, že je důležité prostředí, ve kterém je rozhovor uskutečňován. S tímto tvrzením souhlasím, protože i prostředí udává atmosféru a je velkým rozdílem, zda se respondent v daném prostředí cítí příjemně a uvolněně nebo ne. Z toho poté vyplývá i množství a kvalita zjištěných dat.

Dle mého názoru je tato výzkumná metoda velice přínosná, pokud potřebujeme zjistit hlubší souvislosti. Výhodou je nesporně to, že jako tazatel můžu do rozhovoru zasahovat a popřípadě se doptávat. Oproti dotazníkovému šetření má polostrukturovaný rozhovor výhodu i v tom, že díky němu lze získat daleko více dat pro zjištění cíle výzkumu. Tazatel může totiž čerpat nejen z přímých odpovědí, ale i z neverbální komunikace. Nevýhodou je nicméně to, že narozdíl například od dotazníkového šetření má respondent málo času, který je mu poskytnut na rozmyšlení odpovědi, který by měl v případě předem zaslaných otázek elektronickou poštou. V souvislosti s touto výzkumnou metodou může dojít také k tomu, že si respondent uvědomí až zpětně, jak mohl odpověď jinak a lépe formulovat. Jistou nevýhodu spatřuji i v tom, že pro uskutečnění polostrukturovaného rozhovoru je zapotřebí osobní kontakt, což mnohdy vede k obtížím s hledáním respondentů, kteří, dle mého názoru, raději využijí možnosti dotazníkového šetření, které může být zcela anonymní.

5.3 Výzkumný vzorek

Jak jsem již zmiňovala, pro lepší přehlednost byli respondenti rozděleni na skupinu A a skupinu B. Výběr těchto respondentů byl záměrný a účastníci byli vybíráni na základě určitých vlastností, potřebných pro výzkumné šetření. V tomto případě se jednalo o jedince, kteří mají problém s užíváním návykových látek nebo naopak s lidmi, kteří s touto skupinou pracují. U skupiny A byl použit konkrétně prostý záměrný výběr, který Miovský (2006) definuje jako nejjednodušší metodu záměrného výběru, jelikož není zapotřebí žádných dalších specifických metod nebo strategií. Výzkumný vzorek je zvolen na základě určitých kritérií, které korespondují s cílem výzkumného šetření. U skupiny B byl využit záměrný výběr přes instituce. Konkrétně jsem zvolila instituci, která se zabývá péčí o uživatele návykových látek.

Skupinu A, jak jsem již psala, tvoří respondenti, kteří mají problém s užíváním návykových látek. Následující informace jsou výsledky výzkumného šetření a odpovídají na dílčí výzkumnou otázku č. 1. (*Jaká jsou obecná specifika vybraných respondentů?*), přesněji se jedná o odpovědi respondentů na otázky č. 1-4, které můžeme nalézt v tabulce 1. Přehled respondentů můžeme vidět v tabulce 3. Tuto skupinu tvoří celkem čtyři respondenti ve věku od dvaceti do šedesáti let. Jedná se ve všech případech o muže, kteří pracují jako dělníci v továrně. Jejich současné zázemí se v mnohém neliší. Většina z respondentů bydlí v pronajatém bytě nebo u známého, jen jeden z respondentů bydlí stále u rodičů. Velká část respondentů je také svobodných, ale mají alespoň jedno dítě. Jen jeden z respondentů má přítelkyni. Co se týče vztahu s rodiči, tak všichni respondenti potvrzují, že jejich závislost na návykových látkách zapříčinila konflikty mezi nimi a rodiči, proto se také většina z respondentů s rodiči nevidá a neudrhuje s nimi kontakt. Jelikož se tato cílová skupina nechtěla podělit ve většině případů o informace spojené s jejich užíváním návykových látek, bylo pro mě proto obtížné sehnat respondenty pro tuto výzkumnou skupinu. Zároveň jsem ale chápala, že pro mnoho jedinců není lehké o těchto informacích mluvit, jelikož jsou často osobní a žádný z jedinců se s nimi nechce chlubit člověku, kterého nezná a kterému nevěří. Také jsem se často setkala s tím, že si jedinci, které jsem oslovila svůj problém nepřiznávají.

Tab. 3 - Přehled respondentů skupina A

<u>Označení respondenta</u>	<u>Pohlaví</u>	<u>Věk</u>	<u>Zaměstnání</u>	<u>Současné zázemí</u>
R1	Muž	32 let	Dělník ve výrobě	Bydlí v pronájmu, svobodný, jedno dítě
R2	Muž	21 let	Dělník ve výrobě	Bydlí v pronájmu s partnerkou, děti nemá
R3	Muž	21 let	Dělník ve výrobě	Žije u rodičů, svobodný, bezdětný
R4	Muž	56 let	Dělník	Bydlí u přátel, svobodný, jedno dítě

Skupinu B tvoří jeden pracovník kontaktního centra a jeden pracovník terénního programu, které se zabývají péčí o drogově závislé. Následující informace jsou odpovědi respondentů na tazatelské otázky č. 1 a 2. Tyto otázky můžeme najít v tabulce 2. Přehled respondentů ze skupiny B nalezneme níže v tabulce 4. Respondent z kontaktního centra má s prací v sociálních službách zaměřujících se na uživatele návykových látek dlouholeté zkušenosti a sám uvádí, že pracuje v těchto službách již devatenáct let. Během těchto let měl možnost projít hned několika službami a vypracovat se na post vedoucího kontaktního centra. Respondent z terénního programu pracuje v sociálních službách zaměřujících se na uživatele návykových látek téměř pět let. Po tuto dobu pracuje na stejné pracovní pozici a jeho každodenní náplní je přímá práce s uživateli návykových látek v terénu a samozřejmě i nutná administrativa. Oba tyto respondenti musejí splňovat potřebné podmínky stanovené zákonem č. 108/ 2006 Sb. O sociálních službách.

Tab. 4 - Přehled respondentů skupina B

<u>Označení respondenta</u>	<u>Délka praxe</u>	<u>Náplň práce</u>
P1	19 let	Vedoucí kontaktního centra a tým spojené pracovní povinnosti
P2	4,5 roku	Přímá práce s uživateli drog v terénu, administrativa

5.4 Průběh výzkumného šetření

Jak uvádí Gavora (2010), je u rozhovoru důležitá příjemná atmosféra, aby se respondenti cítili uvolněně a příjemně, a proto jsem se snažila takovou atmosféru navodit. Výběr prostředí jsem nechala na respondentovi, aby to bylo prostředí pro něj přirozené a příjemné. Na začátku rozhovoru jsem se respondentům představila a zároveň jsem se jim snažila přiblížit cíl mého výzkumného šetření, aby si respondenti mohli udělat představu o čem následující rozhovor bude. Před samotným zahájením rozhovoru jsem se s respondenty snažila prostřednictvím běžného rozhovoru docílit uvolněné atmosféry, díky které byli respondenti otevřenější a já měla možnost získat od nich více informací potřebných pro výzkumné šetření.

