

**Univerzita Palackého v Olomouci  
Cyrilometodějská teologická fakulta**

**Katedra křesťanské sociální práce**

*Charitativní a sociální práce*

Gabriela Málková

*Motivace problémových uživatelů  
navštěvujících kontaktní centrum k užívání drog  
a možnosti sociální práce*

Diplomová práce

vedoucí práce: Mgr. Hana Krylová, Ph.D.

**2014**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne 23. 4. 2014

Gabriela Málková

Děkuji Mgr. Haně Krylové, PhD. za odborné vedení diplomové práce a za cenné připomínky a rady a vstřícný přístup. Mé poděkování patří i pracovníkům Kontaktního centra Prevent v Českých Budějovicích, kteří mi umožnili ve svém zařízení výzkum realizovat a děkuji i klientům kontaktního centra za čas, který mi věnovali a jejich odpovědi k mým otázkám.

## Obsah

Úvod .....	6
<b>1 Fenomén závislosti na nealkoholových drogách .....</b>	<b>8</b>
<b>1.1 Vymezení základní terminologie.....</b>	<b>8</b>
1.1.1 Droga .....	8
1.1.2 Syndrom závislosti .....	9
1.1.3 Problémové užívání.....	9
<b>1.2 Vývojová stádia závislosti.....</b>	<b>9</b>
1.2.1 Stádium experimentování.....	10
1.2.2 Stádium příležitostného užívání .....	10
1.2.3 Stádium pravidelného užívání.....	11
1.2.4 Stádium závislosti .....	11
<b>1.3 Druhy závislosti.....</b>	<b>12</b>
<b>1.4 Dělení drog.....</b>	<b>13</b>
<b>1.5 Důsledky závislosti .....</b>	<b>15</b>
1.5.1 Somatické důsledky .....	15
1.5.2 Psychické důsledky .....	15
1.5.3 Sociální důsledky .....	16
<b>2 Sociální práce s osobami závislými na drogách v kontaktním centru .....</b>	<b>18</b>
<b>2.1 Základní charakteristika kontaktního centra .....</b>	<b>18</b>
<b>2.2 Prostředky a metody práce používané v kontaktním centru.....</b>	<b>20</b>
2.2.1 Kontaktní práce.....	20
2.2.2 Poradenství .....	21
2.2.3 Služby harm reduction .....	22
2.2.4 Krizová intervence .....	23
2.2.5 Zdravotní, hygienický, potravinový a vitaminový servis.....	24
2.2.6 Další poskytované služby .....	24
<b>2.3 Návaznost kontaktního centra na další adiktologické služby.....</b>	<b>25</b>
<b>3 Motivace a motivační rozhovory .....</b>	<b>27</b>
<b>3.1 Motivace a motivy .....</b>	<b>27</b>
<b>3.2 Motivace k užívání drog.....</b>	<b>28</b>
<b>3.3 Motivace ke změně – metoda motivačních rozhovorů.....</b>	<b>30</b>

3.3.1	<i>Fáze průběhu změny</i> .....	31
3.3.2	<i>Využitelnost motivačních rozhovorů</i> .....	33
<b>4.</b>	<b>Metodologie výzkumu</b> .....	<b>34</b>
4.1	<i>Výzkumný cíl práce a výzkumné otázky</i> .....	34
4.2	<i>Metody získávání dat</i> .....	34
4.3	<i>Metody zpracování dat</i> .....	36
4.4	<i>Výběr výzkumného souboru</i> .....	36
4.5	<i>Průběh realizace výzkumu</i> .....	37
4.6	<i>Údaje o respondentech</i> .....	37
<b>5</b>	<b>Výsledky</b> .....	<b>40</b>
5.1	<i>Motivy problémových uživatelů pro pokračování v užívání drog</i> .....	40
5.1.1	<i>Únik</i> .....	40
5.1.2	<i>Účinek drogy</i> .....	42
5.1.3	<i>Craving</i> .....	43
5.1.4	<i>Překonání nepříjemného stavu při odeznívání účinků drogy</i> .....	43
5.1.5	<i>Prostředek pro komunikaci a obava ze samoty</i> .....	44
5.2	<i>Možné motivy problémových uživatelů drog ke změně směrem k abstinenci</i> ....	45
5.2.1	<i>Život s prací, penězi a bydlením</i> .....	45
5.2.2	<i>Zlepšení vztahů</i> .....	46
5.2.3	<i>Získání dětí do péče</i> .....	48
5.2.4	<i>Stigma drogově závislého</i> .....	48
5.2.5	<i>Obava o psychického zdraví</i> .....	49
5.2.6	<i>Obava o fyzického zdraví</i> .....	49
<b>6</b>	<b>Diskuze</b> .....	<b>51</b>
<b>7</b>	<b>Závěr</b> .....	<b>55</b>
<b>8</b>	<b>Seznam literatury</b> .....	<b>56</b>
	<b>Abstrakt</b> .....	<b>60</b>
	<b>Abstract</b> .....	<b>61</b>
	<b>Seznam tabulek a obrázků</b> .....	<b>62</b>
	<b>Přílohy</b> .....	<b>63</b>

## Úvod

Diplomová práce je tématicky orientovaná na motivaci problémových uživatelů navštěvujících kontaktní centrum k užívání drog a na možnosti sociální práce. V literatuře jsou hojně probrané otázky týkající se drog, závislostí, motivaci a práci s ní. Jejich zaměření ovšem bývá většinou obecné. V práci mě konkrétně zajímá skupina problémových uživatelů drog, tedy skupina, která je velmi riziková pro společnost a v individuální rovině se potýká s řadou negativních důsledků své závislosti.

Diplomová práce si klade za cíl seznámit čtenáře s problematikou závislostí na nealkoholových drogách, s možnostmi sociální práce v kontaktním centru a to se zvláštním zaměřením na práci s motivací v rámci metody motivačních rozhovorů. Cílem diplomové práce je také zjištění a popis motivů problémových uživatelů navštěvujících kontaktní centrum, které vedou k setrvání v užívání drog a možných motivů ke změně směrem k abstinenci.

Otázka motivů problémových uživatelů k užívání drog a možných motivů ke změně směrem k abstinenci je klíčová pro sociální práci s touto skupinou, protože pátrání po těchto motivech je nezbytné pro začátek změny. Kontaktní centrum je mnohdy jedinou odbornou institucí, se kterou přicházejí problémoví uživatelé do styku. Je tedy na pracovnících, aby uživatelům pomohli lépe pochopit váhu jednotlivých motivů pro a proti užívání drog a posílit jejich ambivalenci směrem ke změně.

Práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. V teoretické části práce se nachází tři hlavní kapitoly, a sice kapitola která se věnuje fenoménu závislosti na nealkoholových drogách, kapitola pojednávající o sociální práci s osobami závislými na drogách v kontaktním centru a kapitola o motivaci a motivačních rozhovorech. V rámci první kapitoly se čtenář seznámí se základní terminologií, jako je droga, syndrom závislosti a problémové užívání. Dále se dozví o vývoji a druzích závislosti, o tom jak se drogy dají rozdělit do skupin a také o důsledcích, které může závislost na drogách způsobit. Druhá kapitola, která je věnována sociální práci s osobami závislými na drogách v kontaktním centru je zaměřena na základní charakteristiku kontaktního centra a na prostředky a metody práce, které jsou v kontaktním centru při práci s cílovou skupinou používány. Poslední kapitola pojednává o motivaci a motivačních rozhovorech. Na tomto místě se čtenář dozví o tom, co to je motiv a motivace, jaká může být motivace k užívání drog a jak lze motivovat závislé osoby na drogách ke

změně v rámci metody motivačních rozhovorů. Na teoretickou část diplomové práce nasedá část výzkumná, kde jsou předmětem výzkumu konkrétní motivy problémových uživatelů, navštěvujících kontaktní centrum, k užívání drog a k abstinenci. Pro zjištění a popis těchto motivů byl využit kvalitativní přístup s využitím metody dotazování a technikou polostrukturovaného rozhovoru.

## **1 Fenomén závislosti na nealkoholových drogách**

Závislost na nealkoholových drogách představuje značnou zátěž pro člověka i společnost (Fischer, Škoda, 2009, s. 87). Oproti závislosti na alkoholu má užívání nealkoholových drog (nelegálních) mnohdy vážnější důsledky. Je to způsobeno odlišným postojem společnosti k užívání různých návykových látek, kdy v případě drog se jedná o postoj, který je více odmítavější než tomu je u alkoholu a také kvůli rozdílným projevům závislosti, které jsou spojené s rychlejším vývojem závislosti a souvisejícími negativními změnami osobnosti (Vágnerová, 2004, s. 569). Bližším charakteristikám drogové závislosti, jejímu vývoji, druhům a důsledkům se věnuje tato kapitola, která vymezuje i různé skupiny drog.

### ***1.1 Vymezení základní terminologie***

Nejprve je třeba vymezit základní pojmy, jako je droga, syndrom závislosti a problémové užívání.

#### ***1.1.1 Droga***

Pod drogou si představujeme látku, se kterou jsou spojeny dvě základní charakteristiky. Jednak má psychotropní efekt, což znamená, že mění naše prožívání a modifikuje způsob našeho vidění světa, a jednak může způsobovat závislost, kterou dokáže vyvolat její dlouhodobé a pravidelné užívání (Minařík, 2008, s.339). Slovo droga bývá dále často synonymem pro nezákonné omamné a psychotropní látky, i když výše zmiňované charakteristiky platí i pro drogy legální, jako je např. alkohol, tabák, kofein apod. (Národního monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2010). V diplomové práci, při používání termínu droga, vycházím z jednak z popsané definice a jednak drogou míním nezákonné látky, jejichž výčet se nachází v přílohách zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách v platném znění (Zábranský, 2003, s.14).



### *1.1.2 Syndrom závislosti*

Definici syndromu závislosti vytvořili experti Světové zdravotnické organizace a je uvedena v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí. První část této definice hovoří o syndromu závislosti jako o souboru behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, které se vyvíjí po opakovaném užití drogy. Druhá část vyjmenovává šest projevů, které tyto stavy doprovázejí. Jedná se o: silné přání užít drogu, potíže v sebeovládání při jejím užívání, pokračování v užívání drogy i přes škodlivé následky, dávání přednosti užívání drog před ostatními aktivitami a závazky, růst tolerance a somatický odvykací stav (WHO, 2008, s. 193). Pokud se z těchto šesti doprovodných projevů vyskytnou nejméně tři zároveň u člověka užívajícího drogy, tak teprve tehdy se může stanovit definitivní diagnóza syndromu závislosti (Nešpor, 2011, s. 14). Od syndromu závislosti je vhodné odlišit úzus a abúzus drogy. Úzus drogy je její jednorázové užití nebo i opakované užívání, které nevede k žádnému signifikantnímu poškození uživatele. Abúzus znamená její škodlivé užívání, kde již dochází k tělesnému, psychickému nebo interpersonálnímu poškození jedince. Syndrom závislosti je vyústěním abúzu (Jeřábek, 2008, s.53).

### *1.1.3 Problémové užívání*

V diplomové práci vycházím z definice Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti, které charakterizuje problémové užívání drog, jako intravenózní užívání drog a/nebo dlouhodobé, pravidelné užívání drog zejména opiátového, amfetaminového typu drog nebo kokainu. Problémoví uživatelé jsou tedy skupinou drogově závislých, která je nositelem většiny zdravotních, kriminálních i ekonomických škod, které z jejich chování plynou společnosti (EMCDDA, 1998, podle Zábranský, 2003, s. 32).

## **1.2 Vývojová stádia závislosti**

Vznik závislosti na nealkoholových drogách by se dal popsat jako proces komplexních změn v biologické, psychické a sociální sféře. Závislost nevzniká náhle a

ve většině případů probíhá tento proces v několika po sobě jdoucích fázích (Fischer, Škoda, 2009, s. 104).

### *1.2.1 Stádium experimentování*

Experimentováním se rozumí sporadické užívání, které nepřesáhne pět užití za život (Zábranský, 2003, s.19). Nejčastěji člověk začne experimentovat ze zvědavosti, z nudy, kvůli potřebě vyzkoušet něco nového a vzrušujícího, tabuizovaného (Vágnerová, 2004, s. 562). Prvních pár užití drogy může přinést člověku příjemné, dosud nepoznané prožitky (Fischer, Škoda, 2009, s. 104). V této fázi droga vyvolává uvolněnost, štěstí, zvyšuje pocity kompetentnosti a sebejistoty, umožňuje dosáhnout potřebnou míru aktivizace (Vágnerová, 2004, s. 562). Experimentátor poznává euforické zážitky většinou v přítomnosti druhých a vezme si od nich drogu jen pokud je mu nabídnuta. Zdraví, pracovní způsobilost, výkonnost, ani finance experimentování s drogami nemusí ovlivnit (Zábranský, 2003, s.18). Experimentátoři znají své limity v užívání a stanovují si je (Hanson, Venturelli, Fleckenstein, 2014, s. 34) Před nejbližšími lze tyto výjimečná užití docela dobře utajit. Jestliže se člověka podaří v této fázi podchytit, je poměrně vysoká šance, že se zdrží další konzumace. Mnoho jedinců zde končí a od užívání drog sami odstupují (Fischer, Škoda, 2009, s. 104).

### *1.2.2 Stádium příležitostného užívání*

Jedinec začíná zjišťovat, že mu droga pomáhá v situacích osobní a sociální nouze, či nudy, a při této příležitosti a za tímto účelem ji užívá (Fischer, Škoda, 2009, s. 104). Na pocitové úrovni vyhledává slast, ale začíná prožívat již i dysforie (Zábranský, 2003, s.18). Sdružuje se s ostatními uživateli a vyděluje se od původního okruhu lidí. Vytváří si vlastní zdroje a zásoby drogy, utrácí peníze za drogy, dělí se s ostatními, kteří berou s ním (Zábranský, 2003, s.18). Člověk může příležitostně užívat drogu pro odreagování, např. na večírcích nebo při jiných společenských a oddechových příležitostech (Zábranský, 2003, s.19). Drogu také může používat jako únik od problémů a za pomoci ní se zbavit úzkosti, strachu a nejistoty. Pokud člověk zjistí, že mu návyková látka může pomoci v situaci nouze nebo nudy, bude mít tendenci vzít ji znovu. Návyk zatím nemá a tak ji nebere pravidelně (Vágnerová, 2004, s. 562).

Konzumaci drog před okolím tají, protože si je vědom nesprávnosti svého jednání a zatím mu záleží na společenském okolí, na profesní roli a na svých blízkých (Fischer, Škoda, 2009, s. 104). Zdraví bývá většinou nenarušeno, ale již se dostavují první nepříjemné fyzické i psychické stavy při odeznívání účinku drogy. V důsledku toho může být pracovní aktivita dotčena (Zábranský, 2003, s.18).

### *1.2.3 Stádium pravidelného užívání*

Od příležitostného užívání je jen krok k užívání pravidelnému. Pokud člověk začne užívat drogu čím dál častěji, tak se u něj vytvoří určitý stereotyp chování. V tomto období už nezapírá, že něco takového dělá, ale zároveň popírá riziko svého jednání. Přesvědčuje sebe sama i své okolí, že má situaci pod kontrolou. Jak rychle tento proces proběhne, závisí na typu návykové látky, frekvenci užívání a množství. Dochází ke změnám chování a úbytku zájmů (Vágnerová, 2004, s. 562). Začíná se postupně prohlubovat lhostejnost k tomu, co se netýká drogy. Přestává mu záležet na okolí (Fischer, Škoda, 2009, s. 104). Jedinec se distancuje od původního prostředí a mění své postoje. Po zdravotní stránce se objevují poruchy výživy a spánku. V práci podává horší výkony. Mění svůj vzhled a vypadá neupraveně. V této fázi již utrácí nadměrné částky za drogy a zadlužuje se. Na pocitové úrovni dochází k častým střídáním nálad. V této fázi již je nutná odborná pomoc (Zábranský, 2003, s. 18-19).

