



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Sociální exkluze jako determinanta zdraví u uživatelů
pervitinu**

DISERTAČNÍ PRÁCE

Studijní program: **REHABILITACE**

Autor: Mgr. et Mgr. Nikola Brandová

Školitel: doc. PhDr. Alena Kajanová, Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji disertační práci s názvem „*Sociální exkluze jako determinanta zdraví u uživatelů pervitinu*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 11.8.2021

.....
Mgr. et Mgr. Nikola Brandová

Poděkování

Poděkování patří zejména doc. PhDr. Aleně Kajanové, Ph.D. za odborné vedení a ochotu nejen v rámci disertační práce, ale během celého doktorského studia. Svým blízkým děkuji za podporu.

Sociální exkluze jako determinanta zdraví u uživatelů pervitinu

Abstrakt

Disertační práce je zaměřena na aktuální téma sociálního vyloučení osob užívajících pervitin v rámci Českých Budějovic a s ním spojené kvality jejich života. Ačkoli lze sociální exkluzi považovat za akademicky, politicky i veřejně často diskutované téma a je poukazováno na špatné životní podmínky osob, kterých se dotýká, nebyla u této cílové skupiny v našich podmínkách doposud kvalitativně zkoumána.

V rámci teoretické části práce jsou popsány současné poznatky týkající se témat sociálních determinant zdraví, sociální exkluze, pervitinu, užívání drog a s ním spojeného systému péče o osoby, které je užívají, kvality života a jejího výzkumu.

Pro výzkumnou část disertační práce byly stanoveny následující cíle:

- 1) Identifikovat vliv sociální exkluze na zdraví uživatelů pervitinu v Českých Budějovicích.
- 2) Popsat kvalitu života uživatelů pervitinu v Českých Budějovicích.

Pro účely studie byla zvolena kombinace strategie kvalitativního a kvantitativního výzkumu. Byly stanoveny tři výzkumné otázky, které se v kvalitativní části týkaly toho, jakým způsobem ovlivňuje sociální exkluze zdravotní stav uživatelů pervitinu, kteří žijí v Českých Budějovicích a jak danou determinantu zdraví oni sami reflektují. V kvantitativní části byla stanovena otázka, jak souvisí vybrané sociodemografické charakteristiky s doménami kvality života dle WHOQOL-BREF. Vybranými sociodemografickými faktory bylo pohlaví, věk, dosažené vzdělání a délka užívání drogy.

Výzkumný soubor kvalitativní části výzkumu byl tvořen uživateli pervitinu, kteří žijí v Českých Budějovicích. Jednalo se celkem o 15 informantů. Pro sběr kvalitativních dat byla zvolena metoda dotazování a jako technika byla použita kombinace polostrukturovaného a biograficko-narativního rozhovoru. Získaná data byla analyzována metodou zakotvené teorie za použití software pro analýzu kvalitativních dat Atlas.ti.

Ke sběru kvantitativních dat bylo využito dotazníkového šetření, kdy byl distribuován standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF reprezentativnímu vzorku 437 respondentů, přičemž se jednalo o uživatele pervitinu v Jihočeském kraji. Data kvantitativního charakteru byla z dotazníků převedena do datové matice a následně statisticky zpracována. Popisná statistika byla provedena v programu Excel a testování hypotéz pomocí programu IBM SPSS Statistics verze 24.0.

Výsledkem zakódování a kategorizace odpovědí informantů byly dva modely popisující proces využívání zdravotní péče uživateli pervitinu a jev samotného užívání v kontextu společnosti. V souvislosti s označeným jevem hrají roli různé podmínky, které byly identifikovány a rozděleny na vnitřní a vnější. K vnitřním intervenujícím podmínkám byly zařazeny pocity, které uživatel prožívá ve spojitosti s užíváním pervitinu a zároveň s reakcemi jeho okolí, a životní spokojenost. Jako externí intervenující podmínky byly označeny trh práce a přístup k uživateli ve zdravotnictví. Byly popsány tři hlavní dimenze jednání v souvislosti s užíváním drogy, a to reakce samotného uživatele, reakce okolí a reakce jeho rodiny. Ke strategiím uživatelů, které jsou vázané na skutečnost, že „berou“, patří ignorace okolí, sebevyloučení, vyhýbání se, držení v tajnosti a racionalizace.

Na daný jev určitými způsoby reaguje i okolí jedince. Zde popisovali uživatelé zkušenosti s exkluzí společností nebo ignorací faktu, že užívají drogy. Ze strany rodinných příslušníků se uživatelé setkávali s řadou reakcí, přičemž nejfatálnější bylo jeho vyloučení z rodinného systému. Dále se jednalo o zhoršení vztahů s blízkými, toleranci užívání drogy, nechyběla ani podpora či určitá intervence. Ve spojitosti s reakcemi okolí a rodiny bylo zmiňováno téma motivace k abstinenci. Kromě vnitřních motivů mnohdy na uživatele působí jako podněty ke změně stávajícího chování i impulsy vycházející z okolí. Jako intervenující podmínky k motivaci byla identifikována pozitiva abstinence. Ke zjištěným následkům užívání drog patří vliv na zdravotní stav uživatelů. Další oblastí, v níž hraje užívání drogy často roli, je bydlení. Kromě výše uvedených lze jako důsledek užívání pervitinu vnímat specificky zaměřenou sociální síť jedince.

V rámci dotazníku WHOQOL-BREF byl u uživatelů pervitinu zaznamenán nejvyšší celkový skóre při porovnání všech čtyř domén kvality života v doméně sociální vztahy, nejnižší pak v doméně životní podmínky. V dimenzi fyzické a duševní zdraví a sociální

vztahy byl zaznamenán statisticky významný vztah s pohlavím, kdy ženy vykazovaly signifikantně horší skóry než muži. Další statisticky významný vztah se potvrdil v oblasti délky užívání drogy a fyzického a psychického zdraví. S délkou užívání se kvalita života v těchto doménách u uživatelů pervitinu snižuje. V případě dalších testovaných proměnných a domén, ale oproti očekávání, nebyl identifikován statisticky významný vztah.

Disertační práce poskytuje vhled do problematiky sociálního vyloučení u uživatelů pervitinu. Vzhledem k velikosti výzkumného souboru nelze výsledky generalizovat, mohou však posloužit jako podklad pro pracovníky služeb, které se zaměřují na práci s uživateli pervitinu na všech úrovních, od kontaktních center a terénních programů, přes adiktologické ambulance, až po terapeutické komunity a doléčovací centra.

Klíčová slova

sociální exkluze; pervitin; uživatelé drog; determinanty zdraví; kvalita života

Social Exclusion as a Determinant of Health in Pervitin Users

Abstract

The subject of my dissertation thesis is social exclusion of Pervitin users within the territory of České Budějovice and the therewith associated quality of their lives, which currently make a topical item. Though social exclusion can be seen as a frequent academical, political as well as public subject of discussion and the poor living conditions of those concerned are an issue brought to attention, no qualitative research into the social exclusion of this target group in our conditions has been made as yet.

The theoretical section of my thesis describes current state of knowledge concerning the topics of social determinants of health, social exclusion, Pervitin (Methamphetamine), illegal use of drugs and therewith associated care for persons who abuse drugs and the quality of their lives, as well as the research on these topics.

The following objectives were set for the research part of my dissertation thesis:

- 1) Identification of the effects of social exclusion on the health of Pervitin users in České Budějovice.
- 2) Description of the quality of life of Pervitin users in České Budějovice.

For the purposes of my study, a combination of qualitative and quantitative research strategies was selected. Three research questions were set. These questions in the qualitative section deal with how social exclusion affects the health status of Pervitin users living in České Budějovice and how the users themselves reflect on the actual determinant of health. The quantitative section of my thesis poses a question how selected sociodemographic characteristics by WHOQOL-BREF relate to the domains of qualities of life. The selected sociodemographic factors are sex, age, educational background and how long Pervitin has been used by the actual person.

The research group for the qualitative research section consisted of users of Pervitin living in České Budějovice. There were 15 informants in total. The contingent valuation method was used to collect attributes data and the technique used was a combination of

biographic-narrative and semi-structured interviews. Data acquired was analyzed using the grounded theory method with the Atlas.ti. software used to analyze the attributes data

Quantitative data was collected through a questionnaire survey performed by distributing a standardized WHOQOL-BREF questionnaire to a representative sample consisting of 437 respondents, all users of Pervitin in the South-Bohemian Region. Data of quantitative nature were transposed from completed questionnaires to a data matrix and subsequently processed statistically. Descriptive statistics were performed in MS Excel and hypotheses were tested using the IBM SPSS Statistics software, version 24.0.

Informants' responses were encoded and categorized, resulting in two models describing the process how Pervitin users access health care and the phenomena of the actual use within the context of the society. There were various conditions playing role in relation to the phenomenon concerned. Those conditions were identified and categorized as either internal or external. Internal intervening conditions included feelings experienced by users in connection with the use of Pervitin and the reactions of the surrounding environment and life satisfaction. External intervening conditions consisted of the labour market and what the approach is throughout the health care services to Pervitin users. Three main dimensions of course were described in connection with use of the drug: reaction by the actual users, reaction by the user's environment and reaction by the user's family. The strategies taken by users bound to the fact that they "take drugs" include overlooking by the surrounding environment, self-exclusion, evasion, concealment and rationalisation.

The individual's surrounding environment reacts to the fact in certain ways, too. The users described their experience with exclusion from the society or the actual overlooking of the fact that they use drugs by the society. The users experienced a range of responses from the members of their families, whereas the most fatal one was exclusion from the family system. Furthermore, they included impaired relationships with close persons, tolerating of the drug abuse but also support and some way of intervention. In connection with the reactions of the environment and of the family, the topic of motivation to abstain from drug abuse was referred to. Apart from their inner motives, users manytimes reflect prompts from their environment as reasons to change their ways. The positives of abstinence were identified as intervening conditions for motivation. The identified

consequences of drug abuse include impacts on the health condition of the users. Another area, where drug abuse plays a role, is housing. Apart from the above, the specifically focused social network of the individual can be also seen as a consequence of the use of Pervitin.

As a result of the WHOQL-BREF questionnaire, the highest aggregate score from the comparison of all four domains of quality of life of Pervitin users was achieved in the domain of social relationships and the lowest in living conditions. In the physical and mental health and social relations domain, relationship with the other sex appeared to be statistically relevant, where women showed significantly worse scores than men. Another statistically relevant relationship was confirmed between how long the drug abuse has been lasting and the physical and mental health of the user. The quality of life in these domains becomes lower proportionately with the length of Pervitin use. Surprisingly, unlike expected, in case of other tested variables and domains, no other statistically significant relationship was ascertained.

The dissertation thesis provides an insight into the issue of social exclusion of Pervitin users. Considering the size of the research group, the results cannot be generalized but can serve as a base for social workers aiming at Pervitin users at all levels, ranging from contact centres and field programs and addiction clinics to therapy communities and convalescent centres.

Key words

social exclusion; methamphetamine; drug users; determinants of health; quality of life

OBSAH

ÚVOD.....	14
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	16
1.1 SOCIÁLNÍ DETERMINANTY ZDRAVÍ.....	16
1.1.1 Sociální gradient	18
1.1.2 Stres	18
1.1.3 Dětství.....	19
1.1.4 Sociální exkluze.....	20
1.1.5 Práce.....	20
1.1.6 Nezaměstnanost	21
1.1.7 Sociální opora	22
1.1.8 Výživa.....	23
1.1.9 Závislosti.....	23
1.1.10 Doprava.....	24
1.2 SOCIÁLNÍ EXKLUZE	25
1.2.1 Vymezení a příčiny sociální exkluze.....	25
1.2.2 Složky sociální exkluze	26
1.2.2.1 Ekonomická exkluze.....	26
1.2.2.2 Prostorová exkluze.....	27
1.2.2.3 Sociální dimenze exkluze	28
1.2.2.4 Symbolická exkluze.....	29
1.2.2.5 Kulturní a politická exkluze.....	29
1.2.3 Důsledky života v podmínkách sociální exkluze.....	29
1.2.4 Sociální exkluze jako následek užívání drog.....	32
1.2.5 Vyloučení jako příčina užívání	33
1.3 UŽÍVÁNÍ NELEGÁLNÍCH DROG	34
1.3.1 Užívání nelegálních drog v České republice	34
1.3.2 Drogová závislost	36
1.3.3 Důsledky užívání drog.....	39
1.3.3.1 Zdravotní důsledky	39
1.3.3.2 Sociální důsledky	42

1.3.3.3 Ekonomické důsledky	43
1.3.3.4 Právní důsledky.....	44
1.4 PERVITIN	46
1.5 SYSTÉM PÉČE O UŽIVATELE DROG V ČESKÉ REPUBLICE	48
1.5.1 Terénní programy	48
1.5.2 Kontaktní centra.....	49
1.5.3 Ambulantní léčba	49
1.5.4 Pobytová léčba	51
1.5.5 Doléčovací programy.....	52
1.5.6 Adiktologické služby ve vězení	52
1.6 KVALITA ŽIVOTA.....	53
1.6.1 Pojetí kvality života	53
1.6.2 Subjektivní a objektivní kvalita života	55
1.6.3 Kvalita života uživatelů drog.....	56
2 CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY	58
2.1 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	58
2.2 HYPOTÉZY	59
2.2.1 Operacionalizace hypotéz	61
3 METODIKA VÝZKUMU.....	62
3.1 METODY A TECHNIKY SBĚRU DAT	63
3.1.1 Kvalitativní data.....	63
3.1.2 Kvantitativní data.....	64
3.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR	65
3.2.1 Kvalitativní část	65
3.2.2 Kvantitativní část	66
3.3 PRŮBĚH SBĚRU DAT.....	67
3.3.1 Sběr kvantitativních dat	67
3.3.2 Sběr kvalitativních dat	68
3.4 ANALÝZA DAT	70

3.5 ETIKA VÝZKUMU	73
3.6 LIMITY VÝZKUMU	74
4 VÝSLEDKY	75
4.1 VÝSLEDKY KVALITATIVNÍ ČÁSTI SBĚRU DAT.....	75
4.1.1 Reakce.....	75
4.1.1.1 Reakce uživatele	75
4.1.1.2 Reakce okolí na uživatele	79
4.1.1.3 Reakce rodiny	81
4.1.2 Přístup k uživateli pervitinu ve zdravotnictví	84
4.1.2.1 Exkluze	84
4.1.2.2 Profesionální přístup	85
4.1.3 Zdraví.....	86
4.1.3.1 Fyzické zdraví.....	86
4.1.3.2 Psychické zdraví	87
4.1.4 Poskytování zdravotní péče	88
4.1.4.1 Proces rozhodování.....	88
4.1.4.2 Zdravotní problém	88
4.1.4.3 Rozhodnutí.....	89
4.1.4.4 Akce	91
4.1.5 Trh práce	93
4.1.5.1 Legální zdroje obživy	93
4.1.5.2 Alternativní zdroje obživy	93
4.1.6 Sociální síť	94
4.1.7 Pocity	95
4.1.7.1 Negativní pocity ve vztahu k sobě.....	95
4.1.7.2 Negativní pocity ve vztahu k okolí	97
4.1.7.3 Negativní pocity ve vztahu k rodině	98
4.1.8 Pozitiva abstinence	98
4.1.8.1 Já.....	98
4.1.8.2 Rodina.....	99
4.1.8.3 Širší společnost	99
4.1.8.4 Instituce.....	100

4.1.9 Životní spokojenost.....	100
4.1.10 Bydlení.....	101
4.1.11 Motivace k abstinenci	102
4.1.12 Paradigmatický model užívání pervitinu v kontextu společnosti	102
4.2 VÝSLEDKY KVANTITATIVNÍ ČÁSTI SBĚRU DAT.....	106
4.2.1 Popisná statistika.....	106
4.2.1.1 Hodnoty jednotlivých domén a položek v dotazníku WHOQOL-BREF	106
4.2.1.2 Kvalita života ve vztahu k sociodemografickým proměnným	108
4.2.1.3 Položky dotazníku WHOQOL-BREF u uživatelů pervitinu	110
4.2.2 Testování hypotéz	112
5 DISKUSE.....	117
5.1 OBRANNÉ MECHANISMY	117
5.2 KVALITA ŽIVOTA U UŽIVATELŮ PERVITINU	120
5.3 ZDRAVÍ A ZDRAVOTNÍ PÉČE	124
5.4 ANALÝZA VE VZTAHU K VÝZKUMNÝM OTÁZKÁM A CÍLŮM.....	126
6 ZÁVĚR	130
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	134
8 SEZNAM ZKRATEK	166
9 PŘÍLOHY.....	167
PŘÍLOHA 1 VZOR OTÁZEK K ROZHOVORU	167
PŘÍLOHA 2 DOTAZNÍK WHOQOL-BREF	168
PŘÍLOHA 3 SEZNAM KÓDŮ A KATEGORIÍ	172

ÚVOD

Disertační práce se věnuje tématu sociálního vyloučení uživatelů pervitinu v Českých Budějovicích s přesahem do tématu kvality života u této zvolené cílové skupiny. Užívání drog je i nadále hluboce moralizované v mnoha společnostech a osoby porušující stávající normy čelí stigmatizaci a sociálnímu vyloučení. Závislost na návykových látkách způsobuje změny v oblasti sociálního života, jež mohou jedince vést na okraj společnosti (Gee et al., 2007).

V České republice není dosud tato oblast empiricky probádaná, ale vzhledem k faktu, že uživatelé metamfetaminu jsou v České republice nejrozšířenější skupinou z populace uživatelů nelegálních drog, je dané téma aktuální. Pervitin představuje nejčastější hlavní drogu mezi osobami užívajícími drogy rizikově. Téměř ve všech krajích tvoří většinu (až 80 %) klientů nízkoprahových adiktologických služeb právě uživatelé pervitinu, a to zejména injekční (Mravčík a kol., 2019).

Cílem disertační práce je identifikovat vliv sociální exkluze na zdraví uživatelů pervitinu v Českých Budějovicích. Na základě stanoveného cíle je záměrem výzkumného šetření pokusit se o bližší zmapování jevu sociálního vyloučení u dané cílové skupiny, faktorů, které zde hrají roli nebo aspektů, které sami uživatelé pervitinu vnímají v dané oblasti jako významné. Dalším cílem je popsat kvalitu života uživatelů pervitinu v Českých Budějovicích, přičemž je pozornost cílena na souvislost vybraných sociodemografických charakteristik (gender, vzdělání, věk a délka užívání drogy) s doménami kvality života dle WHOQOL-BREF.

Disertační práce sestává ze dvou částí, a to z části teoretické a části výzkumné. V rámci teoretické části práce je věnována pozornost dosavadním poznatkům z oblasti sociálních determinant zdraví, kdy jsou jednotlivě popsány. Dále jsou konkrétně představena témata sociální exkluze a pervitinu, je popsána problematika užívání drog a s ním spojený systém péče o osoby, které je užívají. Poslední tematický celek je zaměřen na kvalitu života a její výzkum.

Ve výzkumné části lze nalézt stanovené cíle práce a s nimi spojené výzkumné otázky a hypotézy. Dále je zde popsána metodika výzkumu, konkrétně kvalitativní a kvantitativní výzkumná strategie, metody, techniky a průběh sběru dat, výzkumný soubor a metody analýzy získaných dat. Následuje představení výsledků výzkumu a jejich interpretace. Ta je dále propojena s komparací našich zjištění s dalšími studiemi v dané oblasti a náměty pro jejich aplikaci do praxe.

1 Teoretická východiska

1.1 Sociální determinanty zdraví

Determinanty zdraví lze definovat jako osobní, společenské a ekonomické faktory a faktory životního prostředí, které jsou vzájemně se ovlivňujícími proměnnými, a zároveň významně ovlivňují a určují zdravotní stav jedince, skupiny lidí nebo společnosti. Zahrnují sociální, ekonomické a fyzické prostředí jedince, stejně jako jeho individuální charakteristiky a chování (dědičnost, životní styl apod.) (WHO, 2012a).

Determinanty zdraví byly rozděleny do několika základních skupin. Hegyi (2012) popisuje jejich seskupení takto:

- Životní styl (způsob života)-např. životní úroveň, sociální faktory, nezaměstnanost, způsob práce, stres, úroveň vzdělání, způsob stravování, pohybová aktivita, abusus drog či alkoholu, kouření, postoj k vlastnímu zdraví a péče o něj, osobní hygiena, sexuální chování, spotřební chování.
- Životní a pracovní prostředí (ovzduší, voda, půda, hluk, elektromagnetické záření, klimatické podmínky, potravinový řetězec, výrobní technologie, pracovní prostředí, předměty běžného užívání, bydlení, služby, doprava, urbanistika).
- Péče o zdraví a zdravotnictví (rozvoj medicíny a lékařské techniky, zdravotní politika, dostupnost zdravotní péče, zdravotnický systém, úroveň zdravotnictví, organizace financování a řízení zdravotnictví).
- Biologický (genetický) základ (vrozené vady, dispozice ke vzniku nemoci, úroveň intelektových schopností, rozdíly ve zdraví mužů a žen apod.).

Čeledová a Čavela (2010) kvantifikují vliv takto definovaných determinant na zdraví jedince následovně:

- faktory životního prostředí ovlivňují zdraví z cca 15-20 %,
- genetické faktory z cca 10-15 %,
- skupina faktorů životního stylu celými 50 %,
- efektivita, kvalita a dostupnost zdravotní péče ovlivňuje zdraví cca z 10-15 %.

Do jedné kategorie sociálních determinant zdraví (Wilkinson, Marmot, 2005) byly později spojeny sociálně-ekonomické faktory prostředí (charakteristiky místa, kde lidé žijí, a komunity, do které patří-např. chudoba, vzdělání, sociální vyloučení, nezaměstnanost, špatné bydlení, sociální zabezpečení) a životní styl, behaviorální faktory obsažené v životním stylu a jiné psychologické a sociální faktory (typ osobnosti, zvládnání stresu, psychická odolnost, sociální opora aj.) jsou spojovány do specifické kategorie psychosociálních determinant zdraví (Kebza, 2005).

Sociální determinanty zdraví lze rozdělit na materiální, kulturní a psychosociální. Čeledová a Čavela (2010) popisují materiální determinanty zdraví, kterými jsou např. přírodní prostředí, kvalita bydlení, socioekonomická úroveň obydlí, zaměstnání a pracovní prostředí a životní úroveň.

Mezi kulturní determinanty zdraví lze zařadit hodnoty, normy a vzorce chování, osobnostní charakteristiky a postoje, jež jsou chápány jako důsledek životních zkušeností spojených se socioekonomickou pozicí jedince (Káňová, 2007). Do psychosociálních determinant zdraví patří sociální situace způsobující stres, ale také osobnostní charakteristiky, které mají vliv na průběh i konečný dopad stresové situace na zdraví jedince. K nejčastěji zmiňovaným psychosociálním determinantům zdraví patří práce a pracovní prostředí, nezaměstnanost, sociální opora a sociální exkluze (Čeledová, Čavela, 2010).

Wilkinson a Marmot (2005) uvádí, že základní sociální determinanty mají celoživotní význam pro naše zdraví, mohou být příčinou zdraví a nemoci, přispívají k nerovnostem ve zdraví, řadíme k nim behaviorální faktory působící v raném dětství, tj. kvalita rodičovství, výživa, fyzické cvičení, důsledky nízké životní úrovně a chudoby, užívání návykových látek nebo strukturální faktory spojené se sociálními jevy ve společnosti, jako je nezaměstnanost, chudoba a pracovní zařazení.

Z určitého hlediska má člověk možnost působit svým chováním na tyto determinanty zdraví, což se týká hlavně přístupu k životnímu stylu, který je schopen jedinec ovlivnit svými individuálními aktivitami a zvyky (Čeledová, Čavela, 2010).

Dle Wilkinsona a Marmota (2005) je oblast deseti sociálních determinant zdraví patrně nejkompaktnějším přístupem k analýze zdravotního stavu jedince. Zaměřuje se na

následující aspekty zdraví: **sociální gradient, stres, dětství, sociální vyloučení, práce, nezaměstnanost, sociální opora, výživa, závislost a doprava.**

1.1.1 Sociální gradient

Sociální a ekonomické prostředí významně ovlivňuje zdraví jedinců, a to nejen krátkodobě, ale po celý jejich život. Příliš velké společenské rozdíly, a tudíž silný vliv sociálního gradientu ve společnosti významně přispívá k nerovnosti ve zdraví. Někdy je dopad sociálního gradientu na zdraví vyjádřen jako schodek, který je v zásadě vyjádřen jako počet životů, které by nebyly ztraceny, kdyby všechny skupiny ve společnosti měly stejnou životní úroveň jako ty v nejvýhodnější pozici (Elina et al., 2021). Například nedostatek střední délky života u žen v EU u nejnižší příjmové skupiny byl 26,7 let ve srovnání s ženami patřícími do skupiny s nejvyššími příjmy (Hosseinpour, 2012).

Mezi základní aspekty ovlivňující socioekonomický status patří zaměstnání, dosažené vzdělání a příjem. Lidé, kteří zauímají vyšší socioekonomickou pozici ve společnosti, zdravější než ti, kteří jsou na sociálním žebříčku níže (Brabcová, Vacková, 2013).

Kalila (2015) pak tvrdí, že přetrvávající nízký socioekonomický status během dětství je přímo spojen s nižšími akademickými výsledky a maladaptivními socioemočními vzorci fungování. Chronická chudoba je významným aspektem v rámci budoucí kvalita života, a to jak z perspektivy fyzického, tak i duševního zdraví.

Obecně lze konstatovat, že zhoršené sociální podmínky mohou vést k pocitům úzkosti, nízkého sebevědomí nebo k sociální izolaci. Následně pak negativně ovlivňují fyzické a psychické zdraví jedince. Psychosociální rizika, jako jsou např. pocity strachu, úzkosti nebo obavy, se během života akumuluji a zvyšují pravděpodobnost špatného duševního zdraví a předčasného úmrtí (Wilkinson, Marmot, 2003).

1.1.2 Stres

„Stres obecně představuje komplexní reakci těla a psychiky na stresory (tj. vnitřní nebo zevní změny, které narušují dosud trvající rovnováhu)“ (Orel, Facová, 2010, s. 6). Lze ho chápat jako psychický a somatický stav, který se v určitém okamžiku nebo časovém úseku

projevuje déletrvající a/nebo silnější odchylkou od obvyklé úrovně excitace (Conrada, Baum, 2011). Stres může být zapříčiněn různými stresory, které lze rozlišit ve vztahu k jedinci na vnitřní a vnější. Příkladem stresoru vycházejícího z vnitřního prostředí může být např. nemoc, prožívaná bolest, únava či nechtěné těhotenství. Do vnějších stresorů řadíme například intenzivní senzorické stimuly (hluk) nebo absenci vhodného množství podnětů, které působí na jedince (Kliment, 2014).

Na individuální úrovni je dobře známo, že chronický stres je spojen s vyšší mírou kardiovaskulárních onemocnění (Steptoe, Kivimäki, 2012) a s vyšší mírou obezity, cukrovky a metabolického syndromu (Kyrou, Tsigos, 2007). Je rizikovým faktorem pro astma (Kozyrskyj et al. 2010), pro rakovinu a pro artritidu (Moreno-Smith, Lutgendorf, Sood, 2010). Chronický stres hraje roli v problematice demence a mírných kognitivních poruch, stejně tak se podílí na problémech s pamětí, což může sekundárně vést např. k depresi (Marin et al. 2011).

Thoits (2010, s. 48) neomezuje svou analýzu na způsoby, jakými může chronický stres ublížit jednotlivcům, ale tvrdí, že: *„Rozdílné vystavení stresujícím zkušenostem je jedním z hlavních způsobů, jak se rodové, rasově-etnické, rodinné postavení a sociální třídní nerovnosti ve zdraví vytvářejí“*. Jelikož v mnoha kontextech „problémy mohou způsobit více problémů“, stresory mají tendenci se hromadit a přenášet napříč generacemi. To částečně odpovídá za „reprodukcí“ sociálního znevýhodnění z jedné generace na druhou (Thoits, 2010).

1.1.3 Dětství

Špatné podmínky během těhotenství, jako jsou nevyvážená výživa, kuřáctví či konzumace alkoholu matky v průběhu těhotenství, mohou ohrozit optimální vývoj plodu a zvýšit zdravotní rizika, která se mohou projevit v pozdějším věku. Sociální podmínky v dětství významně ovlivňují zdravotní stav jedince v dospělosti (Vařurová, 2008).

Essex et al. (2013) zkoumal geny spojené s environmentálním stresem nebo chováním a zjistili, že skóre rodičovského stresu měřené v kojeneckém a předškolním věku dítěte předpovídá změny v DNA ve věku 15 let. Je pravděpodobné, že epigenetika je jedním z mechanismů, kterým mohou zkušenosti a stres rodičů v prenatálním vývoji jedince či jeho dětství ovlivnit jeho budoucí chování a zdraví.

Odborníci v souvislosti s dětstvím a s negativními faktory majícími vliv na zdravý rozvoj jedince hovoří také o tzv. „toxickém stresu“. Ten je definován jako stres, který je chronický a nekontrolovatelný a/nebo stres, který dítě zažívá v souvislosti s absencí podpory ze strany pečující osoby. To může způsobit změny ve vývoji mozku i dysregulaci v systému reakce na stres (Chen et al., 2011; Kalila, 2015).

1.1.4 Sociální exkluze

Sociální vyloučení lze definovat jako proces, v jehož rámci je jedinci, skupině jedinců či celé komunitě znesnadňován nebo zcela zamezován přístup ke zdrojům, pozicím a příležitostem potřebným pro zapojení do sociálních, ekonomických a také politických aktivit majoritní společnosti (Gabal, 2009). Příčiny sociálního vyloučení dle Wilkinsona a Marmota (2003) lze nalézt v diskriminaci, stigmatizaci a hostilitě.

Chudoba, relativní deprivace a sociální exkluze mají dle Wilkinsona a Marmota (2005) významný vliv na zdraví. Dlouhodobý pocit, že člověk nemá ve společnosti, kde žije, důstojné podmínky, může být zdrojem chronického stresu. Aktivní boj proti sociálnímu vyloučení je jedním z pilířů sociální politiky vyspělých států. Podrobněji je sociálnímu vyloučení vzhledem k zaměření disertační práce věnována pozornost v další kapitole.

1.1.5 Práce

Fakt, že máme práci, je pro zdraví lepší, než pokud práci nemáme. Zdravotní důsledky nezaměstnanosti jsou spojeny s psychologickými a finančními problémy, zejména se zadlužeností (Gebel, 2014).

Jak uvádí Forst et al. (2020), práce interaguje se všemi aspekty strukturálních a sociálních determinantů zdraví. To, kde lidé pracují, je určováno jejich vzděláním a dovednostmi, stejně jako dostupností pracovních míst, tím, jak jsou jednotlivci nasměrováni na pracovní místa, přístupností a cenovou dostupností dopravy a absencí strukturálních překážek zaměstnanosti. Dle Muntaner et al. (2011) určuje pracovní prostředí to, jakým pozitivním a negativním modifikátorům fyzického, psychického a sociálního zdraví a pohody jsme vystaveni.

Zaměstnanost, která poskytuje životní minimum a jistotu zaměstnání, také určuje, kde si mohou lidé dovolit žít. Ve spojitosti s tím jsou pak vystaveni různým vlivům prostředí (parky a zeleň vs. znečištění ovzduší, půdy a vody), sociálním podmínkám (bezpečné versus nebezpečné čtvrti, sítě možných příležitostí) a liší se v dostupnosti dopravy a kvalitních škol (McKnight, 2012). Strukturální nerovnosti v ekonomické, environmentální, kulturní a sociální oblasti spojené s prací vytvářejí nerovnosti ve zdraví. Na úrovni jednotlivce tráví většina dospělých v práci alespoň polovinu bdělé doby, jedná se tedy o významnou součást jejich života, která má vliv na jejich schopnost být zdravý a cítit se bezpečně (Muntaner et al., 2011).

1.1.6 Nezaměstnanost

Flint (2013) uvádí, že zaměstnanost je prospěšná pro zdraví, zejména co se týká problematiky deprese a duševního zdraví. Nezaměstnanost je naopak spojována s horším vnímáním zdraví v rámci sebehodnocení, s duševními chorobami a depresemi. Stejně tak je v souvislosti s nezaměstnaností zmiňována zvýšená nemocnost a úmrtnost (Gebel, 2014).

Herber et al. (2019) uvádí, že se u nezaměstnaných mužů středního věku vyskytuje vyšší riziko úmrtí na rakovinu, sebevraždu, úraz či násilí než zaměstnaní muži. Je statisticky prokázáno, že nezaměstnaní jedinci trpí častěji rakovinou plic nebo kardiovaskulárním onemocněním. Významnými faktory zaměstnanosti jsou vzdělání, pohlaví, věk, národnost či sociální status.

I když základní mechanismy jsou nejasné, v literatuře jsou zmíněna tři možná vysvětlení vztahu mezi nedobrovolnou nezaměstnaností a horším zdravím. Patrná je souvislost mezi bohatstvím a zdravím, kdy kvůli nezaměstnanosti dochází k poklesu příjmů (někdy do chudoby). Další vysvětlení nabízí stres vyvolaný nezaměstnaností, např. ztrátou sebeúcty a časové struktury v jednotlivých dnech. Třetí vysvětlení vychází z možnosti nezaměstnaných osob ukázat ve větší míře sebezničující chování, a to od zvýšené úrovně kouření a pití alkoholu, až po sebedestruktivní chování jako je např. pokus o sebevraždu (Schmitz, 2011).

Studium vztahu mezi zaměstnáním a zdravím je komplikováno skutečností, že vzhledem ke zvýšení flexibility na trhu práce mohou lidé zažít několik období nezaměstnanosti

během svého pracovního života, což vede k dlouhodobé nezaměstnanosti (Herber et al., 2019). Janlert et al. (2015) popisují, že dlouhodobě nezaměstnaní se ocitají více mimo trh práce. Dostávají se tak do začarovaného kruhu, v němž dlouhodobá nezaměstnanost zvyšuje riziko sociálního vyloučení, a ta dále snižuje pravděpodobnost, že jedinec nalezne pracovní místo.

1.1.7 Sociální opora

Sociální opora označuje přímou pomoc přijímanou nebo poskytovanou prostřednictvím sociálního vztahu. Tato podpora může být materiální (např. jídlo, finanční pomoc), emocionální (např. pocit, že je člověk milován a je o něj postaráno), nebo informační (např. rada). V širším slova smyslu se jedná o pomoc poskytovanou druhými osobě, která se ocitla v určité zátěžové situaci (Beets et al., 2010).

Sociální opora a funkční sociální vazby významně přispívají ke zdraví. Sounáležitost se sociální sítí, která je charakterizována komunikací a vzájemnými závazky, způsobuje, že lidé cítí, že o ně mají druzí zájem, mají je rádi, váží si jich a vnímají jejich hodnotu. U osob s nízkou úrovní sociální opory byl prokázán častější výskyt stresových poruch než u jedinců majících vyšší míru sociální opory (Duh-Deong et al., 2021).

Jacobs et al. (2016) zmiňují, že sociální vztahy mohou podporovat zdravé normy, mohou však být také zdrojem konfliktů, dezinformací a nezdravého chování. Například přátelství je významnou determinantou užívání drog u adolescentů. Přátelství může mít příznivé důsledky v rámci oblasti duševního zdraví, ale zároveň má vliv na zvyšování užívání nebezpečných látek.

Lim et al. (2011) se zaměřili na měření sociální opory podle zdroje (rodiny, přátel) jako součást studie duševního zdraví u adolescentů s obezitou, přičemž se ukázalo, že podpora od rodiny nebo přátel zmírnila souvislost mezi viktimizací vrstevníků a depresí u dívek stigmatizovaných kvůli obezitě.

Brabcová a Vacková (2013) popisují, že sociální síť každého jedince by měla být dostatečně rozsáhlá. V rámci severní Evropy tvoří vnitřní intimní kruh jedince (přátelé a rodina) 7-10 osob a zhruba 20-30 dalších osob je v jeho blízkém okolí (kolegové, známí apod.).

1.1.8 Výživa

Dalším aspektem, který má vliv na naše zdraví je výživa. Případný nedostatek potravin, či jejich nedostatečná pestrost může mít za následek podvýživu a nemoci zapříčiněné nutričními deficity (Pooler et al., 2018). Například je známo, že dospělí s nedostatečným přísunem jídla a chronickými nemocemi mají horší výsledky zdravotní péče, včetně zvýšených návštěv nemocnic a nedostatečného užívání léků. Potravinová nejistota byla rovněž spojena s negativními dopady na zdraví, včetně obezity a špatných stravovacích návyků (Venci et al., 2018).

Nevyvážený příjem potravy přispívá dle Bishop et al. (2018) ke vzniku obezity a tím pádem ke zvýšené prevalenci kardiovaskulárních onemocnění, cukrovky a nádorových onemocnění. Pooler et al. (2018) ještě doplňují další komorbidity, jako jsou např. deprese, hypertenze a záněty dásní.

Se samotnou výživou souvisí stravovací návyky. Ty se ve vyspělých zemích změnila a v současnosti lze hovořit o nadměrné konzumaci potravin energeticky bohatých na tuky a cukry či potravin s dlouhou expirační lhůtou, která je navýšena díky zdraví škodlivým konzervantům. Tento fakt je spojen s vyšším výskytem obezity (Lund et al., 2018). Velemínský et al. (2009) udávají, že správně by výživa měla být kvalitní, kaloricky vyvážená a měla by zahrnovat velké množství ovoce, zeleniny, bílkovin a vlákniny s omezeným přísunem tuků a cukrů.

Gorton et al. (2011) uvádí, že problematika stravovacích návyků lidí je ovlivněna sociálními a hospodářskými podmínkami. Ve složení výživy mezi různými sociálními třídami existují značné rozdíly. Lidé s nízkými příjmy mají z finančních důvodů tendenci nahrazovat kvalitní čerstvé potraviny méně kvalitními konzervovanými výrobky, a poté řeší problém zdravého stravování. Lund et al. (2018) uzavírají, že lepší materiální podmínky vedou k lepšímu stravování.

1.1.9 Závislosti

Z krátkodobého hlediska se na závislosti lze dívat jako na způsob, jakým si jedinec dopomáhá ke zvládnutí stresu, snížení pocitu bezmocnosti, zbavuje se pocitu méněcennosti a získává falešný pocit opory (Křivohlavý, 2009). Dle Gamarel et al.,

(2016) se však pravidelným a dlouhodobým užíváním drog zvyšuje pravděpodobnost výskytu mnoha závažných onemocnění, jako jsou např. kardiovaskulární, nádorová, popřípadě chronická onemocnění dýchacích cest a jater.

V závěrech zprávy WHO stojí, že lidé s nízkým socioekonomickým statutem jsou více zatíženi výskytem nemocí spojených s užíváním drog, a to přes celkovou nižší průměrnou spotřebu oproti osobám s vyšším socioekonomickým statutem. Zdravotní a socioekonomické dopady, které s sebou konzumace drog nese, jsou, mimo jiné, závislé na množství a kvalitě užívané látky a také na způsobu jejího užívání. Nedostatečná či nevyvážená výživa a špatná sociální situace jedince jsou dalšími aspekty, které zhoršují zdravotní následky užívání. Shokoohi et al. (2019) nezapomínají zmínit, že užívání drog také předpovídá zvýšené riziko přenosu a progresu onemocnění, jako např. HIV, hepatitida C a s tím spojené riziko vyšší úmrtnosti.

1.1.10 Doprava

Co se týče přístupu k dopravě, starší pacienti, pacienti, kteří žijí jako bezdomovci, lidé s malými dětmi, chronicky nemocní pacienti, obyvatelé veřejného bydlení, osoby se zdravotním postižením a těhotné ženy jsou negativně ovlivněny bariérami v přepravě, tedy omezeným přístupem k ní (Wolfe et al., 2020).

Výzkum Syed et al. (2013) naznačuje, že přístup k vozidlu je pozitivně spojen s lepší dostupností zdravotnických zařízení. Přístup k vozidlu může být zvláště důležitý ve venkovských oblastech, kde může kvůli omezeným možnostem dopravy dojít k opoždění lékařského ošetření. Možnost dojíždět za prací vlastním automobilem zvyšuje zároveň pracovní mobilitu a pravděpodobnost získání práce.

Lze říct, že značné možnosti v oblasti přepravy zapříčinily také snížení fyzické aktivity, což má negativní vliv na naše zdraví. Velký význam ve veřejné dopravě má tzv. zdravá doprava, která upřednostňuje chůzi, jízdu na kole či využívání veřejných dopravních prostředků oproti automobilové dopravě (Li et al., 2020).

Podle Wolfe et al. (2020) rozšíření automobilové dopravy výrazně zhoršilo životní prostředí, dále ovlivnilo zdraví zvýšením hustoty obyvatelstva, což vedlo k horšímu epidemiologickému prostředí.

1.2 Sociální exkluze

1.2.1 Vymezení a příčiny sociální exkluze

Ačkoli se v České republice sociální exkluze začíná diskutovat zhruba od konce devadesátých let minulého století (Navrátil, Šimíková, 2002), pojem je mnohem starší a sahá do 70. let, kdy byl poprvé použit ve Francii v souvislosti s propadem ze systému sociálního zabezpečení (Lenoir, 1974).

Pro definici sociální exkluze se nejčastěji využívá terminologie Rady Evropy, která vyloučení popisuje jako proces, případně stav, kde dochází k nerovnosti šancí v různých životních oblastech u jednotlivců, skupin či celých komunit obyvatelstva. Tyto pak nemohou plnohodnotně participovat na životě společnosti a stávají se znevýhodněnými a izolovanými (European Commission, 2001). Mathieson a kol. (2008) definují sociální vyloučení jako stav extrémního znevýhodnění určité sociální skupiny, které vyplývá z nerovného přístupu ke kulturním, ekonomickým, občanským a sociálním zdrojům a právům.

Exkluze se promítá do oblasti vzdělávání, trhu práce, bydlení, zdravotní péče a dalších. Důležité je uvědomit si, že exkluze není totožná s chudobou, jedná se o multidimenzionální a komplexní jev (Mareš, 2006), přičemž ne všichni chudí musí být exkludováni a dokonce ne všichni exkludováni jsou chudí.

Mezi skupiny osob, které jsou exkluzí nejvíce ohrožené, patří dlouhodobě nezaměstnaní, osoby s tělesným či duševním handicapem, osoby s nízkým vzděláním, osaměle žijící senioři, matky samoživitelky, osoby závislé na návykových látkách a příslušníci minoritních skupin. Nejohroženější a současně exkluzí nejvíce zasaženou skupinou v České republice je tak romská minorita, u níž je mnoho výše uvedených faktorů nakumulovaných (GAC, 2006). Na druhou stranu je však třeba upozornit na to, že pokud Romové představují 80 % obyvatel sociálně vyloučených lokalit, stále zůstává mnoho „neromů“, kterých se tento problém týká (Moravec, 2006), přičemž tato skupina začíná narůstat (Čada, 2015).