Průběh a odpovědi rozhovoru jsem si zaznamenávala hned do předpřipraveného souboru v počítači s otázkami (viz. tab. 1 a tab. 2), které mi byli předlohou při rozhovoru. Prvotním plánem bylo si rozhovory nahrát a poté je zpracovat, nicméně vzhledem k povaze cílové skupiny (uživatelé drog) mi tato možnost nebyla umožněna, protože mnozí z nich měli obavu, že tyto nahrávky poté použijí proti nim. Z tohoto důvodu byla také všem respondentům slíbena anonymita.

Rozhovory jsem uskutečňovala formou osobního kontaktu na základě žádosti respondentů ze stejného důvodu, který jsem popisovala výše. Vždy před rozhovorem jsem se s respondenty domluvila přes online prostředí, kde jsme si stanovili datum, čas a podmínky, za kterých bude rozhovor probíhat. U většiny respondentů ze skupiny A byl ale velký problém se na těchto bodech domluvit, jelikož tato cílová skupina se vyznačuje nespolehlivostí a stalo se mi i to, že jeden z respondentů nebyl schopen rozhovor uskutečnit, jelikož byl pod vlivem omamné látky. Z toho důvodu jsem byla nucena několikrát naši schůzku odložit.

Rozhovory se nakonec podařilo uskutečnit během měsíce března 2021 a jejich průběh mě příjemně překvapil. U skupiny A jsem byla před setkáním s respondenty značně nervózní, aby se mi podařilo získat potřebné informace vzhledem k cílové skupině. Nakonec rozhovory probíhaly v přátelském duchu a překvapilo mě, kolik informací mi respondenti sdělili. U skupiny B, tedy pracovníků ve službě zabývajících se péčí o uživatele návykových látek, byla kvalita rozhovoru podpořena tím, že mi tyto respondenti, jakožto profesionálové, pomáhali s rozvíjením rozhovoru.

Zjištěná data budu interpretovat v následující kapitole, kde se budu snažit naplnit cíl výzkumného šetření.

5.5 Interpretace zjištěných dat

V následující podkapitole budou představeny informace získané v průběhu výzkumného šetření, které proběhlo formou rozhovorů. Následující text bude rozdělen na skupinu A (respondenti s problémem užívání návykových látek) a skupinu B (respondenti pracující s uživateli návykových látek). Následně bude u každé skupiny rozdělen text na dílčí otázky, které budou následně rozpracovány v jednotlivé tazatelské otázky, přičemž na konci každé dílčí otázky budou shrnuta zjištěná data.

Skupina A

Dílčí výzkumná otázka II.

DVO II. *Jaký je dosavadní průběh závislosti (drogová scéna) u vybraných respondentů?*

Pro tuto dílčí otázku byly využity tazatelské otázky č. 5-8. Na začátku jsem se soustředila na zjištění možných příčin užívání návykových látek u vybraných respondentů. Následně jsem se zaměřila na dobu, po kterou tito jedinci návykové látky užívají, včetně toho, jaký druh užívají a zda návykové látky kombinují. Na závěr této dílčí otázky jsem se zajímala o to, jestli si jedinci uvědomují dopad, který užívání návykových látek může mít na kvalitu jejich života.

TO 5: Jaká je podle vás příčina, že jste návykové látky začal/a užívat?

Odpovědi respondentů na tuto otázku se značně rozcházel. Každý z respondentů má odlišný důvod, proč s užíváním návykových látek začal. Respondenti R2 a R3 se shodují, že jednou z hlavních příčin užívání návykových látek byla potřeba začlenění se mezi skupinu vrstevníků. Z tohoto důvodu začali jedinci experimentovat s drogami již v nízkém věku. K tomu respondent R3 dodává, že toto rizikové chování umocnil i problémový rozvod jeho rodičů.

U respondenta R4 se příčinou jeho závislosti stalo zaměstnání v hospodě a na diskotéce. Sám říká: *„Pracoval jsem přes den v hospodě a v noci na diskotéce. Abych to zvládl bez spánku, kamarád mi „doporučil“ perník. Jakmile jsem to jednou zkusil, zjistil jsem že nic lepšího není. Lidi, co to nezkusili, to ale nepochopí.“*

Respondent R3 se také zmínil, že drogy získával nejčastěji od svých přátel, a tak to pro něj byla lehce dostupná zábava. Toto tvrzení také dokazuje odpověď respondenta R1, který z experimentování s lehčími drogami (marihuana) přešel díky přátelům k užívání tvrdých drog (pervitin). U odpovědi R1 na tuto otázku mě zarazilo, že jeho první zkušenost s tvrdou drogou byla prostřednictvím narozeninového dárku od přátel, kdy R1 říká: *„Dostal jsem od kamarádů čáru k narozeninám na diskotéce.“*

TO 6: Jak dlouho užíváte návykové látky?

Odpovědi na tuto otázku, vzhledem k její povaze, byli velice stručné. Respondent R2 a R3 uvedli, že s užíváním návykových látek začali již v nízkém věku sedmnácti let, vlivem vrstevníků. Jejich délka užívání je tedy něco málo okolo čtyř let. Respondent R1 uvedl, že lehké návykové látky užívá od patnácti let. R1 říká: *„Když sem byl mladej, bylo moderní jezdit na „skejtu“, hulit, chlastat a flákat se po venku.“* K tvrdým drogám se dostal ve věku sedmnácti let, díky již zmíněné oslavě narozenin. Jeho drogová dráha tedy trvá již sedmnáct let. Velmi podobně je na tom i respondent R4, který drogy užívá již dvacet let.

TO 7: Jaký druh návykové látky užíváte? Pokud kombinujete více látek, jaké?

Většina respondentů užívá jako primární drogu pervitin. Respondent R4 říká: *„Pervitin je mojí nejoblíbenější drogou a nikdy jsem neměl potřebu ani zkoušet nic jinýho.“* Naproti tomu respondenti R1, R2 a R3 nejčastěji pervitin kombinují s alkoholem nebo marihuanou. R2 a R1 také experimentují se všemi možnými drogami. R1 sám říká: *„Beru všechno, rád zkouším nový účinky. Je to samozřejmě jak kdy, někdy mi stačí jen mariána a chlast. Jindy potřebuju perník. Ale když někdo přijde s něčím novým, nevyzkoušeným, taky si to dám.“*

TO 8: Jste si vědom/a nějakých dopadů závislosti na váš osobní život? Jakým způsobem ovlivňuje kvalitu vašeho života?

