



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Problematika adiktologického klienta ve věznicích České republiky z pohledu sestry

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:
OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Eva Marková

Vedoucí práce: Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Problematika adiktologického klienta ve věznicích České republiky z pohledu sestry“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 13. 5. 2019

.....

Bc. Eva Marková

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí práce Mgr. Haně Hajduchové, Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce, za její čas, cenné rady a trpělivost při konzultacích. Poděkování patří také všem sestřám a klientům, kteří byli ochotni podělit se o své názory a zkušenosti.

Problematika adiktologického klienta ve věznicích České republiky z pohledu sestry

Abstrakt

Cíle práce: Cílem práce bylo definovat potřeby adiktologického klienta při nástupu do věznic České republiky a zmapovat, jakým způsobem je zajišťována péče o tohoto klienta. Další cíle definovaly aspekty ovlivňující péči sester a zjišťovaly možnosti sester v péči o adiktologického klienta ve věznicích České republiky.

Metodika: Ke zpracování diplomové práce bylo použito kvalitativní výzkumné šetření. Metodu dotazování jsme realizovali pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný soubor byl vybrán záměrně, tvořilo ho 15 sester Vězeňské služby České republiky a 15 klientů nastupujících výkon vazby či trestu, kteří byli dispenzarizováni pro závislost na návykových látkách. Výsledky jsme zpracovali technikou otevřeného kódování, metodou tužka a papír a zařadili do 16 kategorií.

Výsledky: Z výzkumného šetření vyplynulo, že sestry si uvědomují obavy a potřeby klientů při nástupu do věznic. Jejich somatické i psychické potřeby se snaží saturovat. Péče o adiktologické klienty ve věznicích je zajišťována dle nařízení, která směřují k včasnému odhalení případných zdravotních komplikací a zahájení potřebných intervencí. Péči sester o adiktologické klienty ovlivňuje nespolupráce klientů, jejich zhoršená adaptace na nové prostředí, ale také vyšší míra administrativní činnosti a v mnoha věznicích nedostatečný počet zdravotnického personálu.

Přínos práce: Přínosem práce je odhalení možností sester v péči o adiktologické klienty ve věznicích. Sestry by se měly více zaměřit na vhodnou komunikaci, psychologickou podporu a motivaci klienta ke spolupráci. Poznatky získané ve výzkumu by mohly být využity ke zlepšení péče o adiktologické klienty ve věznicích České republiky.

Klíčová slova: adiktologie; motivace; sestra; vězeň; závislost

Issue of addictologic patient in the Czech prisons – the nurse point of view

Abstract

The aim of the work: The aim is to define the needs of addictologic patient when entering prisons in the Czech Republic and to map how care about this patient is provided. Another aims defined the aspects which influence work of nurses and found out the nurses' possibilities in care of those particular patients in prisons in the Czech Republic.

Methodology: The qualitative survey was used to elaborate the thesis. The method of questioning was realized by semi-structured interviews. The research file was consisted of 15 nurses of the Prison Service and 15 clients entering the execution of sentence or custody and who were observed and checked because of their addiction to narcotics. The results were processed into 16 categories with the method of open coding and pencil and paper method.

Results: The research investigation showed that the nurses are aware of the clients' worries and needs when entering the prison. They try to saturate their somatic and mental needs. Care of those patients is provided according to the regulations which lead up to the timely revelation of possible health complications and starting the needed intervention. Work of nurses who care of addictologic patients is influenced by non-cooperation of clients, their bad adaptation to the new surroundings, but also higher rate of administration and insufficient number of medical staff.

Benefits of the work: The benefit was to reveal the nurses' possibilities in care of addictologic patients in prisons. Nurses should focus on appropriate communication, psychological support and motivate the client to cooperate. Knowledge gained from the research could be used to improve the care of addictologic patients in prisons in the Czech Republic.