Příčiny sociální exkluze můžeme dle Touška (2007) spatřovat ve vnějších, strukturálních a vnitřních individuálních faktorech, přičemž většinou se jedná o kombinaci obojího.

Mezi strukturální faktory řadíme diskriminační mechanismy ve společnosti (v přístupu k práci, bydlení atp.), stejně jako legislativní nedostatky (například absence zákona o sociálním bydlení). Individuální faktory zahrnují nízkou motivaci, ztrátu pracovních návyků atp.

Víšek (2006) popisuje příčiny sociálního vyloučení ještě jiným způsobem, a to jako příčiny:

- právní: které spočívají v neznalosti práv exkludovaných lidí a s tím související snadné zneužitelnosti (například nevýhodné smlouvy),
- politicko-ekonomické: například politika obcí, kde jsou určité skupiny obyvatelstva vystěhovávány na okraj měst z důvodu tlaku voličů,
- technicko-urbanistické: kdy exkludované lokality vznikají především na okrajích měst, v průmyslových zónách, se špatnou dopravní dostupností a nevyhovující infrastrukturou.

1.2.2 Složky sociální exkluze

Jak již bylo zmíněno, sociální exkluze je multidimenzionální jev. Sestává z několika dimenzí, které se vzájemně ovlivňují a prolínají. Přesto je však pro jejich představení a lepší pochopení nezbytné je popsat jednotlivě. Jedná se o oblasti politickou, ekonomickou, sociální, kulturní, symbolickou a prostorovou (např. Madanipour et al., 2015).

1.2.2.1 Ekonomická exkluze

Ekonomické vyloučení je často popisováno jako chudoba, ale jedná se spíše o absenci přístupu k materiálním a finančním zdrojům a mechanismům jejich distribuce, to znamená na legální trh práce (Růžička, Toušek, 2014). Důsledkem této dimenze je dlouhodobá nezaměstnanost a obživa vázaná na alternativní zdroje obživy a šedou ekonomiku, stejně jako masivní zadluženost a závislost na sociálních dávkách (Steiner, 2004). Čada (2015) uvádí, že zadlužených je 90 % obyvatel tzv. exkludovaných lokalit a z toho 40 % své dluhy nesplácí a 40 % ani neví, komu dluží. Davidová et al. (2010)

dodávají, že dluhy se týkají různých oblastí života od neuhrazených nákladů na bydlení a energie, přes alimenty až po dluhy u firem poskytujících půjčky na vysoký úrok. Zadluženost dostává exkludované do pasti, kde se stává nevýhodným legálně pracovat s ohledem na exekuční srážky.

1.2.2.2 Prostorová exkluze

Prostorová dimenze je nejviditelnější a nejmedializovanější složkou v podobě sociálně exkludovaných lokalit, míst, kde žijí koncentrovaně sociálně vyloučení (Toušek, 2007). Jedná se o nedobrovolnou rezidenční segregaci, nikoli o místo, které si jeho obyvatelé dobrovolně vybrali pro život (Ouředníček, 2005). Je nutné si uvědomit, že lokality jsou polopropustné, to znamená, že dostat se do lokality je snadné, ale dostat se z ní je prakticky nemožné, maximálně dochází k migraci mezi jednotlivými lokalitami (Kajanová, 2012).

První exkludované lokality začaly vznikat v devadesátých letech minulého století v souvislosti s transformací společnosti, privatizací a změnou trhu s byty (Sirovátka, 2006). Postupně počet lokalit narůstal. Analýza GAC z roku 2006 udává zhruba 300 lokalit, v nichž žilo asi 80.000 obyvatel. V roce 2015 se již jednalo o 606 lokalit s 95-115 tisíci obyvateli, přičemž nejvyšší počet lokalit je v Moravskoslezském a Ústeckém kraji (Čada, 2015).

Podoba exkludovaných lokalit je různorodá. Mohou být součástí vesnické i městské zástavby, velikostně mít podobu jednoho izolovaného domu či celé čtvrti. Různorodá je rovněž jejich historie a skladba obyvatelstva, stejně jako vlastník, kterým může být soukromá osoba, ale i obec (GAC, 2006). Pro většinu lokalit je typický nepoměr kvality bydlení a jeho ceny, která často přesahuje i cenové standardy v dané obci (Poduška, Hajska, 2006). Byty bývají malé a přelidněné, nezřídka s absentující základní vybaveností jako je teplá voda, či elektřina (Růžička, 2011).

Původní obyvatelé zmiňované lokality opouští, odstěhovávají se mimo kraj svého původu, načež upozorňuje také sám Ústecký kraj od roku 2014, přičemž hovoří dokonce o tzv. selektivním odlivu mozků ve své krajské příloze pro Úřad vlády ČR ke strategii RIS3 (Ústecký kraj, 2014). O tom, že situace s odlivem obyvatel hodnotí jako stěžejní téma i Moravskoslezský kraj hovoří i fakt, že jedním ze stěžejních bodů jeho strategie

chytrého rozvoje zahrnuje snížení odlivu obyvatelstva, a to nejen v plánu strategického rozvoje od roku 2009 do 2020, ale i v navazujícím od roku 2017-2023 (Moravskoslezský kraj, 2008 a Moravskoslezský kraj, 2017).

Mareš (2000) konstatuje, že sociální exkluze zasahuje také trh s nemovitostmi ve svém okolí, neboť dochází ke snižování cen nemovitostí. Mezi mnohé faktory, které cenu ovlivňují, patří kupříkladu devastované prostředí, chudoba či nízké příjmy nebo zvýšená kriminalita (Sirovátka, 2004). Z analýzy, kterou provedl v roce 2015 Čada lze usuzovat na to, že i přes snižování cen nemovitostí na ně sociální exkludování nedosáhnou a ubytovávají se na ubytovnách, jejichž počet se výrazně v uvedených lokalitách zvyšuje.

Obyvatelstvo exkludovaných lokalit je poměrně heterogenní, nelze jej vnímat jako jednolitou skupinu, či dokonce komunitu. V případě Romů se jedná o různé subetnické skupiny a rodiny, mezi nimiž mnohdy historicky panuje nevraživost a sociální distance (Davidová a kol., 2010). Nelze tak očekávat úspěšnost intervencí zaměřených na komunitní sociální práci (Jakoubek, Budilová, 2009).

1.2.2.3 Sociální dimenze exkluze

Sociální složka exkluze se týká sociálních sítí exkludovaných osob. Tyto jednak nemají vazby směrem k neexkludovaným osobám, ale také dochází ke snížení vzájemné solidarity exkludovaných mezi sebou (Keller, 2014). Uvedená složka v důsledku znamená sociální izolaci a nepřístup k informacím nutným k plnohodnotné participaci na životě společnosti (Steiner, 2004). To si lze představit například v případě shánění pracovního místa či lékaře. Informace o dobrých pracovních místech a dobrých lékařích získáváme většinou „přes známé“, tedy prostřednictvím svých sociálních sítí. Ve chvíli, kdy všechny sítě zahrnují pouze osoby, které jsou stejně exkludované jako já, tyto informace mi neposkytnou. To opět minimalizuje šanci lokalitu opustit. Kontakt s výhradně exkludovanými dále snižuje sociokulturní kompetence a prohlubuje jazykovou bariéru (Navrátil et al., 2003).

1.2.2.4 Symbolická exkluze

Symbolická exkluze je vyjádřena stigmatizací lokality a jejích obyvatel (Keller, 2014). Jedná se o složku, která všechny další prohlubuje (Kajanová, 2014). Již v samotném názvu lokality se objevují pejorativní termíny jako je „dům hrůzy“, romské ghetto“, atp. Podobným jazykem jsou pak označováni i obyvatelé těchto lokalit, kteří jsou zmiňováni jako „nepřizpůsobiví“, „neplatiči“, atp. (Walach, 2013). Na symbolické exkluzi se ve velké míře podílejí média, která lokality prezentují ve výše popsaném duchu.

1.2.2.5 Kulturní a politická exkluze

Kulturní dimenze neznamená pouze neúčast na majoritní kultuře. Pojem zahrnuje především nižší vzdělanostní kapitál, který je podmíněn horším přístupem ke kvalitnímu vzdělání (Nekorjak, Suralová, Vomastková, 2011). S nižším vzděláním samozřejmě klesá šance na získání kvalitního zaměstnání a zvyšuje se šance propadu do dlouhodobé nezaměstnanosti (srov. Davidová a kol., 2010). Exkludovaní mohou také mít nedostatečný přístup k právním službám a sníženou možnost domoci se svých práv s ohledem na náklady na soudní poplatky a advokátní služby.

Sociální exkluzi je potřeba rovněž chápat jako omezenou participaci na politickém dění a tím v konečném důsledku i veřejném životě (VÚPSV, 2005). Mareš (2006) uvádí, že osoby, které označujeme jako exkludované, mají sníženou možnost ovlivnit svůj osud, natož společnost, přičemž Madanipour (2000) zdůrazňuje, že je to jeden z důvodů, proč se voleb účastní velmi zřídka.

1.2.3 Důsledky života v podmínkách sociální exkluze

Následky, které zanechává život ve vyloučené lokalitě na svých obyvatelích, můžeme sledovat v několika oblastech, přičemž lze konstatovat, že jsou v praxi velmi úzce provázané. Mezi nejvýznamnější jsou řazeny somatické dopady, psychologické důsledky a behaviorální změny, jež mnohdy mohou manifestovat v podobě nejrůznějšího rizikového chování.

V reakcích na psychologické důsledky je u zasažených jedinců v reakcích pozorován obecně pocit bezmoci či nedůvěry v schopnost druhých pomoci (tedy i sociální práce - pozn. autorky) nebo úsilí o autonomii, která je však s přihlédnutím k nedostatku finančních prostředků nedosažitelná (Keller, 2014). Navrátil (2003) dodává, že v souvislosti s Romy je často popisována nedůvěra k institucím, naproti tomu však Richey s Ikedou (2009) sdělují, že se jedná o všeobecně popisovanou charakteristiku marginalizovaných, která vychází z jejich negativní sebezkušenosti s institucemi. Život v exkluzi by pak podle Wilkinsona s Marmotem (2005) měl vést k chronickému stresu a fatalismu. Značná je také snížená sebedůvěra a sebehodnocení, které vyúsťuje v úzkostné stavy (Janečková, 2005).

Baumeister et al. (2005) pak identifikoval spojitost mezi nízkou mírou seberegulace a vyloučením. Lze se tedy domnívat, že existuje souvislost mezi vyšším výskytem rizikové chování u této skupiny obyvatel. Nesvadbová, Šandera a Haberlová (2009) dále ve svých výzkumech zjistili, že sociálně exkludovaní častěji užívají psychofarmaka. Velmi negativní důsledky tedy přináší skutečnost, že se sociálně exkludovaným nevěnuje dostatečná pozornost v rámci komplexní psychologické a psychiatrické péči. Sám Lewis již v roce 1966 popisuje potřebnost včasné intervence pro všechny, kteří žijí v kultuře chudoby a psychiatrickou péči vnímá jako nezbytnou.

K pochybám také nemůže docházet v oblasti rozdílů zdravotního stavu mezi obyvatelstvem exkludovaným a neexkludovaným, neboť je doporučováno u posuzování postupovat ze všeobecně přijatých názorů, tedy že zdravotní stav je determinován genetickým vlivy, životním stylem, životním prostředím a dostupností a kvalitou poskytované zdravotní péče (Holčík, Koupilová, 2001). Jak je všeobecně patrné, výše jmenované okolnosti v sociálně exkludovaných lokalitách, vytváří zhoršené podmínky.

GAC (2006) identifikoval, že exkluze zhoršuje zdravotní stav ze čtyř primárních důvodů:

- nepříznivá ekonomická situace,
- nevyhovující bytové podmínky,
- zvýšený výskyt sociálně patologických jevů v lokalitách,
- zhoršená dostupnost zdravotní péče.

Zhoršená dostupnost zdravotní péče však nespočívá pouze v nedostupnosti ordinace lékaře v exkludované lokalitě či špatné dopravní dostupnosti. Sociálně vyloučené osoby podle Van Cleemputa (2012) mají zhoršený přístup ke zdravotní péči mimo jiné také proto, že nezvládají komunikaci se zdravotnickým personálem. V posledních letech dochází ke zvýšení počtu studií, která sledují zdravotní stav vyloučených obyvatel, avšak v zásadních otázkách se téměř vždy shodují. Pozornost by měla pak být věnována tomu, že do negativních podmínek exkluze se řadí také etnický charakter. To ostatně konstatoval také Peter, který již v roce 2009 sděluje, že u romských obyvatel exkludovaných lokalit je horší zdravotní stav než v případě exkludované majoritní populace.

V exkludovaných lokalitách se dle Čady (2015) ve zvýšeném množství vyskytují infekční choroby, kupříkladu hepatitida A či bacilární úplavice nebo pak onemocnění parazitická, v nichž převažují štěnice a svrab. Bruthans (2008) sděluje, že v chronických onemocněních se vyskytuje větší množství pacientů se zvýšením krevním tlakem, vyšší prevalencí obezity, častěji se vyskytuje diabetes a celkově lze konstatovat, že prognózy jsou horší. Kebza (2005) však připomíná, aby nebylo zapomenuto na zvýšený výskyt přenosu respiračních obtíží či alergií, a to v souvislosti s nevyhovujícími bytovými podmínkami. Malindová (2011) dodává, že pokud sociálně exkludovaní popisují svůj zdravotní stav, tak jej vnímají subjektivně hůře, ovšem podle Diona (2008) nezaujímají rezignovaný postoj.

Keller (2014) uvádí, že pocity bezmoci ve vztahu k behaviorálním důsledkům vznikají tam, kde není vytvářena subkultura úniku a delikvence, přičemž se s nimi můžeme setkat rovněž bez vytváření jakýchkoliv organizovaných delikventních skupin. Kriminalita není ovšem centrem exkludovaných lokalit blízká, neboť se většinou odehrává mimo ně. Například ve Zprávě o stavu romské menšiny v ČR (2012) se hovoří především o majetkové trestné činnosti u mladistvých, výrobě a distribuci omamných a psychotropních látek či přestupcích v oblasti občanského soužití, kupříkladu rušení nočního klidu. Častým souvisejícím problémem je užívání návykových látek a hraní hazardních her (Zpráva o stavu romské menšiny v ČR, 2012).

Vyjmenované projevy jsou totožné s projevy kulturní chudoby, přičemž mohou existovat souběžně. Toušek (2005) rozšiřuje, že se bezprostředně dotýkají také teorií, které jsou u exkludovaných skupin využívány, ovšem nelze paušalizovat jejich dopady, natož dominanci některé ze známých teorií. Mareš (2000) ovšem upozorňuje, že koncept exkluze nabízí oproti kulturní chudobě zřetelné výhody jak ve smyslu deskriptivním, tak exploračním, ale i dynamickém a hodnoticím.

Lze se zaměřit na dva možné pohledy na souvislosti sociálního vyloučení a problémového užívání drog. První perspektiva chápe vyloučení jako důsledek užívání drog, druhá jako obrácenou kauzalitu (Brandová, Kajanová, 2015).

1.2.4 Sociální exkluze jako následek užívání drog

U této konkrétní cílové skupiny působí výrazně sociální a ekonomické faktory již v rámci formování rizikového chování. Sociální determinanty mohou vytvořit takové životní podmínky a zdroje, které nepřímo zhoršují následky užívání drog. Například nevhodné bydlení zvyšuje pravděpodobnost přenosu infekčních chorob, sociální vztahy nabízí ochranné finanční a citové zdroje (Galea, Vlahov, 2008). Závislost na návykových látkách způsobuje změny v oblasti sociálního života, jež mohou jedince vést k okraji společnosti a sociálnímu vyloučení. To může mít podobu sebevyloučení – když je závislý člověk tak soustředěný na svou závislost, že dobrovolně přizpůsobuje celý svůj život drogám. Drogově závislý může být také vyloučen svým nejbližším okolím (hlavně rodinou), když ztratí práci nebo rezignuje na většinu rolí, které dříve plnil (Ryczkowska, 2009).

Užívání drog je „hnací silou“ přechodu od běžného života k vyloučení, kdy je závislý vzdálen od své rodiny, blízkých, předchozího životního stylu, trhu práce a je zapleten do chaotické, ničující pasti závislosti (MacDonald, 2006). Stigma, diskriminace a předsudky spojené s užíváním drog mohou stát za vyloučením jednotlivce z většinové společnosti. Užívání návykových látek je i nadále hluboce moralizované v mnoha společnostech a ti, kdo porušují stávající normy, čelí stigmatizaci a sociálnímu vyloučení. Například ve studii zabývající se mírou sociálního nesouhlasu s drogovou závislostí bylo zjištěno, že získala nejvyšší hodnocení na žebříčku sociálního nesouhlasu. Na závislost bylo dokonce ve většině případů pohlíženo více negativně než na fakt, že osoba má

záznam v trestním rejstříku za vloupání nebo se správně nestará o své děti (Gee et al., 2007). Ke zmírnění vlivu užívání drog na prohlubování sociální exkluze závislých by mohly přispět změny v povaze sociální kontroly.

Čím více stigmatizující, trestající a vylučující společenská reakce hrozí, tím více mají uživatelé drog tendenci k sociálnímu uzavírání a tím menší vliv na jejich chování má společnost neuserů drog. Uživatelé návykových látek mají vyšší pravděpodobnost, že budou sociálně vyloučení, protože jsou často bez domova, nezaměstnaní, mají nižší úroveň vzdělání, jsou izolovaní, žijí sami. Nedostává se jim stabilního bydlení, mají chaotický životní styl. Užívání drog je jedním z rizikových faktorů, který zapříčiňuje bezdomovectví. Zvláště nestabilní bydlení a bezdomovectví mohou také vést ke zhoršení užívání návykových látek (March et al., 2008). Kubíková (2018) uvádí, že existuje historicky silná vazba mezi bezdomovectvím a užíváním drog, přičemž se jedná o vzájemně rizikové faktory.

Jak je uvedeno výše, uživatelé drog jsou často bez práce. Byquist (2006) představil výzkum, který ukazuje, že ženy-narkomanky bývají zaměstnané v menší míře než muži-narkomani. Obecně lze tvrdit, že 75 % problémových uživatelů návykových látek je bez zaměstnání. Během výzkumu zaměřeného na socializaci a sociální síť bylo zjištěno, že identita žen se rozvíjí prostřednictvím vztahů s ostatními více, než je tomu u mužů. Mnoho závislých žen také žije v destruktivních partnerských vztazích. Značné množství narkomanů žije samo a jejich společenský život je omezen pouze na ostatní uživatele návykových látek.

1.2.5 Vyloučení jako příčina užívání

Sociální exkluzi nelze považovat pouze za následek užívání drog. V literatuře je sociální vyloučení a sociální znevýhodnění uváděno jako důležitý faktor, který předchází problémovému užívání drog. Problémoví uživatelé drog často pocházejí z chudých a sociálně vyloučených komunit. Mají omezené možnosti volby a zažívají znevýhodnění. Buchanan (2005) uvádí faktory, které jsou významné pro naše chápání problémového užívání drog. K takovým patří vliv narušeného dětství, a to zejména u těch jedinců, kteří měli problémy v oblasti vzdělávání, nepodařilo se jim dosáhnout kvalifikace nebo páchali trestnou činností. Neale (2008) kromě těchto faktorů popisuje ještě sexuální nebo fyzické

zneužívání, nedostatečnou podpůrnou sociální sítí, vyloučení ze školy či špatné duševní zdraví. Tvrdí také, že pro významný podíl klientů byla právě vyloučení a znevýhodnění hlavními problémy před nástupem drogové závislosti.

Sociálně exkludované jedince žene k užívání tvrdých drog pocit odtržení, odcizení a beznaděje, který zažívají (Ryckowska, 2009). Návykové látky mohou kromě zábavy nabízet ekonomickou příležitost, zvýšení prestiže, mohou tlumit pocity nespokojenosti a bezmoci, a naopak pomáhat jedinci při vytváření nové identity. Drogová kariéra může být vnímána jako náročná výzva a může sama o sobě znamenat možnost seberealizace. Zvláště pak v případě, že jsou jiné příležitosti omezené nebo nedostupné z důvodu sociálního vyloučení (Adams, 2008).

Sociální vyloučení, které může být charakteristické rozpadem rodiny, špatným bydlením, špatným zdravotním stavem, omezeným vzděláním, nezaměstnaností, trestnou činností apod., zvyšuje pravděpodobnost, že jedinci začnou užívat drogy rizikově. Mezitím může problém užívání drog vést k dalšímu sociálnímu vyloučení – ve formě většího množství rodinných problémů, zvýšených problémů s bydlením, horšího zdravotního stavu, zvýšené pravděpodobnosti nezaměstnanosti, vyššího výskytu trestné činnosti atd. (Neale, 2006).

1.3 Užívání nelegálních drog

V rámci této kapitoly bude věnována pozornost tématu užívání drog, přičemž vzhledem k tématu práce nebudeme cílit na problematiku legálních drog jako např. konzumaci alkoholu či kouření, ale zaměříme na drogy nelegální.

1.3.1 Užívání nelegálních drog v České republice

V České republice je tradičně jako problémové užívání drog (PUD) označováno injekční užívání jakékoliv drogy a/nebo dlouhodobé nebo pravidelné užívání pervitinu a opioidů, což vychází z tradiční evropské definice PUD jako injekčního a/nebo dlouhodobého a pravidelného užívání drog opiátového a/nebo amfetaminového a/nebo kokainového typu (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2009). Mravčík a kol. (2019) pracují v souladu se současným trendem používání odpovídajícího

nestigmatizujícího jazyka místo s výrazem problémoví uživatelé drog s výrazem lidé užívající drogy rizikově (LDR).

Užívání legálních i nelegálních droga jeho aktuální stav v České republice sleduje Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti a tvrdí, že v současné době je míra užívání drog v obecné populaci poměrně stabilní. Pokud se zaměříme pouze na nelegální drogy, můžeme tvrdit, že mezi nejčastěji zneužívanou drogou patří konopné látky, zatímco míra celoživotních zkušeností s ostatními drogami je na výrazně nižší úrovni (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2016).

Dle zjištění European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2020) v rámci Evropy statistiky hovoří o rozdílu v užívání podle pohlaví, přičemž ženy stále představují jen asi čtvrtinu (26 %) uživatelů metamfetaminu. Co se týče způsobu užití drogy, 15 % uživatelů uvádí orální užívání drogy, 52 % uvedlo sniffing neboli „šňupání“ a 17 % uvedlo aplikaci nitrožilně. V roce 2019 bylo v Česku odhadnuto 45,1 tisíc osob užívající drogy rizikově, z toho 34,6 tisíc (34,0–35,2 tisíc) uživatelů pervitinu, 5,7 tisíc (5,5–5,9 tisíc) uživatelů buprenorfinu, 3,2 tisíc (3,0–3,4 tisíc) uživatelů heroinu a 1,55 tisíc (1,5–1,6 tisíc) uživatelů jiných opioidů. Uživatelů opioidů bylo odhadnuto celkem 10,5 tisíc (10,2–10,8 tisíc).

Odhadovaný osob užívajících drogy injekčně dosáhl 40,8 tis. (40,0–41,5 tis.). V roce 2019 dosáhla prevalence problémového užívání drog v České republice 6,57 osob na 1000 obyvatel ve věku 15–64 let (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2020). Počet uživatelů drog se v roce 2019 meziročně zvýšil – nárůst se týká počtu uživatelů pervitinu i uživatelů opioidů (Mravčík a kol., 2019).

Pervitin představuje nejčastější hlavní drogu mezi osobami užívajícími drogy rizikově. Téměř ve všech krajích tvoří většinu (až 80 %) klientů nízkoprahových adiktologických služeb právě uživatelé pervitinu, a to zejména injekční (Mravčík a kol., 2019). Uživatelé metamfetaminu jsou v České republice nejrozšířenější skupinou z populace uživatelů nelegálních návykových látek. Tvoří zhruba 70 % pacientů v léčbě závislosti na nelegálních drogách (Orlíková, Csémy, 2016). Dle Mravčíka a kol. (2019) je odhadovaný počet osob užívajících drogy rizikově v rámci Jihočeského kraje 2800, přičemž se jedná zhruba o 2500 uživatelů pervitinu.

V současnosti probíhají studie zaměřené na užívání návykových látek v době nouzového stavu souvisejícího s pandemií COVID-19. Uživatelé drog se řadí mezi skupiny osob více ohrožených infekcí COVID-19. Jedná se o populaci se sníženou imunitou, s možnými respiračními onemocněními apod., kteří nemají možnost dodržovat karanténní opatření (jsou bez domova) (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2020).

„Psychiatrická komorbidita je u uživatelů drog zvýrazněná nouzovým stavem a jeho dopadem na chod společnosti, nervozitou v souvislosti s obavami z nákazy koronavirem a nedostatkem návykových látek. Další oblastí zájmu jsou změny na trhu práce, které mají dopad na uživatele drog ve smyslu ztráty práce, zdrojů finančních prostředků či ztráty přístřeší.“ (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2020, s. 2).

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2020) dále popisuje, že ve větších městech má vliv na zhoršení socioekonomické situace uživatelů drog absence turistického ruchu, jelikož s výrazně nižším počtem turistů zmizel zdroj jejich výdělku. Sekundárně se snížily i možnosti odbytu případných kradených věcí a druhotných surovin, a to vlivem uzavření zastaváren a výkupen.

1.3.2 Drogová závislost

Obecně platí, že je užívání psychoaktivních látek spojováno s řadou negativních důsledků, z nichž nejzávažnější je právě závislost. Ta je často vnímána jako hranice mezi “závadným“ a “nezávadným užíváním“ (Nesládek, 2013). V současné době existuje mnoho definic závislostí, avšak každá z nich na závislost pohlíží z jiného úhlu pohledu. Závislost je primární chronické onemocnění mozkových center odměny, motivace, paměti a dalších souvisejících funkcí. Dysfunkce těchto systémů vede k charakteristickým biologickým, psychologickým, sociálním a spirituálním projevům, které se odrážejí v patologickém chování jednotlivce, jenž užíváním různých substancí průběžně usiluje o dosažení odměny či úlevy (Smith, 2012).

Podle Westa (2016) lze podstatu závislosti dobře vystihnout pomocí zastřešujícího modelu chování (tzv. modelu COM-B). Tento zastřešující model vychází z předpokladu, že chování (B – behaviour) určují tři podmínky, a to schopnosti (C – capability), příležitosti (O – opportunity) a motivace (M – motivation). Na základě modelu COM-B je možné na závislost nahlížet v kontextu fyzických a psychických předpokladů, jimiž je

každý jedinec vybaven (např. schopnost seberegulace, poučit se z trestu, schopnost formulovat a dodržovat různá individuální pravidla). Michie et al. (2011) přidávají příležitosti, které nabízí sociální a fyzické prostředí jedince, jako např. sociální a environmentální podněty, dostupnost náhradních zdrojů odměny, finanční náklady apod. Důležitou roli zde hraje také motivace, která se objevuje v konkrétních situacích. Může se jednat o potřebu emočního „otupění“, potřebu sounáležitosti, očekávání určitého potěšení či uspokojení, očekávání úlevy od „bažení“ či strach z odmítnutí druhými (West, 2016).

V problematice užívání návykových látek rozlišujeme závislost psychickou a fyzickou (tělesnou). Pro psychickou závislost je podle Minaříka a Kmocha (2015) typická nutkavá touha po návykové látce (její opatření i požití), jedinec ji užívá i přes to, že si je vědom rizik, které z užívání vyplývají. Konkrétně u závislosti na pervitinu odvykací stav zahrnuje hlavně psychické potíže. Potíže vrcholí mezi druhým a čtvrtým dnem po přerušení užívání a trvají cca do jednoho týdne, v mírné formě pak ještě týdny i měsíce. Zahrnují letargii, únavu, spavost nebo naopak psychomotorický neklid, napětí, dostavuje se silná touha po droze. Ohrožující jsou depresivní projevy doprovázené suicidálním rizikem (Nešpor, 2008).

Fyzická závislost se projevuje somatickými obtížemi po odeznění účinku drog, somatické obtíže jsou často charakterizovány jako opačné než ty, pro které je droga užívána. Projeví se např. jako úzkost, zvýšená iritabilita, pocení, rinorea, nadměrné slzení, nevolnost, zvracení, abdominální kolika, hypervigilita, tachykardie, arytmie a může vzniknout paroxysmus křečí (Lejčko, 2018).

Problémový uživatel drogu užívá v pravidelných časových intervalech, aby zamezil rozvoji odvykacího stavu. Jak uvádí Šustková (2015), drogy ovlivňují funkci centrálního nervového systému a zároveň působí na orgány periferního nervového systému prostřednictvím nervů a nervových uzlin. Centrální nervová soustava se skládá z míchy a mozku, kde je cca 12 miliard neuronů, tj. specializovaných mozkových buněk. Impulsy jsou z CNS do částí těla a zpět přenášeny pomocí nervů.

Podněty z vnějšího světa jsou přijímány receptory, tzv. čidly, což jsou neurony specializované na přeměnu informací na elektrické signály. Receptory jsou citlivé na různé podněty – světlo, chemické látky či mechanické deformace. Mezi neurony se

nacházejí synaptické štěrby, přes něž jednotlivé neurony vysílají elektrické signály prostřednictvím presynaptických zakončení na výběžcích zvaných dendrity. Uvedený proces je nazýván neurotransmisí (Mahdaličková, 2014). Drogy průběh neurotransmisí ovlivňují v různých fázích v závislosti na druhu a množství. Droga poškozuje normální prostředí v organismu a nahrazuje ho prostředím uměle vytvořeným. To je udržováno dalšími dávkami drogy, jež jsou do těla dodávány. Tímto způsobem se droga stává součástí metabolismu a vzniká závislost (European monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2009).

Vznik drogové závislosti probíhá v několika fázích. Na počátku jedinec s užíváním drog experimentuje. Tato fáze se vyznačuje únikem z reality, jedinec poznává účinky drogy, aniž by mu způsobovaly nějaké potíže. Jeho okolí se o tom většinou nedozví a většina experimentátorů v této fázi končí a nachází si jiná potěšení, která jim život může přinést (Vágnerová, 2014).

Podle Státního zdravotního ústavu (2021) následuje fáze sociálního užívání (tzv. víkendové, rekreační braní). Zde se již objevuje určitá pravidelnost v užívání, jedinec má ale většinou nastavena svoje vlastní pravidla, podle kterých drogu užívá. Z toho vyplývá, že droga začíná zapadat do jeho životního stylu. Dále se jedinec dostává do fáze příležitostného braní, která se vyznačuje sníženou výkonností v různých oblastech jeho života jako např. v práci, rodině, škole, okolí. Jedinec se užívání drogy nechce vzdát, ale zároveň se nechce vzdát toho, co ho v životě naplňuje (Vágnerová, 2014).

Následuje fáze každodenního užívání. Tato fáze je charakterizována postupnou ztrátou kontroly nad užíváním drogy. Jedinec začíná měnit svůj žebříček hodnot a na první místo se dostává droga a její obstarání. Své dřívější zájmy opouští a zajímá ho primárně jen to, co se týká drogy. To často vyústí až ve ztrátu zaměstnání, vyloučení ze školy, ztrátu okruhu přátel i rodiny. V této fázi si jedinec často začíná uvědomovat, že má problém, ale většinou není schopen s ním cokoliv dělat (Státní zdravotní ústav, 2021).

Jako poslední popisuje Fišerová (2000) tzv. fázi užívání k dosažení normálu. V této fázi už pro jedince neexistuje nic důležitějšího než droga a její užití. Jeho jedinou touhou je navození stavu, který měl na začátku užívání, k čemuž potřebuje zvyšovat dávku drogy. Aby docílil jejího získání, dělá věci, které by dříve neudělal (prostitute, krádeže, žebrání apod.).

1.3.3 Důsledky užívání drog

1.3.3.1 Zdravotní důsledky

Fakt, že jedinec užívá drogy, bývá v mnoha případech patrný již z pohledu na daného člověka. Jeho vzhled je užíváním ovlivněn. Takový jedinec bývá hubený, strhaný, má špatnou pleť. Celkově tělesně chátrá a v případě, že začne zanedbávat základní hygienické návyky, objevuje se zvýšené riziko nákazy hepatitidou typu A (Minařík, Řehák, 2015).

V roce 2019 bylo zjištěno 84 přímých drogových úmrtí (88 v roce 2018), tj. smrtelných předávkování nelegálními drogami, těkavými látkami a psychoaktivními léky, a to jak předávkování sebevražedná, tak náhodná či bez zjištěného úmyslu. Z toho bylo 42 případů smrtelných předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami (39 v roce 2018). Psychoaktivní léky byly příčinou předávkování v 42 případech (49 v roce 2018). Bylo identifikováno celkem 19 případů smrtelných předávkování opioidy (20 v roce 2018), z nich 6 heroinem/morfínelem a 13 jinými opioidy (fentanyl, kodein, dihydrokodein, hydromorfon, oxycodon) (Mravčík a kol., 2019)

Pervitin byl příčinou smrtelného předávkování ve 12 případech (12 v roce 2018), dále bylo evidováno jedno smrtelné předávkování MDMA a jedno kokainem. Smrtelné předávkování těkavými látkami bylo zaznamenáno v 8 případech (3 v roce 2018). Bylo hlášeno také 1 smrtelné předávkování kanabinoidem (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2020).

Nutt et al. (2010) uvádí, že u uživatelů drog se také velmi často setkáváme se sexuální promiskuitou, z čehož vyplývá zvýšená pravděpodobnost nákazy sexuálně přenosnou chorobou. Uživatelé drog ve většině případů pochopitelně nedodržují zásady zdravého životního stylu, jejich styl života během období drogové kariéry působí negativně na jejich zdravotní stav, na imunitní systém, a tudíž i na kvalitu života obecně.

Zábranský (2003) hovoří v souvislosti s užíváním návykových látek o rizicích zdravotních dopadů, kterými může být postižena populace drogy neužívající. Zde máme na mysli např. rozšíření infekčních chorob krví, sexuálním stykem apod., dále poškození plodu v důsledku závislosti matky či určité nehody způsobené osobami pod vlivem

návykových látek a během nichž byly nějakým způsobem poškozeny také osoby, které nemají s užíváním drog nic společného.

V souvislosti s infekčními chorobami Mravčík a kol. (2019) zmiňují, že podíl osob injekčně užívajících drogy na nově hlášených případech HIV infekcí v ČR je dlouhodobě nízký. V roce 2019 bylo diagnostikováno 6 případů, kdy byl prokázán přenos injekční aplikací drogy. Počet nově hlášených případů hepatitidy typu B (VHB) má díky zavedenému očkování klesající tendenci. Počet nově hlášených případů hepatitidy typu C (VHC) dosahuje aktuálně 500-650 případů ročně.

Kromě fyzického zdraví má užívání drog dopad také na psychiku jedince, který látkou ovlivňuje svůj stav vědomí. V souvislosti s touto skutečností se mohou u daného jedince vyskytnout různé psychické poruchy. Minařík a Kalina (2015) uvádí, že některé duševní poruchy vznikají před začátkem užívání návykové látky, některé propuknou na základě přímého působení drogy a jiné duševní poruchy vznikají v souvislosti s užíváním návykových látek, ale nemají toxickou příčinu. Zaměříme-li se na duševní poruchy, které se u jedince projeví před začátkem užívání drog, můžeme hovořit o návykové látce jako prostředku pomáhajícímu k úlevě od jistého trápení. Příkladem vzniku takové závislosti, která je v přímé souvislosti s již existující nemocí, může být např. závislost na anxiolyticích (psychofarmaka předepisovaná proti strachu, úzkosti), jako je Neurol, Lexaurin atp. (Salo et al., 2011).

Druhým typem poruch, na který se zaměříme, jsou ty, jež vznikly přímým působením drogy. Tyto poruchy se objevují jako důsledek užívání látky, vznikají z toxické příčiny. Řadíme sem například toxickou psychózu (slangově označovanou jako „stíha“), která nejčastěji vzniká jako důsledek užívání pervitinu. Ta se projevuje paranoidními stavy, které jsou doprovázené sluchovými či zrakovými halucinacemi. Toxická psychóza často sama zmizí zhruba 10 dní po vysazení dané návykové látky a pročištění organismu (Minařík, Kalina, 2015). Dále do této skupiny onemocnění patří poškození vyvolaná organickými rozpouštědly, ta ovšem mají psychické důsledky mnohem vážnější. Dochází k narušení celého nervového systému a k nevratnému úbytku kognitivních schopností. Zajímavou metaanalýzu přinášejí Hart et al. (2012), kteří poukazují na některé morfologické změny v mozku uživatelů metamfetaminu i na možné kognitivní i exekutivní odlišnosti.

Bezprostředně po odeznění účinku drogy, a to zejména u simulancí mohou vznikat tzv. „dojezdy“, jež se vyznačují celkovým vyčerpáním organismu, depresemi, úzkostmi, nechutenstvím apod. Během těchto stavů je pravděpodobně kvalita života pro dané uživatele nulová. Do této kategorie poruch můžeme zařadit i tzv. flashback, který vzniká určitou dobu po odeznění účinku drogy, a to dokonce i několik týdnů či měsíců po odeznění intoxikace danou psychoaktivní látkou (Nešpor, 2008).

Poslední kategorii tvoří duševní poruchy, které vznikly v souvislosti s užíváním návykových látek a nemají toxickou příčinu. Jako příklad takovéto poruchy můžeme uvést například posttraumatickou stresovou poruchu, která vzniká v souvislosti s určitým traumatickým či šokujícím zážitkem při užívání návykové látky. Takovými nepříjemnými zážitky může být např. smrt přítele, se kterým daný jedinec drogy užíval, znásilnění, přepadení, dále propuknutí schizofrenie u dlouhodobého uživatele kanabinoidů apod. (Kalina et al., 2015).

Se zdravotními dopady užívání drog souvisí poskytování a využívání zdravotní péče samotnými uživateli (Brandová, 2016). Existuje řada faktorů ovlivňujících kvalitu péče, která je uživateli pervitinu využívána v systému zdravotní péče. Zde je možné zmínit např. dostupnost zdrojů a vlastní schopnost uživatelů přijmout léčebný režim. Jak uvádí Brener et al. (2010), uživatelé drog dodržují méně pravděpodobně osvědčené postupy, které jim jsou doporučeny v rámci léčby zdravotních potíží. Poskytnutí adekvátní zdravotní péče těmto jedincům je vnímáno jako problematické, jelikož oni sami často zanedbávají své zdraví. Ukazuje se zde potřeba edukace této skupiny osob v oblasti zdraví a péče o něj. Ta by se měla týkat např. tématu rizikového chování, které je s „braním“ drog spojeno, a možností jeho eliminace (Lloyd, 2013).

Užívání drog je ve značné míře spojeno s veřejným stigmatem, které může mimo jiné hrát významnou roli v otázce vyhledání a poskytnutí zdravotní péče právě uživatelům (Henderson, Evans-Lacko, Thornicroft, 2013). Veřejností jsou daní jedinci „onálepkováni“, jelikož užívání drog je mnohdy vnímáno ostatními jako záležitost, kterou má „pod kontrolou“. Následně je obviňován kvůli jejich užívání a případným souvisejícím nemocem (Szotta, 2014). Pro uživatele drog tak může být obtížné pobývat v nemocničním prostředí z důvodu jejich stigmatizace, která může zčásti mít původ v jejich občasně tendenci k agresivnímu a manipulativnímu jednání (Bayer, 2008).

1.3.3.2 Sociální důsledky

Sociální dopady a souvislosti užívání drog představují poměrně široké spektrum problémů od problémů s bydlením (bezdomovectví) přes nezaměstnanost a zadluženost po problémy ve vztazích s blízkými (Mravčík a kol., 2019).

Bowling (2005) uvádí, že společenské dopady se na kvalitě života uživatelů návykových látek projevují ve značné míře. Většinová společnost má sklony uživatele drog odmítat a zároveň odsuzovat na základě jejich jednání ve spojitosti s drogami. Drogově závislí jedinci se setkávají se silnou stigmatizací majoritou a marginalizací na okraj společnosti. Objevuje se tendence vyloučit je do sociálně exkludovaných lokalit. Osoby neužívající drogy těmito jedinci opovrhují a nemají v ně důvěru, jelikož deformace charakterových vlastností je těchto případech častá a značná. Také na základě této skutečnosti se lze setkat se silným semknutím a identifikací jedince s drogovou subkulturou, ve které se nachází.

Závislost na drogách bývá podle Tiffanyho (2012) příčinou rozpadu pravidel a norem, které jedinec dříve uznával. Uživatel drog postupem času přestane plnit své základní povinnosti, začne zanedbávat docházku do školy nebo do zaměstnání. V případě, že docházku zvládne dodržovat, není schopen pod vlivem drog podat očekávaný výsledek a plnit na něj kladené úkoly. Již při sebemenší námaze bývá vyčerpán, ztrácí schopnost koncentrovat se a postupně přichází i o motivaci k výkonu jakékoliv smysluplnější činnosti. U jedinců užívajících drogy je charakteristická také ztráta schopnosti sebeovládání, často bývají bez zábran, jsou bezohlední, sobečtí a egoističtí. Vše kromě drogy pro ně ztrácí hlubší smysl, její hodnota je pro ně značná.

Již Galizio a Maisto (1985) uvedli, že uživatelé návykových látek, kteří ztratí nad drogou kontrolu, v mnoha případech parazitují na svých rodinách, na lidech, kteří je milují, ale i na celé společnosti. Pro svou rodinu začnou postupem času představovat velkou zátěž ekonomickou, psychickou a bohužel někdy také fyzickou. K potřebám druhých lidí bývají uživatelé drog bezohlední a nezajímají se o ně. Narušené mezilidské či sociální vztahy se však neobjevují pouze u narkomana a jeho rodiny, přátel a společnosti jako celku, ale lze se s nimi setkat i v rámci samotných drogových subkultur.

Lessenger a Ropper (2007) dále popisují, že jedinci užívající drogy mají pokřivenou osobnost a nenechávají se řídit žádnými pravidly. Tyto osoby jsou sice k sobě určitým

způsobem semknuté, vytvářejí subkulturu, minoritní společnost, ale žádné pevné, upřímné a férové přátelské vztahy mezi nimi nenalezneme. Pojí je pouze touha po droze, abstinenční příznaky v době, kdy drogu postrádají a pocit uspokojení či štěstí v okamžiku, kdy si drogu aplikují do organismu. Postupem času ztrácí uživatel drog většinu svých sociálních rolí (rodičovskou, partnerskou), dochází ke značnému narušení či úplnému přetrhání sociálních vazeb a vztahů, k oploštění emocí. Drogově závislí jedinci jsou jakoby „prázdní“.

1.3.3.3 Ekonomické důsledky

Další oblast života uživatele drog, která je zasažena, je oblast ekonomická. Ekonomické dopady lze označit jako zásadní v kvalitě života pro daného jedince ve srovnání s drogami nezasazenou populací. Černý drogový trh určuje velice vysoké ceny za drogy, ale i přesto je uživatel drog schopen si danou finanční částku jakýmkoliv způsobem obstarat. S tím souvisí kriminální činnost, která je pro uživatele drog charakteristická a běžná. Velmi často proto slyšíme ve spojitosti s touto populací o krádežích, podvodech, loupežných přepadeních, ale i prostituci atd. Získání dávky je pro narkomana prioritou, a proto mu není protiprávní jednání bohužel cizí (Zábranský, 2011).