### *1.2.4 Stádium závislosti*

Poslední fází je závislost. Člověk nemá jinou motivaci než směrem k droze (Fischer, Škoda, 2009, s. 104). Mění se jeho hodnoty a už se nesnaží svůj návyk skrývat, protože na to nemá čas ani energii, navíc mu přestává záležet na mínění druhých (Vágnerová, 2004, s. 563). Drogy užívá denně nebo i vícekrát za den a není schopen bez nich být, protože mu pokrývají všechny potřeby. Závislý je nucen stále více riskovat, aby si zajistil drogu nebo peníze k jejímu nákupu. Lže, krade, prodává drogy, vypůjčuje si peníze a má výrazné finanční problémy. Přestává se stýkat s lidmi, kteří drogy neberou, všichni jeho přátelé je užívají též. Bere často i sám a již poměrně vysoké dávky (Zábranský, 2003, s.19). V tomto stádiu mají někteří tendenci své jednání ospravedlňovat nebo zaujímat demonstrativní postoj. Ze subjektivního hlediska

má již droga jiný význam než tomu tak bylo v předcházejících fázích. Droga již nepovznáší, ale je o to víc potřebná a závislý už se bez ní neobejde. Buď ji přijímá jako trvalou součást svého života, nebo se jí chce zbavit, protože se bojí dalšího propadu své osobnosti. Mnozí se v tomto stádiu pokusí dávku omezit nebo přestat, ale většinou jde jen o střídání období abstinence a relapsů. Motivace k léčbě může být různě silná, ale zátěž spojená s komplexní změnou svého životního stylu je tak velká, že ji zvládne jen malé procento drogově závislých (Vágnerová, 2004, s. 563). K vymanění se z návyku je třeba intenzivní cizí pomoc (Zábranský, 2003, s.19). Změny v oblasti somatické, psychické a sociální jsou velmi závažné a bývají patrné na první pohled (Fischer, Škoda, 2009, s. 105). Zdraví je narušeno mnohačetnými fyzickými i duševními problémy (Zábranský, 2003, s.19).

### ***1.3 Druhy závislosti***

Drogy mohou vyvolat dva základní druhy závislostí, a to závislost somatickou a závislost psychickou (Fischer, Škoda, 2009, s. 94). Tyto dva druhy se u člověka rozvíjí většinou společně, nicméně jejich rozvoj závisí především na typu látky, protože každá droga má různý potenciál k vyvolání obou závislostních složek. Učebnicovými vzory pro psychický typ závislosti jsou zejména amfetaminy nebo konopné drogy, pro somatickou závislost opioidy nebo benzodiazepiny (Jeřábek, 2008, s.55).

**Somatická závislost** vzniká v případě, že se organismus na drogu adaptoval (Fischer, Škoda, 2009, s. 94). Stav adaptace někdy doprovází zvyšující se tolerance, což znamená, že člověk potřebuje k dosažení téhož efektu stále větší dávku návykové látky (Vágnerová, 2004, s. 549). Pokud dojde k omezení množství drogy nebo k jejímu vysazení, pak dochází k rozvoji abstinčního syndromu (Fischer, Škoda, 2009, s. 94). Ten bývá doprovázen různými příznaky, které závisí na druhu látky, na uživateli a na prostředí, ve kterém dochází k manifestaci abstinčního syndromu. Velmi často se stává, že řada příznaků má opačný charakter, než je vlastní účinek drogy. Například u opiátů, které působí protikřečově, tlumivě a mírní bolesti, se objevují v rámci abstinčního syndromu příznaky, jako jsou křeče, podrážděnost, nespavost a bolesti. Toto pravidlo však neplatí absolutně pro všechny případy (Nešpor, 2003, s.119). Vždy se jedná o projevy, které jsou nepříjemné a mají různý stupeň závažnosti (Fišerová, 2003, s.114).

**Psychickou závislostí** se rozumí potřeba užívat návykovou látku k vyvolání příjemných pocitů a k odstranění nepříjemných (Fischer, Škoda, 2009, s. 94). Potřeba užívat ji opakovaně a s přesvědčením, že pokud by to člověk neudělal, bude se cítit špatně. Podrážděnost a úzkost vyvolá i jen pouhá představa, že by svou dávku neměl. Závislý jedinec se takto naučil reagovat a zafixoval si, že mu droga něco přináší (Vágnerová, 2004, s. 549). Jiná definice hovoří o syndromovém komplexu, který je spojen s cravingem, tj. nutkavou touhou užít drogu (Jeřábek, 2008, s.55). Craving zhoršuje sebeovládání, oslabuje paměť, soustředění a schopnost správně se rozhodovat (Nešpor, 2007, s.32). Někdy se craving rozlišuje na tělesný a psychický. K tělesnému cravingu totiž dochází bezprostředně při odeznívání intoxikace drogou a je doprovázen akutními změnami v mozkové činnosti, kdežto psychický craving se může objevovat i po delší abstinenci, např. při pohledu na drogu, setkání s prostředím, kde dříve člověk drogu užíval, apod. (Nešpor, Csémy, 1999, s.7).

Někdy se společnost i samotní uživatelé mohou mylně domnívat, že problém na cestě za abstinencí tvoří hlavně závislost fyzická, přičemž psychickou opomíjí nebo podceňují. Nestačí si jen vytrpět abstinenci příznaky. Zvládnout psychickou závislost vyžaduje mnohem více času, může to trvat i několik let (na rozdíl od doby trvání odvykacího syndromu, který se pohybuje v řádu dnů) a její zvládnutí vyžaduje mnohem více než je pevná vůle (Sananim, 2007, s. 19).

Někteří autoři přidávají k těmto dvěma druhům závislosti ještě tzv. **závislost sociální**, kterou interpretují jako závislost na životním stylu uživatele drog. Tento člověk si postupně zvyká na pravidla života mezi drogovou subkulturou až zapomene na pravidla chování v nedrogové společnosti. Čím déle trvá jeho drogová kariéra, tak tím je obtížnější resocializace (Pešek, Vondrášková, Veselý, 2008, s.18).

## ***1.4 Dělení drog***

Existuje řada způsobů, jak lze rozdělit drogy. Mezi nejznámější patří dělení podle toho, jaké mají drogy účinek na psychiku, rozdělení podle způsobu jejich vzniku (Zábranský, 2003, s.14) a rozdělení podle míry rizika vzniku důsledků v tělesné, duševní a sociální oblasti (Minařík, 2008, s.339).

**Podle účinku drogy na psychiku** se dají jednotlivé drogy rozdělit do tří skupin, a to na tlumivé látky, psychomotorická stimulantia a halucinogeny. Tlumivé látky

zpomalují psychomotorické tempo, v malých dávkách dochází ke zklidnění, vyšší dávky navozují spánek, kóma a může dojít až k zástavě životních funkcí (Minařík, 2008, s.339). Mezi typické zástupce patří opiátová/opioidová skupina (např. šťáva z nezralých makovic, morfin, heroin, metadon, buprenorfin), a anxiolytika, hypnotiky (benzodiazepiny, barbituráty) (Zábranský, 2003, s. 15). Stimulancia naopak zbavují člověka únavy, urychlují myšlenkové tempo a aktivují motoriku (Minařík, 2008, s.339). Intoxikace připomíná manický stav a vyšší dávky můžou způsobovat psychotické stavy (Nešpor, 2008, s. 274). V této skupině jsou typickými zástupci amfetaminy (benzedrin, dexedrin, pervitin), dále kokain a crack a některé těkavé nitráty (Zábranský, 2003, s. 15). Třetí skupina halucinogenů způsobuje změny vnímání od pouhého zostření až po stavy podobné schizofrenii (Minařík, 2008, s.339). Jsem patří např. konopné produkty, LSD, psylocibyn, mescalín, PCP, některé taneční drogy a některé těkavé látky (Zábranský, 2003, s. 15).

Drogy se dají dále rozdělit **podle jejich vzniku**, a to na přírodní (konopné produkty, opium, psychoaktivní houby apod.), semisyntetické (morfin, heroin, LSD, kokain) a syntetické (např. pervitin, extáze, rozpouštědla) (Zábranský, 2003, s.15).

Zřejmě nejznámější a mediálně nejpoužívanější je **rozdělení drog podle míry rizika** v tělesné, duševní a sociální oblasti. Odtud je známé tzv. dělení na „tvrdé“ a „měkké“ drogy (Minařík, 2008, s.339).

Tabulka 1: Rozdělení drog podle míry rizika

Míra rizika	"Tvrdost drog"	Zástupci
vysoká	tvrdé	toluen, heroin, morfin, durman, crack
vysoká až střední	tvrdé	kokain, pervitin, LSD
střední	tvrdé	alkohol, lysohlávky, extáze, efedrin, kodein
relativně malá	měkké	marihuana, hašiš, kokový čaj
prakticky bez rizika	měkké	káva, čaj

Zdroj: (Minařík, 2008, s.340).

## ***1.5 Důsledky závislosti***

Důsledky závislosti se promítají do somatické, psychické i do sociální oblasti drogově závislých (Fischer, Škoda, 2009, s. 104).

### ***1.5.1 Somatické důsledky***

S užíváním drog je spojena celá řada somatických poškození. Ačkoliv jsou drogy velmi nesourodou skupinou, platí pro ně to, co pro jakékoliv chemické látky obecně: jejich dodávání zvenčí narušuje homeostázu organismu a může mít patologické následky. Situace je o to komplikovanější skutečností, že v současnosti má způsob užívání a kontext, v němž k němu dochází, častější a více závažné následky než samotná látka. Somatické poškození může vzniknout buď přímo (v důsledku interakce látky s organismem), jako je třeba předávkování, poškození mozku, poškození sliznic, karcinogenní efekt nebo nepřímo (nevyplývá z chemické podstaty) a to jsou jednak rizika z příměsí v drogách – intoxikace cizorodou látkou, embólie z cizorodé látky, a jednak jako důsledek způsobu aplikace – poškození nosní přepážky, plic, kůže, cévního systému, krví přenosné infekce apod. Somatické komplikace mohou nastat i jako důsledek socioekonomických poměrů uživatelů. Sem by patřily nutriční poruchy, poruchy imunity, poškození zubů, jiné než krevní infekce, automutilace, atd. Ke zdravotnímu poškození může dále dojít i v případech, že je osoba pod vlivem drogy a způsobí například dopravní nebo jinou nehodu (Zábranský, 2003, s.19-20).

### ***1.5.2 Psychické důsledky***

Užívání drog poškozuje a mění psychiku člověka. Vágnerová (2004, s. 564-565) shrnuje změny v psychické oblasti v důsledku dlouhodobého užívání návykových látek. Podle ní dochází zejména ke změnám a deformaci emočního prožívání, kdy se u závislých objevují sklony k extrémním citovým reakcím, bývají také labilnější, někdy vztahovační až paranoidní a mají sklony k depresivním náladám a úzkostem. Dále dochází ke změnám kognitivních procesů, které jsou patrné zejména ve zhoršené pozornosti a paměti. Jejich způsob myšlení, vnímání a zpracovávání informací funguje ne zcela běžným způsobem, často neadekvátně. Závislí lidé se proto hůře orientují

v okolním světě i v sobě samých, což vede k nepřiměřeným způsobům reagování. Někdy může dojít k celkovému úbytku kognitivních schopností. Další oblastí změn jsou hodnoty člověka a motivace, kdy je u závislých jiná hierarchie hodnot, na jejímž vrcholu je droga a pro dosažení abstinence nemá tento člověk dostatečnou vůli ani sílu. Čtvrtou oblastí je změna chování, kde dochází k jiné aktivační úrovni (útlum nebo nadměrná aktivace). Celková výkonnost člověka užívajícího drogy se snižuje. Návyk na drogu také mění životní styl, výrazně jej ochuzuje a promění do stereotypu ve smyslu činností: získání drogy a její užití. Poslední změnou je úpadek osobnosti drogově závislého, kdy se mění osobnostní vlastnosti a ubývají kompetence. Podle Záškové a Pavlici (2010, s. 214) mohou psychické problémy spojené se závislostí na drogách vyústit i do suicidiálního chování.

U problémových uživatelů se také mnohdy vyskytují psychické poruchy a onemocnění, jejichž prevalence je vyšší než v běžné populaci (Gossop, 2009, s. 14). Patří sem například porucha osobnosti, psychosexuální dysfunkce, generalizovaná úzkost, afektivní poruchy, fobie, anorexie a bulimie, obsedantně kompulzivní poruchy, organické mozkové syndromy a schizofrenie (Miovská, Miovský, Kalina, 2008, s.79). Při diagnostice je ale nezbytné správné určení etiologie psychiatrické komorbidity. Tedy jestli duševní porucha je příčinou závislosti nebo jejím důsledkem (Miovská, Miovský, Kalina, 2008, s.75).

### *1.5.3 Sociální důsledky*

Některé sociální důsledky závislosti vyplývají z odsuzujícího postoje ke konzumentům drog. Společnost má silnou tendenci uživatele drog stigmatizovat protože, k nim má negativní očekávání a nedůvěřují možnosti nápravy. Uživatel drog tak získá nálepkou narkomana, který není z pohledu společnosti přijatelný (Vágnerová, 2004, s.573). Stigmatizace drogově závislých může vést k sociálnímu vyloučení a k jejich marginalizaci (Room, 2005, s. 152).

Psychické změny a chování závislého člověka se odráží v různých oblastech. V pokročilejší fázi závislosti přestává člověk respektovat příslušné normy, neplní povinnosti, přestává docházet do školy nebo do zaměstnání, protože není schopen požadovaného výkonu, nemůže se soustředit a ztrácí motivaci k této nebo jiné činnosti.



Ztrácí i většinu svých sociálních rolí, protože není schopen plnit požadavky, s nimi spojené.

Vztahy drogově závislých s lidmi se mění jednak proto, že užívání některých drog není společenskou záležitostí (jinak než u alkoholu) a jednak kvůli hodnotové orientaci závislého. Na vrcholu jeho žebříčku hodnot se nachází droga a její potřeba je tak silná, že je pro ní ochoten i krást, podvádět a využívat své blízké. Vztahy s lidmi se tímto způsobem závažně naruší. Schopnost navazování a udržování citových vztahů závislost na návykových látkách ničí. Postupem času jen přetrvávají náhodné vazby stejně drogově závislých (Vágnerová, 2004, s. 574-575).

Pro rodinu závislého člověka bývá jeho problém velkým břemenem. Rozvoj závislosti hluboce zasáhne každou stránku rodinného života (Bernardová, 2011, s. 45). Psychické, ekonomické a někdy i fyzické zatěžování může vést k odchodu z domova a ke ztrátě sociálního zázemí. Člověk pak může přebývat u jiných drogově závislých nebo se stát bezdomovcem.

Finanční náročnost závislosti, změna hodnot a osobnosti často vede ke kriminální činnosti (Vágnerová, 2004, s. 574-575). Nejčastějším typem trestné činnosti je majetková kriminalita spojená s potřebou opatřit si návykovou látku. Mezi nejběžnější způsoby nezákonného opatřování prostředků na drogu patří krádeže v obchodech (Gossop, 2009, s. 14). S trestně-právním systémem se ale tyto lidé dostávají do kontaktu i v souvislosti s držním, výrobou a distribucí drog, dále pokud spáchali nějaký trestný čin pod vlivem drog a také v souvislosti s násilným, zstrašujícím a korumpujícím chováním spojeným s černým trhem (Zábranský, 2003, s. 22).

## **2 Sociální práce s osobami závislými na drogách v kontaktním centru**

Mezinárodní federace sociálních pracovníků definuje sociální práci jako profesionální aktivitu, která podporuje sociální změnu, řešení problémů v mezilidských vztazích a posiluje a osvobozuje lidi za účelem zvýšení jejich osobního blaha. Za pomocí teorií o lidském chování a sociálních systémů zasahuje sociální práce v těch místech, kde dochází k interakci člověka a jeho prostředí. Pro sociální práci přitom mají zásadní význam principy lidských práv a sociální spravedlnosti (IFSW, 2012). Podle Navrátila (2000, s. 7) je cílem sociální práce podpora sociálního fungování člověka v situaci, při které je taková potřeba vnímána a vyjádřena, ať už skupinově nebo individuálně. Jinde Navrátil (2001, s. 187-188) uvádí, že koncept sociálního fungování v rámci sociální práce má vztah ke třem paradigmatům, ze kterých jsou patrné možnosti aplikace sociální práce. Jedná se o sociální práci jako terapeutickou pomoc, kdy se za sociální fungování považuje především duševní zdraví a pohoda člověka a důraz je kladen na komunikaci a budování vztahu. Druhým paradigmatem je sociální práce, jako reforma společenského prostředí, kde je sociální fungování spojeno s vizí sociální rovnosti v různých dimenzích společenského života. Zde se klade důraz na zmocňování jednotlivců i skupin. Třetí paradigma je poradenské, kde sociální fungování závisí na schopnosti zvládat problémy a na přístupu k informacím a službám. V tomto pojetí jde hlavně o předávání informací, kvalifikované poradenství, zpřístupňování zdrojů a mediaci.

Po vymezení pojmu sociální práce následuje text této kapitoly, který je zaměřen na specifika sociální práce v kontaktním centru pro drogově závislé osoby.

### ***2.1 Základní charakteristika kontaktního centra***

Činnost kontaktních center je legislativně upravena v zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Ten je definuje jako nízkoprahová zařízení, které poskytují ambulantní nebo i terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby dle tohoto zákona je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek (Zákon č. 108/2006 Sb., § 59).