Všichni respondenti si uvědomují, že jejich užívání návykových látek má určitý dopad na jejich život. R1 říká: *„Dopad to má na celej můj život. To, co dokážu vybudovat za rok mé abstinence, dokážu potom za čtrnáct dní, kdy beru, ztratit a zničit.“*

Respondent R2 si není problémů vědom, nicméně si uvědomuje, že na jeho vztahy s rodinou má jeho užívání značný vliv. Rodina se od něj distancuje a on sám s nimi kontakt neudržuje.

Respondent R3 si uvědomuje, že jeho užívání má dopad na hned několik oblastí jeho života. Sám říká: *„Od té doby, co beru perník jsem víc uzavřenej a ztatil sem hodně kámošů, taky jsem hodně línej a nemám chuť do života. Nejhorší asi je, že kvůli perníkům mám problémy s rodinou, kterou moje braní trápí. Jo a taky co se týče školy, byl jsem často nedůsledný, měl jsem špatný známky a v současnosti co se týče práce to není o moc lepší.“*

R4 uvádí, že jeho závislost jeho život od základu změnila, ale nějakých velkých dopadů si není vědom. Jediný dopad jeho závislosti vidí v tom, že nemůže kvůli své závislosti vidět své dítě.

Shrnutí dílčí otázky II

Průběh závislosti u vybraných respondentů nejčastěji začal a byl ovlivněn vlivem přátel a vrstevnických skupin, což nám dokazují odpovědi všech respondentů, protože i u respondenta R4 je patrné, že k pervitinu se dostal prostřednictvím jeho přítele. Já osobně si myslím, že vrstevnické skupiny a naši nejbližší přátelé mají vliv na kvalitu našeho života a do velké míry ho i ovlivňují, aniž bychom si to třeba i uvědomovali.

Většina respondentů začínala s experimentováním s lehkými drogami (marihuana, alkohol), postupem času respondentům účinek těchto drog ale nestačil, a tak vyhledávali stále silnější látky, až se dostali k pervitinu, což uvádí většina z nich. Jediný respondent R4 začal svoji drogovou dráhu přímo pervitinem. Tento životní styl má řadu důsledků, které si respondenti z velké části uvědomují. Ať už se jedná o problémy v rodině, škole, práci a jiných oblastech života. Co mě překvapilo je fakt, že i přestože si všichni respondenti uvědomují existenci důsledků, které plynou z užívání návykových látek, žádný z nich neuvedl, že by si byl vědom zdravotních důsledků.

Dílčí výzkumná otázka III.

DVO III. Jaká je informovanost uživatelů návykových látek o možnostech komplexní péče?

Ke zjištění této dílčí otázky jsem využila otázky č. 9-16. Tyto otázky se zabývají informovaností uživatelů návykových látek o péči, která je jim poskytována. Na začátku je zjišťováno, zda respondenti byli nebo by chtěli být léčeni ze závislosti. Další dvě otázky se poté odvíjeli od jejich odpovědi, zda ano nebo ne. Dále je zjišťováno, co je nebo by bylo dostatečnou motivací pro zahájení léčby nebo abstinenci a jak by respondenti řešili svoji současnou situaci. Jako poslední bylo zjišťováno, zda mají respondenti povědomí o službách pro uživatele návykových látek, jestli znají organizace, které se péčí o drogově závislé zabývají a zda jim současné služby vyhovují nebo by něco rádi změnili.

TO 9: Chtěl/a popřípadě byl/a jste někdy se závislostí léčen/a? Pokud ne, proč?

Odpověď na tuto otázku byla téměř u všech respondentů stejná. Léčbu nepodstoupili a většina o ní ani nikdy neuvažovala, protože si svůj problém zcela nepřipouštějí. R4 říká: „*Léčit se nechci. Podle mě to nemá cenu. Nemyslím si, že jsem závislý, když nechci tak neberu. Například když moje bývalá čekala dítě, tak jsem byl devět měsíců čistej. Jakmile mě ale švagr vyhodil na ulici, začal jsem znovu brát. Drogy jsou prostě můj životní styl. Všechno je s nimi lepší a taky sem si díky nim pořádně užil život. Zažil sem to, co se lidem co neberou nepodaří zažít. Jsem za to rád a nesnáším, když to odsuzují lidi, co to nezkusili.*“ Navíc se respondent zmínil, že v současnosti už ani vlastně neví, proč drogy nadále užívá, když si už užil vše, co mohl.

Jediným respondentem, který si léčbou jednou prošel je R1, kterého do léčby přinutil jeho otec a také mu ji sám zařídil.

TO 10: Pokud ano, jak jste se léčil/a, jak dlouho, jak dlouho trvala abstinence, co bylo spouštěčem relapsu?

Jelikož respondenti R2, R3 a R4 s léčbou nemají zkušenosti, na tuto otázku neodpovídali. Jediným respondentem, který léčbu absolvoval byl respondent R1. Ten byl na osmnáct dní hospitalizován na psychiatrické léčebně v Jihlavě. Zde prošel respondent detoxem a následně léčebným programem. Abstinence u tohoto respondenta netrvala moc dlouho. Hned při cestě z psychiatrické léčebny, kterou opustil na reverz, potkal známého (dealer). Respondent sám uvádí: „*Nemohl sem to v té léčebně už vydržet, tak sem prostě podepsal reverz a šel pryč. Jelikož jsem byl pěkně nasranej, jak tam se mnou jednali, věděl sem, že potřebuju lajnu. Velkým štěstím pro mě bylo, že sem potkal na vlaková kámoše, o kterým vím, že prodává. Hned mi nabídl a já to prostě přijal.*“

TO 11: Které služby, metody, techniky byly podle vás nejúčinnější?

Na tuto otázku mi opět odpovídal pouze respondent R1, jelikož respondenti R2, R3 a R4 nemají zkušenosti s žádným typem léčby. Respondent R1 uvádí, že mu nejvíce pomáhá při zvládnutí abstinence od pervitinu marihuana, alkohol, jídlo, spánek a PC hry, což odvede jeho pozornost od bažení po droze. Velmi mě ale překvapil jeho názor na samotnou léčbu, která mu byla poskytnuta. Sám respondent totiž říká: „*v léčebně na mě nezkoušeli nic, co bych si myslel, že mi pomůže, možná spíš vobraceně. Ty jejich super metody, který si myslí že pomáhají jsou úplně na nic a mě osobně vůbec nepomohli a neumím si ani představit, že by někomu pomohli. Všichni ti doktoři na mě působili, že se na voko snažej mi pomoci, ale přitom je vůbec nezajímám a jediný co je zajímá jsou prachy, který ze mě maj.*“

TO 12: Jaká je, případně by byla dostatečná motivace pro zahájení léčby, abstinence?

