

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Subjektivní vnímání životní změny u osob
v substitučním metadonovém programu
v Českých Budějovicích**

diplomová práce

Autor práce: Bc. et Bc. Kateřina Marková
Studijní program: Rehabilitace
Studijní obor: Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé
a seniory

Vedoucí práce: Mgr. Alena Kajanová, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 21. 5. 2012

Abstrakt

Léčba drogové závislosti na opiátech formou substituční léčby je v posledních letech stále rozšířenější a je jí přikládán stále větší význam. Práce se zaměřuje na subjektivně vnímané změny v životech osob v substitučním metadonovém programu, na to, jak tyto změny prožívají a jak subjektivně léčbu hodnotí. Téma je zpracováno z hlediska bio-psycho-socio-spirituálního.

V teoretické části se zabývám kvalitou života a subjektivně vnímanou osobní pohodou, vymezuji šest základních dimenzí osobní pohody, z kterých vycházím v praktické části práce. Dále zde rozpracovávám bio-psycho-socio-spirituální model v kontextu metadonové substituční léčby. Také v této části popisují faktory životní změny a motivaci ke změně. Poslední teoretická kapitola se zaměřuje na substituční léčbu jako takovou a konkrétněji na substituční léčbu metadonem.

V praktické části jsou prezentovány výsledky výzkumu. Cílem práce bylo analyzovat, jak osoby v substitučním metadonovém programu v Českých Budějovicích vnímají životní změny. Pro dosažení cíle byl zvolen kvalitativní výzkum. Data byla získávána technikou narativního interview. Výzkumný soubor tvořili 4 respondenti, kteří byli v substitučním metadonovém programu.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že subjektivně prožívané změny v životech osob v metadonovém substitučním programu se týkají pěti ze šesti dimenzí osobní pohody. Změny nebyly zaznamenány v dimenzi týkající se smyslu života, respektive ani po několika měsíční substituční léčbě metadonem tyto osoby subjektivně nevnímají žádný životní cíl. Z toho lze vyvodit významné důsledky pro práci s těmito osobami, především pro terapeutů substitučních center, kteří by na spiritualitě osob měli pracovat.

Abstract

The substitution treatment of opioid drug addiction has become more commonly used in the past years and more importance is being placed on it. The thesis focuses on the subjectively perceived changes in the lives of persons in the methadone maintenance treatment program, on their experiencing of the changes and subjective judgment of the treatment. The topic is treated according to the Bio-Psycho-Socio-Spiritual Model of Addiction.

The theoretical part deals with the quality of life and the subjectively perceived well-being and defines six dimensions of well-being on which the practical part of the thesis is based. It also elaborates on the Bio-Psycho-Socio-Spiritual Model of Addiction in the context of the methadone maintenance treatment. Moreover, it describes the factors in life change and the motivation to change. The last theoretical chapter focuses on the opioid substitution treatment as such and more specifically on the methadone maintenance treatment.

The practical part presents the results of the research. The aim of the thesis is to analyse how the persons in the methadone maintenance treatment program in České Budějovice perceive life changes. A qualitative research was chosen for that purpose. The data were obtained through the technique of narrative interview. The research group consisted of four respondents who were on the methadone maintenance treatment program.

The results show that the subjectively perceived changes in the lives of the persons in the methadone maintenance treatment program relate to five out of six dimensions of well-being. No changes were recorded in the dimension concerning the sense of life, in other words, even after a several month methadone maintenance treatment these persons perceive no goal of their lives. Important consequences for work with these persons can be drawn from that, especially for therapists in opioid substitution centres, who should develop spirituality aspects of persons.

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne 21. 5. 2012

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé diplomové práce Mgr. Aleně Kajanové, Ph.D. za cenné rady a odborné připomínky, vstřícný přístup a především za její čas, který mi v průběhu zpracovávání této práce věnovala.

Děkuji tímto také klientům Substitučního centra Prevent, kteří byli ochotní sdělit mi své osobní zkušenosti a pocity.

Obsah

ÚVOD	8
1 SOUČASNÝ STAV	10
1.1 KVALITA ŽIVOTA	10
1.1.1 SUBJEKTIVNÍ OSOBNÍ POHODA	11
1.1.1.1 <i>Dimenze osobní pohody</i>	12
1.2 BIO-PSYCHO-SOCIO-SPIRITUÁLNÍ MODEL V KONTEXTU METADONOVÉ SUBSTITUČNÍ LÉČBY	14
1.2.1 BIOLOGICKÁ ÚROVEŇ	15
1.2.2 PSYCHOLOGICKÁ ÚROVEŇ	15
1.2.3 SOCIÁLNÍ ÚROVEŇ	16
1.2.4 SPIRITUÁLNÍ ÚROVEŇ	17
1.3 ŽIVOTNÍ ZMĚNA	19
1.3.1 OČEKÁVÁNÍ VERSUS REALITA	19
1.3.2 FAKTORY ZMĚNY	20
1.3.2.1 <i>Celkové snížení užívání drog u léčících se osob</i>	20
1.3.2.2 <i>Snížení kriminality</i>	21
1.3.2.3 <i>Navazování nových přátelských a intimních vztahů</i>	22
1.3.2.4 <i>Rodina a zaměstnání</i>	23
1.3.3 MOTIVACE KE ZMĚNĚ	24
1.3.3.1 <i>Kolo změny</i>	25
1.4 SUBSTITUČNÍ LÉČBA	27
1.4.1 DEFINICE SUBSTITUČNÍ LÉČBY	29
1.4.2 FORMY A TYPY SUBSTITUČNÍ LÉČBY	29
1.4.3 CÍLOVÁ SKUPINA	30
1.4.4 CÍLE SUBSTITUČNÍ LÉČBY	31
1.4.4.1 <i>Zdravotní důsledky užívání nelegálních opiátů</i>	31
1.4.4.2 <i>Sociální důsledky užívání nelegálních opiátů</i>	32
1.4.5 SUBSTITUČNÍ CENTRUM PREVENT	32
1.4.6 SUBSTITUČNÍ LÉČBA METADONEM	33
1.4.6.1 <i>Výhody substituční léčby metadonem</i>	34
1.4.6.2 <i>Nevýhody substituční léčby metadonem</i>	36
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	38
2.1 CÍL PRÁCE	38
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	38
3 METODIKA	39

3.1 METODY ZÍSKÁVÁNÍ A VYHODNOCOVÁNÍ DAT	39
3.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR A JEHO VÝBĚR	40
<u>4 VÝSLEDKY A JEJICH INTERPERETACE</u>	<u>42</u>
4.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O VÝZKUMNÉM SOUBORU	42
4.1.1 KASUISTIKY JEDNOTLIVÝCH INFORMANTŮ	42
4.2 SUBJEKTIVNÍ VNÍMÁNÍ ŽIVOTNÍ ZMĚNY V BIO-PSYCHO-SOCIO-SPIRITUÁLNÍM KONTEXTU	46
4.2.1 BIOLOGICKÁ ÚROVEŇ	46
4.2.2 PSYCHICKÁ ÚROVEŇ	48
4.2.3 SOCIÁLNÍ ÚROVEŇ	51
4.2.3.1 <i>Rodinné a přátelské vztahy</i>	52
4.2.3.2 <i>Finance</i>	56
4.2.3.3 <i>Zaměstnání</i>	59
4.2.3.4 <i>Bydlení</i>	60
4.2.3.5 <i>Páchání trestné činnosti</i>	61
4.2.4 SPIRITUÁLNÍ ÚROVEŇ	61
4.3 SUBJEKTIVNĚ VNÍMANÉ ZMĚNY V DIMENZÍCH OSOBNÍ POHODY	63
4.3.1 SEBEPŘIJETÍ (SELF-ACCEPTANCE)	63
4.3.2 POZITIVNÍ VZTAHY S DRUHÝMI	66
4.3.3 AUTONOMIE (NEZÁVISLOST)	67
4.3.4 ZVLÁDÁNÍ ŽIVOTNÍHO PROSTŘEDÍ (ENVIRONMENTAL MASTERY)	70
4.3.5 OSOBNÍ ROZVOJ (PERSONAL GROWTH)	71
4.3.6 SMYSL ŽIVOTA (PURPOSE IN LIFE)	74
<u>5 DISKUZE</u>	<u>76</u>
<u>6 ZÁVĚR</u>	<u>84</u>
<u>8 KLÍČOVÁ SLOVA</u>	<u>91</u>
<u>9 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK</u>	<u>92</u>
<u>10 SEZNAM TABULEK</u>	<u>93</u>

ÚVOD

Droga, jako látka s psychoaktivním účinkem na lidský organismus, je známa již odpradávná. V dávné minulosti byla využívána především během rituálů, tedy pouze v konkrétních situacích. Od té doby uplynulo mnoho let a užívání psychoaktivních látek v rámci provádění rituálů se významně změnilo. V současné společnosti se užívání drog rozšířilo natolik, že s sebou přináší mnohé negativní důsledky a to hned v několika oblastech (sociální, ekonomické, zdravotní...). Užívání drog představuje problém, který má dopad na celou společnost, to znamená i na populaci drogami přímo nezasaženou.

Drogovou závislost je možné léčit několika způsoby. Jedním z nich je substituční léčba v substitučních centrech, kde je klientům podávána substituční látka (v České republice nejčastěji buprenorfin nebo metadon), která nahrazuje nelegální opiáty (např. heroin). Jelikož již více než dva roky pracuji v kontaktním centru, kde se denně setkávám s lidmi, kteří užívají drogy, a s některými z nich pracuji na tom, aby vstoupili do metadonového substitučního programu, rozhodla jsem se ve své práci „Subjektivní vnímání životní změny u osob v substitučním metadonovém programu v Českých Budějovicích“ zabývat tím, jaké změny substituční léčba metadonem těmto lidem přináší, jak tyto změny (pokud nějaké nastanou) vnímají, jak se cítí, co prožívají a jak tuto novou situaci zvládají.

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické (empirické). V teoretické části popisuji současný stav týkající se dané problematiky, k čemuž využívám dostupných odborných informací a poznatků. V této části pojednávám o kvalitě života, subjektivní osobní pohodě, životní změně a motivaci ke změně, substituční léčbě a v neposlední řadě o metadonu jako o látce k substituční léčbě používané. V teoretické části je podrobně popsán bio-psycho-socio-spirituální model (Kalina a kol., 2003) v kontextu léčby závislosti a také šest základních dimenzí osobní pohody (Kebza, 2005), z kterých následně vycházím v části praktické.

Obsahem výzkumné části je metodika samotného výzkumu, interpretace a prezentace výsledků získaných během vlastního výzkumného šetření. Pro účely této diplomové práce jsem zvolila kvalitativní výzkum. K získání dat jsem použila metodu

narativních interview. Při výběru výzkumného souboru (respondentů) jsem se rozhodla pro záměrný (účelový) výběr přes instituce (Miovský, 2006). Cílem práce bylo analyzovat, jak osoby v substitučním metadonovém programu v Českých Budějovicích vnímají životní změny.

Výsledky diplomové práce byly prezentovány na konferenci sekce sociální patologie, která se konala v Blansku ve dnech 25. – 27. dubna 2012. Konference byla pořádána Masarykovou českou sociologickou společností a jejím letošním hlavním tématem bylo: Životní styl směřující k delikvenci.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Kvalita života

„Kvalita života zahrnuje multidimenzionální konstrukt zahrnující fyzickou, emoční, psychickou a sociální složku zdraví a fungování tak, jak jsou vnímány samotným pacientem.“ (Goppoldová a kol., 2005, s. 287). Takovéto chápání kvality života neuvažuje pouze v relacích somatických indikátorů, ale bere v úvahu také to, jak se pacient cítí duševně a fyzicky a jak zvládá běžné každodenní situace. (Goppoldová a kol., 2005) V posledních dvaceti letech je kvalita života považována za koncept, který se vztahuje ke konkrétnímu jedinci, individu (Džuka, 2004).

Během léčby i sociální práce by měla být změna v dosavadním stavu pacienta vnímána v širším úhlu, např. sledováním kvality života a různých změn v této oblasti. Sledování subjektivní kvality života u osob v substitučním programu by mělo vycházet z toho, že závislost ovlivňuje člověka nejen po stránce fyzické, ale také psychické, sociální i spirituální. Goppoldová a kol. (2005) uvádí, že moderní medicína a psychiatrie pracují právě na takovém principu. Džuka (2004) toto potvrzuje, když popisuje, že při hodnocení postupů léčby jde především o to, jak nemocní svůj zdravotní stav prožívají, jak zvládají svůj běžný den a jak fungují v sociálních vztazích. Taková kritéria jsou výchozí pro hodnocení kvality života.

To, co kvalitu života výrazně ovlivňuje můžeme shrnout do čtyřech faktorů. První faktor, který se promítá do kvality života, je úroveň osobní pohody, někdy je též používáno termínu well-being. Druhým faktorem je úroveň schopnosti postarat se sám o sebe, tedy úroveň sebeobsluhy. Poslední dva faktory ovlivňující subjektivní vnímání kvality života jsou úroveň mobility a úroveň schopnosti ovlivňovat vývoj vlastního života (Kebza, 2005).

Studie zaměřená na osoby závislé na heroinu, které jsou účastny metadonového programu, prokázala vliv několika faktorů na kvalitu života těchto osob. Nejvýznamnějšími faktory ovlivňujícími kvalitu života klientů podle této studie jsou: věk, délka drogové závislosti, rodinné vztahy, pracovní status, frekvence sexuální

aktivity, způsob užívání drog, užívání sedativ, délka léčby a důvěra v léčbu (Chuang-Fei et al., 2009).

1.1.1 Subjektivní osobní pohoda

Pohoda je velmi široký pojem zahrnující to, co je pro člověka důležité, tedy to, co je pro něj subjektivně významné. Vychází se tudíž z toho, co udává vlastní zkušenost dotazovaného. Důležité je, jak se lidé cítí, jak se cítili, co zažili, jakou mají náladu, co prožívají atd. (Křivohlavý, 2004). Křivohlavý (2004, s. 181) definuje subjektivní osobní pohodu (životní pohoda, well-being) jako „kognitivní a emocionální vyhodnocení vlastního života“.

Na subjektivní osobní pohodu můžeme nahlížet z několika úhlů podle toho, jaké složky subjektivní osobní pohoda obsahuje. V souvislosti s tím, na jakou skupinu osob je tato práce zaměřena jsem si zvolila pohled na osobní pohodu, který uvádí Kebza (2005).

Některé přístupy ke kvalitě života stanovují osobní pohodu – well-being – jako standard pro kvalitu života v různých kontextech (Kebza, 2005). Pohoda (well-being) je velmi široký pojem a pro každého individuálně znamená něco jiného, protože každý přikládá důležitost něčemu jinému. Životní pohoda se netýká jen pozitivních, ale i negativních emocí, afektů a nálad. Subjektivní vnímání pohody je odvislé i od toho, jak se člověk dívá na svou budoucnost, jaká má očekávání a jakým způsobem vidí jejich realizaci. Subjektivní vnímání životní pohody vychází vždy z vlastní osobní zkušenosti člověka (Křivohlavý, 2004).

Kebza (2005) zdůrazňuje, že pojem životní pohoda není záležitostí pouze duševní pohody. Životní pohoda je založena jak na duševní, tak na tělesné, sociální a spirituální dimenzi. Například rozsáhlý projekt WHO zaměřený na kvalitu života byl soustředěn na šest hlavních oblastí: tělesné zdraví, psychické funkce, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, prostředí a spiritualita.

Někteří autoři vycházejí z toho, že vrcholem kvality života je smysl života. Jiní autoři předpokládají, že velmi významnou roli v utváření kvality života hraje víra ve vlastní schopnosti (Kebza, 2005). „Vnímání úrovně této víry ve vlastní schopnosti ovlivňuje podle těchto autorů též míru úsilí a vytrvalosti, již jsou lidé ochotni vydat tváří v tvář nesázím a překážkám.“ (Kebza, 2005, s. 60).

Při nahlížení na osobní pohodu jako součást kvality života se předpokládá, že kvalita života má dvě základní dimenze. Jednak je to dimenze subjektivní osobní pohody a za druhé objektivní osobní pohoda. Do objektivní osobní pohody spadá funkční kapacita organismu, zdravotní stav a socioekonomický status (Kebza, 2005). V této práci se ale budu zabývat pouze první součástí kvality života, subjektivní osobní pohodou.

1.1.1.1 Dimenze osobní pohody

Subjektivní osobní pohoda je podle Kebzy (2005) strukturována do šesti základních dimenzí. Pro účely této práce jsem se rozhodla podívat se na subjektivně vnímané životní změny u osob v metadonovém programu právě prostřednictvím těchto šesti dimenzí:

1. Sebe přijetí, sebeakceptace (self-acceptance) – pozitivní postoj k sobě, spokojenost se sebou samým, srozumění s různými aspekty sebe a jejich akceptace, přijetí různých aspektů sebe, dobrých a i špatných vlastností, srozumění s vlastní minulostí (Kebza, 2005), pozitivní hodnocení sebe a vlastního života (Blatný a kol., 2010).
2. Pozitivní vztahy s druhými – vřelé uspokojující vztahy s druhými, zájem o blaho druhých, schopnost empatie (Kebza, 2005).
3. Autonomie – nezávislost a sebeurčení, schopnost odolat sociálním tlakům a zachovat si vlastní názor a jednání, nezávislost na hodnocení a očekávání

druhých (Kebza, 2005), pocit či vědomí vlastního sebeurčení (Blatný a kol., 2010).

4. Zvládání životního prostředí (environmental mastery) – pocit kompetence při zvládání každodenních nároků, přehled o tom, co se děje v okolním prostředí, schopnost vidět příležitosti a využít vnější dění pro vlastní cíle a potřeby (Kebza, 2005), schopnost efektivně organizovat vlastní život a zvládat okolní svět (Blatný a kol., 2010).
5. Smysl života (purpose in life) – cílesměrnost, pocit, že minulý i přítomný život má smysl, směřování k dosažení cílů (Kebza, 2005), přesvědčení, že život má účel a cíl (Blatný a kol., 2010).
6. Osobní rozvoj (personal growth) – pocit nepřetržitého vývoje jako jedince, člověka (Blatný a kol., 2010), otevřenost novému, nepřipouštění si nudy a pocitu stagnace, schopnost vidět pozitivní změny vlastního já a chování (Kebza, 2005).

Blatný (2005) uvádí, že v západních zemích je kladné hodnocení vlastního života spojeno s rozvíjením vlastního ega, autonomií, sebeprosazováním a úspěchem. Subjektivní hodnocení sebe sama vychází především z obecné schopnosti vyrovnávat se se životem a z výkonové stránky chování.

1.2 Bio-psycho-socio-spirituální model v kontextu metadonové substituční léčby

Bio-psycho-socio-spirituální model můžeme jinými slovy nazvat modelem holistickým neboli celostním. Spirituální rozměr člověka a jeho potřeby patří k běžnému životu a jsou neodmyslitelnou součástí při překonávání krize a uzdravování se z nemoci – tedy i z drogové závislosti (Kalina a kol., 2003).

Bio-psycho-socio-spirituální model se vyvíjel po dlouhou dobu a například spirituální složka je jeho součástí několik posledních let. Nejprve tady byl biomedicínký model, který považoval drogovou závislost za nemoc v lékařském slova smyslu a podle toho se k léčbě závislostí přistupovalo. Po několika dlouhých desetiletích byl biomedicínký model rozšířen o psychosociální složku. Bio-psycho-sociální model se významně rozšířil do podvědomí společnosti až v 60. letech 20. století, a to ve chvíli, kdy se drogy staly společenským problémem (Kalina a kol., 2003).

V současné době se stále více hovoří o čtyř-složkovém modelu, o bio-psycho-socio-spirituálním modelu. Z tohoto modelu by měl vycházet i přístup k práci se závislými. Závislost je problémem celého člověka a zasahuje do všech čtyřech výše zmiňovaných úrovní. Kalina a kol. (2008) uvádí, že léčba by se standardně měla vždy zaměřovat na všechny čtyři úrovně člověka, tj. biologická, psychologická, sociální a spirituální. Aspiruje-li léčba na komplexní úzdravu člověka, musí obsahovat nástroje, metody a techniky, které působí na všechny čtyři úrovně.

Při přímé práci s klientem/pacientem si musíme být vědomi toho, že se jednotlivé úrovně bio-psycho-socio-spirituálního modelu prolínají a narušení jedné z úrovní vyvolává nerovnováhu, která může narušit úroveň další. Při práci je tedy nutné myslet na vyváženost všech těchto čtyřech úrovní. Je tedy nezbytné být vnímavý ke všem čtyřem složkám bio-psycho-socio-spirituálního pojetí člověka a vždy se snažit všechny tyto úrovně „opečovat“. (Marková, 2012)

Stejně tak by léčba neměla být soustředěna pouze na závislého, ale na celou jeho rodinu a sociální systém. „Léčebné úsilí se obvykle neomezuje jen na jedince, ale

zaměřuje se také na jeho rodinu. Využívá se i nemedicínských přístupů, například resocializace, reedukace, právního poradenství apod.“ (Kalina a kol., 2008, s. 20)

1.2.1 Biologická úroveň

Substituční léčba je zaměřena na snížení zdravotních rizik jako je například snížení přenosu infekčních nemocí při injekčním užívání drog. Na biologické úrovni se léčí nemoc jako taková a to především sekundární následky užívání drog – od banálních až po závažné důsledky poruchy zdraví jakožto následku virové hepatitidy (typu B a C) či HIV pozitivitu (Kalina a kol., 2008). „Mezi počtem let injekčního užívání drog a výskytem hepatitidy byla zjištěna významná korelace.“ (Gossop, 2009, s. 15). Reimer et al. (2011) potvrzuje, že zařazení injekčních uživatelů drog do metadonové léčby má pozitivní vliv na většinu fyzických a psychických změn.