Charakter práce kontaktních center vychází z přístupu harm reduction a z humanistických přístupů orientovaných na člověka, které předpokládají, že člověk má

v sobě pozitivní potenciál ke změně a vývoji (Richterová-Těmínová, 2008, s. 372). Harm reduction je přístupem, který se opírá o principy ochrany veřejného zdraví (Millerová, 2011, s. 34). Zaměřuje se jednak na ochranu celé společnosti a jednak klade důraz na individuální potřeby uživatele drog (Janíková, 2008, s. 99). Některá rizika, která jsou spojená s užíváním drog mohou totiž ovlivňovat zdraví člověka v individuální rovině, ale mohou prosáknout i do drogami nezasažené populace a tím negativně ovlivňovat veřejné zdraví celé společnosti (Council of Europe, 1996, s.9). V českém jazyce existuje pro harm reduction výraz minimalizace škod. Jedná se o přístup, který akceptuje uživatele drog, kteří nechtějí nebo nemohou v dané době přestat s užíváním návykových látek a snaží se o omezení, zmírnění nebo prevenci poškození, která jsou obvykle spojena s užíváním drog. Zejména se přitom zaměřuje na prevenci výskytu krví přenosných infekčních onemocnění, zejména žloutenky typu B a C a infekce HIV. Dále se snaží zamezit zdravotním komplikacím, jako jsou např. abscesy, záněty, poškození vnitřních orgánů, a dalším rizikům dle typu návykové látky. Harm reduction se snaží i o snížení rizik spojených s dlouhodobým působením vysokých dávek, snaží se zamezit předávkování, a zaměřuje se i na snižování sociálních rizik (Kalina, 2003, s.80). Snižování rizik spojených s užíváním drog je i jedním z přístupů v řešení problému užívání drog v rámci protidrogové politiky v ČR (Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2010, s.5).

Kontaktní centrum je tedy organizace, která nabízí služby skryté populaci drogově závislých, kteří nejsou v kontaktu s jinými sociálními a zdravotními institucemi. Svou podstatou umožňuje toto zařízení překonat administrativní a psychologické bariéry dostupnosti. Uživatelé služby mohou kontaktní centrum navštěvovat bez jakéhokoliv doporučení, přímo z ulice. Služby jsou poskytovány anonymně a v neformálním prostředí. Pro tyto charakteristiky jsou kontaktní centra označována jako nízkoprahová (Kalina, Dvořák, Frouzová, Hajný, Minařík, Miovský, Nešpor, 2001, s. 55). Jejich nízkoprahovost se projevuje i tím, že je služba dostupná místně i časově v daném regionu (Richterová-Těmínová, 2008, s. 372). Nízkoprahovost se také vyznačuje malou mírou požadavků a nároků na uživatele služby. Nízkoprahové programy jsou určeny pro drogově závislé, kteří se zatím nerozhodli pro abstinenci, tedy s minimální motivací k léčbě. Mezi organizaci s nejnižším prahem pomoci je streetwork, resp. terénní práce na ulici, která se zpravidla napojuje na kontaktní centrum, bývá jeho součástí a usnadňuje závislým osobám vstup do zmíněného zařízení

(Bednářová, Pelech, 2003, s. 65). Cílem nízkoprahového přístupu je oslovit a vejít do kontaktu s co největším počtem osob. Nezřídka se stává, že jsou nízkoprahová kontaktní centra vůbec první institucí, se kterou přichází drogově závislý do kontaktu a poprvé hovoří s pracovníky o své situaci (Janíková, 2008, s.105).

Obecným cílem kontaktních center je jednak minimalizace zdravotních a sociálních rizik u uživatelů návykových látek, a tím i současně ochrana populace, která není drogami zasažená, a jednak motivace klientů ke změně svého životního stylu s výhledem trvalé abstinence (Richterová-Těmínová, 2008, s. 373).

V kontaktním centru pracuje tým pracovníků, který je svou povahou multidisciplinární. Jsou v něm zastoupeni sociální pracovníci, pedagogové, zdravotničtí pracovníci a psychologové. U těchto pracovníků se klade velký důraz na jejich osobnost, flexibilitu, tvořivost a ohraničenost. Jedná se o práci velmi náročnou, supervize a další vzdělávání zaměstnanců je zde nezbytností (Richterová-Těmínová, 2008, s. 375). Protože je cílová skupina uživatelů velmi různorodá, s různými potřebami, využívá se zejména individuálního přístupu, který klade velké požadavky na pracovníky ohledně komunikačních schopností a dovedností ve specifických intervencích, jakými jsou např. motivační rozhovory, schopnost navazování prvního kontaktu, komunikace s klientem s psychiatrickou komorbiditou, atd. (Janíková, 2008, s.105).

## ***2.2 Prostředky a metody práce používané v kontaktním centru***

V kontaktním centru patří mezi základní používané prostředky a metody práce zejména kontaktní práce, poradenství, služby harm reduction, krizová intervence, dále doplňkové služby, jako je zdravotní, hygienický, potravinový a vitaminový servis a další služby, které jsou zaměřené např. na podporu uživatelů v kontaktu s různými institucemi a úřady, v dlouhých otázkách, při hledání zaměstnání, apod. (Richterová-Těmínová, 2008, s. 374).

### ***2.2.1 Kontaktní práce***

Kontaktní práce může probíhat buď přímo v kontaktním centru nebo v rámci terénní práce. Jejím základním cílem je navázání kontaktu s drogově závislým a

vytvoření vztahu důvěry a otevřenosti mezi pracovníkem a klientem. Postupně se pak buduje důvěra závislé osoby s organizací a k odborné pomoci obecně (Kalina a kol., 2001, s. 56). Drogově závislý mohou mít totiž špatné zkušenosti s institucemi a to může být důvodem, proč tyto služby samostatně nevyhledávají. Proto je kontaktní činnost a vytvoření vztahu důvěry důležité pro další intervence (Bajer, 2007, s.13). V rámci kontaktní práce se zjišťují základní potřeby a problémy drogově závislého (Richterová-Těmínová, 2008, s. 373). V kontaktním centru je pro tuto práci zřízená tzv. kontaktní místnost, kde pobývají pracovníci společně s klienty. Pobyt v této místnosti se řídí určitými pravidly. Jedná se zejména o časové omezení doby, kdy lze v prostorách kontaktní místnosti setrvat. Obvykle se jedná o dvě hodiny, v zimním období o tři. Dalším důležitým pravidlem je naprostý zákaz manipulace s drogou. Klienti sice mohou být pod vlivem návykové látky, nesmějí si však drogu v prostorách centra aplikovat, vyrábět ji nebo mezi sebou poskytovat. Zakázána zde bývá i jakákoliv forma násilí. Pokud se uživatel služby dopustí porušení jednoho z těchto pravidel, bývá mu vysloven zákaz vstupu do kontaktního centra po určité časové období. Kontaktní práce se prolíná s dalšími, níže uvedenými prostředky a metodami práce, které bývají i její součástí (Kalina a kol., 2001, s. 55-56).

### *2.2.2 Poradenství*

Poradenství je proces, ve kterém profesionál poskytuje druhému člověku či skupině lidí podporu nebo vedení (Broža, 2003, s.269). Klient v rámci poradenství, získává informace, které mu umožní zvýšit rozsah jeho znalostí a získá dovednosti, které jsou potřebné k tomu, aby mohl řešit své problémy (Hartl, 2003, s.83). Poradenství můžeme chápat i jako poskytování rad, nikoliv tedy poskytování zpětné vazby, ale spíše ve smyslu expertních instrukcí nebo doporučení pro určitou oblast klientova života. Také do něj patří vzájemné sdělování různých stanovisek a názorů, které mají za cíl společně dospět k poznání problému a ke společnému závěru. Podstatou tedy není jednostranný výrok, ale dialog pracovníka a klienta (Kalina, 2013, s.89).

Určitá forma poradenství v kontaktním centru začíná již prvním kontaktem uživatele návykových látek se zařízením. Nejprve se klientovi nabídne posezení v kontaktní místnosti a prvním krokem poradenského procesu je navázání spojení,

vztahu důvěry a vzájemného porozumění. Pokud se to podaří, je dalším krokem hledání možností ke spokojenějšímu způsobu života. Běžná podoba poradenství je určena ze čtyř základních elementů. V první řadě se musí určit problém, jeho příčiny a možná východiska. Dále se poskytují informace o možnostech, navazujících službách a kontaktech. Poté se klient rozhoduje a společně s pracovníkem vybírá z různých postupů pro dosažení cíle. Posledním prvkem je poskytování podpory a posilování jeho motivace a rozhodnutí (Broža, 2008, s.117).

V kontaktním centru se poskytuje tzv. základní poradenství, strukturované poradenství spojené s motivačním tréninkem a poradenství pro rodinné příslušníky a blízké osoby drogově závislých.

Základním poradenstvím se rozumí to, které je zaměřené na změnu rizikových vzorců chování klientů. Většinou se týká zdravotního stavu, sociálních rizik a možnostech léčby. Součástí základního poradenství je i tzv. matching, což je párování potřeb klienta s vhodným léčebným zařízením.

Strukturované poradenství spojené s motivačním tréninkem je strukturovaný proces, který na základě kontraktu se zaměřuje na rozvoj motivace klienta ke změně a na samotný proces změny. Motivační rozhovory (trénink) jsou popsány blíže v následující kapitole.

Poradenství v kontaktním centru se nezaměřuje jen na uživatele návykových látek, ale i na jejich rodinu a blízké osoby. Poradenství pro tyto osoby může mít buď dlouhodobý nebo jednorázový charakter a může probíhat skupinovou nebo i individuální formou. V rámci této činnosti se podávají základní informace ohledně závislostí nebo se doprovázejí tyto osoby při řešení problému (Richterová-Těmínová, 2008, s. 374).

### 2.2.3 *Služby harm reduction*

Služby harm reduction patří ke stěžejním bodům činnosti kontaktního centra (Richterová-Těmínová, 2008, s. 375). Do služeb harm reduction patří především výměnný program, který zahrnuje výměnu injekčního materiálu, distribuci sterilní vody, alkoholových tampónů, lžiček, filtrů, distribuci kyseliny askorbové, případně i dalšího zdravotnického materiálu (Janíková, 2008, s.107). Výměna injekčního materiálu probíhá v kontaktním centru denně a ve stanovený čas. Použité jehly vhazují klienti do

plastových nádob, které jsou k tomu určeny. Jehly se mění kus za kus, uživatel tedy dostane při výměně takový počet nových jehel, kolik jich přinese použitých. V případě, že použité jehly k výměně nemá, dostane od pracovníků jejich omezený počet, který musí vrátit. K injekčnímu náčiní dostane uživatel stejný počet desinfekčních alkoholových polštářků, případně i další vydávaný materiál.

Součástí aktu výměny je komunikace s uživatelem. V tento moment pracovník zjišťuje, jakým způsobem si klient drogu aplikuje, zda ho netrápí nějaké problémy a dotazuje se na jeho zdravotní stav. Zároveň mu předává informace o bezpečnějších způsobech užívání, nabízí mu méně rizikové způsoby aplikace a přikládá k nim potřebný materiál. Edukace klientů neprobíhá jen při výměně, ale bývá součástí běžného provozu kontaktní místnosti, individuálního poradenství i motivačního rozhovoru. Kromě podávání informací o bezpečnějším užívání, se v rámci harm reduction klienti dozvídají i o pravidlech bezpečnějšího sexu, druzích antikoncepce, o možnostech testování zdravotního stavu, o vlivu drog na těhotenství apod. (Klinika adiktologie, 2006).

#### *2.2.4 Krizová intervence*

Slovo krize pochází z latinského crisis a označuje situaci selhání dosavadních regulativních mechanismů, situaci, kdy něco nefunguje z oblasti biologické, psychické nebo sociální (Hartl, Hartlová, 2000, s.279). Krize je důsledkem životních událostí, kterou člověk není schopen zvládnout sám, za použití vlastních sil, vlastních vyrovnávacích strategií nebo s pomocí svého nejbližšího okolí. To vše v čase, který by byl přijatelný a navyklým způsobem (Kalina a kol., 2001, s. 58).

Drogově závislí jedinci bývají ke krizím náchylní. Krize se může v jejich případě objevit v důsledku užívání návykových látek, problémů se zákonem, zdravotních, psychických, finančních nebo vztahových problémů, v důsledku impulzivního chování, nízkého sebehodnocení, apod. (Millerová, 2011, s. 120).

Vodáčková (2007, s. 59) definuje krizovou intervenci jako odbornou práci s člověkem, který se ocitl v krizové situaci. Přístup odborníka je v takovém případě aktivní a to zejména z hlediska času, neboť poskytuje rychlý zásah. Kalina a kol. (2001, s. 58) popisuje cíle krizové intervence, které jsou jednak aktuální a jednak perspektivní. Aktuálním cílem se rozumí uklidnění člověka, stabilizace jeho stavu a minimalizace

nebezpečí, aby se krize dále neprohlubovala. Perspektivním cíl souvisí s orientací na blízkou budoucnost a hledání možností řešení. Pracovník v rámci krizové intervence pomáhá klientovi v usnadnění komunikace – vzájemně mezi sebou, ale především s okolím. Dále klientovi pomáhá, aby získal správný odhad problému a v účelném řešení situace. Povzbuzuje klienta k vyjadřování emocí a k znovuzískání sebedůvěry. Pracovník také pomáhá při zmapování možností podpory v okolí klienta. Pro to, aby byla intervence účinná, je třeba společně pracovat i na tom, aby byl klient otevřený vůči změnám a vnější pomoci, protože jakmile akutní krize odezní, tak se motivace a připravenost ke změnám zmenšuje.

### *2.2.5 Zdravotní, hygienický, potravinový a vitaminový servis*

Pracovníci kontaktního centra provádí základní zdravotní péči, jako je ošetření lehčích forem abscesů, drobných poranění, běžných virových onemocnění, apod. a v případě neodkladných zdravotních komplikací provádí úkony první pomoci (Janíková, 2008, s.108). V závažnějších případech pak zprostředkovávají kontakt se zdravotnickými zařízeními. V kontaktních centrech se dále provádí i testování na infekční choroby, zejména na přítomnost viru HIV a virovou hepatitidu typu C, dále bývá v kontaktních centrech prováděno i testování gravidity (Richterová-Těmínová, 2008, s. 374).

V rámci hygienického servisu se klienti v kontaktním centru mohou umýt, vysprchovat a vyprat si oblečení. Potravinovým servisem se míní poskytování základních potravin a nápojů a v rámci vitaminového servisu se distribuují vitaminy ke zlepšení fungování imunitního systému (Janíková, 2008, s.108).

### *2.2.6 Další poskytované služby*

Pracovníci kontaktního centra nabízejí uživatelům i např. pomoc při hledání zaměstnání. Dále v případě potřeby jim pomáhají vyřizovat různé doklady, např. pomoc při zařazení klienta do evidence na úřadu práce. V případě potřeby poskytuje pracovník kontaktního centra asistenci klientovi při vyřizování úředních záležitostí. Pracovníci nabízejí i pomoc v trestněprávních záležitostech klientů nebo pomáhají s vyřizováním dluhů, s tvorbou splátkového kalendáře apod. (Richterová-Těmínová, 2008, s. 374).



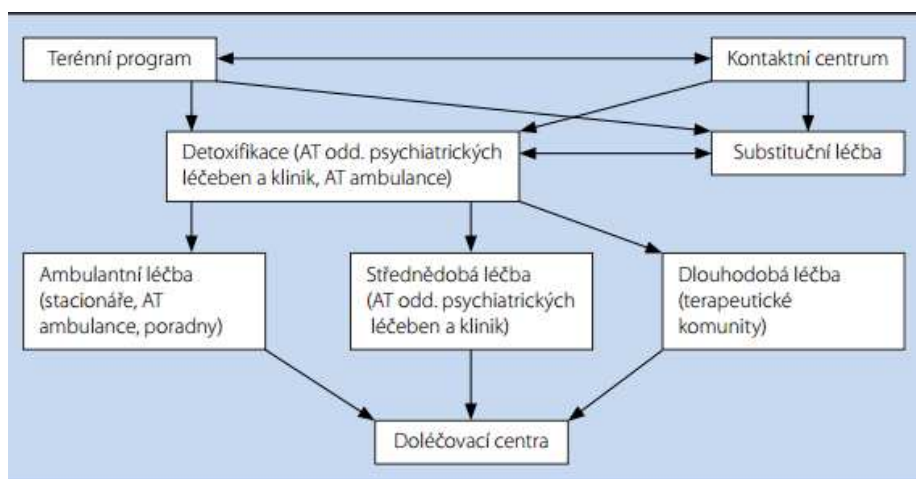
### **2.3 Návaznost kontaktního centra na další adiktologické služby**

V České republice existuje síť státních i nestátních organizací, které se zabývají péčí o drogově závislé (Minařík, Nečas, 2010, s. 19). Adiktologická péče může nabývat různých forem, pohybuje se jednak na poli zdravotním – lékařském, zdravotnickém – nelékařském, na poli sociálních služeb a případně i v dalších oblastech (např. ve věznicích) (Vavrinčíková, Libra, Miovský, 2013, s. 4). Kontaktní centra a terénní programy se nacházejí na první úrovni, jakožto nízkoprahové programy, které jsou určené aktivním uživatelům drog (Minařík, Nečas, 2010, s.20).