Zábranský (2003, s. 59) uvádí, že *„jistě se všichni shodneme na tom, že užívání ilegálních návykových látek způsobuje i pro danou společnost obrovské ekonomické náklady a škody. Od 60. let 20. století se měřením nákladů způsobených společností zabývá především studie Náklady na nemoc – neboli Cost of Illnes (COI).“* Náklady v rámci COI lze rozdělit na přímé (náklady vynaložené na zdravotní a sociální péči, náklady spojené s represí, náklady na prevenci atp.), nepřímé (náklady vzniklé ztrátou produktivity) a nehmotné (ztráta blízkých, bolest, utrpení atp.) (Zábranský et al., 2011).

Vysoká částka je každoročně vynaložena na léčbu závislostí a zdravotních následků užívání drog. Dále hovoříme o nákladech v souvislosti s drogami, které jsou potřeba v rámci policejních složek, soudů, či věznic. Nezanedbatelnou částku tvoří náklady poskytnuté na realizaci preventivních programů. Značné finanční ztráty jsou způsobeny nelegálními aktivitami, kam patří daňové úniky, existence černé ekonomiky či "praní špinavých peněz". Zároveň k ekonomickým důsledkům užívání drog můžeme zařadit i fakt, že tisíce lidí legálně nepracují či nedokončují vzdělání (Mravčík a kol., 2016).

Mravčík a kol. (2019) uvádí, že v rámci průzkumů mezi klienty různých nízkoprahových zařízení v rámci republiky uváděli uživatelé drog ve většině případů nestabilní ubytování nebo bezdomovectví a nestabilní nebo nelegální příjem. Dluhy uvedlo 82 % klientů, výše dluhu dosahovala od 100 Kč do 9,1 mil. Kč, průměrná výše dluhu byla 573 tis. Kč, medián 200 tis. Kč. Zadluženost představuje pro významnou část problémových uživatelů drog zásadní bariéru uzdravy a sociální reintegrace a bez externí pomoci představuje pro většinu zadlužených obtížně řešitelnou situaci.

1.3.3.4 Právní důsledky

Jak uvádím výše, s užíváním návykových látek souvisí kriminální činnost. Kromě oblasti zdravotní, psychické, sociální a ekonomické má drogová kariéra pro jedince užívajícího drogy dopady také v oblasti právní. U trestných činů páchaných drogově závislými osobami bývá rozlišována primární a sekundární trestná činnost.

Primární drogové trestné činy zahrnují trestné činy spočívající v porušování drogové legislativy a souvisejících právních předpisů v oblasti regulace nakládání s omamnými a psychotropními látkami (OPL). Jde o 5 trestných činů definovaných zákonem č. 40/2009 Sb., trestní zákoník (dále TZ): výroba, distribuce a jiné nakládání s OPL (§ 283), přechovávání OPL pro vlastní potřebu (§ 284), pěstování rostlin nebo hub obsahujících OPL pro vlastní potřebu (§ 285), výroba a držení předmětů určených k výrobě OPL (§ 286), šíření toxikomanie (§ 287) (Mravčík a kol., 2019).

Za primární drogovou trestnou činnost bylo v roce 2019 odsouzeno 2631 osob. Nejvíce osob bylo odsouzeno za nedovolenou výrobu, pašování a prodej pervitinu a konopných látek. Nejčastěji uloženou hlavní sankcí bylo podmíněně odložené odnětí svobody (65 % sankcí). Oproti předchozímu roku došlo ke snížení podílu nepodmíněných odnětí svobody (z 24 % v roce 2018 na 22 % v roce 2019) a nárůstu podílu podmíněně odložených trestů odnětí svobody (z 62 % v roce 2018 na 65 % v roce 2019). Délka trvání uloženého nepodmíněného trestu odnětí svobody byla nejčastěji 1–5 let (Národní protidrogové centrály SKPV Policie ČR, 2020).

Gabrhelíková (2015) uvádí, že pro pachatele takovéto trestné činnosti bývají zpravidla vyměřeny vyšší tresty než pro pachatele sekundární trestné činnosti. Pod sekundární drogovou kriminalitu spadá páchaní jakékoliv trestné činnosti v souvislosti s omamnými

a psychotropními látkami. Lze sem zařadit například páchaní trestné činnosti pod vlivem návykové látky, dále trestné činy páchané s jejich pomocí (násilná přepadení, únosy apod.), trestné činy za účelem obstarání psychotropní látky (krádeže, vloupání, podvody apod.), ale také trestná činnost dealerů obchodujících na černém trhu aj.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2020) rozlišuje v rámci sekundární drogové kriminality celkem tři kategorie trestných činů. V prvním případě se jedná o psychofarmakologicky podmíněnou trestnou činnost, dále ekonomicky motivovanou trestnou činnost, do které spadají trestné činy páchané za účelem získání prostředků. Třetí kategorie je v podstatě systémová trestná činnost, tedy trestné činy páchané v rámci procesu nezákonné nabídky, výroby a distribuce drog.

Soud může v rámci odklonů v trestním řízení nebo spolu s alternativním trestem (tj. nespojeným s odnětím svobody) uložit přiměřená omezení a povinnosti, kam patří např. léčení závislosti na návykových látkách, povinnost zdržet se požívání alkoholických nápojů nebo jiných návykových látek, podrobit se vhodnému programu poradenství nebo léčby. V souvislosti s primární drogovou trestnou činností bylo uloženo 207 omezení a povinností (Ministerstvo spravedlnosti ČR, 2020).

Dle dat Národní protidrogové centrály SKPV Policie ČR (2020) týkajících se zastoupení drog, největší podíl představují dlouhodobě osoby zadržené v souvislosti s pervitinem a konopnými látkami. Za posledních 10 let tvoří osoby zadržené v souvislosti s pervitinem průměrně 50 %.

Trestná činnost páchaná narkomany nejčastěji končí trestem odnětí svobody, během něhož ovšem velice často také dochází ke zneužívání drog. Drogy do věznic nejčastěji přináší trestaní jedinci, avšak alarmujícím faktem je, že mnohdy je tam pašují i samotní pracovníci věznic. (Gabrhelíková, 2015). Odsouzení v rámci výzkumu uvádějí, že dostupnost nelegálních drog ve vězení je velmi snadná. Během pobytu ve vězení jsou nejčastěji užívané konopné drogy, pervitin a léky bez předpisu lékaře. Injekční užívání je poměrně běžnou součástí zneužívání drog ve výkonu trestu. Obrovským kladem, který pomáhá vězňům závislým na návykových látkách zadaptovat se na toto prostředí je, že v mnohých věznicích se lze i během výkonu trestu odnětí svobody podrobit léčbě z drogových závislostí (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2016).

V rámci výkonu trestu jsou ve věznicích realizovány prostřednictvím poraden drogové prevence, bezdrogových zón, specializovaných oddělení a programů adiktologických služeb např. primární prevence, léčba závislostí a snižování zdravotních a sociálních dopadů užívání drog (Generální ředitelství Vězeňské služby ČR, 2020). Též je možné, aby zde závislí jedinci využili služby jako například detoxikaci, poradenství v protidrogové poradně, trénink zaměřený na rozvoj motivace, nacvičování sociálních dovedností apod. Tyto služby pro vězněné uživatele drog poskytují nestátní neziskové organizace. (Gabrhelíková, 2015). Pozornost těmto službám bude dále věnována v textu níže.

1.4 Pervitin

Pervitin neboli metamfetamin byl objeven roku 1887. Typicky jde o prášek žluto-fialové barvy bez zápachu a hořké chuti (Minařík, Kmoch, 2015). Po konopí je nejrozšířenější nezákonnou drogou na světě (Lee, Rawson, 2008). Pervitin neboli metamfetamin bývá řazen mezi psychostimulancia. Z hlediska vzniku této látky hovoříme o syntetické látce, z hlediska typu pak o stimulantu. Minařík a Kmoch (2015) ho řadí mezi budivé aminy skupiny amfetaminů. V zahraničí je typické spíše užívání amfetaminu, který je typický o něco nižšími účinky než metamfetamin. Ten byl dříve určený zejména pro léčbu některých onemocnění, jako je ADHD, narkolepsie nebo obezity (Hart et al., 2014).

Podle Minaříka (2003) jsou amfetaminy látky s nefyziologicky budivým efektem na centrální nervovou soustavu. Jde o budivé aminy, které byly syntetizovány až na konci 19. století. Obsahují celou řadu různých látek, jako jsou amfetamin, metamfetamin (neboli pervitin), MDMA, extáze, ale také léky proti únavě, narkolepsii nebo chuti k jídlu. Podle Nishiguchi et al. (2010) jde o dobře známý stimulant, který se váže na dopamin a serotonin. Jde o látku s nefyziologickým budivým efektem na centrální nervový systém. Zvyšuje psychomotorické tempo a bdělost díky zrychlenému myšlení, schopnosti asociací a zvyšuje také výbavnost paměťových stop. Minimalizuje potřebu spánku, zahání únavu, stav je doprovázený euforií a dodává také pocity síly a energie.

V České republice byl v roce 2016 pervitin druhou nejčastěji zachycenou drogou. Bylo zajištěno celkem 90 718 g metamfetaminu (Národní protidrogová centrála SKPV policie ČR, 2017). Podle Mravčíka et al. (2017) narůstá spotřeba pervitinu v České republice,

kdy odhadovaná spotřeba drogy v ČR byla v roce 2010 přibližně 5,0 tun a v roce 2016 to bylo přibližně 6,5 tuny.

Počet záchytů metamfetaminu v Evropské unii je 9 000, v roce 2018 bylo zabaveno celkem 0,62 tuny drogy, přičemž Francie (126 kilogramů) a Česko (106 kilogramů) zabavily jeho největší množství. Ukazuje se, že počet záchytů metamfetaminu má od roku 2002 celkový vzestupný trend, ale se známkami nedávné stabilizace. Od roku 2013 je zadržené množství metamfetaminu v zemích EU relativně stabilní (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2020).

Užívání a výroba metamfetaminu v České republice má dlouhou historii. V 80. letech se pervitin díky černému trhu stává poměrně dostupnou drogou široké mase obyvatelstva (Růžička et al., 2012). Po celkovém uvolnění společenských v roce 1989 a otevření hranic, které umožňuje masivní přísun „tradičních“ drog, se drogová scéna v republice se stává naprosto otevřenou (Jakubcová, 2012).

Pervitin bývá označován za typicky českou drogu. Čistá látka má podobu bílého prášku bez zápachu a typicky nahořklé chuti. Pokud jde o produkty z černého trhu, ty většinou obsahují celou řadu nečistot a bývají zbarveny do různých barev, nejčastěji do žluta nebo do fialova, protože obsahují zbytky látek využívaných při domácí výrobě pervitinu (Růžička, 2012). V bývalém Československu se tato látka nelegálně vyrábí od počátku 70. let. Hlavní surovinou pro výrobu pervitinu byl v minulosti efedrin, v současnosti je to pak - 12 - pseudoefedrin získávaný z volně prodejných léčiv, nejčastěji určených pro léčbu chřipky a nachlazení (Jakubcová, 2012). Jak uvádí ve své práci Zahradník (2017) není metamfetamin v současnosti součástí žádného u nás volně dostupného farmaceutického přípravku a je tedy vždy produktem nelegální výroby. V praxi se můžeme setkat s celou řadou slangových názvů pro pervitin, typicky piko, peří, perník, parno, smah.

Existuje celá řada možností užití této látky-perorálně, sniffingem, kouřením nebo intravenózní aplikací, což je nejčastější způsob užívání pervitinu u nás. Jde o drogu s vysokým potenciálem pro závislost neboli tzv. drogu s neakceptovatelným společenským rizikem (Minařík, Kmoč, 2015). Injekční užívání pervitinu je považováno za nejrizikovější. Škody, které způsobují ostatní možnosti aplikace (kouření, nosní a ústní

podání) nevykazují tak závažné důsledky pro zdraví jako intravenózní aplikace (McKetin et al. 2008).

Užíváním metamfetaminu dochází ke změně chování. Typické jsou známky agrese a přecenění vlastních hranic. Díky stimulačnímu efektu drogy může docházet k přetížení organismu a následnému selhání kardiovaskulárního systému. U intoxikovaného můžeme pozorovat mydriázu neboli rozšíření zornic či sucho v ústech. Mezi další somatické účinky řadíme zvýšený svalový tonus či vzestup tlaku krve a tepové frekvence (Balíková, 2017). Uživatelé pervitinu často kombinují drogu s jinými látkami, jako např. s marihuanou, benzodiazepiny či opiáty. Tyto kombinace mají zásadní vliv jak na prožívání, tak na organismus (Prachařová, 2012).

1.5 Systém péče o uživatele drog v České republice

První specializované léčebné zařízení pro uživatele návykových látek na našem území bylo založeno roku 1948 doktorem Jaroslavem Skálou a zaměřovalo se na léčbu alkoholových závislostí. Následoval postupný rozvoj a vytvoření relativně komplexního a propracovaného systému péče o jedince, kteří jsou závislí na drogách. V rámci legislativy a strategie protidrogové politiky adiktologická péče spojuje zdravotní a sociální služby (Miovský, 2013).

Síť adiktologických služeb pokrývá celé spektrum obtíží spojených s užíváním drog a s dalším závislostním chováním a tvoří ji zařízení a programy různých typů. Mravčík a kol. (2019) uvádějí jejich výčet a přibližují tak jejich rozložení v Česku. Z celkového počtu 275 programů poskytuje 17 detoxifikaci, 62 terénní program, 69 provozuje kontaktní centrum, 95 ambulantní služby, 2 provozují denní stacionář, 22 krátkodobou a střednědobou rezidenční léčbu, 17 terapeutickou komunitu, 46 doléčovací program, 23 poskytuje substituční léčbu a 3 ambulantní léčbu ve věznicích.

1.5.1 Terénní programy

Pomyslným nejnižším stupněm práce s aktivními uživateli drog jsou **terénní programy**. Tyto programy je možné označit jako služby prvního kontaktu v terénu zahrnující komplexní program „minimalizace rizik“ s cílem ovlivnit motivaci uživatele ke změně životního stylu, minimalizovat jeho rizikové chování a vyhledat další příslušná odborná

zařízení. Terénní programy bývají často zřizovány jako součást kontaktních center, působí však také samostatně (Janíková, 2015). Cílová populace je zde tvořena uživateli drog, kteří nemají kontakt s žádnými sociálními a zdravotními zařízeními, uživateli drog s rizikem získání či přenosu infekčních chorob, nezletilými a mladistvými uživateli, uživateli drog provozujícími prostituci, bezdomovci či členy různých etnických menšin (Mravčík a kol., 2019).

1.5.2 Kontaktní centra

V rámci poskytovaných služeb jsou terénním programům velmi blízká **kontaktní centra**, která však díky svému zázemí nabízejí dále uživatelům drog možnost základního hygienického servisu (toalety a sprcha pro uživatele služeb, možnost vyprat si oblečení) a další služby, jako např. potravinový servis, přístup na internet, šatník apod. (Janíková, 2015). Služby nízkoprahových zařízení jsou určeny pro všechny uživatele drog, kteří potřebují pomoc, přičemž jedinou podmínkou pro vstup je respektování definovaných pravidel daného kontaktního centra. Jako vhodné se jeví umístění centra v blízkosti veřejného prostranství či otevřené drogové scény. V daných centrech je zachována anonymita klienta a pro využití služby po něm není požadována abstinence (Mravčík a kol., 2019).

1.5.3 Ambulantní léčba

Nechanská (2011) uvádí, že dalším zařízením, které může uživatel drog navštívit za výsledným účelem zlepšit vlastní kvalitu života, je **adiktologická ambulance**, kde může nastoupit ambulantní léčbu. Ambulantní léčba je vymezena jako ambulantní léčebná a preventivní péče ve zdravotnických a nezdravotnických zařízeních.

Cílovou populací tohoto typu služby jsou osoby experimentující s návykovými látkami, problémoví uživatelé návykových látek, závislí motivovaní i nemotivovaní k abstinenci, abstinující absolventi ambulantního či ústavního léčení, rodinní příslušníci a partneři. Terapeutický tým v adiktologických ambulancích by měl být multidisciplinární vzhledem k povaze řešených problémů. Pracovníci mají vzdělání v oblasti lékařské, psychologické, psychoterapeutické, speciálně pedagogické, v oblasti sociální práce apod. (Vavrinčíková, Libra, Miovský, 2013).

Ambulantní léčba zahrnuje v širokém vymezení základní navázání kontaktu, základní zdravotní péči, poradenství, strukturované individuální i skupinové terapeutické aktivity, doléčovací aktivity. Součástí služby je rovněž sociální práce a prevence relapsu (Růžička, Šteflová, Wittmannová, 2012).

V souvislosti s oblastí sociální práce s uživateli pervitinu hovoří Růžička a Šteflová (2012) o paradigmatu sociální práce jako sociálně právní pomoci. Tento směr se zaměřuje jak na samotného klienta a jeho individuální problémy, tak i na okolní prostředí, celou společnost a instituce. „*Hlavním těžištěm práce je poradenství a partnerský přístup mezi pracovníkem a klientem. Role klienta v léčebném procesu je aktivní a samotný proces je postaven na jeho silných stránkách a již překonaných problémech.*“ (Růžička, Šteflová, 2012, s. 56).

Další ambulantní formou péče o uživatele drog je **adiktologický stacionář**. „*V komplexním systému péče může tato služba navazovat na všechny ostatní typy služeb a může být také první pacientovou/klientovou adiktologickou službou. Služba je většinou nízkoprahová.*“ (Vavrinčíková, Libra, Miovský, 2013, s. 40) V rámci stacionáře je poskytována komplexní diagnostika, individuální a skupinová psychoterapie, poradenství, sociální práce apod. Na rozdíl od kontaktních center je zde obvykle vyžadováno, aby klienti služby nebyli akutně pod vlivem drog (Mravčík a kol., 2019).

Dalšími zařízeními, kde může uživatel drog hledat pomoc, jsou **substituční centra**. Tato zařízení jsou určena pro specifickou skupinu uživatelů drog, a to konkrétně pro uživatele opiátů. Mezi poskytované služby patří např. podávání substituční látky-metadon, buprenorfin (Subutex, Suboxone), zdravotní poradenství včetně základního ošetření, psychiatrické vyšetření, testování na infekční choroby (HCV, HIV), poskytování odborných informací či zprostředkování kontaktu s jinou sociální institucí či lékařem, individuální poradenství, sociální práce apod. (Vavrinčíková, Libra, Miovský, 2013). Lze říct, že nejdůležitějším cílem je zde zdravotní a sociální stabilizace klienta, což v zásadě spočívá ve snížení či ukončení užívání nezákonných návykových látek, řešení a zlepšení sociální situace, stabilizace zdravotního stavu včetně konce poškozování organismu užíváním pouličních drog (Pavlovská, Minařík, 2015).

1.5.4 Pobytová léčba

Rozhodne-li se závislý uživatel drog podstoupit léčbu ze závislosti, lze volit mezi ambulantní a pobytovou formou. Ambulantní léčba je poskytována v rámci adiktologických ambulancí, jak je uvedeno v textu výše. Dále je možné absolvovat **léčbu pobytovou**.

V případě, že se uživatel drog rozhodne pro změnu, a chce se svou situací něco udělat, má možnost nejprve nastoupit na tzv. **detox**. Detoxifikační oddělení (jednotky) jsou specializovaná samostatná zařízení provázaná s jinými zdravotnickými zařízeními, nebo se jedná o specializované části zdravotnických zařízení (nemocnice, psychiatrické kliniky, psychiatrické nemocnice) určené k léčení odvykacího stavu, který byl vyvolán přerušením nebo podstatným snížením užívání návykové látky (Dvořáček, 2015). Jedná se o krátkodobou rezidenční léčbu s délkou trvání zpravidla do 3 týdnů (Nechanská, 2011).

Dále může uživatel absolvovat pobytovou léčbu krátkodobého a střednědobého charakteru, která je definována jako léčba problémových uživatelů a závislých ve zdravotnických zařízeních oboru psychiatrie v obvyklém rozsahu týdnů až několika měsíců (Vavrinčíková, Libra, Miovský, 2013). Lůžková oddělení zajišťující a vykonávající krátkodobou a střednědobou odvykací léčbu jsou svým charakterem specializovanými odděleními pro léčbu závislostí v rámci psychiatrických léčeb, specializovaná oddělení pro léčbu závislostí v rámci nemocnic, či se může jednat o psychiatrickou léčebnu specializovanou na léčbu závislostí (Mravčík a kol., 2019).

Významnou náplní pobytové léčby je komplexní multidisciplinární terapeutický proces se zaměřením na dosažení a udržení abstinence a na maximální možnou resocializaci jedince (Kalina, 2013). Základními nástroji terapeutického procesu jsou individuální, skupinová a komunitní psychoterapie, farmakoterapie, sociální práce, edukace, rodinná či partnerská terapie, rehabilitace směrem ke stabilizaci psychických, somatických a sociálních kapacit závislého jedince. Dalšími využívanými prostředky jsou např. pracovní terapie, sport či zátěžové programy (Vavrinčíková, Libra, Miovský, 2013).

Rozhodne-li se jedinec v léčbě pokračovat, může dále absolvovat rezidenční léčbu v **terapeutické komunitě**. Jak uvádí Adameček a Radimecký (2015), terapeutická komunita je specializované zařízení, které poskytuje léčbu směřovanou k abstinenci,

redukci užívání návykových látek a s ním spojených možných zdravotních rizik a k sociální rehabilitaci. Léčba je rozvržena na dobu 6 až 15 měsíců.

V tomto typu služeb je cílem dlouhodobá léčba ze závislostí, která je zaměřená na práci s motivací, stabilizaci psychického a fyzického stavu jedince a jeho maximálně možnou rehabilitaci a resocializaci. Program v terapeutické komunitě je komplexně strukturován a obsahuje různé psychoterapeutické, resocializační, výchovně-režimové, volnočasové a další aktivity (Sobotka, 2017).

1.5.5 Doléčovací programy

Po několika měsících strávených v léčbě může být návrat do reality a běžného tentokrát nedrogového života pro abstinujícího jedince obtížný. Proto v systému péče o uživatele drog mají své místo zařízení následné péče a **doléčovací programy** včetně chráněného bydlení. Zařízení následné péče či doléčovací program je zařízení poskytující péči, která je směřována k podpoře a udržení abstinence (Růžička, Prachařová, 2014). Cílovou skupinu této služby tvoří abstinující osoby, které mají v anamnéze závislost na návykových látkách s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce. Uživatelé, kteří absolvovali detoxifikaci a minimálně krátkodobou léčbu, jsou preferováni (Pavlovská, Makovská-Dolanská, 2015).

Hlavní náplní služby je multidisciplinární terapeutický proces, který je zaměřený na udržení dosavadní abstinence a navozených změn, na prevenci relapsu a upevnění psychické i fyzické stability. Součástí ambulantního doléčovacího programu může být chráněné bydlení. To slouží jako prostředek sociální stabilizace jedince formou přechodně poskytovaného ubytování (Růžička, Prachařová, 2014).

1.5.6 Adiktologické služby ve vězení

Specifickou a v České republice poměrně mladou službou jsou poradenské a léčebné programy pro osoby ve výkonu trestu. **Drogové služby ve vězení** jsou zcela zaměřeny na drogovou oblast, v otázkách sociálních problémů svých uživatelů úzce spolupracují se sociálními pracovníky věznice, případně odesílají klienty s těmito záležitostmi k nim.

Psychologickou péči a krizovou intervencí poskytují tyto služby ve spolupráci s vězeňskými psychology (Vavrinčíková, Libra, Miovský, 2013).

Současnou snahou je získat do věznic samostatnou pozici adiktologa. V roce 2019 pracovalo ve 13 věznicích (z celkem 35) 15 adiktologů. Vzhledem k významnému podílu lidí užívajících drogy rizikově mezi vězni je stávající počet adiktologů, kteří jsou ve věznicích jedinými zaměstnanci specializovanými na poskytování péče osobám s adiktologickou poruchou, nedostatečný (Mravčík a kol., 2019).

1.6 Kvalita života

1.6.1 Pojetí kvality života

K dnešnímu dni neexistuje všeobecně přijímaná biomedicínká definice kvality života, ale panuje shoda, že zahrnuje subjektivní názor jedince týkající se široké škály klinických, funkčních a osobnostních proměnných (Theofilou, 2013).

Výzkumníci zformulovali dva typy kvality života (QOL). První z nich, kvalita života související se zdravím (HRQOL), zahrnuje subjektivní vnímání toho, jak zdravotní stav jedince ovlivňuje jeho fyzické, psychické a sociální fungování a pohodu. HRQOL je hodnocena pomocí nástrojů, jako jsou zkrácený formulář 36 Health Survey (SF-36) nebo SF-12. Ve svém zaměření na omezení, která člověku způsobují různá onemocnění a jejich léčba, tak HRQOL souvisí s tradiční-na patologii orientovanou péčí (Revicki, Kleinman, Cella, 2014).

Na rozdíl od tohoto konceptu obecná nebo celková kvalita života (OQOL) zahrnuje spokojenost pacienta s životem obecně, a ne pouze ve vztahu k omezením v jeho fungování, které souvisí s chorobou. Jednou z definic OQOL, kterou vypracovala Světová zdravotnická organizace (WHO), je vnímání jedincova vlastního postavení v životě v kontextu systémů kultury a hodnot, v nichž žije a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, standardům (WHO, 2012b).

Jak popisuje Theofilou (2013), standardy pro měření OQOL jsou Světovou zdravotnickou organizací definovány v dotazníku WHOQOL a jeho kratší verzi, WHOQOL-BREF, který posuzuje vnímání pacienta v tom smyslu, jak objektivně funguje a jak se cítí v

souvislosti s tím. Tyto a další nástroje určené k posouzení OQOL zahrnují nejen domény fungování, které jsou sledovány v HRQOL, ale také sledují například oblast životního prostředí, bezpečnosti, financí, přístupu k dopravě a zdravotnickým službám a příležitosti pro trávení volného času (WHO, 2012b).

Existuje několik přístupů vysvětlujících kvalitu života. Nejvyšší kvalita života jako zhodnocení celistvosti či úplnosti lidského života nastává v případě, že jsou naplněny fyzické a psychické potřeby jedince (Heřmanová, 2012). Podle Wellness Associates (2011) fenomén kvality života pokrývá celou řadu aspektů, jako je životní styl, vztah mezi jedinci a jejich prostředím, jejich vášně a emoce. Jedná se o dynamický proces, který je komplexní a zahrnuje různé rozměry v rámci jedince.

Všeobecně platí, že míra kvality života velmi úzce souvisí s fyzickým zdravím, s psychickým stavem, se stavem ekonomickým, dále s interpersonálními vztahy, s životním prostředím, ale samozřejmě také souvisí se stupněm závislosti neboli mírou nezávislosti jedince (McClure, Leah, 2021).

Kvalitu života je složité a obtížné vysledovat „pouhým okem“ a každý jedinec může dosáhnout dobré kvality života na základě různých měřítek. Lze konstatovat, že vychází z řady aspektů, jako je sebedůvěra, pozitivní vztahy s ostatními, samostatnost, kontrola nad životním prostředím, z životních cílů a osobního rozvoje (Pocnet et al., 2017). Lookman et al. (2019) popisují aspekty kvality života ve dvou dimenzích. První z nich jsou pozitivní aspekty, jako je např. zábava a potěšení druhá zahrnuje naopak negativní aspekty, jako jsou obavy a deprese. Soustředí se tedy na emoce, nálady a emoční reakce jedince. Lidé s vysokou kvalitou života mají více pozitivních než negativních aspektů ve svém životě, a naopak, jedinci s nízkou kvalitou života jsou ovlivněni spíše negativními než pozitivními aspekty.

Kromě výše uvedených je jedním z prvků, které popisují jedinci s pozitivní kvalitou života, také potěšení. Jedná se o vyobrazení úrovně, v níž jedinec vyjadřuje radost, spokojenost, štěstí a sebevědomí. Rovněž zahrnuje subdimenze, jako např. veselost, štěstí, odvahu a citlivost (Kail, Cavanaugh, 2007). Na druhé straně, nízkou kvalitou života lze spojovat s nestabilními emocemi, impulzivní povahou, tendencí dostat se do problémů, nespokojeností se svým životem, strachem, smutkem a pocity viny (Pocnet et

al., 2017). Např. van Groenestijn et al. (2016) zkoumali pozitivní psychologické aspekty s cílem více se zaměřit na úsilí o zvýšení kvality života jedince.

Ve studii, kterou vypracovali Uchida, Norasakkunkit a Kitayama (2004) se ukázalo, že kvalita života je synonymem pro spokojenost se životem, pohodu, úplnost, radost, jistou míru hédonismu, štěstí, zábavu a úspěch v životních cílech. Murgaš (2012) uvádí, že kvalitu života jedince tvoří psychologické, somatické, náboženské, sociální a ekonomické aspekty, které vyúsťují do subjektivního pocitu spokojenosti nebo štěstí.

Podle posledních výzkumů by kvalita života měla být považována za základní psychickou potřebu, kterou je nutné naplnit jako první (Lookman et al., 2019). V případě, že jedinec dosáhne optimální úrovně při naplňování základních lidských potřeb, může na základě toho rozvíjet a zvyšovat subjektivní úroveň štěstí. To by pak mělo být spojeno se spokojeností s každou doménou života, jako je zdraví, bohatství, manželství, vzdělání a další (Uchida, Norasakkunkit, Kitayama, 2004).

Podle McClimans et al. (2013) QOL úzce souvisí s predikcí celkové spokojenosti v životě a může pozitivně ovlivnit komplexní náhled na život jedince. To je možné zejména proto, že kvalita života je hlavním ukazatelem individuální pohody každého z nás. Mnohé výzkumy ukazují, že kvalita života je multidimenzionální. Zdá se, že zahrnuje komplexní interakci jedince (věk, pohlaví, socioekonomické postavení, zaměstnanost) a sociální (děti, vztahy, aktivity), zdravotní a duchovní domény (Tiffany et al., 2012).

Posuzování kvality života také inklinuje k proměnlivosti, jelikož QOL je dynamická, což znamená, že se může v průběhu času měnit, a to v reakci na různé životní události. Na druhém konci celého životního cyklu mají pak jedinci tendenci měnit svá očekávání toho, co představuje kvalita života (McClimans et al., 2013). Zdá se, že tyto změny kvality života nastávají, protože hodnoty jedince a to, co je pro něj důležité, se mění s časem a kontextem. Změny v posuzování vlastní kvality života budou pravděpodobně ovlivněny kombinací okolností, dovedností zvládání a očekávání jedince (Blanc et al., 2014).

1.6.2 Subjektivní a objektivní kvalita života

Na kvalitu života lze nahlížet ve dvou hlavních dimenzích. Rozlišuje se osobní (subjektivní) QOL a prostorová (objektivní) kvalita života. Pojem subjektivní kvalita

života v tomto případě neoznačuje neobjektivitu jedince, ale osobní dimenzi QOL, kterou zpravidla sám hodnotí. Subjektivní dimenze zahrnuje orientaci na individuální postoje člověka, jeho vnímání a názory. Mezi indikátory osobní dimenze patří religiozita, mezilidské vztahy, svoboda apod. (Blanc et al., 2014).

Objektivní dimenze vyjadřuje hodnocení vnějších prostorově diferencovaných podmínek, v nichž jedinec žije. Tato dimenze se váže na prostor a s ním související vnější podmínky vyznačující se svou poměrnou stálostí. K indikátorům prostorové dimenze se řadí například kvalita životního prostředí, střední délka života, nebo využívání internetu (Murgaš, 2012). S ohledem na výše zmíněné můžeme tedy říct, že subjektivní dimenzi kvality života vystihují individuální pocity člověka a objektivní dimenze QOL zahrnuje sociální, environmentální a ekonomické vlivy prostředí na život jedince.

To, jak jedinec vnímá svoji kvalitu života, představuje jedinečnou sebereflexi osobních pohledů a zkušeností. Jedná se o subjektivní posuzování, které se opírá o reflexi a zhodnocení ega (self), vztahů s ostatními, stupeň autonomie jedince a smyslu života. To, jak jedinec posoudí svoji kvalitu života, neodpovídá vždy tomu, jaká je objektivně jejich situace (McClimans et al., 2013). Úsudky o kvalitě života mohou být nezávislé na aktuálním nebo potenciálním zdravotním stavu osob či na přítomnosti onemocnění či jejich příznaků (Cummins, 2005).

Člověk může vidět svou kvalitu života jako uspokojivou, ale pokud bychom vzali v úvahu objektivní kritéria, mohlo by se zdát, že by jeho kvalita života měla být nízká (Maremmanni et al., 2007). V případě, že se kvalita života používá jako míra výsledku léčby (jak to často je), pak je třeba očekávat, že jedinci s horším zdravím vyjádří horší kvalitu života. I když změny v očekávání mohou být modifikovány, pokud se u jedinců objevují psychické stavy, které jsou zvláště labilní, jako například u pacientů s psychózou, depresí či euforií (Gazalle et al., 2007).

1.6.3 Kvalita života uživatelů drog

Dosavadní výzkumy poukazují na snížení kvality života osob závislých na návykových látkách oproti neuživatelské populaci, a to v případě všech typů návykových látek (Tracy et al., 2012). Při komparaci různých závislostí se rovněž jeví, že konkrétní návyková látka nemá zásadní vliv na změnu QOL. Například Santos (2017) porovnával kvalitu života

závislých na alkoholu a dalších drogách, přičemž dospěl k závěru, že QOL obou skupin se neliší. Snížení kvality života bylo prokázáno stejně tak u legálně dostupných analgetik (Abrahamsson, 2015), jako u uživatelů konopí (Goldenberg, 2017), substitučních látek typu metadon (Zamboni, 2019) apod.

He (2016) upozorňuje na to, že kvalitu života této populace ale nesnižuje samotná návyková látka, jako spíše kombinace s jejími celkově specifickými sociodemografickými charakteristikami zahrnujícími nižší vzdělání, nestálé zaměstnání, rodinnou situaci, ale také osobnostní specifika a stigmatizace ze strany sociálního okolí. Na obtížné vymezení přímého podílu drogy ve snížené kvalitě života upozorňují rovněž Costenbader et al. (2007), kteří uvádí, že celkovou kvalitu života této specifické skupiny mnohdy negativně ovlivňuje komorbidita s různými psychiatrickými chorobami.

Rafiq a Rafiq (2019) připomínají, že kvalita života je nižší nejen u drogově závislých, ale i u jejich rodinných příslušníků. Specifikem je, že se u uživatelů drog kvalita života krátkodobě zvyšuje s užitím drogy, spolu s odcházejícími účinky drogy se však opět snižuje. Zajímavé výstupy jsou zaznamenány v rámci hodnocení kvality života závislých osob v léčbě. Existující výzkumy popisují protektivní faktor různých typů terapie, ať už se jedná o ambulantní léčbu (Ambroziak, 2016), či skupinovou terapii v rámci léčby pobytové (Hemmat, 2018). Zkoumány byly i konkrétní formy terapií. V nich je v souvislosti s kvalitou života odkazováno především na spokojenost s vlastním životem a pocit z lepšího řízení vlastního života (Ambroziak, 2016). Kvalitu života samozřejmě ovlivňuje účinnost léčby (Ghalesefidi, 2019), ale i samotná detoxifikace od drogy (Manning, 2019).

2 Cíle práce, výzkumné otázky a hypotézy

2.1 Cíle práce a výzkumné otázky

Pro disertační práci byly stanoveny následující cíle:

Identifikovat vliv sociální exkluze na zdraví uživatelů pervitinu v Českých Budějovicích.

Popsat kvalitu života uživatelů pervitinu v Českých Budějovicích.

Na základě stanoveného cíle bylo záměrem výzkumného šetření pokusit se o bližší zmapování jevu sociálního vyloučení u dané cílové skupiny, faktorů, které zde hrají roli nebo aspektů, které sami uživatelé pervitinu vnímají v dané oblasti jako významné.

Ve vztahu k cílům práce byly pro kvalitativní část práce stanoveny následující výzkumné otázky:

VO1: Jakým způsobem ovlivňuje sociální exkluze zdravotní stav uživatelů pervitinu, kteří žijí v Českých Budějovicích?

VO2: Jak uživatelé pervitinu v Českých Budějovicích reflektují sociální exkluzi jako determinantu zdraví?

Pro kvantitativní část výzkumu byla stanovena výzkumná otázka:

VO3: Jak souvisí vybrané sociodemografické charakteristiky s doménami kvality života dle WHOQOL-BREF?

Konkrétně se jedná o následující sociodemografické proměnné: gender, vzdělání, věk a délka užívání pervitinu.

2.2 Hypotézy

V rámci kvantitativní části výzkumu byly vytvořeny následující hypotézy:

H1: Doména fyzického zdraví v rámci WHOQOL-BREF se u uživatelů pervitinu liší s ohledem na pohlaví.

H2: Doména fyzického zdraví v rámci WHOQOL-BREF se u uživatelů pervitinu liší s ohledem na vzdělání.

H3: Doména fyzického zdraví v rámci WHOQOL-BREF se u uživatelů pervitinu liší s ohledem na věk.

H4: Doména fyzického zdraví v rámci WHOQOL-BREF se u uživatelů pervitinu liší s ohledem na délku užívání.

Jak uvádí Borrell et al. (2014), pohlaví je silnou determinantou v oblasti zdraví. Ženy trpí více než muži řadou invalidizujících fyzických chorob a obecně se očekává, že budou žít méně let v dobrém zdraví, přestože mají vyšší průměrnou délku života. Eide a Showalter (2011) dále popisují, že je potvrzena empirická vazba mezi vzděláním a zdravím, přičemž vyšší úrovně vzdělání jsou pozitivně spojeny s delším životem a lepším zdravím po celý život. S rostoucím věkem však přibývá somatických obtíží a omezení a zvyšuje se závislost na jiných osobách, kvalita života je u starších věkových skupin snížena tedy především ve fyzické doméně (Deeks et al., 2009).

H5: Doména duševního zdraví v rámci WHOQOL-BREF se u uživatelů pervitinu liší s ohledem na pohlaví.

H6: Doména duševního zdraví v rámci WHOQOL-BREF se u uživatelů pervitinu liší s ohledem na vzdělání.

H7: Doména duševního zdraví v rámci WHOQOL-BREF se u uživatelů pervitinu liší s ohledem na věk.

H8: Doména duševního zdraví v rámci WHOQOL-BREF se u uživatelů pervitinu liší s ohledem na délku užívání.

Rosenfield a Mouson (2013) uvádějí, že muži a ženy mají v oblasti duševního zdraví různé druhy problémů. Zatímco ženy převyšují muže v internalizujících poruchách, jako jsou např. deprese a úzkost. Muži vykazují více externalizujících poruch, mezi něž lze zařadit zneužívání návykových látek a antisociální chování. Jones (2013) propojuje problematiku duševního zdraví a věku, když uvádí, že mnoho duševních poruch dospělých začíná v dospívání. K tomu se připojují Corneglia et al. (2015) s tématem vzdělání, přičemž uvažují, do jaké míry souvisí špatné duševní zdraví s nízkou úrovní vzdělání či s předčasným ukončením studia. O vlivu užívání drog na oblast mentálního zdraví se zmiňují Santos et al. (2017), kteří uvádějí, že časté užívání může mít dlouhodobější dopad na duševní zdraví např. v podobě úzkostí nebo deprese.

H9: Doména sociálních vztahů v rámci WHOQOL-BREF se u uživatelů pervitinu liší s ohledem na pohlaví.

H10: Doména sociálních vztahů v rámci WHOQOL-BREF se u uživatelů pervitinu liší s ohledem na vzdělání.

H11: Doména sociálních vztahů v rámci WHOQOL-BREF se u uživatelů pervitinu liší s ohledem na věk.

H12: Doména sociálních vztahů v rámci WHOQOL-BREF se u uživatelů pervitinu liší s ohledem na délku užívání.

Sociální vztahy ovlivňují duševní zdraví, zdravotní chování, fyzické zdraví a riziko úmrtí. V souvislosti s věkem popisují Hülür a Macdonald (2020), že starší dospělí jsou ohroženi sociální izolací vzhledem k demografickému trendu menších rodin nebo omezení předchozích aktivit kvůli zdravotním omezením. Ve spojitosti s užíváním drog se pak v oblasti sociálních vztahů objevují rozdíly mezi pohlavími, a to v tom smyslu, že u žen je oproti mužům méně pravděpodobné, že obdrží podporu od rodin a přátel, aby překonaly závislost (Ghasemi et al., 2014).

H13: Doména životních podmínek v rámci WHOQOL-BREF se u uživatelů pervitinu liší s ohledem na pohlaví.

H14: Doména životních podmínek v rámci WHOQOL-BREF se u uživatelů pervitinu liší s ohledem na vzdělání.

H15: Doména životních podmínek v rámci WHOQOL-BREF se u uživatelů pervitinu liší s ohledem na věk.

H16: Doména životních podmínek v rámci WHOQOL-BREF se u uživatelů pervitinu liší s ohledem na délku užívání.

Popham a Iannelli (2021) popisují vzdělání jako proměnnou významně ovlivňující kvalitu života v neprospěch osob s nižším vzděláním. Přístup k penězům, moci a prestiži souvisí s profesní třídou a statusem, který se obvykle získává vzděláním. K dalším faktorům snižujícím kvalitu života pak spolu s věkem patří špatná ekonomická situace, nevyhovující bytové podmínky či snížený pocit jistoty a bezpečí. Dalším důvodem může být mimo jiné horší přístup ke zdravotní péči (Ondrušová, 2009).

2.2.1 Operacionalizace hypotéz

Jednotlivé domény QOL (tj. fyzické zdraví, duševní zdraví, sociální vztahy a životní podmínky) byly zjišťovány subskórem zjištěným na základě statistického zpracování dotazníku WHOQOL-BREF. Otázky sociodemografického charakteru (pohlaví, věk, vzdělání a délka užívání pervitinu) byly zjišťovány prostřednictvím vlastních otázek, které byly doplněny do dotazníku.

3 Metodika výzkumu

Pro účely disertační práce byla zvolena kombinace strategie kvalitativního a kvantitativního výzkumu.

Kvalitativní výzkumná strategie byla vybrána z několika důvodů. Umožňuje výzkumníkům získat poměrně podrobný popis a vhled v rámci zkoumání jedince, skupiny či určitého fenoménu. Díky tomu mohou být získána nová stanoviska k jevům, které jsou již známy. Poskytuje také možnost studovat procesy, navrhopvat teorie a zkoumat určitý fenomén v přirozeném prostředí. Relativně citlivě zohledňuje místní situaci, podmínky a působení kontextu (Hendl, 2005). Výhodou kvalitativního výzkumu je kontextuálnost, dynamika, reflexivita a procesuálnost. Nevýhodou je, že získané výsledky nelze zobecnit na celou zkoumanou populaci a statisticky zpracovat (Miovský, 2006).