1.2.2 Psychologická úroveň

Psychologická pomoc je klientům poskytována ve formě individuálních a skupinových poradenství, motivačních tréninků, prevencí relapsu a rodinného poradenství. Aby byla psychologická pomoc poskytnuta co nejefektivněji, musí se psycholog (psychoterapeut) o klienta zajímat celostně, tzn. zajímat se o souvislosti mezi psychologickými problémy klienta a rozvojem abúzu. Psycholog (psychoterapeut) by měl také identifikovat, jaké psychologické problémy se vytvořily až v souvislosti s užíváním drog, a které psychologické problémy užívání drog již předcházely. Všechny tyto problémy pak následně vedou k tomu, že celý systém se stane sebeudržujícím. Psychické změny mohou být různého charakteru – poruchy osobnosti, panické poruchy, depresivní symptomy... (Kalina a kol., 2008). Kalina a kol. (2008, s. 21) uvádí, že s klientem „se pracuje na tzv. náhledu těchto souvislostí a na získání odpovědnosti za svoje chování.“

Souvislost mezi užíváním drog a psychologickými až psychiatrickými onemocněními konstatuje i Gossop (2009), který uvádí, že zneužívání drog je mnohdy spojeno s psychickými poruchami a onemocněními. „Prevalence úzkostných a depresivních poruch je mezi uživateli drog v léčbě vyšší než v běžné populaci.“ (Gossop, 2009, s. 14). Stejně tak Piacentine (2010) souhlasí s tímto tvrzením a říká, že lidé zneužívající drogy mají často přidružená psychiatrická onemocnění. Nejčastějšími psychiatrickými diagnózami jsou deprese a úzkost (Piacentine, 2010). Z některých studií vyplývá, že přibližně polovina léčených závislých na opiátech uvádí alespoň jednu epizodu deprese ve svém životě. Národní studie ve Spojených státech uváděla u čtvrtiny až poloviny sledovaného vzorku depresivní nebo sebevražedné myšlenky. Vysoký výskyt psychiatrických symptomů byl zjištěn i v jiných studiích zaměřených na léčící se uživatele drog. Anglická studie informuje o tom, že přibližně 20 % klientů se již v minulosti léčilo s psychiatrickým problémem, kterým nebylo užívání drog (Gossop, 2009). Přítomnost psychiatrických onemocnění, stejně jako zneužívání více druhů drog u klientů závislých na opiátech potvrzuje i výzkum uskutečněný ve Švýcarsku. Je zde konstatováno, že tyto faktory (komorbidita) mohou komplikovat účinnou léčbu (Vogel et al., 2010).

1.2.3 Sociální úroveň

Sociální práce s klienty substitučních programů spočívá v pomoci a podpoře při hledání zaměstnání a bydlení, při vyřizování úředních či zdravotních záležitostí atd. (Kalina a kol., 2008). „Re-socializace je nedílnou součástí léčby, doslova návrat k socializovanému, tedy společenskému uplatnění je jedním z výrazných měřítek efektu léčby.“ (Kalina a kol., 2008, s. 22).

Nezbytnosti sociální práce s klienty během léčby přispívá i fakt, že klienti často přicházejí do léčby se sociálními problémy. K typickým sociálním problémům osob zneužívajících drogy patří bezdomovectví, nezaměstnanost, nízké vzdělání, anamnéza fyzického a sexuálního zneužívání a chudoba. Velmi významným sociálním problémem

je bezesporu páchání trestné činnosti (Gossop, 2009). Gossop (2009, s. 14) přímo uvádí: „Vysoká míra kriminálního chování se odráží i ve vysokém počtu kontaktů s trestněprávním systémem.“

1.2.4 Spirituální úroveň

Nejprve bych se chtěla zaměřit na to, co je pod pojmem spiritualita myšleno. Pojem spiritualita je někdy překládán jako duchovnost. Tím se nám ale stále nedostává odpovědi, co se vlastně pojmem spiritualita rozumí. Ve zkratce bychom mohli říci, že spiritualitou je míněno hledání toho, co je posvátné. Spiritualita je něco, co nás přesahuje, co transcenduje lidskou dimenzi v nás (Křivohlavý, 2004).

Mohlo by se zdát, že spiritualita odpovídá pojmu víra (náboženství). To však nejsou totožné pojmy. Piacentine (2010) vztah spirituality a víry vysvětluje následovně: víra (náboženství) je způsob, jak rozvíjet vlastní (osobní) spiritualitu.

Spiritualitu můžeme také popsat jako něco, „co nás na jedné straně vede k tomu, abychom hledali smysluplnost svého života, a na druhé straně nám tuto smysluplnost dává.“ (Křivohlavý, 2004, s. 177). Spiritualitu někteří autoři považují za vrozenou schopnost člověka (Piacentien, 2010). Tuto schopnost můžeme chápat jako snahu hledat, nacházet, prožívat kontakt a mít vztah s tím, co nás přesahuje, co považujeme za posvátné (Křivohlavý, 2004).

Zabývání se spiritualitou jako součást léčebného procesu je poměrně „mladou“ záležitostí a ne vždy je se spiritualitou úmyslně pracováno. Existují však programy, které spiritualitu reflektují a pracují s ní, například filosofie „Anonymních alkoholiků“ (Kalina a kol., 2008). Spirituální komponenta léčby v programu Anonymních alkoholiků mohla připadat v minulosti lidem zastaralá. Dnes je ale spiritualita (duchovnost) legitimním předmětem lékařského výzkumu (Anonymní alkoholici, 2011).

Některé programy uvažující dimenzi lidské existence „se zaměřují na aspekty životního smyslu nebo údělu, na aspekty víry v Boha, lidské sounáležitosti a soucítění, pokory a respektu k tomu, co přesahuje individuální Já“. Léčebné působení můžeme

v tomto smyslu definovat jako hledání smyslu života, životních hodnot, hledání vztahu k nějakému vyššímu ideálu, principu, k pravému Já, hledání nástrojů k provádění změn a jejich udržení v každodenním životě a jako upevňování hodnot souvisejících s nabytou abstinencí (Kalina a kol, 2008).

Jak účinně léčit závislost na nealkoholových drogách je ještě stále terapeutickým otazníkem. K tomu je potřeba hlubší pochopení závislosti jako takové. Je pravděpodobné, že úroveň spirituality je důležitým faktorem při zahájení užívání drog, při léčbě a při uzdravování se ze závislosti (Piacentine, 2010).

Z dosavadních výzkumů vyplývá, že spiritualita úzce souvisí s nadměrnou konzumací alkoholu a se zneužíváním drog (Piacentine, 2010). Lorencová (2010/2011) ve svém výzkumu poukazuje na vyšší spiritualitu uživatelů marihuany (a současně alkoholu) oproti uživatelům pouze alkoholu. Otázkou však je, zda spirituálně založení lidé vyhledávají spirituální zážitky prostřednictvím drog, a nebo jestli drogy mají za následek zvýšení spirituality (Lorencová, 2010/2011). Na tuto otázku se snažilo odpovědět již několik badatelů. Je patrné, že zvýšená spiritualita snižuje výskyt zneužívání drog. Vědci prokázali, že zvýšená spiritualita je preventivním faktorem zneužívání drog, ačkoliv je nutné poznamenat, že důvody této souvislosti nejsou zcela jasné. Rovněž bylo zjištěno, že spiritualita je faktor podporující proces uzdravování, tudíž ovlivňuje průběh léčby (Piacentine, 2010).

Spiritualita by měla být součástí efektivní léčby, protože poskytuje léčícím se jedincům pozitivní životní orientaci, větší sociální podporu a chrání pacienta před stresem a negativní emocionalitou. Spiritualita je spojena s uzdravováním, prevencí relapsu a se zlepšením duševního zdraví (Piacentine, 2010).

Úroveň spirituality může být měřena pomocí konceptu duchovní pohody. Duchovní pohoda odkazuje na duchovní zdraví vnitřních zdrojů osobnosti a na psychickou pohodu člověka. To je důležitý fakt pro práci s lidmi, kteří trpí nějakým psychiatrickým onemocněním. Například u deprese bylo zjištěno, že vztah mezi spiritualitou a depresí je vztahem nepřímé úměrnosti (Piacentine, 2010).

1.3 Životní změna

1.3.1 Očekávání versus realita

Při hodnocení životní spokojenosti se člověk opírá o kritérium, na jehož základě srovnává aktuální stav se stavem očekávaným, předpokládaným nebo žádaným (Blatný, 2005). Lidé vstupující do léčebného procesu nepřicházejí pouze pro lékařskou intervenci, ale přicházejí s konkrétními očekáváními, často zásadními, vztahujícími se ke změně kvality života. Rozdíl mezi očekávanou změnou a dosaženou změnou kvality života zásadním způsobem ovlivňuje spokojenost klienta s léčbou (Payne a kol., 2005). Blatný a kol. (2010) zdůrazňuje, že pro pocit spokojenosti je důležité to, zda naše osobní cíle, které jsme si stanovili, vycházejí z našich vnitřních potřeb či jsme k jejich uskutečnění vedeni vnějšími pobídkami (Blatný a kol., 2010). Velký význam tedy můžeme spatřovat v komunikaci s klientem na téma očekávání a změna života díky léčbě (Payne a kol., 2005).

Změna života, resp. změna kvality života, však nezáleží pouze na průběhu léčby a výsledku léčby. Uzdravení se je jen jedním z mnoha předpokladů změny kvality života, ve kterou klient doufá. Přehnaná očekávání týkající se změny kvality života v důsledku léčby jsou nejčastější u několika skupin pacientů. Jednou takovou skupinou jsou pacienti léčení v psychoterapii. Na tomto místě musím předběhnout a poznamenat, že psychoterapie je nedílnou (dokonce povinnou) součástí substituční metadonové léčby. Výhodné v tomto případě je, že psychoterapeut má s touto problematikou zkušenost a na základě toho by měl s klientem pracovat (Payne a kol., 2005).

Není výjimkou, že klient ztotožňuje svou – alespoň subjektivně – nižší úspěšnost se svou nemocí (v souvislosti se závislými na drogách se svou závislostí). Klient potom od léčby očekává odstranění tohoto onemocnění (závislosti) a i odstranění příčiny své malé životní spokojenosti, příčinu svých neúspěchů a problémů (Payne a kol., 2005).

1.3.2 Faktory změny

„Hlavními kritérii, podle kterých se obvykle měří účinnost léčby, jsou chování z hlediska užívání drog (včetně typu drogy, frekvence a množství užívání drog), zdraví (psychické a tělesné zdravotní problémy) a sociální fungování (zaměstnání, bydlení, kriminalita).“ (Gossop, 2009, s. 12).

Každá léčba je od toho, aby přinesla změnu, a tím je myšleno pozitivní změnu. Za příznivý výsledek léčby závislostí se považují změny, které se týkají následujících oblastí: snížení užívání drog; snížení kriminality; zlepšení psychického stavu klienta; zvýšení sociální integrovanosti (Kalina a kol., 2008).

1.3.2.1 Celkové snížení užívání drog u léčících se osob

Celkové snížení užívání drog je tím nejdůležitějším, čeho by se mělo léčbou dosáhnout. Pojem abstinence je pro různá hlediska různě definován a má i různá kritéria (Kalina a kol., 2008).

Domnívám se, že to může být případ právě substituční léčby, jejíž hlavním cílem není úplná abstinence od veškerých drog. Zároveň i metadon je droga resp. lék a osoby v substituční metadonové léčbě ve své podstatě neabstínují, jelikož pořád pravidelně užívají právě metadon.

I přesto je význam abstinence klíčový, a to i v tom případě, že se nejedná o abstinenci úplnou a/nebo trvalou. Tím se naráží především na problém relapsů, užívání alkoholu a marihuany po léčbě. Abstinence jako dlouhodobý výsledek léčby tedy často znamená abstinenci od původní drogy (Kalina a kol., 2008). Do tohoto rámce podle mě spadá i dlouhodobé užívání metadonu jako látky sloužící k substituční léčbě.

Pojem „podstatné zlepšení v užívání drog“ tudíž neznámá úplnou a trvalou abstinenci, a proto musíme tuto změnu spojovat i s jinými změnami, které jsou neméně důležité. Abstinování samo o sobě není přesvědčivé, aniž by bylo doprovázeno dalšími změnami ve způsobu života klienta. Abstinenci je potřeba vnímat jako prostředek,

nikoli jako cíl. Výsledky léčby je nezbytné zakotvit v celkové změně životního stylu klienta (Kalina a kol., 2008). Nerovnováha životního stylu je v některých modelech zabývajících se relapsem považována za základní faktor v procesu relapsu a možného návratu k závislosti. Nepostradatelné je změnit životní styl tak, aby byl klient schopen rozpoznat zdroje stresu, rozpoznat a změnit nezdravé vzorce zvyků, najít si pozitivní aktivity a věnovat se jim a nakonec naučit se efektivněji využívat čas (Kalina a kol., 2003).

1.3.2.2 Snížení kriminality

Z nejrůznějších studií vyplývá, že léčba je neúčinnější prevencí trestné činnosti u mužů i u žen s problematikou užívání drog. Výsledky snížení kriminality odpovídají úspěšnosti jednotlivých léčebných programů. Těsná korelace je přirozená a logická: závislostní chování uživatelů drog je v naprosté většině spojeno s trestnou činností, z čehož je zřejmé, že pokud klient přestane užívat drogy, nemusí se trestné činnosti dopouštět. Snížení kriminality také dává jasný signál o tom, že u klienta nastala změna jeho dosavadního životního stylu a přinejmenším se mu podařilo vyvázat se z „drogových kontaktů“ a potažmo z kontaktů s kriminogenním prostředím (Kalina a kol., 2008).

Závislost na drogách velmi často vede ke kriminálnímu chování a ke konfliktům se zákonem. Trestná činnost je v naprosté většině sekundárním problémem. Pokud je zahájena úspěšná léčba a abstinence, kriminalita se snižuje a k její recidivě nedochází (Fischer a Škoda, 2009).

Trestná činnost páchaná uživateli drog je často rozdělována do dvou kategorií. První kategorií je primární drogová kriminalita, kterou se myslí výhradně páčání tzv. drogových trestných činů (Kalina a kol., 2008). Drogové trestné činy jsou definovány v § 283 - § 287 trestního zákoníku (trestní zákoník). Podle trendu v roce 2010 počet osob stíhaných za drogové trestné činy roste. Nejvíce stíhaných osob v roce 2010 z oblasti drogové kriminality bylo za trestné činy: Nedovolená výroba a jiné

nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy a Přechovávání omamné a psychotropní látky a jedu (Mravčík, 2011).

Druhou kategorií je sekundární drogová kriminalita, kterou Kalina a kol. (2008, s. 275) definuje takto: „Sekundární drogová kriminalita zahrnuje jakoukoli jinou trestnou činnost, která je páchána za účelem obstarání prostředků na návykové látky, ale i prostředků pro zabezpečení dalších, jiných potřeb uživatelů drog“. Nejčastějším typem trestné činnosti je krádež právě v souvislosti s potřebou opatřit si drogy. Nejběžnějším trestným činem jsou krádeže v obchodech (Gossop, 2009). V případě sekundární drogové kriminality se může jednat nejen o majetkovou trestnou činnost, ale i o násilnou trestnou činnost a trestné činy mravnostní povahy (Kalina a kol., 2008).

Uživatelé drog dostávající se do konfliktu se zákonem v oblasti primární drogové kriminality bychom mohli rozdělit do dvou skupin: 1) problémoví uživatelé drog a závislé osoby a 2) příležitostní a rekreační uživatelé drog (Kalina a kol., 2008).

Pro účely této práce je důležitá pouze první skupina, jelikož problémové užívání drog je definováno jako „intravenózní užívání drog a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů, kokainu a drog amfetaminového typu“ (Kalina a kol., 2003, s. 17) a závislá osoba je osoba, která splňuje kritéria syndromu závislosti (Kalina a kol., 2003). Osoby z této skupiny uživatelů drog jsou typickými pachateli sekundární drogové kriminality. Páchání trestné činnosti je pro problémové uživatele drog a osoby závislé často běžnou součástí jejich životního stylu a také nezbytným způsobem, jak si obstarat finanční prostředky nejen na nákup drog, ale i na jejich ostatní životní potřeby (Kalina a kol., 2008).

1.3.2.3 Navazování nových přátelských a intimních vztahů

Důležitým ukazatelem změny je navazování a nacházení „nových“ přátel a partnerů, resp. přátel a partnerů mimo „toxické“ prostředí a komunity. Takový ukazatel nám dává informaci, že si klient obnovuje nebo získává přirozené zdroje sociální podpory. Studie zaměřená na vztahy uživatelů drog před léčbou a tři roky

po léčbě uvádí, že před léčbou byly $\frac{3}{4}$ klientů vázány na společenství uživatelů drog a pouze $\frac{1}{4}$ klientů měla přátelské a vrstevnické vztahy v nedrogové společnosti. Po třech letech se tento poměr obrátil – pouze $\frac{1}{4}$ setrvala v dřívějších vazbách. Intimní vztahy s neuživateli drog vzrostly během tříletého intervalu z 24 % na 53 %, a naopak partnerství s uživateli drog klesla z 35 % na 7 % (Kalina a kol., 2008)

1.3.2.4 Rodina a zaměstnání

Vztahy s rodinou uživatelů drog jsou obvykle narušeny. Někdy dokonce není ani obnova vztahů s rodinou možná. Mělo by však platit, že čím je klient mladší, tím je důležitější vztahy s původní rodinou obnovit. V případech, kdy se vztahy s rodinou jeví jako trvale neobnovitelné, je příznivým ukazatelem „vyrovnání“ – smíření, řešení případných dluhů aj. (často v případech vztahů se sekundární rodinou). Závislost je problém, který se týká celé rodiny, tudíž zapojení rodiny do léčebného procesu je velmi užitečné a někdy dokonce nezbytné (Kalina a kol., 2008). Výzkum zaměřený na starší uživatele opiátů prokazuje, že efektivnější je léčba u těch klientů, u nichž jsou do léčebného režimu naplno zapojeni jejich rodinní příslušníci (Guo et al., 2010). Jiný výzkum poukazuje na korelaci podpory rodiny a kvality života klienta metadonového programu. Vnímání podpory ze strany rodiny zlepšuje klientův zdravotní i psychický stav. U klientů, kteří vnímali vyšší stupeň podpory ze strany rodiny, bylo méně pravděpodobné, že souběžně s metadonem užívají jiné drogy (Lin et al., 2011).

Užívání drog obvykle člověka vyřadí ze vzdělávacího procesu nebo z pracovního prostředí. Změna v podobě získání a udržení si zaměstnání patří často k obtížným problémům, protože uživatel drog ztrácí během své „drogové kariéry“ pracovní návyky a kvalifikaci pro povolání. Zároveň během léčby nebo po léčbě mívají klienti další problémy při hledání zaměstnání – diskriminace, záznam v trestním rejstříku a také obecně situace na trhu práce není příliš příznivá. Hodnocení změny podle toho, zda je klient zaměstnán či nikoli, je z těchto důvodů nejméně přesvědčivé (Kalina a kol., 2008). „Obecně se však uznává, že život na sociálních dávkách není pro vytrvání

v abstinenci příznivý, zatímco studium, pracovní trénink, rekvalifikace a vše, co vede k lepší pracovní kvalifikaci, je vhodnou strategií, jak zlepšit šance na trhu práce a upevnit příznivé podmínky pro život bez drog.“ (Kalina a kol., 2008, s. 300).

1.3.3 Motivace ke změně

V tradičním modelu léčby závislých byla motivace výhradně věc klienta a tvrdilo se, že optimální motivaci k léčbě zajišťuje situace, kdy se klient ocitne „na dně“. To je situace, z které nenachází jiného východiska než je nástup do léčby. V současné době převládá tendence zapojit klienta do léčby dříve (Kalina a kol., 2008).

Motivace může být viděna jako součást komplexu, k němuž patří vnější okolnosti, vnitřní motivace, připravenost a vhodné zvolení typu léčby v souvislosti s potřebami klienta. Jinými slovy: klient vnímá tlak vnějších okolností na vstup do léčby, udržení se v ní a dosažení přínosu (nemusí však mít vnitřní motivaci); klient má motivaci právě z vnitřních důvodů, z prožívané potřeby osobní změny, ale nemusí být připraven nastoupit do léčby a může hledat jiné cesty ke změně; klient je k léčbě připravený, ale nemusí vnímat navržený typ léčby jako odpovídající svým potřebám; klient vnímá doporučený typ léčby jako vhodný pro sebe a svou situaci a akceptuje jeho cíle, záměry a celkovou filosofii. Konkrétně se jedná o škálu CRMS (circumstances, motivation, readiness, suitability) (Kalina a kol., 2008).

Potvrzuje se, že zejména motivace a připravenost jsou v léčebném procesu důležité (Kalina a kol., 2008). Motivace ke změně může být tedy závislá na mnoha podmínkách. Každopádně by měla být motivace ke změně chápána především jako připravenost člověka ke změně nebo touha po ní (Miller a Rollnick, 2003).