Kromě kontaktního centra a terénních programů existuje ještě jedna forma služby, která nepovažuje úplnou abstinenci za primární cíl své činnosti. Jedná se též o službu, která také vychází z přístupu harm reduction a je to substituční léčba, která je určená problémovým uživatelům opiátů a poskytuje jim, kromě jiného, bezpečnější variantu užívání drogy (Richterová-Těmínová, 2008, s. 377).

V rámci léčby závislostí je v ČR k dispozici ambulantní i ústavní léčba. Ambulantní léčbou se rozumí síť zdravotnických či nezdravotnických zařízení. Patří sem např. AT poradny, denní stacionáře, specializovaná ambulantní zařízení pro léčbu závislostí na nealkoholových drogách, psychiatrické ambulance nebo psychologické poradny (Richterová-Těmínová, 2008, s. 378). Ústavní léčba se může odehrávat např. v psychiatrických léčebnách, v odděleních pro léčbu závislostí – zde probíhá především střednědobá léčba, která trvá 3-6 měsíců (Richterová-Těmínová, 2008, s. 388). Pro dlouhodobou ústavní léčbu jsou charakteristické zejména terapeutické komunity (Richterová-Těmínová, Kalina, Adameček, 2008, s.205) Před nástupem závislého do ústavní léčby se často využívá služeb detoxifikačních jednotek (Richterová-Těmínová, 2008, s. 375). A po absolvování ústavního nebo ambulantního léčebného procesu jsou k dispozici doléčovací služby, kde se pracuje na udržování abstinence (Richterová-Těmínová, 2008, s. 382).

Obrázek 1: Systém péče o uživatele drog



Zdroj: (Minařík, Nečas, 2010, s.19).

Výše vyjmenované služby nejsou zdaleka vším, s čím se můžeme v rámci adiktologické péče setkat. Jejich systém je doplňován dalšími zařízeními, které reagují na potřeby specifických cílových skupin (např. různé programy pro mladistvé, závislé matky, specifické terénní programy pro příslušníky menšin, zařízení pro děti a mládež, nebo adiktologické služby ve vazbách, věznicích a po propuštění z výkonu trestu odnětí svobody). Dále se můžeme setkat se službami, které se věnují zaměstnávání klientů, tedy specifické pracovní agentury, sociální firmy a podniky (Richterová-Těmínová, 2008, s. 384).

### **3 Motivace a motivační rozhovory**

Práce s motivací je vhodný základ pro intervence, které vedou u uživatelů drog ke změnám chování, prožívání a myšlení. Je důležitou součástí práce v kontaktních centrech, poradnách a ambulantních zařízeních (Dobiášová, Broža, Kalina, 2008, s. 128). V této kapitole se nachází základní vymezení motivace a motivů, dále se zde dočteme o motivaci k užívání drog a poté o metodě motivačních rozhovorů, fázích průběhu změny a o možnosti využití motivačních rozhovorů.

#### **3.1 Motivace a motivy**



Rita Atkinson (2003, s. 348) hovoří o motivaci jako o stavu, který dává směr našemu chování a aktivizuje ho. Motivaci člověk vnímá subjektivně jako vědomou touhu, protože každý z nás se může rozhodnout, zda této touze vyhoví nebo ji potlačí. Člověk tedy může vědomě kontrolovat své jednání ve vztahu k touze, ale řídit nebo kontrolovat motivaci je těžší, ne-li nemožné. Je složité netoužit, proto vědomá volba se zdá jako důsledek než příčina našich motivačních stavů. Mezi příčiny motivace patří fyziologické stavy, kultura a sociální interakce s jedinci v našem okolí. Autoři Hartl a Hartlová (2000 s. 328) upozorňují na to, že v zaměření motivace se uplatňuje osobnost jedince, jeho dosavadní zkušenosti, schopnosti, naučené dovednosti a jeho hierarchie hodnot. Vágnerová (2005, s.168) hovoří o motivaci ve spojení s emočním prožitkem, který slouží jako signál nějaké potřeby, a stimuluje jednání, zaměřené na její uspokojení. V tomto případě by se jednalo o negativní emoci. Člověka ale mohou aktivizovat i pozitivní emoce nebo představa něčeho příjemného.

Synonymem pro slovo motiv může být pohnutka (Hartl, Hartlová, 2000 s. 327). Motivy jsou složky motivace, které Vágnerová (2005, s.168) charakterizuje jako konkrétní faktory, které aktivizují lidské chování, zaměřují je na určitý cíl a udržují je v tomto směru po určitý čas. Navozené chování tímto způsobem pak směřuje k uspokojení nějaké potřeby. Motivy lze také interpretovat, jako osobní příčiny určitého chování, které mu dávají smysl.

Nejčastěji užívanou teorií motivace je v současnosti Maslowova teorie hierarchické struktury potřeb, která nachází využití i v adiktologické terapeutické práci s motivací, kdy napomáhá k individualizaci terapeutické strategie a

k sebeaktualizačnímu procesu (Kalina a kol., 2001, s. 67). Potřeba je stav osobnosti, která odráží rozpor mezi tím, co je dané a tím, co se osobnosti jeví jako nutné pro přežití a rozvoj. Potřeba je tedy stavem, který podněcuje osobnost k aktivitě zaměřené na odstranění tohoto rozporu. V tomto pojetí jsou tedy potřeby vnímány jako motivy, které energizují, zaměřují a udržují jednání pro dosažení nějakého cíle (Smékal, 2002, s. 239). Maslowova teorie hierarchické struktury potřeb znázorňuje vertikálně řazené potřeby, přičemž nižší potřeby musí být uspokojeny proto, aby se mohly realizovat potřeby vyšší. Při neuspokojení nižších potřeb dochází k navození pocitů hněvu, strachu nebo smutku a při neuspokojení vyšších potřeb může člověk prožívat neklid a úzkost (Smékal, 2002, s. 245).

Tabulka 2: Maslowova hierarchie potřeb

Potřeby	Charakteristika	Následky ohrožení nebo nemožnosti uspokojit je
5. potřeba seberealizace, estetické potřeby, aj.	Relativně složité, abstraktní a koncentrované mimo jedince 	Úzkost, neklid, napětí 
4. potřeba sociální pozice, potřeba být akceptován druhými,		
3. potřeba milovat a být milován		
2. potřeba bezpečí		
1. tělesné potřeby		
	Relativně jednoduché a koncentrované na osobu	Smutek, strach, hněv

Zdroj: (Smékal, 2002, s. 245).

### 3.2 Motivace k užívání drog

Kudrle (2008, s. 18) uvádí, že v každém člověku jsou hluboce založeny tři základní lidské potřeby prožitků, které jsou z části nevědomé, z části uvědomované a mají svou biologickou komponentu a sílu instinktu. Motivací k užívání drog může být umocnění těchto prožitků. Jedná se o potřebu zklidnění nebo potřebu vyhnout se bolesti

fyzické i duševní na individuální nebo na kolektivní úrovni. Sem může patřit i bolest z prožívané nudy, z neuspokojení, bolest z nízkého sebehodnocení nebo bolest z pocitů odlišnosti od druhých. Dále o potřebu cítit se energickým, kompetentním, výkonným, bezproblémovým, potřebu zbavit se vnitřních zábran, dosáhnout radosti a euforie. A také o potřebu transcendence utrpení v zážitku splynutí, sebepřekročení, jednoty sami se sebou a s ostatními, jednoty s Bohem apod.

Také Mühlpachr (2008, s. 80-81) popisuje motivaci k abúzu drog. Ten ji na základě analýzy v odborné literatuře rozlišuje na dvanáct nejčastějších typů:

- **Fyzická motivace**, za níž stojí touha po fyzickém uspokojení, uvolnění nebo odstranění tělesných obtíží, patří sem také potřeba udržení tělesné kondice nebo přání získat více energie.
- **Emocionální motivace**, kdy člověk užívá drogu za účelem řešení osobních komplikací, uvolnil se od psychické bolesti, od špatné nálady nebo pro snížení úzkosti. Zde může droga figurovat i jako prostředek pro emocionální relaxaci.
- **Interpersonální motivace**, kam se může zařadit přání proniknout skrz mezilidské bariéry a získání tak uznání vrstevníků, komunikovat s nimi.
- **Sociální motivace**, do které může patřit potřeba identifikace s určitou subkulturou, potřeba prosazování sociální změny nebo změna společenského vědomí okolí a také potřeba uniknout z obtížných a nesnesitelných podmínek okolí.
- **Senzorická motivace**, kdy člověk užívá drogu proto, aby stimuloval svoje smysly, tedy zrak, hmat, sluch a chuť. Patřila by sem i potřeba smyslové sexuální stimulace.
- **Politická motivace**, za níž stojí užívání drog jako protest proti společenskému zřízení, vládnoucí třídě apod. Člověk užívá drogy jako projev nedodržování společenských norem, nebo třeba proto, že chce změnit drogovou legislativu.
- **Intelektuální motivace**, kde jde např. o to, aby člověk unikl nudě, produkoval originální myšlenky, nebo zkoumal sám sebe, své vědomí a podvědomí.
- **Filosofická motivace**, která spočívá v hledání důležitých hodnot, pohledů na svět, smyslu života nebo nalézání osobní identifikaci.
- **Antifilosofická motivace**, kdy člověk užívá drogy, protože se zklamal při hledání smyslu života. Nenašel východisko, ani sám sebe v učeních filosofů.

- **Kreativně estetická motivace**, jako důvod pro užití drogy za účelem ovlivnění a rozšíření představivosti, zvýšení uměleckého prožitku nebo vylepšení umělecké tvorby.
- **Spirituálně mystická motivace**, do které by patřilo užívání drog za účelem komunikace s Bohem, získání spirituálního náhledu, Boží vize, získání spirituální moci apod.
- **Specifická motivace**, jako touha po dobrodružství nebo přání prožít jinak nevyjádřené prožitky, získání ocenění u někoho, atd.

### **3.3 Motivace ke změně – metoda motivačních rozhovorů**

Motivační rozhovory, nebo též motivační trénink jsou metodou, která vznikla jako reakce na trendy léčby závislosti, které zahrnují užití konfrontace a přesvědčování. Konfrontační přístup je založen na přesvědčení, že závislé osoby používají řadu obranných mechanismů, které způsobují nedostatek motivace ke změně. Oproti tomu metoda motivačních rozhovorů je založena na názoru, že domnělý nedostatek motivace není statickým rysem osobnosti, ale spíše odrazem stavu připravenosti ke změně (Bell, Rollnick, 1999, s. 215). Stav připravenosti nebo touha po změně se v různých situacích a časech proměňuje a lze jej ovlivnit (Miller, Rollnick, 2004, s. 14). Při závislosti proti motivu stojí zvyk, který je ustáleným vzorcem prožívání a chování (Kalina a kol., 2001, s. 66).

Cílem motivačních rozhovorů při práci s drogově závislými je dosahování změn ve směru bezpečnějšího, úspěšnějšího a šťastnějšího životního stylu. Může se jednat buď o redukci užívání drog nebo trvalou abstinenci. Klientova zakázka však nemusí obsahovat požadavek úplné abstinence, ale mezi očekávané výsledky může přesto patřit určitá stabilizace, zlepšení kvality života, návrat do určité role a další výsledky, které se v tradiční léčbě pojí s abstinencí. V kontaktu s uživatelem by se mělo odkrýt to, co ve svém životě považuje za problém a na základě toho by si měl pracovník s klientem stanovit společně cíle. Ty se mohou týkat například různých oblastí celkového zdraví, situací s bydlením a prací, sociálních kontaktů nebo třeba vztahů s trestněprávním systémem. Takto pojaté motivační rozhovory úzce souvisí s orientací na řešení problému. Cíle by měl stanovovat klient a pracovník by měl usnadňovat a podporovat proces změny (Dobiášová, Broža, 2003, s. 283).

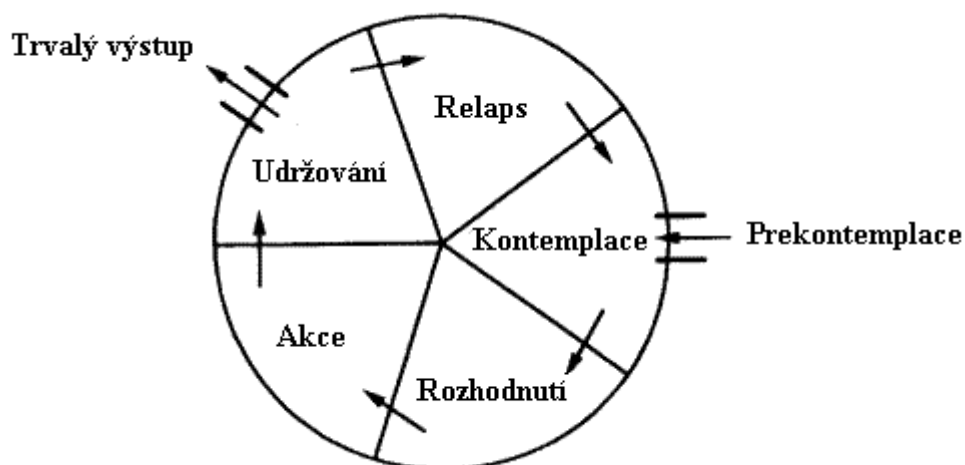
Struktura motivačního rozhovoru stojí na určitých principech, strategiích a je zapotřebí, aby terapeut disponoval určitými dovednostmi (Bell, Rollnick, 1999, s. 218). Existuje pět klíčových principů, které určují vedení motivačního tréninku: Empatie, vytvoření rozporu, vyhýbání se sporu, práce s odporem a podpora sebedůvěry (Bell, Rollnick, 1999, s. 219). Podkladem pro praktické vedení rozhovoru jsou strategie. Využívá se z nich: Probírání typického dne nebo sezení, dobré a méně dobré při užívání drog, poskytování informací a probírání problémů. Třetím, ale zásadním předpokladem pro úspěšné vedení motivačního rozhovoru je užití, na klienta zaměřených, terapeutických dovedností. Mezi tyto dovednosti patří zejména: kladení otevřených otázek, reflektující naslouchání, potvrzování a shrnování. Souhra principů, strategií a dovedností je důležitá pro praxi vedení motivačního rozhovoru. Kromě těchto základů je další základní složkou terapeutův styl, který má být založen na tom, že klientovi rozumí, přijímá ho a důvěřuje úsudku jeho rozhodnutí (Bell, Rollnick, 1999, s. 20). To nejlépe pracovník dokáže, když bude při vedení rozhovoru respektovat fázi průběhu změny, ve které se klient nachází. Tyto fáze jsou popsány v následující kapitole (Bell, Rollnick, 1999, s. 16).

### *3.3.1 Fáze průběhu změny*

Kruhový model změny vyvinuli autoři Prochaska a DiClemente. V původním výzkumu ho autoři vztahovali na kuřáky a zjistili, že než člověk dosáhne stability, může projít fázemi několikrát. Zkoumaní respondenti obvykle oběhli kolo 3-7krát. Pro klienty to může mít poselství, že každé uklouznutí nebo relaps může člověka posunout o krok blíže k uzdravení (Prochaska, DiClemente podle Miller, Rollnick, 2004, s.14).

V každé fázi je třeba používat jiné postupy v rozhovoru. „Nemotivovanost“ či „odpor“ je jen důsledkem používání postupů nevhodných pro danou fázi klientova pohybu na kole změny (Miller, Rollnick, 2004, s.14).

Obrázek 2: Šest fází průběhu změny



Zdroj: (Prochaska, DiClemente podle Miller, Rollnick, 2004, s.15)

Prekontemplace je tzv. fáze před uvažováním. Člověk ještě nezačal o změně přemýšlet, protože si problém ještě neuvědomuje a ani si nepřipouští, že by změna byla žádoucí. Někdo jiný ale už o problému ví. V této fázi potřebuje dostat zpětnou vazbu a informace, aby si uvědomil potíže a dostal možnost věci změnit. Úkolem pracovníka je vyvolat pochybnosti a posílit vnímání nebezpečí a potíží.

Pro fázi kontemplace je charakteristická ambivalence. Nastává zde jisté uvědomění problému. Osoba uvažuje o změně, ale zároveň jí odmítá. Používá obranné mechanismy. Srovnává důvody pro a proti. Člověk v kontemplaci zažívá mnoho obav a vzápětí bezstarostnost, rychle se u něj střídá motivace ke změně a motivace k pokračování beze změny. Zde by měl pracovník pomoci udržovat rovnováhu nastavenou směrem ke změně.

Čas od času se rovnováha vychýlí a přechází se do fáze rozhodování. Pokud v této době člověk přistoupí směrem k činům, proces změny pokračuje. Pokud ne, vrací se zpět do fáze kontemplace. Pracovník by zde měl vyhledat konkrétní postup pro klienta, tak aby byl přijatelný, dostupný, správný a efektivní.

Akcí se rozumí nástup na léčbu, terapii nebo čin pro změnu. Tato fáze může být doprovázena poradenstvím a pomocí udělat vše potřebné.