Většina respondentů uvádí jako největší možnou motivaci rodinu. Respondent R4 a R2 uvádějí, že by pro ně bylo jedinou a největší motivací, jejich vlastní dítě. U respondenta R3 je motivací jeho rodina, kterou nechce vidět smutnou a zklamanou. Výjimku tvoří respondent R1, u kterého z důvodu předešlé zkušenosti s léčbou vyplývá, že neexistuje téměř žádný důvod, proč abstinovat, kromě toxické psychózy, se kterou má nejednu zkušenost. Jak sám uvádí: „*Vždycky poznám, kdy je potřeba si dát pauzu od perníku, protože když na něm jedu několik dní vkuse a nespím, většinou pak mám halucinace a slyším hlasy. Tyhle stavy jsou pro mě největší motivací přestat, jinak bych se zbláznil.*“ Díky toxické psychóze dokázal tento respondent již několikrát přestat s užíváním pervitinu i na několik měsíců. Nicméně vždy po odeznění této psychózy se k užívání opět vrátil. Aby respondent dokázal tyto měsíce bez pervitinu vydržet, musí jej nahradit velkým množstvím marihuany a alkoholu.

TO 13: Máte v plánu současnou situaci řešit, popřípadě jak?

Na tuto otázku mi každý respondent odpověděl odlišně. Respondent R1 je se svou současnou situací spokojen a nevidí důvod, proč by ji měl řešit. Myslí si, že má situaci pod kontrolou a vše dokáže ukočírovat, což si dokazuje i svými občasnými abstinencemi, které ho v jeho mínění utvrzují.

Respondent R2 si nemyslí, že má s užíváním návykových látek velký problém a ani nehodlá vyhledat odborníka, který by mu pomohl, jelikož jak sám uvádí, je velmi hrdý a nesnížil by se k tomu. Jeho představa je, že den, co den bude snižovat dávku drogy a zároveň drogu nahrazovat svými zájmy (cvičení). Osobně si myslí, že dokáže přestat sám, jelikož dle jeho názoru není uživatelem tak dlouhou dobu jako jiní.

Řešení současné situace vidí respondent R3 v samoléčbě. Nemá v plánu vyhledat žádnou odbornou pomoc, ale rád by využil pomocné ruky, kterou mu nabízí jeho rodina. Naopak respondent R4 svoji situaci vidí beznadějně. Se svojí současnou situací spokojen není a dobře ví, že by mu nejvíce prospělo, kdyby se dostal z okruhu lidí na drogové scéně a opustil velké město. Ví ale, že je u něj velkým problémem to, že vzhledem k jeho dlouholeté kariéře drogově závislého je pro něj nemožné začít někde od začátku, jelikož i kdyby jel do jiného města, vždy si najde stejný okruh lidí, kteří ho do toho opět vtáhnou. Jedinou možností by pro něj tedy bylo odstěhovat se na vesnici, na což vzhledem k jeho životní situaci nemá dostatek finančních prostředků.

TO 14: Znáte organizace, které se péčí o drogově závislé zabývají? Víte, na koho se obrátit v případě rozhodnutí léčbu podstoupit?

Vzhledem k povaze otázky byli odpovědi velice stručné. Překvapilo mě, že respondenti často uvedli i více organizací, které se péčí o drogově závislé zabývají. Jedinou výjimkou byl respondent R2, který uvedl, že žádnou organizaci nezná, nezajímá se o to a nikdy se ani s ničím podobným nesetkal. Sám také uvedl: „*nikdo jiný člověku na drogách nepomůže, protože si každé musí pomoci sám, člověk prostě musí mít vůli přestat a pak to dokáže. Je to jednoduchý.*“ Respondenti R1, R3 a R4 uvedli jednu a více institucí, která se touto problematikou zabývá. Tito respondenti například uvedli Podané ruce Brno, Laxus, Drop-In, Sananim a Psychiatrickou léčebnu Bohnice.

TO 15: Víte, jaké služby pro uživatele návykových látek existují?

Jako u předešlé tazatelské otázky, jediným respondentem, který vůbec neznal žádné poskytované služby byl respondent R2. Ten uvedl, že ho to ani nezajímá, jelikož by takové služby stejně nikdy nevyhledal. Ostatní respondenti, tedy respondent R1, R3 a R4, měli přehled alespoň o některých službách, nabízených uživatelům návykových látek. Například tyto respondenti uvedli ambulantní centrum, kontaktní centrum, terénní programy a léčebna.

TO 16: Jak jste jako uživatel/ka spokojen/a se sítí služeb, které jsou uživatelům poskytovány? Změnil/a byste něco?

Na tuto tazatelskou otázku mi většina respondentů odpověděla, že by jisté změny uvítali. Kromě respondenta R4, který je s poskytovanými službami spokojen. V minulosti sám navštěvoval kontaktní centrum Laxus a s jejich péčí byl nadmíru spokojen. Sám řekl: „*Když sem navštěvoval káčko, bylo to super. Mohl sem se tam osprchovat, vyprali mi a taky sem si mohl dát něco k jídlu a udělat kafe. Taky mi vždycky se vším pomohli a poradili mi.*“

Respondent R3 uvedl, že jelikož služby nikdy nevyužil, neví, jaká je jejich současná kvalita, nicméně si myslí, že by se mělo zapracovat na propagaci organizací, které tyto služby nabízejí. Dle něj by byla pro organizace také prospěšná reklama na youtube, facebooku a instagramu i vzhledem k prevenci rizikového chování spojeného s užíváním návykových látek.

Stejně tomu je i u respondenta R2, který vzhledem k tomu, že nemá o organizacích a jejich službách žádné informace, doporučuje rozsáhlejší propagaci, aby se povědomí o službách dostalo k širšímu okruhu lidí. K tomu by dle jeho názoru mohlo přispět i to, aby sociální pracovníci navštěvovali tuto cílovou skupinu v jejich přirozeném prostředí, kde se scházejí a užívají drogy (diskotéky, parky).

Odpověď posledního respondenta R1 mě velice šokovala. Se službami, které jsou uživatelům návykových látek, není, jak jsem uvedla výše, vůbec spokojen. S průběhem léčby, kterou absolvoval nebyl spokojen, ba naopak je toho názoru, že mu ještě více uškodila. V důsledku nedostatečné informovanosti přišel tento respondent o řidičský průkaz a z nákladů na léčbu mu vznikly dluhy a následná exekuce. Respondent R1 uvedl: *„Během léčby mi přišlo, že celý jejich léčebný program není vymyšlený a dotažený do konce. Kromě jednoho terapeutického sezení denněsem během celého pobytu neměl do čeho píchnout. Jelikož volný čas v léčebně nebyl vyplněný žádnými aktivitami, musel jsem sám nějak zaměstnat mozek a zabít čas. Proto jsem chodil po dlouhé chodbě tam a zpět a nakonec jsem to nevydržel a musel jsem podepsat revers.“*

Jeho nespokojenost se službami potvrzuje i zkušenost jeho kamaráda, který se do léčebny několikrát pokoušel přihlásit, ale opakovaně mu byl nástup zamítnut. Ve formuláři, který posílal do léčebny byl uveden email a telefonní číslo, které ale nebylo povinné. Jelikož respondentův přítel ve formuláři uvedl pouze email, měla být další komunikace zprostředkována přes něj. V zaslaném emailu o zamítnutí žádosti mu ale vyčetli, že neuvedl telefonní číslo a z toho důvodu mu ji zamítli. V reakci na tento příběh mi respondent sdělil, že ani pro něj by nebylo snadné se do léčebny dostat, ale bylo mu to umožněno jen díky otcovým známostem.