Všechny faktory škály CRMS mají individuální fluktuaci v čase. To znamená, že je potřeba vystihnout optimální situaci pro nástup do léčby. Pokud by se tato optimální situace proměškala, může trvat dlouhou dobu, než se znovu objeví. Uvedenou situaci můžeme vztáhnout ke schématu „kola změny“ (Kalina a kol., 2008).

1.3.3.1 Kolo změny

Již v 80. letech 20. století se psychologové Prochaska a DiClement snažili pochopit, jak a proč se lidé mění a jakými fázemi člověk v průběhu změny prochází. Na základě jejich snažení byl popsán tzv. kruhový model změny neboli kolo změny, který je platný jak pro osobní změnu, tak pro změnu během léčby (Miller a Rollnick, 2003). V tomto modelu je motivace ke změně chápána jako „aktuální stav jedince nebo jeho stávající připravenost ke změně“ (Miller a Rollnick, 2003, s. 14-15).

„Toto schéma popisuje změny v prožívání a chování člověka procházejícího procesem rozhodování o změně, práce na změně a na udržení změny.“ (Lainz, 2010, s. 18). Kruhový model změny neboli kolo změny popisuje fáze procesu změny a chápe proces změny jako cyklický proces (Lainz, 2010).

Proces změny podle tohoto modelu má 6 stádií: prekontemplace, kontemplace, rozhodnutí, jednání, udržování a relaps (Kalina, 2008). Je-li schéma znázorněno graficky, bývá obvykle kruh rozdělen do 4-6 částí (Lainz, 2010). „Toto rozpětí je způsobeno tím, že různí autoři různě popisují a chápou postavení fáze prekontemplace a relapsu a tyto fáze pak zařazují buď do kruhového schématu, nebo jako fáze mimo kruh. Na samotném popisu těchto fází to však nic nemění.“ (Lainz, 2010, s. 19).

Prekontemplace je charakteristická tím, že klient je ve stádiu, které předchází uvažování o změně. V tomto stádiu klient zatím užívání drog nevnímá jako problém. Klient je v podstatě spokojený a svou situaci často komentuje slovy „nemám žádný problém“ (Kalina a kol., 2008). Pro toto stádium existuje řada důvodů, které by se daly shrnout do následujících čtyřech bodů: váhavost, rezignace, rebelství, racionalizace. K těmto čtyřem postojům (nejčastějším pro tuto fázi) patří ještě jeden postoj charakterizující fázi prekontemplace – odpor (Miller a Rollnick, 2003).

Fáze **kontemplace** neboli fáze uvažování, fáze zisků a ztrát. V tomto stádiu kola změny klient srovnává pro a proti (Miller a Rollnick, 2003). „Klient je rozhodnutý uvažovat o změně, ale se změnou váhá, zvažuje výhody a nevýhody, zisky a ztráty, průchodnost a náklady. Pozitivní a negativní aspekty změny jsou zhruba vyrovnané.“ (Kalina a kol., 2008, s. 123).

Rozhodnutí resp. fáze rozhodování se vyznačuje tím, že klient chce udělat a posléze i udělá významný pokus o změnu (Miller a Rollnick, 2003). Klient již vnímá svou situaci jako problém, negativa převažují nad pozitivy. Klient v tuto chvíli reálně přemýšlí o potřebě změnit svou situaci. Této fázi se také říká fáze odhodlání (Kalina a kol., 2008).

K **jednání** (akci) dojde ve chvíli, kdy potřeba změny nabude na síle a můžeme říci, že je na vrchu (Kalina a kol., 2008). Klient je absolutně rozhodnutý ke změně a postupně jednotlivé kroky, které jsou ke změně zacíleny, realizuje (Lainz, 2010). Tato fáze obvykle trvá tři až šest měsíců (Miller a Rollnick, 2003).

Fáze **udržování** „přináší pro klienta schopnost žít bez drogy a začátek návratu do běžného života.“ (Kalina a kol., 2008, s. 124). V nejlepším případě je pozitivní změna udržována (Kalina a kol., 2008). Tato fáze je velmi pozitivní, avšak není pro klienta vůbec jednoduchá. Klient se v této fázi vrací do běžného života a setkává se s velmi náročnými a rizikovými situacemi (Lainz, 2010).

Relaps je fáze, ve které klient selhává a může se dostat zpět do prvního stádia, kdy nestojí o změnu (Kalina a kol., 2008). K relapsu však může dojít kdykoliv během procesu změny (Miller a Rollnick, 2003). Myslím si, že prevence relapsu a nacvičování zvládání různých situací, které mají relapsu předejít, by měly být nedílnou součástí jakékoli léčby.

1.4 Substituční léčba

Závislost na opioidech má povahu chronického recidivujícího onemocnění s často neúspěšně končícími snahami o léčbu. Nejdůležitějšími cíli léčebných procesů jsou stabilizace užívání drog, zlepšení pohody pacienta a snižování škod spojených s užíváním drog (Schulte et al., 2010).

Přístupy zaměřené na minimalizaci či snižování škod spojených s užíváním drog se nazývají přístupy „harm reduction“. Co tedy pojem harm reduction konkrétně znamená? „Harm reduction se snaží minimalizovat, omezit či zmírnit riziko život a zdraví ohrožujících infekcí, které se šíří sdílením injekčního náčiní při nitrožilní aplikaci drog a nechráněným pohlavním stykem, jako je AIDS a hepatitidy B a C, riziko dalších tělesných komplikací, dlouhodobého působení vysokých dávek, předávkování, sociálního debaklu a ztráty lidské důstojnosti.“ (NMS, 2010a). Zřejmě neznámějším a nejzásadnějším postupem používaným v rámci přístupu harm reduction je výměna použitého injekčního náčiní za sterilní. Pokud pojmem přístup harm reduction ze široka, patří do něj i substituční léčba (NMS, 2010a).

Cílem substituce je eliminování nebo snížení užívání určité drogy, zvláště pokud je ilegální, nebo snížení škodlivé formy a metody podávání, provázející techniky nebezpečné zdraví (např.: sdílení jehel) a snižování sociálních následků. Substituční léčba má být doprovázena psychoterapií, poradenstvím a/nebo socioterapií (NMS, 2010b).

V tomto smyslu se nejvýznamněji osvědčily programy substituční léčby (udržovací léčby) s podáváním opioidů. Výsledkem substituční léčby je v mnoha zemích pokles míry užívání heroinu a vzorců chování, které jsou rizikové pro přenos viru HIV (Kerr et al., 2005).

Substituční léčba je rozšířená ve většině zemí po celém světě. V jednotlivých zemích se však substituční léčba liší ve volbě léků, které jsou v rámci substituční léčby podávány. Nejvíce užívaným opioidem je právě metadon. Existuje však řada dalších léků: buprenorfin, kodein, perorálně podávaný morfin, levoacetylmadol (LAAM), diacetylmorfin... (Schulte et al., 2010).

Užívání psychoaktivních látek je jev, který se ve společnosti vyskytuje odjakživa, čímž bezesporu poznamenal i lidskou společnost. Přírodní psychoaktivní látky (opium, kokain, marihuana...) figurují v lidské minulosti již tisíciletí. Vlastnosti makové šňávy resp. opia byly známy již 8 000 – 5 000 let před Kristem. Rozdílem v užívání psychoaktivních látek v minulosti a v současnosti by mohlo být to, že v letech minulých byly tyto látky užívány především kvůli jejich léčebnému účinku (Fischer a Škoda, 2009).

V této chvíli jsou v české společnosti některé drogy tolerované a jiné odsuzované. Nejvíce tolerovanou drogou je alkohol, naopak užívání nealkoholových látek je často stigmatizováno a uživatelé těchto látek jsou ohroženi sociálním vyloučením. Tolerance většinové společnosti vůči uživatelům drog je téměř nulová. Dokonce lidé velmi rozdílně vnímají nálepku „alkoholik“ a „feťák“. Být „feťákem“ je mnohem silnějším stigmatem než být alkoholikem (Fischer a Škoda, 2009).

Užívání nealkoholových drog má bezesporu své negativní sociální důsledky, a to nejen pro jedince (uživatele drog), ale i pro jeho blízké okolí potažmo pro celou společnost. Problémy uživatelů drog se týkají jejich rodiny, zaměstnání, sociálních vztahů a interakcí (Fischer a Škoda, 2009). Dalšími významnými problémy jsou nízké vzdělání a nepříznivá bytová situace, která může vést až k bezdomovectví (Mravčík et al., 2011).

Uživatelé drog se velmi pravděpodobně identifikují se subkulturou jedinců zneužívajících drogy a následně přijímají jejich vzorce chování. Ztotožnění se s hodnotami drogové subkultury a jejich zvnitřnění však ve skutečnosti znamená snížení šancí na změnu tohoto asociálního životního způsobu téměř na minimum (Fischer a Škoda, 2009).

„Většina problémových uživatelů drog uvádí více užívaných drog (polymorfní užívání drog) a více problémových oblastí. Závažnost drogových problémů včetně typu užívané drogy (drog), délka užívání a způsob aplikace mohou ovlivnit možnosti změny.“ (Gossop, 2009, s. 13). Na druhou stranu substituční metadonová léčba má velmi dobré výsledky, což dokládá i zjištění jedné kanadské studie, která ukazuje významné změny na emocionální a behaviorální úrovni klientů metadonové léčby

a zároveň konstatuje, že nastalé změny se vyskytovaly často bez ohledu na počet měsíců v programu (Faulkner et al., 2010).

1.4.1 Definice substituční léčby

„Substituční léčba je standardním léčebným postupem určeným pacientům, kteří nejsou objektivně a/nebo subjektivně schopni podstoupit léčbu bez použití agonistů opiátových receptorů.“ (MZ ČR, 2008, s. 13).

Substituční léčba je časově neomezená udržovací terapie, jejímž základním cílem není abstinence od drog. Abstinence od drog je konečným cílem léčby, kdy však ke splnění tohoto cíle dojde, je pouze na objektivním i subjektivním posouzení klienta (pacienta). Do doby než bude klient schopen úplné abstinence od substituční látky je cílem programu stabilizovat a zlepšit somatický i psychický stav klienta (MZ ČR, 2008).

Nástrojem substituční léčby je „poskytování substituční látky, a to v množstvích, která efektivně potlačují pacientovy odvykací příznaky a umožňují všestranně zlepšit kvalitu jeho života.“ (MZ ČR, 2008, s. 13).

1.4.2 Formy a typy substituční léčby

Kalina a kol. (2008, s. 376) rozlišuje tři formy substituční léčby a to podle délky poskytování substituční látky:

- Krátkodobá detoxifikační substituce (1-2 týdny);
- střednědobá – prodloužená detoxifikace (několik týdnů až měsíců);
- dlouhodobá udržovací substituce - maintenance treatment (trvá i roky).

Substituční léčbu můžeme rozdělit také podle komplexnosti léčby a to do těchto čtyřech typů (MZ ČR, 2008):

- Základní substituční léčba – poskytování substituční látky je doplněno adekvátní somatickou léčbou a sociálním poradenstvím, které je zajištěno externě.
- Komplexní substituční léčba - Poskytování substituční látky a služby podle „základní substituční léčby“ je rozšířeno o nabídku dalších služeb (terapie somatických a psychických poruch, skupinová psychoterapie, rodinná a pracovní terapie, následná péče, vzdělávání o aspektech užívání návykových látek, osobní a pracovní poradenství, profesní vzdělávání atd., ústavní/rehabilitační pobyty.
- Rozšířená substituční léčba - poskytování substituční látky je doplněno adekvátní somatickou léčbou, psychoterapií a sociálním poradenstvím.
- Minimální substituční léčba - omezuje se na poskytování substituční látky bez další terapie nebo poradenství. Jedná se o výjimečnou formu substituční léčby.

1.4.3 Cílová skupina

Každý typ léčby by měl mít cílovou skupinu. I substituční léčba je určená především pro určité typy uživatelů drog. Klientela substitučních programů je dána především farmakologickou charakteristikou metadonu.

Do cílové skupiny substituční léčby podle Kaliny a kol. (2008) patří:

- Klienti s těžkou a dlouhodobou závislostí na vysokých dávkách opiátového typu.
- Klienti s opakovanými neúspěšnými abstinenčními pokusy a léčbami.
- Závislí klienti na opiátech s HIV-pozitivitou.
- Těhotné ženy závislé na látkách opiátového typu.
- Klienti, u nichž jazyková bariéra neumožňuje léčbu v jiném zařízení.

1.4.4 Cíle substituční léčby

Substituční léčba má cílů hned několik. Jak již bylo výše napsáno, konečným cílem léčby je abstinence od substituční látky. Někteří klienti jsou schopni dojít až ke konečnému cíli substituční léčby, ale někteří k němu schopni dojít nejsou nikdy.

Hlavní cíle substituční léčby jsou zaměřeny na zlepšení somatického, psychického a socioekonomického stavu pacienta. Cílem léčby jsou ukončení rizikových způsobů aplikace návykových látek a snížení nebo ukončení užívání nezákonných návykových látek, které ohrožují především klientův zdravotní stav. Substituční léčba si dále klade za cíl snížení nebo ukončení rizikového chování při užívání návykových látek, omezení nebo ukončení kriminálního chování a celkové zlepšení sociálních vztahů (MZ ČR, 2008), což v důsledku vede k zlepšení socioekonomického stavu klienta, potažmo psychického stavu klienta.

Naplnění konkrétních cílů (snížení užívání nelegálních látek, redukování kriminálního chování klientů, minimalizace zdravotních poškození klienta a sociální stabilizace klienta) by mělo ve finále vést k abstinenci a ke změně životního stylu klienta (Kalina a kol., 2008).

1.4.4.1 Zdravotní důsledky užívání nelegálních opiátů

Vzhledem k tomu, že u užívání opiátů převládá intravenózní aplikace, je užívání opiátů spojeno s přenosem závažných infekčních onemocnění (hepatitidy typu B a C, virus HIV). Rizika přináší společné sdílení jehel a materiálu používaného k injekční aplikaci drogy. Sdílením injekčního materiálu se infekce šíří především v drogové komunitě. Obecná populace se může nakazit od nemocného uživatele drog infekčními onemocněními například prostřednictvím sexuálního kontaktu. Zároveň je užívání opiátů spojeno s vysokou úmrtností (Verster a Buning, 2003).

1.4.4.2 Sociální důsledky užívání nelegálních opiátů

Závislost na opiátech velkou měrou přispívá k chudobě, kriminalitě, rozpadu rodiny a také zvyšuje náklady na státní správu. Důsledky užívání opiátů jsou tedy nejen zdravotní a sociální, ale i ekonomické (Verster a Buning, 2003). Například v roce 2010 bylo na protidrogovou politiku ze státního rozpočtu a z územních rozpočtů vynaloženo celkově 627,4 milionů Kč (Mravčík at al., 2011).

Je dokázáno, že některé způsoby léčby závislosti na opiátech jsou účinnější než jiné. Substituční léčba dosahuje u klientů mnoha pozitivních výsledků a patří k neúčinnějším terapiím, a to zejména dlouhodobá metadonová léčba doplněná sociálními, lékařskými a psychologickými intervencemi. Je prokázáno, že kombinace ambulantní terapie, lékové terapie a sledování zdravotního stavu mají nejlepší výsledky. Výsledků je dosahováno v mnoha oblastech: omezení užívání nelegálních drog; zlepšení fyzického, duševního a sociálního stavu klienta; zlepšení kvality života klienta a jeho rodiny; snížení rizikového chování klientů; snížení veřejných výdajů na lékařskou péči a na trestně-právní systém (Verster a Buning, 2003).

Substituční léčba přináší pozitivní výsledky nejen pro jednotlivce (klienty), ale i pro společnost s ohledem na celou veřejnost, veřejné zdraví a veřejné výdaje (Verster a Buning, 2003).

1.4.5 Substituční centrum PREVENT

Substituční centrum PREVENT (dále jen SCP) v Českých Budějovicích vzniklo v roce 2004 na základě absence komplexní substituční péče v Jihočeském kraji. SCP je nestátní neziskové zařízení poskytující navíc i odborné sociální poradenství jako registrovanou sociální službu.

Posláním SCP je usilovat o návrat do běžného života u osob závislých na opiátových drogách prostřednictvím substituční léčby. Cílem substituční léčby je pomoci závislému člověku zbavit se dosavadního způsobu života a zažitých

"drogových" stereotypů a pomoci mu vrátit se zpět do běžného života, umožnit mu, aby ve spolupráci se sociálními pracovníky našel zaměstnání, byt apod. V obecné rovině je cílem zastavit šíření infekcí a kriminality a chránit abstinenci společnost (Prevent o.s.).

1.4.6 Substituční léčba metadonem

Metadon je dlouhodobě působící syntetická droga, která byla poprvé při substituční léčbě ze závislosti na opiátech použita v 60. letech 20. století v USA. Metadon je tzv. opioidní agonista, což znamená, že se chová podobným způsobem jako morfin nebo jiné omamné látky (NMS, 2008a).

Při užívání správných dávek metadonu během substituční léčby nemá metadon na klienta euforický, sedativní ani analgetický účinek. Dávkování metadonu je individuální. Obecně můžeme říci, že správná dávka metadonu je taková, která nevyvolává u klienta chutě na jiné opiáty a která zároveň nepůsobí euforicky či sedativně. Účinná látka v metadonu je vždy stejná (nehledě na výrobce), methadoni hydrochloridum (Drug Policy Alliance, 2006).

Metadon byl vyvinut na začátku 20. století během 1. světové války jako náhrada za v té době nedostatečný morfin. V době 2. světové války byl metadon pojmenován Adolphine, na počtu Adolfa Hitlera (Švarc, 2008).

Do České republiky jej dovezl poprvé v roce 1992 MUDr. Jiří Presl. Tehdejší ministerstvo zdravotnictví povolilo požívat metadon pouze po dobu jednoho roku jako „experimentální léčbu“. Po roce však nebylo povoleno v léčbě metadonem pokračovat a tak na několik let substituční léčba metadonem Českou republiku opustila. Znovu se metadon v naší republice objevil až v roce 1997, za což se zasloužil MUDr. Petr Popov. Po jednom roce znovu započaté léčby metadonem byly zpracovány první výsledky substituční léčby, které dokumentují pozitivní změny v zdravotní, psychické i sociální sféře života pacientů (NMS, 2008b).

Během roku 1999 byla sestavena pracovní skupina, která sepsala Standardy substituční léčby, a následně byl založen Registr substituční léčby. Poptávka

po substituční metadonové léčbě velmi rychle převýšila nabídku. V polovině roku 2000 bylo otevřeno 7 nových specializovaných zařízení pro léčbu metadonem. I přesto však systém těchto zařízení nebyl schopen vyhovět poptávce (NMS, 2003).

1.4.6.1 Výhody substituční léčby metadonem

Substituční léčba a užívání metadonu má oproti užívání jiných návykových látek opiátového typu mnoho výhod. Tyto výhody jsou často pro lidi závislé na opiátech velmi významné. Účinky metadonu mohou trvat 24 až 36 hodin. Pro mnoho lidí, užívajících metadon to znamená, že pokud po určitou dobu užívají danou dávku metadonu pravidelně každý den, zbaví se zcela abstinčních příznaků (CAMH, 2008).

Perorální užívání metadonu je mnohem bezpečnější než injekční užívání jakýchkoliv návykových látek. Jelikož se metadon užívá většinou perorálně, mizí s jeho užíváním rizika spojená s injekční aplikací. Injekční užívání návykových látek je velmi úzce spojeno s přenosem infekčních onemocnění. Při perorálním užívání metadonu je výrazně sníženo riziko nákazy infekčními onemocněními (HIV, virová hepatitida typu C) (CAMH, 2008). Avšak i zde existuje riziko vyplývající ze současného užívání metadonu a jiných drog. Interakce metadonu s jinými drogami mohou vést ke snížení a nebo ke zvýšení hladiny metadonu v těle a následně může dojít k předávkování a nebo k abstinčnímu syndromu (Kapur et al., 2011). Dalším efektem metadonové substituční léčby, který je považován za pozitivní, je fakt, že není potřeba postupně zvyšovat dávky metadonu, jelikož nedochází k zvyšování tolerance (CAMH, 2008).

Jak již bylo výše několikrát zmíněno, obstarávání drog s sebou přináší určitá rizika. Užívání metadonu je legální, tím pádem odpadají problémy spojené s porušováním zákona. Užívání metadonu tedy nevystavuje jeho uživatele střetu se zákonem a snižuje se tak i kriminalita vyplývající z obstarávání návykových látek (CAMH, 2008).

Metadon je opioidní agonista, což znamená, že blokuje narkotický účinek jiných opioidů, dojde-li k jejich užití. Zároveň však zmírňuje craving, který je jedním z hlavních příčin relapsu (Kalina a kol., 2008).

Velkou výhodou užívání metadonu poskytovaného substitučními centry je garance složení látky, metadonu. Klienti substitučních center mají jistotu, že metadon, který je jim podáván, je bezpečný a neobsahuje žádné příměsi (CAMH, 2008).