Fází udržování se rozumí, že nastalá změna nezaručuje, že u ní zůstane. Je třeba změnu zachovávat a terapeut by měl směřovat své aktivity na předcházení relapsu.



Pokud dojde k relapsu, tak je úkolem člověka spíše pokračovat na kole změny než ustrnout v této fázi. Relapsy a uklouznutí jsou normální a očekávané události, pokud se člověk snaží změnit dlouhodobý návyk. Pracovník by měl zabránit ztrátě odvahy a demoralizaci, napomáhat uvažování o změně, obnovit záměr a rozhodnutí, podpořit akci a udržovat její výsledky.

A pokud k relapsu nedojde a fáze udržování pokračuje dostatečně dlouhou dobu, může se očekávat trvalý výstup z kola změny (Miller, Rollnick, 2004, s.16-17).

### *3.3.2 Využitelnost motivačních rozhovorů*

Metoda motivačního rozhovoru je vhodná zvláště v situacích, kdy se klienti nachází ve fázi ambivalence a prožívají konflikty v oblasti chování a myšlení. Zvláště může být užitečná u problémových uživatelů, ale i ex-userů, kteří se potýkají s problémy. Tedy u osob v časných stádiích léčebného procesu a v doléčování. Tato metoda dokáže ovlivnit úroveň motivace a to je důležité pro současné léčebné postupy, které využívají výhod včasného zahájení léčby, namísto odkládání nástupu do léčby na základě mýtu o nedostatečné motivaci závislého, jak tomu bylo v minulosti (Dobiášová, Broža, Kalina, 2008, s. 128).

## 4. Metodologie výzkumu

V této části práce je v několika následujících podkapitolách stručně představena metodologie výzkumu. Nejprve je vymezen výzkumný cíl práce, dále použité metody získávání dat a metody jejich zpracování. V této kapitole dále uvádím, jakým způsobem byl proveden výběr výzkumného souboru a jak vypadala samotná realizace výzkumu. Na závěr představuji základní údaje o respondentech, kteří se výzkumu zúčastnili.

### 4.1 Výzkumný cíl práce a výzkumné otázky

**Výzkumným cílem** práce je zjistit a popsat motivy problémových uživatelů navštěvujících kontaktní centrum, které vedou k setrvání v užívání drog a možné motivy ke změně směrem k abstinenci.

Na základě výzkumného cíle jsem vytvořila dvě **výzkumné otázky**:

- Jaké motivy vedou problémové uživatele k tomu, aby pokračovali v užívání drog?
- Jaké možné motivy ke změně směrem k abstinenci se vyskytují u problémových uživatelů?

### 4.2 Metody získávání dat

Pro realizaci výzkumu pro potřeby své diplomové práce jsem zvolila kvalitativní přístup. Ten je definován jako proces hledání porozumění a zkoumání určitého sociálního jevu nebo lidského problému (Creswell, 1998, podle Hendl, 2005, s. 50). Kvalitativní přístup umožňuje získání podrobného popisu a vhled při zkoumání jedince, skupiny, události nebo fenoménu. Umožňuje studovat procesy a navrhnout teorie. Výzkumník se snaží získat integrovaný pohled na předmět studie, na jeho logiku a pravidla, která fungují v dané oblasti (Hendl, 2005, s. 52).

Domnívám se, že volba kvalitativního přístupu je s ohledem na stanovený výzkumný cíl práce vhodná, neboť pomůže blíže porozumět jednotlivým motivům problémových uživatelů drog k jejich užívání a k možným motivům ke změně směrem k abstinenci.

Sběr dat pro potřeby výzkumu byl proveden prostřednictvím metody dotazování, s využitím techniky polostrukturovaného rozhovoru. Tato technika je charakteristická tím, že si tazatel vytvoří určité schéma k rozhovoru, které je pro něj závazné. Schéma obvykle specifikuje okruhy otázek, které je třeba účastníkům výzkumu položit. Při rozhovoru je pro maximalizaci výtěžnosti rozhovoru možné zaměřovat pořadí, v jakém se okruhům věnujeme (Miovský, 2006, s.159). I samotné znění otázek je ponecháno více na tazateli a nemusí mít striktní formu. Doporučuje se využívat otázky, které upřesňují a vysvětlují odpovědi, dále je kladen důraz na doplňující otázky, které rozpracovávají téma do hloubky. Na minimum témat, které je třeba probrat během rozhovoru a které určuje schéma, se tedy dále nabaluje množství různých doplňujících témat a otázek, které smysluplně a vhodně rozšiřují původní zadání (Miovský, 2006, s.160).

Při tvorbě schématu rozhovoru jsem vycházela ze stanoveného výzkumného cíle práce a výzkumných otázek. Potřebovala jsem zjistit motivy problémových uživatelů, které vedou k setrvání v užívání drog a možné motivy ke změně směrem k abstinenci. Na základě toho mi vyvstalo schéma rozhovoru, které je tvořeno ze čtyř základních otázek:

- Co získáváte tím, že užíváte drogy?
- Jaké zápory s sebou nese užívání drog?
- Co by jste získal, kdyby jste se rozhodl pro abstinenci?
- Co by jste ztratil, kdyby jste se rozhodl pro abstinenci?

K tomuto schématu jsem zařadila i identifikační údaje, jako je věk, vzdělání, drogová kariéra, aktuálně užívané drogy a dřívější pokusy o abstinenci.

Abych zjistila jakým způsobem je vhodné pokládat otázky respondentům pro získání odpovědí na jednotlivá témata rozhovoru tak, aby byly srozumitelné a získaná data smysluplná a také pro to, abych zjistila předpokládanou délku rozhovoru, jsem realizovala pilotní rozhovor s osobou, která splňovala stejná kritéria, jako výzkumný soubor.

Při získávání dat jsem využila diktafon, který jak uvádí Miovský (2006, s. 197). představuje pro výzkumníka velkou pomoc a podporu. Výhoda využití diktafonu spočívá v jeho nestrannosti a autentičnosti. Je na něm vše tak, jak se odehrálo.

### **4.3 Metody zpracování dat**

Nejprve byla provedena doslovná transkripce audiozáznamu, tedy převedení zvukového záznamu z diktafonu do textové podoby.

Poté byla využita tzv. redukce prvního řádu, o které píše Miovský (2006, s. 210), že umožňuje učinit přepis plynulejším a usnadňuje analytickou práci s textem. Provádí se vynecháváním všech částí vět, které neobsahují žádnou identifikovatelnou explicitně vyjádřenou informaci a narušují plynulost rozhovoru.

Dalším krokem bylo kódování dat, nebo-li přiřazování klíčových slov či symbolů k částem textu tak, aby byla umožněna snadnější a rychlejší práce s těmito částmi a bylo možné díky kódům pracovat s většími významovými celky. Kódování je tedy procesem, kdy jsou identifikovány a systematicky označeny významové celky podle určitých kritérií (Miovský, 2006, s. 219). Za kritérium jsem zvolila to, že informace musí souviset s motivací problémových uživatelů k užívání drog a k abstinenci.

Při zpracování analýzy dat jsem využila metodu vytváření trsů. Tato metoda spočívá v tom, že se seskupí a konceptualizují určité výroky do skupin nebo-li trsů, které vznikají na základě vzájemné podobnosti mezi identifikovanými jednotkami. Výsledkem jsou pak obecnější, induktivně utvořené kategorie (Miovský, 2006, s. 221).

### **4.4 Výběr výzkumného souboru**

Výběr výzkumného souboru byl proveden na základě záměrného výběru, který je charakteristický tím, že se cíleně vyhledávají účastníci podle určitých vlastností, kritérií (Miovský, 2006, s. 135). Pro respondenty byly stanoveny při jejich výběru tyto kritéria: Spadají do kategorie problémových uživatelů drog (viz. definice na str. 9), jsou uživateli sociální služby kontaktního centra, v době realizace rozhovoru nejsou pod vlivem drog. S výběrem výzkumného souboru mi pomohli pracovníci kontaktního centra, kteří na základě stanovených kritérií oslovili jednotlivé respondenty a získali předběžný souhlas s rozhovorem. Ke zjištění posledního stanoveného požadavku ohledně střízlivosti respondentů, jsem dále využila použití čestného prohlášení, které uvádím v Příloze 1 a dotaz ohledně orientace místem, časem a osobou. Vůči všem respondentům jsem vystupovala jako cizí člověk.

#### ***4.5 Průběh realizace výzkumu***

Realizace rozhovorů proběhla během měsíce února 2014 v prostorách Kontaktního centra Prevent v Českých Budějovicích, které jsem oslovila díky dřívější pozitivní zkušenosti se spoluprací. Jelikož z povahy rozhovoru je patrné, že může otevírat některá citlivá témata v životech respondentů, kladla jsem důraz na zajištění soukromí. V kontaktním centru pro tyto účely mi byla poskytnuta oddělená pracovna a rozhovory probíhaly bez přítomnosti dalších osob.

Ještě před začátkem samotného rozhovoru, jsem se respondentům představila, sdělila jsem jim účel rozhovoru, jeho předpokládanou délku a seznámila je se stručným obsahem. Také jsem zdůraznila anonymitu rozhovoru a ubezpečila jsem je o tom, že získané informace budou sloužit jen pro potřeby diplomové práce a že nebudou uvedeny žádné skutečnosti, které by vedly k odhalení nebo přiblížení jejich identity. Toto prohlášení jsem respondentům poskytla i písemně a jeho znění uvádím v Příloze 2. V práci také z důvodu zachování anonymity respondentů používám smyšlená jména. Respondenty jsem dále informovala o dobrovolnosti rozhovoru a o možnosti odmítnutí odpovědi na některou z otázek a o možnosti přerušení rozhovoru (v samotném průběhu rozhovoru tyto možnosti nikdo nevyužil). Po těchto krocích jsem získala s rozhovorem souhlas. Ten jsem vyžadovala i se způsobem záznamu rozhovoru na diktafon.

Jednotlivé rozhovory trvaly v rozmezí 30-40 minut. Během rozhovoru jsem respondentům vykala. Snažila jsem se kombinovat neproblémové okruhy s možnými citlivými tématy. Při rozhovoru jsem se vyhýbala odborným výrazům. Pozornost jsem věnovala i závěrečné fázi rozhovoru, kdy jak uvádí Miovský (2006, s. 168), se mohou vyskytovat některá rizika na straně účastníků a je třeba kontroly, zda výzkumník nezpůsobil svými otázkami vyvolání nějakého stavu, který by mohl být pro účastníka ohrožující (např. vzpomínka na těžkou situaci v minulosti). Tuto kontrolu jsem provedla jednak pozorováním a jednak dotazem na uzavřenost tématu pro respondenta.

#### ***4.6 Údaje o respondentech***

Výzkumu se zúčastnilo osm respondentů ve věkovém rozmezí 21-40 let. Zastoupení ve výzkumném souboru bylo pět mužů a tři ženy. Polovina respondentů uvedla jako nejvyšší stupeň dosaženého vzdělání vyučení bez maturity a druhá polovina

základní vzdělání. Šest respondentů užívá pravidelně pervitin a dva heroin. Šest respondentů také pravidelně užívá marihuanu. Tři respondenti se jednou pokoušeli o abstinenci, dva mají za sebou více krátkých pokusů a zbylí tři respondenti se o abstinenci ještě nepokoušeli. Pro přehlednost jsem identifikační údaje o respondentech uspořádala do Tabulky 3.

Tabulka 3: Identifikační údaje o respondentech

Jméno	Věk	Vzdělání	Aktuálně užívané drogy	Pokusy o abstinenci
Radek	35	vyučen	pervitin, marihuana	X
Aleš	29	základní	pervitin, marihuana	X
Hynek	28	vyučen	pervitin, marihuana	3 měsíce abst., ultimátum od přítelkyně
Šárka	21	základní	pervitin, marihuana	3 měsíce abst., soudem nařízená léčba
Jiří	40	vyučen	heroin, marihuana	6 měsíců abst., ultimátum od manželky
Marika	21	vyučena	pervitin, marihuana	více krátkých pokusů s přítelem
Filip	22	základní	pervitin	více krátkých pokusů s přítelkyní
Lada	23	základní	heroin	X

Zdroj: (vlastní výzkum).

Respondenti mají za sebou dlouhodobou historii užívání drog:

**Radek:** Od 18 let užíval příležitostně marihuanu a pervitin. S pravidelným užíváním marihuany a pervitinu začal po rozvodu ve 30 letech. Měl dluhy a pervitin užíval proto, aby měl energii na výkon dvou zaměstnání zároveň. Postupně pak přišel o práci a o bydlení, začal žít na ulici, kde experimentoval i s heroinem, Subutexem, LSD a extází.

**Aleš:** Od 15 let začal experimentovat s marihuanou, opiáty, pervitinem a LSD. Na pervitinu se stal závislým a kvůli konfliktům s rodinou se dostal na ulici, kde od té doby v užívání drog pokračuje.

**Hynek:** Od 15 let začal experimentovat s marihuanou, kterou od té doby užívá. V 18 letech si našel přítelkyni se kterou začal užívat pervitin, až se stal na něm závislým. Přišel o práci, o bydlení, s přítelkyní se rozešel a poté začal experimentovat i s jinými drogami, zejména opiátového typu. Stal se závislým i na heroinu, tuto závislost však překonal. Závislost na pervitinu a marihuaně trvá až do současnosti.

**Šárka:** Od 15 let začala experimentovat s pervitinem a záhy i s heroinem, na těchto drogách se stala závislá a dostala se na ulici. Z heroinové závislosti se dostala, ale pervitin užívá stále až do současnosti. Po celou dobu dále užívá marihuanu.

**Jiří:** Od 18 let užíval pervitin a marihuanu a od 30 let začal užívat heroin. Závislost na heroinu a marihuaně trvá dodnes.

**Marika:** Experimentovat s pervitinem začala v 15 letech v dětské psychiatrické léčebně. Po následujícím pobytu v dětském domově odešla na ulici a tam s přítelem začali užívat heroin a konopné drogy. Heroinovou závislost později vystřídala závislost na pervitinu.

**Filip:** V 15 letech začal experimentovat s marihuanou a záhy s pervitinem, který od té doby užívá. V 18 letech odešel z domova na ulici, kde experimentoval i s jinými drogami, jako je extáze, kokain, LSD.

**Lada:** Od 16 let začala experimentovat s pervitinem, který užívala do 18 let a pak ho vystřídala závislost na heroinu.

Ve výzkumném souboru se nachází respondenti, kteří se dále vyznačují určitými specifiky. V první řadě se jedná o to, že všichni respondenti mají jedno společné, a sice to, že nemají domov, žijí na ulici, ve squotech. Dále se mezi respondenty také nachází pár. Filip a Marika jsou v partnerském vztahu. Dalším specifikem bylo, že většina respondentů o abstinenci v současné době neuvažuje, ale mezi respondenty se nacházejí dva (Marika a Filip), kteří se rozhodují o léčbě své závislosti.

## 5 Výsledky

Analýzou rozhovorů vznikly jednotlivé kategorie motivů pro pokračování v užívání drog a možných motivů ke změně směrem k abstinenci.