Metodou výzkumu byla zvolena zakotvená teorie. Cílem této metody je vytvoření teorie, která by nám poskytla možnost lépe porozumět námi zkoumanému jevu a bude pevně zakotvená v získaných datech, jak také napovídá její název (Řiháček, Hytych, 2013).

S ohledem na stanovený cíl práce byl spolu s kvalitativním použit i kvantitativní výzkumný design. Jak uvádí Hendl (2005), kvantitativní přístup využívá statistických metod, snaží se ověřit platnost předpokládaných hypotéz a nezkoumá problematiku příliš do hloubky. Výhodou je fakt, že získané výsledky lze zobecnit na populaci, poskytuje nám přesná numerická data, jejichž analýza je poměrně rychlá. Výsledky jsou relativně nezávislé na výzkumníkovi.

Kvantitativní výzkum je charakteristický reduktivním zkoumáním a data v něm mají číselnou podobu. Soustředí se na již stabilizované jevy, které jsou relativně jednoduché a do jisté míry poznané. Podstatou tohoto výzkumného designu je zaměření na vztahy mezi proměnnými. Realita je popisována pomocí proměnných, jejichž hodnoty jsou zjišťovány prostřednictvím měření, přičemž účelem je zjistit jejich rozložení a vztahy mezi nimi (Punch, 2008).

3.1 Metody a techniky sběru dat

3.1.1 Kvalitativní data

Metodou pro sběr dat kvalitativní části výzkumu byla zvolena metoda dotazování a jako technika byla použita kombinace biograficko-narativního a polostrukturovaného rozhovoru, přičemž byla věnována pozornost vyprávění informantů o vlivu užívání drogy na jejich životní situaci, zdravotní stav apod. Vzor otázek lze nalézt v Příloze 1.

Chceme-li použít metodu individuálního rozhovoru, je potřeba si ujasnit, zda a do jaké míry ho budeme strukturovat. Narativní rozhovor je specifická podoba volného rozhovoru, při němž je jedinec vybídnut, aby volně vyprávěl o určitém tématu, životní události, zážitku, příběhu apod. Svě vyprávění tvoří z informačních segmentů, jež na sebe smysluplně navazují, ať už chronologicky, obsahově nebo jiným způsobem. Tato sdělení o běžném osobním životě mají určité konstantní a obecné struktury. Předpokladem je, že volné vyprávění odhalí subjektivní zkušenosti (Reichel, 2009).

Záměrem v rámci výzkumu bylo rozhovory s participanty částečně strukturovat. Pro polostrukturovaný rozhovor je typické určité předem vytvořené schéma, které lze označit jako pro tazatele závazné (Miovský, 2006). Toto schéma nám zaručuje, že se během rozhovoru dostane na všechna témata, která považujeme za zajímavá. Formulace otázek a pořadí, ve kterém na ně bude daný jedinec dotázán, závisí na nás. Můžeme si je přizpůsobit podle situace a potřeby, zároveň se snažíme získat co nejvíce požadovaných dat (Hendl, 2005).

Miovský (2006) popisuje tzv. jádro interview, které zahrnuje základní otázky a témata, kterých se nesmíme zapomenout dotknout. Polostrukturovaný rozhovor usnadňuje udržení linie zaměření, ale zároveň zjištění vlastního pohledu a osobní zkušenosti dotazovaného (Hendl, 2005).

Jak uvádí Miovský (2006, s. 161): *„Výhodou polostrukturovaného rozhovoru je především to, že dokáže eliminovat nevýhody obou zbývajících variant metody interview (nestrukturovaného a plně strukturovaného) a vytěžit současně maximum jejich výhod.“* Možnost kombinace prvků nestrukturovaného a strukturovaného interview činí z metody

polostrukturovaného interview téměř ideální výzkumný nástroj v rámci kvalitativního přístupu (Miovský, 2006).

3.1.2 Kvantitativní data

Ke sběru kvantitativních dat bylo zvoleno využití dotazníkového šetření. Mezi výhody dotazníkového šetření patří to, že distribuce dotazníků je velmi rychlá, většinou levná a méně náročná na čas. Dotazník lze distribuovat i na velké vzdálenosti (např. prostřednictvím emailu, sociálních sítí apod.) a je u něj možno zajistit anonymitu respondentů. Ve většině případů není nutné zaškolení dalších osob a respondentům poskytuje dostatečný časový prostor pro odpověď (Borůvková, 2013).

V rámci výzkumu byl využit standardizovaný dotazník doplněný o několik vlastních otázek sociodemografického charakteru a týkajících se drogové kariéry respondentů. Pokud se jedná o výzkumné nástroje k hodnocení kvality života u drogově závislých, pak je nejčastěji používaným standardizovaný dotazník WHOQOL (např. Ghalesefidi, 2019, či Muller, Skurtveit, Clausen, 2016). Mezi dále využívané dotazníky, dle specifických cílů výzkumů, lze zařadit kupříkladu QLI (např. Santos, 2017) či Quality of Life Scale-QOF-26 (např. Rafiq, Rafiq, 2019) nebo SF-12 (např. Hallit, 2019). V našem případě jsme využili univerzální anonymní dotazník WHOQOL ve zkrácené verzi BREF. Dotazník WHOQOL jako první uvedla Světová zdravotnická organizace již v roce 1991.

Jeho zkrácená a zjednodušená verze se nazývá WHOQOL-BREF. Dotazník WHOQOL byl takto zjednodušen kvůli obsažení většího vzorku respondentů. WHOQOL-BREF je nejpoužívanějším dotazníkem ke zjištění kvality života (Rapley, 2003). Skládá se z 26 otázek, měřících základní dimenze kvality života (fyzický stav, prožívání, prostředí a sociální vztahy). U 25 otázek je volena odpovídající varianta na pětistupňové Likertově škále. 24 otázek tedy zastupuje všechny aspekty respondentova života a dvě položky jsou samostatné hodnocení kvality života a celkového zdravotního stavu (Dragomirecká, Bartoňová, 2006a).

Vyplnění dotazníku WHOQOL-BREF trvá přibližně 5-10 minut. Administrace, která probíhá formou rozhovoru, potom trvá 15-20 minut (Šťastná, 2007). Právě menší časová dotace, která je potřebná k administraci a samotnému vyplnění zkrácené verze dotazníku, byla vzhledem k výzkumnému souboru a jeho pravděpodobné neochotě vyplňovat delší

verzi jedním z důvodů, proč byl v rámci výzkumu použit. Zároveň byla srozumitelnost otázek v dotazníku ověřena na vzorku pěti uživatelů pervitinu. Dotazník je přiložen v Příloze 2.

3.2 Výzkumný soubor

3.2.1 Kvalitativní část

Výzkumný soubor v rámci kvalitativní části výzkumu byl tvořen uživateli pervitinu, kteří žijí v Českých Budějovicích (viz Tabulka 1). Všichni informanti byli klienty služeb pro uživatele drog v Českých Budějovicích (Kontaktní centrum Prevent, Adiktologická poradna Prevent). Záměrem při výběru výzkumného souboru byla jeho variabilita. Zároveň byli vybíráni uživatelé pervitinu, kteří primárně nepocházeli z exkludovaných lokalit či z exkludovaného rodinného prostředí.

Jednalo se celkem o 15 informantů, což bylo určeno výsledným nasycením dat získaných na základě rozhovorů. Jednalo se o sedm mužů a osm žen, nejmladšímu informantovi bylo 17 let, nejstaršímu pak 60, průměrný věk činil 30,5 roku. Dosažené vzdělání bylo zastoupeno dokončením základní školy, středoškolským vzděláním zakončeným výučním listem či maturitou i vysokoškolským vzděláním. Převládalo základní vzdělání, které bylo zaznamenáno u devíti informantů. Čtyři pak absolvovali učební obor a získali výuční list, jeden zakončil studium maturitou a v jednom případě informant vystudoval vysokou školu s bakalářským titulem.

Primární drogou byl u všech zúčastněných pervitin, mimo něj byly dalšími užívanými drogami opiáty, marihuana a alkohol. Délka užívání se pohybovala od dvou do 44 let. V souvislosti s užíváním drog nastoupilo výkon trestu deset z patnácti informantů, někteří opakovaně. Čtyři uživatelé v době realizace rozhovoru získávali finanční prostředky legální cestou (práce, brigáda), zbylí uživatelé využívali jiné zdroje příjmů (prostituce, žebrání apod.). Co se týče prostředí, v němž žili, dva informanti bydleli spolu v jedné domácnosti se svými příbuznými, jeden měl zajištěné bydlení prostřednictvím sociálního bytu, jeden v azylovém domě a zbylých 11 žilo po squatech, tzv. toxi bytech či na ulici. Šest z nich má určitou zkušenost s abstinencí (výkon trestu, léčba, těhotenství).

Tabulka 1 Sociodemografické údaje uživatelé pervitinu – kvalitativní výzkum

	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Délka užívání
Informant 1	muž	37 let	vysokoškolské	15 let
Informant 2	žena	42 let	základní	26 let
Informant 3	žena	33 let	střední s výučním listem	13 let
Informant 4	žena	17 let	základní	2 roky
Informant 5	žena	35 let	střední s výučním listem	10 let
Informant 6	žena	23 let	základní	4 roky
Informant 7	muž	33 let	střední s maturitou	12 let
Informant 8	muž	23 let	střední s výučním listem	5 let
Informant 9	žena	29 let	základní	10 let
Informant 10	muž	31 let	základní	13 let
Informant 11	muž	29 let	základní	12 let
Informant 12	muž	60 let	střední s výučním listem	44 let
Informant 13	žena	36 let	základní	10 let
Informant 14	muž	35 let	základní	15 let
Informant 15	žena	31 let	základní	8 let

Zdroj: Vlastní výzkum

3.2.2 Kvantitativní část

Vzhledem k mému dlouholetému působení v organizaci, která poskytuje služby pro uživatele drog v rámci celého Jihočeského kraje, bylo možné získat participanty pro výzkum k disertační práci i přes pandemickou situaci v České republice v souvislosti s COVID – 19, která částečně zasahovala do období sběru dat.

Výzkumný soubor pro kvantitativní část výzkumu představovali uživatelé metamfetaminu v Jihočeském kraji. Dle Mravčíka a kol. (2019) činila velikost populace problémových uživatelů v dané oblasti za rok 2018 2500 osob. Reprezentativní vzorek při hladině významnosti 95 % a intervalu spolehlivosti 4 tak činí 484 osob.

Ve spolupráci s kontaktními centry, terénními službami, službami poskytujícími ambulantní léčbu, doléčování a dalšími službami pro uživatele drog se podařilo získat vzorek o velikosti 450 osob, které byly ochotny se zúčastnit dotazníkového šetření. Do výzkumu byli zapojeni uživatelé z různých oblastí Jihočeského kraje-Českobudějovicko, Prachaticko, Strakonicko, Českokrumlovsko, Tábořsko apod., pouze pro oblast Písecka se nám nepodařilo zajistit návratnost dotazníků.

Výzkumný soubor tvořilo po odstranění neúplně vyplněných dotazníků 437 osob, z toho bylo 289 mužů a 148 žen. Věkový průměr souboru činil 27 let, kdy nejmladší respondent měl 18 a nejstarší 52 let. Průměrná délka užívání pervitinu činila 6,5 let a pohybovala se v rozmezí 1 roku až 17 let. Většina respondentů vykazovala křížovou závislost s nějakou další návykovou látkou, nejčastěji alkoholem (95 %) a nikotinem (92 %), dále pak marihuanou (75 %). Z hlediska vzdělání převažovalo středoškolské vzdělání bez maturity (39 %) a základní vzdělání (41 %), s maturitou (13 %) a nejméně osob bylo s dokončeným vysokoškolským vzděláním (7 %). Co se týče socioekonomické situace, jednoznačně převládali nezaměstnaní (56 %), pravidelné či příležitostné zaměstnání mělo 27 % osob a zbývajících 17 % patřilo mezi poživatelé různých forem důchodu, rodičovského příspěvku atp.

3.3 Průběh sběru dat

3.3.1 Sběr kvantitativních dat

Sběr kvantitativních dat probíhal formou dotazníkového šetření, přičemž bylo záměrem získat data v rámci celého Jihočeského kraje. Dotazníky byly distribuovány osobně mnou nebo mými proškolenými kolegy v rámci adiktologických služeb v Českých Budějovicích i mimo krajské město. Mé několikaleté působení v oblasti služeb pro uživatele drog mi zajistilo ve většině případů vstřícný kolegiální přístup.

Telefonicky, emailem či formou osobního setkání jsem informovala zástupce těchto služeb v rámci různých měst Jihočeského kraje o mém záměru zrealizovat dotazníkové šetření zaměřené na kvalitu života u uživatelů metamfetaminu. Vysvětlila jsem jim, že se jedná o součást disertační práce a popsala jim oblast mého zájmu. Informovala jsem je o předpokládaném průběhu sběru dat, tedy jakou formou bude probíhat, jak je administrace dotazníku zhruba časově náročná, jaký vzorek potřebuji apod.

Následně proběhla distribuce dotazníků do jednotlivých zařízení poskytujících služby uživatelům drog. Pracovníci byli požádáni o administraci dotazníků konkrétně u uživatelů pervitinu a zadávání jim bylo vysvětleno. V rámci Českých Budějovic jsem si zadávání dotazníků z části zajišťovala sama v rámci působení v Adiktologické poradně Prevent a Kontaktním centru Prevent. Všichni kolegové na mě měli kontakt a kdykoliv se na mě mohli obracet s případnými dotazy či obtížemi. Po určité době jsem se s kolegy vždy spojila, abych zjistila, jak sběr dat probíhá a vyplněné dotazníky si vyzvedla. Po získání dostatečného množství respondentů byl sběr dat ukončen a následovala jejich analýza.

3.3.2 Sběr kvalitativních dat

Před započítím sběru kvalitativních dat jsem seznámila se svým záměrem realizace individuálních rozhovorů své kolegy z Adiktologické poradny a Kontaktního centra, kde jsem samotný sběr dat předpokládala. Vzhledem k předchozímu zapojení obou zařízení do kvantitativní části výzkumného šetření byli kolegové již s konkrétními informacemi týkajícími se tématu a cíle disertační práce obeznámeni. V rámci Adiktologické poradny, kde jsem působila několik let pracovně, jsem klienty předem oslovila a požádala je, zda by byli ochotni se se mnou podělit o svoji zkušenost. Vysvětlila jsem jim, že se jedná o výzkum k mé disertační práci. Poté byl domluven termín, kdy se setkání uskuteční a klienti byli informováni, že si na něj mají vymezit zhruba 45-60 minut.

Realizace rozhovorů v Kontaktním centru probíhala mírně odlišně. Vzhledem k tomu, že jsem nebyla součástí pracovního týmu, z části klienty seznamovali s mým výzkumným záměrem zdejší pracovníci. S nimi jsem se předem domluvila, které dny budu trávit u nich v Kontaktním centru, aby případně mohli vytipovat vhodné klienty a pokusit se domluvit s nimi termín setkání se mnou. Z většiny však získání informantů probíhalo za mojí přítomnosti, kdy jsem je oslovovala s popisem své žádosti o rozhovor, jeho tématem,

důvodem, proč rozhovory dělám. Klienti měli možnost odmítnout, což několik z nich využilo zejména po sdělení, že bych potřebovala cca 45 minut jejich času. Tento způsob získávání výzkumného souboru byl náročný na čas pro mě jako pro výzkumníka, jelikož většinou nebylo předem jisté, zda se během dne jeden či více rozhovorů vůbec uskuteční.

V rámci kvalitativní části výzkumu bylo provedeno 15 individuálních interview, a to v období od 20.9.2018 do 16.4.2021. Všechny probíhaly v prostorách Kontaktního centra Prevent a Adiktologické poradny Prevent v Českých Budějovicích. Rozhovory proběhly v různých denních dobách a trvaly od 35 do 45 minut v prostorách obou zařízení. V Adiktologické poradně byla pro účely interview využita jedna z terapeutických místností, kde bylo zajištěno klidné prostředí a soukromí. Tytéž podmínky jsem se pokusila zajistit v Kontaktním centru v tzv. kontaktní místnosti. Skutečnost, že celý výzkum byl uskutečněn ve známém prostředí a pro mnoho informantů známou osobou, podle mého názoru přispěla k otevřenosti všech.

Při každém rozhovoru jsem s sebou měla seznam otázek, na které jsem se chtěla zeptat, a které mi umožnily udržet linii rozhovoru v případě, že měl některý z uživatelů tendenci odbíhat úplně mimo téma. Další pomůckou, kterou jsem použila, byl mobilní telefon jako nahrávací zařízení. Před začátkem rozhovoru jsme se s informantem posadili na židle naproti sobě a na stole mezi námi byl položen mobilní telefon. Každého jsem ujistila, že nahrávka rozhovoru samozřejmě nebude nikde šířena a bude hned po přepsání smazána. Dále jsme si potvrdili, že nebudou použity žádné údaje, podle nichž by bylo možné daného člověka rozpoznat, a nabídla jsem možnost poskytnutí přepisu nahrávky k autorizaci.

Na úvod jsem se každého vyptala na určité sociodemografické údaje a postupně jsme se vnořili do tématu užívání drog a volného vyprávění o zkušenostech jednotlivých uživatelů. V případě, že mi něco nebylo jasné, nebo bylo potřeba doplnit určité informace, doptávala jsem se. Po zodpovězení všech otázek byla každému z informantů poskytnuta možnost vyjádřit se k tématu a průběhu setkání. Mohli se také zeptat na vše, co je zajímalo. Než jsme rozhovor ukončili, každému jsem poděkovala a rozloučili jsme se.

Nahrávky byly zakódovány a uloženy do uzamčeného osobního počítače. Dále probíhala doslovná transkripce získaných rozhovorů. S přepisy rozhovorů bylo zacházeno stejným způsobem jako s audiozáznamy.

Výzkumné šetření v rámci kvalitativního a kvantitativního výzkumu probíhalo v letech 2017-2021. Data, která byla získána, byla průběžně analyzována a zároveň během výzkumné části probíhala, ve spolupráci se školitelkou, reflexe průběžných výsledků.

3.4 Analýza dat

Pro analýzu kvalitativních dat byla zvolena metoda zakotvené teorie. Autory zakotvené teorie jsou B. G. Glaser a A. L. Strauss (1967). Metoda zakotvené teorie (grounded theory method, dále GTM) je pravděpodobně nejdříve využívaným přístupem v kvalitativním výzkumu (Bryant, Charmaz, 2007).

Hlavním cílem GTM je vybudovat teorii zkoumaného jevu: jeho abstraktní, teoretické uchopení, které nám umožní daný jev pregnantně pojmenovat, lépe mu porozumět v různých souvislostech a díky tomu být i úspěšnější v jeho předvídání a ovlivňování (Řiháček, Hytych, 2013, s. 44). Miovský (2006) k analýze prostřednictvím zakotvené teorie dodává, že se jedná o zkoumání jevu prostřednictvím shromažďování informací a následnou analýzu. Hendl (2016) uvádí, že zakotvená teorie je využívána v rámci objevování a rozvíjení nových teorií, v případě této disertační práce se jedná o způsob analýzy námi získaných dat.

Zakotvená teorie sestává ze tří fází, a to otevřeného, axiálního a selektivního kódování (Strauss, Corbin, 1999). Pro první fázi analýzy se nejčastěji používá označení otevřené kódování. Jejím cílem je konceptualizovat získaná data, tj. postupně vytvářet pojmy zachycující „esenci“ konkrétních zkoumaných událostí či jevů. Vytváříme tedy pojmy, které jsou zakotveny v datech, ale samy o sobě mají abstraktní povahu, jelikož vyjadřují myšlenku, zkušenost, nebo princip, které jsou platné napříč různými událostmi či situacemi (Řiháček, Hytych, 2013).

Prvním krokem je nalezení tzv. významových jednotek, což jsou úseky v analyzovaném textu nesoucí informaci ve vztahu k formulované výzkumné otázce (Mioviský, 2006). Každou významovou jednotku si vyznačíme v textu a stručně ji pojmenujeme (podle používané terminologie „okódujeme“). Kód by měl vystihovat podstatu dané významové jednotky tak, jak jí my jako výzkumníci právě rozumíme. Obvyklé je spíše nepřiliš dlouhé pojmenování (jednoslovné či několikaslovné). Kód nám slouží jako „rukojet“, za kterou

můžeme námi nalezenou významovou jednotku „uchopit“ a pracovat s ní, tedy porovnávat, třídit, slučovat s jinými kódy apod. (Charmaz, 2006).

V rámci výzkumu tedy data získaná přepisy rozhovorů nejprve prošla fází otevřeného kódování, kdy jsem si opakovaně pročítala přepisy rozhovorů a začala jsem v textu hledat myšlenky, události a jevy, které se vztahují ke stanoveným výzkumným otázkám. Ty jsem pak pomocí funkce vložení komentáře do textu označila a okódovala. Významovým jednotkám jsem přiřadila kódy vystihující jejich obsah. Byly použity pojmy, které uvedli sami účastníci výzkumu nebo pojmy popisující téma obsahově. Pro vytvoření kódu lze využít své vlastní označení, nebo si můžeme vypůjčit slova samotných účastníků výzkumu (to někdy označujeme jako „in vivo“ kód) (Charmaz, 2006).

Ve druhém kroku jsou pak tyto menší analyzované části porovnány s ohledem na podobnosti a rozdíly. Podobné významové jednotky lze označit stejným kódem. Strauss a Corbin (1999) používají pojmy koncept a kategorie k označení jevu, který je kategorizován a pojmově přiřazen k jednomu kódu (konceptu) nebo konceptům vyššího řádu (kategorie). To znamená, že vyvinuté koncepty se potom vztahují k dalším konceptům, takže vznikají kategorie vyššího řádu, čímž lze popsat různé dimenze kategorie. Během procesu vývoje dimenzí kategorií jsou v popisech kódu stanoveny a vysvětleny teoreticky relevantní charakteristiky každé kategorie (Mey, Mruck, 2011). Celkovým cílem otevřeného kódování je vyvinout množství kódů, pomocí kterých lze data popsat.

V této fázi byly tedy vytvořeny skupiny pojmů, které byly dále spojovány dohromady na základě jejich tématické podobnosti. V případě, že určitý kód zapadal do více skupin, byl zařazen do obou. Získala jsem tak kategorie tvořené subkategoriemi. Názvy kódů, subkategorií i kategorií byly voleny tak, aby pokud možno zcela postihovaly jejich obsah. Jednotlivé koncepty jsem se pokusila definovat, díky tomu jsem si ověřila, zda je jejich umístění v kategoriích odpovídající. Na základě toho byly jednotlivé kategorie a subkategorie upravovány, porovnávány a různě přemísťovány. Seznam, který vznikl (viz Příloha 3), jsem porovnávala se zápisy z rozhovorů, abych se ujistila, že odpovídá jejich obsahu.

Podle Strausse a Corbinové (1999) je pro zkoumání vztahů mezi koncepty a kategoriemi, které byly vyvinuty v procesu otevřeného kódování, zapotřebí axiální kódování. Pro

k centrálnímu konceptu přesunut a subkategorie tak byly částečně upraveny. Kvalitativní data byla zpracovávána v programu Microsoft Word a z části v programu Atlas.ti.

Data kvantitativního charakteru byla z dotazníků převedena do datové matice a následně statisticky zpracována. Popisná statistika byla provedena v programu Excel a testování hypotéz pomocí programu IBM SPSS Statistics verze 24.0. S ohledem na normální rozložení dat a reprezentativní velikost souboru byly zvoleny parametrické testy, konkrétně korelace a t-test. Všechny výpočty byly realizovány na hladině významnosti 95 %.

3.5 Etika výzkumu

Vzhledem ke skutečnosti, že výzkumný soubor tvořily osoby, které jsou zároveň klienty různých adiktologických služeb v rámci Jihočeského kraje, pokládám za nutné zmínit etické principy zajišťující jejich bezpečí. Dodržování základních etických pravidel je zaručeno samotným zařízením, v jehož rámci byl výzkum prováděn. Adiktologická poradna Prevent, Kontaktní centrum Prevent v Českých Budějovicích, Prachaticích a Strakonících, Jihočeský streetwork Prevent působící v celém Jihočeské kraji patří mezi zařízení registrovaná Ministerstvem práce a sociálních věcí a vlastní certifikaci Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, musí tedy vyhovovat jejich požadovaným standardům. Klienti ve většině z nich mají možnost vystupovat v rámci anonymity pod přiděleným kódem, čehož jsme využili v rámci dotazníkového šetření.

Konkrétně pak byli klienti daných služeb předběžně seznámeni se záměrem realizace výzkumu a požádáni o souhlas s jeho provedením. Věděli, že účast je zcela na bázi dobrovolnosti. Před samotným započítáním sběru dat byl ústně zaznamenán informovaný souhlas s účastí na výzkumu a znovu připomenuta možnost odmítnout či kdykoliv účast ukončit bez jakýchkoliv sankcí. Dále jsme se snažili zajistit bezpečí participantů tím, že v prepisech rozhovorů byla jejich jména a jiné určující záznamy upraveny. Údaje, které by mohly být ohrožující, jsem zcela vyřadila nebo změnila (jména lidí, označení známých míst).

Nahrávky, které byly získány v rámci sběru dat, jsem ihned po transkripci vymazala. Prostředí, v němž sběr dat probíhal, a osoby, které se na něm podílely, byly účastníkům výzkumného šetření známé. Záměrem tohoto byla snaha zajistit klientům

spolupracujících zařízení co největší pocit bezpečí a eliminovat např. obavy ze stigmatizace apod. Každému z klientů byla nabídnuta možnost získání výstupů z výzkumného šetření, o což ale neprojeví zájem. Oproti tomu u pracovníků adiktologických služeb podílejících se na sběru dat byl zaznamenán zájem o poskytnutí zjištěných závěrů.

3.6 Limity výzkumu

Pokud se pokusíme nahlédnout na provedené výzkumné šetření objektivním pohledem, zaznamenáme určité limity a možná zkreslení. Jedním z možných omezení studie je skutečnost, že se jí zúčastnili pouze uživatelé metamfetaminu, kteří byli klienty služeb zaměřených na práci s drogově závislými jedinci. Ti však nepředstavují celou demografickou skupinu uživatelů metamfetaminu v Jihočeském kraji. Nezachytili jsme ty uživatele, kteří nevyužívají výše uvedené adiktologické služby. Mimo výzkumný soubor lze uvažovat o uživateli, pro něž jsou dané služby i přes nízký práh vstupu do nich z nejrůznějších důvodů nedostupné. Protipólem pak mohou být osoby užívající pervitin, které v rámci celospolečenského kontextu žijí „běžný“ život a využití adiktologických služeb nepovažují za potřebné.

Jako možné zkreslení související se sběrem dat prostřednictvím individuálních rozhovorů je potřeba uvést i tendence pozitivně upravit popis sdílené reality, což je typickým jevem pro různé marginalizované skupiny. Toto jednání může být jakousi obranou z obávaných restrikcí, ale i snahou zapůsobit na výzkumníka. Poupravená realita tak může být určitou adaptační strategií (Kajanová, Mrhálek, 2016).

V rámci dotazování na kvalitu života u uživatelů metamfetaminu pak mohlo dojít ke zkreslení vlivem aktuální situace na odpovědi informantů, což popisuje i Kajanová (2014). Dalším aspektem, který mohl hrát roli v rámci zkreslení získaných dat, byla vzhledem k charakteristice výzkumného souboru možná intoxikace jednotlivých účastníků výzkumu, kterou nebylo možné relevantně ověřovat.

4 Výsledky

4.1 Výsledky kvalitativní části sběru dat

V této části výsledků jsou popsána a interpretována kvalitativní data získaná prostřednictvím individuálních rozhovorů s uživateli pervitinu a následnou analýzou za použití metody zakotvené teorie (Charmaz, 2006). Jedná se o popis jednotlivých kategorií a podkategorií vytvořených v rámci kódování, které jsou doplněny o citace jednotlivých informantů.

4.1.1 Reakce

Významným konceptem, který vznikl kódováním dat, a který propojuje jev sociální exkluze s užíváním pervitinu, je koncept nazvaný REAKCE. Ten zahrnuje kategorie, které popisují tři hlavní dimenze, a to REAKCE samotného UŽIVATELE, REAKCE OKOLÍ a REAKCE jeho RODINY v souvislosti s užíváním drogy. Jednotlivé kategorie jsou vzájemně provázány.

4.1.1.1 Reakce uživatele

V rámci kategorie nazvané reakce uživatele bylo identifikováno několik přístupů jedince užívajícího drogu ke svému okolí a strategií jednání s tím spojených. Ty zde budou popsány.

Ignorance okolí

Prvním z přístupů k okolí, který uživatelé zmiňovali, byla jeho ignorace. Ta byla nejčastěji popisována v případě, kdy někdo v okolí uživatele zjistil, že „bere“. Informanti opakovaně uváděli, že pokud se o problému dozvědělo širší okolí, nebylo to pro ně subjektivně důležité:

„No, já ty reakce prostě něk nevnímám, mně je to něk jedno, co si myslí. No, jako jakmile je to cizí člověk, tak to je mi to úplně šumák.“ (IN8)

„Mně to jako nevadilo, že se to ví, tak jako vnímala jsem to, ale že by mě to nějak trápilo to né. Brala jsem dál ...“ (IN4)

V jednom případě informant uvedl tuto strategii ve spojitosti s rodinou, s níž však neměl zcela funkční vztahy:

„... u těch mi to bylo jedno jako, nebavíme se od mejh 17, jako dozvěděli se to jo, ale co jako no.“ (IN12)

Sebevyločení

Další ze způsobů, jakým uživatel jedná ve vztahu ke svému okolí, byl nazván sebevyločení. Jak lze vyvodit z názvu samotného, jedná se o strategii, kdy jedinec z nejrůznějších příčin exkluduje ze společnosti sám sebe. Straní se kontaktu s okolím a izoluje se:

„Nechci bejt s lidma v kontaktu, jsem sám, jsem tam zalezlej v tom svým doupěti, jednou týdně vyrazim pro drogy někam, když musim, ale jinak jsem tam sám a spokojenej, dám si, kdy chci, dělám si, co chci...“ (IN12)

„...tak se bojím chodit do společnosti, protože nechci, aby to na mě ostatní poznali, oni by mě odsoudili, kdyby se to provalilo, že to někdo pozná.“ (IN13)

„Lidem se dlouho vyhybam, když vím, že to vědí, dlouho mi trvá než se jim podívám do očí.“ (IN14)

Se sebevyločením souvisí také volba sociálních vazeb uživatele, která bývá úzce zaměřena na jiné osoby užívající drogy:

„Většinou jsme hele ve společnosti feťáků, jako já nevim čím to je, jo, ale já prostě nedokážu bejt s normálníma lidma co neberou, no, nějak se prostě začlenit mezi ně.“ (IN11)

„To já mám jenom pár takových normálních lidí, stýkám se málo s někým, kdo nebere.“ (IN14).

„Ty normální lidi, jo, někdo by jako možná, no, asi by to moje chování, koukali by na mě trošku divně, jo.“ (IN6)

Držení v tajnosti

Další z možností jednání, kterou uživatelé pervitinu využívají ve spojitosti se svým okolím, je snaha o utajení skutečnosti, že užívají drogy. Pokoušejí se to skrývat jak před svými blízkými, tak i v rámci většinové společnosti a institucí, s nimiž přijdou do styku. Pod pojmem instituce jsou zde zahrnuty např. školy, zaměstnání, zdravotní služby, úřady apod.

„... stydím se za to, to je jasný, snažím se to skrývat.“ (IN14)

„Oni to neví do dneška, jako mamka, ona, jako já mám tři léčby za sebou, jo a on to nikdo nikdy nevěděl, jo... a vlastně neví to ani dotedka, jo.“ (IN7)

Snaha o udržení užívání v tajnosti souvisí mimo jiné s negativní reakcí okolí, která případně následuje poté, co se na vše přijde a uživatel je vnímán jinak, většinou ne zcela pozitivně:

„Ted' se cítím normálně no, protože tak potají fetuju. Ale když jsem bydlel po squatech, chodil jsem po městě špinavej, otáčí se za váma lidi, koukají, i známý, vidí vás špinavýho, zfetovanýho...“ (IN11)

„Nechtěla sem, aby to někdo věděl. Nevím prostě mi přišlo, že ty lidi, co to vědí, že koukaj tak, že jste fetáci no.“ (IN4)

„Proto je to lepší nikomu to neříkat, pokud to není poznat jo, oni pak všichni jakoby otočí no.“ (IN6)

Vyhýbání se

V souvislosti se záměrem uživatelů předejít prozrazení faktu, že užívají drogy, se v repertoáru jimi používaných strategií objevuje i vyhýbání se kontaktu, a to zejména v rámci institucí. Často se tedy můžeme setkat s tím, že se jedinec chce vyhnout lékařským prohlídkám, ošetření v případě zdravotních obtíží, vyřizování potřebných úkonů na úřadech apod.:

„Když nemusim, tak k doktorům nejdu, jako já jsem zvyklá nosit dlouhý rukávy, aby nic nebylo vidět, to tam by to poznali.“ (IN4)

„Úřady, no na úřadech, to jsem taky jako nikde asi ani na úřadech takhle nebyla, možná tak jako na pracáku, ale tam to jako ani neví, jo.“ (IN6)

„Ehm. No takhle, tak přístup k doktorům, to jsem nechodila nikdy k doktorovi no, tak když máš nějaký problém nebo tě něco bolí, tak já k doktorovi prostě jako fakt nejdu, no.“ (IN6)

Stejně tak se snaží uniknout možným negativním reakcím okolí na svou osobu v případě, že je jeho drogová kariéra již prozrazena:

„Třeba teď s tou rukou se mi začalo něco dít, vyhýbal jsem se dlouho někam jít s tou rukou, šel jsem na zákrok, doktor to poznal, viděl žíly a hned ten jeho přístup byl jinej.“ (IN14)

„Jako ono to není nic moc jo, když si máš jít pro dávky a úplně vidíš ty pohledy tam, jako no jo, to je feťák, ten to chce na drogy.“ (IN6)

Racionalizace užívání

Uživatel pervitinu je schopný si vsugerovat, že drogu potřebuje, že mu její užívání pomáhá a že ho vlastně v ničem neomezuje. Tím obelhává sám sebe, aby si užití obhájl. Jak sami informanti uváděli, když chtějí drogu „brát“, vždy si sami před sebou dokážou velmi dobře odůvodnit proč. Takový náhled byl zaznamenán u uživatelů, kteří měli zkušenost s abstinencí. Jedinci v období aktivní drogové kariéry užívání racionalizují nevědomě:

„Já jakoby, na jednu stranu mi drogy pomáhají, jsem živější, mám víc energie, živil jsem tři děti, tak to se moc nemůžeš zastavit jo...“ (IN13)

„Jinak jsem zdravěj, protože mě udržují drogy na živu, jinak už bych tu asi nebyl.“ (IN12)

„...ale tak dá se fungovat i když neabstinuješ, můžeš normálně brát, je jiný, když to jsou lidi, co žijou ve squatu, chovají se tam jako idioti a čau, pijou, je jim všechno jedno.“ (IN2)

4.1.1.2 Reakce okolí na uživatele

Další kategorie, která se během analýzy kvalitativních dat vynořila, byla pojmenována v souladu s jejím obsahem jako reakce okolí na uživatele. V této kategorii není zahrnuta oblast rodiny a služeb ve zdravotnictví, těm bude věnována pozornost zvlášť. V případě, že se užívání drogy nepodaří jedinci utajit, následují ze strany společnosti dva typy reakce: ignorace problému nebo exkluze uživatele (viz dále).

Ignorace problému

První variantou jednání, s nímž se uživatelé pervitinu setkávali, byla ignorace problému ze strany společnosti a institucí. Mezi uváděnými byla např. zkušenost s ignorací užívání drogy ze strany zaměstnavatele, dohlížející sociální pracovnice apod. Ve všech případech si informanti byli jistí, že dané osoby o problému s drogami věděly, ale nijak nereagovaly:

„V podstatě i sociálka to minulej rok musela poznat, já tam přijela s roznípaným obličejem, zakrytá, zakytovaná aknecolorem, v létě, takže mi to všechno takhle teklo a já jsem jí tam, teď tam sedíš jako půl metru od ní, z očí do očí, teď úplně nervy a teď vlastně, všechno je dobrý, jo, jo, jo a zase jsem šla, neřešila to.“ (IN3)

„On dělá zámečníka a jak je jako najetej, jo, tak na něm to není tak znát, jo třeba, jako na mě, jo. Takže tak, ale jako on se to dozvěděl šéf, tak to jakoby koukal, jo, ale maká, takže ty jsou za něj třeba hrozně rádi, jo.“ (IN6)

Kromě širšího okolí informantů docházelo k ignoraci jejich problému i ze strany jim bližších osob, jako např. známých:

„...protože, já si myslím, že oni to třeba věděli, viděli mě, takže to věděli. Ale dělali, že to není tak hrozný, že snad se z toho dostanu. Já si myslím, že to všichni věděli, ale doufali, čekali, kdy se to posere, ne čekali a dělali, že se nic neděje, ale já jsem to taky možná dobře hrála, určitě.“ (IN3)

Exkluze – společností, institucemi

Druhým typem reakce společnosti, s nímž se uživatelé setkávali výrazně častěji, bylo jejich vyloučení. Informanti popisovali negativní reakce na svoji osobu a různé formy znevýhodňování nebo odmítnutí ze strany společnosti v rámci každodenního života.

Setkávali se s ním při řešení bydlení, při nákupu v obchodě, při procházení ulicemi města apod.:

„No, tak s bytem, to se takhle moc nechytáme, no. To spíš ti řeknou lidi podle toho, hele ten fetuje určitě. A vlastně ta komunikace jde úplně do hajzlu, nehledě na to a vlastně ty lidi berou jen to, že je to feťák, a ne jakej je ten člověk.“ (IN8)

„...už když se na vás koukaj, když si berete hrneček, jak ho pak oplachujou třeba desetkrát, jo. Člověk se cítí, prostě, jak bych to řekl, takovej ne úplně na dně, ale takovej jako kdyby měl nákej mor nebo tak něco, jo. Oni to ani nemusí říkat, to stačí, když kolem vás projde a už vidíte, jak si říká, jo ty jsi feťák. Prostě je to strašný, no.“ (IN10)

Často reakce okolí vycházejí z toho, že si lidé spojí vzhled daného jedince s užíváním drog:

„Ale prostě všichni na vás blbě koukaj, tak. Nevím prostě ty lidi to vědí, že koukaj tak, že jste feťáci no. Hlavně, když jdete s tou partou lidí nebo s víc lidma a ještě prostě, ty smažky jsou tak voblečený.“ (IN4)

„...nejhorší jako je malý Tesco, jo, tam to úplně vidim, ne že na mě koukali, jako že bych něco kradla...“ (IN6)

Kromě exkluze v rámci většinové společnosti byly popisovány také negativní zkušenosti uživatelů s různými institucemi. S určitou formou diskriminace se setkali informanti např. na úřadech, s policií, ve škole, v rámci ucházení se o zaměstnání apod.:

„No, pracáky a tak, tam jsou problémy prostě pořád, ty se dívaj, že když řeknu, že potřebuju peníze, tak už je jim jasný, že to potřebuju na drogy, jo a chovaj se tak. Prostě už mě vidí jako feťáka a tím to hasne.“ (IN10)

„Ty teda dokonce i tenkrát mi řekli, ať se kouknu na to, kolik mi je a ať se kouknu na to, jak vypadam... Takže policajti jako takhle koukaj. Pak jsme taky měli bouračku v autě, no tak to měli taky jako připomínky, jako jo no, že feťáci. Policajti jako asi takhle nejhůř ze všech.“ (IN7)

„Nebo na tej škole minulej to věděli spíš spolužáci, tak se taky přestali bavit nebo. Pak se tam vlastně ztratily nějaký peníze a sváděli to jako na mě. Já jsem třeba zrovna ten den tam nebyla v tý škole.“ (IN4)

4.1.1.3 Reakce rodiny

Významným činitelem v oblasti sociálních vztahů každého jedince je rodina. V této kategorii budou popsány různé varianty reakcí rodinných příslušníků uživatelů pervitinu na zjištění, že jejich blízký „bere“ drogy. Vedlejším efektem užívání drog bývá narušení či úplné zničení vztahů s rodinou. Zejména pokud se jedná např. o opakující se zkušenosti rodiny se selháváním blízkého v rámci běžného fungování, bývá náprava rodinných vazeb i vzhledem k narušené důvěře komplikovaná. Zmiňovány byly však také pozitivní reakce.