K dalším výhodám užívání metadonu jsou jeho velmi rychlé pozitivní účinky na fyzický stav klienta. Již po krátké době, kdy je metadon užíván, je člověk do určité míry stabilnější, pociťuje více energie než předtím a především i těsně po požití metadonu má „jasnou hlavu“ (CAMH, 2008). Vědomí ani nálada klientů se při jeho užívání nemění, což vede k tomu, že člověk může normálně sociálně fungovat (Kalina a kol., 2008). Metadon nezpůsobuje euforické stavy, které jsou běžné při užívání opiátů (CAMH, 2008). Zároveň nemá ani trankvilizační a analgetický efekt (Kalina a kol., 2008).

Ze všech způsobů léčby závislosti na opiátech má substituční léčba metadonem nejlepší výsledky v udržení klienta v abstinenci od jiných drog (CAMH, 2008). Zahraniční zkušenosti s metadonovou léčbou ukazují, že je díky tomuto způsobu léčby možné dosáhnout dlouhodobé zdravotní a sociální stabilizace i u klientů, u kterých všechny dosavadní pokusy o léčbu selhaly (Kalina a kol., 2008).

Obzvláště velký význam má metadonová léčba u vysoce rizikové klientely (např. HIV pozitivní, závislí ve vazbě či ve výkonu trestu odnětí svobody). U HIV pozitivních klientů může kvalitně prováděná substituční léčba metadonem podstatně zlepšovat jejich kvalitu života (Kalina a kol., 2008). Ve světě je metadonová léčba v souvislosti s touto rizikovou klientelou aktivně využívána. Příkladem jejích výsledků mohou být i výsledky studie, která byla provedena ve Vietnamu. Tato studie byla zaměřená na změny v užívání drog a změnu kvality života u HIV pozitivních uživatelů drog, kteří byli zapojeni do metadonového programu. Studie došla k těmto zjištěním: změny v chování souvisejícím s užíváním drog jsou významnými ukazateli kvality života. Během 9 měsíců v metadonové léčbě se snížil podíl nezaměstnaných, snížil se počet klientů žijících s jinými uživateli drog. Velmi výrazně se snížil počet intravenózních uživatelů drog (z 329 na začátku léčby na 37 po 9 měsících léčby), snížil se i počet kuřáků. Substituční léčba metadonem je na základě této studie hodnocena jako velice

přínosnou součástí komplexní péče a léčby HIV pozitivních uživatelů drog (Tran et al., 2011).

1.4.6.2 Nevýhody substituční léčby metadonem

Na metadon můžeme nahlížet také z toho pohledu, že metadon není lékem závislosti na opiátech, ale metadon je léčba. Pro to, aby účinkoval, je potřeba, aby klient chtěl, aby fungoval. Úspěch během léčby vyžaduje odhodlání a motivaci (CAMH, 2008). O vzájemné závislosti úspěšnosti léčby na motivaci klienta vycházející z jeho osobních potřeb a přání hovoří i Miller a Rolnick (2003) nebo Kalina (2008).

To, co můžeme považovat za negativní je, že léčba metadonem neřeší klientovu závislost na návykové látce jako takovou. Léčba metadonem nahrazuje užívání jiných opiátů (kodein, heroin...), avšak uživatel je na opiátech stále závislý (CAMH, 2008).

Jinou nevýhodou metadonu můžeme spatřovat v jeho možném negativním obrazu ve společnosti. Ne všichni lidé chápou zapojení se do substitučního programu jako léčbu. Mohou nastat situace, kdy bude klient odmítnut z různých služeb či aktivit, kde je vyžadována úplná abstinence od drog, tedy i od metadonu. Stejně tak i v případě, kdy se klient uchází o zaměstnání, může být zaměstnavatelem odmítnut z důvodu participace na metadonovém programu. Léčba metadonem je bezesporu velmi pozitivní krok ke změně, i přesto je ale důležité být si vědom toho, že ne všichni budou tento názor sdílet a je dobré být na to připraven (CAMH, 2008).

Další nevýhodou může být fakt, že pro metadon je potřeba denně docházet do substitučního centra. I po několika měsících (i letech) je nutné si osobně pro metadon přijít. Součástí jakkoliv dlouhé léčby je také pravidelné testování na přítomnost jiných návykových látek (především drog) v těle klienta. Tyto testy jsou prováděny z moči, což znamená, že klient je testován přímo v substitučním centru pod dohledem někoho z personálu. To pro něj může být velmi nepříjemné a někdy je i nemožné test udělat. To s sebou přináší však stejné sankce jako kdyby byl test pozitivní na přítomnost jiných v substituční léčbě nedovolených látek.

Za další nevýhodu můžeme považovat to, že metadon může mít nepříjemné vedlejší účinky. Vedlejší účinky se objevují především na začátku léčby, což může mít nemotivující účinek na klienta. Během prvních dvou až šesti týdnů se dávka metadonu ustálí a postupně odezní i většina vedlejších účinků. Často tedy úprava dávkování přispěje ke snížení nežádoucích účinků působení metadonu. Nejčastěji se jedná o ospalost, nevolnost, závratě a zvracení. Také se vyskytuje nadměrné pocení, zácpa a změna sexuálního apetitu. Někteří klienti zpočátku trpí také nespavostí, pociťují neklid, bolení kloubů, někdy se vyskytují otoky na končetinách, sucho v ústech a fyzická slabost (CAMH, 2008).

I přesto že metadon snižuje opiátové opojení, najdou se tací, kteří užívají zároveň i další opiáty. Užívání dalších opiátů společně s metadonem může být velmi nebezpečné. Metadon je silný opiát a užívat jej společně s jinými látkami opiátového typu může vést velmi snadno k předávkování (CAMH, 2008).

Za nevýhodu by se dalo považovat i to, že efektivní substituční léčba je dlouhodobá, což přináší negativní dopady jak na veřejné výdaje, tak na klienta samotného. Substituční léčba není finančně příliš náročná, to by mohla být dokonce její výhoda, avšak její celková cena (při dlouhodobé léčbě) za období několika let poměrně naroste (CAMH, 2008).

Jiným negativním aspektem substituční léčby je skutečnost, že si klient vytváří závislost nejen na látce samotné, ale také na osobě, která mu ji předepisuje. Taková závislost může vést až ke klientovu pasivnímu přístupu (Verster a Buning, 2003) k léčbě a k práci na změnách v jeho osobním životě.

V neposlední řadě je zde velká nevýhoda toho, že metadon je záležitostí pouze substitučních center. Účast v substitučním programu může být pro některé klienty stigmatem ve chvíli, kdy se například musí odstěhovat na jiné místo nebo jen cestují a potřebují substituční látky s sebou (CAMH, 2008).

Obecně můžeme říci, že každá léčba má své výhody a nevýhody. Stejně tak i metadonová substituční léčba má svá negativa, která však rozhodně nepřevažují její přínos (Verster a Buning, 2003).

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Cílem mé práce je analyzovat, jak osoby v substitučním metadonovém programu v Českých Budějovicích vnímají životní změny. Změny strukturuji do šesti dimenzí osobní pohody tak, jak je popsal Kebza (2005, s. 69; viz kapitola 1.1.1.1 Dimenze osobní pohody).

Jelikož se jedná o kvalitativní výzkum, stanovuji si několik výzkumných otázek.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jak se odráží vliv změn nastalých během metadonové substituční léčby v kvalitě života osob v této léčbě?
2. Jakých oblastí života se tyto změny týkají?
3. Existuje subjektivně vnímaný rozpor mezi očekáváním od změny, kterou měl přinést substituční program, a reálnou změnou?

3 METODIKA

3.1 Metody získávání a vyhodnocování dat

K vypracování empirické části diplomové práce jsem zvolila kvalitativní výzkum. Kvalitativní přístup představuje mnoho postupů, které se snaží porozumět zkoumanému sociálnímu problému (Reichel, 2009).

Jako techniku sběru dat jsem zvolila rozhovor. Vzhledem k tématu mé diplomové práce a k výzkumnému souboru jsem se rozhodla pro zvláštní formu nestrukturovaného interview tzv. narativní interview (Hendl, 2008). Narativní interview jsem zvolila také z toho důvodu, že vyprávění příběhů je základní komunikační formou zprostředkovávající lidské zkušenosti (Bauer, 1996). Charakteristické pro narativní interview je to, že tazatel neklade zástup otázek, tedy nedochází tolik ke klasické konverzační výměně, ale podněcuje dotazovaného spíše k vyprávění. „Jde tedy o to, pomoci dotazovanému vhodnými otázkami, doplňky, narážkami, komentáři atd., aby se nám pokusil vyprávět o jevu, který nás zajímá. Při vyprávění samém je pak úlohou tazatele spíše dále podněcovat vypravěče a pouze se případně ptát na nesrozumitelné části, žádat upřesnění, vysvětlení atd.“ (Miovský, 2006, s. 158). Dotazovaný by neměl být zbytečně přerušován, tazatel by neměl zasahovat do dějové linie anebo vyprávění jinak nevhodně měnit. Cílem narativního interview je získat co nejvíce autentický materiál. Takto získaný materiál je jedinečný a odráží v sobě způsob jakým jej vypravěč strukturoval, dělil a časoval jednotlivé části, zdůraznil, či naopak vynechal určité pasáže atd. Nese v sobě tedy velmi cenné informace o dotazovaném, o jeho životě, zkušenostech, prožitcích atd. Necháme-li respondenta plynule vyprávět, můžeme nakonec pracovat i s tím, jaká slova dotazovaný v jaké situaci volil aj. (Miovský, 2006).

Narativní interview mělo dvě fáze: fázi hlavního vyprávění a fázi doplňovací (Hendl, 2008). Během doplňovací fáze jsem kladla informantům otázky tak, jak popisuje Hendl (2008).

Výzkumný materiál byl zaznamenán do podoby zvukového záznamu pomocí diktafonu. Následně jsem rozhovory nahrané na diktafon doslovně převedla do písemné

podoby. Při interpretaci jsem použila kategoriálně-obsahový modus vyhodnocování narativních rozhovorů (Čermák, 2006). Nejprve jsem v interview hledala výpovědi, které se týkaly jednotlivých složek bio-psycho-socio-spiritálního modelu. Jednotlivé úrovně jsem barevně odlišila a vyznačila v přepsaných rozhovorech. Poté jsem zvolila šest odlišných barev a v textu jsem zvýraznila jednotlivé dimenze osobní pohody. Následně jsem rozhovory zanalyzovala.

3.2 Výzkumný soubor a jeho výběr

Výzkumný soubor představují klienti Substitučního centra Prevent v Českých Budějovicích. Informanti byli vybráni nepravděpodobnostní metodou - záměrným neboli účelovým výběrem pomocí instituce (Miovský, 2006). Informanti museli splňovat tato kritéria: účast v programu minimálně půl roku; klienti nepřešli na léčbu metadonem po dlouhodobé léčbě Subutexem¹. Vzhledem ke klientele Substitučního centra Prevent jsou respondenti pouze muži.

Pro účely mé práce jsem zvolila metodu záměrného (účelového) výběru. Tato metoda je nejrozšířenější metodou výběru, s jakou se při aplikaci kvalitativního výzkumu setkáváme. Metoda záměrného výběru se vyznačuje tím, že cíleně vyhledáváme účastníky podle jejich určitých vlastností. Ve svém výzkumu jsem tedy na základě stanovených kritérií cíleně vyhledávala pouze takové jedince, kteří tato kritéria splňovali a současně byli ochotni se do výzkumu zapojit. Jedním ze základních kritérií byla skutečnost, že respondenti jsou klienti Substitučního centra Prevent v Českých Budějovicích. Při výběru respondentů jsem tedy konkrétně zvolila záměrný (účelový) výběr přes instituce. Miovský (2006, s. 138) uvádí: „...pokud základním souborem našeho výzkumu jsou právě klienti určité instituce, tj. že výběrovým kritériem je právě skutečnost, zda využívají pomoci určité instituce, případně pro ni

¹ Klienti, kteří byli dlouhodobě v substituční léčbě Subutexem, přešli na metadon pouze kvůli finanční stránce léčby. Tyto informace mi byly poskytnuty terapeutkou zařízení.

pracují atd. Pak je záměrný výběr prostřednictvím instituce nejlepší volbou pro výběr výzkumného souboru.“

Oslovování potencionálních informantů proběhlo v březnu 2012. Interview byla uskutečňována během měsíce dubna 2012. Celkem bylo osloveno 10 klientů Substitučního centra Prevent v Českých Budějovicích, kteří splňovali stanovená kritéria. Z tohoto počtu se pět klientů odmítlo zúčastnit rozhovorů. Pět klientů s interview souhlasilo, avšak jeden klient se opakovaně nedostavil na předem domluvené termíny rozhovoru. Souhlas k rozhovoru byl však podmíněn tím, že rozhovory mohou zpracovat, ale přepisy rozhovorů nebudou přikládat jako přílohu k diplomové práci.

Během výzkumného šetření jsem postupovala tak, jak doporučuje Miovský (2006), to znamená takovým způsobem, aby nebyla porušena etická pravidla týkající se osob účastnících se výzkumné činnosti. Všichni informanti byli předem informováni, za jakým účelem je výzkum prováděn a jaké jsou jeho cíle, a udělili tzv. informovaný souhlas s tím, že s nimi bude výzkumné šetření provedeno. Účast na výzkumu byla zcela dobrovolná. Na základě etického pravidla o ochraně soukromí a osobních údajů účastníků výzkumu jsem změnila jména informantů a pozměnila jsem některé konkrétní údaje, které by mohly vést k identifikaci informanta nebo jeho rodiny (např. jména měst, jména partnerů...).

4 VÝSLEDKY A JEJICH INTERPERETACE

4.1 Základní údaje o výzkumném souboru

Výzkumný soubor tedy tvoří čtyři muži, klienti Substitučního centra Prevent v Českých Budějovicích. Tři klienti spadají do věkové kategorie 35-44 let a jeden klient je ve věku 25-34 let. Všichni klienti mají dlouhodobou zkušenost s nelegálním užíváním opiátů. Základní údaje jsou zpracovány v tabulce (viz Tabulka 1).

Tabulka 1: Základní údaje výzkumného souboru

Jméno	Věkové rozmezí	Vzdělání	Dlouhodobé užívání opiátů	Doba v metadonovém programu
David	25-34	OU, nedodělaná maturita	Heroin, Subutex	24 měsíců
Ota	34-45	SŠ, nedokončená VŠ	Heroin, Subutex	42 měsíců
Karel	34-45	ZŠ	Heroin, Subutex	19 měsíců
Adam	34-45	OU	Subutex	7 měsíců

Zdroj: vlastní výzkum

4.1.1 Kasuistiky jednotlivých informantů

David

David je mladý muž, který za svůj život vyzkoušel několik nelegálních návykových látek. První nelegální droga, se kterou se setkal v posledním ročníku základní školy byla marihuana. O dva roky později začal experimentovat s pervitinem, který ho „nadchl“, ale začal mu způsobovat psychické problémy. Po této zkušenosti se rozhodl vyzkoušet heroin a u opiátů pak zůstal až dodnes. K heroinu ho přivedla jeho bývalá přítelkyně, stejně tak jako k Subutexu.

David má nedodělanou maturitu na odborném učilišti. Maturitu nedodělal, protože v té době užíval pervitin a na školu neměl čas. Po škole začal David pracovat a vystřídal několik zaměstnání. Jeho nejdelší pracovní zkušenost je 5 let.

David žije v současné době se svou matkou, s kterou byl vždy alespoň v kontaktu.

Do Substitučního centra Prevent v Českých Budějovicích šel „naslepo“, nevěděl, co přesně hledá. V té době užíval nelegálně Subutex. Pro metadon se rozhodl před třemi roky a v metadonovém programu je dohromady 24 měsíců. V současné době je ve fázi vysnižování metadonu a v několika následujících týdnech svou léčbu v metadonovém programu zcela ukončí.

Ota

Ota začal s drogami přibližně v 16ti letech. Nejvíce zkušeností s drogami začal získávat během studia na vysoké škole. K opiátům se dostal díky dojíždění na vysokou školu. Za svůj život užíval různé typy nelegálních drog, ale vždy nejvíce inklinoval k opiátům. Užíval ale například i pervitin.

Ota ukončil vysokou školu ve třetím ročníku a již si ji nedodělal. Několik let pracoval v autoservisu. V současné době je nezaměstnaný (již několik let). Ota se však velmi aktivně věnuje svým koníčkům (počítače, astronomie...). V posledních měsících uvažuje o tom, že by začal podnikat.

Ota několik let žije se svou matkou ve společné domácnosti. Je rozvedený a má dvě děti. Se svými dětmi a se svými sourozenci je v pravidelném kontaktu. Má dobré sociální vztahy. Otova matka ho vždy podporovala, vždy stála na jeho straně, i přestože již od začátku věděla, že její syn užívá drogy a je na nich závislý. Celý život měl někoho na blízku (manželka, rodiče), nikdy nežil na ulici. Ota nikdy nebyl ve výkonu trestu, byl pouze podmíněčně odsouzen.

Do metadonového programu se Ota dostal až po několika letech užívání opiátů. Předtím měl velký zájem se do metadonového programu dostat, ale v té době existovalo centrum pouze jedno v celé ČR a čekací listina byla plná. Do Substitučního centra Prevent v Českých Budějovicích chodí pět let. Jelikož byl z metadonového programu v začátcích několikrát vyloučen pro nedodržování pravidel (konkrétně pro současné

užívání jiných drog), je na metadonu čistého času tři a půl roku. Metadon je pro něj součástí života a v programu chce být až do konce života. Život bez metadonu si nedokáže představit.

Karel

Karel má za sebou dlouhou „drogovou kariéru“, která začala již v jeho adolescentním věku. Karlova zkušenost s drogami není omezená pouze na opiáty. Jednu dobu užíval pravidelně pervitin, avšak k opiátům se vždy vracel. Do doby než nastoupil do metadonového programu neměl žádnou zkušenost se substituční léčbou. Díky injekčnímu užívání se Karel před více než deseti lety nakazil virovou hepatitidou typu C. V tuto chvíli se (prozatím úspěšně) léčí.

Karel žil dlouhá léta na ulici na různých místech. Po nastoupení do metadonové léčby si našel podnájem. Do práce v tuto chvíli nechodí.

Karel žije sám, jeho okolí tvořili uživatelé drog. Nemá žádné zdravé sociální vazby. Ve svém životě se obklopoval pouze lidmi, kteří žijí na ulici, páchají trestnou činností a většinou užívají nelegální drogy. Karel byl opakovaně ve výkonu trestu. Jeho první myšlenky o tom, že je potřeba změnit svůj život a něco udělat, přišly právě během posledního odpykávání trestu odnětí svobody.

O možnosti zapojení se do metadonového programu věděl docela dlouhou dobu. Přechod na metadon byl provázen strachem a obavami, co taková změna přinese. Rozhodl se pro něj sám ve chvíli, kdy měl pocit, že už má všeho dost a že se chce s dosavadním životem skončit a začít jinak. V metadonovém programu je už 19 měsíců. V budoucnu by chtěl žít bez drog a přemýšlí o vyabstinování z metadonu. Chtěl by žít normálním životem, bez závislosti na metadonu.

Adam

Adam má několikaletou zkušenost s opiáty. Užíval heroin a Subutex, s metadonem žádnou předchozí zkušenost nemá.

Adam nemá bydlení, žije na ulici a v noci přespává v azylovém době. Nemá práci, na nocleh a na jídlo si vydělává žebráním. V současné době čeká na to, až bude mít

výhodnější podmínky v metadonovém programu a bude mít tím pádem více času a možností najít si práci.

Adam žil celou dobu na ulici se svou sestrou, která je také uživatelka nelegálních drog. O rodině se nezmiňuje, přátele z nedrogového prostředí nemá, ale lidi z drogové komunity dobře zná. Žije samotářským způsobem života a je tak spokojený. Nemusí se o nikoho starat, peníze, které vyžebřá, pokryjí náklady na jeho základní potřeby (nocleh, jídlo, cigarety). Na druhou stranu žije v každodenní nejistotě, jestli si vyžebřá dost peněz. Mít práci a nebo alespoň brigádu považuje za nezbytně nutné.

Do Substitučního centra Prevent v Českých Budějovicích ho přivedla nutnost přestěhovat se do jiného města. O substitučním centru se dozvěděl, když si vyhledával možnosti, kam se přestěhovat. Substituční centrum v Českých Budějovicích se mu jevilo jako nejlepší možnost. Na metadonu je již sedm měsíců a je velmi spokojen. Pro účast v metadonovém programu se rozhodl z vlastního předsvědčení, že chce žít normálním životem a být pro společnost užitečný. Do budoucna by si přál nebrat žádné drogy, ani metadon a nepít alkohol.

4.2 Subjektivní vnímání životní změny v bio-psycho-socio-spirituálním kontextu

Všichni čtyři informanti v odlišné míře subjektivně **vnímají změny** na biologické, sociální a psychické úrovni. Do těchto kategorií jsou jednotlivé výpovědi zařazeny. Většina změn je pozitivního charakteru a některé změny vnímají informanti spíše negativně. O změnách na spirituální úrovni žádný informant přímo nemluví.

4.2.1 Biologická úroveň

Přehledně zpracované subjektivně vnímané změny na biologické úrovni jsou uvedeny v následující tabulce (viz Tabulka 2). V tabulce je uvedeno, jak se informanti cítili před a po vstupu do substitučního programu. U jednoho informanta se toto téma v rozhovoru neobjevilo vůbec.