Key words: addictology; motivation; nurse; prisoner; addiction

Seznam zkratek

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder, porucha pozornosti s hyperaktivitou
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome, syndrom získaného selhání imunity
ALP	Alkalická fosfatáza
ALT	Alaninaminotrasferáza
ARO	Anesteziologicko - resuscitační oddělení
AST	Aspartátaminotrasferáza
Bc.	Bakalář – akademický titul
BMI	Body mass index, index tělesné hmotnosti
BUP	Buprenorfin
BZD	Benzodiazepiny
DOB	2,5-Dimethoxyamphetamine
DOM	2,5-Dimethoxy-4-methylamphetamine
DSM	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EKG	Elektrokardiogram
GABA	Kyselina gama-aminomáselná
GGT	Gama - glutamyltransferáza
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HCV	Virus hepatitidy C
IQ	Intelligenční kvocient
LSD	Diethylamid kyseliny lysergové
MBA	Master of Business Administration – akademický titul
MDA	3,4-methylendioxyamfetamin
MDEA	Methylen-dioxy-ethylamfetamin
MDMA	3,4-methylendioxymethamfetamin, extáze
MET	Methamfetamin
Mgr.	Magistr – akademický titul
MgSO ₄	Síran hořečnatý
NARK	Narcotics Analysis Reagent Kit
NICE	National Institute for Health and Care Excellence

OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
PCP	Fencyklidin, PeaCe Pill - andělský prach
PCR	Polymerase chain reaction, polymerasové řetězové reakce
PMA	Parametoxamfetamin
SOU	Střední odborné učiliště
TBC	Tuberkulóza
THC	Tetrahydrokanabinol
TMA 2	2,4,5 - trimethoxyamphetamine
VŠ	Vysoká škola
ZŠ	Základní škola

ÚVOD	10
1 SOUČASNÝ STAV	11
1.1 Závislost.....	11
1.1.1 Příčiny závislostí.....	12
1.1.2 Rozdělení závislostí	13
1.1.3 Somatické komplikace závislostí.....	15
1.1.4 Psychické komplikace závislostí.....	16
1.2 Psychoaktivní látky	16
1.2.1 Rozdělení psychoaktivních látek	16
1.2.2 Alkohol.....	18
1.2.3 Opioidy a opiáty.....	20
1.2.4 Zneužívaná farmaka s psychotropním účinkem	21
1.2.5 Těkavé látky.....	22
1.2.6 Psychomotorická stimulancia	23
1.2.7 MDMA a taneční drogy	25
1.2.8 Konopné drogy	25
1.2.9 Halucinogeny	27
1.2.10 Tabák	28
1.2.11 Nové psychoaktivní látky	29
1.3 Zdravotní péče ve věznicích	29
1.3.1 Vstupní lékařská prohlídka.....	30
1.3.2 Role sestry ve věznicích České republiky	32
1.3.3 Péče o adiktologického klienta při nástupu do věznice.....	33
1.4 Protidrogová činnost ve věznicích	34
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	36
2.1 Cíle práce	36
2.2 Výzkumné otázky.....	36
3 METODIKA	37
3.1 Použité metody a techniky sběru dat	37
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	37
3.3 Operacionalizace pojmů	38

4 VÝSLEDKY	39
4.1 Kategorizace výsledků.....	39
4.2 Výsledky rozhovorů s adiktologickými klienty	42
4.3 Výsledky rozhovorů se sestrami	53
5 DISKUZE	65
6 ZÁVĚR	77
7 SEZNAM LITERATURY	79
8 SEZNAM PŘÍLOH	88

Úvod

Problematika závislostí je v současné době stále aktuálním tématem, které nezahrnuje pouze nadužívání alkoholu a nezákonných drog, ale věnuje se i užívání tabáku a nefarmakologickým nelátkovým závislostem, do kterých řadíme gambling a internetové závislostní poruchy. Komplexní problematikou závislostí se zabývá adiktologie, která se zaměřuje na prevenci, léčbu a dopady závislostí na jedince a celou společnost. Adiktologičtí klienti potřebují multidisciplinární péči, znalost problematiky může mít pozitivní vliv na prevenci v užívání návykových látek.

Uživatelé návykových látek páchají častěji trestnou činností související s drogami. Právě na tuto skupinu jsme zaměřili tuto práci. Po nástupu klienta do věznice je velmi důležité odhalit závislost, pomoci klientovi zvládnout počáteční období bez návykové látky a co nejrychleji zajistit jeho adaptaci na nové prostředí. Ke zlepšení možností řešení této situace by mohly přispět poznatky získané v této práci.