Exkluze

Prvním a zároveň nejfatálnějším typem reakce rodinných příslušníků na daný problém bylo vyloučení jejího člena, který drogu užívá. Informanti popisovali zkušenost s tím, že se od nich rodina odvrátila, odmítla je a následně s nimi přerušila veškeré dosavadní kontakty:

„...mám 14tiletýho syna, nejsem s ním vůbec v kontaktu, bývalá žena řekla, že se s ním nevidím.“ (IN14)

„Táta je ze mě vyřízenej, že fetuju, že pořád sedím a že jsem doma kradl třeba, vykopli mě, pořád dokola, problémy doma, už mi nevěří no.“ (IN10)

Uživatelé pervitinu tak přišly o velmi blízké vazby, které byly součástí jejich bezdrogového života:

„Tady nemám nikoho, jsem ze severu, s bratrem nejsem v kontaktu, a to kvůli drogám, měli jsme hezkej vztah, taky v mládí zkoušel něco, teď je to naprostej abstinent, jezdí s kamionem, boxuje MMA, ta konzumace nás rozdělila.“ (IN13)

„Máma mi umřela, táta taky, první dcera taky, všichni umřeli, druhá dcera je v Košicích, nebavím se s ní, je to daleko, ona zatím nepřijela, kde mě tady bude hledat. Ví, že jsem na ulici, nezajímá se.“ (IN12)

Zhoršení vztahů s rodinou

Opakovaně popisovanou zkušeností, kterou informanti sdělovali, bylo zhoršení dosavadních vztahů s rodinou po zjištění o užívání drog. Rodinní příslušníci uživatele neodmítli, a i nadále s ním zůstali v kontaktu, na jejich vzájemné vztahy však mělo sociálně patologické jednání uživatele negativní vliv. Samotní informanti přiznávali ve vztahu k rodině svoji nespolehlivost a mnohdy neadekvátní jednání, které narušily jejich vazby:

„Takže takhle vlastně rodina, jo. Pak se vlastně chovala i tak, že to bylo pasivní podezírání a furt takový, že to nebylo a že to bylo stejně furt na prd, jo.“ (IN6)

„...všichni jakoby otočí, jo, i s tou rodinou je to takový, že se to úplně rozbilo, jo, se to rozpadne a těžko se to, jo, už to není takový.“ (IN3)

Náprava takto narušených vztahů bývá poté obtížná a získat zpět ztracenou důvěru svých nejbližších trvá např. uživatelům, kteří se pokoušejí abstinovat, velmi dlouho. Pokud se však negativní zkušenosti členů jejich rodiny opakují, mohou i oni snahu o udržení vazeb vzdát:

„Pro mě to bylo takový blbý s mámou, no, že sem jí furt říkal promiň, se omlouvám, že tohlecto, že ses toho musela dočkat. Jako poprvé za mnou jezdila na ty léčby, podruhé mň a potřetí už ani jednou, to mi říkala, že na to prdí, že prostě to už vzdává.“ (IN7)

Tolerance

Dalším typem reakce rodiny na užívání drogy jejím členem byla tolerance zjištěné skutečnosti. Jedna z informantek popisovala, že jí rodiče v její nepřítomnosti našli doma schované použité i čisté injekční stříkačky, na což po jejím návratu reagovali zcela neutrálně:

„Takže jako v mém překvapení se zachovali tak, že prostě to nějak nekomentovali, že by do mě nějak hučeli nebo. Prostě nechali mě jako bejt. Měli prostě pochopení jo, že v tom lítám.“ (IN5)

Jiná zmiňovaná zkušenost pak byla taková, že vzhledem ke značné vzdálenosti bydliště rodiny uživatele a jejich ne příliš častému osobnímu kontaktu, blízcí přes užívání drogy svému blízkému tolerovali:

„...já jsem takhle s nima v pohodě, s rodinou a ty mám na Moravě, tam málo jezdím, jinak všechno je v pohodě, neřeší to.“ (IN7)

Podpora

Kromě negativních a neutrálních reakcí zažívali uživatelé pervitinu ze strany svých rodin ale také pozitivní jednání. Jejich blízcí se k nim neobrátili zády, ale snažili se je podpořit a pomoci jim:

„Měla jsem tam tu podporu jakoby, brali to tak, že jsem závislá prostě a nechali to teda jakože na mně. Otevřeně jsem se o tom bavila s mamkou, jo, prostě...ať myslím na svoje zdraví a takový, abych se nedostala někam úplně až na dno. Takže od rodiny jsem měla podporu.“ (IN5)

„Rodina, ta by mi pomohla, ale ta moc nevěděla jak, chtěli mi pomoci...“ (IN10)

Podpora ze strany rodinných příslušníků přicházela i v případě, že situace pro ně samotné byla velmi náročná. Zjištění rodiče, že jeho dítě užívá drogy, samozřejmě zasáhlo nejméně jednoho z nich:

„Tak rodina, ty se mi jako snažili pomoci, i když máma z toho byla úplně v prdeli jo, často kvůli tomu brečela.“ (IN6)

Intervence

Rodinní příslušníci kromě všech výše uvedených typů reakcí vymýšleli různé intervence, které realizovali za účelem vyřešení problému s užíváním u svého blízkého. Jednou z nich byla okamžitá izolace uživatele od okolí, a to např. v domácím prostředí, kde byla daná osoba buď pod dohledem, nebo uzamčena:

„...matka, no, tak dala to, no. No, ale musel jsem každopádně přestat, takže jsem vlastně skončil ve škole, skončil jsme na brigádě a abstinovat jsem doma.“ (IN8)

Dalším popisovaným zásahem rodiny v dané situaci bylo zajištění pobytové léčby. V té viděli naději vzhledem k vyjmutí svého blízkého z problémového prostředí, v němž se pohyboval během užívání:

„Naši no jako, věděli to, takže mě poslali jako do léčebny. Tohle byl docela dobrej nápad. Opustila jsem toto okolí, ale stejně to jako nepomohlo, protože pak jsem se zase vrátila zpátky.“ (IN6)

Specifickou intervencí ze strany blízkých byla v případě matek-uživatelek hrozba, že jim přes orgán sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD) odeberou děti z péče, což měl být impuls k jejich abstinenci:

„...ségru jsem měla na telefonu, ta mi říkala, že mi Dominiku vezmou sociální pracovnice, že ji rovnou, že je to domluvený tak, že já budu odcházet a oni mi ji odvezou. Strašný jo tohle to.“ (IN3)

„Šla jsem se podívat za bráchou a on mě seřval, že jsem špína a že má chuť na mě zavolat sociálku.“ (IN13)

4.1.2 Přístup k uživateli pervitinu ve zdravotnictví

V kategorii nazvané přístup k uživateli pervitinu ve zdravotnictví jsou seskupeny různé reakce zdravotnického personálu na osobu uživatele v případě, že vyhledal jejich odbornou pomoc. Častá zkušenost ze zařízení, která se zaměřují na pomoc osobám užívajícím drogy, je taková, že uživatelé i přes nejrůznější formy zranění apod. odmítají zdravotnická zařízení vůbec navštívit.

4.1.2.1 Exkluze

Opakovaně popisovanou zkušeností uživatelů pervitinu, která pro ně nebyla příjemná a která byla v mnoha případech důvodem, proč se dalším kontaktům se zdravotním personálem bránili, byla jejich exkluze. Takto byla při kódování dat nazvána kategorie pojímající různé formy odmítnutí či diskriminace informantů v rámci poskytnutí zdravotních služeb.

Informanti uváděli, že nejhorší jednání, se kterým se setkali, byly takové reakce lékařů a zdravotních sester, kdy je daní odborníci odmítli ošetřit:

„...když jsem šel k doktorovi, řekl jsem na rovinu, že beru, doktor mě vyhodil... Moře doktorů mě vyhodilo, že se s fetákama nebaví.“ (IN12)

„To znám tady týpka, ten byl tak moc, že si vyškrábal díru do břicha a tomu tady řekli, že je feťák, že to, no, že ho neošetřej.“ (IN8)

Další popisovanou formou chování zdravotnického personálu při setkání s uživatelem pervitinu, byla změna jejich přístupu po zjištění, že daný jedinec užívá drogy a nepříjemné chování k němu:

„No ale v nemocnici, tam byli protivní, když to zjistili, protože mám už dvě děti, jo, jsou v adopci, ta sestra, ta byla protivná, jo, na gynekologii.“ (IN9)

„Ted' s tou rukou se mi začalo něco dít s tou rukou, šel jsem na zákrok, doktor to poznal, a hned ten jeho přístup byl jinej...“ (IN14)

4.1.2.2 Profesionální přístup

Zcela opačným způsobem jednání oproti výše uvedenému byl profesionální přístup zdravotnického personálu ve vztahu k setkání s uživatelem drog. Ten spočíval v ošetření daného jedince bez jakékoliv diskriminace, nepříjemných slovních narážek či komentářů mířených na jeho osobu:

IN: „...už to fakt bolelo, jo, ted' jsem si do toho ucha neviděla, ani jsem si do něj nemohla šáhnout, jo, tak to jsem si říkala, tak to si tam teda jako radši zajdu, jo, to jsem se odvážila, šla jsem na pohotovost a zpocená, mastná, taková prostě to pozná, že jo. Tak doktor se tam kouknul, něco mi tam kápnul a dobrý.“

TA: „A jeho chování jako v pohodě, jo?“

IN: „Hm, hm, jo, ani neřekl, že nemám devadesát korun, jo.“ (IN6)

Pozitivní zkušenost s profesionálním chováním lékařů a zdravotních sester může působit jako významný faktor v rámci dalšího využití zdravotních služeb uživatelem, který je v dané chvíli opravdu potřebuje:

„...nemam problémy s doktorama, já to normálně řeknu, přišel jsem v nemocnici s abcesem ruky, byli v pohodě, hned mě vzali, dali mi nějaký léky, náhražky, dalo se to tam, šel jsem sám, bez doprovodu.“ (IN11)

4.1.3 Zdraví

Dalším diskutovaným tématem v souvislosti s užíváním drog bylo zdraví uživatelů. V rozhovorech popisovali to, jaké má nebo mělo užívání pervitinu vliv na jejich zdravotní stav. Kromě popisu zkušeností s různými zdravotními nepříjemnostmi se objevily i takové výpovědi, podle kterých se informanti subjektivně cítili zcela zdraví a důsledky užívání zcela negovali:

„...jsem na tom pořád dobře, nikdy mě drogy nijak zdravotně neovlivnily, neměl jsem žloutenku, nic, jsem zdravěj.“ (IN14)

„Zdravotně jsem na tom dobře, jen když si dávám, uhybaji mi strašně žíly, takžem mi X hodin trvá než se trefím do žíly, jinak jsem zdravěj, protože mě udržujou drogy na živu.“ (IN12)

4.1.3.1 Fyzické zdraví

Spíše, než popírání zdravotních důsledků se v rozhovorech s uživateli však objevoval jejich popis. Ke zmiňovaným obtížím v rámci fyzického zdraví patřily infekční choroby, jako např. Hepatitida C, poškození dentice, žilního systému, abscesy a různá zranění, ke kterým došlo ve stavu akutní intoxikace:

„No, měl jsem žloutenku, tu jsem vyléčil ve vězení, různý potíže, bolí mě nohy občas, kosti, je to znát prostě...“ (IN6)

Zejména ženy-uživatelky reflektovaly jako další důsledek své drogové kariéry „efekt zestárnutí“. Vlivem užívání drogy a životního stylu s ním spojeného pozorovaly ony

samy, ale i jejich okolí, že se jim mění vzhled, přičemž působily starším a unaveným dojmem:

„...že jako samozřejmě chrup odchází, to je jasný, to všechno se tím ničí.... prostě jo přišla jsem si potom jako jo, že jsem začala stárnout, že jsem byla strhaná. Zestárne člověk jo, pleť zničenou a todlec to.“ (IN5)

4.1.3.2 Psychické zdraví

V rámci působení pervitinu na oblast psychického zdraví informantů byly popisovány nepříjemné stavy doprovázené paranoidními myšlenkami. Ty byly spojené např. s vnímáním vlastní osoby v rámci společnosti:

„...ten perník to máte různý schůzy, postupně se to prostě projeví, mám paranoidní schizofrenii, takže, když si dam hodně perníku tak to je hukot, si myslím, že si o mně někdo povídá, přitom si nepovídá ne, nějak se necejtím svůj prostě.“ (IN11)

Dále měli uživatelé zkušenosti s halucinacemi, nestabilními náladami, agresivitou a celkovou psychickou nepohodou, které se projevovaly jak v době akutní intoxikace, tak po odeznění účinku drogy:

„Ale, když jsem potom byla třeba nedospalá nebo tak jo nebo když jsem potom třeba dva-tři dny nespala, má člověk halucinace nebo todlec to, že jsem spíš kolikrát já vyjížděla na okolí.“ (IN5)

Jedním ze subjektivně vnímaných efektů užívání drogy bylo také zhoršení kognitivních schopností na základě dlouholeté drogové kariéry informantky:

„A takže to i ted' na sebe můžu říct, že dřív sem byla jako chytrá, jo, než jsem takhle začala, jo...Ted' mi dělá problémy, abych šla něco spočítat, nebo fakt můžu jako říct, že to i cejtím, jak jsem jako i hloupá prostě, jo.“ (IN6)

4.1.4 Poskytování zdravotní péče

4.1.4.1 Proces rozhodování

Na základě analýzy získaných dat byl vytvořen dílčí model popisující proces rozhodování uživatele pervitinu o tom, zda využije péči odborníků v souvislosti se zdravotními obtížemi, které ho trápí (Obrázek 1 níže). Proces se skládá z několika fází, v nichž hrají důležitou roli nejrůznější aspekty. První fází reprezentuje určitý zdravotní problém daného jedince. Ve druhé fázi dochází k rozhodnutí o vyhledání či nevyhledání zdravotní péče a třetím krokem je akce, tedy využití odborné pomoci v případě kladného rozhodnutí a odložení řešení v případě rozhodnutí záporného.

4.1.4.2 Zdravotní problém

Jak uvádím výše, pomyslným počátkem v procesu rozhodování jsou samotné zdravotní obtíže. Uživatelé uváděli nejrůznější problémy, které je během jejich drogové kariéry potkávají či potkávaly. Ty byly rozděleny do dvou kategorií, a to problémy fyzické a psychické. K fyzickým potížím patřila různá zranění, úrazy a choroby, s nimiž se může potkat každý z nás. Dále byly zmiňovány problémy spojené s užíváním pervitinu, a to abscesy, flegmóny, bércové vředy, hepatitida typu C, potíže se zuby apod.:

„Jednou jsem dostal do ruky absces jo, to nebylo nic hezkýho, no.“ (IN6)

Druhou kategorii tvořily problémy týkající se psychického zdraví jedince. Informanti hovořili o pocitech pronásledování, které působí velmi negativně na psychickou pohodu člověka:

„Tak jsem kolikrát slyšela i kraviny, prostě jsem to zřetelně slyšela a nebyla to pravda.“ (IN5)

Tyto pocity mnohdy přímo souvisejí s prožíváním toxické psychózy, kterou může užívání drog spustit. Zmiňovány byly také depresivní stavy, které mohou být zesíleny v době tzv. „dojezdu“, kdy návyková látka z těla uživatele vyprchá, což samo o sobě vede k pocitům nelibosti.

4.1.4.3 Rozhodnutí

Druhým krokem je samotné rozhodování o tom, zda jedinec bude řešit svůj problém, nebo ne. V této fázi hrají důležitou roli určité aspekty, které rozhodnutí ovlivňují. Dané aspekty byly rozčleněny do dvou kategorií, a to pozitivní a negativní faktory.

Pozitivní faktory

Pozitivní faktory působí podpůrně ve smyslu využití odborné péče v případě zdravotních potíží. Jedním z takových faktorů je závažnost problému. Pokud trpí uživatel např. značnými bolestmi nebo utrpěl takové zranění, jež je potřeba akutně řešit, existuje větší pravděpodobnost, že vyhledá zdravotní péči. Specifickým případem je zde těhotenství žen uživatelek, které při zjištění svého stavu lékaře navštíví, a to buď za účelem přerušení gravidity, nebo naopak touhy plod donosit.

Dalším „plusovým bodem“ nahrávajícím řešení obtíží je předchozí pozitivní zkušenost uživatele se zdravotnickými pracovníky. Pokud jedinec již zažil pozitivní přístup k vlastní osobě ze strany odborníků v souvislosti s řešením určitých potíží, které mohou plynout z jeho životního stylu, existuje větší šance, že zdravotnické zařízení navštíví znovu:

„Já jsem to doktorovi řekla na rovinu a on byl v pohodě, neměla jsem s ním problém.“
(IN13)

Kladně také působí možnost doprovodu známé osoby. V případě, že uživatele povzbudí svou přítomností u lékaře někdo jemu blízký, bude svou situaci řešit spíše než v případě opačném. Zde se může jednat např. o pracovníky ze zařízení zaměřených na práci s uživateli drog, kam daný jedinec dochází:

„Jo to tenkrát tam se mnou šel Roman tady z Káčka, tak to bylo jako v pohodě.“ (IN1)

Negativní faktory

Opačně oproti pozitivním faktorům působí faktory negativní. Na jejich základě dochází u jedince k tomu, že převažují negativa možné návštěvy lékaře nad pozitivy a spíše se rozhodne svůj problém neřešit. Uživatelé pervitinu obecně uváděli, že se snaží užívání tajit. I tato skutečnost je jedním z faktorů, které hrají roli v (ne)využívání zdravotní péče

těmito jedinci. Informanti dále zmiňovali, že lékařskou péči vůbec nevyužívají, nebo se k návštěvě zdravotnického zařízení odhodlají pouze v nutném případě:

„...takhle, já k doktorům nechodim...“ (IN14)

V souvislosti s udržováním užívání pervitinu v tajnosti bylo zmiňováno, že daní jedinci pociťují obavy a nervozitu z toho, že se lékařský personál dozví o jejich situaci. Dále obavy pramení také z možnosti úniku informací o jejich užívání mimo prostředí lékařské ordinace.

Dalším faktorem, který hraje roli v rozhodnutí, zda uživatel využije zdravotní služby, je stud. Jedinci účastníci se výzkumu uváděli, že se za svoji současnou situaci stydí, a proto raději své zdravotní potíže s odborníky neřeší. Mezi aspekty ovlivňující výše uvedené rozhodnutí patří také strach a negativní očekávání, které se týkají přístupu zdravotnického personálu k osobě uživatele. Informanti ve svých výpovědích popisovali, že se obávají negativního pohledu odborníků na vlastní osobu a situaci a s tím spojeného nepříjemného chování:

„Do nemocnice nemá cenu chodit, tam ti stejně nepomůžou, tam se na tebe vykašlou, lidi s tím mají problémy.“ (IN2)

Jak uváděli uživatelé, tyto obavy vycházely v některých případech ze zprostředkované zkušenosti a v některých případech nebyly vůbec reálně podloženy. Pokud došlo k návštěvě zdravotnického zařízení, uvádělo nakonec mnoho informantů pozitivní zkušenost s odborníky a profesionální přístup z jejich strany. Tato zkušenost neodpovídala jejich negativním očekáváním.

Samotní uživatelé zmiňovali, že pro závislé jedince je charakteristický laxní přístup k řešení problémů, který se objevuje také v souvislosti s jejich zdravím. V důsledku tohoto přístupu také dochází k situacím, kdy jedinec nevyhledá odbornou pomoc za účelem odstranění či zmírnění zdravotních potíží, které ho trápí.

Neustále řešení situace odkládá a prioritu pro něj mají jiné záležitosti nejčastěji spojené se sháněním drogy či finančních prostředků určených k jejich koupi:

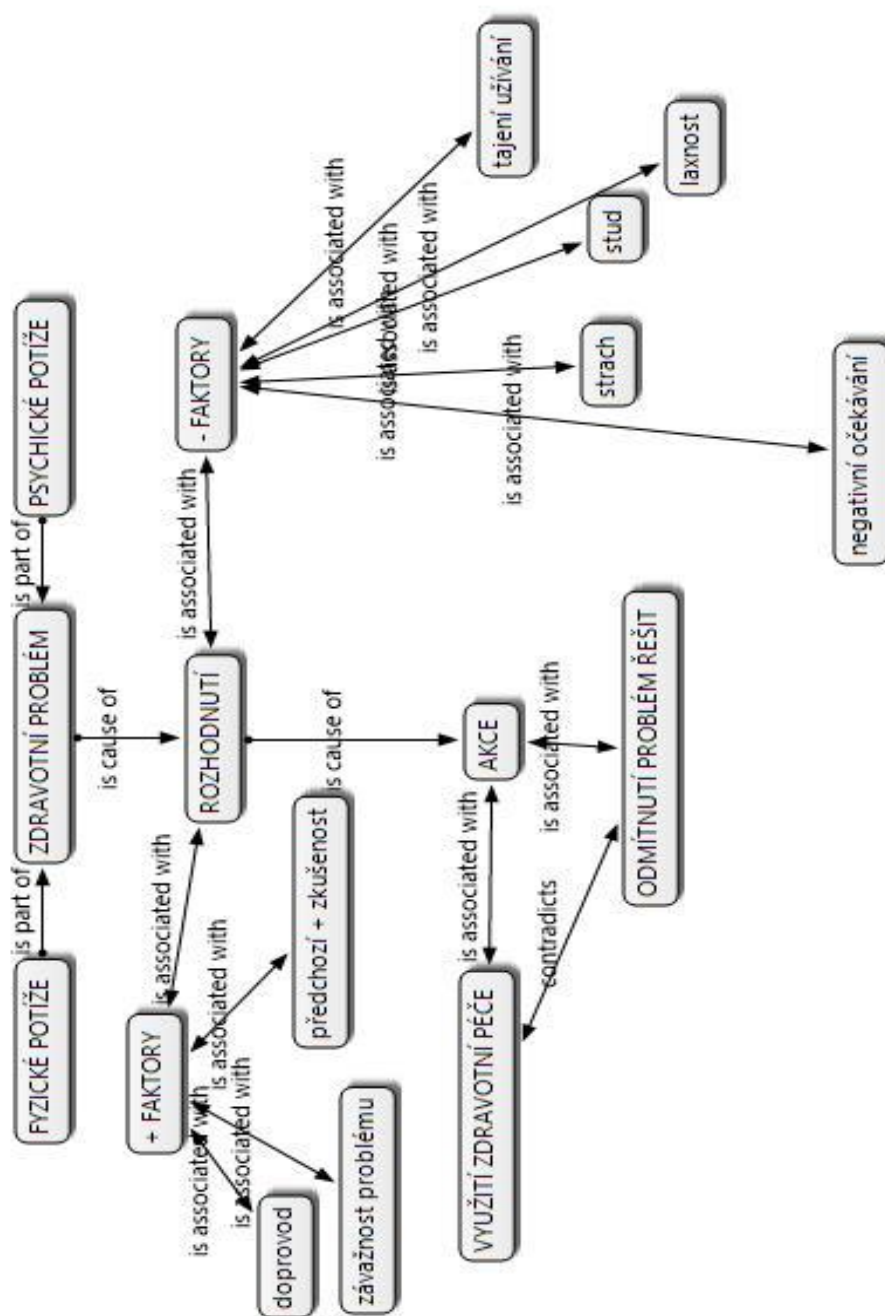
„Ono je to spíš o té prioritě jo, jsme x hodin schopný věnovat tomu, jak sehnat a všechno tomu podřítit...“ (IN13)

4.1.4.4 Akce

Třetí a poslední fází celého popisovaného procesu je akce. V případě, že se uživatel na základě převažujících pozitivních aspektů rozhodne, že své zdravotní potíže nenechá jen tak, svěří se do péče odborníků. Prvním takovým krokem může být návštěva např. kontaktního centra, kde pracovníci poskytují základní ošetření. Vždy však odkazují a doporučují klientovi, aby využil lékařskou pomoc k odstranění jeho potíží. Může se samozřejmě jednat také o přímou návštěvu zdravotnického zařízení.

Druhým typem akce je odmítnutí řešení zdravotních problémů či jejich ignorace ze strany uživatele. V tomto případě je příkládán velký význam negativním faktorům uvedeným v textu výše. Daný jedinec nevěnuje svým obtížím pozornost nebo se neodhodlá k jejich řešení, což může mnohdy vést až k trvalým následkům.

Obrázek 1 Model procesu rozhodování uživatele pervitinu o využití zdravotní péče



Zdroj: Vlastní výzkum

4.1.5 Trh práce

V rámci rozhovorů byla věnována pozornost i tématu zaměstnání a získávání finančních zdrojů pro každodenní život informantů. Repertoár popisovaných zkušeností byl pestrý, od běžného pracovního režimu jedince přes jeho vyřazení z pracovního trhu v souvislosti s drogami, až po nulovou zkušenost se zaměstnáním. Formy získávání financí na obživu byly také různorodé.

4.1.5.1 Legální zdroje obživy

I přes skutečnost, že s užíváním drog často souvisí nespolehlivost uživatele, nemožnost fungování podle pravidelného režimu apod., někteří z informantů uváděli jako svůj zdroj finančních prostředků zaměstnání či brigády. I když díky užívání drog částečně figurovali v „nelegálním světě“, ke své obživě se snažili využívat legální zdroje a alespoň v oblasti práce žít běžným životem:

„Vstávám ve 4 no, v půl 7. už pracuju do 3, no zatím to jde, teď jsem si našel přítelkyni, tak se snažim, ona taky bere, ale pracuje.“ (IN11)

„Teď nedělám, mám zraněnou ruku, ale jinak pracuju pořád, jsem zvyklej dělat od 16 let rukama, odpočívám tím, nevadí mi práce.“ (IN14)

Informanti popisovali také zkušenosti, kdy sice do zaměstnání určitou dobu chodili a poměrně se jim v něm dařilo, po určité době o něj však v souvislosti s užíváním drog přišli:

„...jsem pracovala v bezpečnostní službě, kde jsem měla na starosti personalistiku, chod firmy, když jsem tam dělala tak jsem zkusila drogy, od šňupání až po jehlu a pak konec no.“ (IN13)

4.1.5.2 Alternativní zdroje obživy

Kromě zkušeností s legálním výdělkem prostřednictvím zaměstnání se informanti svěřovali i s dalšími zdroji financí, které většinou bylo možné označit jako nelegální. Drogy se pojí se značnou finanční náročností jejich pořízení, potřeba „sehnat“ tak

uživatelé mnohdy dohnala k vydělávání peněz takovými způsoby, na které sami nebyli příliš pyšní. U žen-uživatelék se ve výpovědích objevovalo prodávání vlastního těla na ulici či práce v nočních klubech:

„Pak se stalo to, že jak jsem dojížděla a do toho bordelu, tak jsem tam poznala slečnu, která vlastně vařila, nějak jsme se domluvily, takže jsem prodávala, spolupracovala jsem s ní.“ (IN13)

„Já pracovat nikdy nebudu, já umím dělat dealera nebo kurvu a tím si vydělám dost, rozumíš, to mi stačí, nemám problém.“ (IN2)

Opakovaně uváděná zkušenost s následky nelegálních forem získávání financí byl výkon trestu, který souvisel s prodejem drog, krádežemi za účelem získávání financí na koupi dávky apod.:

„...právě s pervitinem, jsem na to potřeboval každej den peníze, a tak jsem kradl a už to bylo, chytli mě, pak mě pustili a za půl roku jsem šel znova, pětkrát jsem seděl, od 18 let, pořád dokola.“ (IN11)

Specifickou skupinu alternativních možností získávání financí na obživu uživatelů pervitinu tvoří způsoby, v nichž nemuseli být informanti nijak aktivní a peníze si ať už legálně či nelegálně nevydělávali. I přesto si zvládli poradit v tom, jak se alespoň základně finančně zabezpečit. Informanti zmiňovali finanční podporu od rodiny, sociální dávky či podporu v rámci drogové subkultury:

„Když jsem v tom byla nejvíc, tak jsem nepracovala, jo... Nebo mi pomáhali naši, de facto musím říct, živili mě naši.“ (IN5)

„Pracovat ne, nikdy jsem nepracoval, občas somruju nebo mi dávají lidi, ty starší feťáci, co mě znají, dávají mi všechno, drogy, ti drží solidaritu.“ (IN12)

4.1.6 Sociální síť

Sociální síť jedince užívajícího drogu se liší od jeho vazeb v době, kdy s drogami ještě neměl nic společného, nebo kdy se snažil o dlouhodobou abstinenci. Ve spojitosti s užíváním drogy si daný jedinec buduje síť sociálních vztahů, která je tvořena zejména

kontakty s taktéž užívajícími osobami. Jako jeden z faktorů, který zde hraje roli, bylo zmiňováno přerušení vazeb s neuživateli po zjištění, že jejich známý či kamarád „bere“:

„Pak známí takhle kamarádi, tak ty půlka, třičtvrtě si řeklo, přestalo se se mnou bavit, takhle dělalo, jakože mě nezná, no.“ (IN6)

Sami uživatelé mnohdy nevyhledávají kontakt s lidmi mimo okruh uživatelů drog z různých důvodů. Obávají se reakcí osob, které nemají s drogovým světem nic společného, popřípadě tyto kontakty nevyhledávají, jelikož by si s nimi vlastně vzhledem k rozdílnosti svých stávajících životních stylů neměli co říct:

„...nedokážu bejt s normálníma lidma co neberou, nějak se začlenit mezi ně, ty, co neberou znám už dlouho, ale spíš se dokážu bavit s těma, co berou no.“ (IN11)

Specifickou oblastí v rámci sociálních vazeb u uživatelů drog jsou partnerské vztahy. Informanti opakovaně uváděli, že jejich aktuální partner je taktéž uživatelem drog. Tato skutečnost byla však vnímána jako zátěž např. při pokusech jednoho z partnerů o abstinenci:

„Pak v tom vztahu no, situace jsou napjatější, když berete, hádky... mluvíme o tom, že přestaneme brát, ale jeden z nás má pak chutě, a je to.“ (IN14)

4.1.7 Pocity

V souvislosti s užíváním drog se v informantech odehrávalo široké spektrum pocitů. Jednalo se převážně o prožívání negativního charakteru, které mělo vazbu na jejich vlastní osobu, na širší okolí (společnost, instituce) a v neposlední řadě bylo spojeno s rodinou.

4.1.7.1 Negativní pocity ve vztahu k sobě

Jako jedna z podkategorií seskupující negativní pocity uživatelů pervitinu se objevila taková, která popisuje jejich pocity vůči vlastní osobě. I přes vítaný efekt drogy v podobě potlačení *negativních pocitů* nebo naopak zisku těch pozitivních, v době mimo akutní

intoxikaci prožívali informanti řadu nepříjemných pocitů, kterým by se pravděpodobně rádi vyhnuli.

Sebelítost

Ve spojitosti s užíváním drog byla při rozhovorech s informanty opakovaně zmiňována sebelítost. Uživatelé prožívali lítost nad tím, o co kvůli drogám přišli a kam se díky nim dostali ve svém životě:

„Když si doma tak úplně brečíš sama nad sebou. Je ti to hrozně líto, všechno je ti hrozně líto.“ (IN3)

Vina

Kromě lítosti byly s užíváním pervitinu informanty popisovány pocity viny a výčitky svědomí. Ty byly spojovány s negativními důsledky, které přineslo jejich chování jim samotným, nebo jejich blízkým. Výčitky svědomí se dostavovaly také v případě, že daný jedinec pokračoval v užívání i přes vědomí jeho škodlivosti:

„A pak si to prostě všechno vyčítáš, žes to zase nezvládnul, posral si to, když si dostal šanci a zase ti věřili.“ (IN1)

Vztek

Dalším negativním pocitem, který byl v rámci rozhovorů zaznamenán, byl vztek. Uživatelé se zlobili sami na sebe např. ve spojitosti se záměrem pokusit se abstinovat, který porušili nebo s následky, které jim užívání drogy a chování s ním spojené přineslo:

„To už seš naštvaná sama na sebe, vztek neskutečnej jako. Tohle je hodně silný jo, protože se hraje o hodně.“ (IN3)

Stud

„... stydím se za to, to je jasný...“ (IN14)

Stud patří mezi nepříjemné pocity, které informanti popisovali ve vztahu k vlastní osobě. Aktivní uživatelé pervitinu se styděli za to, v jaké situaci se díky „braní“ ocitli. Informanti, kteří abstinovali a měli na svoji drogovou minulost jistý náhled, pak zpětně

se studem reflektovali např. svůj vzhled a životní podmínky, v nichž fungovali v době užívání drog:

„Ted' když se na to kouknu, tak se divím, jak jsem tam takhle mohla bejt, jo, úplně se za to stydim, jo.“ (IN6)

Zklamání

Dalším negativním pocitem, který informanti uváděli, bylo zklamání. V případě, že se uživatel pokouší abstinovat a chce si dokázat, že zvládne žít bez drog, stojí ho to značné úsilí. Pokud dojde např. k porušení abstinence, může to znamenat ztrátu všeho, na čem pracoval:

„Zklamaná sama ze sebe jo, a děláš to furt kolem dokola, protože už v tom kolotoči seš.“ (IN3)

4.1.7.2 Negativní pocity ve vztahu k okolí

V souvislosti s reakcemi, s nimiž se uživatelé pervitinu setkali při „provalení“ skutečnosti, že užívají danou drogu, se v jejich výpovědích objevovaly negativní pocity směřované k většinové společnosti. Jednalo se o pocity spojené s nepříjemným jednáním ze strany okolí, zdravotnického personálu či v rámci institucí.

Vztek

Jednou z prožívaných emocí informantů vůči druhým lidem byl vztek. Ten byl popisován jednou z uživatelék v návaznosti na neadekvátní chování zdravotnického personálu při ošetření v nemocnici k její osobě:

„Na to se vlastně přišlo až v tý nemocnici, že beru... Na tý gyndě byly protivný jo. Jako nerozhodilo mě to, ale byla sem nasraná, jo. Jako nebýt v nemocnici, tak to asi schytá, já sem taková od rány.“ (IN9)

Ponížení

Jiným pocitem zažívaným ve spojitosti s chováním k uživateli pervitinu ze strany společnosti bylo ponížení. Informanti uváděli např. takové zkušenosti popisující jednání druhých, které jimi byly vnímány jako nedůstojné a snižující jejich vlastní pocit sebehodnoty:

„Člověk se cítí, prostě, jak bych to řekl, takovej ne úplně na dně, ale takovej jako kdyby měl nákej mor nebo tak něco, jo. Oni to ani nemusí říkat, to stačí, když kolem vás projde a už vidíte, jak si říká, jo ty si feťák. Prostě je to strašný, no.“ (IN10)

4.1.7.3 Negativní pocity ve vztahu k rodině

Nepříjemnými pocity zažívanými ve vztahu k rodině nejsou myšleny pocity spjaté s negativními reakcemi rodinných příslušníků na člena uživatele, ale s celou situací kolem jeho drogové kariéry, která se rodiny dotýkala:

„Pro mě to bylo takový blbý, no, že sem jí furt říkal promiň, se omlouvám, že tohleto, že ses toho musela dočkat.“ (IN7)

4.1.8 Pozitiva abstinence

Pozitivní zážitky a zkušenosti lze se zejména dlouhodobým užíváním drog spojit jen těžko, kdežto život s „čistou“ hlavou s sebou nese podle informantů mnoho pozitivních aspektů. Kategorie pozitiva abstinence popisuje rozdíly ve vnímání vlastní osoby, své rodiny a okolí (širší společnost, instituce) uživatelem pervitinu v době abstinování oproti etapě užívání drogy.

4.1.8.1 Já

První oblastí, v níž informanti reflektovali změnu k lepšímu, bylo vnímání sebe sama. Období aktivního užívání drogy s sebou neslo řadu negativních pocitů vázaných na vlastní osobu, jako např. stud, zklamání, vztek, vina. V případě, že se rozhodli

k abstinenci, pociťovali radost sami ze sebe, cítili se lépe psychicky a pozitivně vnímali i změnu svého zevnějšku:

„Takže spíš skrze sama sebe se cítím líp. A máš pak jakoby i dobrej pocit jo ze sebe, když nebereš.“ (IN5)

Postupně se s abstinencí a kontakty mimo drogovou komunitu dostavoval také pocit vyšší sebehodnoty:

„Takže tak, pak vlastně v tý léčbě, že tě brali jako člověka, že jsem jako normální člověk, tak takový zjištění jo, Takže tak.“ (IN3)

4.1.8.2 Rodina

Stejně tak jako u sebe, tak i v rámci svých rodin byli informanti schopni zaznamenat určité změny k lepšímu v období, kdy abstinovali. Bylo popisováno zlepšení vztahů, které byly narušeny užíváním drogy, zklidnění rodinné situace a pozitivní přístup členů rodiny k abstinujícímu blízkému:

„Doma je to lepší no. Jsou hodný no. Si jdu s babičkou třeba pokecat k televizi nebo s mamkou, s dědou, na zahradu třeba za dědou. Bavíme se no. Dřív prostě jsem jim byla jako ukradená no.“ (IN4)

Pozitivní vliv mělo přerušování užívání drogy dále na partnerské vztahy (v případě, že byl partnerem neuživatel) a na vztahy matek-živatelů ke svým dětem:

„A reakce toho dítěte je úplně suprová, když jsem brala, ta holka jako jo měla mě ráda, všechno tohle, ale když jsem přestala na delší dobu, tak při spaní se ke mně, jsme se probouzely a ona byla u mě, cítila, že jsem jako normální, že nejsem nervní, roztěkaná, uchvátaná jo.“ (IN3)

4.1.8.3 Širší společnost

V rámci kontaktu se známými a přáteli z doby, kdy informanti neužívali drogy, a širší veřejností bylo taktéž popisováno odlišné chování. Lidé z okolí byli na abstinujícího jedince milí a poskytovali mu pozitivní zpětnou vazbu na změnu jeho životního stylu.

Ten se pak v souvislosti s tím cítil společností přijímaný, na rozdíl od období aktivní drogové kariéry:

„Nevím no. A teď jako, když už ví, že se léčím nebo to. Tak baví se, jsou hodný na mě nebo. Takový lepší je to.“ (IN4)

„Kamarádka, bejvalá kamarádka, se kterou jsme se přestaly bavit, že jo já měla své záliby, tak ta mě přijala zpátky dobře, nekoukala na mě přes prsty.“ (IN3)

4.1.8.4 Instituce

Pozitiva abstinence uživatelé pervitinu pocítovali i na úrovni kontaktu s institucemi, kam řadíme školy, zaměstnání, úřady apod. Informanti popisovali zkušenosti s podporou a příjemným jednáním ze strany zaměstnavatelů, sociálních pracovníků, které je měly „na starost“:

„A teďko, je to takový příjemnější, v klidu, podívá se, jsem v pohodě, prostě super, úsměv. Nevím no, jsi šikovná mi řekne. To samý sociálka mi řekne taky, jo, takže takhle. Je to znát určitě.“ (IN3)

Ke změně přístupu pozitivním směrem došlo i na střední škole, kam se jedna z uživatelék vrátila po období užívání pervitinu se záměrem studium dokončit:

„V této škole, tak teď už ví, že neberu, že chodím sem, tak se snaží pomoci.“ (IN4)

4.1.9 Životní spokojenost

Zajímavou kategorií ve smyslu vnímání vlastní spokojenosti s aktuálním životním stylem a určitým životním standardem, který uživatelé pervitinu měli, tvořily kódy sdružené pod pojmenování životní spokojenost. Informanti, kteří byli v době realizování rozhovorů k výzkumu aktivními uživateli pervitinu, popisovali v souvislosti se svou spokojeností dva protipóly. Na jedné straně hovořili o tom, že se cítí subjektivně šťastní a spokojení a neumí si vlastně představit, jak by jejich život mohl vypadat jinak např. v případě, že by přestali drogy užívat:

„...jsem tam zalezlej v tom svém doupěti, jednou týdně vyrazim pro drogy někam, když musim, ale jinak jsem tam sám a spokojenej, dám si, kdy chci, dělám si, co chci. Od 16 let si neumim představit, že bych žil jinak.“ (IN12)

„... ale jsme v pohodě, máme kde složit hlavu, teď sem šťastná...“ (IN2)

V popsanych zkušenostech uživatelů bylo možné zaznamenat jejich nízké nároky a nízký životní standard, i přes něž zmiňovali subjektivní pocit spokojenosti:

„...přímo venku, ne ve squatu, u mostu, koupat se chodim na azylák nebo sem dvakrát nebo třikrát týdně, já sem spokojenej, tam si šlehnu, kdy chci... Jídlo, jídlo dostavam tady nebo na azyláku, stačí mi to, vezmu si tři housky, to mi stačí na dva na tři dny.“ (IN12)

Opačným pólem pak byla reflexe ztrát souvisejících s užíváním drogy nespokojenost se svým životem, s aktuální životní úrovní a přání žít „normální“ život:

„...kort nechci bejt někde na squatě, normálně žít, ne někde lítat, místo práce krást, ve vězení je to čím dál horší, ve všem, drogy ...i když budu brát tak nějak normálně žít no.“ (IN11)

„...chtěl bych klid, mít v životě klid, mít práci, mít za ni dobrý peníze, Markéta by byla už v klidu, občas to je masakr, nahradit ty drogy nečim jiným.“ (IN14)

4.1.10 Bydlení

Jednou z oblastí, na níž může mít vliv drogová kariéra jedince, je bydlení. Informanti popisovali zkušenosti týkající se ztráty stabilního bydlení a obtíží při hledání jiného, které souvisely s jejich aktuálním „uživatelským“ životním stylem:

„No, tak s bytem, to se takhle moc nechytáme, no. To spíš si řeknou lidi podle vzhledu, hele ten fetuje určitě.“ (IN8)

Využívány jsou tak zejména alternativní možnosti, kde uživatelé přebývají. Mezi zmiňované patřily tzv. toxi byty, kde žije pohromadě více osob užívajících drogy, squaty, azylové domy, ubytovny či přespávání venku.

Přechodně umožnili přespávání doma uživatelům jejich blízcí:

„...vždycky jsem měl kde bydlet, na severu jsem měl vždycky ke komu jít...ted' bydlím na ubytovně. (IN14)

4.1.11 Motivace k abstinenci

V souvislosti s reakcemi okolí bylo informanty zmiňováno téma motivace k abstinenci. Kromě vnitřních motivů mnohdy na uživatele zapůsobily i impulsy vycházející z okolí. Pokud reakce okolí spojené s užíváním drogy daný jedinec neignoroval, mohly zafungovat jako podnět ke změně:

„...když na to doma přišli, donutilo mě to pak jako k zamyšlení, jestli to za to stojí, jo vlastně.“ (IN7)

U žen – uživatelek lze zmínit jako vnější impuls působící motivačně jejich dítě či děti, o které by v případě pokračování v užívání drogy mohly přijít, čemuž se chtěly vyhnout:

„Sama jsem mu řekla, že si myslím, že je to v prčících, už jenom kvůli tý Dominice to zkusím, sama jsem si myslela, že to nedám.“ (IN3)

4.1.12 Paradigmatický model užívání pervitinu v kontextu společnosti

Po vytvoření kódů a jejich seskupení do kategorií a podkategorií následovalo hledání vztahů mezi nimi. Následně byl vytvořen paradigmatický model užívání drog v kontextu společnosti (Obrázek 2), který zde bude popsán.

Jev:

Zkoumaným jevem bylo v rámci struktury paradigmatického modelu užívání drogy, konkrétně pervitinu.

Intervenující podmínky:

V souvislosti s označeným jevem hrají roli různé podmínky, které byly identifikovány a rozděleny na vnitřní a vnější. K vnitřním intervenujícím podmínkám byly zařazeny *pocity*, které uživatel prožívá ve spojitosti s užíváním pervitinu a zároveň s reakcemi jeho okolí a nejbližších osob. Další interní intervenující podmínkou je *životní spokojenost* jako vlastní reflexe toho, jak uživatel vnímá a hodnotí, zda je v životě spojeném s užíváním pervitinu ne/spokojený.

Jako externí intervenující podmínky byly označeny *trh práce a přístup* k uživateli ve *zdravotnictví*. Užívání drogy je úzce spojeno s trhem práce, či konkrétně se zdroji obživy, které uživatelé mají a jsou mnohdy nelegální. Vnější podmínka přístup ve zdravotnictví se váže k jevu užívání pervitinu ve smyslu ovlivnění přístupu zdravotnického personálu k osobě užívající drogu.

Strategie jednání a interakce:

Ke strategiím jednání v paradigmatickém modelu byla přiřazena analýzou vytvořená kategorie *reakce*. Ta popisuje tři hlavní dimenze jednání v souvislosti s užíváním drogy, a to reakce samotného uživatele, reakce okolí a reakce jeho rodiny. Ke strategiím uživatelů, které jsou vázané na skutečnost, že „berou“, patří ignorace okolí, sebevyloučení, vyhýbání se, držení v tajnosti a racionalizace.

Na daný jev určitými způsoby reaguje i okolí jedince, kam spadá veřejnost, instituce nebo jeho známí. Zde popisovali uživatelé zkušenosti s exkluzí společností nebo ignorací faktu, že užívají drogy. Ze strany rodinných příslušníků se uživatelé setkávali s řadou reakcí, přičemž nejfatálnější bylo jeho vyloučení z rodinného systému. V lepších případech došlo „pouze“ ke zhoršení vztahů s blízkými. Dále se setkávali s jakousi tolerancí užívání drogy, nechyběla ani podpora ze strany členů rodiny. Posledním způsobem, kterým rodina uživatele reagovala na zjištění o užívání drogy, byla určitá intervence.