Tabulka 2: Subjektivně vnímané změny na biologické úrovni

	Před metadonem	Po metadonu
David	+	-
Ota	Spíše -	Spíše +
Karel	-	+
Adam	nezjištěno	nezjištěno

Zdroj: vlastní výzkum

Informanti jsou v subjektivním vnímání jejich zdravotního a fyzického stavu před vstupem do substituční léčby a po několika měsících v substituční léčbě velmi rozliční. Metadon po této stránce na každého působí jinak.

Pro Davida nebyl metadon po zdravotní stránce nic prospěšného, naopak mu metadon způsobuje nepříjemné zažívací problémy:

„jenže mě metadon nikdy nedělal dobře, já jsem byl vždycky na tom Subutexu spokojenější, spal jsem, neměl jsem takový zažívací problémy jako na tom metadonu prostě...“

V tomto ohledu nepříčítá metadonu žádné pozitivní změny:

„no a na tom metadonu jsem se necítil nikdy nijak dobře no...“

David však zároveň vysvětluje, že dochází k psychiatrovi, který mu předepisuje léky. Po několika měsících přišli s psychiatrem na kombinaci léků (a metadonu), ke které se David vyjadřuje takto:

„cejtím se dobře, není mi ráno zima, nemam zpocený záda, to jsem vdycky na metadonu měl takovej ten studenej pot, takový to jak Vám je zima, ale máte prostě zpocený záda, to jsem vdycky míval na metadonu, ted' to prostě vůbec nemívám jo... je to tou kombinací prostě...“

Ota si nemyslí, že by ho užívání drog nějak fyzicky poznamenalo:

„tady lidi některý jsou zničený po půl roce a já nepozoruju, že by mě to nějak zničilo a to jsem to těch třicet let bral prakticky denně jo...“

Tudíž nepozoruje žádné významné změny na jeho fyzickém stavu, které by se udály v přímé souvislosti s užíváním metadonu, avšak zlepšení fyzické kondice uvádí:

„...fyzicky... jako trošku...; ...já takhle když jsem nucenej na to nádraží ty 4 kiláky dojít třikrát tejdne a zpátky odpoledne, tak se udržuju v kondici aspoň trochu“

Nejedná se tedy o zlepšení fyzického stavu vycházejícího primárně z užívání metadonu, ale o zlepšení fyzické kondice na základě sekundárních souvislostí, které s účastí v metadonovém programu souvisí. Tento nepřímý efekt metadonové léčby na jeho fyzickou kondici je pro Otu důležitý a příkládá mu velký význam:

„protože vim, že když přijedu ve čtvrtek domů, tak že zamknu a máma přijde taky odpoledne domů a odemknu v pondělí ráno jo... že ona nejde nikam, já nejdu nikam a kdybych já přestal jezdit sem, tak nevylezu z baráku a budu dělat na počítači a tohle, až bych za chvílku padnul a byl bych vyřízenej...“

Karel se díky metadonu cítí po zdravotní a fyzické stránce velmi dobře. Tuto změnu dává do přímé souvislosti s metadonem:

„No jasně, že jsem se dal dohromady, že to tělo se díky tomu vlastně dalo dohromady... protože neberu jiný drogy, nemam potřebu shánět jiný drogy jo... díky tomu metadonu“

jsem přibral... dal jsem se do kupy, prostě celkově... cítím se dobře prostě... fyzicky se cítím výborně... jsem se dal dohromady, dyť si vem, že jsem přibral dvacet kilo...jako ten metadon prostě je suprověj, fakt je dobrej prostě... “.

Jako zásadní věc, která se promítá do zlepšení jeho zdravotního je fakt, že začal léčit svou hepatitidu typu C, kterou se nakazil před více než deseti lety. Svou nemoc začal léčit po více než roce, kdy byl v substituční metadonové léčbě:

„Jako třeba jsem se začal léčit konečně na céčko... “

4.2.2 Psychická úroveň

O tom, že užívání opiátu, tedy i metadonu, má vliv na lidskou psychiku hovořili dva informanti. Jeden z informantů pravidelně dochází k psychiatrovi. Získané informace spadající do psychické úrovně jsou zaznamenány v tabulce (viz Tabulka 3).

Tabulka 3: Subjektivně vnímané změny na psychické úrovni

	Před metadonem	Po metadonu
David	V psychiatrické péči	V psychiatrické péči
Ota	Deprese, sebevražedné myšlenky i pokusy, úzkosti	Úzkosti, strach, že metadon nebude
Karel	nezjištěno	Uklidňuje ho; úzkosti, strach, že metadon nebude
Adam	nezjištěno	Nezjištěno

Zdroj: vlastní výzkum

Ota hovoří v souvislosti s psychikou o tom, že měl v minulosti sebevražedné myšlenky, dokonce se o sebevraždu několikrát pokusil, trpěl depresemi. Neuvádí však, že by byl v souvislosti s těmito psychickými problémy léčen:

„Kolikrát jsem si ani záchranku nezavolal, říkal jsem si, necham to dojít až do konce... a jednou jsem i spolykal prášky... “

„Já jsem taky musel projít obdobím, kdy jsem pomýšlel na sebevraždy a takový období, protože to byly léta... ty dva roky, jak jsem se rozved na tom heroinu, jak jsem říkal, to byly hrůzy...“

Ota dokonce přiznává, že trpěl těžkými psychickými stavy i v době, kdy s metadonem začínal a současně končil s pervitinem, protože podmínka účasti v metadonovém programu je, neužívat žádné jiné návykové látky:

„I tady na metadonu jsem měl takový období, když jsem končil s tím pervitinem, tak ty psychický změny byly šílený no a prostě ten metadon jsem musel jako upřednostnit před ostatníma věcmama...“

Jediný, kdo uvedl, že je v dlouhodobé péči psychiatra byl David. V současné době mu psychiatrická léčba velmi svědčí, což komentuje následovně:

„...moje psychiatricka má ze mě ohromnou radost, protože jí konečně začínám nosit ovoce, protože už předtím na mě byla fakt našťvaná, že prostě se mnou plejtvá akorát čas a tak... a teď jí konečně nosim ovoce prostě... že začínám bejt v pohodě, takže ta má ze mě ohromnou radost...“

Zároveň Ota vysvětluje, že když přestával s pervitinem, velmi mu k tomu pomohl vnitřní (psychický) klid. Ve chvíli, kdy přestal být ve vnitřním napětí, stresu, se mu podařilo bez problémů z pervitinu vyabstinovat:

„takže tam v tej Praze, jelikož tam mě netestovali, tam když jsem byl na tý stopce, tak jsem tam jezdil tak nějak v klidu, neměl jsem tam žádný nervy, sem jsem jel vdycky se strachem jestli mě budou testovat nebo nebudou zase a tohleto... a tam jsem ten měsíc jezdil tak v klidu, že jsem ten pervitin přestal úplně brát...“

Karel i David mluví o tom, že metadon resp. opiáty mají na jeho psychiku uklidňující, utlumující účinky:

„...jako seš prostě takovej klidnější že jo, tak je to opiát no... seš taková do pohody no...seš furt taková znavená, unavená jo...“ (Karel)

„Ne, ten mě úplně zklidnil, úplně do pohody...“ (David)

Dva respondenti mluví v podstatě totožně o strachu a úzkostech, které prožívají v souvislosti s myšlenkami na to, že by najednou metadon nebyl. Nedokážou si představit, co by se s nimi stalo, kdyby o metadon přišli. Strach ze ztráty metadonu je se u nich projevuje především v nočním snění:

„No ty vole, já mam sny, že jsem zavřenej, že utíkám z basy, že prostě mě chytají kvůli tomu... že já se musím dostat na metadon, musím, prostě musím... ty vole, mam sny jako svině, to je blázinec úplně... jako prostě... podvědomě úplně normálně, mam strach prostě... jako já si nedovedu představit, kdyby prostě řekli, že zejtra metadon končí, nemáme... to si nedovedu představit prostě... jako ty abstáky... prostě by mě to nezachránilo, takže za prvý ty abstáky a všechno a za druhý prostě... no byla by to katastrofa... pak by to mělo úplně hroznej dopad... to víš, že jo... mně se to furt zdá... prostě mám obavy... vnitřně mám obavy, že o ten metadon přijdu...“ (Karel)

Karel mluví o svém strachu ze ztráty metadonu velmi emotivně, v tomto strachu se zrcadlí především jeho předchozí zkušenost s opiatovými abstinenčními syndromy.

„To si nedovedu představit, že by takovej den měl nastat někdy... jako že bych se měl bez toho obejít, protože ty rána, si pamatuju ještě z toho heroinu, že jsou příšerný, když se člověk probudí a zjistí, že nemá na ten den nic... tak to je nejhorší, co může bejt...to už mi nefungovalo ani když jsem měl poslední třeba, tak už mi to nefungovalo, když jsem věděl, že na další už nebude, tak už mi ta dávka ani nefungovala jo... ta psychika je u tohohle hodně silná... ta je tak silná... jako ten fyzickej absták je teda úpornej, ale ta psychika ho strašně násobí, protože neúčinkuje mi poslední dávka heorinu, když vim, že na další nemam...a že dlouho na ní mít nebudu, tak prostě když si už беру tu poslední, tak nepoznám skoro žádněj účinek jo... to ta psychika musí mít hroznej vliv na tyhle věci...“ (Ota)

Ota spojuje své současné strachy o ztrátu metadonu se zkušenostmi z minulosti, kdy byl najednou bez heroinu. Tato velmi negativní zkušenost se přenáší do jeho nynějších obav, že by mohl přijít o metadon:

„Mě teď třeba pronásledují sny, a to mi tady řeklo víc lidí, co chodí na metadon, že třeba metadon centrum zavřeli nebo naopak mě, že zavřeli, a vždycky se probudím v tom, že jsem prostě zjistil, že nemám na další den jo a co budu dělat v tej hrůze... kolikrát, mockrát se mi to zdá tohleto, furt se to opakuje ten sen, furt donekonečna...“

4.2.3 Sociální úroveň

Změny v sociální situaci informantů se dotýkají hned několika oblastí, do kterých je tato kapitola přehledně rozdělena. Tyto oblasti jsou: rodinné a přátelské vztahy, finance, zaměstnání, bydlení a páchání trestné činnosti. Všechny tyto oblasti se vzájemně prolínají a někdy ze sebe i vyplývají. Nenaplnění jedné oblasti znamená nemožnost naplnit oblast jinou. Závislost a podmíněnost jednotlivých faktorů je zřejmá z výpovědí informantů.

Pro přehlednost jsem vytvořila tabulku, která znázorňuje, jaké sociální změny se udály v životech informantů po zařazení do metadonového substitučního programu (viz Tabulka 4). Tabulka je rozdělena do dvou časových období (před metadonem a po metadonu) a tato období jsou rozdělena na dvě části podle toho, zda subjektivně vnímané sociální změny byly pozitivní a nebo negativní.

Z tabulky je zřejmé, že negativních sociálních aspektů v životech informantů s nástupem do metadonové léčby ubývá a pozitivních buď přibývá (byly-li vůbec před tím nějaké pozitivní sociální aspekty), a nebo se objevují.

Tabulka 4: Subjektivně vnímané změny na sociální úrovni

	Před metadonem		Po metadonu	
	pozitivní	negativní	pozitivní	negativní
David	- vztah s matkou	- partnerka UD - ztráta zaměstnání - finanční dopad na rodinu - nedokončení studia	- vztah s matkou - lepší finanční situace rodiny	- bez zaměstnání - bez partnerky
Ota	- vztah s rodinou - zájmy, záliby, koníčky (aktivní)	- žádné - finanční dopad na rodinu	- vztah s rodinou - zájmy, záliby, koníčky (aktivní) - lepší finanční situace rodiny	- žádné
Karel	- žádné	- bez dokladů - bez zaměstnání - v drogové komunitě - páchání TČ - bez finančních prostředků - bezdomovectví	- doklady, registrace na úřadě práce - mimo drogovou komunitu - započata léčba VHC - zajištění sociálních dávek	- bez zaměstnání - bez partnerky - nedostačující finance
Adam	- žádné	- sestra UD - bez dokladů - bez zaměstnání - v drogové komunitě - bezdomovectví	- doklady, registrace na úřadě práce - odklon od drogové komunity - zajištění přenocování - zajištění sociálních dávek	- bez zaměstnání - bezdomovectví

Poznámka: UD = uživatel/ka drog; TČ = trestná činnost; VHC = virová hepatitida typu C

Zdroj: vlastní výzkum

4.2.3.1 Rodinné a přátelské vztahy

Dva informanti mluví o svých rodičích a uvádějí, že je rodina vždy podporovala. Otova matka je součástí celého interview, neustále se k ní během rozhovoru vrací.

David i Ota zmiňují, že je rodina podporovala finančně:

„Opravdu jsme do toho dávali peníze celá rodina, jo... Dávali do toho naši, když brali důchod, táta, máma a já sociálkou...“ (Ota)

Otova matka stála při svém synovi i v těch nejnáročnějších situacích:

„Máma dokonce sama takhle obcházela kluky, jestli třeba něco nemaj nebo to...“

Matky obou informantů se podle jejich slov se skutečností, že užívají drogy musely smířit a musely tento fakt přijmout. Oba dva dávají tuto skutečnost do souvislosti s abstinenčními stavy, kterým byly jejich matky přítomny:

„...ale co mohla dělat no samozřejmě... jako no... když viděla jaký mam abstáky... já mam šílený abstáky...“ (David)

„...máma to vlastně věděla od mejch šestnácti, sedmnácti let a když potom viděla ty stavy, tak asi uznala, že prostě to nemá cenu mi v tom nějak bránit... proto jsme spolu vlastně zůstali...“ (Ota)

David i Ota z těchto důvodů cítí závazek vůči svým matkám a chtějí jim minulost vynahradit:

„...si musím najít práci, abych mámě zaplatil veškerý dluhy...“ (David)

„...i v tomhle mi ta máma pomáhala a já bych jí to teď rád vrátil, aby měla ten klid...“ (Ota)

„...a chci jí pomoci ze všeho a tak no...“ (David)

„...obdivuju jí a rád bych jí to svým způsobem vrátil a ulehčil jí... takže já jsem rád, tak, jak je to teď a ona se cítí konečně spokojeně ... opravdu se snažila mi za každou cenu pomoci a i v tom nejtěžším období, tak mi pomáhala, no vlastně ve všech obdobích, který byly no... takže bych byl rád teď, kdyby mi už nic dělat nemusela a chtěl bych se postarat já o ní no...“ (Ota)

Ota si dokonce myslí, že jeho matka ho vždy natolik podporovala, že kdyby ji neměl, dopadlo by to tragicky:

„...to by dopadlo špatně, to bych skončil v kriminále nebo na ulici někde, to by vzalo úplně opačnej konec... já si myslím, že ona je člověk, kvůli kterému to dopadlo tak, jak to dopadlo asi...“

Všichni respondenti se zmiňují o svých (ať už současných a nebo bývalých) **přátelích** **či partnerech**. Ve všech případech se jedná o **nefunkční sociální vztahy**, které souvisí s drogami či jinými závislostmi.

„...jako kdybych byl ještě furt se ségrou, tak to by nešlo, já za ní musel furt všechno zařizovat, prachy vydělávat²...“ (Adam)

„No a objevil se kamarád, kterej jako... já jsem se s ním dělil o ten heroin, kterej jsem já platil, on mi pro to jezdil, abych já měl alibi, takže on z toho měl a já když jsem skončil, tak on věděl, že se bude muset postarat sám o sebe no a tak mě, aby mě do toho natáh zpátky, tak mně přines k narozeninám 4 gramy heroinu, na který někde sehnal, no a věděl, že prostě já mu to neodmítanu.“ (Ota)

„...jinak já mam kamarády v Táboře, to jsou kluci, který jsou starší než já a oba dva jsou na pervitinu, takže za téma já občas jezdím...“ (Ota)

„...pak jsem si našel přítelkyni a odstěhovali jsme se... a tam jsem vlastně přišel do styku s heroinem jo... že tam u mě bydlel chvilku dealer, kterej mi místo nájmu platil heroinem jo... kupoval jsem si na ulici a tak prostě... a pak ta přítelkyně vlastně přišla se Subutexem a začali jsme užívat místo heroinu Subutex jo... no a to trvalo takhle strašně dlouho prostě...“ (David)

² „prachy vydělávat“ slangově znamená získat určitý finanční obnos prostřednictvím nelegální kriminální činností, především krádeží

Karel opakovaně mluví o svém novém kamarádovi, s kterým začal po čtyřech letech abstinence od alkoholu pít:

„...No jako když jsem teď na meťáku, tak jsem pil piváky... ale před meťákem jsem nepil čtyři roky...“

„...začal jsem chodit do hospody s kámošem a tohleto a nakonec těch piv bylo třeba deset...“ „...právě s kámošem jsem se docela rozpil no... takže jsem dával třeba těch deset piv denně... protože ten kámoš tak jako popíjí no... tak co jsem měl dělat, tak místo, abych byl doma, tak jsem chodil do hospody...“

Dva informanti se vyjadřují ke svému současnému **postoji ke komunitě** uživatelů drog. Karel vypráví o svém současném postoji k ostatním drogově závislým, s kterými byl v minulosti v jedné komunitě:

„...a když vidím ty feťáky, ty jehly a tohleto, tak prostě mně je z nich na nic... jako vůbec mě to neláká, že vlastně i ten metadon mi v tomhle... že i v tomhle je to dobrý, že prostě... jako že jsem zanevřel...“

I Ota mluví o svých zkušenostech a postojích k uživatelům drog:

„...já jsem zjistil, že když si tyhle ty lidi drobátko pustim k tělu, tak že oni jsou úplně jak pijavice...“

Ota ale na rozdíl od Karla nebyl nikdy fyzicky součástí této komunity. I přesto, že nikdy v komunitě narkomanů nežil, vnitřně se cítil jako jejich součást:

„...chvilkami si člověk musí připadat, že se i stydí, že k těm lidem patří. Dřív mně to takhle nepřišlo a byl jsem rád, že jsem jedním z nich, ale teď si říkam ty jo...“

Všichni čtyři informanti se během interview alespoň minimálně dotknou toho, jaká mají **přání ohledně partnerských vztahů** nebo co pro ně sociální vazby znamenají. Každý k tomuto tématu ale zaujímá trochu jiný postoj.

David zahrnuje přání najít si partnerku ke svým ostatním přáním (najít si bydlení a zaměstnání):

„...chci si najít přítelkyni...“

Adam mluví o tom, že mu samota nedělá problém:

„...mně nevadí být sám, to já jako zvládnou být sám a poradit si... to zase jo jako...“

Ota vysvětluje, že je pro něj kontakt s lidmi důležitý:

„...no právě... já taky potřebuju s někým mluvit... a kontakt jenom přes internet je dneska sice moderní, ale to je furt virtuální...“

Karel začal mluvit o tom, že by si chtěl najít partnerku, ve chvíli, kdy se zamýšlel nad tím, jestli začne jezdit pro zábavu na kole:

„No ty jo, nad tím fakt jako přemejšlim jo, ale zase jako sám no... jako říkal jsem si, že bych mohl potkat třeba nějakou babu zase... to mě napadlo, že bych prostě se tam seznámil s nějakou babou no... jako jak říkam prostě, jestli ta buhta někde je a mám se seznámit s nějakou buhtou, tak se prostě seznámim a hotovo... prostě pokavaď někde je, tak někde je no... a pokavaď mi to má být daný, tak mi je to daný a hotovo... když ne, tak né no...“

4.2.3.2 Finance

Dva informanti tíží jejich současná finanční situace a dva informanti viděli problém v tom, že peníze na nelegální drogy získávali od rodiny, která tím velmi trpěla. Tři informanti přímo říkají, že velká výhoda metadonu je v tom, že je zdarma.