Práce je rozdělena na část teoretickou, kde se zaměříme na jednotlivé typy závislostí a problémy plynoucí z jejich užívání. Přiblížíme i práci sester ve věznicích, které se starají o adiktologické klienty. Ve výzkumné části budeme zjišťovat potřeby adiktologických klientů při nástupu do věznic a způsob zajišťování péče o tyto klienty. Budeme se snažit definovat aspekty ovlivňující péči o tuto skupinu vězněných osob a zjistit možnosti sester v péči o tyto klienty. Poznatky by mohly přispět k zlepšení péče a tím ke zvýšení motivace klientů k abstinenci po skončení výkonu vazby či trestu.

1 Současný stav

1.1 Závislost

Adiktologie je transdisciplinární obor spojující biologická, psychologická a sociální hlediska do výzkumného rámce zaměřeného na konkrétní problematiku rizikového prostředí užívání návykových látek a závislostního chování. Hlavní cíl adiktologie představuje snaha o zkvalitňování zdraví populace. Realizace se zaměřuje především na prevenci a léčbu závislostí, které vedou k minimalizaci rizik spojených s užíváním návykových látek. Neméně důležitý je výzkum užívání návykových látek a ostatních forem závislostního chování, jež mají dopad na jedince, společnost i na následnou sociální reintegraci adiktologických klientů (Kalina, 2015).

Americká psychiatrická společnost ve svém Diagnostickém a statistickém manuálu mentálních poruch DSM 5 (2013) definuje závislost jako chronické, recidivující onemocnění mozku, které se projevuje nutkavou touhou po drogách a jejich užívání, bez ohledu na škodlivé následky, které toto užívání způsobuje.

Nešpor (2018) považuje za vhodné stanovení definitivní diagnózy závislosti pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo minimálně ke třem jevům charakteristickým pro závislost. Mezi tyto patří silná touha nebo pocit užít látku, potíže v sebeovládání při užívání látky, zvýšení množství látky, tělesný odvykací stav či vyšší tolerance. Stav, kdy dochází k zanedbání zájmů ve prospěch jedince užívané psychoaktivní látky, dotyčný pokračuje v užívání i přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků. Dostaví se poškození jater nadměrným pitím, depresivní stavy vyplývající z nadměrného užívání nebo toxické poškození myšlení.

Minařík (2007) upozornil na dvě složky závislostí v podobě psychické a fyzické. Psychická složka bývá pro uživatele hůře ovlivnitelná, přestože právě tuto stránku veřejnost a blízcí často bagatelizují. Její zvládnutí bývá mnohem delší a vyžaduje změnu nejen myšlení, prostředí, ale i životního stylu a vztahů uživatele. Fyzické problémy spojené s užíváním drog nutí uživatele udržovat odstup mezi jednotlivými dávkami, aby nedocházelo k rozvoji odvykacího stavu. Tento stav je nepříjemný a u některých substancí může ohrozit život nemocného, nicméně odeznívá během několika dní. Horší průběh odvykacího stavu nastává po užívání legálních substancí, jako jsou barbituráty či benzodiazepiny (Marečková et al., 2007).

Mahdalčíková (2014) zmiňuje sekundární závislost vznikající v důsledku jiné duševní poruchy. Pacient se svou depresí snaží mírnit návykovou látkou. V tomto případě je zapotřebí léčit nejen duševní poruchu, ale i závislost.

Millerová (2011) popisuje teorie závislostí ze širšího hlediska. Poruchy související se substancí se dělí jednak na poruchy z užívání substancí zahrnující závislost a abúzus a dále na poruchy vyvolané substancemi. Mezi tyto patří intoxikace, odvykací stav, delirium, demence, amnestická porucha, psychotická porucha, porucha nálady, sexuální dysfunkce, úzkostná porucha a porucha spánku. Teoretické modely závislostí lze propojit s diagnózou závislostí. Morální, psychologický, sociokulturní, medicínský i bio-psycho-sociální model kladou důraz na různé složky závislosti. Jedná se o kulturní faktory zabývající se postojem jednotlivce k užívání drog, environmentální faktory zahrnující principy podmiňování a zpevňování, faktory učení a životní události. Dále interpersonální faktory týkající se sociálních a rodinných vlivů, osobního vývoje osobnosti, rozdílů mezi pohlavími či afektivní a kognitivní stránky.

V minulosti se závislost spojovala hlavně s užíváním alkoholu a drog. Mühlpachr (2008) upozorňuje také na závislosti v oblasti hracích automatů, sledování televize, internetu či v problematice sexuálního chování nebo pracovní činnosti. Závislost se zaznamenává i na jídle, hubnutí, na sektách či kultech. V současné době se závislosti stávají součástí životního stylu zvláště dětí, mladistvých a mladých dospělých.