Další věc, která mě zaskočila je to, když mi respondent uvedl, jaké byly okolnosti jeho nástupu k léčbě. Ačkoli totiž díky otci měl místo v léčebně zamluvené, jeho nástup byl daleko problematičtější. Respondent R1 sám uvedl: *„do léčebny jsem jel čistej, protože jsem předpokládal, že to bude lepší a byl jsem i rozhodnutý se teda léčit. Když jsem ale do léčebny přijel, řekli mi, že nejsem v takovém stavu, aby mě přijmuli, ba naopak jsem podle nich byl až v moc dobrým stavu a oni nechápali proč chci léčbu podstoupit. Na to jsem šel do centra, sehnal jsem si perník a šel se jako nikdy. Potom jsem přišel do léčebny úplně sjetej a oni mě konečně přijali.“*

Respondent R1 si tedy myslí, že v péči o drogově závislé by byla potřeba změnit přístup k přijímání těchto jedinců do léčby. Respondent R1 říká: „*je nesmysl, že když se rozhodnu se teda léčit, tak abych na to čekal dva měsíce, protože do té doby si to milionkrát rozmyslím. Tak to má i spousta mejch kámošů, kteří do léčby chtěli, ale jelikož museli vždycky čekat mega dlouho, tak se na to vykašlali. Taký se mi nelíbí, jak na nás v léčebně koukaj a jak je celej ten jejich program nastavenej. Bylo by potřeba nejspíš něco změnit. Mě už je to ale jedno, protože já už tam víckrát nejdu.*“

Shrnutí dílčí otázky III

Většina respondentů nechtěla a ani nechtějí absolvovat léčbu, jediný respondent R1 léčbu absolvoval, ale nebyl s ní spokojen. Jako největší motivaci pro případnou abstinenci a léčbu uvedli respondenti rodinu jak primární, tak i tu sekundární. Myslím si, že rodina je vždy velkou motivací pro změnu, na druhou stranu může být ale rodina i důvodem pro rizikové chování, hlavně v případech, kdy se u rodičů rizikové chování již vyskytuje.

Všichni respondenti uvádějí, že jejich současná situace je špatná, ale žádný z respondentů nechce vyhledat odbornou pomoc, ba naopak si chtějí pomoci sami maximálně s pomocí rodiny.

Co mě překvapilo je fakt, že většina respondentů má přehled o organizacích a jejich službách, které jsou uživatelům návykových látek nabízeny. Hlavní věcí, kterou by na těchto službách ale respondenti změnili je přístup pracovníků, a především propagace služeb, která jim přijde nedostatečná.

Skupina B

Dílčí výzkumná otázka I.

DVO I. *Jak hodnotí pracovníci kontaktního centra/ terénního programu současný model komplexní péče o uživatele návykových látek?*

Ke zjištění dílčí otázky byly využity tazatelské otázky č. 3-11. Pro zjištění dílčí otázky bylo nejprve zjišťováno to, jaké služby nabízí organizace, ve které tito respondenti pracují, jestli v současnosti uvažují o rozšíření své nabídky služeb a s jakými dalšími zařízeními spolupracují.

Dále bylo zjišťováno, jestli respondenti vnímají rozvoj služeb pro uživatele návykových látek a zda jim přijde, že je obtížné se přizpůsobovat novým trendům v užívání návykových látek. Zároveň bylo zjišťováno, zda tito respondenti považují současnou péči o uživatele návykových látek za dostačující anebo jsou toho názoru, že by bylo zapotřebí něco změnit. V návaznosti na tyto otázky bylo poté zjišťováno, jaké klady a zápory související s jejich prací respondenti spatřují a jak hodnotí efektivnost jejich služeb. Důležité bylo také zjistit, jak jsou klienti spokojeni s poskytovanými službami, které jejich zařízení nabízí a jak vypadá typický klient vyhledávající tyto služby.

TO 3: Jaké služby nabízí organizace, ve které pracujete?

Jelikož oba respondenti pracují ve stejné organizaci, která se zabývá péčí o uživatele návykových látek, jejich odpověď byla téměř totožná. Jejich organizace nabízí široké spektrum služeb (výměna injekčního materiálu, poradenství, hygienický servis apod.), které jsou zaměřeny na rizikové chování spojené s užíváním návykových látek od primární prevence, přes experimentátory, závislé, okolí závislého až po uživatele, kteří jsou v konfliktu se zákonem. Všechny služby, které organizace nabízí jsou registrované služby podle zákona o sociálních službách.

TO 4: S jakými dalšími zařízeními spolupracuje zařízení, ve kterém pracujete?

Respondent P2 pracující v terénním programu mi na tuto otázku odpověděl, že v rámci služeb, které poskytují, nespolupracují s jinými zařízeními, ale spíše odkazují klienty, na základě jejich individuálních potřeb, do dalších zařízení (intervenční centrum, K-centrum, gastroenterologie, léčebny apod.)

P1 naopak sdělil, že v rámci poskytovaných služeb spolupracují s celou řadou dalších zařízení v jejich kraji, včetně terapeutických komunit, úřadů, praktických lékařů, věznic, a dalších specialistů. Vždy ale samozřejmě záleží na tom, co klient zrovna potřebuje, jelikož cílem je vyhovět individuálním potřebám každého klienta a pokud je to možné snaží se být centrum flexibilní vůči klientům a vždy jim potřeby splnit.

TO 5: Vnímáte v posledních letech nějaký rozvoj nabízených služeb pro drogově závislé v ČR? Je těžké se neustále přizpůsobovat novým trendům v užívání?

Respondent P1 uvedl: „*Spektrum drog je pořád stejné, přibývá jen uživatelů opioidů a nové syntetické drogy se již neužívají tolik jako dříve. Novým trendům se ale přizpůsobujeme lehce. Co se týče služeb, nejsem si vědom, že by vznikaly v poslední době nové, nicméně oproti minulosti se v současnosti snažíme více zaměřit na zdraví klientů.*“

Naproti tomu respondentka P2 uvádí: „*služby se neustále vyvíjejí, obzvláště pak v hlavním městě, kde vznikají například služby pro vysoce postavené manažery, kteří jsou uživateli návykových látek. Základ ale zůstává pořád stejný, a tak není těžké se těmto změnám přizpůsobit, stačí jen včas na ně reagovat.*“

TO 6: Myslíte si, že systém péče o uživatele návykových látek je v ČR dostačující? Co byste případně změnil/a?