„...no a tak jsem toho nechal a teď jsem přišel znova sem na metadon, protože na ten morfin už jsem neměl peníze...“ (Ota)

„...jako já jsem přešel na metadon jenom kvůli tomu, že Subutex úplně zruinoval celou rodinu, to už se fakt nedalo... protože rodina... ten Subutex to jsem nebyl samozřejmě

přihlášenej nikde, kupoval jsem si ho na černým trhu, což Vás vyjde tableta na pětset... u nějakého hajzla na šestset prostě... a to jako když Vám má máma dávat každej den tady to, tak jí prostě zničíte tu rodinu prostě... “ (David)

Všichni čtyři informanti jsou nezaměstnaní a finance získávají různými způsoby - buď od rodiny, z práce na černo, žebráním a nebo od státu ve formě sociálních dávek:

„...beru sociálku... “ (Karel)

„...platí mi zdravotní, všechno... “ (Karel)

Adam si vydělává peníze žebráním, hraním na flétnu. V této chvíli čeká na to, až bude mít tři čisté testy z moči na detekci přítomnosti drog v organismu a pak dostane výdeje metadonu, tzn. že si o substitučního centra pro metadon nebude chodit denně, ale například jen třikrát v týdnu:

„A pak tímhle tím budu mít víc času a budu moct začít chodit do práce... nějakou brigádu nebo práci si chci najít, protože už mě to nebaví... protože takhle já nemam prostě žádný prachy a tak prostě ráno dojdu na metadon, napiju se, dojdu na alzylák a pak jdu hrát odpoledne třeba na Lanovku nebo tak... no tak hraju, když je čas no, hlavně já si musím vydělat na to spaní hlavně, to je důležitý... pak můžu dělat něco jinýho nebo prostě se jít projít nebo tak, ale napřed si musím vydělat na spaní... “

Adam v práci spatřuje jistotu, kterou teď nemá. Jeho životní a sociální nejistota se odvíjí od toho, že nemá práci a tedy ani stálý příjem:

„Jako já si třeba vydělám dvěstě, třista každej den, takže mi i zbyde na jídlo a tak, ale stejně... o čem to je tohle... bych právě chtěl tu práci si najít nebo aspoň prostě tu brigádu... takhle je to na hovno, protože nevím, jestli si vydělám a tak no... jako nemáš tu jistotu no... jako vydělám si na to spaní vždycky, to jo... jako to pade není tak hrozný, ale stejně... kdybych si to nevydělal, tak zase nemam kde spát vid'... není to jistý no... “

Jedním z negativních finančních dopadů užívání drog je zadlužení. O dluzích hovoří tři informanti:

„...taky jsem nasekal nějaký dluhy v tom období po tom... za ty dva roky člověk naseká takovejch dluhů, že to budu splácet do smrti a jsou to jenom dva roky... co to bylo půjček a takovejhlech kravin a pak mi na všechno padly exekuce, a protože bych byl nerad, aby mi tam někdo vlít do bytu a všechno sebral...“ (Ota)

„Já mam milionový dluhy, já mam od patnácti let dluhy... vazba, pasťák, kriminály, advokáti, soudy, městská... ty jo, víš co já mam dluhů...“ (Karel)

„...do měsíce to jsou prostě hned půjčky a takovýhle věci...“ (David)

Ota své dluhy aktivně řeší a pravidelně věřitelům splácí alespoň část dluhu:

„já oficiálně nemam příjem žádnéj, sociální podporu nemam, nic nemam, takže jsem řekl, já vám tady budu splácet dvě stovky, čtyři stovky no vlastně asi na osm míst, od dvou set korun do pětiset korun jo... a takhle už to dělám ten třetí rok asi jo... a oni jsou spokojený, že něco dostávají a já mam klid, že mi tam nevlítnou... takže jsem začal řešit tohle tím způsobem, že jsem jim začal něco posílat, protože to chodilo furt, upomínky a tohle... tohle se musí taky řešit, tyhle věci...“

Také David se ke svým finančním dluhům vůči matce staví přímo:

„...ted' si musím najít práci, abych mámě zaplatil veškerý dluhy a chci jí pomoci ze všeho a tak no...“ (David)

Na druhé straně Karel dluhy nesplácí. Jeho zadluženost je důvodem, proč si nehledá legální práci a proč ani legálně zaměstnaný být nechce a nemůže:

„...jako ono jde o to jako... já si nemůžu dovolit začít pracovat, nemůžu si to dovolit... protože takhle mam jistotu, že mam jak zaplatit bydlení, mam nějakou korunu, rozumíš mi... platí mi zdravotní, všechno... když půjdu makat, tak prostě zaberu osm devět jo, z toho budu muset platit bydlení, mam spoustu dluhů jo... a mně by nezbylo nic, mně by nezbylo nic prostě... takhle mam aspoň nějaký základní sociální jistoty, mam kde bydlet a mam vlastně nějakou korunu navíc... já začít makat, tak jsem prostě v prdeli... jako si

můžu najít nějakou černotu, já nevím prostě... já prostě práci hrotit nebudu, já si nemůžu prostě dovolit začít makat, nemůžu... na černo nějakou brigádu, abych si přivydělal nějakou korunu, to jo, ale začít normálně legálně makat, to...“

4.2.3.3 Zaměstnání

Dva informanti uvádí, že v minulosti pracovali. Jeden z nich mluví o nedávné minulosti, druhý naposledy legálně pracoval před několika lety. Oba dva vztahují vyprávění o bývalém zaměstnání k užívání drog:

„Jsem chodil do práce... normálně jsem makal, já jsem makal 5 let v jedné práci, rok v baru, půl roku ve fabrice... Já jsem jinak dělal dva roky na informacích, jsem vyřizoval reklamace, jak pokladní reklamace, tak reklamace zákazníků, koordinoval jsem pokladní zónu, já jsem měl dobrou práci no... akorát jsem si to zkazil tím, že jsem tam chodil moc zklepanej³ a bylo to na mně vidět no...“ (David)

„Tam jsem vlastně dělal sám a byl jsem sám sobě pánem, takže jsem si tam vydělal dost peněz. Sice jsem tam byl celý den, ale bylo to dost peněz, takže to začne lákat, takže jsme říkali, proč nevyrazit do Prahy koupit heroin nebo tohle, tak jsme to zkusili. Nikdo o tom nevěděl, já jsem to bral vlastně při tej práci v tom servisu, tam jsem fungoval normálně...“ (Ota)

Adam o hledání práce mluví, ale konkrétně neuvádí, jaké kroky k získání práce podniká:

„...bych právě chtěl tu práci si najít nebo aspoň prostě tu brigádu...“

David je v hledání práce aktivní, ukazuje mi i životopis, s kterým jde právě do jedné firmy:

³ „zklepanej“ znamená slangově pod vlivem léků, nejčastěji benzodiazepinů

„...a teda nepracuju, ale práci si sháním... jde to špatně... jako hledám už docela dlouho... no... tak půl roku aktivně... jinak jsem spíš to... pasivně a tak... ale teď půl roku fakt aktivně...“

Mluví i o možnosti rekvalifikace:

„...že bych si mohl udělat, to mam z pracáku... jo tady, asistent pedagog a nebo pracovník v sociálních službách... že bych se staral o nějaký postižený děti nebo o nějaký ty neposlušný a tak... tak to by mě bavilo... a šel bych do toho no... já jsem teda vyučenej tesař a mám nedodělanou maturitu, protože jsem na ní neměl čas... v tý době jsem buď spal, a nebo lítal“

Karel o práci mluví pouze v souvislosti s finanční stránkou svého života, ze svého pohledu nechce legální práci a nemůže mít legální práci, protože by na tom byl finančně hůř než je teď (viz podkapitola 4.2.3.2 Finance).

4.2.3.4 Bydlení

Dva informanti bydlí se svými rodiči. Jeden z informantů (Karel) si našel po zahájení metadonové léčby podnájem a jeden informant (Adam) je stále bez domova, ale přes noc využívá služeb azylového domu.

„...já s mámou bydlím dodnes...“ (Ota)

„...vlastně díky metadonu já bydlím...“ „...mi to prostě pomohlo k tomu začátku prostě, že vlastně díky tomu já bydlím, mam všechno jako, jsem spokojenej jo...“ (Karel)

David na otázku, zda teď bydlí u matky, odpovídá:

„Jo, teď u ní...“ Následně ale dodává, že by si chtěl najít svůj vlastní byt.

Adam mluví o tom, že přes den je venku a nebo využívá služeb azylového domu. V noci chodí do azylového domu na noclehárnu:

„...já jsem tam právě jenom přes noc, že se tam chodím vyspat jenom no... se tam vyspím a pak hned na meťák...“

4.2.3.5 Páchání trestné činnosti

Pouze jeden informant se během interview zmiňuje o páchání trestné činnosti kvůli obstarávání si drog:

„... i prostě shánění drog, i ty peníze na ty drogy shánět prostě... to je vlastně jedna z hlavních věcí, že ten metadon je zadarmo, takže to vlastně byla jedna z těch nejvíc působivejch věcí že jo, že je ten metadon zadarmo... že prostě mi všechno tohle odpadlo...“ (Karel)

Karel nepřímou říká, že kradl především pro to, aby měl na drogy. S metadonem pro něj tato nelegální činnost odpadá:

„...nemusím brát jiný drogy, nemusím shánět ty drogy, nemusím krást, nemusím nic...“

4.2.4 Spirituální úroveň

Spiritualita je pojem, pod kterým si každý představuje něco jiného. Jedná se o velmi individuální a velmi intimní součást každého člověka. Z vyprávění informantů je zřejmé, že se nejedná o nic, o čem by běžně hovořili. Ze všech čtyřech narativních rozhovorů se konkrétně o spiritualitě, o něčem, co člověka přesahuje a určuje jeho životní směr, nezmínil ani jeden z informantů.

Pouze Ota se zmiňuje o smrti, o osamocené smrti. Vnímání smrti a umírání a postoj ke smrti a umírání je součástí spirituality:

„...když by ten člověk umřel, tak nebude nikomu scházet no... to je hrozný... jako když se člověk dostane do stavu, kdy si uvědomí, že vlastně kdyby umřel, tak že nikomu

*nebude scházet, to už je stav, kdy opravdu... to už je opravdu asi úplně to poslední...
a toho bych se nerad dočkal jako... “ (Ota)*

4.3 Subjektivně vnímané změny v dimenzích osobní pohody

Informanti nehovoří ve svých výpovědích přímo o změnách jednotlivých dimenzí, ale z jejich vyprávění je zřejmé, že k určitému posunu (ať v kladném či záporném slova smyslu) rozhodně došlo. Zvýšení, snížení či stagnace v jednotlivých dimenzích osobní pohody jsou zpracovány do tabulky (viz Tabulka 5).

Jednotlivé dimenze se prolínají a v kontextu jejich vyprávění některé změny znamenají posun hned na několika dimenzích.

Tabulka 5: Změny v jednotlivých dimenzích osobní pohody

	David	Ota	Karel	Adam
Sebepřijetí	nezměněno	nezměněno	↑	↑
Pozitivní vztahy s druhými	↑	nezměněno	↑	↑
Autonomie	↑	↑	↑	↑
Zvládání život. prostředí	↑, nezměněno	↑, nezměněno	↑	↑
Osobní rozvoj	↑	↑	↑	↑
Smysl života	nezjištěno	nezjištěno	nezjištěno	nezjištěno

Pozn.: ↑ = zvýšení

Zdroj: vlastní výzkum

4.3.1 Sebepřijetí (self-acceptance)

Sebepřijetí neboli sebeakceptace je přítomná ve všech čtyřech výpovědích informantů. Tato dimenze se v rozhovorech vyskytovala nejvíce. Nejčastěji se týkala postoje informantů k sobě samotným a spokojenosti se současným stavem. V rámci kladného sebepřijetí je i aspekt srozumění s vlastní minulostí. O tomto aspektu mluvili informanti nepřímě, ale byl součástí všech interview. Osobní sebepřijetí posiluje, dle informantů, psychiku.

V rámci kladného sebepřijetí se objevuje i aspekt **srozumění s vlastní minulostí**. O tomto aspektu mluvili informanti nepřímě, ale byl součástí interview.

Adam mluví o tom, jak vnímá to, co vlastně v minulosti dělal, je srozuměný s tím, jakým způsobem žil, a že pokud chce žít jinak, musí to změnit: „...*předtím jsem se prostě jenom flákal no... teď prostě se musím starat líp...*“

Spokojenost se svým současným stavem Adam promítá do spokojenosti s metaodnem: „...*že mi je dobře, že vlastně... že mam klid... já jsem s ním jako fakt spokojenej... je to legální jo... mam klid, nemusim se někde honit půl dne a riskovat... já jsem tady ale hlavně prostě spokojenej, takže tak no...*“

David a Karel přiznávají, že jsou věci z minulosti, které je doteď mrzí:

„*Mrzí mě to, štve mě to strašně moc, protože maturitu, kdybych dneska měl, tak by to bylo úplně fantastický...*“ (David)

„...*třeba nadávám, že jsem nebyl schopnej před těma čtyřma rokama, pěti lety, že jsem prostě nebyl schopnej jít na metadon...*“ (Karel)

Naopak Ota nelituje ničeho, co se v minulosti stalo:

„...*když se mi kolikrát ptají lidi, jestli toho lituju, tak vdycky říkam že né, že jako mě to bavilo jako a že mi to nevzalo nějak něčeho moc, abych toho musel litovat jako... já jsem tenhle život žil rád a kdybych se měl znova rozhodnout, tak bych se rozhodl znova pro něj*“ (Ota)

Spokojenost se sebou samým dokázali vyjádřit tři informanti. Někteří se o spokojenosti zmínili skrze spokojenost se substituční léčbou. Na otázku, zda se cítí být spokojený, Ota odpověděl:

„*Teď jo, teď jo, no... teď jo, teď určitě si myslim, že jo...*“ , „...*to období je teď nějaký spokojený...*“ (Ota)

„...*já jsem s ním jako fakt spokojenej...*“ (Adam)

Když Karel mluví o své spokojenosti se sebou samým, říká, že k tomu došlo již před tím, než do substituční léčby nastoupil:

„...začal jsem si sám sebe vážit... ale to nezačalo tím metadonem, to začalo... k tomu jsem dospěl sám, že se musím mít aspoň trochu rád... k tomu jsem dospěl sám, to nemá s metadonem nic společného... jako cejtím se spokojenej sám se sebou, to určitě, cejtím se spokojenej...“

V dimenzi sebezpřijetí se u Karla a Oty objevilo i **přijetí špatných i dobrých stránky sama sebe a přijetí různých aspektů sebe**. Karel si je vědom svých špatných vlastností, které poznal v minulosti v souvislosti s užíváním drog:

„...můžu skouznout zpátky a nebo jít dopředu prostě... potřeboval jsem nějakou dobu než jsem prostě pochopil to, že prostě... potřeboval jsem čas no nějakej...“ (Karel)

Karlův strach a nedůvěra sama v sebe, se projevily v hodnocení jeho začátku na metadonu, kdy si nebyl jist, zda všechno zvládne, zda se mu podaří na metadonu vydržet:

„...já jsem napřed jako žádnýmu metadonu nevěřil, měl jsem strach na to jít... nevím proč, jestli, že... strach, že nebudu mít jehlu, nebo... prostě jsem z toho měl... ještě ten den, kdy jsem šel na metadon, tak jsem vlastně ještě sháněl „subutexy“ jo... že prostě jsem vůbec nevěřil tomu, že to bude mít nějakej pozitivní ten... na mě vliv...“

Ota vnímá a přijímá jako jeden z aspektů sama sebe to, že bez drog nikdy žít nebude a ani nemůže:

„...no a vim, že na těch drogách budu do smrti...“, „...když už třicet let jsem fungoval takhle, tak to budu fungovat takhle až do smrti...“

Ota přijal fakt, že bez drog nemůže v běžném životě existovat:

„...tak úplně si přijde, že na tom světě normálním nemůže existovat, jo...“

„...já jsem vždycky potřeboval ty drogy mít jako takovej... abych mohl fungovat jo... já jsem nikdy nevyžadoval stavy, aby mě to zmrtilo a abych nebyl schopnej udělat krok, já jsem vždycky potřeboval na tom fungovat a přemýšlet a když jsem to neměl, tak jsem nemohl fungovat...“

4.3.2 Pozitivní vztahy s druhými

Jak sociální vztahy ovlivňují jednotlivé informanty a jaké změny u nich během substituční metadonové léčby v této souvislosti nastaly, popisuje kapitola 4.2.3 Sociální úroveň.

Vztahy informantů s druhými osobami jsou zapsány v tabulce (viz Tabulka 6).

Tabulka 6: Vztahy informantů s druhými osobami

	Před metadonem	Po metadonu
David	Spíše -	+
Ota	+	+
Karel	-	žádné, nefunkční
Adam	-	žádné

Zdroj: vlastní výzkum

David vypráví o tom, že v minulosti byl ve vztahu s (nyní bývalou) přítelkyní užívající drogy, byl v přímém kontaktu s dealery a s lidmi na drogách. V této chvíli bydlí u své matky, vztahy s uživateli drog přerušil. K matce má vřelý vztah a vyjadřuje empatii, když mluví o tom, že to s ním měla matka těžké a teď jí chce vše vynahradiť:

„...chci jí pomoci ze všeho a tak no...“

Ota byl po celý život obklopen rodinou, s kterou měl dobrý vztah. Tyto vztahy se nijak zásadně nezměnily. Ota projevuje empatii vůči své rodině a má zájem o blaho své matky, o čemž nesčetněkrát hovoří, například:

„Protože si myslím, že máma zkusila dost v tej době, kdy jsem bral heroin, tak viděla ty hrůzy a věčně jsme neměli nic...“

Ota si sice uvědomuje, že je jeho vlastní rodina rozbitá, ale i přesto se snaží fungovat co nejpřirozeněji a má se svou bývalou manželkou a dětmi velmi pěkný vztah:

„...i když se s dětma stýkam normálně, ale rodina je rozbitá a já vim, že rodiče taky s tím měli... že to nebylo lehký pro mámu to přijmout...“

Karel nemá funkční rodinné vztahy, respektive nemá žádné rodinné vztahy. V současné době maximálně omezil vztahy s drogovou komunitou, tudíž se dá říci, že vztahy s druhými nemá. Po odstříhnutí se od drogové komunity si našel kamaráda, který ho ale přivedl k nadměrnému užívání alkoholu. Pozitivní zpětná vazba během substituční léčby mu chybí, dostává ji pouze od bývalých známých, uživatelů drog:

„...jo jako pak když třeba jsem slyšel: jo seš dobrej, seš tohle... je vidět, že to pro tebe má dobrej účinek... takže zaslechl jsem občas pár pozitivních věcí a to víš, že mi to udělalo dobře, že mi bylo příjemný, když ti někdo známej řekne: ty vole, vypadáš dobře... tak v tomhle smyslu to jo... jako když máš někoho, tak je lepší, že to můžeš s někým sdílet...“

Adam o svých vztazích s ostatními příliš nemluví. Z jeho vyprávění vyplývá, že byl součástí drogové komunity, po nastoupení do metadonového programu tyto vztahy omezil. Ukončil vztah se svou sestrou, uživatelkou drog. Žije sám a v tuto chvíli se tak cítí spokojený:

„...mně nevadí bejt sám, to já jako zvládnou bejt sám a poradit si...“

4.3.3 Autonomie (nezávislost)

Karel a Adam nemluví o závislosti v souvislosti se substituční metadonovou léčbou pouze jako o závislosti na látce, na metadonu, ale mluví o závislosti také jako o **nesvobodě**, o **svazujícím efektu** metadonu.

„...sem musím chodit každý den v 9 hodin ráno, v deset, v jedenáct no... jak kdy no... ale to musím jako, s tím nic neudělám, že jo...“ (Adam)

„...nejseš tak svobodná, prostě tě to svazuje, furt tě to svazuje... tohle byla třeba zase výhoda těch drog, když jsem byl na jehle, že jsem se mohl sebrat a kdykoliv jsem mohl odjet a tam jsem si mohl tu drogu sehnat jo... ale díky tomu metadonu jsem zase na druhou stranu svázaný...“ (Karel)

Karel je na jednu stranu s takovou nesvobodou nespokojený, ale na druhou stranu vnímá povinnost docházení na metadon a nemožnost se k němu dostat kdekoliv a kdykoliv jako součást léčby dávající mu hranice a motivující ho ke změně:

„...na jednu stranu mě tohle to prostě svazuje, furt mě to svazuje k něčemu... i když na druhou stranu ono je to dobře, protože já prostě asi potřebuju nějakou jakoby bičičku nad sebou, že prostě... jako já neříkám, že metadon budu brát celý život jako jo... nevím no... to víš, že taky furt nechci každý den někam jezdit...“

V zápětí však dodává, že by se v budoucnu chtěl zbavit i této závislosti a nesvobody:

„...tak bych chtěl být prostě čistej jako... v tom smyslu jako, abych prostě... byl čistej no...“

Karel také vnímá, že se stal nezávislým na pokušení užít drogy:

„...nemam ani chuť, ani potřebu shánět jiný drogy prostě... že prostě nemam prostě potřebu ani chuť...“ (Karel)

Ota vnímá své celoživotní užívání opiátů jako nedílnou součást sebe sama:

„Já už teda věděl, že mi to bude chybět, protože když člověk celý život žije v nějakým opojení nebo v nějakým jiným světě, tak potom se už těžko dostává do jinýho světa jo...“

„...já jsem vždycky potřeboval ty drogy mít jako takovej... abych mohl fungovat jo...“

Subjektivně ale vnímá zvýšení nezávislosti během substituční léčby.

Ota je se svou závislostí na opiátech smířený a přijal ji jako součást svého života:

„Já jsem řekl, že na tom metadonu chci zůstat do smrti, to plánuju... já už nic jinýho brát nechci, mě ta látka vyhovuje dokonale, to je prostě to, co jsem hledal...“

„...ale říkám, tyhle ty věci můžu dělat jenom tehdy, pokud budu mít metadon...“

„Na metadonu bych zůstal nejradši do smrti...“

Naopak Karel se chce své závislosti zbavit, **nechce být závislý** do konce života. Vnímá metadon jako něco, na čem je závislý jako na droze, ale zároveň také ví, že v životě funguje nejen díky metadonu, ale především díky sobě samému:

„...díky tomu vlastně funguješ jo... že ti to pomáhá ve spoustě věcech... funguju díky tomu... jako jasně, funguju hlavně díky sám sobě, protože prostě chci, ale tohle to je jedna z věcí, která... je to prostředek no, jak žít... jsem na to svým způsobem závislej, to je jasný... že tam ta závislost je...“

O (ne)závislosti na **názorech a hodnocení druhých** mluví Ota a Karel. Z Otova vyprávění je zřejmé, že se po celý svůj život choval nezávisle na drogové komunitě (žil s rodinou, měl zájmy...) a tento postoj u něj přetrvával. Tento stav komentuje takto:

„...z těch lidí toho málokdo má za sebou tolik, co já, a lze si přitom udržet nějakou formu a prostě fungovat normálně...“

Karel má problém sebereflektovat své změny a bylo potřeba, aby na ně byl opakovaně upozorňován okolím, než si sám uvědomil, že změny opravdu nastaly a jsou viditelné, že změny jsou vnímané ostatními:

„...tak jsem si to tak nějak neuvědomoval, prostě jsem to neviděl, ale když jsem to slyšel zprava, když jsem to slyšel zleva, jakože prostě dobrý a dobrý a dobrý, tak prostě jsem si říkal: ty vole, ono na tom fakt asi něco bude... sám to tak nevnímáš, ale to okolí vidí na tobě, že se měníš, ty to tak nevidíš, ty to tak nepociťuješ no... ale to okolí to vidí, to okolí to vnímá a je dobrý, když je to pozitivní a když ti to okolí ti to řekne, že to je prostě super, tak prostě to super je no...“

4.3.4 Zvládání životního prostředí (environmental mastery)

Tato dimenze je součástí sociální úrovně bio-psycho-socio-spirituálního modelu. Přehledně zpracované změny v této dimenzi najdeme v tabulce (viz Tabulka 7).