### 5.1 Motivy problémových uživatelů pro pokračování v užívání drog

Tabulka 4: Motivy problémových uživatelů k užívání drog

Motivy k užívání drog	
<b>Radek</b>	únik, účinek, craving, překonání dojezdů, prostředek pro komunikaci a obava ze samoty
<b>Aleš</b>	únik, účinek, craving
<b>Hynek</b>	únik, účinek, craving, prostředek pro komunikaci a obava ze samoty
<b>Šárka</b>	únik, účinek, craving, překonání dojezdů
<b>Jiří</b>	únik, účinek, craving, zabránění nástupu abstinčního syndromu
<b>Marika</b>	craving
<b>Filip</b>	účinek, craving
<b>Lada</b>	únik, účinek, craving, zabránění nástupu abstinčního syndromu

Zdroj: (vlastní výzkum)

#### 5.1.1 Únik

Jedním z důvodů, proč někteří respondenti užívají drogy je únik. Ten může mít různé varianty podle toho, před čím chtějí problémoví uživatelé drog uniknout. Čtyři respondenti chtějí alespoň na chvíli **uniknout od svých selhání**, která nesou velmi těžce a droga jim pomáhá na ně zapomenout: „*No drogy mě už všechno vzaly.. všechno postupně.. rozchod s holkou, práci, přišel jsem o auto při bouráče a o řidičák. Z toho jsou pak ty výčitky, tak беру*“ (Hynek). „*Kvůli drogám jsme se doma začali hádat, naši na to přišli a už to nešlo. Já jim hrozně ublížila a to, co jsem jim udělala, to už mi nikdy neodpustí. Mám je ráda a mrzí mě to, jenže když si na to vzpomenu, tak mě to rozhodí a místo toho abych něco dělala, tak jsem tak rozhozená, že si zase dám*“ (Lada). „*Manželství zkrachovalo, žena řekla buď a nebo.. a ono to jaksi nešlo.. tím sem přišel i*



*o děti.. pak sem si kvůli drogám nadělal dluhy a skončil jsem na ulici.. pak v kriminále kvůli krádežím. Ted' se se mnou už ani nechtějí vidět. Už nic nemám a tak prostě to řeším drogami“ (Jiří). „Vyučil jsem se, měl jsem práci, spoustu kšeftů, manželku a čtyři děti a přišel jsem prostě kvůli drogám o všechno, takže vlastně ted' jsem na ulici a nemám vůbec nic. To mě štve hodně, protože kdysi jsem vydělával slušný peníze, měl jsem docela slušný zázemí. Když si dám, tak na to nemyslím“ (Radek). Paradoxem je, že si tito respondenti, dobře uvědomují, že jejich ztráty jsou způsobeny užíváním drog, přesto v jejich užívání pokračují, aby na ně nemuseli myslet.*

Čtyři respondenti chtějí **uniknout před životem na ulici**, který vnímají jako velký problém a který by bez užívání drog špatně snášeli: *„To je jediný, co mě štve, ulice. Na ulici jsem pět a půl roku. Přežívám tam jen kvůli drogám. Pozitivní pro mě je, že si dám, a že jsem spokojený. Když si dám, tak jsem prostě tři dny v klidu a nemám s tím problém“ (Radek). „Díky drogám tak trochu utíkám před tím životem po squatech a na ulici. Prostě od toho potřebuju vypadnout a bez drog bych to tu venku asi nepřežil“ (Aleš). „Tak jako bejt střízlivý a žít na ulici, to nejde.. bych se z toho musel zbláznit“ (Hynek). „Když si dám, tak mi ten život venku nevadí, nemyslím na to, nemám čas na to myslet.. mnohem horší by to bylo, kdybych nebral“ (Jiří). Zajímavé je, že z některých odpovědí přímo vyplývá, že se užívání drog stalo jednou z příčin života na ulici a zároveň je únik před tímto životem motivem pro pokračování v užívání drog.*

Jedna respondentka se zase pokouší prostřednictvím drog **uniknout od zátěžové životní situace**, konkrétně od úmrtí blízkých osob, které ji velmi zasáhlo: *„Zabil se mi přítel, to je asi hlavní důvod k užívání drog, je to takový životní trauma a sestřenice si dala zlatou herákem, hodně mě to vzalo a ostatní lidi si akorát řekli o jednu smažku mň. Drogy mi umožňují se od toho odprostit“ (Šárka). I když v jednom případě bylo úmrtí zapříčiněno drogami, tak i přes to Šárka na tuto událost reaguje také užíváním drog.*

Ačkoliv se v této kategorii vyskytují různé varianty úniku podle toho, před čím chtějí problémoví uživatelé drog uniknout, tak všechny typy mají společné to, že se jedná o únik před nepříjemnými emocemi, které jsou s nimi spojené.

### 5.1.2 Účinek drogy

Šest respondentů užívá drogy pro účinek, který způsobují. Z toho čtyři respondenti, kteří užívají pervitin, zároveň zdůrazňují **význam energie a euforie**, kterou získávají: „*Pak jsem mnohem veselejší. Dostanu do sebe hodně energie najednou a ta energie mě jinak posadí do tohoto systému života. Řeknu si, tak sice jsem na ulici, ale nejsem zase na tom tak špatně, protože je líp. Potřebuju to k tomu, abych fungoval, protože mě to nabuzuje do života*“ (Radek). „*No beru taky proto, že to odfoukne najednou problémy tím, že když si dám, tak okamžitě přijde nájezd, ten musím chvíli rozdejchat a pak hodně energie a začnu lítat*“ (Hynek). „*Tak kdyby to nemělo takový dobrý účinky, tak bych si to nekupoval. Dává mi to pocity toho nájezdu, kdy to dá spoustu energie v tu chvíli. Ale jen ten začátek je plus, to člověk hned zapomene na starosti, ale jinak je to mínus. Jinak mi to nedává prakticky nic, jenom ten dobřej pocit*“ (Aleš). „*Prostě mě to baví, ale úplně strašně moc. Celej ten stav je dobřej, ta jízda.. člověka je naspeedovanej, všechno jinak vnímá a už nevidí všechno tak černě*“ (Šárka).

A dva respondenti, kteří užívají heroin, zdůrazňují **význam zklidnění a euforie**. „*Pomáhá mi to v tom, že s heroinem mi přijde všechno v pořádku, i když to tak doopravdy není. Hodí mě to do pohody, zklidní mě to a mam takový ty pocity blaženosti*“ (Lada). „*Odnese mě to pryč mimo realitu, od problémů pryč, mám živý sny, jsem uvolněnej a klidnej*“ (Jiří).

Z odpovědí je patrné, že respondenti užívají drogy pro účinek a také proto, že tento účinek dokáže podpořit odpoutání se od problémů, od reality apod. Význam užívání drog pro získání euforie, energie nebo zklidnění má tedy úzkou spojitost s únikem.

Pro tři respondenty je specifickým motivem k užívání drog **využití energizujícího účinku pervitinu k získávání finančních prostředků nebo drog**: „*Chodím támhle po kontajnerech, hledám telefony, notebooky a další věci a když si něco dám, tak prostě se chodí jinak, víc, člověk je rozlítanej. Ujdu 40-50 km denně a vždycky prostě něco najdu a pak to prodám nebo měním za drogy*“ (Radek). „*Beru to kvůli hrabání v popelnicích, když si dám, tak najdu víc telefonů nebo tak, na drogách se víc hledá a pak ty věci střelím*“ (Hynek). „*Tak drogy beru kvůli účinkům, poněvadž se dať taky vydělat peníze, lítáte celou noc a nasbíráte věci, co se dať odnést do sběrný. Tak občas se tím něco vydělá, občas se to nepovede, jakože ty věci si nikdo nebere*“

(Filip). Tento motiv nabývá odlišného významu od užívání drog kvůli účinku samotnému. Energie získaná aplikací pervitinu je zde vnímána spíše jako prostředek k jiné činnosti.

### 5.1.3 Craving

Všichni respondenti, jako důvod k užití drogy spatřují v cravingu. Popisují ho všichni podobně jako chuť na drogu, kterou nemohou v tu chvíli zvládnout. Např.: „*Když se pak objevují ty chutě, tak to pak si prostě musíte dát, když to přijde*“ (Aleš). Pro dva respondenty, kteří by chtěli přestat s užíváním drog a v minulosti se o to i několikrát pokoušeli, byl craving hlavním důvodem relapsů. Zároveň uvádějí, že důležitou roli k vyvolání cravingu má jejich okolí, kde se drogy vyskytují a užívají: „*Když se snažíte mezi nimi přestat, tak se to prostě nedá. To jakmile o tom začnou mluvit a když vidíte jak oni berou, tak přijdou ty chutě a už v tom zase lítám. Na squatě, tam berou všichni. S přítelem jsme to zkoušeli, ale kvůli těm lidem na squatu a jak se člověk pohybuje kolem těch drog, tak to nejde, ale jinak by jsme to vydrželi. Ty lidi stahují do toho zpátky*“ (Marika). „*To už kolikrát jsem říkal že přestanu, chvilku se dařilo, jenomže potom potkáte lidi, vidíte jak si dávaj, dostanete chuť a nezvládnete jí a dáte si znovu*“ (Filip). Dva respondenti, kteří užívají heroin, popisují craving podobně, tedy jako v tu chvíli nezvládatelnou chuť na drogu a největší intenzitu cravingu přisuzují době před nástupem abstinenčního syndromu: „*V tu chvíli, když to přijde, tak nemůžu ani na nic jinýho myslet a kord, když se blíží absták. Když se na to kouknu zpětně, tak mě i vyděsí, čeho všeho jsem schopná.. Jako takhle jsem přišla ke žloutence, věděla jsem že ten člověk od kterýho jsem si jehlu půjčovala jí má, ale v tu chvíli to bylo silnější*“ (Lada). „*Nejhorší to je, když u sebe nemám dávku a začíná mi být blbě.. To je peklo, že bych se z toho zbláznil, to potom nejsem schopnej myslet na něco jinýho, než na to, jak bych si dal*“ (Jiří).

### 5.1.4 Překonání nepříjemného stavu při odeznívání účinků drogy

Dva respondenti, kteří užívají pervitin, tak velmi těžce snášejí tzv. **dojezd**, tedy nepříjemný stav, který následuje při odeznívání účinků drogy. Aby eliminovali jeho projevy, tak si aplikují další dávku drogy: „*Potom jsou horší ty stavy na konci, když se*

*z toho člověk dostává, že to odchází všechno a člověk začíná být takovej unavenej, vláčnéj a přitom nemůže spát a je z toho nervózní. To se ale pak musí doložit něčím dalším a furt to pokračuje, tím stejným dokola, pervitinem“ (Radek). „No při dojezdu jsem vždycky unavená, nervózní, našťvaná a já teda bývám našťvaná hodně, ani nevím proč. Snažím se vždycky usnout, protože jsem vyčerpaná, ale ono to nejde, tak abych se toho všeho zbavila, tak si prostě píchnu další dávku“ (Šárka).*

Dva respondenti potřebují heroin k tomu, aby zamezili nástupu **abstinenčního syndromu**, který je pro ně velmi nepříjemný: *„Tak musím si dát do určitý doby dávku, kdybych si nedala, tak mě čeká peklo ve kterém se jenom leží a nemůže vstát, s bolestmi kloubů zad, s třesavkou“ (Lada). „Ty abstáky jsou hrozný, jako nikdy sem to nenechal dojít až do vrcholu, ale i ty začátky mi stačily, kdy se třesete, máte slabost, potíte se, je vám na zvracení, jako kdo ví, kam by to pokračovalo dál, kdybych si nedal“ (Jiří).*

#### *5.1.5 Prostředek pro komunikaci a obava ze samoty*

Pro dva respondenty je také užívání drog důležité jako prostředek pro setkávání se lidmi ve stejné situaci a pro komunikaci mezi sebou. Tito respondenti žijí na ulici a pokud by neužívali drogy, tak by se obávali samoty, protože žádné lidi žijící taktéž na ulici, kteří neberou drogy, neznají: *„Bez drog bych byl zalezlej, furt jak nějakej šváb a nevylezl bych. Já potřebuji být mezi lidma, kteří jsou stejně na tom jako já. Abych byl někde zalezlej, to nejde. My se známe x let a ta komunikace je důležitá my si potřebujem povídat, co se támhle stalo.. my jsme jak drbný“ (Radek). „Na tom perníku si hrozně dobře pokecáte s lidmi. Když jsme takhle spolu a dáme si, tak je to super. Někdy teda to někomu nesejde, ale někdy jo. Navíc já ani nikoho neznám, kdo venku nebere a s kým bych si mohl pokecat. To si radši dám než abych byl mimo“ (Hynek).*

## 5.2 Možné motivy problémových uživatelů drog ke změně směrem k abstinenci

Tabulka 5: Možné motivy problémových uživatelů k abstinenci

Možné motivy pro abstinenci	
<b>Radek</b>	život s prací, penězi a bydlením, zlepšení vztahů, stigma drogově závislého, obava o fyzické zdraví,
<b>Aleš</b>	život s prací, penězi a bydlením, obava o psychické zdraví, obava o fyzické zdraví
<b>Hynek</b>	život s prací, penězi a bydlením, stigma drogově závislého, obava o psychické zdraví
<b>Šárka</b>	život s prací, penězi a bydlením, zlepšení vztahů, získání dítěte do péče, stigma drogově závislého, obava o fyzické zdraví,
<b>Jiří</b>	život s prací, penězi a bydlením, stigma drogově závislého, obava o fyzické zdraví
<b>Marika</b>	život s prací, penězi a bydlením, zlepšení vztahů, získání dětí do péče
<b>Filip</b>	život s prací, penězi a bydlením, zlepšení vztahů, získání dětí do péče, obava o psychické zdraví, obava o fyzické zdraví,
<b>Lada</b>	život s prací, penězi a bydlením, zlepšení vztahů, obava o fyzické zdraví,

Zdroj: (vlastní výzkum).

### 5.2.1 Život s prací, penězi a bydlením

Všichni respondenti uvádějí, že by chtěli mít práci, peníze a bydlení, což v současné době kvůli drogám postrádají. Čtyři respondenti vnímají tuto vyhlídku v současné době za nereálnou a odsouvají snahu o její realizaci na pozdější dobu: „*Jako do budoucna jsou tam ty vidiny, že bych přestal a měl bych nějaký bydlení, to by byla jedna věc. Chodil bych do práce, to by byla druhá věc a měl bych více peněz, to by byla třetí věc (...). Jako moc bych chtěl takhle normálně žít, ale na těch drogách to prostě nejde. A teď prostě jako nemám důvod přestávat*“ (Aleš). „*Tak kdybych nebrala, tak bych mohla chodit do práce, jako já si myslím, že jsem docela schopnej člověk, jenomže já když si dám, tak se všechno tak obrátí, že to prostě nejde, třeba se ale jednou vzpomatuju a začnu pro to něco dělat (...). Chtěla bych si nejdřív dodělat školu, ale prostě nevím jestli by mě vzali, když jsem toxík. No a pracovat bych chtěla jako mamka a babička ve zdravotnictví jako zdravotní sestřička*“ (Šárka). „*Tak výhledově bych*

*chtěla s tím přestat a normálně chodit do práce, vydělávat, samostatně bydlet, ale teď na to asi není ta správná doba, teď to na těch drogách nejde“ (Lada). „Chtěl bych vypadnout z ulice a k tomu je potřeba práce, aby se mohlo zajistit bydlení a to mi prostě ty drogy neumožňují, je to těžký se odpíchnout ode dna a tyhle věci řešit. Nevím jestli to vůbec jde, myslím že ne nebo to neumím a tak se asi o to i nepokouším“ (Jiří).*

Dva respondenti vyčkávají na příležitost nabídky práce, občas sami i aktivně hledají a uvádějí, že kdyby se jim podařilo získat práci a s ní sehnali bydlení, tak by ihned s drogami skončili: *„Já bych přestal na furt, jako možná, že bych si někdy zahulil, ale to není nic. Kdybych sehnal práci a bydlení, tak bych přestal hned, bez problémů. To bych měl životní energii zase v něčem jiným než v drogách. Třeba teď jsem se ptal kamaráda na práci a kdyby mi zavolal – jdeš do práce, máš támhle hotel, tak to s tím pak takhle seknu, odevzdám všechno to náčiní, co mám tady v batohu, a jdu“ (Radek). „No jako kvůli těm drogám nemůžu sehnat práci prostě, občas se zajdu někam zeptat, ale nikde mě nechtěj. Kdybych si našel práci a to by mě naplňovalo úplně nejvíc, to byl životní sen. Já jsem se vyučil elektrikářem, tak bych chtěl pracovat někde v oboru. Kvůli takový práci bych přestal hned.. to bych měl peníze i na ubytovnu snad a vypadl bych z ulice“ (Hynek).*

Dva respondenti, kteří se chtějí léčit, tak si uvědomují, že nejprve se musí zbavit závislosti na drogách a poté se snažit o vytvoření zázemí vhodného pro výchovu dětí: *„Jako na drogách na squatě mít dítě nejde. Chyběj peníze a není práce, aby se uživilo dítě. Až se z těch drog dostanu, tak si určitě budu hledat hned práci a je mi jedno jakou a pořádný bydlení. Hlavně vypadnout od těch lidí z ulice (...). Mým snem je mít práci, zbavit se dluhů a mít děti u sebe.“ (Marika). „Musím se z těch drog dostat, abych mohl sehnat bydlení s přítelkyní, práci a takovýhle věci, aby nám vrátili děti a prostě mít takovej ten normální život“ (Filip).*

### 5.2.2 Zlepšení vztahů

V důsledku závislosti na drogách došlo u některých respondentů ke konfliktům s blízkými osobami, díky čehož se jejich vztahy zhoršily. Tuto skutečnost vnímají respondenti velmi negativně a přáli by si, kdyby se vztahy s blízkými osobami daly znovu do pořádku. Zároveň ale jsou si vědomi toho, že když užívají drogy, tak toto zlepšení vztahu bude obtížné.

Pro dvě respondentky jsou důležité **vztahy v rodině**. V jejich případě je však přijetí zpět do rodiny podmíněné abstinencí: „*Oni mě teď doma nechcú, jak jsem na drogách. Mamka si našla přítele, a on nesnáší pankáče a feťáky. Než potkala tohohle týpka, tak to bylo úplně jiný. Dost mě to štve. Ale ani teď s mámou nemám moc dobrej vztah, ale vím, že kdybych nebrala, tak se to zlepší. To by máma stála za mnou a mohla bych u nich bydlet i se synem (...). Tak chtěla bych, aby se to vrátilo zpátky ty vztahy, který jsme dřív měly. Jenže taky ona chce, abych nebrala a to já nějak nezvládám*“ (Šárka). „*Naši mě z domu vyhodili, kvůli tomu že jsem brala a taky jsem doma kradla, zklamali se ve mě. Hrozně bych to chtěla napravit, vzít zpátky. Ale oni se se mnou nechtěj bavit, dokavad' beru*“ (Lada). Na jednu stranu by tyto respondentky stály o to, aby se jejich vztahy s rodinou zlepšily a vědí o tom, že kdyby neužívaly drogy, tak by to bylo možné, ale na druhou stranu v užívání drog kvůli zlepšení těchto vztahů nepřestávají.