V odpovědi na tuto otázku se oba respondenti shodli na tom, že systém péče je dobře nastavený, nicméně má své nedostatky. Jako jeden z hlavních nedostatků vidí oba respondenti dlouhé čekací doby na léčbu a kapacitu služeb. Respondent P1 uvedl také jako nedostatek slepá místa na mapě, jelikož jsou služby v některých částech republiky více dostupné a v jiných naopak méně. Dále poukázal na nedostatek spojený s financováním, k čemuž se hlouběji nechtěl vyjadřovat, nicméně mi sdělil, že financování je nekonečný boj. Tyto nedostatky jsou právě i to, co by tito respondenti na poskytovaných službách rádi změnili. Realita je ale samozřejmě taková, že se s většinou těchto nedostatků hnout nedá.

TO 7: Uvažujete o rozšíření vašich služeb? Jak?

Oba respondenti se shodli na tom, že v nejbližší době se nechystá žádná změna služeb poskytovaných jejich organizací. Respondent P1 ale uvedl, že by se do budoucna chtěli více zaměřit na zdraví klientů.

TO 8: V čem spatřujete klady a zápory této práce a těchto služeb celkově ve vztahu k okolí a klientům?

Co se týče kladů, tak se na nich respondenti shodli. Klady spatřují v poskytování služeb cílové skupině, která je společností zavržena, a tak i znevýhodněna. Dalším kladem, který respondenti vnímají ve vztahu ke klientovi je jeho stabilizace. Ve vztahu k okolí vnímají jako klad ochranu zdraví celé společnosti, což spočívá ve výměně materiálu a poskytování preventivní činnosti.

Záporem pro respondenta P1 je postoj okolí k nabízeným službám. Sám uvádí: „*každý má na naše služby jiný názor. Ne každý naše služby respektuje a často se setkáváme s negativní reakcí, jelikož lidé nechápou účel našich služeb, které nabízíme.*“ Respondent P2 naopak žádné záporné služby ve vztahu k okolí ani klientovi nevidí. Jediným záparem, který respondent uvedl je, že tato práce je pro pracovníky jak fyzicky, tak psychicky náročná.

TO 9: Jak jsou vaši klienti spokojeni s poskytovanými službami?

Respondent P2 uvedl, že jelikož při terénní práci nezjišťují názor klientů na spokojenost s jejich službami, tak netuší, jak klienti jejich službu vnímají.

Naopak respondent P1 uvedl, že se snaží pravidelně od uživatelů zjišťovat zpětnou vazbu. Uvádí: „*klientů se doptáváme a tímto tématem se zabýváme. Zajímá nás, jestli jim vyhovují poskytované služby a jejich nabídka. Bohužel v souvislosti s COVID-19 spokojenost klientů klesla, jelikož jsme museli omezit poskytované služby. Na druhou stranu se setkáváme i s pozitivními reakcemi, jelikož během omezeného provozu jsme měli možnost zvelebit interiér naší organizace, na což klienti reagují pozitivně. V jádru jsou ale klienti spokojeni s chodem zařízení, a i přes omezení jsme se snažili hlavní zásady naší služby plnit. Klienti mají samozřejmě možnost si stěžovat jak ústně, tak i písemně, s tím se ale moc často nesetkáváme.*“

TO 10: Jak hodnotíte účinnost/efekt služeb poskytovaných vaším zařízením?

Respondent P2 se k otázce vyjádřil stručně a jasně. Dle něj jsou služby velmi efektivní a účinné, což dokládá třicetiletá praxe těchto služeb. Respondent P1 odpověď na tuto otázku více rozvinul. Uvedl: „*jelikož je základem našeho zařízení harm reduction, tak u toho musím říct, že má velký efekt. Ubylo stříkaček na ulicích i zdravotních problémů u uživatelů. Efektivnost se snažíme sledovat prostřednictvím návratnosti stříkaček. Účinné je i poradenství pro klienta (vyřízení občanského průkazu, léčba) a jejich samotná motivace k léčbě. Celkově ale efektivitu hodnotíme individuálně, podle toho, jak dokážeme naplnit potřeby klienta.*“

TO 11: Lze charakterizovat typického klienta?

Typickým uživatelem kontaktního centra je podle respondenta P1 muž kolem třiceti pěti let, který si aplikuje nitrožilně pervitin a uživatelem návykových látek je patnáct až dvacet let s přestávkami. Většinou je bez domova. Je nezaměstnaný a část klientů je také evidována na úřadu práce. Pokud klient pracuje, tak „na černo“ a obvykle z důvodu exekuce. Také se u něj vyskytují dluhy, nejčastěji z dopravních přestupků, dluhy na pojištění a nesplacené náklady spojené s trestním řízením. Většina klientů má nebo v minulosti měla problém se zákonem. Nejčastěji pochází z nefunkční rodiny nebo z rodiny, kde se vyskytuje nějaké rizikové chování. Často také nebývá v kontaktu s rodinou a není rozhodnutý pro změnu svého životního stylu.

Uživatelem, který je typický pro terénní programy, uvedl respondent P2, muže ve věku dvaceti osmi let, který je pracující a nitrožilní uživatel pervitinu.

Shrnutí dílčí otázky I.

Oba respondenti souhlasí, že v současné době není problém přizpůsobovat se novým trendům v užívání. Jejich názory se rozcházejí v tom, jak moc se rozvíjejí služby pro uživatele návykových látek v posledních letech. Zatímco respondent P1 říká, že nedochází k vytváření nových služeb pro uživatele, ale spíše se péče začíná zaměřovat více na zdraví klientů. Respondent P2 naproti tomu uvádí, že dochází neustále k rozvoji služeb, převážně ale v hlavním městě, kde se služby musejí klientům více přizpůsobovat. Oba respondenti potvrdili, že o rozšíření služeb jejich organizace neuvažuje, ale chtějí se spíše zaměřit právě na zdraví klientů.

Co se týče pohledu respondentů na dostatečnost systému péče o drogově závislé, oba uvádějí, že tento systém je nastaven správně, nicméně má nedostatky, které by bylo třeba změnit. Mezi tyto nedostatky respondenti řadí například nerovnoměrné rozložení poskytovaných služeb v ČR, dostupnost a čekací doba na léčbu a financování.

Jako klady a zápory péče o drogově závislé uvádějí oba respondenti téměř totožné odpovědi. Za klad péče vidí ochranu zdraví společnosti a stabilizaci klienta. Jako zápor naopak vidí postavení společnosti vůči jejich službám, a především k cílové skupině. Z pohledu pracovníků je nevýhodou této práce jak fyzická, tak psychická zátěž.