Tabulka 7: Změny v dimenzi zvládání životního prostředí

	Pocit kompetence při zvládání každodenních nároků	Schopnost vidět příležitosti pro vlastní cíle a potřeby
David	nezměněno	↑
Ota	nezměněno	↑
Karel	↑	nezjištěno
Adam	↑	nezjištěno

Pozn.: ↑ = zvýšení

Zdroj: vlastní výzkum

Ota po několika letech na metadonu a při pocitu stability ve svém životě nyní přemýšlí o tom, že by využil příležitosti a začal podnikat. Svěho koníčka by přeměnil na legální práci. O metadonu mluví jako o něčem, co mu umožňuje, aby normálně fungoval:

„...a ten metadon mi právě vyhovuje. Protože můžu na něm normálně fungovat a nemusím ho nikde shánět...“

Zároveň se tedy prostřednictvím metadonu může věnovat tomu, co ho baví:

„...furt se tak nějak udržuju, furt se učím tohle to, abych to mohl dál dělat, protože tyhle věci jsou strašně rychle kupředu...“

Karel se cítí kompetentní k tomu, aby konečně začal žít svůj život. Tato dimenze se mu prolíná s dimenzí autonomie:

„...nemusím brát jiný drogy, nemusím shánět ty drogy, nemusím krást, nemusím nic... prostě mam čas na věci, který se týkají čistě normálního života... že jsem vlastně začal normálně žít, díky tomu meťáku jsem začal normálně žít...“

David by rád využil příležitosti a udělal si rekvalifikační kurz nabízený úřadem práce, aby se mohl věnovat tomu, co si myslí, že by ho bavilo:

„...že bych si mohl udělat, to mam z pracáku... jo tady, asistent pedagog a nebo pracovník v sociálních službách... že bych se staral o nějaký postižený děti nebo o nějaký ty neposlušný a tak... tak to by mě bavilo... a šel bych do toho no...“

Adam si uvědomuje, že v minulosti nezvládal životní nároky a že nyní se cítí být zodpovědný za svůj život:

„...předtím jsem neměl žádný povinnosti, ted' tady třeba musim každej den ráno přijít a tak...“

„...já si musim vydělat na to spaní hlavně, to je důležitý... pak můžu dělat něco jinýho nebo prostě se jít projít nebo tak, ale napřed si musim vydělat na spaní...“

4.3.5 Osobní rozvoj (personal growth)

Tři respondenti mluví během svého vyprávění o pocitu nudy. Ota mluví o stavu, kdy ho nic nebavilo. Tento stav spojuje s minulostí. Pro Karla má pocit nudy negativní dopad a Adama pocit nudy motivuje k tomu, aby si našel nějakou činnost.

Ota zažíval tento pocit, když byl bez opiátů:

„...mě zase nebavilo nic dělat Já jsem měl vždycky spoustu zájmů...“

„Ale vždycky jsem měl zájmů spousta a ted' mě nic nebavilo...“

I Adam o své současné situaci říká, že ho nebaví:

„...nějakou brigádu nebo práci si chci najít, protože už mě to nebaví...“

Pro Karla znamenalo připuštění si nudy negativní dopad v podobě nadměrného užívání alkoholu. Přiznává, že s nástupem na metadonovou léčbu začal pít alkohol, přestože poslední čtyři roky, co se alkoholu týče, abstinovat.

„...takže jsem se vlastně dostal do takovýho stádia, že jsem se nudil a říkal jsem si, co doma, tak jsem začal chodit do hospody no...“

„...pak jsem se začal nudit no a tím to začalo no...“

Rád by si našel nějakou činnost, aby se přestal nudit, protože stav nudy vnímá negativně:

„...alespoň to dopoledne zabiju, protože ona je to fakt zabijárna nic nedělat, jenom jít na meřák a pak jít zpátky domů...“

Ota hodně mluví o svých zájmech a koníčcích, kterým se věnuje, a také vysvětluje, že se všechno musel naučit sám, a je si vědom toho, že je potřeba vyvinout úsilí. To popisuje na příkladu s jeho známým, který mu závidí, že má spoustu zájmu a má pořád co dělat.

„...furt se tak nějak udržuju, furt se učim tohle to...“

„...ale on by to chtěl umět, ale ne se to učit... a to je asi rozdíl mezi náma...“

Karel, Adam a Ota ve svých příbězích také uvádí, že k tomu, aby začali s metadonovou léčbou a otevřeli se něčemu novému, muselo předcházet určité zásadní uvědomění si potřeby změny:

„...musí člověk dospět tady na metadonu k tomu, aby si uvědomil, co je pro něj hlavní... no a k tomuhle tomu rozhodnutí musí každej dospět sám, no a mně to trvalo asi tři roky...“ (Ota)

„...jsem si řekl, že se svým životem chci něco udělat...“ (Karel)

„...musel jsem se k tomu dotlačit no prostě...“ (Adam)

„...viděl jsem, že to opravdu k ničemu není, že to nikam nevede, jo... a tak jsem si řekl a dost a jdu zkusit ten metadon...“ (Karel)

„... nějak mi došlo, že vlastně ten metadon mít musím, ale ten pervitin mít nemusím...“
(Karel)

Ota a zároveň i Karel vysvětlují, že „ta chvíle“, kdy se pevně rozhodli pro změnu, přišla až po určitém čase:

„...tu možnost má každé, do toho programu metadonového může jít každé a to je výsledek až nějakého období...“ (Ota)

Jako první tedy musel přijít ten správný impuls k tomu, odhodlat se k léčbě. Po vstupu do léčby ale Ota s Karlem popisují, že potřebovali čas na to, aby si uvědomili, že metadon je pro ně nejlepší možnou volbou a že k životu nepotřebují jiné drogy:

„...jako ze začátku jsem měl problémy ještě s drogami, ještě jsem měl nějaké ten pozitivní test jo... protože než jsem pochopil, že ten metadon... než ten metadon začal úplně fungovat, protože to trvalo dejme tomu nějaké půl rok, než jsem prostě došel do toho stádia, kdy jsem si řekl, že vlastně nepotřebuju ani tuhleto drogu, ani tyhle drogy...“ (Karel)

„...tak jsem říkal dost prostě s tím pervitinem, to nejde takhle... no a začal jsem jenom ten metadon a takhle ho беру dodnes...“ (Ota)

David přímo nemluví o tom, jak se stalo, že přestal užívat jiné drogy, ale možnost být v léčbě ho k tomu nějakým způsobem motivovala:

„Nevím, nějak jsem přestal, protože kvůli těm testům tady, tak abych tady vydržel nějak a tak a...“ (David)

Karel mluví o metadonu jako prostředku, který závislému člověku umožní se posunout a vyvinout se v životě někam dál:

„...pokud ten člověk opravdu se pro to rozhodne a chce... chce brát metadon, tak prostě tomu člověku to ve spoustě věcí pomůže a usnadní... je to dobrá věc prostě, je to

výborná věc pro člověka, kterej chce přestat brát drogy a chce se sebou něco udělat, tak ten metadon je opravdu výborná věc jako... “

„Já si myslím, že pokavaď ten člověk by opravdu chtěl se sebou něco udělat, jo... se svým životem, jo... tak si myslím, že prostě... jako ze začátku by byl třeba taky na vážkách jako já... všechno co je nový, tak prostě se s tím vlastně seznamuješ... takže dáváš dohromady plusy a mínusy, no ale člověk, kterej s tím chce opravdu něco udělat, člověk, kterej chce přestat brát drogy a chce začít nějak žít jako... se třeba zvednout z ulice... tak pro toho je ten metadon prostě bez chyby... “

Informanti mají potřebu se osobně vyvíjet dál, každý má jiná individuální přání a plány:
„...bych chtěl bejt prostě čistej jako... v tom smyslu jako, abych prostě... byl čistej no... “ (Karel)

„Nebrat vůbec, ani pít... úplně bych chtěl přestat a normálně spát, jako člověk... “ (Adam)

„...jsem přihlášenej na nový terapie, už na ty, který jsou pro lidi, který už neberou drogy... “ (David)

4.3.6 Smysl života (purpose in life)

Vnímání smyslu života je součástí naší osobní spirituality. Jak je to ale se spiritualitou osob v metadonovém programu? Tato předposlední dimenze osobní pohody je dimenzí, která se v příbězích vyskytuje minimálně a pouze okrajově. Konkrétně o smyslu svého života nemluví ani jeden z informantů. David a Karel se o **cílesměrnosti** nebo o **vlastním směřování k dosažení cílů** nezmiňují. Karel nemá žádnou vizi budoucnosti, David si chce najít práci, bydlení a přítelkyni, jedná se tedy o aktuální cíle než o životní cíle.

Ota i Adam, oba tvrdí, že nemají rádi plány do budoucna, raději nic neplánují:
„...nějakej cíl dneska člověk může těžko si dávat nějaký cíle, protože se dnes a denně mění věci tak rychle, že... ne, ne, já nemam rád nějaký plány do budoucna...“ (Ota)

„Ne. Nemam... neplánuju radši...“ (Adam)

Zároveň však Adam jako jediný vyslovuje něco, nad čím můžeme jako nad **smyslem života** uvažovat:

„...chci bejt pro společnost užitečnej... prostě teď v tomhle životě... ne bejt furt jenom na ulici a bejt špinavej a tohleto...“

5 DISKUZE

Výzkum prováděný v rámci mé diplomové práce si kladl za cíl zanalyzovat, jak osoby v substitučním metadonovém programu v Českých Budějovicích vnímají životní změny.

1. Jak se odráží vliv změn nastalých během metadonové substituční léčby v kvalitě života osob v této léčbě?

Informanti vnímají po zařazení do substitučního metadonového programu výraznou životní změnu. Reflektují jak pozitivní, tak negativní změny, které s sebou léčba přinesla. Z výpovědí informantů však jednoznačně vyplývá, že se jedná především o změny pozitivní a že změny, které jsou informanty vnímány negativně u nich nepřeváží jejich vesměs pozitivní názor na substituční metadonovou léčbu. I z mého osobního pohledu jsem si vědoma toho, že substituční metadonová léčba přináší nejen pozitiva, ale ztotožňuji se s tvrzením Verstera a Buninga (2003), že případná negativa metadonové substituční léčby rozhodně nepřevažují její přínos, a to nejen pro pacienta/klienta, ale i pro celou společnost.

Souhlasím s Goppoldovou (2005), že kvalita života a její subjektivní hodnocení je směsicí mnoha faktorů, které ovlivňují náš život. Pravdivost tohoto přístupu k hodnocení kvality života vyplynula i z výpovědí informantů. Například jeden z informantů se po celou dobu své drogové kariéry cítí fyzicky (ze zdravotního hlediska) dobře a po celý svůj život má rodinné zázemí, avšak svůj minulý život (do doby před vstupem na metadon) nijak pozitivně nehodnotí. Psychicky se cítil natolik špatně, že to ovlivnilo celé jeho vnímání minulosti, ačkoliv by se mohlo zdát, že pozitivních faktorů v jeho životě bylo mnoho. Spokojenost a pocit životní pohody se tedy odráží nejen od spokojenosti se svým zdravotním a sociálním stavem, ale také od spokojenosti se stavem psychickým (Kebza, 2005).

Informanti, kteří nemají rodinné zázemí, více hovoří o změnách v jednotlivých dimenzích osobní pohody. U těchto informantů došlo během účasti v substitučním

metadonovém programu k tomu, že zaujali pozitivní postoj ke své osobě a přijali různé aspekty své osobnosti (ať už pozitivní, nebo negativní). Došlo u nich tedy k sebeakceptaci. Jelikož informanti byli v substituční metadonové léčbě různě dlouho, můžeme předpokládat, že ke zvýšení pocitu sebeakceptace dochází hned v několika prvních měsících.

Druhou dimenzí, která se v souvislosti s metadonovou léčbou změnila, je dimenze zvládání životního prostředí v tom smyslu, že informanti mluví o tom, že jsou schopni dodržovat povinnosti s léčbou spojené, zařídit si věci potřebné ke společenskému fungování atd.

Důležité je podotknout, že informanti pocházející z fungujícího rodinného prostředí nebyli k substituční léčbě rodinou nijak nuceni a rozhodli se pro ni sami. Všichni čtyři informanti tedy jasně říkají, že ke změně byli připraveni a toužili se svým dosavadním životem něco udělat, něco v něm změnit. To může být například příčinou toho, že jsou všichni informanti ve své léčbě úspěšní a nároky léčebného procesu zvládají. Motivaci klienta samotného vidí jako velkou část úspěchu i někteří odborníci (Miller a Rollnick, 2004; Kalina, 2008).

Pro mě osobně je poměrně zajímavý výsledek, který vyplynul z podrobnějšího prozkoumání další dimenze osobní pohody – pozitivních vztahů s druhými osobami. Podle toho, jak informanti ve svých příbězích vyprávěli, můžeme dospět k zajímavému závěru. U informantů, kteří přichází z rodinného zázemí se sociální vztahy zlepšily v tom smyslu, že byly vysoce omezeny a nebo úplně skončeny vztahy s drogovou komunitou. K tomu došlo i u informantů nepocházejících z rodinného zázemí, ale v tuto chvíli v jejich životech nejsou přítomny žádné pozitivní vztahy s druhými. V prvním případě tvoří u informantů pozitivní sociální vazby jejich rodina a blízké okolí. V druhém případě není nikdo z minulosti, kdo by takové pozitivní vazby tvořil. Tedy efekt je pro všechny čtyři informanty stejný – jsou přerušeny negativní vazby s druhými. Ale v důsledku jsou na tom informanti bez rodinného zázemí hůře než informanti, které podporuje rodina. U informantů bez rodiny totiž nedochází k tomu, aby si našli nové pozitivní sociální vazby. Délka léčby v tomto případě nehraje zřejmě žádnou roli, protože jeden z informantů je v léčbě 7 měsíců a druhý 19 měsíců. Pocit

samoty je u jednoho informanta příčinou pocitu nudy. Nudu vnímám jako rizikový faktor v léčbě, přičemž vycházím z toho, že nepřipouštění si nudy a pocitu stagnace je jedním z faktorů ovlivňující osobní pohodu, resp. kvalitu života (Kebza, 2005).

2. Jakých oblastí života se tyto změny týkají?

Informanti hovoří o změnách na biologické, psychické a sociální úrovni. Působení metadonu na fyzický stav klienta je velmi individuální. Na základě provedených interview můžeme říci, že změny na biologické úrovni informantů jsou odlišné. Jeden z informantů popisuje změny na této úrovni jako negativní. Zároveň ale mluví o tom, že jeho fyzický stav na metadonu se nyní zlepšil a žádná negativa v současnosti neshledává. Zlepšení svého fyzického stavu připisuje nalezení kombinace léků předepisovaných psychiatrem. Otázkou tedy je, zda mu zdravotní problémy způsoboval opravdu metadon a nebo to, že v té době ještě nenalezl kombinaci léků, po kterých se cítil i fyzicky dobře. Subjektivně však informant připisuje tyto problémy metadonu.

Dalším vysvětlením může být také to, že informant se v minulosti necítil dobře psychicky a jeho psychika se odrážela v jeho somatických obtížích, které však připisoval účinkům metadonu. Podle mého názoru má psychický stav klienta významnou roli na průběh léčby. Z výpovědí dvou informantů jsou zřejmé jasné obavy a strachy spojené s možností, že by metadon najednou nebyl. Tento strach podle informantů velmi ovlivňuje jejich psycho-somatický stav. Z vlastní zkušenosti z mého zaměstnání vím, že metadon je látka, která se v tuto chvíli nedá sehnat na černém trhu. Naopak Subutex, další látka používaná k substituci, je na černém trhu běžně dostupný. Při zamyšlení nad tímto faktem mě napadá, zda onen strach není vyživován také tím, že pokud metadon nebude dostupný v substitučních centrech, nebude k sehnání v podstatě nikde.

Neměli bychom však zapomínat na to, že psychická a psychiatrická onemocnění jsou u uživatelů drog vyšší než u běžné populace (Gossop, 2009). Právě úzkosti a deprese jsou podle Piacentine (2010) nejčastějšími psychiatrickými diagnózami. Stejnou zkušenost s uživateli opiátů mají i Gossop (2009) a Vogel (2010). Je tedy

otázkou, kde je původ těchto psychických stavů u informantů. Proto si myslím, že nedílnou součástí substituční metadonové léčby by mělo být důkladné vyšetření psychiatrem.

Osobně si myslím, že psychologická pomoc a práce s klientem na psychologické úrovni musí být rozhodně součástí léčebného procesu. Tu by měl zajišťovat psycholog (psychoterapeut). Zároveň ale může být psychologická pomoc ve formě podpory a motivace poskytována například i sociálními pracovníky. Považuji za velkou výhodu, je-li v týmu pracovníků lékař-psychiatri, protože tím pak odpadá velmi náročná práce s klientem, zaměřená na přijetí skutečnosti, že klient potřebuje pomoc psychiatra a že je v jeho vlastním zájmu (z důvodu dosažení změny), aby se léčil.

Za důležitou věc vyplývající z rozhovorů považuji fakt, že pokud se drogově závislý rozhodne pro substituční léčbu, je otevřenější i jiným léčebným procesům (léčba virové hepatitidy typu C, psychiatrická léčba, psychoterapeutická sezení...). Na základě tohoto můžeme říci, že vstup do substituční léčby a její subjektivně úspěšný průběh klienta motivuje k dalším zásadním změnám, ke kterým by se předtím těžko odhodlal.

Sociální změny v životech informantů jsou z vyprávění patrné okamžitě. Každopádně mě zaujalo, že informanti mluví o tom, že si veškeré sociálně-právní záležitosti zařídili sami. Souhlasím s Gossopem (2009), že sociální práce s klienty během léčby je nezbytná a to už z primárního důvodu, že tito klienti mají téměř vždy sociální problémy. O nutnosti sociální práce s klienty substitučních programů hovoří i Kalina a kol. (2003). Podle mého názoru, chybí-li v systému léčby „úzdava“ sociální úroveň člověka, poskytnutí pomoci při začleňování se zpět do společnosti, je vyvíjen na klienty velký psychický nátlak, který nemusí zvládnout. Především se to podle mé osobní zkušenosti týká klientů přicházejících „z ulice“. Tito klienti nemají příliš možností nalézt pomoc a podporu např. při vyhledávání bydlení, zaměstnání, splácení dluhů aj.

Poslední úroveň bio-psycho-socio-spirituálního modelu je spiritualita. O spiritualitě nemluví ani jeden z informantů. Spiritualitu považuji za velmi osobní až intimní část osobnosti a není to téma, které bychom během běžných hovorů sdíleli s ostatními. Jak píše Křivohlavý (2004) spiritualita je něco co nás přesahuje, tudíž si

myslím, že spiritualita je něco, co se dá velmi těžko uchopit slovem, něco se nedá jednoduše popsat a vysvětlit. To vidím jako důvod, proč se žádný z informantů o spiritualitě během interview nevyjadřuje. Na druhou stranu si však myslím, že nenaplnění spirituální složky člověka z přirozených životních situací je u uživatelů drog důvodem, proč ji hledají v drogách. Z toho vychází i Piacentine (2010) a vysvětluje, že zvýšení spirituality podporuje úspěšný proces uzdravování. Součástí spirituality je i hledání smyslu života (Křivohlavý, 2004) a smysl života můžeme popsat jako cílesměrnost, jako směřování k životním cílům, jako smysluplnou vizi naší budoucnosti (Kebza, 2005). Žádný z informantů během rozhovorů nevyslovil, co je jeho cílem života, kam vlastně směřuje. Naopak dva informanti dokonce uvádějí, že žádné cíle nemají, do budoucna raději nic neplánují. Tento výstup týkající se spirituality a vnímání smyslu života osob v substitučním metadonovém programu považuji za nepřehlédnutelný.

Na základě výstupů týkajících se oblastí změn života u osob v substitučním metadonovém programu stanovuji následující hypotézy:

H1: Osoby v substituční léčbě užívající metadon trpí častěji úzkostmi vycházejícími z možnosti ztráty substituční látky než osoby v substituční léčbě užívající Subutex.

H2: Osoby v substituční léčbě metadonem zařazené do logoterapeutického programu jsou v procesu léčby úspěšnější.

3. Existuje subjektivně vnímaný rozpor mezi očekáváním od změny, kterou měl přinést substituční program, a reálnou změnou?