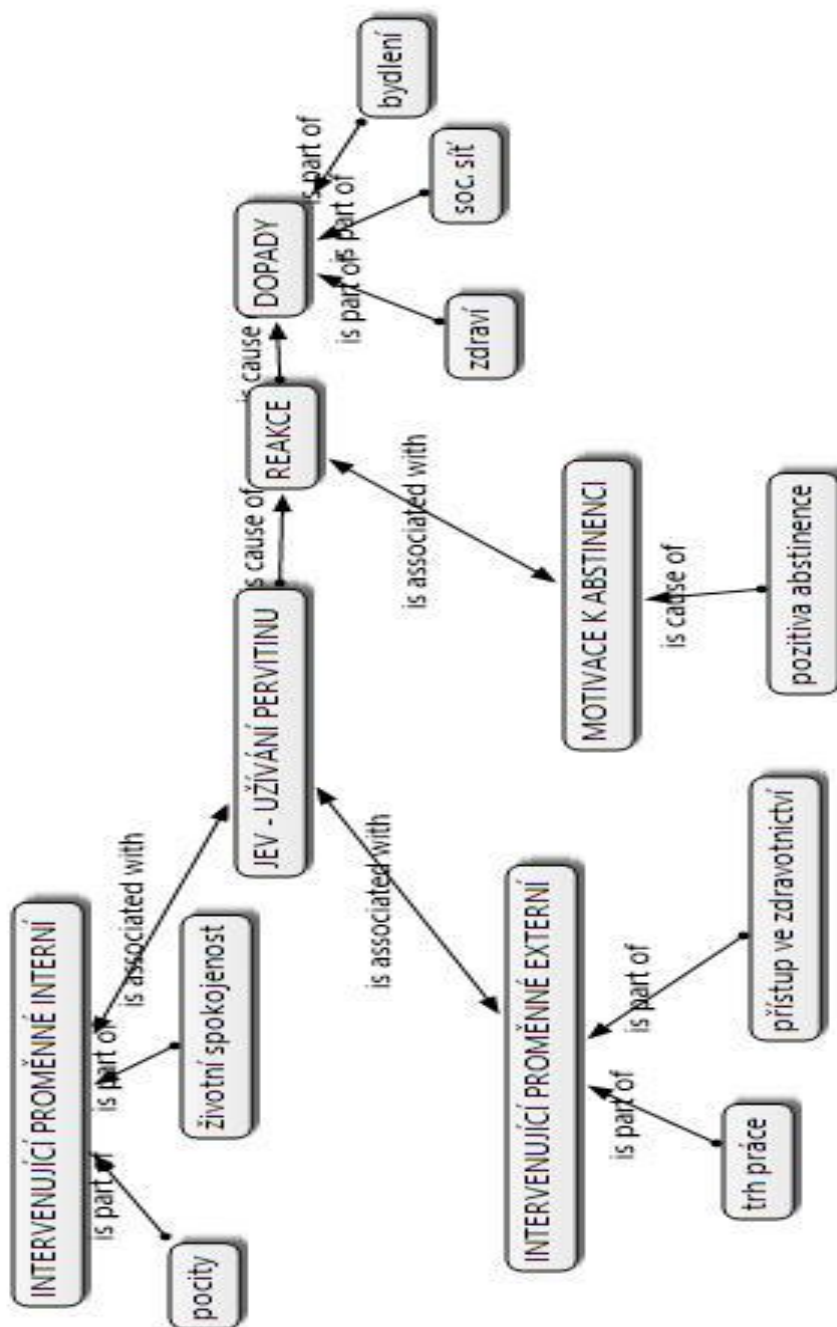
Ve spojitosti s reakcemi okolí a rodiny bylo zmiňováno téma *motivace k abstinenci*. Kromě vnitřních motivů mnohdy na uživatele působí jako podněty ke změně stávajícího chování i impulsy vycházející z okolí. Naopak strategie samotného uživatele lze považovat za rušivý aspekt v rámci případné motivace k abstinenci.

Jako intervenující podmínky k motivaci byla identifikována *pozitiva abstinence*. Ta se vztahují k osobě samotného uživatele (např. dobrý pocit ze sebe, lepší vzhled) a k pozitivním změnám v jednání ze strany širší veřejnosti, rodiny a institucí k danému jedinci v případě, že abstinuje.

Následky:

Ke zjištěným následkům užívání drog patří vliv na zdravotní stav uživatelů. Oni sami vnímali, že užívání pervitinu se podepisuje na jejich fyzickém i psychickém *zdraví*. Další oblastí, v níž hraje užívání drogy často roli, je *bydlení*. S „uživatelským“ životním stylem souvisí mnohdy absence stabilního bydlení a využívání alternativ typu přespávání venku, na ubytovnách, ve squatech, toxi bytech či v azylových domech. Kromě výše uvedených lze jako důsledek užívání pervitinu vnímat specificky zaměřenou *sociální síť* jedince. Ve spojitosti s užíváním drogy si daný jedinec buduje síť sociálních vztahů, která je tvořena zejména kontakty s užívajícími osobami a má tendenci se stranit neuživatelům.

Obrázek 2 Paradigmatický model užívání pervitinu v kontextu společnosti



Zdroj: Vlastní výzkum

4.2 Výsledky kvantitativní části sběru dat

4.2.1 Popisná statistika

Na tomto místě jsou prezentovány výsledky získané v rámci jednotlivých položek dotazníku WHOQOL-BREF.

4.2.1.1 Hodnoty jednotlivých domén a položek v dotazníku WHOQOL-BREF

Na samostatnou otázku ve znění: „*Jak jste spokojen/a se svým zdravím?*“ odpovědělo 30,89 % dotázaných uživatelů pervitinu, že jsou spokojeni, a více než desetina (11,45 %) z nich uvedla, že dokonce velmi spokojeni. Střední hodnotu uvedlo 27,00 % respondentů. Nespokojeno bylo 22,43 % z nich a velmi nespokojeno 8,23 % (Tabulka 2).

Tabulka 2 Tabulka četností spokojenosti uživatelů pervitinu se svým zdravím

Spokojenost se zdravím	Četnost	% četnost
Velmi nespokojen	36	8,23 %
Nespokojen/a	98	22,43 %
Ani spokojen/a, ani nespokojen/a	118	27,00 %
Spokojen/a	135	30,89 %
Velmi spokojen/a	50	11,45 %
Celkem	437	100 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Ve druhé samostatné otázce: „*Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?*“ byla zaznamenána střední úroveň (odpověď ani špatná, ani dobrá) u 41,42 % respondentů, 29,06 % hodnotí kvalitu svého života jako dobrou, 7,34 % jako velmi dobrou. Jako špatnou ji ohodnotilo 12,35 % a jako velmi špatnou 9,83 % (Tabulka 3).

Tabulka 3 Tabulka četností hodnocení kvality svého života

Kvalita života	Četnost	% četnost
Velmi špatná	43	9,83 %
Špatná	54	12,35 %
Ani špatná, ani dobrá	181	41,42 %
Dobrá	127	29,06 %
Velmi dobrá	32	7,34 %
Celkem	437	100 %

Zdroj: Vlastní výzkum

V následující tabulce 4 níže se ukazuje zastoupení respondentů dle spokojenosti v rámci jednotlivých domén kvality života. Dragomirecká, Bartoňová (2006b) uvádějí, že byly stanoveny tři úrovně spokojenosti. Normální úroveň spokojenosti zahrnuje průměrnou hodnotu dané domény u populace spolu se směrodatnou odchylkou (STD). Odchytky od této hodnoty jsou pak označeny buď jako mírně zvýšená spokojenost nebo naopak jako mírně snížená spokojenost. Na základě této interpretace lze pochopit rozložení výzkumného souboru v hodnotách jednotlivých domén kvality života.

Tabulka 4 Domény WHOQOL-BREF-četnosti uživatelů pervitinu dle hodnocení spokojenosti

Fyzické zdraví	Četnost	% četnost
Mírně snížená spokojenost	171	39,13 %
Normální spokojenost	230	52,63 %
Mírně zvýšená spokojenost	36	8,24 %
Celkem	437	100 %

Duševní zdraví	Četnost	% četnost
Mírně snížená spokojenost	143	32,72 %
Normální spokojenost	237	54,23 %
Mírně zvýšená spokojenost	57	13,05 %
Celkem	437	100 %

Sociální vztahy	Četnost	% četnost
Mírně snížená spokojenost	134	30,66 %
Normální spokojenost	247	56,52 %
Mírně zvýšená spokojenost	56	12,82 %
Celkem	437	100 %

Životní podmínky	Četnost	% četnost
Mírně snížená spokojenost	174	39,81 %
Normální spokojenost	195	44,62 %
Mírně zvýšená spokojenost	68	15,57 %
Celkem	437	100 %

Zdroj: Vlastní výzkum

4.2.1.2 Kvalita života ve vztahu k sociodemografickým proměnným

V rámci měření kvality života ve vztahu k sociodemografickým proměnným, kterými byly pohlaví, věk, vzdělání a délka užívání drogy bylo dosaženo následujících výsledků.

Pohlaví

Pokud se zaměříme na sociodemografickou proměnnou pohlaví, lze říct, že muži dosahovali vyšších skóre kvality života než ženy, a to ve všech doménách (Tabulka 5).

Tabulka 5: Genderové aspekty kvality života uživatelů pervitinu dle domén WHOQOL-BREF

Doména	Pohlaví	N	Průměr	STD	Minimum	Maximum
Fyzické zdraví	Žena	148	13,12	3,27	5,51	19
	Muž	289	13,57	3,39	4,62	20
Duševní zdraví	Žena	148	13,08	3,11	4	20
	Muž	289	13,38	3,42	4	19
Sociální vztahy	Žena	148	14,01	3,89	4	20
	Muž	289	14,24	3,38	5,32	20
Životní podmínky	Žena	148	12,69	3,08	4	19
	Muž	289	13,01	3,16	4	20

Zdroj: Vlastní výzkum

Vzdělání

Jak ukazuje tabulka 6 níže, v souvislosti se vzděláním se skóre kvality života v jednotlivých doménách zvyšoval spolu s vyšším vzděláním. Výjimku tvořily domény *sociální vztahy* a *životní podmínky*, kde byly skóre mírně vyšší u respondentů se středoškolským vzděláním než s vysokou školou.

Tabulka 6: Vzdělanostní aspekty kvality života uživatelů pervitinu dle domén WHOQOL-BREF

Doména	Vzdělání								
	Základní			SŠ + SOU			VŠ		
	Průměr	N	STD	Průměr	N	STD	Průměr	N	STD
Fyzické zdraví	12,85	179	3,62	13,52	227	3,11	14,92	31	3,29
Duševní zdraví	13,13	179	3,55	13,45	227	3,08	14,30	31	3,02
Sociální vztahy	13,38	179	3,31	14,53	227	3,44	14,25	31	3,78
Životní podmínky	11,42	179	3,02	12,32	227	3,13	12,15	31	3,28

Zdroj: Vlastní výzkum

4.2.1.3 Položky dotazníku WHOQOL-BREF u uživatelů pervitinu

Skór jednotlivých položek dotazníku WHOQOL-BREF u uživatelů pervitinu se ukazuje v tabulce 7 níže. Lze říct, že nejvyšší celkový skór v rámci všech čtyř domén kvality života byl zaznamenán v doméně *sociální vztahy*, nejnižší pak v doméně *životní podmínky*.

V doméně *fyzického zdraví* se objevuje u uživatelů pervitinu nejvyšší skór u položky týkající se závislosti na lékařské péči (3,66). Nejnižší skór se pak ukázalo u otázky zaměřené na spánek (3,22). Celkový skór v doméně fyzické zdraví je u uživatelů pervitinu na hodnotě 13,69.

Doména *duševní zdraví* ukazuje nejvyšší hodnotu u uživatelů metamfetaminu v otázce zaměřené na smysl života (3,62). Nejnižší skór se objevilo u položky zaměřené na negativní pocity (2,81). Celkový skór domény duševního zdraví je u uživatelů pervitinu 13,46.

V rámci domény *sociální vztahy* lze zaznamenat nejnižší skór v otázce týkající se podpory přátel (3,49), naopak nejvyšší hodnota (3,65) byla zaznamenána v položce zaměřené na sexuální život respondentů. Celkově je hodnota u této domény u uživatelů pervitinu 14,25.

V doméně *životní podmínky* hodnotí uživatelé pervitinu nejnižším skórem otázku zaměřenou na energii a únavu (2,41). Nejvyšší hodnota se pak objevuje u položky, která se vztahovala k osobnímu bezpečí respondentů (3,41). Celkový skór je v doméně životní podmínky 12,15.

Tabulka 7: Skóry jednotlivých položek dotazníku WHOQOL-BREF u uživatelů pervitinu

Doména	Otázka	Uživatelé pervitinu		
		N	Průměr	STD
Fyzické zdraví	Bolest a nepříjemné pocity	437	3,35	1,23
	Závislost na lékařské péči	437	3,66	1,32
	Energie a únava	437	3,29	1,14
	Pohyblivost	437	3,65	1,18
	Spánek	437	3,22	1,22
	Každodenní činnost	437	3,39	1,11
	Pracovní výkonnost	437	3,31	1,19
	Celkový skór	437	13,69	3,25
Duševní zdraví	Potěšení ze života	437	3,44	1,13
	Smysl života	437	3,62	1,15
	Soustředění	437	3,24	1,10
	Přijetí tělesného vzhledu	437	3,38	1,19
	Spokojenost se sebou	437	3,39	1,03
	Negativní pocity	437	2,81	1,21
	Celkový skór	437	13,46	3,16
Sociální vztahy	Osobní vztahy	437	3,61	1,11
	Sexuální život	437	3,65	1,15
	Podpora přátel	437	3,49	1,09
	Celkový skór	437	14,25	3,55
Životní podmínky	Osobní bezpečí	437	3,41	1,05
	Životní prostředí	437	3,06	1,21
	Energie a únava	437	2,41	1,14
	Přístup k informacím	437	3,15	1,19
	Záliby	437	2,87	1,37
	Prostředí v okolí bydliště	437	2,93	1,23
	Dostupnost zdravotní péče	437	3,28	1,19
	Doprava	437	3,26	1,28
	Celkový skór	437	12,15	3,13

Zdroj: Vlastní výzkum

4.2.2 Testování hypotéz

V této části práce bude věnována pozornost testování stanovených hypotéz. Souhrnně ukazuje výsledky Tabulka 8.

Tabulka 8: Vztah skóru jednotlivých domén dotazníku WHOQOL-BREF k vybraným sociodemografickým proměnným

Doména	Proměnná	p	t/r	m
Fyzické zdraví	pohlaví	0,002	0,243	Ženy 13,12
				Muži 13,57
	vzdělání	0,584	0,071	
	věk	0,231	0,021	
	délka užívání	0,005	0,215	
Duševní zdraví	pohlaví	0,001	0,112	Ženy 13,08
				Muži 13,38
	vzdělání	0,235	0,211	
	věk	0,378	0,254	
	délka užívání	0,001	0,185	
Sociální vztahy	pohlaví	0,003	0,204	Ženy 14,01
				Muži 14,24
	vzdělání	0,445	0,168	
	věk	0,521	0,032	
	délka užívání	0,385	0,078	
Životní podmínky	pohlaví	0,425	0,157	
	vzdělání	0,397	0,114	
	věk	0,488	0,089	
	délka užívání	0,526	0,143	

Zdroj: Vlastní výzkum

H1: Doména fyzického zdraví v rámci WHOQOL-BREF se u uživatelů pervitinu liší s ohledem na pohlaví.

V případě této hypotézy jsme zaznamenali výsledek $t=0,234$; $p=0,002$, což ukazuje na statisticky významný vztah mezi proměnnými a hypotézu tudíž přijímáme. Pohlaví uživatelů pervitinu má vliv na jejich fyzické zdraví.

H2: Doména fyzického zdraví v rámci WHOQOL-BREF se u uživatelů pervitinu liší s ohledem na vzdělání.

Korelace mezi proměnnými $r=0,071$; $p=0,584$ značí absenci statisticky významného vztahu. Hypotézu tudíž zamítáme a lze tvrdit, že vzdělání nemá vliv na fyzické zdraví uživatelů pervitinu.

H3: Doména fyzického zdraví v rámci WHOQOL-BREF se u uživatelů pervitinu liší s ohledem na věk.

V této hypotéze nebyl zaznamenán statisticky významný vztah vzhledem ke korelaci $p=0,231$ a $r=0,021$. Daná hypotéza se tedy zamítá.

H4: Doména fyzického zdraví v rámci WHOQOL-BREF se u uživatelů pervitinu liší s ohledem na délku užívání.

V případě této hypotézy byl zaznamenán výsledek $r=0,215$; $p=0,005$, což ukazuje na statisticky významný vztah mezi proměnnými fyzické zdraví a délka užívání a hypotézu tudíž přijímáme.

H5: Doména duševního zdraví v rámci WHOQOL-BREF se u uživatelů pervitinu liší s ohledem na pohlaví.

V případě této hypotézy jsme zaznamenali výsledek $t=0,112$; $p=0,001$, což ukazuje na statisticky významný vztah mezi proměnnými a hypotézu tudíž přijímáme. Duševní zdraví uživatelů pervitinu se tedy liší s ohledem na pohlaví.

H6: Doména duševního zdraví v rámci WHOQOL-BREF se u uživatelů pervitinu liší s ohledem na vzdělání.

Korelace mezi proměnnými $r=0,211$; $p=0,235$ značí absenci statisticky významného vztahu. Hypotézu tudíž zamítáme a lze tvrdit, že vzdělání nemá vliv na duševní zdraví uživatelů pervitinu.

H7: Doména duševního zdraví v rámci WHOQOL-BREF se u uživatelů pervitinu liší s ohledem na věk.

V této hypotéze nebyl zaznamenán statisticky významný vztah vzhledem ke korelaci $p=0,378$ a $r=0,254$. Daná hypotéza se tedy zamítá a lze tvrdit, že věk uživatelů pervitinu nemá vliv na jejich duševní zdraví.

H8: Doména duševního zdraví v rámci WHOQOL-BREF se u uživatelů pervitinu liší s ohledem na délku užívání.

V případě této hypotézy byl zaznamenán výsledek $r=0,185$; $p=0,001$, což ukazuje na statisticky významný vztah mezi proměnnými duševní zdraví a délka užívání a hypotézu tudíž přijímáme.

H9: Doména sociálních vztahů v rámci WHOQOL-BREF se u uživatelů pervitinu liší s ohledem na pohlaví.

V případě této hypotézy jsme zaznamenali výsledek $t=0,204$; $p=0,003$, což ukazuje na statisticky významný vztah mezi proměnnými a hypotézu tudíž přijímáme. Sociální vztahy uživatelů pervitinu se tedy liší s ohledem na jejich pohlaví.

H10: Doména sociálních vztahů v rámci WHOQOL-BREF se u uživatelů pervitinu liší s ohledem na vzdělání.

V rámci této hypotézy nebyl zaznamenán statisticky významný vztah vzhledem ke korelaci $p=0,445$ a $r=0,168$. Daná hypotéza se tedy zamítá a lze tvrdit, že vzdělání uživatelů pervitinu nemá vliv na jejich sociální vztahy.

H11: Doména sociálních vztahů v rámci WHOQOL-BREF se u uživatelů pervitinu liší s ohledem na věk.

V této hypotéze nebyl zaznamenán statisticky významný vztah vzhledem ke korelaci $p=0,521$ a $r=0,032$. Hypotézu tudíž zamítáme. Lze konstatovat, že věk uživatelů pervitinu nemá vliv na oblast jejich sociálních vztahů.

H12: Doména sociálních vztahů v rámci WHOQOL-BREF se u uživatelů pervitinu liší s ohledem na délku užívání.

Korelace mezi proměnnými $r=0,078$; $p=0,385$ značí absenci statisticky významného vztahu. Hypotézu tudíž zamítáme a lze tvrdit, že délka užívání pervitinu nemá vliv na sociální vztahy uživatelů pervitinu.

H13: Doména životních podmínek v rámci WHOQOL-BREF se u uživatelů pervitinu liší s ohledem na pohlaví.

V rámci této hypotézy nebyl zaznamenán statisticky významný vztah vzhledem ke korelaci $p=0,425$ a $t=0,157$. Daná hypotéza se tedy zamítá a lze tvrdit, že pohlaví uživatelů pervitinu nemá vliv na jejich životní podmínky.

H14: Doména životních podmínek v rámci WHOQOL-BREF se u uživatelů pervitinu liší s ohledem na vzdělání.

Vzhledem ke korelaci mezi proměnnými $r=0,114$; $p=0,397$ nelze zaznamenat statisticky významný vztah. Danou hypotézu tudíž zamítáme a je možné tvrdit, že vzdělání nemá vliv na životní podmínky uživatelů pervitinu.

H15: Doména životních podmínek v rámci WHOQOL-BREF se u uživatelů pervitinu liší s ohledem na věk.

V případě této hypotézy jsme zaznamenali výsledek $r=0,089$; $p=0,488$, což neukazuje na statisticky významný vztah mezi proměnnými a hypotézu tudíž zamítáme. Životní podmínky uživatelů pervitinu se tedy neliší s ohledem na jejich věk.

H16: Doména životních podmínek v rámci WHOQOL-BREF se u uživatelů pervitinu liší s ohledem na délku užívání.

V rámci této hypotézy nebyl zaznamenán statisticky významný vztah vzhledem ke korelaci $p=0,526$ a $r=0,143$. Daná hypotéza se tedy zamítá a lze tvrdit, že délka užívání u uživatelů pervitinu nemá vliv na jejich životní podmínky.

Shrnutí testování hypotéz

V dimenzi fyzické a duševní zdraví a sociální vztahy byl zaznamenán statisticky významný vztah s pohlavím, kdy ženy vykazovaly signifikantně horší skóry než muži. Další statisticky významný vztah se potvrdil v oblasti délky užívání drogy a fyzického a psychického zdraví. S délkou užívání se kvalita života v těchto doménách u uživatelů pervitinu snižuje. V případě dalších testovaných proměnných a domén ale oproti očekávání nebyl identifikován statisticky významný vztah.

5 Diskuse

Kapitola diskuse bude rozčleněna do několika tematických bloků, v nichž bude věnována pozornost nejvýznamnějším oblastem, které se v rámci výzkumného šetření objevily a analýze ve vztahu ke stanoveným cílům a výzkumným otázkám disertační práce.

5.1 Obranné mechanismy

Významnou součástí výsledků, které byly v rámci výsledků identifikovány, byly strategie, které uživatelé pervitinu používají v rámci adaptace na nároky společnosti a současně jako určitý typ vlastní obrany. Kódy, které byly získány v rámci výzkumu, tvořily značnou část získaných dat, proto je možné jim přisuzovat význam. Subjektivně se pro uživatele jedná o významné téma. To podporuje fakt, že nebyly na tuto problematiku cíleně dotazovány, ale vyplynula spontánně z jejich výpovědí.

Téma obranných strategií není novou záležitostí, neboť se mu věnuje řada dostupných studií. Tyto studie jsou kvantitativního charakteru, využívají standardizovaných metod ke sběru dat.

K měření obranných mechanismů je nejčastěji využíván dotazník DSQ 40, který se skládá ze 40 škálových otázek zastupujících jednotlivé obranné mechanismy: Sublimace, Humor, Anticipace, Suprese, Odčínění, Pseudoaltruismus, Idealizace, Reaktivní formace, Projekce, Pasivní agrese, Agování, Izolace, Devalence, Popření, Přesun, Disociace, Štěpení, Racionalizace, Somatizace (Červenková, 2005).

Mezi další používané patří např. Defense Mechanism Rating Scales (DMRS-Q) (DiGuiseppe et al., 2014), Defense Mechanism Inventory (DMI) (Gleser, Ihilevich, 1969), Life Style Index (LSI). Jedna z novějších metod je The Defense-Q (Davidson et al., 2004).

O zjištěných strategiích, které uživatelé pervitinu používají, bylo uvažováno v souvislosti s jejich možnými funkcemi. Lze nalézt určité podobnosti, pokud o daných strategiích uvažujeme v kontextu obrany. Každý jedinec je vybaven obrannými mechanismy, které jsou využívány pro snadnější zvládnutí nepříjemné události, nevhodných pocitů a udržují jedince v pozadí nepříjemné pravdy a distancování od pocitů viny a hanby. Tyto

procesy vychází z našeho nevědomí a jsou většinou využívány nevědomě (Journey Pure Facility, 2021).

V souvislosti s obrannými mechanismy bereme v úvahu i copingové strategie, které jsou společně považovány za systémové útvary představující nevědomé a vědomé úrovně obranného komplexu psychických reakcí (Bokhan et al., 2013). Nejsme schopni říct, zda námi zjištěné strategie jsou čistě ego obranné, copingové, či se jedná o jejich kombinaci. Proto je používána terminologie shodná s dalšími autory, kteří se danému fenoménu věnovali.

Kudrle dodává, že osoby s rozvinutou závislostí prakticky nejsou schopny přežívat v realitě, izolují se od svého autentického prožívání. Pokud by do jejich vědomí měly proniknout nepříjemné pocity, okamžitě startují svoji aktivitu „nutkavá touha po ovlivnění“. Závislý člověk drogu užije dříve, než by se celý komplex nepříjemných pocitů rozvinul. Úměrně hloubce této poruchy rozvíjí závislý člověk své obrany a zdůvodnění (Kudrle, 2003).

Andrews et al. (1993) rozděluje styly obrany do tří typů: nezralý, zralý a neurotický. Nezralý obranný styl zahrnuje racionalizaci, projekci, popření, disociaci, devalvacii, somatizaci, pasivní agresi a izolaci. Zralý obranný styl zahrnuje potlačení, humor a předvídání. Neurotický obranný styl zahrnuje altruismus, formování reakcí, idealizaci a represi. Uživatelé drog nemohou ve stresových situacích používat účinnou obranu. Proto se obracejí k destruktivnímu chování, jako je zneužívání drog (Nickel, Egle, 2006).

Mezi námi popsané strategie, které uživatelé pervitinu aplikují v kontextu společnosti, patří ignorace okolí, sebevyloučení, vyhýbání se, držení v tajnosti a racionalizace. Strategie racionalizace odpovídá shodně nazvanému obrannému mechanismu v rámci DSQ 40. Zároveň by podle členění stylu obrany podle Andrews et al. (1993) spadala pod nezralý styl obrany.

To by odpovídalo výsledkům studií, které byly věnovány této oblasti a naznačují, že v oblasti drogové závislosti, zneužívání návykových látek a relapsu jsou využívány zejména nezralé obranné mechanismy (Bagheri, Azadfallah, Fathi-Ashtiani, 2013). Podle Mahdi, Fahimi a Bayrami (2013) uživatelé drog používají méně efektivní styly sebeobrany, aby se vyrovnali se stresujícími životními událostmi, úzkostí atd. a hledají

dočasnou úlevu od těchto problémů. Proto může být zneužívání drog maladaptivní zvládací a obrannou strategií proti negativním účinkům nepříjemných zážitků a emocí.

Další námi zjištěná strategie sebevyloučení pojmenováním odpovídá obrannému mechanismu izolace v rámci DSQ 40, obsahově jsou však odlišné. Toto poukazuje na potřebu využívat v rámci budoucích studií kvalitativní přístupy, které mohou rozšířit poznatky v oblasti obranných mechanismů u uživatelů drog. O strategii nazvané ignorace okolí můžeme uvažovat v souvislosti s obranným mechanismem popření, kdy se jedinec chová tak, jako by určitý problém neexistoval.

Strategie, které byly označeny jako sebevyloučení a vyhýbání se, by bylo možné propojit s obranou rezignace a apatie, která se dle Nakonečného (2009) projevuje přerušением kontaktu s nepříjemným okolím, vyloučením emoční nebo jiné účasti. Strategii držení v tajnosti lze chápat jako preventivní způsob uživatelů pervitinu k vyhnutí se konfrontaci s okolím v případě, že by se o užívání drogy dozvědělo. Podobné strategie používají i jiné marginalizované skupiny. Např. Ondrášek (2020) ve své studii popisuje, že privátní sexuální pracovnice využívají strategii vyhýbání se, kdy sexuální práci před svým okolím tají.

Podle Vaillant (2014) jsou obranné mechanismy automatické regulační procesy, které jsou aktivovány za účelem snížení kognitivní disonance a minimalizují náhlé změny ve vnitřní a vnější realitě prostřednictvím ovlivňování způsobu, jakým jsou vnímány ohrožující události. Kromě toho jsou obranné mechanismy cestou ke kompromisu při nepříjemných událostech a konfliktech v této oblasti (Fist, Fist, 2012). Ve smyslu vyhnutí se kognitivní disonanci byla u námi oslovených uživatelů identifikována strategie racionalizace, která se projevovala tvrzeními, že jim užívání drogy pomáhá a že je vlastně v ničem neomezuje. Tím obelhávají sami sebe, aby si užití obhájili.

Výskyt nezralých obranných mechanismů predikuje možný relaps a zhoršenou motivaci k léčbě (Evren et al., 2015), což se shoduje s tím, že námi popsané strategie, které uživatelé pervitinu používají v rámci fungování ve většinové společnosti lze považovat za překážky ve smyslu motivace ke změně směrem k abstinenci. To potvrzuje i studie Sabri et al. (2018), kteří vyzdvihují rozšiřování využití obranných mechanismů v plánu léčby závislosti. Pracovníci služeb, které se věnují problematice užívání drog, si musí být

vědomi významu obranných mechanismů hrající roli při určování připravenosti ke změně, aby byl léčebný plán individualizován pro konkrétní klienty.

Tématem obranných strategií je vhodné se zabývat na všech úrovních práce s uživateli drog, protože mohou potencionálně zlepšit účinnost léčby a zabránit případnému relapsu. Naše studie může posloužit jako námět pro další výzkumy, ve smyslu kvalitativního zaměření na obranné mechanismy uživatelů drog za účelem lepší specifikace a zacílení léčby podle individuálních potřeb jedince. Forys, McKellar a Moos (2007) uvádějí, že při terapeutickém působení a abstinenci dochází k úbytku maladaptivních copingových strategií a rovněž dochází k intenzivnějšímu používání aktivních copingových strategií, jakými jsou třeba zaměření se na problém či hledání sociální opory.

Výsledky výzkumu Procházková a Dvořáková (2020) poukazují na možnou zvýšenou závažnost osobnostní psychopatologie u kombinované závislosti, v nižší míře také u drogové závislosti oproti alkoholové závislosti. Ta se projevovala zvýšeným výskytem difúze identity, zvýšeným užíváním primitivních obranných mechanismů a zhoršeným testováním reality.

5.2 Kvalita života u uživatelů pervitinu

Dalším významným tématem, kterému byla disertační práce věnována, byla kvalita života u uživatelů pervitinu. Ta je vázána, jak už bylo uvedeno v teoretické části práce, na celou řadu dalších faktorů, jako fyzické zdraví, psychické zdraví, sociální vztahy či životní podmínky.

Na rozdíl od obranných strategií se tématu kvality života věnuje mnoho českých i zahraničních studií, z nichž řada je zaměřena přímo na kvalitu života u uživatelů drog a další marginalizované skupiny. Výhodou je, že na rozdíl od studií věnovaných obranným mechanismům tyto výzkumy řeší jak subjektivní, tak objektivní aspekt kvality života. Objektivní výstupy jsou porovnatelné, jelikož v rámci výzkumu k disertační práci byl použit standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF.

Autoři studií využili i další nástroje zaměřené na dané téma, jako např. SF-12 a také využili různé výzkumné strategie. Navzdory použití různých měřicích nástrojů a strategií Ghasemi et al. (2014) a Moreira et al. (2013) dospěli k závěru, že kvalita života uživatelů návykových látek je na různých úrovních nižší ve srovnání s běžnou populací. Na druhé

straně někteří autoři jako Costenbader et al. (2007) a Smith a Larson (2003) zdůrazňují, že neexistují jasné důkazy o přímém dopadu užívání návykových látek na kvalitu života, která může být ovlivněna sekundárními nemocemi.

Hodnoty kvality života v jednotlivých doménách podle WHOQOL-BREF by bylo možné porovnat s populačními normami v rámci České republiky. Porovnání jsme ale nepovažovali za vhodné, jelikož normy pro běžnou populaci za ČR podle Dragomerické a Bartoňové (2006b) jsou zastaralé a nereflektují společenský vývoj, socioekonomický vývoj apod.

Existuje množství výzkumů na kvalitu života, a to jak na subjektivní, tak na objektivní. V naší studii byl použit standardizovaný dotazník, který je nejvyužívanější v rámci zkoumání tématu kvality života, a to i konkrétně u uživatelů drog a dalších marginalizovaných skupin.

Jak uvádí Looby a Earleywine (2007), zatímco mnoho uživatelů metamfetaminu užívá drogy za účelem zvýšení kvality jejich života, údaje naznačují, že chronické užívání drogy může mít opačný účinek. Osoby, které v minulosti užívaly metamfetamin, reflektovaly výskyt deprese a apatie a nižší úroveň štěstí a subjektivní pohody. Užívání metamfetaminu může snížit subjektivní pohodu člověka místo toho, aby ji zlepšilo, což je v rozporu s vnímáním mnoha uživatelů.

V rámci našeho kvalitativního výzkumného šetření uváděli informanti překvapivé výpovědi, v nichž bylo uživateli pervitinu popisováno, že se subjektivně cítí šťastní a spokojení a neumí si vlastně představit, jak by jejich život mohl vypadat jinak např. v případě, že by přestali drogy užívat. Někteří také vylučovali, že by se cítili odsunuti na okraj společnosti. Tyto výpovědi byly v rozporu s objektivní situací daných jedinců a výsledky předchozích studií. Např. Ventegodt a Merrick (2003) diskutovali o korelaci mezi užíváním amfetaminu a kvalitou života jeho uživatelů, přičemž byla jejich QOL nižší než u zbytku populace.

Pokud uvažujeme o možných příčinách výše uvedeného rozporu mezi našimi zjištěními, která se týkají subjektivní spokojenosti uživatelů pervitinu se svým životem a objektivní kvalitou jejich života, lze uvést možné zapojení obranných mechanismů, kterým je věnována pozornost v textu výše. Dále je možné zvažovat vliv potencionální akutní intoxikace uživatelů během výzkumných rozhovorů, která by vzhledem k účinkům drogy

mohla mít za následek zkreslení vnímání své životní situace na základě aktuálního pocitu euforie.

Výsledky námi testovaných hypotéz ukázaly, že kvalita života **žen** je ve třech ze čtyř dimenzí kvality života horší než u **mužů**. Jednalo se o fyzické zdraví, duševní zdraví a sociální vztahy. Tento výsledek se shoduje s výsledky podobných studií, které využívaly různé měřicí nástroje, srov. např. Moreira et al. (2013). Moreira et al. (2013) rovněž uvádí, že ženy užívající návykové látky čelí stresu nebo jiným zdravotním problémům častěji než muži, kteří jsou také uživateli. Safari (2004) uvádí, že ženy trpí častými onemocněními (např. hepatitidou) a pohlavně přenosnými chorobami, jako je HIV, než ženy, které neužívají. U žen je také méně pravděpodobné, že obdrží podporu od svých rodin a přátel. Genderový rozdíl v kvalitě života uživatelů metamfetaminu potvrzují i McKetin et al. (2019).

Co se týče výsledků týkajících se vztahu **věku** a kvality života, v rámci našeho výzkumu nebyly potvrzeny stanovené hypotézy, v nichž jsme předpokládali, že fyzické zdraví, duševní zdraví, sociální vztahy a životní podmínky uživatelů pervitinu se budou lišit v závislosti na jejich věku. Vliv na tento výsledek mohla mít poměrně nízká věková kategorie respondentů, kdy průměr výzkumného souboru činil 27 let. Rohde et al. (2007) uvádějí, že pokud jednotlivci užívají látky pouze v období puberty, jejich kvalita života v dospělosti není významně ovlivněna. Rohde et al. (2007) však podporuje výsledky, podle nichž je kvalita života v dospělosti významně ovlivněna dlouhodobým užíváním látek- pokud toto užívání začíná v pubertě a pokračuje v dospělosti. Co se týče populačních norem, kvalita života je nejnižší v nejstarší věkové kategorii, ale neexistuje lineární tendence (Dragomerická, Bartoňová, 2006b).

Dle zjištění studie Gonzales et al. (2011) mají uživatelé metamfetaminu s vyšším **vzděláním** vyšší pravděpodobnost horšího vnímání svého duševního zdraví ve srovnání s těmi, kteří mají nižší úroveň vzdělání. Jejich zjištění nebylo předpokládáno, protože nižší úroveň vzdělání bývají spojené s horší kvalitou života a horším zdravím. Jednou z možných spekulací pro tento výsledek je, že užívání drog mezi vysoce vzdělanými osobami může vést k pocitu selhání, pokud jde o neschopnost úspěšně plnit role a standardy, které si stanovili před užíváním drog.

Ve své studii Moreira et al. (2013) uvádějí, že jedinci s vysokoškolským vzděláním mají celkově lepší kvalitu života. Různé hlavní ukazatele osob v této studii, které navštěvovaly školu méně než osm let, byly nižší než indexy skupin, které školu navštěvovaly déle. Námi stanovené hypotézy, v nichž jsme předpokládali, že fyzické zdraví, duševní zdraví, sociální vztahy a životní podmínky uživatelů pervitinu se budou lišit v závislosti na jejich vzdělání, byly zamítnuty.

V rámci našeho zkoumání vztahu mezi **délkou užívání** drogy a kvalitou života jedince se potvrdil statisticky významný vztah v oblasti délky užívání drogy a fyzického a psychického zdraví uživatelů pervitinu. Naše zjištění odpovídají výsledkům studie Costenbader et al. (2007), které shrnují, že vnímání kvality života, konkrétně zdravotního stavu uživatelů drog významně souviselo se závažností užívání drogy, kdy byly sledovány frekvence, chroničnost a způsob užívání. Konkrétně četnost užívání metamfetaminu či více drog predikovala špatné vnímání duševního a fyzického zdraví v oblasti kvality života. Podobně uživatelé metamfetaminu s delší historií užívání uváděli horší vnímání kvality života ve výše uvedených oblastech.

Korelaci mezi nižší kvalitou života a užíváním návykových látek lze rovněž nalézt u uživatelů kokainu (Lozano et al., 2017; Ventegodt, Merrick, 2003). Nižší subjektivní kvalita života byla také zjištěna u uživatelů opiátů. Kvalita života uživatelů halucinogenů je také nižší než kvalita života běžné populace (Goldenberg et al., 2017; Ventegodt, Merrick, 2003). Na druhou stranu podle Senbanjo et al. (2007) se kvalita života zvyšuje během prvních tří měsíců léčby. Rychlost růstu se poté po prvních třech měsících zpomalí.

Rooks (2010) se zabýval tématem sociálních vazeb u osob užívajících návykové látky, a to konkrétně vztahem mezi úrovní kvality života závislých osob a jejich podpůrným řetězcem, do něhož patří například rodina, přátelé a okolí. Ventegodt a Merrick (2003) pak ve spojitosti se sociálními vztahy uživatelů vysvětlují, že amfetaminy se používají ke zvýšení sebedůvěry během sociální interakce, ale také negativně ovlivňují kvalitu života jejich uživatelů. V rámci našeho výzkumného šetření nebyla nalezena žádná souvislost mezi délkou užívání drog a kvalitou života v sociálních vztazích. To může být způsobeno skutečností, že uživatelé metamfetaminu se vnímají jako součást sociální skupiny, která je však objektivně marginalizována.

5.3 Zdraví a zdravotní péče

Uživatelé pervitinu mohou vstupovat do systému zdravotní péče z různých důvodů. Lze se u nich setkat se špatným zdravotním stavem, který vznikl v důsledku aplikace návykové látky, například přes špatné žíly nebo jako následek infekce virem hepatitidy C (HCV). Může se také jednat o důsledek životního stylu spojeného s drogovou kariérou jedince, pro nějž je charakteristické např. bezdomovectví, špatná strava či nedostupnost a/nebo nedbalost v oblasti hygieny. Právě životní styl těchto osob vyvolává ve většinové společnosti nelibost a v určitých případech může vést až k diskriminaci.

V případě našeho výzkumu bylo diskutovaným tématem stigma, které je spojené s užíváním návykových látek, a které ve společnosti panuje. Samotní uživatelé od členů majority, v našem případě konkrétně odborníků v oblasti zdravotnictví, pak očekávají negativní postoje a přístup, které s daným stigmatem souvisí. Toto očekávání hraje významnou roli v jejich rozhodnutí, zda vyhledat či nevyhledat zdravotní péči v případě potřeby.

Výzkum Latkin et al. (2013) ukázal, že stigma užívání drog a diskriminace v důsledku stigmatu užívání drog mají nepříznivý dopad na duševní a fyzické zdraví. V několika studiích byla nalezena korelace mezi stigmatem a rizikovým zdravotním chováním, konkrétně prokazující, že stigma užívání drog je spojeno se zvýšeným sdílením injekčních stříkaček a dalšího materiálu a také s rizikovým sexuálním chováním (Rivera et al., 2014; Latkin et al., 2010).

Z našich výsledků vyplývá, že co se týče poskytování zdravotní péče uživatelům pervitinu, často dochází k jejich „sebevyloučení“ ze zdravotnického systému. Máme na mysli situaci, kdy se takový jedinec i přes zdravotní problémy, které ho trápí, rozhodne nevyhledat pomoc odborníků na základě studu, strachu či obav z jejich negativního přístupu. Csete et al. (2016) ve své studii uvádějí, že uživatelé drog popisovali v souvislosti se zdravotnickými službami omezenost zdrojů, byrokratickou bariéru a stigma jako překážky v jejich lepším využívání.

Muncan et al. (2020) ve své studii uvádějí, že stigmatizující zkušenosti zejména injekčních uživatelů drog ve formálním zdravotnickém prostředí přispěly k negativním postojům k hledání zdravotní péče v budoucnu. Toto se shoduje s našimi zjištěními, kdy oslovení informanti uváděli, že nejhorší jednání, se kterým se setkali, byly takové reakce

lékařů a zdravotních sester, kdy je daní odborníci odmítli ošetřit. Další popisovanou formou chování zdravotnického personálu při setkání s uživatelem pervitinu, byla změna jejich přístupu po zjištění, že daný jedinec užívá drogy a nepříjemné chování k němu. Uživatelé pervitinu na základě předchozí negativní zkušenosti s reakcemi zdravotnického personálu na jejich osobu raději při zdravotních obtížích zdravotní péči nevyhledají, jelikož se chtějí vyhnout další nepříjemné zkušenosti.

Předchozí výzkumy daly za pravdu vnímání uživatelů drog ohledně stigmatizace v systému zdravotní péče. Řada autorů dospěla k závěru, že zdravotničtí pracovníci mají často negativní vnímání nebo implicitní předsudky vůči osobám užívajícím návykové látky a tyto názory mohou přispět k horším interakcím mezi nimi a pacienty (Carusone et al., 2019; Boucher et al., 2017).

Lze však nalézt také studie popisující pozitivní přístup zdravotnického personálu k uživatelům drog. Například Muncan et al. (2020) uvádějí, že účastníci jejich výzkumu hodnotili personál zahrnující jak zdravotnické, tak i nelékařské pracovníky (tj. poradci, sociální pracovníci, podpůrný personál), jako nesoudící, chápající a vstřícné, díky čemuž se cítili pohodlněji.