I pro Radka je důležitý jeho vztah s matkou. Mezi nimi však vážnější konflikty neproběhly, ale Radkovi jde o to být matce větší oporou: „*Moje máma má chorobu srdce, byla mnohokrát v nemocnici kvůli srdci, takže tohle to mě drží tak ňák.. abych to úplně nezabalil a byl jí oporou. Tak když jí mam navštívit, tak si rozhodně kvůli tomu nic nedávám*“ (Radek).

Šárka by stála o zlepšení vztahů s **bývalými přáteli**, a také uvádí, že jí chybí přátelské kontakty s osobami, kteří neužívají drogy: „*Chyběj mi hodně přátelé z dřívějška. Ti jako mě kvůli drogám opustili. Možná kdyby viděli, že neberu, tak by mě zas brali (...). Docela bych si někdy ráda pokecala s lidmi, kteří neberou, ale ja snad ani nikoho takového neznám*“ (Šárka).

Pro Mariku a Filipa je důležitý jejich **partnerský vztah**, kterému užívání drog škodí a oba by si přáli jej zlepšit: „*Drogy ničí vztahy, hlavně s přítelem, když jsem někde mezi lidma a je na drogách, tak je žárlivej a myslí si, že bych ho podvedla nebo opustila a pak se pohádáme.. a já taky, když si dám, tak to v těch hádkách přeháním. Když se půjdeme léčit, tak by se to mohlo dát do pořádku*“ (Marika). „*Vztah s přítelkyní je pro mě všechno, a s drogami už to nějak nejde, jako kvůli tomu perníku. Jsem dost žárlivý a když si dám, tak mě napadaj kolikrát věci i co se fakticky nedějou. Vztah jinak spolu máme dobrý, jen se nesmí u toho fetovat*“ (Filip). U Filipa jsou dále přítomné pochybnosti o tom, zda léčení zvládne kvůli tomu, že se od Mariky na čas bude muset odloučit: „*Po tom léčení dopadne mohlo by se to snad zlepšit.. ale je to dlouhá doba a*

*nevím jestli to bez ní dokážu.. jsem s přítelkyní 24 hodin denně 3,5 roku, tak si ten člověk na tom člověku udělá závislost. Takhle, kdyby tam mohla být se mnou přítelkyně, tak si myslím, že to vydržím. Jako samotná abstinence asi nebude tak těžká.“ (Filip).*

### 5.2.3 Získání dětí do péče

Šárka a Marika s Filipem mají děti, které nejsou v jejich péči. Šárčin syn je v péči její matky a jezdí ho navštěvovat. Děti Mariky a Filipa jsou v pěstounské péči u jiné rodiny, která žije asi 200 km od města, kde Marika a Filip žijí a s dětmi se nevidají. Všichni tři respondenti by stáli o to mít děti ve své péči: *„Kdybych se rozhodla přestat, tak to udělám hlavně kvůli ročnímu synovi, který je u mamky, teď jsem za ním byla po měsíci a půl, ale jinak tam jezdím každý pátek (...). Kdybych se o něj mohla starat, to by bylo fajn“ (Šárka).* Šárka zatím o abstinenci neuvažuje, ale Marika a Filip se rozhodli, že kvůli dětem s drogami přestanou: *Nejhorší je, že mám dvouměsíční miminko a syna, kterému je rok a půl a když jsem na drogách, tak je to velkej problém (...). Jsou teď u jiné rodiny a nevidám se s nimi. Právě proto chceme jít teď s přítelem do léčebny a dát se nějak do pořádku, abychom je mohli získat zpátky do péče (Marika).* *„Teď se řeší miminko, co máme s přítelkyní, na léčení chci jít kvůli němu, že by jsme ho dostali do péče a já se mohl o přítelkyni a dítě postarat“ (Filip).*

### 5.2.4 Stigma drogově závislého

Čtyřem respondentům vadí, že je okolí posuzuje jen jako drogově závislé. Setkávají se díky tomu s odmítáním a pohrdáním, které špatně nesou: *„Né, víte, co mě na tom štve, třeba když jsem hledal práci, tak to v práci poznaj a řeknou si, že přišla smažka, a pak prostě smůla“ (Hynek).* *“Teď se mnou, jako se smažkou zacházej ostatní jak s nějakým zvířetem a říkaj o nás, že nejsme lidi, že jsme podlidi a to mě dost rozčiluje“ (Radek).* *„Vadí mi, že se od ostatních lidí člověk odcizí, tím že bere, protože na něho koukaj jinak. Začnete brát drogy, jste pro ostatní smažka (...). S tímhle označením se setkávám dnes a denně. Zrovna včera jsme se ptali na drobný nějakých skinů a vyhlásili nás do smažek“ (Šárka).* *„Tak jako když člověk bere, tak je to na něm vidět a ostatní to prostě vědí, i když toho člověka neznaj. Pak se stane, že když někde*



*přijdu, tak mě hned vyháněj pryč nebo jsou dost nepříjemní. A to mi teda kolikrát hne žlučí. S jinými by takhle nezacházeli“ (Jiří).*

#### 5.2.5 Obava o psychického zdraví

Pro tři respondenty, kteří užívají pervitin, jsou nepříjemným důsledkem jeho užívání psychické stavy a halucinace, které zažívají: *„Nejvíc mě děsí takový ty halušky z perníku a nevyspání, to je ale jako kolikrát síla. Třeba tady za rohem u baráku jsem šel po ulici a vidím, jak tam auto na mě troubí, takhle pár metrů od sebe a pak zjistím, že tam žádný řidič na mě nehouká. Ale to nebyl strach, tady jde o to, že to je nebezpečný“ (Hynek).* *„Jako někdy ty stavy jsou hrozný, zvlášť když to s tím přeženete. Třeba když jsem byl u táty na baráku a jeden známej mi nechal udělat hodně perníku, tak jsem si ho několikrát za noc střelil do žíly a byl jsem pak úplně v háji. Nestíhal jsem sám sebe, viděl jsem krvaviny a nemohl vůbec normálně fungovat. Tak jsem našel tři pětky a šel jsem deset kilometrů ve sněhu pro chlast, že to přepiju a víš jak jsem byl naštvanej, když jsem došel zptáky a zjistil, že jsem to po cestě všechno vypil? Jsem nemohl ani usnout a s tím stavem nešlo nic dělat. Jako tohle mi hodně vadí, že tohle perník vůbec dokáže“ (Aleš).* *„Drogy mě úplně psychicky vyšťavují. Třeba když mám nějaký problém a dám si, tak ten problém mám furt v hlavě, pak už to nejde, vyjíždím úplně na všechno, stačí pak blbý slůvko a jsem hned agresivní.“ (Filip).* Filip dále vnímá i jako problém zhoršení kognitivních funkcí, když užívá drogy: *„Taky bych potřeboval, aby se mi vyčistila hlava a začal bych fungovat tak nějak normálně. Né jako teď. Teď se snažím vyřešit věci a nějak to nejde, prostě ta hlava nepřemejšlí (...). „Taky mě štve, že mam kolikrát okna a nepamatuji si, co jsem dělal.“*

#### 5.2.6 Obava o fyzického zdraví

Respondenti, kteří již mají nějaké zdravotní komplikace se obávají o jejich zhoršení: *„Ničí mi to zuby určitě. Protože to vyžaduje všechen vápník v těle a potom zuby jdou jako pryč. Jako bezzubej bejt nechci. A taky asi půl roku teď mám epileptický záchvaty, to mě taky štve, chtěl bych aby se to nezhoršovalo aspoň (Radek).* *„Jako už teď mam blbý testy jater, bojím se, aby mi úplně neodešly“ (Filip).* *„Jako kvůli céčku*

*žloutence mam v háji játra a když do toho dál beru, tak by mi taky mohly úplně selhat. Toho se fakt bojím“ (Lada).*

Tři respondenti si uvědomují jaká zdravotní rizika jim v důsledku užívání drog hrozí a mají obavy z toho, že by se tato rizika naplnila: *„Bojím se dost nemocí, chodím na všechny možný testy tady v káčku, žloutenku, HIV a tak“ (Aleš). „No 48 hodin jedeš na perníku vkuse, no a pak třeba dva dny prospíš. no jako dřív sem takhle jela tejden a více.. ale teď už, čím jsem starší, tak prostě třeba vydržim tři dny, ale pak potřebuju alespoň 24 hodin, abych prostě mohla se dostat do pohody a mohla jet dál, že. No a jako vim, že tomu tělu to nedělá dobře. Docela se bojím, jak dlouho to ještě tímhle tempem vydržim“ (Šárka). „Tak jako nejvíc mě štve ta kvalita heráku, nejde odhadnout, co v tý dávce všechno plave, pak se taky může stát, že přijde něco čistějšího a já si odměřím klasicky svojí dávku a skončim támhle někde v komatu nebo mě to rovnou zabije“ (Jiří).*

## 6 Diskuze

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit a popsat motivy problémových uživatelů navštěvujících kontaktní centrum, které vedou k setrvání v užívání drog a možné motivy ke změně směrem k abstinenci. Z tohoto cíle vyplynuly dvě hlavní výzkumné otázky, na které jsem se snažila najít odpověď. První výzkumná otázka zněla: **Jaké motivy vedou problémové uživatele k tomu, aby pokračovali v užívání drog?**

Jedním z motivů je únik. Zapomenout na svá selhání, na tragickou situaci nebo uniknout před „životem na ulici“, který by bez drog špatně snášeli. Z odpovědí je zřejmé, že chtějí uniknout před nepříjemnými emocemi, které zažívají a droga jim v úniku pomáhá. Dalším motivem je účinek drogy. Je pro ně důležitý účinek energie a euforie v případě pervitinu nebo zklidnění a euforie v případě heroinu. Zajímavým motivem pro užívání drog v případě účinku je i to, že u některých respondentů, užívajících pervitin je jeho účinek prostředkem pro získávání peněz nebo drog, kdy využívají získané energie pro sběr různého materiálu, který se dá prodat, vyměnit nebo odnést do sběrně. Pro všechny problémové uživatele je dále důvodem k užívání drog craving, tedy chuť na drogu, kterou nemohou v tu chvíli zvládnout. Někteří si uvědomují, že spouštěčem cravingu je manipulace s drogou v jejich okolí a uživatelé heroinu vnímají jako nejvíce intenzivní craving v době před nástupem abstinenčního syndromu. Někteří problémoví uživatelé berou drogy i proto, aby překonali nepříjemné stavy, které jsou spojené s odezníváním účinku pervitinu a v případě heroinu v rámci fyzické závislosti užívají respondenti drogy pro to, aby zabránili nástupu abstinenčního syndromu. Jako motiv pro užívání drog se vyskytla v odpovědích problémových uživatelů i obava ze samoty a droga jako prostředek pro komunikaci. Tento motiv souvisí i se životem na ulici. Respondenti neznají nikoho abstinujícího, který by byl také bez domova a užívání drog v jejich případě je prostředkem pro komunikaci mezi sebou.

Pokud se podíváme na tyto výsledky z hlediska charakteristiky motivace podle Vágnerové (2005, s.168), která rozlišuje motivaci ve spojení se signálem nějaké potřeby, vázající se na negativní emoční prožitek a motivaci, která aktivizuje člověka na základě něčeho příjemného. Tak zjistíme, že jen motiv účinku drogy je spojen s vyhlídkou něčeho příjemného a zbylé motivy souvisejí s motivací s negativním emočním nábojem. Z pohledu motivace k abúzu drog popsanou Mühlpachrem (2008, s.

80-81), zjistíme, že u problémových uživatelů se podle výsledků vyskytují jen některé z typů motivací, které popisuje, a sice: motivace emocionální, fyzická a interpersonální.

**Druhá výzkumná otázka zněla: Jaké možné motivy ke změně směrem k abstinenci se vyskytují u problémových uživatelů?**

V rámci možných motivů pro abstinenci je snem všech respondentů mít práci, bydlení a peníze. Odejít ze života na ulici a žít tzv. „normálním životem“. Část respondentů považuje tuto vyhlídku v současné době kvůli drogám za nereálnou a odkládají realizaci na pozdější dobu. Jiní problémový uživatelé jsou připraveni si najít práci. Vyčkávají na nabídky, občas se i aktivně zapojují do hledání a uvádějí, že kdyby se jim podařilo najít práci a bydlení, tak by s drogami okamžitě přestali. Jiní problémový uživatelé vědí, že se nejdříve musí zbavit závislosti a potom si hledat zaměstnání a bydlení. Někteří respondenti uvedli, že by stáli o to, aby se jim zlepšily jejich vztahy ať už s rodinou, s přáteli nebo partnerem, které v důsledku užívání drog utrpěly šrámy. Jenomže v pár případech je toto zlepšení podmíněno abstinencí a to někteří respondenti vnímají jako nereálné. V jednom případě je zlepšení vztahu vnímáno jako poskytnutí větší opory matce se zdravotními komplikacemi a když jí má respondent navštívit, tak drogy neužívá. Nicméně se jedná pouze o návštěvy, ze kterých odchází k drogám zpátky na ulici. Problémový uživatelé, kteří mají malé děti, tak by stáli o to dostat je do péče a starat se o ně, což pokud užívají drogy, tak to není možné. U některých problémových uživatelů je tento motiv stěžejní a rozhodují se kvůli tomu o léčbě. Jiná respondentka, která by stála také o to starat se o své dítě, tak ale o abstinenci v blízké době kvůli tomuto motivu neuvažuje. Možným motivem pro abstinenci je u několika respondentů i zbavení se nálepky drogově závislého. Díky tomuto označení se setkávají s odmítáním a pohrdáním, které špatně nesou. Někteří respondenti užívající pervitin se obávají o své psychické zdraví. V důsledku jeho užívání prožívají nepříjemné psychické stavy a halucinace. Jeden respondent uvádí navíc i to, že ho trápí zhoršení myšlení a že má tzv. okna, kdy si nepamatuje, co v intoxikaci dělal. Přítomny jsou i u některých problémových uživatelů obavy o své fyzické zdraví, kdy se obávají zhoršení již existujících zdravotních komplikací nebo si uvědomují zdravotní rizika, která s sebou nese užívání drog a obávají se toho, že by se tato rizika naplnila.

Z některých odpovědí je patrné, jak uvádí i Kalina a kol. (2001, s. 66), že proti motivům stojí zvyk, jakožto ustálený vzorec prožívání a chování. Vágnerová (2004, s. 574-575) píše o tom, že se droga u závislých nachází na vrcholu hodnotového žebříčku.

Myslím si, že proti možným motivům ke změně mohou také stát zmíněné motivy pro pokračování v užívání drog, z nichž některé souvisí s projevy syndromu závislosti, jako je silné přání užít drogu, potíže v sebeovládání při jejím užívání a somatický odvykací stav (WHO, 2008, s. 193). V odpovědích se totiž často objevuje, že v současné době respondenti nejsou schopni svůj možný motiv ke změně realizovat. Vědí, že je něco trápí, že by se něco mohlo zlepšit, kdyby drogy neužívali, ale nic proto nedělají. Nebo se v odpovědích objevuje i jakési čekání na „životní zlom“, kdy se např. naskytne práce a poté mají v plánu usilovat o abstinenci. Domnívám se proto, že zvyk, hodnotová orientace, motivy k užívání drog a určité projevy syndromu závislosti mohou stát v některých případech za nečinností v dosažení těchto možných motivů ke změně směrem k abstinenci.

Výzkum ovlivnil ale také je fakt, že se ve výzkumném souboru nacházeli i respondenti, kteří se pro léčbu rozhodli. Proto by se mohli respondenti rozdělit do dvou skupin, podle toho, ve které fázi se nachází na kole průběhu změny (Prochaska, DiClemente podle Miller, Rollnick, 2004, s.15). Část respondentů by tak patřila do fáze kontemplace a část do fáze rozhodování. V odpovědích respondentů nacházejících se ve fázi rozhodování jsem vnímala rozdíly oproti těm problémovým uživatelům, kteří o abstinenci neuvažují. V motivech pro užívání drog figuroval jen craving a pak účinek drogy pro získání finančních prostředků. V motivech pro abstinenci bylo stěžejní narození dítěte, které chtěli získat do péče, najít vhodné zázemí a zbavit se negativních důsledků užívání drog. Tito respondenti uvažují praktičtěji, tedy aby svých cílů mohli dosáhnout, musí nastoupit na léčbu a závislosti se zbavit.