Sami respondenti vnímají efektivnost služeb kladně. Jsou si vědomi toho, že jejich práce má smysl, a to ve smyslu ochrany společnosti prostřednictvím harm reduction, ale také ve vztahu ke klientovi, jelikož jejich služby snižují dopady závislosti na zdraví klientů a klienti jsou právě díky existenci těchto služeb i více namotivováni ke změně životního stylu.

Co se týče zájmu organizace na tom, jak klient nabízené služby vnímá, tak se snaží, jak uvedl respondent P1, kontaktní centrum zjišťovat spokojenost klientů. Pravidelně se klientů doptávají a umožňují jim se ke kvalitě služeb vyjadřovat jak ústně, tak písemně. Naopak respondent P2 z terénního programu uvedl, že nijak zpětnou vazbu od svých klientů nezískávají.

5.6 Shrnutí výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaký pohled mají na péči o drogově závislé samotní uživatelé návykových látek, kteří ve výzkumném šetření představují skupinu A a jaký pohled mají na současnou péči o drogově závislé pracovníci služeb poskytovaných uživatelům návykových látek, kteří ve výzkumném šetření představují skupinu B. Z odpovědí respondentů souhrnně vyplývá, že systém péče pro uživatele návykových látek je v ČR nastaven správně, ale má své nedostatky, na které by bylo potřeba se do budoucna zaměřit.

Ze skupiny A si většina respondentů péči sice neprošla, ale i tak vidí nedostatky. Překvapivým zjištěním pro mě bylo, že respondenti ze skupiny A mají povědomí o organizacích a službách, které se péčí o uživatele návykových látek zabývají. I přesto, že povědomí o organizacích a službách respondenti mají, nedostatek spatřují v nedostatečné propagaci a většina z nich je toho názoru, že by bylo potřeba více zapojit terénní programy, které by mohli navštěvovat uživatelé v jejich prostředí, čímž by rozšířili povědomí o možnostech komplexní péče o drogově závislé. Další způsob, jak rozšířit propagaci jsou dle respondentů sociální sítě (facebook, Instagram, youtube, ...). Jediný z mých respondentů, který si prošel léčbou, je se systémem péče nespokojen. Mě osobně také šokovalo, jakým způsobem mi on sám popisoval, že péče v zařízení ústavní léčby funguje. Šokoval mě nejen přístup při přijímání respondenta, ale i přístup lékařského personálu při samotném pobytu v léčebně. Jeho negativní názor na systém péče utvrdila i zkušenost jeho kamaráda, který v současnosti musí čekat již několik měsíců na nástup do zařízení ústavní léčby. Tuto skutečnost mi potvrdili i odpovědi respondentů ze skupiny B, kteří jako jeden z hlavních nedostatků komplexní péče o uživatele návykových látek uvedli právě dlouhé čekací lhůty pro přijetí k léčbě. Já osobně si myslím, že tento nedostatek je velkým problémem, protože pokud se už uživatel návykové látky rozhodne jít se léčit, měl by tuto možnost dostat v co nejkratším čase, jelikož po dobu čekací lhůty, která je v současnosti nastavena, si může toto rozhodnutí několikrát rozmyslet. I přes nedostatky si respondenti ze skupiny B myslí, že systém péče pro drogově závislé je v ČR efektivní. Efekt služeb se potvrzuje v návratnosti injekčního materiálu a v úbytku zdravotních problémů u uživatelů návykových látek.

Dle mého názoru je péče o uživatele nastavena v ČR správně a nabízí široké spektrum služeb pro různorodé uživatele. Z mé zkušenosti z praxí v kontaktním centru Laxus vím, že pracovníci v těchto službách se snaží pro klienty dělat maximum a vyhovět všem jejich individuálním požadavkům a potřebám. Dle mého názoru by také neuškodila, již zmíněná, větší propagace služeb, jelikož z mé vlastní zkušenosti vím, že lidé v mém okolí často ani neví, že nějaké služby pro uživatele návykových látek existují.

Závěr

Bakalářská práce se zabývala možnostmi komplexní péče o drogově závislé. Cílem bakalářské práce bylo seznámit čtenáře se systémem péče o drogově závislé v ČR a ukázat, jaký pohled mají na tuto péči uživatelé návykových látek, a naopak pracovníci v těchto službách. Aby mohl být naplněn tento cíl, bylo důležité nejprve teoreticky zpracovat téma drogové závislosti. Nejdříve bylo důležité představit základní pojmy z problematiky drogové závislosti a kategorizovat jednotlivé drogy. Dále byla práce zaměřena na příčiny, které vedou člověka k užívání návykových látek a na důsledky, které s sebou závislost přináší. Předposlední kapitola teoretické části bakalářské práce se zaměřovala na samotný systém péče o drogově závislé v ČR a konkrétně byly popsány jednotlivé služby a zařízení. Poslední kapitola teoretické části se zabývala prevencí rizikového chování, která je dle mého názoru neméně důležitá.

Druhá část bakalářské práce se věnovala vlastnímu výzkumnému šetření. Pro výzkumné šetření byla zvolena kvalitativní metoda výzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru. Tento rozhovor byl veden s účastníky šetření, kteří byli pro lepší přehlednost rozděleni na skupinu A a skupinu B. Skupinu A tvoří uživatelé návykových látek a skupinu B tvoří pracovníci, kteří s uživateli návykových látek pracují. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak vnímají obě skupiny respondentů péči o uživatele návykových látek.

K naplnění tohoto cíle byla vytvořena hlavní výzkumná otázka: *Jaký je stávající pohled na komplexní péči o drogově závislé?* Tato otázka byla následně transformována do dílčích otázek, zvlášť pro skupinu A a zvlášť pro skupinu B. Dílčí otázky pro skupinu A se zabývaly průběhem závislosti u vybraných respondentů a jejich informovaností o možnostech komplexní péče. Dílčí otázka pro skupinu B se zabývala pohledem pracovníků kontaktního centra a terénního programu na současný model komplexní péče o uživatele návykových látek. Následně pak byly využity tazatelské otázky, aby mohli být tyto dílčí otázky objasněny.

Z výsledku výzkumného šetření je patrné, že respondenti ze skupiny B vidí systém péče o uživatele návykových látek v ČR jako dobře nastavený, ale jsou nedostatky, na kterých je potřeba do budoucna zapracovat. Mezi tyto nedostatky patří dlouhé čekací doby k nástupu do léčby, s čímž souhlasí i skupina A. Další nedostatek spatřuje skupina B v nedostatečné kapacitě zařízení, v nekončícím boji organizací o finanční podporu a v rozložení služeb, které je nerovnoměrné. Nicméně respondenti skupiny B vidí smysl ve své práci a v tom je utvrzují i výsledky, které s sebou tato práce přináší. I skupina A spatřuje v systému péče o uživatele návykových látek nedostatky. I přesto, že mají povědomí o organizacích a službách, které jsou uživatelům poskytovány, myslí si, že nedostatkem je nedostatečné propagace služeb, které mohou využít.