Informanti do léčby vstupují s očekáváním lepšího života. Vyplývá to z jejich vyprávění, kdy si v určitou chvíli řekli, že takhle už dále žít nechtějí, že chtějí změnu. Všichni čtyři informanti jsou nyní spokojení a může se zdát, že se naplnila jejich očekávání. Každopádně z jejich vyprávění jsem nabyla dojmu, že ne vždy to bylo a je pro informanty zcela jednoduché a že do jejich života vstupují faktory, s kterými nepočítali. Například nuda, kterou dva informanti pocítují a která vstupuje do jejich životů. Nuda u jednoho z informantů podle jeho výpovědi dokonce způsobila to, že

začal znovu pít alkohol, ačkoliv do té doby již čtyři roky úspěšně abstinovat (od alkoholu). Můžeme se tedy i domnívat, že dlouhodobé užívání drog vede k tomu, že se člověk ani neumí zabavit jinak než nějakým opojením, ať už se jedná o alkohol a nebo o jiné návykové látky.

Díky svým pracovním zkušenostem vím, že pro osoby, které snaží změnit svůj život, přestat užívat drogy a začít žít „normálním životem“, je nejtěžší přijmout každodenní rutiny. Tito lidé spatřují dennodenní stereotyp v tom, že ráno „normální“ člověk vstane, jde do práce, z práce domů, pak se nudí, jde spát a ráno zase do práce. Velkou roli zde podle mě hraje fakt, že většina závislých osob nemá žádné zájmy a koníčky. To potvrzují i informanti, kteří o pocitu nudy hovoří. Taková realita je pro ně hodně náročná a je potřeba i s tímto pracovat. Tento rozdíl mezi očekávanou změnou a realitou zásadním způsobem ovlivnil spokojenost klienta v léčbě (Payne, 2005). V tuto chvíli se informanti cítí spokojeně, ale už to, že si nudu připouští, může znamenat, že se za několik měsíců začnou cítit méně spokojeně a nebo dokonce nespokojeně, což může vést k relapsu. Kalina (2003) považuje z tohoto důvodu za nepostradatelné, aby si klient v léčbě našel pozitivní aktivity a naučil se jim pravidelně věnovat a tak efektivněji využíval čas. Věnování se zájmům a koníčkům považují za velmi důležité také z toho důvodu, že prostřednictvím zájmových aktivit mohou naplňovat malé cíle, které mohou mít pro člověka v léčbě ohromný význam. Myslím si, že pokud by měl klient pouze jediný cíl, a to přestat užívat nelegální drogy a pravidelně docházet na metadon, mohlo by to vést k situaci, kterou popisuje Blatný a kol. (2003). Blatný a kol (2004, s. 204) uvádí, že „uskutečnění cíle může vést paradoxně k pocitům existenciální úzkosti nebo i vzniku deprese. V psychiatrii jsou popsány případy vzniku existenciální deprese poté, co člověk dosáhl všech svých životních představ a cílů a náhle nevěděl, čím svůj čas vyplnit.“ Na základě této odborné zkušenosti mi přijde motivace klientů substitučního metadonového programu k nalezení osobních zájmů důležitá také pro to, že z provedených rozhovorů je zřejmé, že informanti nepocítují žádný smysl života. Hovoří o tom, že nemají cíle, neplánují, nezajímá je budoucnost a jejich jediným cílem v současné chvíli je vlastně docházení do substitučního centra pro metadon.

To, co pro mě osobně bylo hodně zajímavé a čemu jsem se až divila, bylo to, že žádný z informantů nevzpomíná alespoň trochu negativně na první týdny v léčbě. V příručce Client Handbook (CAMH, 2008) je uvedeno, že metadon může mít nepříjemné vedlejší účinky, které se objevují právě na začátku léčby. Jelikož jsem v případě dvou informantů byla „součástí“ celého procesu vstupu do léčby a následného zapojení se do substitučního metadonového programu, tak vím, jak těžký pro ně právě začátek léčby byl, jak i několikrát přemýšleli o tom, že léčbu vzdají atd. V tu chvíli jejich očekávání nebyla naplněna a realita se velmi lišila od toho, co si mysleli, že léčba přinese. Samozřejmě bylo otázkou času, než se jejich stav ustálil a postupně vedlejší účinky odezněly. Nejčastějšími vedlejšími účinky doprovázejícími počátek léčby jsou nespavost, pocit neklidu, bolesti těla a kloubů, slabost aj. (CAMH, 2008)

Na základě výše uvedených výsledků vyvozují tuto hypotézu:

H3: Čím méně zájmů osoby v substituční metadonové léčbě mají, tím vyšší je pravděpodobnost, že u nich dojde k relapsu.

Významné výstupy pro praxi

Na tomto místě bych chtěla krátce shrnout, jaké významné výstupy přinesla tato práce pro praxi. Z informací získaných při rozhovorech se mi nabízí zauvažovat o dostupnosti metadonu. Substituční metadonová centra jsou zařízení, kterých v České republice sice není úplně málo, ale na druhou stranu mnoho jich také není. Centra se nalézají pouze ve větších a frekventovanějších městech, což může být problém pro klienty, kteří nebydlí přímo v takovém městě a do centra denně dojíždějí. Jelikož místo a čas výdeje metadonu je striktně dán, požaduje se po klientech vysoká časová flexibilita a vysoké nároky na dojíždění do substitučního centra. Pro místní klienty to nemusí být takový problém, ale například pro člověka, pro kterého je nejdostupnější substituční centrum vzdáleno několik desítek kilometrů od místa jeho bydliště a který by chtěl chodit do práce v běžných pracovních hodinách, je to podle mě velmi náročné a někdy až nemožné. Další věcí, která s tímto souvisí, je podle mých pracovních zkušeností fakt, že někteří klienti substitučního centra mají pouze základní vzdělání a nebo vyučení. Navíc za sebou mají dlouhou drogovou kariéru, záznam v trestním

rejstříku aj. a tudíž je pro ně velmi obtížné sehnat práci, což potvrzuje i Kalina a kol. (2008). Těmto klientům se, na základě mé zkušenosti, nabízí nejvíce pracovních příležitostí v rámci sezónní práce, která si velmi často vyžaduje dojíždění a bydlení v místě výkonu zaměstnání. Skloubení substituční metadonové léčby s takovou pracovní činností je podle mého mínění v podstatě nemožné. Samozřejmě jsem si vědoma toho, že po určité době, pokud klient dodržuje všechna pravidla, jsou klientům poskytovány určité výhody, ale přesto si pokládám otázku: Jsou tyto výhody dostačující? Na jednu stranu usilujeme o to, aby si klient našel práci, zájmy a pozitivní aktivity a na druhou stranu mu to můžeme tímto významně znesnadňovat.

Další téma, nad kterým bychom se měli zamyslet, je spiritualita klientů a práce s ní. Myslím si, že by práce se spiritualitou klientů měla být součástí léčby, což uvádí i Piacentine (2010). Jelikož všechno souvisí se vším, tak jako nemoc souvisí s psychikou, tak i spiritualita podle mě souvisí s „uzdravením se“ ze závislosti a s udržením zdravého těla i ducha. Práce na biologické, psychologické a sociální úrovni je, domnívám se, o něco snadnější, než práce se spiritualitou. Práce na této úrovni si vyžaduje navázání důvěrného a vřelého vztahu klient - terapeut a vzájemného respektu a tolerance. Na základě výzkumu této diplomové práce můžeme vidět, že spiritualita informantů byla narušena a to se možná negativně odráží v jejich současných životech. Proto si myslím, že by bylo vhodné zapojit do týmu psychoterapeuta, který se minimálně zabývá logoterapií. Wagenknecht (2009) popisuje logoterapii takto: „Logoterapie je terapeutický přístup, orientovaný na tematiku smyslu života. Poukazuje na lidskou potřebu žít smysluplně a soustřeďuje se na hledání a uskutečňování tohoto smyslu v konkrétních podmínkách života jedince.“

6 ZÁVĚR

Cílem mé diplomové práce bylo zanalyzovat, jak osoby v substitučním metadonovém programu v Českých Budějovicích vnímají životní změny. K naplnění tohoto cíle jsem zvolila hned několik postupů. Jelikož studuji na zdravotně-sociální fakultě a mé profesní zaměření se týká sociální práce a adiktologických služeb cítila jsem jako nutnost podívat se na tuto problematiku nejprve skrze bio-psycho-socio-spirituální model drogové závislosti a její léčby (Kalina a kol., 2003). Dále jsem nastalé subjektivně vnímané změny zanalyzovala na základě modelu osobní pohody (well-being) a šesti dimenzí, které tento model tvoří (Kebza, 2005). V neposlední řadě jsem změny hodnotila také podle koncepce životní změny v souvislosti s léčbou (Kalina a kol., 2008). Domnívám se, že propojením těchto teoretických východisek s empirickou částí diplomové práce, byl cíl práce naplněn.

Vzhledem k tomu, že se jednalo o kvalitativní výzkum, stanovila jsem si tři výzkumné otázky:

1. Jak se odráží vliv změn nastalých během metadonové substituční léčby v kvalitě života osob v této léčbě?
2. Jakých oblastí života se tyto změny týkají?
3. Existuje subjektivně vnímaný rozpor mezi očekáváním od změny, kterou měl přinést substituční program, a reálnou změnou?

Z uskutečněných narativních interview jsem získala potřebné informace, díky kterým jsem na stanovené výzkumné otázky dokázala odpovědět. Na základě výstupů vyplývajících z rozhovorů jsem stanovila tři hypotézy:

- H1: Osoby v substituční léčbě užívající metadon trpí častěji úzkostmi vycházejícími z možnosti ztráty substituční látky než osoby v substituční léčbě užívající Subutex.
- H2: Osoby v substituční léčbě metadonem zařazené do logoterapeutického programu jsou v procesu léčby úspěšnější.
- H3: Čím méně zájmů osoby v substituční metadonové léčbě mají, tím vyšší je pravděpodobnost, že u nich dojde k relapsu.

Uskutečněný výzkum dokládá, že vstup do substitučního metadonového programu je pro osoby užívající opiáty velkou životní změnou. Tato změna se promítá do všech oblastí jejich života, kromě oblasti spirituality. Některé změny jsou sice subjektivně vnímány jako negativní, ale bezesporu je celkový výsledek substituční metadonové léčby osobami v léčbě vnímán pozitivně.

Léčba samotná přináší klientům substitučních center mnoho náročných situací, které neumějí efektivně řešit a které jsou pro ně náročnější, než bychom si mohli myslet. Nesmíme zapomínat na to, že klienti nepřicházejí vždy jen z funkčního prostředí, ale velmi často se jedná o osoby žijící na ulici, užívající dlouhodobě opiáty, osoby s kriminální minulostí a žádnými pozitivními sociálními vazbami. Proto bych na tomto místě chtěla ještě jednou zdůraznit potřebu komplexní péče o tyto osoby. Je potřeba uskutečňovat léčbu, která bude zaměřena na všechny čtyři úrovně člověka a neměla by být opomíjena ani poslední, spirituální úroveň.

Zabývání se touto problematikou by mohlo přinést zásadní a důležité poznatky a informace, které by měly být následně implementovány do praxe. Budeme-li upřednostňovat kvalitu a efektivitu služeb společně se spokojeností klienta, odrazí se naše práce v účinnosti služeb. Nejsnazší cestou ke zkvalitnění služeb je podle mě dostatečné a pozorné naslouchání klientům a jejich potřebám a intenzivní zájem o zpětnou vazbu od klientů, pro které je služba primárně určena.

Věřím tedy, že tato práce bude zdrojem zajímavých informací nejen pro další výzkumníky, ale i pro substituční centra a jejich zaměstnance, jejichž přístup může danou službu udělat ještě lepší než je.

7 SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

- 1) ANONYMNÍ ALKOHOLICI. *Informace pro veřejnost. Brožura Informace pro veřejnost* [online]. Brno: Sdružení pro služby Anonymním alkoholikům v České republice, © 2011 [cit. 20.11.2011]. Dostupné také z: <http://www.anonymnialkoholici.cz/o-nas/info-pro-verejnost.pdf>
- 2) BAUER, M. *The narrative interview. Comments on a technique for qualitative data collection*. London: London School of Economics and Political Science, Methodology Institute, 1996.
- 3) BLATNÝ, M. Osobnostní předpoklady sebehodnocení a životní spokojenosti: shody a rozdíly. In: BLATNÝ, M. eds. *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. Brno: Masarykova univerzita & MSD, 2005, s. 83-101. ISBN 80-86633-35-7.
- 4) BLATNÝ, M. a kol. *Psychologie osobnosti. Hlavní témata a přístupy*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3434-7.
- 5) CAMH. *Methadone Maintenance Treatment - Client Handbook* [online]. © 2008 [cit. 15.11.2011]. Dostupné z: http://camh.net/Care_Treatment/Resources_clients_families_friends/Methadone_Maintenance_Treatment/mmt_client_hndbk.pdf
- 6) ČERMÁK, I. Narativně orientovaná analýza. In: BLATNÝ, M. eds. *Metodologie psychologického výzkumu: konsilience v rozmanitosti*. Praha: Academia, 2006. ISBN 80-200-1450-0.
- 7) DRUG POLICY ALLIANCE. *About Methadone and Buprenorphine* [online]. 2. vyd. 2006 [cit. 15.11.2011]. Dostupné z: <http://www.drugpolicy.org/docUploads/aboutmethadone.pdf?q=about-methadone-and-buprenorphine>
- 8) DŽUKA, J. *Kvalita života a subjektívna pohoda – teórie a modely, podobnosť a rozdiely. Psychologické dimenze kvality života* [online]. Prešov: Prešovská univerzita. 2004, s. 42-53 [cit. 7.5.2012]. Dostupné z: <http://www.pulib.sk/elpub2/FF/Dzuka3/05.pdf>

- 9) FAULKNER, B.M.R., VOLLICK, D.N. a M. JUDSON. Success in a Canadian methadone maintenance treatment program. *Addictive Disorders and their Treatment*. 2010, roč. 9, č. 2, s. 75-86. ISSN 1531-5754.
- 10) FISCHER, S. a J. ŠKODA. *Sociální patologie. Analýza příčin a možností ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2781-3.
- 11) GOSSOP, M. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti*. Praha: Úřad vlády ČR, 2009. ISBN 978-80-87041-81-9.
- 12) GOPPOLDOVÁ, E a kol. Hodnocení subjektivní kvality života psychiatrických pacientů v závislosti na pohlaví. *Psychiatrie*. 2005, roč. 9, č. 4, s. 287-290. ISSN 1211-7579.
- 13) GUO, S. et al. Monthly take-home methadone maintenance regime for elderly opium-dependent users in Singapore. *Annals of the Academy of Medicine Singapore*. 2010, roč. 39, č. 6, s. 429-434. ISSN 0304-4602.
- 14) HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.
- 15) CHUANG-FEI et al. Quality of life of heroin dependent patients with methadone maintenance therapy. *Journal of Sichuan University (Medical Science Edition)*. 2009, roč. 40, č. 3, s. 539-543. ISSN 1672-173X.
- 16) KALINA, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.
- 17) KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup 1 a 2*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
- 18) KAPUR, B. M. et al. Methadone: a review of drug-drug and pathophysiological interactions. *Critical reviews in clinical laboratory sciences*. 2011, roč. 48, č. 4, s.171-195. ISSN 1040-8363.
- 19) KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.

- 20) KERR, T. et al. Factors associated with methadone maintenance therapy use among a cohort of polysubstance using injection drug users in Vancouver. *Drug and Alcohol Dependence*. 2005, roč. 80, č. 3, s. 329-335. ISSN 0376-8716.
- 21) KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie. Radost, naděje, odpouštění, smířování, překonávání negativních emocí*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-835-X.
- 22) LAINZ, J. *Motivační rozhovory jako metoda práce s klienty v pomáhajících profesích*. Hradec králové, 2010. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta, Katedra sociální pedagogiky. Vedoucí: Daniel Dvořák.
- 23) LIN C., WU, Z. a R. DETELS. Family support, quality of life and concurrent substance use among methadone maintenance therapy clients in China. *Public Health*. 2011, roč. 125, č. 5. s. 269-274. ISSN 0033-3506.
- 24) LORENCOVÁ, R. *Spiritualita uživatelů alkoholu a marihuany*. Praha: Dauphin, 2010/2011. ISBN 978-80-7272-247-1.
- 25) MARKOVÁ, K. Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti jako východisko pro práci sociálního pracovníka kontaktního centra. In: ROSKOVÁ, L. eds. *Lidská práva v proměnách času. Sborník příspěvků*. České Budějovice: ZSF JU, 2012, s. 127-133. ISBN 978-80-7394-358-5.
- 26) MILLER, R. W. a S. ROLLNICK. *Motivační rozhovory. Příprava lidí ke změně závislého chování*. Tišnov: Sdružení SCAN, 2004. ISBN 80-86620-09-3.
- 27) MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- 28) MRAVČÍK, V. et al. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010*. Praha: Úřad vlády ČR, 2011. ISBN 978-80-7440-056-8.
- 29) MZ ČR. Standard substituční léčby. *Věstník MZ ČR* [online]. 30.5.2008 [cit. 2.12.2011]. Dostupné z: <http://www.transfuznispolecnost.cz/doc/normy/Vestnik3.pdf>
- 30) NMS. „Harm Reduction“ [online]. Praha: Úřad vlády ČR, 2010a. Poslední změna: 18.10.2010 [cit. 2011-12-02]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/h/harm_reduction

- 31) NMS. *Metadon* [online]. Praha: Úřad vlády ČR, 2008a. Poslední změna: 23.4.2003 [cit. 2.12.2011]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/m/metadon
- 32) NMS. Role substituce v oblasti léčby závislosti na drogách. *Zaostřeno na drogy 2/2003* [online]. Úřad vlády ČR, 2003. [cit. 2011-12-02]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/zaostreno_na_drogy/2003_zaostreno_na_drogy/zaostreno_na_drogy_2003_02_cislo_2_2003
- 33) NMS. *Substituce* [online]. Praha: Úřad vlády ČR, 2010b. Poslední změna: 18.10.2010 [cit. 2011-12-02]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/s/substituce
- 34) NMS. *Substituční léčba v ČR – něco z historie* [online]. Praha: Úřad vlády ČR, 2008b. Poslední změna: 15.8.2008 [cit. 2011-12-02]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/substitucni_lecba/substitucni_lecba_v_cr_neco_z_historie
- 35) PAYNE, J. et al. *Kvalita života a zdraví*. Praha: TRITON, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
- 36) PIACENTINE, L. B. *The Association of Spirituality, Religiosity, Depression, Anxiety, and Drug Use among Persons Undergoing Methadone Maintenance Therapy*. Milwaukee, 2010. Dissertation. Marquette University, Faculty of the Graduate School.
- 37) PREVENT o. s. *Substituční centrum Prevent* [online]. [cit. 9.1.2012]. Dostupné z: <http://sc.os-prevent.cz>
- 38) REICHEL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.
- 39) REIMER, J. et al. Physical and mental health in severe opioid-dependent patients within a randomized controlled maintenance treatment trial. *Addiction*. 2011, roč. 106, č. 9, s. 1647-1655. ISSN 1360-0443.

- 40) SCHULTE, B. et al. *Přehled účinnosti intervencí protidrogové léčby v Evropě*. Praha: Úřad vlády ČR, 2010. ISBN 978-80-7440-042-1.
- 41) ŠVARC, J. Substitute opioidových závislostí. *Psychiatrie pro praxi*. 2008, roč. 9, č. 4, s. 187–190. ISSN 1213-0508.
- 42) TRAN B. X. et al. Changes in drug use are associated with health-related quality of life improvements among methadone maintenance patients with HIV/AIDS. *Quality of Life Research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2012, roč. 21, č. 4, s. 613-623. ISSN 1573-2649.
- 43) VERSTER, A. a E. BUNING. *Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti substituční léčby závislostí na opiátech*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-15-3.
- 44) VOGEL, M. Therapy for opioid dependence - An update. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*. 2010, roč. 161, č. 1, s. 5-13. ISSN 0258-7661.
- 45) WAGENKNECHT, M. Logoterapie. In: *Společnost pro logoterapii a existenciální analýzu o. s.* [online]. 10.4.2009 [cit. 16.5.2012]. Dostupné z: <http://www.slea.cz/index.php/odborne-texty-mainmenu-2/7-martin-wagenknecht/52--logoterapie>
- 46) Zákon č. 40/2009 Sb. ze dne 8. ledna 2009, Trestní zákoník. In: *Sbírka zákonů ČR*, roč. 2009, částka 11. ISSN 1211-1244.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

bio-psycho-socio-spirituální model

kvalita života

léčba

metadon

osobní pohoda

subjektivní vnímání změny

substituční léčba

9 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
CAMH	Centre for Addiction and Mental Health
CRMS	circumstances, motivation, readiness, suitability
HIV	Human Immunodeficiency Virus
LAAM	levoacetylmefadol
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NMS	Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti
UD	uživatel/ka drog
WHO	World Health Organization

10 SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Základní údaje výzkumného souboru

Tabulka 2: Subjektivně vnímané změny na biologické úrovni

Tabulka 3: Subjektivně vnímané změny na psychické úrovni

Tabulka 4: Subjektivně vnímané změny na sociální úrovni

Tabulka 5: Změny v jednotlivých dimenzích osobní pohody

Tabulka 6: Vztahy informantů s druhými osobami

Tabulka 7: Změny v dimenzi zvládnání životního prostředí