To se shoduje s výsledky našeho výzkumu, kdy uživatelé pervitinu, kteří vyhledali zdravotnickou péči, popisovali také pozitivní zkušenosti s jednáním odborníků ve zdravotnictví. Ty spočívaly v ošetření daného jedince bez jakékoliv diskriminace, nepříjemných slovních narážek či komentářů mířených na jeho osobu. Pozitivní zkušenost s profesionálním chováním lékařů a zdravotních sester může působit jako významný faktor v rámci dalšího využití zdravotních služeb uživatelem, který je v dané chvíli opravdu potřebuje.

Muncan et al. (2020) dále zjistili, že právě pozitivní zkušenosti uživatelů drog v rámci zdravotní péče mohou souviset s nižším výskytem internalizovaného stigmatu spojeného s užíváním. Když uživatelé zažili pozitivní jednání při zapojení do zdravotní péče, vyvolalo to v nich pocity hodnoty pro druhé a sebehodnoty, které mohly hrát roli při zmírňování internalizovaného stigmatu užívání drog po předchozích negativních zkušenostech v nemocnicích apod.

Naše zkušenosti z praxe zahrnují do procesu kolem vyhledávání zdravotní péče uživateli pervitinu také vliv nízkoprahových služeb, jako např. kontaktních center či streetworku.

Právě v nich je uživatelům poskytováno základní ošetření a jsou zde pracovníky motivováni k návštěvě odborníků z řad lékařů. Zároveň je jim nabídnut doprovod, aby byly eliminovány negativní faktory, které brání jedinci ve využití zdravotní péče. K těm podle našich zjištění patří strach, stud, laxní přístup či negativní očekávání uživatele.

Doprovod k lékaři byl naopak označován jako pozitivní faktor v rámci rozhodování informantů o tom, zda svůj zdravotní problém budou řešit. Důležitou roli služeb poskytujících výměnný program a základní ošetření zmiňují také Barry et al. (2014), jejichž účastníci studie z řad uživatelů drog popisovali výměnná místa jako velmi přístupná pro základní zdravotní péči. Jejich využití pak může potlačit internalizované stigma uživatelů, které se objevuje na základě negativních zkušeností v širším systému zdravotní péče.

Vzhledem k častým negativním postojům k osobám užívajícím drogy v rámci systému zdravotní péče doporučujeme implementovat strategie a intervence k minimalizaci stigmatu užívání drog v tradičních zdravotnických zařízeních. Intervence mohou mít podobu programů zaměřených na zlepšení povědomí o problematice užívání návykových látek a závislostí. Livingstone et al. (2012) popisují zkušenosti ze zahraničí, kdy se zejména podobné programy začleněné do výuky studentů medicíny, lékařů, policistů a poradců ukázaly jako účinné při snižování stigmatu užívání drog.

Větší informovanost „budoucích odborníků“ může mít vliv na změnu postojů, které doposud ke skupině uživatelů drog měli. K takové změně může dojít na základě toho, že vnímají člověka realističtěji, a ne jako stereotyp (Crapanzano et al., 2014).

5.4 Analýza ve vztahu k výzkumným otázkám a cílům

Na začátku výzkumné části disertační práce byly stanoveny tři výzkumné otázky, na něž se zde pokusím na základě zjištěných výsledků odpovědět.

VO1: Jakým způsobem ovlivňuje sociální exkluze zdravotní stav uživatelů pervitinu, kteří žijí v Českých Budějovicích?

Pokud uvažujeme o tom, jaký vliv má sociální vyloučení uživatelů pervitinu na jejich zdraví, lze říct, že jej ovlivňuje na subjektivní i objektivní úrovni. Z objektivního hlediska se objevuje v rámci poskytování zdravotní péče neochota zdravotnického personálu

s uživateli pervitinu pracovat a dochází také k odmítnutí odborníků uživatele ošetřit. Tato skutečnost vylučuje osoby užívající drogu z přístupu ke zdravotním službám. Naše zjištění potvrzují i závěry Csete et al. (2016).

Na subjektivní úrovni dochází mnohdy k „sebevyloučení“ uživatelů ze zdravotnického systému, kdy se na základě obav, studu, předchozí negativní zkušenosti či svého laxního přístupu rozhodnou i přes zdravotní potíže odbornou pomoc nevyhledat. Dalším důvodem vedoucím k absenci zdravotní péče je subjektivní pocit uživatelů, že jejich drogová kariéra nezanechala na jejich zdravotním stavu žádné následky, cítí se zdraví a lékaře nepotřebují. Uživatelé pervitinu často nejsou zaregistrováni u konkrétního specialisty (zubní lékař, obvodní lékař apod.), nebo se příliš nestarají o pravidelné prohlídky, což může opětovně vést k odmítnutí ošetření ze strany odborníků.

Co se týče situací, kdy je uživatel ze zdravotnické služby vykázán a odmítnut, je potřeba zvážit vliv možných okolností, které zde hrají roli. Carusone et al. (2019) sice zjistili, že zdravotničtí pracovníci často negativně vnímají osoby užívající návykové látky, což může přispět k horším interakcím mezi nimi a pacienty, ale dle našich zkušeností z praxe mají na výše uvedené situace vliv i další faktory.

Vzhledem k častému stavu akutní intoxikace u daných jedinců může nastat případ, že návštěva lékaře probíhá pod vlivem drogy. To pak může ze strany uživatele pervitinu způsobit např. agresivní projevy chování či vzhledem k roztěkanosti a změněnému stavu vědomí potíže na čemkoliv domluvit. V rámci našeho výzkumu jsme získali pouze jednostranné výpovědi, k vytvoření uceleného obrazu by bylo potřeba pracovat také se zkušenostmi a názory lékařů, což může být námětem dalších studií.

VO2: Jak uživatelé pervitinu v Českých Budějovicích reflektují sociální exkluzi jako determinantu zdraví?

Lze říct, že VO2 úzce souvisí s VO1 a vzájemně se prolínají. Stejně tak je patrná vzájemná provázanost objektivního a subjektivního sociálního vyloučení u uživatelů pervitinu v Českých Budějovicích. Z objektivního hlediska lze konstatovat, že námi oslovení informanti žijí na okraji společnosti a mají špatné životní podmínky (bydlení na ulici, omezené možnosti zajištění hygieny, přístupu k potravinám, nelegální zdroje

obživy apod.). Přesto z našich výsledků vyplývá, že někteří z nich popírali vyloučení majoritní společností a cítili se subjektivně spokojeni.

Rozpor mezi našimi zjištěními, který se týká subjektivní reflexe jejich vlastní životní situace a objektivního posouzení podmínek, v nichž žijí a kvality jejich života nás vedl k úvaze o jeho možných příčinách. V souvislosti s námi nalezenými strategiemi, které uživatelé pervitinu používají a o nichž přemýšlíme v kontextu obranných mechanismů ega, vnímáme jako jeden z možných aspektů ve zjištěném rozporu právě zapojení obrana za účelem udržení vnitřní integrity jedince. Dále je potřeba vzít v potaz vliv potencionální akutní intoxikace informantů na jejich výpovědi, které by vzhledem k účinkům drogy mohly být zkreslené.

Sociální exkluze souvisí s dalšími determinantami zdraví. Nabývá několika dimenzí, které se vzájemně prolínají (Růžička, Toušek, 2014). Dadhe a Bettman (2019) popisují, že užívání metamfetaminu má nepříznivý dopad na fyzické a duševní zdraví, mezilidské vztahy či oblast práce. Stigmatizace je spojena s řadou negativních důsledků, jako je sociální izolace, problémy s bydlením, jakož i sníženou ochotou hledat lékařskou pomoc, s nízkou sebeúctou a snížením kvality života. Tomu odpovídají i naše zjištění, kdy někteří informanti uváděli obtíže ve všech uvedených oblastech. V případech, kdy je subjektivně nevnímali, přesto lze z objektivního hlediska tyto dopady potvrdit.

VO3: Jak souvisí vybrané sociodemografické charakteristiky s doménami kvality života dle WHOQOL-BREF?

VO3 byla zkoumána kvantitativně a sledovány byly tyto proměnné: pohlaví, věk, vzdělání a délka užívání drogy. V souvislosti se sociodemografickou proměnnou pohlaví lze tvrdit, že ženy-uživatelky mají v dimenzích WHOQOL-BREF zaměřených na fyzické zdraví, duševní zdraví a sociální vztahy horší kvalitu života než muži – uživatelé. Naše výsledky souhlasí např. se studií Moreira et al. (2013). Dále se potvrdil statisticky významný vztah mezi délkou užívání drogy a fyzickým a psychickým zdravím uživatelů pervitinu, přičemž se s délkou užívání snižuje jejich kvalita života v těchto doménách.

O výsledcích kvantitativního šetření bylo uvažováno v souvislosti s daty získanými v rámci individuálních rozhovorů s informanty a reflexí autorky práce. Na základě subjektivního posouzení autorkou nebyl shledán rozdíl mezi ženami a muži co se týče

popisu kvality jejich života s přihlédnutím k oblastem fyzického a psychické zdraví či sociálních vazeb. Vliv délky užívání pervitinu na duševní i fyzické zdraví bylo v rámci rozhovorů subjektivně zaznamenáno, ne však u všech informantů.

Proměnné jako věk a vzdělání v rámci kvantitativního šetření nekorelovaly s dimenzemi WHOQOL-BREF. Ani dle subjektivního dojmu v rámci rozhovorů s informanty nehrály v rámci různých dimenzí kvality života uživatelů pervitinu významnou roli.

V rámci disertační práce byly vymezeny následující cíle:

Identifikovat vliv sociální exkluze na zdraví uživatelů pervitinu v Českých Budějovicích.

Popsat kvalitu života uživatelů pervitinu v Českých Budějovicích.

V souvislosti s výše uvedeným lze říct, že cíle disertační práce byly naplněny a výzkumné otázky zodpovězeny.

6 Závěr

Disertační práce byla věnována tématu sociální exkluze jako determinanty zdraví u osob užívajících pervitin s přesahem do tématu kvality života u této zvolené cílové skupiny.

Pro výzkumnou část disertační práce byly stanoveny následující cíle:

1) Identifikovat vliv sociální exkluze na zdraví uživatelů pervitinu v Českých

Budějovicích.

2) Popsat kvalitu života uživatelů pervitinu v Českých Budějovicích.

Výsledkem zakódování a kategorizace odpovědí informantů byly modely popisující proces využívání zdravotní péče uživateli pervitinu a jev samotného užívání v kontextu společnosti. V souvislosti s označeným jevem hrají roli různé podmínky, které byly identifikovány a rozděleny na vnitřní a vnější. K vnitřním intervenujícím podmínkám byly zařazeny pocity, které uživatel prožívá ve spojitosti s užíváním pervitinu a zároveň s reakcemi jeho okolí, a životní spokojenost. Jako externí intervenující podmínky byly označeny trh práce a přístup k uživateli ve zdravotnictví.

Byly popsány tři hlavní dimenze jednání v souvislosti s užíváním drogy, a to reakce samotného uživatele, reakce okolí a reakce jeho rodiny. Ke strategiím uživatelů, které jsou vázané na skutečnost, že „berou“, patří ignorace okolí, sebevyloučení, vyhýbání se, držení v tajnosti a racionalizace. Na daný jev určitými způsoby reaguje i okolí jedince. Zde popisovali uživatelé zkušenosti s exkluzí společností nebo ignorací faktu, že užívají drogy. Ze strany rodinných příslušníků se uživatelé setkávali s řadou reakcí, přičemž nejfatálnější bylo jeho vyloučení z rodinného systému. Dále se jednalo o zhoršení vztahů s blízkými, toleranci užívání drogy, nechyběla ani podpora či určitá intervence.

Ve spojitosti s reakcemi okolí a rodiny bylo zmiňováno téma motivace k abstinenci. Kromě vnitřních motivů mnohdy na uživatele působí jako podněty ke změně stávajícího chování i impulsy vycházející z okolí. Jako intervenující podmínky k motivaci byla identifikována pozitiva abstinence. Ke zjištěným následkům užívání drog patří vliv na zdravotní stav uživatelů. Další oblastí, v níž hraje užívání drogy často roli, je bydlení.

Kromě výše uvedených lze jako důsledek užívání pervitinu vnímat specificky zaměřenou sociální síť jedince.

V rámci dotazníku WHOQOL-BREF byl u uživatelů pervitinu zaznamenán nejvyšší celkový skóre při porovnání všech čtyř domén kvality života v doméně sociální vztahy, nejnižší pak v doméně životní podmínky. V dimenzi fyzické a duševní zdraví a sociální vztahy byl zaznamenán statisticky významný vztah s pohlavím, kdy ženy vykazovaly signifikantně horší skóre než muži. Další statisticky významný vztah se potvrdil v oblasti délky užívání drogy a fyzického a psychického zdraví. S délkou užívání se kvalita života v těchto doménách u uživatelů pervitinu snižuje. V případě dalších testovaných proměnných a domén ale oproti očekávání nebyl identifikován statisticky významný vztah.

Jako významné zjištění pro praxi vnímáme skutečnost, že kromě objektivní marginalizace uživatelů pervitinu ze strany společnosti dochází k jejich „sebevylučování“, kdy se oni sami straní a vyhýbají kontaktu s osobami z majoritní společnosti. Z výsledků vyplývá, že co se týče poskytování zdravotní péče uživatelům pervitinu, často dochází také k jejich „sebevyloučení“ ze zdravotnického systému. Máme na mysli situaci, kdy se takový jedinec i přes zdravotní problémy, které ho trápí, rozhodne nevyhledat pomoc odborníků na základě studu, strachu či obav z jejich negativního přístupu.

Dalším překvapivým výstupem byla subjektivně vnímaná spokojenost se svým životem a jeho kvalitou. Uživatelé pervitinu i přes objektivně špatné životní podmínky, jakými byly např. bydlení venku, ve squatech, nedostatečný přístup k hygieně a potravinám, alternativní zdroje obživy (dealerství, prostituce) a život na okraji společnosti popisovali, že jsou se svým životem aktuálně spokojeni a necítí, že by je drogy v něčem omezovaly, nebo že by se cítili společností vyloučení. Tento rozpor v subjektivním hodnocení kvality života a objektivními životními podmínkami a situací, v níž se informanti nacházeli, může být zapříčiněn obrannými mechanismy, které jsou aktivovány za účelem udržení integrity osobnosti.

V České republice je situace taková, že dochází ke stigmatizaci a odsunu uživatelů drog na okraj společnosti. Jak samotná drogová kariéra, tak i tento fakt mají vliv na úroveň kvality života daných osob. S touto cílovou skupinou je proto potřeba pracovat a mít možnost jim nabídnout pomoc adekvátní jejich potížím a potřebám.

Disertační práce poskytuje hlubší vhled do problematiky sociálního vyloučení u uživatelů pervitinu v Českých Budějovicích. Vzhledem k velikosti výzkumného souboru nelze výsledky generalizovat, v praxi však mohou posloužit jako podklad pro pracovníky služeb, které se zaměřují na práci s uživateli pervitinu na všech úrovních, od kontaktních center a terénních programů, přes adiktologické ambulance, až po terapeutické komunity a doléčovací centra. Zjištěné strategie, které uživatelé pervitinu používají v souvislosti s užíváním drogy v kontextu společnosti a další výše uvedené výstupy výzkumu lze využít v rámci sociální práce, psychologického poradenství a terapie daných osob.

Námi zjištěné závěry budou na základě zájmu pracovišť, kde probíhalo výzkumné šetření, předány a diskutovány s tamními pracovníky. Budou jim předložena následující doporučení pro aplikaci do praxe:

- Uvažovat o strategiích jednání uživatelů pervitinu ve vztahu k jejich okolí v souvislosti s obrannými mechanismy a dále s nimi pracovat např. ve smyslu motivace uživatelů směrem ke změně, hlubší orientace v jejich možných obranách a v roli obran v léčbě.
- Pracovat s diskriminací uživatelů pervitinu ve zdravotních službách – rozšířit spolupráci s lékaři v regionu, informovat je o specifikách dané cílové skupiny a přístupu k ní, o funkčních způsobech komunikace s uživateli. Edukovat lékaře o možných bariérách, které uživatelé pervitinu mají v souvislosti s využíváním zdravotní péče.
- Edukovat klienty o potřebě zdravotní péče, o právu být registrován u lékaře a péči využívat.
- Více komunikovat s uživateli pervitinu o vhodném chování ve vztahu k veřejnosti a jeho propojení s následnou pozitivnější zpětnou vazbou z její strany.
- Informovat klienty o fenoménu jejich „sebevyloučení“ z majoritní společnosti a systému zdravotní péče a pracovat s daným tématem v propojení s jejich směřování ke změně.

Práce může být dále využitelná jako námět pro další výzkumy, přičemž doporučujeme kvalitativní studie zaměřené na obranné mechanismy uživatelů drog, či konkrétně

pervitinu. Hlubší prozkoumání dané oblasti by mělo smysl pro léčbu a terapii, kterou by bylo možno lépe specifikovat a zacílit konkrétněji podle individuálních potřeb jedince.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ABRAHAMSSON, T., BERGLUND, M. et al., 2015. Non-medical prescription drug use (NMPDU) and poor quality of life in the Swedish general population. *American Journal of Addiction*. 24(3), 271–277. doi: 10.1111/ajad.12184.
2. ADAMEČEK, D., RADIMECKÝ, J., 2015. Terapeutická komunita v adiktologii. In: KALINA, K. a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing. s. 446-469. ISBN 978-80-247-4331-8.
3. ADAMS, P.L., 2008. *Fragmented intimacy: Addiction in a social world*. New York, NY: Springer. 280 p. ISBN 978–0387-72660-1.
4. AMBROZIAK, A., 2016. Subjective quality of life in drug-addicted patients: A cross-treatment comparison. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*. 17(1), 91–98. ISSN 1804-7181.
5. ANDREWS, G., SINGH, M., BOND, M., 1993. The Defense style questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181 (4), 246-256. ISSN 0022-3018.
6. BAGHERI, M., AZADFALLAH, P., FATHI-ASHTIANI, A., 2013. The Comparison of Defense and Attachment Styles in Addicted/Non-Addicted Women. *Journal of Psychology*, 16 (2), 220-236. ISSN 0022-3980.
7. BALÍKOVÁ, M., 2017. *Forezní a klinická toxikologie: laboratorní toxikologická vyšetření*. 2. vydání. Praha: Galén. 127 s. ISBN 978-80-7492-304-3.
8. BARRY, C.L., MCGINTY, E.E. et al., 2014. Stigma, discrimination, treatment effectiveness, and policy: public views about drug addiction and mental illness. *Psychiatric Services*. 65(10), 1269–72. ISSN 1075-2730.

9. BARUAH, A., BARUAH, A., 2018. Addiction severity, social functioning, and life satisfaction of patients diagnosed with substance use disorders. *Indian Journal of Psychiatric Nursing*. 15 (2), 13-18. ISSN 2231-1505.
10. BAYER, R., 2008. Stigma and the ethics of public health: Not can we but should we. *Social Science and Medicine*. 67 (3), 463–447. ISSN 0277-9536.
11. BEETS, M.W., CARDINAL, B.J., ALDERMAN, B.L., 2010. Parental social support and the physical activity-related behaviors of youth: a review. *Health Education and Behavior*. 37, 621-644. doi: [10.1177/1090198110363884](https://doi.org/10.1177/1090198110363884).
12. BISHOP, N.J., WANG, K., 2018. Food insecurity, comorbidity, and mobility limitations among older U.S. adults: findings from the health and retirement study and health care and nutrition study. *Preventive Medicine*. 114, 180-187. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.07.001>.
13. BLANC, J., BOYER, L. et al., 2014. Metacognition: towards a new approach to quality of life. *Quality of Life Research*. 2, 1-9. ISSN 0962-9343.
14. BOKHAN, N.A., MANDEL, L.I. et al., 2013. Psychological Defense and Strategies of Coping in Alcohol Dependence and Co-Dependence in Women. *Journal of Psychology & Psychotherapy*. 3(5), 1-4. doi: 10.4172/2161-0487.1000128.
15. BORELL, C., PALENCIA, L., MUNTANER, C., et al. 2014. Influence of Macrosocial Policies on Women's Health and Gender Inequalities in Health. *Epidemiologic Reviews*. 36(1), 31–48. doi: <https://doi.org/10.1093/epirev/mxt002>.
16. BORŮVKOVÁ, J., 2013. Základy statistiky: dotazníkové šetření: studijní text. Vysoká škola polytechnická. Katedra ekonomických studií.
17. BOUCHER, L.M., MARSHALL, Z. et al., 2017. Expanding conceptualizations of harm reduction: results from a qualitative community-based participatory research study with people who inject drugs. *Harm Reduction Journal*. 14(1), 18. ISSN 1477-7517.

18. BRABCOVÁ, I., VACKOVÁ, J., 2013. Koncepce deseti sociálních determinant zdraví Conception of ten social determinants of health. *Kontakt*. 15(4), 406-412. doi: 10.32725/kont.2013.048.
19. BRANDOVÁ, N., 2016. Poskytování zdravotní péče uživatelům pervitinu. In: BALOGOVÁ, B., BÁRTKOVÁ, L. *Sociálny výskum – nekonečná hra ideí a dôkazov?* Prešov. s. 29-35. ISBN 978-80-555-1642-4.
20. BRANDOVÁ, N., KAJANOVÁ, A., 2015. Social exclusion among problem drug users. *Journal of Nursing, Social Studies. Public Health and Rehabilitation* 3(4), 123–129. ISSN 1804-7181.
21. BRENER, L., et al., 2010. The Role of Physician and Nurse Attitudes in the Health Care of Injecting Drug Users. *Substance Use & Misuse*. 45 (7-8), 1007-1018. ISSN 1082-6084.
22. BRYANT, A., CHARMAZ, K., 2007. Grounded theory in historical perspective: An epistemological account. In: BRYANT, A., CHARMAZ, K., *A Sage handbook of grounded theory*. London: Sage. p. 31–57. doi: <https://dx.doi.org/10.4135/9781848607941.n1>.
23. BUCHANAN, J., 2005. Missing links? Problem drug use and social exclusion. *The Journal of Community and Criminal Justice*. 51(4), 389-99. ISSN 1475-0279.
24. BYQUIST, S., 2006. Drug-abusing women in Sweden: Marginalization, social exclusion and gender differences. *Journal of Psychoactive Drugs*. 38(4), 135–145. doi: <https://doi.org/10.1080/02791072.2006.10400582>.
25. CARUSONE, S.C., GUTA, A. et al., 2019. “Maybe if I stop the drugs, then maybe they’d care?”—hospital care experiences of people who use drugs. *Harm Reduction Journal*. 16(16). doi: [10.1186 / s12954-019-0285-7](https://doi.org/10.1186/s12954-019-0285-7).

26. CONTRADA, R. J., BAUM, A., 2011. *The handbook of stress science: biology, psychology, and health*. [online]. New York, NY: SpringerPub. [cit. 2021-03-03]. Dostupné z: https://books.google.cz/books?id=EXVlk8pnEKIC&pg=PA1&dq=stress+definition&hl=85cs&sa=X&ei=MYL1VMq2O8f8UN6RgsAK&redir_esc=y#v=onepage&q=stress%20definition&f=false
27. CORBIN, J., STRAUSS, A., 2008. *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. 3 issue. Thousand Oaks: Sage. ISBN 9781412906449.
28. CORNAGLIA, F., CRIVELLARO, E., MCNALLY, S., 2015. Mental health and education decisions. *Labour Economics*. 33, 1-12. doi: [10.1016/j.labeco.2015.01.005](https://doi.org/10.1016/j.labeco.2015.01.005).
29. COSTENBADER, E., ZULE, W. et al., 2007. The impact of illicit drug use and harmful drinking on quality of life among injection drug users at high risk for hepatitis C infection. *Drug and Alcohol Dependence*. 89, 251–258. ISSN 0376-8716.
30. COSTENBADER, E.C., ZULE, W.A. et al., 2007. The impact of illicit drug use and harmful drinking on quality of life among injection drug users at high risk for hepatitis C infection. *Drug Alcohol Depend*. 89(2–3), 251–258. doi: [10.1016/j.drugalcdep.2007.01.006](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.01.006).
31. CRAPANZANO, K., VATH, R. J., FISHER D., 2014. Reducing Stigma Towards Substance Users Through an Educational Intervention: Harder Than It Looks. *Academic Psychiatry*. 38, 420–425. DOI [10.1007/s40596-014-0067-1](https://doi.org/10.1007/s40596-014-0067-1).
32. CSETE, J., KAMARULZAMAN, A. et al., 2016. Public health and international drug policy. *The Lancet*. 387(10026), 1427-1480. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00619-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00619-X).

33. CUMMINS, R.A., 2005. Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*. 49, 699-706. ISSN 1365-2788.
34. ČADA, K. et al., 2015. *Analýza sociálně vyloučených lokalit v ČR*. [online] Praha: GAC, spol. s.r.o. [cit.2021-06-21] Dostupné z: https://www.esfcr.cz/mapa-svl-2015/www/analyza_socialne_vyloucenych_lokalit_gac.pdf
35. ČELEDOVÁ, L., ČAVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. 126 s. ISBN 9788024732138.
36. ČERVENKOVÁ, I. 2005. *Možnosti měření obranných mechanismů ega (standardizace české verze dotazníku DSQ 40)*. Praha. Diplomová práce. FF UK.
37. DADHE, G., BETTMAN, C., 2019. The lived experiences of adult crystal methamphetamine users: A qualitative study. *Psychotherapy and Counselling Journal of Australia*, 7(1). <https://pacja.org.au/2019/09/the-lived-experiences-of-adult-crystal-methamphetamine-users-a-qualitative-study-2/>.
38. DAVIDOVÁ, E. et al., 2010. *Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice*. Praha: Triton. 256 s. ISBN 978-80-7387-428-5.
39. DAVIDSON, K. W., MCGREGOR, M. W. et al., 2004. The relation between defense use and adaptive behavior. *Journal of Research in Personality*. 38, 105–129. ISSN 0092-6566.
40. DAVIDSON, K.W., MACGREGOR, M.W., JOHNSON, E.A., WOODY, E.Z., CHAPLIN, W. F., 2004. The relation between defense use and adaptive behavior. *Journal of Research in Personality*. 38, 105–129. ISSN 0092-6566.
41. DEEKS, A., LOMBARD, C., MICHELMORE, J., et al. 2009. The effects of gender and age on health related behaviors. *BMC Public Health*. 9(213) doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-213>.

42. DiGIUSEPPE, D., PERRY, M. et al., 2014. Development of a Q-sort version of the defense mechanisms rating scales (DMRS-Q) for clinical use. *Journal of Clinical Psychology*. 70, 452–465. doi: 10.1002/jclp.22089.
43. DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J., 2006a. Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace. WHOQOL-BREF. Psychometrické vlastnosti a první zkušenosti s českou verzí. *Psychiatrie*. 10 (3), 144-149. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/dotaznik-kvality-zivota-whoqol-bref-a-whoqol-100>
44. DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J., 2006b. *WHOQOL-BREF. WHOQOL-100. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha. ISBN 80-85121-82-4.
45. *Drogová scéna, uživatelé drog a adiktologické služby v době nouzového stavu COVID-19 Rapid assessment aktuální situace 2 (1. aktualizace)*. [online]. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti Odbor protidrogové politiky ÚV ČR 11.05.2021. [cit.2021-07-27]. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33248/1030/Drogov%C3%A1%20sc%C3%A9na%20covid19%20rapid%20assessment2_2020-05-11_final.pdf
46. DVORÁČEK, J., 2015. Emergentní adiktologie 2 – odvykací stavy a jiné náhlé stavy v adiktologii. In: KALINA, K. a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing. s. 346-362. ISBN 978-80-247-4331-8.
47. EIDE, E.R., MARK, H., 2011. Estimating the relation between health and education: What do we know and what do we need to know? Showalter. *Economics of Education Review*. 30(5), 778-791. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.econedurev.2011.03.009>.
48. ELLINA, P., MIDDLETON, N. et al., 2021. *Social gradient in health-related quality of life among urban middle-age residents in Limassol*. Cyprus: research article BMC Public Health. 21(608). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10027-6>.

49. EMCDDA., 2009. *Úkol drogy*. [online]. [cit.2021.07-25]. Dostupné z: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/546/TDAD09001CSC_WEB_161416.pdf
50. EMCDDA., 2020. Dopady onemocnění COVID-19 na uživatele drog a poskytovatele adiktologických služeb. *Zaostřeno*. 6 (3), 1–8. ISSN 2336-8241.
51. *Equity, social determinants and public health programmes*. 2010. Geneva (Switzerland): World Health Organization. 303 p. ISBN 978-92-4-156397-0.
52. ESSEX, M.J., THOMAS BOYCE, W., HERTZMAN, C., et al. 2013. Epigenetic vestiges of early developmental adversity: Childhood stress exposure and DNA methylation in adolescence. *Child Dev*. 84(1), 58-75. ISSN 0009-3920.
53. EMCDDA, 2020. *European Drug Report 2020: Trends and Developments*. Publications Office of the European Union, Luxembourg. 88 p. ISBN 978-92-9497-544-7.
54. EVREN, C., CAGIL, D., ULKU, M. et al. 2015. Relationship between defense styles, alexithymia, and personality in alcohol-dependent inpatients. *Comprehensive Psychiatry*. 53(6), 860-867. doi: doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.01.002.
55. FARHANA, S., ZAHIDAH, M. et al., 2018. Correlation Between Defense Mechanisms and Readiness to Change Among Relapsing Addicts. *Malaysian Journal of Social Sciences and Humanities (MJSSH)*, 3 (4), 30-34. ISSN 2504-8562.
56. FIST, J., FIST, G.J., 2012. *Theories of Personality*. Translated by Seyed Mohamadi, Tehran: Ravan Publication.
57. FIŠEROVÁ, M., 2000. *Historie, příčiny a léčení drogových závislostí*. [online]. Praha: Mladá fronta. [cit.2021-07-25]. Dostupné z: http://farmakologie.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm

58. FLINT, E., BARTLEY, M. et al., 2013. Do labour market status transitions predict changes in psychological well-being? *Journal of Epidemiology and Community Health*. 67(4), 796–802. doi: [10.1136/jech-2013-202425](https://doi.org/10.1136/jech-2013-202425).
59. FORYS, K., McKELLAR, J. et al., 2007. Participation in specific treatment components predicts alcohol-specific and general coping skills. *Addictive Behaviors*. 32(8), 1669-1680. ISSN 0306-4603.
60. GABAL, I., 2006. *Analýza sociálně vyloučených romských lokalit a absorpční kapacity subjektů působících v této oblasti*. Praha: MPSV. ISBN neuvedeno.
61. GABRHELÍKOVÁ, P., 2015. Uživatelé návykových látek a trestná činnost související s drogami. In: KALINA, K. a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing. s. 275-288. ISBN 978-80-247-4331-8.
62. GAC, 2006. *Analýza sociálně vyloučených lokalit a absorpční kapacity subjektů působících v této oblasti* [online]. Praha: Gabal Analysis and Consulting [cit. 2016-05-24]. Dostupné z: http://www.gac.cz/userfiles/File/nase_prace_vystupy/GAC_MAPA_analyza_SVL_aAK_CJ.pdf?langSEO=documents&parentSEO=nase_prace_vystupy&midSEO=GAC_MAPA_analyza_SVL_aAK_CJ.pdf
63. GALEA, S., VLAHOV, D., 2008. Social determinants and the health of drug users: Socioeconomic status, homelessness and incarceration. *Public Health Reports*. 117(1), 135–145. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/11031710_Social_Determinants_and_the_Health_of_Drug_Users_Socioeconomic_Status_Homelessness_and_Incarceration
64. GAMAREL, K.E., BROWN, L. et al., 2016. Prevalence and correlates of substance use among youth living with HIV in clinical settings. *Drug Alcohol Depend*. 169, 11–8. doi: [10.1097/COH.0000000000000451](https://doi.org/10.1097/COH.0000000000000451).

65. GAZALLE, F.K., FREY, B.N. et al., 2007. Mismatch between self-reported quality of life and functional assessment in acutemania: a matter of unawareness of illness? *Journal of Affective Disorders*. 103, 247-252. ISSN 0165-0327.
66. GEBEL, M., VOBEMER, J., 2014. The impact of employment transitions on health in Germany. A difference-in-differences propensity score matching approach. *Social Science and Medicine*. 108, 128–36. doi: [10.1016/j.socscimed.2014.02.039](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.02.039).
67. GEE, G.C., DELVA, J. et al., 2007. Relationships between self-reported unfair treatment and prescription medication use, illicit drug use, and alcohol dependence among Filipino Americans. *American Journal of Public Health*. 97, 933–940 doi: [10.2105/AJPH.2005.075739](https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.075739).
68. GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ VĚZEŇSKÉ SLUŽBY ČR 2020. *Statistická ročenka VS ČR za rok 2019*. [online]. Praha: GŘVS. [cit.2021-07-27]. Dostupné z: <https://www.vscr.cz/media/organizacni-jednotky/generalni-reditelstvi/odbor-spravni/statistiky/rocenky/statisticka-rocenka-2020.pdf>
69. GHALE SEFID, M.J., MAGHSOUDI, J. et al., 2019. Effectiveness of gratitude on psychological well-being and quality of life among hospitalized substance abuse patients. *Electronic Journal of General Medicine*, 16(2), 128. doi: [10.29333/ejgm/94091](https://doi.org/10.29333/ejgm/94091).
70. GHASEMI, A., ESTEBSARI, F. et al., 2014. Effects of Educational Intervention on Health-Promoting Lifestyle and Health-Related Life quality of Methamphetamine Users and Their Families: a Randomized Clinical Trial. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 16(11), 200-224. doi: [10.5812/ircmj.20024](https://doi.org/10.5812/ircmj.20024).
71. GLASER, G., STRAUSS, A., 1967. *Discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago, IL: Aldine Publishing Company. 262 p. ISBN 9780202302607.

72. GLESER, G. C., IHILEVICH, D., 1969. An objective instrument for measuring defense mechanisms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 33, 51–60. ISSN 0022-006X.
73. GOLDENBERG, M., DANOVITCH, I., 2017. Quality of life and recreational cannabis use. *American Journal of Addiction*. 26(1), 8–25. doi: 10.1111/ajad.12486.
74. GOLDENBERG, M., ISHAK, W.W. et al., 2017. Quality of life and recreational cannabis use. *American Journal of Addictology*. 26(1), 8–25. doi 10.1111/ajad.12486.
75. GONZALES, R., ANG, A. et al., 2011. Quality of Life among Treatment Seeking Methamphetamine-Dependent Individuals. *American Journal of Addictions*. 20(4), 366–72. doi: 10.1111/j.1521-0391.2011.00142.x.
76. GORTON, D., BULLEN, CR. et al., 2011. Environmental influences on food security in high-income countries. *Nutrition Review*. 68, 1–29. doi: [10.1111/j.1753-4887.2009.00258.x](https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2009.00258.x).
77. HALLIT, S., et al. 2019. Identification of Factors Affecting the Quality of Life Among Patients with Addiction in Lebanon. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 207(5), 378-383. doi: 10.1097/nmd.0000000000000982.
78. HART, C. L., MARVIN, C. B., SILVER, R., et al. 2012. Is cognitive functioning impaired in methamphetamine users? A critical review. *Neuropsychopharmacology*. 37(3), 586-608. doi:10.1038/npp.2011.276.
79. HART, L., CSETE, J., HABIBI, D., 2014. *Methamphetamine: Fact vs. fiction and lessons from the crack*. [online] [cit. 2017-01-20] Dostupné z: <http://www.opensocietyfoundations.org/publications/methamphetamine-dangers-exaggerated>

80. HE, Y., LI, N. et al., 2016. Quality of life and negative moods of females enrolled in compulsory detoxification in China. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine* 9(8), 16981–16991. ISSN 2077-0383.
81. HEGYI, L. et al., 2012. *Sociálna gerontológia*. Bratislava: Herba. 176 s. ISBN 978-80-89171-99-6.
82. HENDERSON, C., EVANS-LACKO, S. et al., 2013. Mental Illness Stigma, Help Seeking, and Public Health Programs. *American Journal of Public Health*. 103 (5), 777-780. ISSN 0090-0036.
83. HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
84. HERBER., et al. 2019. Single transitions and persistence of unemployment are associated with poor health outcomes. *BMC Public Health*. 19, 740. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7059-8>
85. HEŘMANOVÁ, E., 2012. Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu. *Sociológia*. 44(4), 407-425. ISSN 1336-8613.
86. HOSSEINPOOR, R.A., HARPER, S., LEE, H.J., LYNCH, J., et al. 2012. *International shortfall inequality in life expectancy in women and in men, 1950–2010*. [online] WHO. [cit.2021-06-21] Dostupné z: <http://www.who.int/bulletin/volumes/90/8/11-097378/en>
87. HÜLÜR, G., MACDONALF, B., 2020. Rethinking social relationships in old age: Digitalization and the social lives of older adults. *American Psychologist*, 75(4), 554–566. doi: <https://doi.org/10.1037/amp0000604>.
88. CHARMAZ, K., 2009. *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage. 416 p. ISBN 0857029142.

89. CHEN, E., MILLER, GE., KOBOR, M.S., COLE, S.W., 2011. Maternal warmth buffers the effects of low early-life socioeconomic status on pro-inflammatory signaling in adulthood. *Molecular Psychiatry*. 16(7), 729-37. doi: [10.1038/mp.2010.53](https://doi.org/10.1038/mp.2010.53).
90. JACOBS, W., GOODSON, P. et al., 2016. The role of gender in adolescents' social networks and alcohol, tobacco, and drug use: a systematic review. *School Health*. 86, 322-333. doi: [10.1111/josh.12381](https://doi.org/10.1111/josh.12381).
91. JAKOUBEK, M., BUDILOVÁ, L., 2009. *Cikánské skupiny a jejich sociální organizace*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury (CKD). 359 s. ISBN 978-80-7325-9.
92. JAKUBCOVÁ, R., 2012. Česká pervitinová kultura. In: RŮŽIČKA, M. et al. „Dokážu to?“ *Pervitin-koncepce školení pro terapeutů*. Olomouc: p-centrum. s. 60-71. ISBN 978-80-905377-0-5.
93. JANÍKOVÁ, B., 2015. Harm Reduction. In: KALINA, K. a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing. s. 99-111. ISBN 978-80-247-4331-8.
94. JANLERT, U., WINEFIELD, A.H. et al., 2015. Length of unemployment and health-related outcomes: a life-course analysis. *European Journal of Public Health*. 25, 662-7. doi: [10.1093/eurpub/cku186](https://doi.org/10.1093/eurpub/cku186).
95. JENNIFER, A., POOLER, M.P.P., et al. 2018. *Editorial. Food Insecurity: A Key Social Determinant of Health for Older Adults*. *Journal of the American Geriatrics Society*. doi: <https://doi.org/10.1111/jgs.15736>.
96. JONES, P., 2013. Adult mental health disorders and their age at onset. *British Journal of Psychiatry*. 202(54), 5-10. doi: [10.1192/bjp.bp.112.119164](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.119164).
97. JOURNEY PURE FACILITY, 2021. *The Most Common Defense Mechanisms of Addiction*. Dostupné z: <https://journeypureriver.com/defense-mechanisms-addiction/>.

98. KAIL, R.V., CAVANAUGH, J.C., 2007. *Human Development: A life-Span View*. Australia: Thomson Wadsworth. 735 p. ISBN 978-04-95600-374.
99. KAJANOVÁ, A., 2012. *Mobilita sociálně exkludovaných*. Brno. Bakalářská práce. FSS MU.
100. KAJANOVÁ, A., 2014. *Kvalita života obyvatel sociálně exkludovaných lokalit v Jihočeském kraji*. České Budějovice. Habilitační práce. ZSF JU. doi: 10.32725/kont.2020.043.
101. KAJANOVÁ, A., MRHÁLEK, T., 2016. Proč nám informanti "lžou"? (Why do the informants "lie" to us?) In: MASARYK R., LÁŠTICOVÁ, B., „Pätnásť rokov kvality? Kritický pohľad na stav kvalitatívneho výskumu“ ("Fifteen years of quality? Critical view of the status of qualitative research"). *Zborník abstraktov*. Bratislava: Vydavateľstvá Univerzity Komenského v Bratislavě.
102. KALILA, J.A., HONS, B.S., 2015. Childhood Poverty and Parental Stress: Important Determinants of Health reviews. *Citation info: UBCMJ*. 6(2), 41-43. Dostupné z: https://med-fom-ubcmj.sites.olt.ubc.ca/files/2015/02/ubcmj_6_2_2015_41-43.pdf
103. KALINA, K. 2013. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada. 469 s. ISBN 978-80-247-4361-5.
104. KAŇOVÁ, P., 2007. *Sociální determinanty nerovností ve zdraví*. Brno. Disertační práce. LF MU.
105. KELLER, J., 2014. *Exkluze jako sociální problém a jako otázka metodologická*. Ostravská univerzita v Ostravě: Fakulta sociálních studií. 60 s. ISBN 978-80-7464-490-0.
106. KEZBA, V., 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.

107. KHOSRAVANI, V., SEIDISAROU EI, M. et al., 2016. Early maladaptive schemas, behavioral inhibition system, behavioral approach system, and defense styles in natural drug abusers. *Polish Annals of Medicine*. 23(1). doi: 23. 10.1016/j.poamed.2015.12.003.
108. KLIMENT, P., 2014. *Zvládací (copingové) odpovědi v pomáhajících profesích*. Olomouc: Univerzita Palackého. 110 s. ISBN 978-802-4442-068.
109. KOZYRSKVI, A.L., KENDALL, G.E., JACOBY, P., et al., 2010. Association between socioeconomic status and the development of asthma: analyses of income trajectories. *American Journal of Public Health*. 100(3), 540-6. doi: 10.2105/AJPH.2008.150771.
110. KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
111. KUBÍKOVÁ, K., 2018. *Užívání návykových látek u osob bez přístřeší. [Use of addictive substances by homeless people]*. Praha. Diplomová práce. FF UK.
112. KUDRLE, S., 2003. Psychopatologie závislosti a kodependence. In: KALINA, K et al. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Vydání 1. Praha: Úřad vlády České republiky. s. 107-113. ISBN 80-86734-05-6.
113. KYROU, I., TSIGOS, C., 2007. Stress Mechanisms and Metabolic Complications. *Hormone and Metabolic Research*. 39(6), 430-438. doi: 10.1055/s-2007-981462.
114. LATKIN, C., DAYEY-ROTHWELL, M. et al., 2013. The relationship between drug user stigma and depression among inner-city drug users in Baltimore. *MD. Journal of Urban Health*. 90(1), 147–56. ISSN 1099-3460.
115. LATKIN, C., SRIKRISHNAN, A.K. et al., 2010. The relationship between drug use stigma and HIV injection risk behaviors among injection drug users in Chennai. *Drug and Alcohol Dependence*. 110(3), 221–7. ISSN 0376-8716.