Popsání těchto rozdílů však nebylo cílem diplomové práce, proto bych dalšímu výzkumníkovi doporučila, aby se zaměřil na rozdělení motivů problémových uživatelů v závislosti na tom, kde se pohybují na kole průběhu změny.

Limit výzkumu vidím také v tom, že jsem se cíleně nezaměřovala na váhu a subjektivní důležitost jednotlivých motivů pro užívání drog a pro abstinenci. Nemohu tedy odpovědět na to, které motivy jsou u problémových uživatelů nejdůležitější a které méně. Jen v některých případech vyplynula váha určitého motivu na povrch, např. u respondentů, kteří se nacházeli ve fázi rozhodování. Pro další výzkum bych proto doporučila, aby věnovali pozornost subjektivní důležitosti jednotlivých motivů k užívání drog a ke změně směrem k abstinenci u problémových uživatelů.

Výzkum byl také specifický tím, že se cíleně nezaměřoval na motivy k užívání konkrétních drog a možné motivy ke změně směrem k abstinenci ve vztahu ke konkrétním drogám. Drogy byly ve výzkumu pojaté v obecném smyslu podle definice na str. 8. Některé motivy ve výsledcích se však vztahují k určitým drogám, zpravidla se jedná o vztah k problémovému užívání drogy, kam se neřadí marihuana. I tato otázka by byla zajímavá pro další výzkumné šetření.

V praxi výsledky výzkumu najdou uplatnění při práci s motivací. Z odpovědí respondentů je však dobře patrné, že nemotivovanost ani u problémových uživatelů neexistuje. I když se někteří závislí dosud nerozhodli k činu, tedy ke změně směrem k abstinenci, tak se i u nich vyskytují náznaky motivů, které by v budoucnu mohly hrát velkou roli při změně. Jak uvádí Miller a Rollnick (2004, s. 14), stav připravenosti nebo touha po změně se v různých situacích a časech proměňuje a lze jej ovlivnit. Dobiášová a Broža uvádí (2003, s. 283), že si v rámci motivačních rozhovorů může klient odkrýt to, co ve svém životě považuje za problém a společně s pracovníkem stanovit cíle, čeho chce dosáhnout. Z odpovědí respondentů by se mohlo jednat např. o získání práce a bydlení, zlepšení vztahů nebo získání dětí do péče. Z doporučení Millera a Rollnicka (2004, s.16-17) ohledně práce s klientem, respektující fázi kontemplace na kole změny, by měl pracovník pomoci klientovi s vychýlením ambivalence směrem ke změně. Např. pomoci klientům s uvědoměním, že větší cenu než užívání drog kvůli úniku, účinku, cravingu, užívání pro překonání nepříjemných stavů spojených s užíváním drog a kvůli prostředku ke komunikaci nebo obavě ze samoty, má vyhlídka práce a bydlení, zlepšení vztahů, získání dětí do péče, zbavení se stigmatu drogově závislého a zlepšení psychického a fyzického zdraví. Nicméně se domnívám, že dosažení tohoto uvědomění se neobejde bez hledání způsobů, jak se zbavit některých negativních důsledků závislosti. V případě problémových uživatelů, kteří se nacházejí ve fázi rozhodování by se podle doporučení Millera a Rollnicka (2004, s.16-17) měl pracovník věnovat vyhledávání konkrétní postup pro klienta, tak aby byl přijatelný, dostupný, správný a efektivní. Domnívám se, že by v případě respondentů měl i posilovat jejich rozhodnutí, společně s nimi propracovat jejich cílech a strategii jejich dosažení. Jelikož i v této fázi užívají drogy pro craving a pro účinek energie za účelem získání finančních prostředků. Měl by pracovník s nimi probrat strategie zvládnutí cravingu a pomoci jim s finančním rozpočtem, alespoň do jejich nástupu na léčbu. Objevuje se totiž riziko, že by se mohli na kole změny vrátit do fáze kontemplace.

## 7 Závěr

Diplomová práce se zabývala motivací problémových uživatelů navštěvujících kontaktní centrum k užívání drog a možnostmi sociální práce. Nejprve byla v teoretické části práce představena problematika závislostí na nealkoholových drogách, dále specifika sociální práce v kontaktním centru a zvláštní pozornost byla věnována práci s motivací v rámci metody motivačních rozhovorů. V praktické části práce byl stanoven výzkumný cíl, který se orientoval na zjištění a popis motivů problémových uživatelů, kteří navštěvují kontaktní centrum k užívání drog a možných motivů ke změně směrem k abstinenci. Pro naplnění tohoto cíle byl využit kvalitativní přístup, zvolena metoda dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory jsem realizovala v Kontaktním centru Prevent v Českých Budějovicích a vyplynulo z nich, že problémoví uživatelé mohou užívat drogy proto, že potřebují uniknout před nepříjemnými emocemi, pro jejich účinek, craving, pro překonání nepříjemného stavu při odeznívání účinků drogy, nebo se obávají samoty a drogu vnímají jako prostředek pro komunikaci. Mezi zjištěné možné motivy problémových uživatelů ke změně směrem k abstinenci patřila vyhlídka života s prací, penězi a bydlením, zlepšení vztahů, získání dětí do péče, zbavení se stigmatu drogově závislého, obava o psychické zdraví a obava o fyzické zdraví. Popis těchto zjištěných motivů byl obsahem kapitoly výsledků. Získané poznatky mohou najít využití v praxi v rámci práce s motivací, mohou přispět k informování laické i odborné veřejnosti a také mohou sloužit pro potřeby dalšího výzkumu.

## 8 Seznam literatury

- Atkinson, R. (2003). *Psychologie*. Praha: Portál.
- Bajer, P. (2007). Cílem terénních programů je stabilizovat zdravotní a sociální stav uživatelů (rozhovor). *Sociální práce/Sociálna práca*, č. 3, s. 13-15.
- Bednářová, Z., Pelech, L. (2003). *Slabikář sociální práce na ulici*. Praha: Doplněk.
- Bell, A., Rollnick, S. (1999). Motivační trénink v praxi: strukturovaný přístup. In Rotgers (Eds.), *Léčba drogových závislostí* (s.215-228). Praha: Grada Publishing.
- Bernardová, M. (2011). *Drogová závislost a rodina*. Praha: Triton.
- Broža, J. (2003). Poradenství u uživatelů drog (se zvláštním zřetelem na terénní a kontaktní práci). In Kalina, K. (Eds.) *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup* (s.269-275). Praha: Úřad vlády ČR.
- Broža, J. (2008). Poradenství v terénní a kontaktní práci. In Kalina, K. (Eds.), *Základy klinické adiktologie* (s.111-119). Praha: Grada Publishing.
- Council of Europe (1996). *Outreach work with drug users: principles and practice*. Strasbourg: Council of Europe publishing.
- Dobiášová, D., Broža, J. (2003). Motivační trénink. In Kalina, K. (Eds.) *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup* (s.283-289). Praha: Úřad vlády ČR.
- Dobiášová, D., Broža, J., Kalina, K. (2008). Poradenství a práce s motivací. In Kalina, K. (Eds.), *Základy klinické adiktologie* (s.121-129). Praha: Grada Publishing.
- Fischer, S., Škoda, J. (2009). *Sociální patologie*. Praha: Grada Publishing.
- Fišerová, M. (2003). Odvykací syndrom a craving – neurobiologické aspekty. In Kalina, K. (Eds.) *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup* (s.114-118). Praha: Úřad vlády ČR
- Gossop, M. (2009). *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Hanson, G. R., Venturelli, P. J., Fleckenstein, A. E. (2014). *Drugs and society*. Burlington: Jones & Barlett Learning.
- Hartl, P. (2003). Poradenství. In Matoušek, O. (Eds.) *Metody a řízení sociální práce* (s.83-116). Praha: Portál.
- Hartl, P., Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.



- IFSW (2012): Definition of Social Work. [on-line]. Dostupné 21. 2. 2014 z <http://ifsw.org/policies/definition-of-social-work/>
- Janíková, B. (2008). Harm reduction: časné intervence v nízkoprahových službách. In Kalina, K. (Eds.), *Základy klinické adiktologie* (s.99-110). Praha: Grada Publishing.
- Jeřábek, P. (2008). Psychopatologie závislosti. In Kalina, K. (Eds.), *Základy klinické adiktologie* (s.53-74). Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. (2003). Modely závislostí a přístupy v pomoci uživatelů drog. In Kalina, K. (Eds.) *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup* (s.78-82). Praha: Úřad vlády ČR.
- Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K., Dvořák, D., Frouzová, M., Hajný, H., Minařík, J., Miovský, M., Nešpor, K. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia nova.
- Klinika adiktologie (2006): Minimalizace rizik (harm reduction) v kontaktním centru pro uživatele drog [on-line]. Dostupné 22. 2. 2014 z <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/71/197/Minimalizace-rizik-harm-reduction-v-kontaktnim-centru-pro-uzivatele-drog>
- Kudrle, S. (2008). Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci a kvalifikované pomoci. In Kalina, K. (Eds.), *Základy klinické adiktologie* (s.17-23). Praha: Grada Publishing.
- Miller, W., Rollnick, S. (2004). *Motivační rozhovory: příprava lidí ke změně závislého chování*. Tišnov: Sdružení SCAN.
- Millerová, G. (2011). *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén.
- Minařík, J. (2008). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In Kalina, K. (Eds.), *Základy klinické adiktologie* (s.339-367). Praha: Grada Publishing.
- Minařík, J., Nečas, V. (2010). Drogová scéna v ČR. *Psychiatrie pro praxi*, č. 1, s. 18-21.
- Miovska, L., Miovský, M., Kalina, K. (2008). Psychiatrická komorbidita. In Kalina, K. (Eds.), *Základy klinické adiktologie* (s.75-87). Praha: Grada Publishing.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada publishing.
- Mühlpachr, P. (2008). *Sociopatologie pro sociální pracovníky*. Brno: MSD.

- Národního monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2010): Glosář pojmů: Droga (drug) [on-line]. Dostupné 21. 2. 2014 z [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/d/droga\\_drug](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/d/droga_drug)
- Navrátil, P. (2000). *Úvod do teorií a metod sociální práce*. Brno: Národní centrum pro rodinu.
- Navrátil, P. (2001). Paradigmata sociální práce. In Matoušek, O. (Eds.), *Základy sociální práce* (s. 187-189). Praha: Portál.
- Nešpor, K. (2003). Odvykací syndrom a craving – klinické a behaviorální projevy. In Kalina, K. (Eds.) *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup* (s.119-123). Praha: Úřad vlády ČR.
- Nešpor, K. (2007). Craving (bažení) u návykových nemocí – jeho význam a léčba. *Psychiatrie pro praxi*, č.1, s. 32-34.
- Nešpor, K. (2008). Závislost na stimulancích. *Psychiatrie pro praxi*, č. 6, s.273-275.
- Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.
- Nešpor, K., Csémy, L. (1999). *Bažení (craving): společný rys mnoha závislostí a jeho zvládnutí*. Praha: Sportpropag.
- Pešek, R., Vondrášková, A., Veselý, O. (2008). *Drogová závislost aneb rychlý běh po krátké trati*. Písek: Arkáda.
- Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2010). *Národní strategie protidrogové politiky na období 2010 až 2018*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Richterová-Těmínová, M. (2008). Systém péče a jeho složky. In Kalina, K. (Eds.), *Základy klinické adiktologie* (s.369-385). Praha: Grada Publishing.
- Richterová-Těmínová, M., Kalina, K., Adameček, D. (2008). Terapeutická komunita a její aplikace. In Kalina, K. (Eds.), *Základy klinické adiktologie* (s.199-214). Praha: Grada Publishing.
- Room, R. (2005). Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug and Alcohol Review*. vol. 21, s. 143-155.
- Sananim. (2007). *Drogy: otázky a odpovědi*. Praha: Portál.
- Smékal, V. (2002). *Pozvání do psychologie osobnosti: člověk v zrcadle vědomí a jednání*. Brno: Barrister & Principal.
- Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2005). *Základy psychologie*. Praha: Karolinum.

Vavrinčíková, L., Libra, J., Miovský, M. (2013). *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*. Praha: Společnost pro návykové nemoci a Česká asociace adiktologů.

WHO (2008). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Praha: Bomton Agency.

Vodáčková, D. (2007). *Krizová intervence*. Praha: Portál.

Zábranský, T. (2003). *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

*Zákon o sociálních službách*. Zákon č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Zášková, H., Pavlica, K. (2010). Suicidální chování a abúzus návykových látek. *Psychologie a její kontexty*, č. 2, s. 211-219.

## **Abstrakt**

Diplomová práce je tématicky zaměřená na motivaci problémových uživatelů navštěvujících kontaktní centrum k užívání drog a na možnosti sociální práce.

Práce je rozdělena na část teoretickou a na část výzkumnou. Teoretická část se zaměřuje na vymezení základních pojmů týkajících se závislosti a drog, na vývoj a druhy závislostí, dělení drog a na somatické, psychické a sociální důsledky závislosti. Dále se zaměřuje na sociální práci s osobami závislými na drogách v kontaktním centru, kde je věnována pozornost zejména prostředkům a metodám práce, které se v kontaktním centru používají. Je zde zmíněna i návaznost kontaktního centra na další adiktologické služby. Zvláštní pozornost je věnována motivaci a práci s ní v rámci metody motivačních rozhovorů.

Navazující výzkumná část se pak zaměřuje na zjištění a bližší popis motivů problémových uživatelů navštěvujících kontaktní centrum, které vedou k setrvání v užívání drog, včetně možných motivů ke změně směrem k abstinenci. Výzkum byl proveden na základě kvalitativního přístupu s využitím metody dotazování a technikou polostrukturovaného rozhovoru.

**Klíčová slova:** drogy, drogová závislost, problémoví uživatelé, motivace, motivační rozhovory

## **Abstract**

The diploma thesis deals with motivation of problem drug users visiting Contact centre to drug use. That thesis also deals with possibilities of social work with those visitors of centre.

The thesis is divided into the theoretical and research part. The theoretical part is focused on defining basic concepts related to: addiction, drugs, development and types of addiction, drug dividing, consequences of addiction (somatic, mental, social). The thesis also deals with social work with drug addicted people in Contact centre. Attention is paid especially to ways of work and work methods used in Contact centre. There is also mentioned link of Contact centre with other addictological services. Special attention is paid to motivation and work with that. It is presented within the framework of method of motivational interviewing.

The follow-up research part of thesis is focused on ascertaining and closer description of the motives which lead the problem users (visitors of the Contact centre) to persisting in drug use. Attention is also paid to ascertaining and closer description of the eventual motives leading to change toward abstinence of drug users. The realized survey was based on qualitative approach with using method of questioning and technique of semi-structured interview.

**Key words:** drugs, drug addiction, problem drug users, motivation, motivational interviewing

## **Seznam tabulek a obrázků**

Tabulka 1: Rozdělení drog podle míry rizika

Tabulka 2: Maslowova hierarchie potřeb

Tabulka 3: Identifikační údaje o respondentech

Tabulka 4: Motivy problémových uživatelů k užívání drog

Tabulka 5: Možné motivy problémových uživatelů k abstinenci

Obrázek 1: Systém péče o uživatele drog

Obrázek 2: Šest fází průběhu změny

## **Přílohy**

Příloha 1: Čestné prohlášení o střízlivosti respondenta během realizace rozhovoru

Příloha 2: Prohlášení o anonymitě

**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ O STRÍZLIVOSTI RESPONDENTA**  
**BĚHEM REALIZACE ROZHOVORU**

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
CYRILOMETODĚJSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA  
Adresa děkanátu: Univerzitní 22  
771 11 Olomouc

Studijní obor: Charitativní a sociální práce  
Název diplomové práce: Motivace problémových uživatelů navštěvujících kontaktní centrum k užívání drog a možnosti sociální práce  
Autor práce: Gabriela Málková  
Vedoucí práce: Mgr. Hana Krylová, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem v době realizace rozhovoru k diplomové práci „Motivace problémových uživatelů navštěvujících kontaktní centrum k užívání drog a možnosti sociální práce“ nebyl/a pod vlivem drog.

Datum a místo

Podpis respondenta

.....

.....



## **PROHLÁŠENÍ O ANONYMITĚ**

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
CYRILOMETODĚJSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA  
Adresa děkanátu: Univerzitní 22  
771 11 Olomouc

Studijní obor: Charitativní a sociální práce  
Název diplomové práce: Motivace problémových uživatelů navštěvujících kontaktní centrum k užívání drog a možnosti sociální práce  
Autor práce: Gabriela Málková  
Vedoucí práce: Mgr. Hana Krylová, Ph.D.

Prohlašuji, že údaje získané ke zpracování diplomové práce na téma „Motivace problémových uživatelů navštěvujících kontaktní centrum k užívání drog a možnosti sociální práce“ budou sloužit pouze k mé vlastní potřebě a nebudou uvedeny žádné skutečnosti, které by vedly k odhalení nebo přiblížení identity osobnosti.

Datum a místo

.....

Podpis autora práce

.....

Podpis respondenta

.....