1.1.1 Příčiny závislostí

Fischer a Škoda (2009) popisují okolnosti zvyšující riziko vzniku závislosti na psychoaktivních látkách. K těmto faktorům jsou řazeny genetické predispozice, biologické predispozice, psychické faktory a sociální faktory. Genetické predispozice se nejvíce projevují v závislosti na alkoholu. Metabolické zpracování substance navozující příjemné pocity jistě povede k častějšímu užívání drog než zpracování s pocitem kocoviny. K psychickým faktorům zvyšujícím pravděpodobnost vzniku závislosti se řadí zvýšená dráždivost a labilita, stavy deprese a anxiózy. Větší pravděpodobnost vzniku závislosti je i u jedinců s tendencí podceňovat se nebo naopak přeceňovat se, u jedinců se sníženou mírou sebekontroly či jedinců, kteří se nedovedou poučit ze zkušeností. Větší tendenci k závislostem vykazují také jedinci s nižší zralostí a nižší mírou sociální citlivosti, jedinci s poruchami osobnosti a psychickým onemocněním. Ze sociálních faktorů nejčastěji ovlivňuje rozvoj závislosti rodina.

Rozvoj závislosti je zvyšován pobytem v dysfunkční rodině, abnormalitou, či syndromem Child Abuse and Neglect, který zahrnuje týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. Vliv má rovněž sociální skupina, životní prostředí a sociální konformita, kdy se tvoří a uchovávají sociální kontakty a vazby. Špatné sociální a ekonomické poměry považuje za významné faktory vzniku závislosti i Mühlpachr (2008).

Drogová závislost vzniká v několika fázích. Mezi první patří experimentální fáze, kdy si uživatel neuvědomuje riziko a droga mu přináší opojný pocit úniku z reality. V této fázi je dobré také skončit. Pokud se uživatel začíná přizpůsobovat touze po návykové látce a začíná brát drogu pravidelněji, jedná se o fázi sociálního užívání, která může přejít do fáze příležitostného braní, kdy dochází ke snížení výkonnosti a zhoršují se vztahy. Při každodenním užívání drogy ztrácí jedinec kontrolu nad užíváním, mění zcela svůj žebříček hodnot a droga je již na prvním místě. Jedinec by chtěl přestat, ale sám toho již není schopen. Přechází do fáze, kdy užívá, aby dosáhl normálu, kdy již není schopen posoudit věci reálně. Pro sehnání drogy je schopen žebrot, krást, snížit se k prostituci (Mahdalíčková, 2014).

1.1.2 Rozdělení závislosti

Dle mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů jsou pod kódem F 10-19 označeny poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek. Pro tyto nemoci je společné užívání psychoaktivní substance, která může, ale nemusí být předepsána lékařem. Druh substance specifikuje třetí znak mezinárodního kódu. Čtvrtý znak kódu pak specifikuje klinický stav. Kód F 10 označuje poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu, kód F 11 označuje poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů, kód F 12 označuje poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kanabinoidů, kód F 13 označuje poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik, kód F 14 označuje poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kokainu, kód F 15 označuje poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulantů, včetně kofeinu, kód F 16 označuje poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním halucinogenů, kód F 17 označuje poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku, kód F 18 označuje poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním prchavých rozpouštědel a kód F 19

označuje poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek.