116. LEE, N., RAWSON, R., 2008. A systematic review of cognitive and behavioural therapies for methamphetamine dependence. *Drug and Alcohol Review*, 27, 309–317. doi: 10.1080/09595230801919494.
117. LEJČKO, J., 2018. Opioidy a nové trendy v léčbě bolesti. *Časopis lékařů českých*, 157 (2), 67-73. ISSN 1805-4420.
118. LENOIR, R., 1974. *Les exclus: Un Français sur dix*. Paris: Seuil. 180 p. ISBN 978-2-02-004376-2.
119. LIM, C.S., GRAZIANO, P.A. et al. 2011. Peer victimization and depressive symptoms in obese youth: the role of perceived social support. *Children's Health Care*. 40, 1-15. doi: [10.1080/02739615.2011.537929](https://doi.org/10.1080/02739615.2011.537929).
120. LINDA FORST, M.D., ALEXIS GRANT, M.A., et al., 2020. Work as a social determinant of health; a landscape assessment of employers in two historically disinvested urban communities. *American Journal of Industrial Medicine*. doi: <https://doi.org/10.1002/ajim.23174>.
121. LIVINGSTONE, J.D., MILNE, T. et al., 2012. The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction*. 107(1), 39–50. ISSN 1360-0443.
122. LLOYD, C., 2013. The stigmatization of problem drug users: A narrative literature review. *Drugs: education, prevention and policy*. 20 (2), 85-95. ISSN 0968-7637.
123. LOKMAN, A.M. et al., 2019. LEIQ™ as an emotion and importance model for QoL fundamentals and case studies. *Malaysian Journal of Communication*. 35(2), 412–430. ISSN 2289-1528.
124. LOOBY, A., EARLEYWINE, M., 2007. The impact of methamphetamine use on subjective well-being in an internet survey: Preliminary findings. *Human Psychopharmacology*. 22, 167–172. ISSN 1099-1077.

125. LOZANO, Ó., ROJAS, A.J. et al., 2017. Psychiatric comorbidity and severity of dependence on substance users: how it impacts on their health-related quality of life? *Journal of Mental Health*. 26(2), 119–126. doi: 10.1080/09638237.2016.1177771.
126. LUND, T., HOLM, L., et al., 2018. Food insecurity in Denmark—socio-demographic determinants and associations with eating-and health-related variables, *European Journal of Public Health*, 28(2), 283–288. doi: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx121>.
127. MADANIPOUR, A., SHUCKSMITH M., TALBOT, H., 2015. Concepts of poverty and social exclusion in Europe. *Local Economy*. 30(7), 721-741. doi:[10.1177/0269094215601634](https://doi.org/10.1177/0269094215601634).
128. MAHDALÍČKOVÁ, J., 2014. *Víme o drogách všechno?*. Praha: Wolters Kluwer. 124 s. ISBN 978-80-7478-589-4.
129. MAHDI, M., FAHIMI, S., BAYRAMI, M., 2013. A comparative study of defense styles and mechanisms between drug abusers and non-addicts. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 14 (1), 83-91. ISSN 1563-331.
130. MANNING, V., GARFIELD, J.B.B. et al., 2019. Improved Quality of Life Following Addiction Treatment Is Associated with Reductions in Substance Use. *Journal of Clinical Medicine*. 8(9), 1407. doi: 10.3390/jcm8091407.
131. MAREMMANI, I., PANI, P.P. et al., 2007. Substance use and quality of life over 12 months among buprenorphine maintenance-treated and methadone maintenancetreated heroin-addicted patients. *Journal of Substance Abuse and Treatment*. 33, 91-98. ISSN 0740-5472.
132. MAREŠ, P., 2000. Chudoba, marginalizace, sociální vyloučení. *Sociologický časopis / Czech Sociological Review*. 36(3), 285-297. ISSN 0038-0288.

133. MARCH, J., OVIEDO-JOEKES, E. et al., 2008. Drugs and social exclusion in ten European cities. *European Addiction Research*. 12(2), 33–4. doi: [10.1159/000088581](https://doi.org/10.1159/000088581).
134. MARIN, M. F., LORD, C., ANDREWS, J., et al., 2011. Lupien, Chronic stress, cognitive functioning and mental health. *Neurobiology of Learning and Memory*. 96 (4), 583-595. ISSN 1074-7427.
135. MARK, R., 2003. *Quality of Life Research: A Critical Introduction*. SAGE. 286 p. ISBN 9780761954576.
136. MARMOT, M., WILKINSON, R., 2006. *Social Determinants of Health*. 2 issue. Oxford: Oxford University Press. 376 p. ISBN 9780198565895.
137. MARSHALL, B.D., GALEA, S., WOOD, E., KERR, T., 2011. Injection methamphetamine use is associated with an increased risk of attempted suicide: a prospective cohort study. *Drug and Alcohol Dependence*. 119(1-2), 134-137. ISSN 0376-8716.
138. MCCLIMANS, L., BICKENBACH, J. et al., 2013. Philosophical perspectives on response shift. *Quality of Life Research*. 22, 1871-1878. ISSN 0962-9343.
139. MCCLURE, J., LEAH, C., 2021. Is independence enough? Rehabilitation should include autonomy and social engagement to achieve quality of life. *Clinical Rehabilitation*. 35(1), 3-12. ISSN 0269-2155.
140. MCDONALD, R., 2006. Social exclusion, youth transitions and criminal careers: Five critical reflections on ‘risk’ The Australian and New Zealand. *Journal of Criminology*. 39(3), 371–383. ISSN 2633-8076.
141. MCKETIN, J. R., KELLY, E., BAKER, A., et al. 2009. Characteristics and harms associated with injecting versus smoking methamphetamine among

- methamphetamine treatment entrants. *Drug and Alcohol Review*. 27, 277–285. doi: <https://doi.org/10.1080/09595230801919486>.
142. McKETIN, R., VOCE, A. et al., 2019. “Health-related quality of life among people who use methamphetamine.” *Drug and Alcohol Review*. 38(5), 503–509. ISSN 1465-3362.
143. MCKNIGHT, J.L., KRETZMANN, J.P., 2012. Mapping community capacity. In: MINKLER, M. *Community Organizing and Community Building for Health and Welfare*. Rutgers University Press, 171-186. doi: https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_102372.
144. MEY, G., MRUCK, K., 2011. Grounded-Theory-Methodologie: Entwicklung, Stand, Perspektiven [Grounded theory methodology: Development, status quo, and perspectives]. In: MEY, G., MRUCK, K. *Grounded theory reader*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. p. 11-48. ISBN 978-3-531-93318-4.
145. MICHIE, S., VAN STRALEN, M. M. et al., 2011. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*. 6(42), 67-76. ISSN 17485908.
146. MILLER, P.G., HYDER, S., 2014. Comparing subjective well-being and health-related quality of life of Australian drug users in treatment in Regional and Rural Victoria. *Drug and Alcohol Review*. 33, 651-65. ISSN 1465-3362.
147. MINAŘÍK, J., 2003. Stimulancia. In: KALINA, K. *Drogy a drogové závislosti I. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky. s. 164-169. ISBN 80-86734-05-6.
148. MINAŘÍK, J., KALINA, K., 2015. Duální diagnózy a psychopatologické komplikace. In: KALINA, K. a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing. s. 211-231. ISBN: 978-80-247-4331-8

149. MINAŘÍK, J., KMOCH, V., 2015. Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In: KALINA, K. a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing. s. 211-231. ISBN: 978-80-247-4331-8.
150. MINAŘÍK, J., ŘEHÁK, V., 2015. Somatické komplikace a komorbidita. In: KALINA, K. a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing. s. 232-363. ISBN 978-80-247-4331-8.
151. MINISTERSTVO SPRAVEDLNOSTI ČR 2020. *Přehled o stíhaných, podezřelých, obžalovaných a obviněných osobách v r. 2019*. Nepublikováno.
152. MIOVSKÝ, M. (Ed.), 2013. *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. 69 s. Bez ISBN.
153. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 8024713624.
154. MORAVEC, Š., 2006. Nástin problému sociálního vyloučení romských populací. In: HIRT, T., JAKOUBEK, M. „Romové“ v osidlech sociálního vyloučení. Plzeň: Aleš Čeněk, s. 11-19. ISBN 80-86898-76-8.
155. MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ, 2008. *Strategie rozvoje Moravskoslezského kraje na léta 2009-2020* [online]. Ostrava: Moravskoslezský kraj [cit. 2021-06-24]. Dostupné z https://www.msk.cz/assets/rozvoj_kraje/srk---priloha-c--3---mapovani-nazoru-na-soucasny-stav-a-rozvojove-potreby-moravskoslezskeho-kraje.pdf.
156. MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ, 2017. *Chytřejší kraj. Strategie rozvoje chytrého regionu Moravskoslezského kraje 2017-2023*. „Chytřejší kraj“. [online]. Ostrava: Moravskoslezský kraj [cit. 2021-06-24]. Dostupné z https://www.msk.cz/assets/doprava/strategie-rozvoje-chytreho-regionu-msk-2017-2023-vcetne-analyticke-casti-13-06-2017_1.pdf

157. MOREIRA, T.C., FIGUEIRO, L.R. et al., 2013. Quality of life of users of psychoactive substances, relatives, and non-users assessed using the WHOQOL-BREF. *Ciencia e Saude Coletiva*. 18(7), 1953–1962. doi: 10.1590/s1413-81232013000700010.
158. MORENO-SMITH, M., LUTGENDORF, S. K., SOOD, A. K., 2010. Impact of stress on cancer metastasis. *Future oncology*. 6(12) doi: <https://doi.org/10.2217/fon.10.142>.
159. MRAVČÍK, V. a kol., 2016. *Výroční zpráva o stavu ve Věcech drog v České republice v roce 2015*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-219-7.
160. MRAVČÍK, V. a kol., 2019. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2018 [Annual Report on Drug Situation 2018 - Czech Republic]*. Praha: Úřad vlády České republiky. 252 s. ISBN 978-80-7440-237.
161. MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P. et al., 2020. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019 [Annual Report on Drug Situation in the Czech Republic in 2019]* Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-254-8.
162. MUNCAN, B., WALTERS, S.M. et al., 2020. “They look at us like junkies”: influences of drug use stigma on the healthcare engagement of people who inject drugs in New York City. *Harm Reduction Journal*. 17, 53. doi: <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00399-8>.
163. MUNTANER, C., BENACH, J. et al., 2011. Work or place? assessing the concurrent effects of workplace exploitation and area-of-residence economic inequality on individual health. *International Journal of Health Services*. 41(1), 27-50. doi: [10.2190/HS.41.1.c](https://doi.org/10.2190/HS.41.1.c).
164. MURGAŠ, F., 2012. *Prostorová dimenze kvality života*. Liberec: Technická univerzita. 47 s. ISBN 978-80-7372-931-8.

165. NAKONEČNÝ, M., 2009. *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia. 624 s. ISBN 978-80-200-1680-5.
166. NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI. 2017. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016*. Praha: Úřad vlády ČR. 257 s. ISBN 978-80-7440-200-5.
167. NAVRÁTIL, P. et al., 2003. *Romové v české společnosti*. Praha: Portál. 222 s. ISBN 80-7178-741-8.
168. NAVRÁTIL, P., ŠIMÍKOVÁ, I., 2002. *Hodnocení projektů zaměřených na snižování rizika sociálního vyloučení romské populace. Část I – typologie projektů* [online]. Praha: VÚPSV – výzkumné centrum Brno. [cit. 2021-05-24]. Dostupné z: <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/Romov.pdf>
169. NEALE, J., 2006. Social exclusion, drugs and policy. In: HUGHES, R. *Drugs, policy and politics*. Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press. 160 p. ISBN 033521617X.
170. NEALE, J., 2008. Homelessness, drug use and Hepatitis C: A complex problem explored within the context of social exclusion. *International Journal of Drug Policy*. 19(1), 429–35. doi: [10.1016/j.drugpo.2007.09.001](https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.09.001).
171. NECHANSKÁ, B., 2011. *Údaje o detoxifikačních jednotkách a pacientech postupujících detoxifikaci od návykových látek v roce 2010*. [online]. Praha: ÚZIS ČR. [cit.2021-07-25]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=3388>
172. NEKORJAK, M., SOURALOVÁ A., VOMASTKOVÁ K., 2011. Uvznutí v marginalitě: vzdělávací trh, „romské školy“ a reprodukce sociálně prostorových nerovností. *Sociologický časopis*. 47(4), 657-680. ISSN 0038-0288.
173. NESLÁDEK, M., 2013. *Kontrolované užívání nelegálních drog (controlled illicit drug use)*. Olomouc: Univerzita Palackého, katedra psychologie. Bakalářská práce.

174. NEŠPOR, K., 2008. Závislost na stimulanciích. *Psychiatrie pro praxi*. 9(6), 273–275. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/06/06.pdf>
175. NICKLEL, R., EGGLE, U. T., 2006. Psychological defense styles, childhood adversities and psychology in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 30(2), 157–170. doi:10.1016/j.chiabu.2005.08.016.
176. NING, L.I., PARTHASARATHY, R. et al., 2020. The importance of public support in the implementation of green transportation in smart cities using smart vehicle bicycle communication transport. *Electronic Library*. 38(5/6), 997-1011. ISSN 02640473.
177. NISHIGUCHI, M., KINOSHITA, H. et al., 2010. Effects of dopamine antagonists on methamphetamine-induced dopamine release in high and low alcohol preference rats. *Toxicology Mechanisms and Methods*. 20(3), 127-132, doi: [10.3109/15376511003621658](https://doi.org/10.3109/15376511003621658).
178. NUTT, D., KING, L. A. et al., 2010. *Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis*. [online]. The Lancet [cit. 2021-06-29] doi: 10.1016/S0140-6736(10)61462-6.
179. ONDRÁŠEK, S., 2020. *Zdravotní a sociální aspekty práce v privátním sexbyznysu*. České Budějovice. Disertační práce. ZSF JU.
180. ONDRUŠOVÁ, J. 2009. Měření kvality života u seniorů. *Česká geriatrická revue*. 7(1), 36–39. ISSN 1214-0732.
181. OREL, M., FACOVÁ, V., 2010. *Stres, zátěž a jejich zvládnutí*. Ostrava: Základní škola Ostrava. 75 s. ISBN 978-80-904576-8-3.

182. ORLÍKOVÁ, B., CSÉMY, L., 2016. Psychiatrická komorbidita u uživatelů metamfetaminu. *Adiktologie*. 16(1), 26-35. Dostupné z: https://www.addictology.cz/wpcontent/uploads/2018/10/2016_1_Orlikova_Psychiatricka-k-1.pdf
183. OUŘEDNÍČEK, M., 2005. Můžeme zjistit míru segregace? In: SÝKORA, L., TEMELOVÁ, J. *Prevence prostorové segregace* [online]. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Přírodovědecká fakulta, Ministerstvo pro místní rozvoj [cit. 2021-05-24]. Dostupné z: <https://web.natur.cuni.cz/ksgrrsek/novyurrlab/user/documents/jajinek/Jana/Prevence%20prostorove%20segregace.pdf>
184. PAVLOVSKÁ, A., MAKOVSKÁ-DOLANSKÁ, P., 2015. Následná péče a sociální rehabilitace. In: KALINA, K. a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing. s. 469-480. ISBN 978-80-247-4331-8.
185. PAVLOVSKÁ, A., MINAŘÍK, J., 2015. Substituční léčba. In: KALINA, K. a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing. s. 378-390. ISBN 978-80-247-4331-8.
186. POCNET, C., DUPUIS, M. et al., 2017. Personality and its links to quality of life: Mediating effects of emotion regulation and self-efficacy beliefs. *Motivation and Emotions*. 41, 196–208. doi: <https://doi.org/10.1007/s11031-017-9603-0>.
187. PODUŠKA, O., HAJSKÁ, M., 2006. Práce na černo jako forma adaptace na sociální vyloučení. In: HIRT, T., JAKOUBEK, M. *Romové v osidlech sociálního vyloučení*. Plzeň: Aleš Čeněk, s.136–155. ISBN 80-86898-76-8.
188. POPHAM, F., IANNELLI, C., 2021. Does comprehensive education reduce health inequalities? *SSM-population health*. 15, 100834. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100834>.

189. PRACHAŘOVÁ, P., 2012. Kombinace pervitinu s dalšími návykovými látkami. In: RŮŽIČKA, M. a kol. „Dokážu to?“ *Pervitin-koncepce školení pro terapeuty*. Olomouc: p-centrum. s. 35-38. ISBN 978-80-905377-0-5.
190. PROCHÁZKA, R., DVOŘÁKOVÁ, K., 2020. Souvislost mezi typem závislosti a osobní psychopatií na základě strukturální diagnózy. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*. 3(1), 10–20. ISSN 2570-8120.
191. PUNCH, K. F., 2008. *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-7367-381-9.
192. RAFIG, M., RAFIG, S., 2019. Caregivers stress and quality of life among female family members of poly drug abusers. *Rawal Medical Journal*. 44(1),106-108. ISSN: 0303-5212.
193. REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 111 s. ISBN 9788024730066.
194. REVICKI, D. A., KLEINMAN, L. et al., 2014. A history of health-related quality of life outcomes in psychiatry. *Dialogues in clinical neuroscience*, 16(2), 127–135. doi: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2014.16.2/drevicki>
195. *Rio political declaration on social determinations of health*. 2011. [online]. Brazílie: Rio de Janeiro. [cit. 2021-04-25]. Dostupné z: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf
196. RIVERA, A.V., DeCUIR, J. et al., 2014. Internalized stigma and sterile syringe use among people who inject drugs in New York City, 2010-2012. *Drug and Alcohol Dependence*. 144, 259–64. ISSN 0376-8716.
197. ROHDE, P., LEWINSONH, P.M. et al., 2007. Psychosocial functioning of adults who experienced substance use disorders as adolescents. *Psychology and Addictive Behaviors*. 21(2), 155–164. doi: 10.1037/0893-164X.21.2.155.

198. ROOKS, L., 2010. *The relationship between life satisfaction and substance use in adolescence. Graduate Theses and Dissertations* [online]. University of South Florida. [cit. 2021-07-22]. Dostupné z: <https://scholarcommons.usf.edu/etd/1754/>
199. ROSENFELD, S., MOUZON, D., 2013. Gender and Mental Health. In: ANESHENSEL, C.S., PHELAN, J.C. et al. *Handbook of the Sociology of Mental Health*. Springer, Dordrecht. p. 277-296. doi: https://doi.org/10.1007/978-94-007-4276-5_14.
200. RŮŽIČKA, M., 2011. Časoprostorové a infrastrukturní aspekty procesu sociální exkluze. *Sociologický časopis / Czech Sociological Review*. 47(2), 273-295. ISSN 0038-0288.
201. RŮŽIČKA, M., PRACHAŘOVÁ, P., 2014. *Teorie a praxe strukturovaných léčebných programů v adiktologii: sborník zkušeností*. Olomouc: Univerzita Palackého. 300 s. ISBN 978-80-244-4171-9.
202. RŮŽIČKA, M., ŠTEFLOVÁ Z., 2012. Terapie a poradensko intervenční programy pro uživatele pervitinu. In: RŮŽIČKA, M. et al. „Dokážu to?“ *Pervitin-koncepce školení pro terapeuty*. Olomouc: p-centrum. s. 51-60. ISBN 978-80-905377-0-5.
203. RŮŽIČKA, M., ŠTEFLOVÁ, Z. BRENZA, J., 2012. Stimulační drogy a jejich specifika na drogové scéně. In: RŮŽIČKA, M. et al. „Dokážu to?“ *Pervitin-koncepce školení pro terapeuty*. Olomouc: p-centrum. s 16-23. ISBN 978-80-905377-0-5.
204. RŮŽIČKA, M., ŠTEFLOVÁ, Z., WITTMANOVÁ, J., 2012. Současný stav ambulantní léčby osob závislých na pervitinu. In: RŮŽIČKA, M. et al. „Dokážu to?“ *Pervitin-koncepce školení pro terapeuty*. Olomouc: p-centrum. s. 9-16. ISBN 978-80-905377-0-5.
205. RŮŽIČKA, M., TOUŠEK, L., 2014. Sociální exkluze: její prostorové formy a měnící se podoby. In: ŠUBRT, J. et al. *Soudobá sociologie VI. Oblasti a specializace*. Praha: Karolinum Press. s. 117-141. ISBN 978-80-246-2558-4.

206. RYCZKOWSKA, A., 2009. Alkoholismus a sociální vyloučení. In: *Problémy sociálního vyloučení-vybrané aspekty*. [Online] [Cit. 2021-06-15] Dostupné z: http://www.ropsopole.pl/pobierz/projektpradziad/Problemy_wykluczenia_spoecznego-wybrane_aspekty_CZ.pdf
207. ŘIHÁČEK, T., HYTYCH, R., 2013. Metoda zakotvené teorie. In: ČERMÁK, I., ŘIHÁČEK, T., et al. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Masarykova univerzita. s. 44-75. ISBN 978-80-210-6382-2.
208. SABRI, F., ARIFFIN, M.Y., 2018. "Correlation Between Defense Mechanisms and Readiness to Change Among Relapsing Addicts". *Malaysian Journal of Social Sciences and Humanities (MJSSH)*. 3(4), 30-34. doi: <https://doi.org/10.47405/mjssh.v3i4.133>.
209. SAFARI, F., 2004. Addiction and Women, Gender differences in substance abuse treatment. *Tehran: Iranian national center for addiction study*. 1-2. ISSN 1804-7181.
210. SALO, R., FLOWER, K. et al., 2011. Psychiatric comorbidity in methamphetamine dependence. *Psychiatry Research*. 186(2–3), 356–361. doi: 10.1016/j.psychres.2010.09.014.
211. SANTOS, A., PIMENTA, G. et al., 2017. Perception of quality of life of people with drug addiction. *Millenium*, 4(2). 69-77. doi: 10.29352/mill0204.06.00143.
212. SENBANJO, R., WOLFF, K. et al., 2007. Excessive alcohol consumption is associated with reduced quality of life among methadone patients. *Addiction*. 102(2), 257–263. doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01683.x.
213. SHOKOOHI, MOSTAFA, B., GRETA, R., et al., 2019. Patterns of social determinants of health associated with drug use among women living with HIV in Canada: a latent class analysis. *Addiction*. 114(7), 1214-1224. doi: [10.1111/add.14566](https://doi.org/10.1111/add.14566).

214. SCHMITZ, H., 2011. Why are the unemployed in worse health? The causal effect of unemployment on health. *Labour Economic*. 18, 71–8. doi: [10.1016/j.labeco.2010.08.005](https://doi.org/10.1016/j.labeco.2010.08.005).
215. SIROVÁTKA, T. et al., 2006. *Hodnocení efektivity programů aktivní politiky zaměstnanosti v ČR*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. 257 s. ISBN 80-87007-06-9.
216. SIROVÁTKA, T., 2004. *Sociální exkluze a sociální inkluze menšin a marginalizovaných skupin*. Brno: Masarykova univerzita a nakladatelství Georgetown. 240 s. ISBN 80-210-3455-6.
217. SMITH, D. E., 2012. The Process Addictions and the New ASAM Definition of Addiction. *Journal of Psychoactive Drugs*. 44(1), 1-4. doi: [10.1080/02791072.2012.662105](https://doi.org/10.1080/02791072.2012.662105).
218. SMITH, K.W., LARSON, M.J., 2003. Quality of life assessments by adult substance abusers receiving publicly funded treatment in Massachusetts. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 29(2), 323–335. doi: [10.1081/ADA-120020517](https://doi.org/10.1081/ADA-120020517).
219. SOBOTKA, J., 2017. *Potřeby lidí s duálními diagnózami v terapeutické komunitě*. Brno. Bakalářská práce. FSS MU.
220. SOMMERS, I., BASKINS, D., BASKIN-SOMMERS, A., 2006. Methamphetamine use among young adults: Health and social consequences. *Addictive Behaviours*. 31(8), 1469-1476. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.10.004>.
221. Státní zdravotní ústav, 2021. *Fáze drogové závislosti*. [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [cit. 16.06.2021]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>.

222. STEINER, H., ARAUJO, K.B. et al., 2001. The response evaluation measure (REM-71): a new instrument for the measurement of defenses in adults and adolescents. *American Journal of Psychiatry*. 158(3), 467-73. doi: 10.1176/appi.ajp.158.3.467.
223. STEINER, J., 2004. Ekonomie sociálního vyloučení. In: HIRT, T., JAKOUBEK, M. *Romové. Kulturologické etudy*. Plzeň: Aleš Čeněk, s. 218–229. ISBN 808647383X.
224. STEPTOE, A., KIVIMAKI, M., 2012. Stress and cardiovascular disease. *Nature Reviews Cardiology*. 9, 360–370. doi: [10.1038/nrcardio.2012.45](https://doi.org/10.1038/nrcardio.2012.45).
225. STRAUSS, A., CORBIN, J., 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert. 196 s. ISBN 80-85834-60-X.
226. SYED, S.T., GERBER, B.S. et al., 2013. Traveling towards disease: transportation barriers to health care access. *Journal of Community Health*. 38(5), 976–993. doi: [10.1007/s10900-013-9681-1](https://doi.org/10.1007/s10900-013-9681-1).
227. SZOTTA, K., 2014. Remaking hospital space: The health care practices of injection drug users in New York City. *International Journal of Drug Policy*. 25 (3), 650–652. doi: 10.1016/j.drugpo.2013.12.010.
228. ŠŤASTNÁ, L., 2007. *Dotazník kvality života WHOQOL-BREF a WHOQOL-100* [online]. Adiktologie. [cit. 2021-06-11]. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/dotaznik-kvality-zivota-whoqol-bref-a-whoqol-100>
229. ŠUSTKOVÁ, M., 2015. Neurobiologie závislostí. In: KALINA, K. a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing. s. 140-172. ISBN 978-80-247-4331-8.
230. THEOUFILOU, P., 2013. Quality of Life: Definition and Measurement. *Europe's Journal of Psychology*. 9(1), 150–162. doi:10.5964/ejop.v9i1.337.

231. THOITS, P.A., 2010. Stress and health: major findings and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*. 51, 41-53. doi: 10.1177/0022146510383499.
232. TIFFANY, S.T., FRIEDMAN, L. et al., 2012. Beyond drug use: a systematic consideration of other outcomes in evaluations of treatments for substance use disorders. *Addiction*. 107, 709-718. ISSN 1360-0443.
233. TOUŠEK, L., 2007. *Sociální vyloučení a prostorová segregace* [online]. Centrum aplikované antropologie a terénního výzkumu (CAAT). [cit. 2021-05-24]. Dostupné z: http://www.antropologie.org/sites/default/files/publikace/downloads/143_143_la_dislav_tousek_socialni_vyloucení_a_prostorova_segregace.pdf
234. TRACY, E., LAUDET, A. et al., 2012. Prospective patterns and correlates of quality of life among women in substance abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*. 124(3), 242–249. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2012.01.010.
235. UCHIDA, Y., NORASAKUNKIT, V. et al., 2004 Cultural Constructions of Happiness: Theory and Empirical Evidence. *Journal of Happiness Studies*. 5, 223-239. ISSN 1389-4978.
236. ÚSTECKÝ KRAJ, 2014. *Krajská příloha k národní RIS 3*. [online]. Ústecký kraj: Ústí nad Labem [cit. 2021-06-24]. Dostupné z: https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id_org=450018&id_dokumenty=1693662
237. VAĐUROVÁ, H., 2008. Quality of life of cancer children caregivers. In: ŘEHULKOVÁ, O., ŘEHULKA, E. et al. *The quality of life in the contexts [of] health and illness*. Brno: Masarykova univerzita. s. 42–51. ISBN 978-80-7392-073-9.
238. VÁGNEROVÁ, M., 2014. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. 816 s. ISBN 978-80-262-0696-5.

239. VAILLANT, G.E., 2014. *Adaptation to life*. Cambridge, MA: Harvard University Press. 416 p. ISBN 9780674004146.
240. VAN GROENESTIJN, A.C., KRUITWAGEN-VAN REENEN, E.T. et al., 2016. Associations between psychological factors and health-related quality of life and global quality of life in patients with ALS: a systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes*. 14, 107. doi: <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0507-6>.
241. VAVRINČÍKOVÁ, L., LIBRA, J. et al., 2013. *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*. [online]. Praha: Klinika adiktologie; Česká asociace adiktologů. [cit. 2021-07-25]. Dostupné z: https://snncls.cz/wp/wp-content/2013/06/Koncepce_sluzeb-verze_4_3_final.pdf
242. VELEMÍNSKÝ, M., TOMŠÍKOVÁ, Z. et al., 2009. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 6. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-182-6.
243. VENCI, B.J., LEE, S.Y., 2018. Functional limitation and chronic diseases are associated with food insecurity among U.S. adults. *Annals of Epidemiology*. 28(3), 182-188. doi: [10.1016/j.annepidem.2018.01.005](https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2018.01.005).
244. VENTEGODT, S., MERRICK, J., 2003. Psychoactive drugs and quality of life. *Scientific World Journal*. 3, 694–706. doi: [10.1100/tsw.2003.57](https://doi.org/10.1100/tsw.2003.57).
245. VÍŠEK, P., 2006. 60 let řešení romské problematiky-úspěch, či neúspěch? In: HIRT, T., JAKOUBEK, M. „Romové“ v osidlech sociálního vyloučení. Plzeň: Aleš Čeněk. s. 189-200. ISBN 80-86898-76-8.
246. VOLLSTEDT, M., 2015. To see the wood for the trees: The development of theory from empirical data using grounded theory. In: BIKNER-AHSBAHS, A., KNIPPING C. et al. *Doing qualitative research: Methodologies and methods in mathematics education. Advances in mathematics education series*. Heidelberg: Springer. p. 176-211. doi: https://doi.org/10.1007/978-94-017-9181-6_2.

247. VOLLSTEDT, M., REZAT, S., 2019. An introduction to grounded theory with a special focus on axial coding and the coding paradigm. In: KEISER, G., PRESMEG, N., *Compendium for Early Career Researchers in Mathematics Education*. Cham: Springer. p. 81-100. ISBN 978-3-030-15635-0.
248. WALACH, V., 2013. Dialektika cigánské fěrovky. Příspěvek ke kritické antropologii bezpečnosti. *AntropoWebzin*. 4, 165-174. ISSN 1801-8807.
249. WEST, R., 2016. *Modely závislosti*. Úřad vlády České republiky. Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. ISBN 978-80-7440-157-2.
250. WILKSON, R., MARMOT, M., 2005. *Sociální determinanty zdraví – Fakta a souvislosti*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. 52 s. ISBN 808662546X.
251. World Health Organization. 2012a. [*What are the social determinants of health?* [online] [cit.2021-06-21] Dostupné z: http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/
252. World Health Organization. 2012b. *The World Health Organization Quality of Life. User Manual*. [online]. [cit.2021-07-25]. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>.
253. ZÁBRANSKÝ, T., BĚLÁČKOVÁ, V. et al., 2011. *Společenské náklady užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog v ČR v roce 2007*. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF UK v Praze a VFN v Praze. ISBN 978-80-260-1680-9.
254. ZAHRADNÍK, J., 2017. *Postoj dlouhodobých uživatelů pervitinu k alkoholu*. Olomouc. Diplomová práce. FF UP.
255. ZAMBONI, L., FRANCESCHINI, A. et al., 2019. Sexual Functioning and Opioid Maintenance Treatment in Women. Results from a Large Multicentre Study. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. 13(97). doi: 10.3389/fnbeh.2019.00097.

256. ZIMRAN, A., 2020. Transportation and Health in the Antebellum United States, 1820–1847. *Journal of Economic History*. 80 (3), 670-709. Dostupné z: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0022050720000315/type/journal_article

8 Seznam zkratek

ADHD-porucha pozornosti s hyperaktivitou

COI-Cost of Illnes; deskriptivní analýza měřící náklady nemocnosti

DNA-Deoxyribonukleová kyselina

EU-Evropská unie

GAC-Ivan Gabal Analysis & Consulting

HIV-virus lidské imunitní nedostatečnosti

HRQOL-Health-related quality of life; kvalita života související se zdravím

LDR-lidé užívající drogy rizikově

m-průměr

MDMA-methylendioxymethamfetamin

N-počet respondentů

OPL-omamné a psychotropní látky

p-hladina významnosti

PUD-problémový uživatel drog

QOL-Quality of life; kvalita života

r-hodnota Pearsonova Chí-kvadrát testu

STD-směrodatná odchylka

t-kritická hodnota T-testu

TZ-trestní zákoník

VHB-Virová hepatitida B

VHC-Virová hepatitida C

WHO-World health organization; Světová zdravotnická organizace

WHOQOL-World health organization quality of life; dotazník Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života

9 Přílohy

Příloha 1 Vzor otázek k rozhovoru

- 1) Zkuste mi vyprávět o tom, jak vypadá teď Váš život, jak to máte s bydlením, s prací, s rodinou a přáteli, jak jste spokojen/á?
- 2) Jaké bylo chování Vašeho okolí, když zjistilo, že berete? Tím okolím mám na mysli rodinu, známý, kamarády, ale i doktory, úřady.
- 3) Jak jste se cítil/a, když to někdo z Vašeho okolí zjistil?
- 4) Vnímáte nějaký rozdíl v chování okolí, v době, kdy jste abstinoval/a, pokud ano, jaký?
- 5) Omezuje Vás brání v něčem? Mám na mysli např. něco kolem bydlení, práce, zdraví, vztahů s druhými apod. Jak?
- 6) Jak vnímáte svůj zdravotní stav?
- 7) Jak vypadá Váš kontakt s lidmi v rámci veřejnosti?

Příloha 2 Dotazník WHOQOL-BREF

Kvalita života dotazník Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF (krátká verze)

Instrukce

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. **Odpovězte laskavě na všechny otázky.** Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte prosím odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na váš život za **poslední měsíc**. Máme tedy na mysli poslední měsíc, když se Vás zeptáme např.:

Dostáváte od ostatních	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	1	2	3	4	5

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, kolik pomoci se Vám od ostatních dostávalo během posledního měsíce. Pokud se Vám dostávalo od ostatních hodně podpory, zakroužkoval/a byste tedy číslo 4.

Dostáváte od ostatních	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	1	2	3	4	5

Pokud se Vám v posledních dvou týdnech nedostávalo od ostatních žádné pomoci, kterou potřebujete, zakroužkoval/a byste číslo 1.

Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

OSOBNÍ ÚDAJE

Pohlaví:

Vzdělání:

Věk:

Délka užívání drogy:

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	velmi špatná	špatná	ani špatná, ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
	1	2	3	4	5

2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a, ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledního měsíce prožíval/a určité věci.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **v jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledním měsíci.

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á nebo spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledním měsíci.

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a, ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5

20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci během posledního měsíce.

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
26. Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

Zdroj: Dragomirecká, Bartoňová (2006a)

Příloha 3 Seznam kódů a kategorií

REAKCE		
REAKCE UŽIVATELE	REAKCE OKOLÍ	REAKCE RODINY
<p>Ignorace okolí Bylo mi jedno, že na to přišli nedůležitý lidi Ignorace chování okolí, Bylo mi to jedno, že to ví U ostatních je mu jedno, co si myslí</p> <p>Sebevyloučení Straní se kontaktu On se straní se okolí vlastní izolace Bojím se chodit do společnosti-izolace Vlastní volba soc. vazeb</p> <p>Držení v tajnosti Je to lepší nikomu to neříkat Na úřady nechodím, nevědí to Uživatel má zaměstnání, nevědí to tam V práci o závislosti nevěděli Okolí to nevědělo K lékařům chodila, ale Na úřadech to neví. Je lepší užívání tajit Fetuju potají Snaha skrývat užívání</p>	<p>Ignorace problému Rodiče dělali, že to nevědí Sociální pracovnice věděla o užívání, moc to neřešila Doktorka dělá, že nic neví</p> <p>Exkluze – institucemi, společností Bez kontaktů s ne uživateli Čumí na mě blbě pořád Negace vyloučení Negativní reakce společnosti 2X Nevyloučen společností, protože tají braní Negativní pocity z reakcí okolí Strach z odsouzení ne uživateli Na mámu fet'ačku se kouká společnost hůř Okolí neodsuzovalo, ale komunikace už nebyla taková Lidé v okolí divně koukají na UD</p>	<p>Exkluze Bez kontaktu s rodinou Bez kontaktu se synem Odvrácení rodiny Zhnusení, odmítnutí 3X Zklamání, rodiny Mamka na mě koukala zhnuseně</p> <p>Zhoršení vztahů Zhoršení vztahu s rodinou Špatné vztahy s rodinou Nedůvěra rodiny Omezený kontakt s rodinou</p> <p>Tolerance V kontaktu s rodinou Rodina věří, že abstínuje Sestra ji neodsoudila Šance od rodiny v abstinenci Dokázala o tom otevřeně bavit, tak se se mnou prostě bavili normálně. Rodina o závislosti ví, neomítá ho</p> <p>Podpora Rodina se snažila pomoci Rodiče měli pochopení Podpora od rodiny</p>

<p>Nechci, aby to na mě poznali</p> <p>Vyhýbání se</p> <p>K lékařům nechodím</p> <p>Racionalizace užívání</p> <p>Drogy mi dávají energii</p> <p>Dá se fungovat, i když bereš</p>	<p>Okolí vás odsoudí</p> <p>Lidé už odsoudí uživatele drog už podle vzhledu</p> <p>Snaží se bavit, ale hážou do jednoho pytle</p> <p>Lidé se hned koukají jinak</p> <p>U lidí, u kterých čekal, že pomohou, tak nepomohli</p> <p>Nepříjemná konfrontace s policií na ulici</p> <p>S policií špatné zkušenosti</p> <p>Předsudky policie k UD</p> <p>Na úřadě se s tebou nebaví</p>	<p>Podpora rodiny, i když to věděli</p> <p>Rodina byla našťvaná, ale pomáhala</p> <p>Intervence</p> <p>Na popud matky okamžitá domácí abstinence-škola a brigády skončily</p> <p>Okamžité odloučení od okolí, kteří brali drogy</p> <p>Rodiče mi chtěli vzít dceru</p>
--	---	---

PŘÍSTUP K UŽIVATELI VE ZDRAVOTNICTVÍ	
EXKLUZE	PROFESIONÁLNÍ PŘÍSTUP
<p>Doktor ho kvůli UD nepřijal 2X</p> <p>V nemocnici ti nepomůžou</p> <p>Při ošetření vliv zjištění, že je UD, na přístup lékaře</p> <p>V porodnici sestra negativní přístup</p> <p>Nepříjemná sestra na gynekologii</p> <p>Doktoři odmítli ošetřit</p> <p>Když ví, že berete ne moc velká ochota</p> <p>Moře doktorů mě vyhodilo, že se s feťákama nebaví</p> <p>Reakce doktora zapříčinila odchod dotyčného</p> <p>Očekávání profi chování</p>	<p>Dobrá zkušenost s lékaři</p> <p>Narovinu přiznání–ošetření bez problémů</p> <p>Dobrý přístup lékaře</p> <p>Lékař v těhotenství profesionální přístup</p> <p>V lékárnách divně koukají, ale bez problémů</p> <p>Chování lékaře v pohodě</p> <p>Doktoři-nikdy neodmítli ošetřit</p> <p>U ostatních doktorů vše normální</p>

ZDRAVÍ	
FYZICKÉ ZDRAVÍ	PSYCHICKÉ ZDRAVÍ
Problémy se žilami Vliv užívání na zdraví-žloutenka Občasné bolesti Zhoršení chrupu Drogy mně drží naživu Braním zestárneš	Psychické obtíže-paranoia Neléčená maniodeprese Vliv braní na psychiku 2x Zhoršení kognice Halucinace

TRH PRÁCE	
LEGÁLNÍ ZDROJE OBŽIVY	ALTERNATIVNÍ ZDROJE OBŽIVY
Výdělek prací 2x Práce se nebojím Zkušenosti s pracovním režimem Kvůli drogám ztráta dobré práce Měla jsem práci, ale nezvládla jsem tam chodit	Umím dělat dealera nebo kurvu Práce v bordelu Nelegální výdělek Krádeže Sociální dávky Živili mě rodiče Dávají mi ostatní

POCITY		
NEGATIVNÍ POCITY VE VZTAHU K SOBĚ	NEGATIVNÍ POCITY VE VZTAHU K OKOLÍ	NEGATIVNÍ POCITY VE VZTAHU K RODINĚ
Sebelítost Brečíš sama nad sebou Člověk je nešťastný Lítost věcí, o které jsem přišla kvůli fetu Vina Pocit viny, když to zjistili Výčitky svědomí Vztek	Vztek Reakce uživatelky na Chování v nemocnici-byla naštvaná Ponížení Okolí se Vás štítí	Zklamání rodičů Stud před dcerou Omluvy rodině, lítost U matky ho štválo, že to ví.

<p>Naštvání a vztek na sebe</p> <p>Stud</p> <p>Pocit studu</p> <p>Stydím se za to, jak jsem žila</p> <p>Zklamání</p> <p>Zklamaná ze sebe</p>	<p>Vnitřní pocit na reakce</p> <p>Doktora nepříjemný</p>	
--	--	--

POZITIVA ABSTINENCE	
JÁ	RODINA
<p>Při abstinenci hned člověk vypadá líp</p> <p>Cítím se líp, když neberu</p> <p>Radost ze sebe</p> <p>Dobrý pocit sama ze sebe</p> <p>Došlo mi, že jsem normální člověk</p>	<p>Vztahy s partnerem lepší</p> <p>Lepší vztahy s rodinou</p> <p>Rozdíl během abstinence v přístupu rodiny</p> <p>Dítě pozná, že je mám v pořádku</p> <p>Bratr se chová lépe, když neberu</p>
ŠIRŠÍ SPOLEČNOST	INSTITUCE
<p>Lepší vztah s okolím</p> <p>Chování okolí během abstinence bylo lepší</p> <p>Okolí kouká líp</p> <p>Sousedí koukají jinak</p> <p>Okolí si teď řekne, je to dobrý</p> <p>Všichni se chovají hezky</p> <p>Kamarádka mě přijala po léčbě</p>	<p>Ve škole se mi snaží pomoci</p> <p>Také zásluha šéfa-podpora v abstinenci</p> <p>Chvála od lékařů i úřadu v abstinenci</p>

ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST

Přání mít normální život
Nízký životní standard
Subjektivně šťastná
Drogy přináší pocit spokojenosti 2x
Nízké nároky
Spokojenost s ŽS
Nespokojenost s životní úrovní
Nespokojenost se životem

MOTIVACE K ABSTINENCI

Reakce okolí může být i motivace
Že na to doma přišli, mě donutilo k
zamyšlení, jestli to za to stojí
Zjištění okolí že beru 2x
Ztratila bych dítě

BYDLENÍ

Ztráta bydlení
Bydlení na ubytovně
Po bytech s UD
Jako UD nesežene byt
Pod mostem spokojený
Squaty

SOCIÁLNÍ SÍŤ

Většinou jsme ve společnosti feťáků
Nedokážu bejt s normálníma lidma, co
neberou
Omezený kontakt s neuživateli
Partner UD N4X
Známí a kamarádi se odvrátili
Normální lidi by na mě koukali divně
Nevyhledávám přátelé neuživatele 4x