Tato práce se snaží ukázat, jak služby pro uživatele návykových látek vnímají samotní uživatelé a jak je vnímají pracovníci, kteří s uživateli pracují. Výzkumná část práce by mohla posloužit jako námět pro další zkvalitnění péče o uživatele návykových látek.

Zdroje

Co je CBD konopí a jaké jsou jeho účinky. *ChooseGreen* [online]. DashThemes, 2018, 2019. Dostupné z: <https://choosegreen.cz/co-je-cbd-konopi-a-jake-jsou-jeho-ucinky/>.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Přeložil Vladimír JŮVA, přeložil Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido, 2010, 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0.

GÖHLERT, Fr.-Christoph a KÜHN, Frank. *Od návyku k závislosti: toxikomanie, drogy: účinky a terapie*. Vyd. 1. Praha: Ikar, 2001. 143 s. Z pohledu lékaře. Pro zdraví. ISBN 80-7202-950-9.

HOFERKOVÁ, Stanislava, Blahoslav KRAUS a Václav BĚLÍK. *Sociální patologie a prevence pro studenty učitelských oborů*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2017. ISBN 978-80-7435-686-5.

KALINA, Kamil a kol. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia nova, 2001. 118 s. ISBN 80-238-8014-4.

KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, ©2003. 2 sv. (319, 343 s.). Monografie; no. 1. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008a. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1411-6.

KALINA, Kamil. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada, 2008b. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2449-2.

KALINA, Kamil. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada, 2013, 527 s. ISBN 978-80-247-4361-5.

KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

KRAHULCOVÁ, Kristýna. *Využití dramaterapie na detoxikačním oddělení*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2017. ISBN 978-80-244-5275-3.

MILLER, Geraldine A. *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén, 2011, 461 s. ISBN 978-80-7262-765-3.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

Negativní důsledky drogové závislosti. *Drogy* [online]. Webnode, 2020. Dostupné z: <https://drogy1.webnode.cz/negativni-dusledky-drogove-zavislosti-/>.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 5., rozšířené vydání. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1357-4.

PRESL, Jiří. *Drogová závislost: může být ohroženo i vaše dítě?*. 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 1995. Medica. ISBN 80-85800-25-x.

RABOCH, Jiří, Michal HRDLIČKA, Pavel MOHR, Pavel PAVLOVSKÝ a Radek PTÁČEK, ed. *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

VALÍČEK, Pavel. *Rostlinné omamné drogy*. Benešov: Start, 2000. ISBN 80-86231-09-7.

Zaostřeno na drogy: Aplikační místnosti [online]. 9. Praha: Úřad vlády ČR, 2011 [cit.2021-02-26]. ISSN 1214-

1089.Dostupné z: https://www.drogyinfo.cz/data/obj_files/4576/557/Zaostreno_201101_aplikacni_mistnosti.pdf?fbclid=IwAR2QPc2RRF_3hTHuzRPR5xrW6JoXVRKcisPWjYyYVXDdo0HIHqU0dw6YkHg.

Příloha

Skupina A, respondent R3

1. Jaké je vaše pohlaví?
„Jsem muž.“
2. Jaký je váš věk?
„Je mi dvacet jedna.“
3. Jaké je vaše zaměstnání?
„Pracuju jako dělník ve výrobě.“
4. Jaké je vaše současné zázemí?
„Bydlím u mamky v bytě, která tam stejně furt není, protože je u svého přítele. Takže mám byt pro sebe. Momentálně žádnou holku nemám.“
5. Jaká je podle vás příčina, že jste návykové látky začal/a užívat?
„No tak určitě dostupnost od spolužáků už na střední a jelikož ostatní brali, tak abych měl kámoše, začal sem taky brát. Nejdřív sem s nima hulil trávu. Pak nám to přestalo stačit a přešli sme na perník. No a možná i rozvod rodičů.“
6. Jak dlouho užíváte návykové látky?
„Asi čtyři roky.“
7. Jaký druh návykové látky užíváte? Pokud kombinujete více látek, jaké?
„No tak tu mariánu, perník a pak normálka cigarety, alkohol. Občas si dám na akci kouli.“
8. Jste si vědom/a nějakých dopadů závislosti na váš osobní život? Jakým způsobem ovlivňuje závislost kvalitu vašeho života?
„Od té doby, co беру perník jsem více uzavřenej a ztratil sem hodně kámošů, taky jsem hodně línej a nemám chuť do života. Nejhorší asi je, že kvůli perníkům mám problémy s rodinou, kterou moje brání trápí. Jo a taky co se týče školy, byl jsem často nedůsledný, měl jsem špatný známky a v současnosti co se týče práce to není o moc lepší.“
9. Chtěl/a případně byl/a jste se závislostí léčen/a? Pokud ne, proč?
„Nebyl, protože si nemyslím, že bych měl až takovej problém.“
10. Pokud ano, jak jste se léčil/a, jak dlouho, jak dlouho trvala abstinence, co bylo spouštěčem relapsu?

Nezodpovězeno v návaznosti na předešlou otázku č.9

11. Které služby, metody, techniky byly podle vás nejúčinnější?
Nezodpovězeno v návaznosti na předešlou otázku č. 9
12. Jaká je, případně by byla dostatečná motivace pro zahájení léčby, abstinence?
„No tak určitě moje zdraví, ale to mám zatím v poho, takže dobrý. Možná ještě moje rodina, co si budem, tyhle hádky už mě nebaví a nechci je vidět ze mě zklamany.“
13. Máte v plánu současnou situaci řešit, popřípadě jak?
„No jako přiznám se, že sem nad tím přemýšlel. Do léčebny ale nejdu. Myslím, že to zvládnou v poho sám. Maximálně že by mi pomohla mamka.“
14. Znáte organizace, které se péčí o drogově závislé zabývají? Víte, na koho se obrátit v případě rozhodnutí léčbu podstoupit?
„Slyšel sem Laxusu v Hradci a ještě mě napadají Bohnice.“
15. Víte, jaké služby pro uživatele návykových látek existují?
„Akorát kontaktní centrum, jinak nevím.“
16. Jak jste jako uživatel/ka spokojen/a se sítí služeb, které jsou uživatelům poskytovány? Změnil/a byste něco?
„No jako žádnou službu sem ještě nevyužil, ale je taky fakt, že sem o tom nikde moc neslyšel, takže asi větší propagace. Třeba na youtube, facebooku nebo instáči.“