Fischer a Škoda (2009) uvádějí přehled základních poruch v důsledku užívání psychoaktivních látek, ke kterým patří akutní intoxikace, škodlivé užívání, syndrom závislosti, odvykací stav, odvykací stav s deliriem, psychotická porucha a amnestický syndrom. Akutní intoxikace je stav, kdy dochází po aplikaci psychoaktivní látky k poruše úrovně vědomí, poznání, vnímání, emotivity, nebo chování nebo jiných psychofyziologických funkcí a reakcí. Tyto poruchy jsou vyvolány přímým akutním farmakologickým působením. Časem mizí, a pokud nedojde k poškození tkání, nebo se neobjeví komplikace, dochází k úplnému návratu původního stavu. Mezi komplikace se řadí úraz, vdechnutí zvratků, delirium, kóma, křeče či další zdravotní obtíže. Kalina (2015) rozděluje uživatele návykových látek do několika skupin. Jsou to rizikové skupiny a rizikovní jednotlivci, experimentátoři, příležitostní a rekreační uživatelé, problémoví uživatelé a závislí. West (2016) teorie závislosti rozdělil na model na úrovni jednotlivce a model na úrovni populace či skupiny. Model na úrovni jednotlivce zahrnuje teorie automatických procesů (učení, pudy, inhibiční dysfunkce, imitace), teorie reflexivní volby (racionální a neobjektivní volba), teorie usilování o dosažení určitého cíle (pozitivní odměna, získaná potřeba, neexistující potřeba), integrativní teorie, teorie procesu změny a biologické teorie. Na úrovni populace jsou to teorie sociálních sítí, ekonomické modely, komunikační a marketingové teorie a modely organizačních systémů. Fischer a Škoda (2009) rozdělili škodlivé účinky užívání psychoaktivních látek do čtyř skupin na akutní či krátkodobé stavy, na stavy, kdy dochází k chronickému zdravotnímu poškození, na akutní a chronické sociální důsledky závislosti. Mezi závislosti jsou řazeny i poruchy příjmu potravy. Pecinovská (2011) tyto poruchy označuje jako závislosti na jídle. Na rozdíl od drogy není možná dlouhodobější abstinence od potravy bez vážných zdravotních problémů. K těmto poruchám je řazena mentální anorexie a mentální bulimie.

1.1.3 Somatické komplikace závislosti

Somatické komplikace závislosti často přetrvávají i v době abstinence. Při intravenózním podání drogy, kdy jehlu použije více uživatelů, dochází k nakažení hepatitidou typu B nebo typu C. Celou problematiku od diagnostických metod, přes prevenci u uživatelů drog, až po léčbu infikovaných jedinců shrnuje Standard pro léčbu virových hepatitid a uživatelů drog Ministerstva zdravotnictví (2008). Hepatitidou typu C a jejím negativním dopadem na veřejné zdraví se zabývala i Globální komise pro protidrogovou politiku (2013). Intravenózní podání drog může způsobit nákazu HIV virem s rozvojem AIDS. K nákaze tímto virem dochází také při nekontrolovaném pohlavním styku. Bohužel drogově závislé osoby často nedodržují doporučené zásady ani po zjištění nákazy a dochází k dalšímu šíření nemoci. Mezi závislými jedinci je ve vyšší míře zastoupena promiskuita, která způsobuje častější výskyt i ostatních pohlavních nemocí.

Intravenózní podání drogy v kombinaci s nesterilním používáním injekčních jehel může vyvolat místní infekční ložisko, které se rozvine v celkovou sepsi. Infekce se projevuje abscesy a zvětšením mízních uzlin. Může dojít až k selhání imunitního systému projevujícím se zimnicí, vysokou horečkou a celkovým zhoršením zdravotního stavu uživatele.

Z dalších somatických komplikací se často vyskytují záněty lymfatických cest nebo žilního řečiště vznikající v důsledku porušení žilního systému opakovanými vpichy. Tyto záněty bývají spojeny s vysokými horečkami. V místech vpichů často vzniká infekce a dochází k nekróze kůže, po jejímž zahojení zůstávají keloidní jizvy (Mahdalčíková, 2014).

Vliv na kardiovaskulární systém, dýchací systém, případně na reprodukci je pozorován, jak uvádí Vyskočilová a Praško (2015), při nadužívání kanabinoidů. U abuzérů se vyskytují častější infekce dutiny ústní, větší kazivost zubů, chronické bronchitidy, kašel, zahlenění či sípání. U alkoholiků je oslaben imunitní systém, bývají poškozena játra, slinivka břišní, žaludek, mozek, objevuje se dilatační kardiomyopatie, poškozen je i nervový systém a roste riziko nádorů (Nešpor, 2004).

1.1.4 Psychické komplikace závislosti

Vlivem drogy dochází k narušení funkce mozku, uživatelé mívají pocit pronásledování, který je často zaměňován se schizofrenií. Jedná se o psychózu, která je způsobena předávkováním drogou, užitím kombinace několika drog, drogy a léku či drogy a alkoholu (Mahdalčíková, 2014). Samotný alkohol, jak zmiňuje Nešpor (2018) způsobuje kolísání nálad, úzkost, nepříjemné kocoviny, bolesti hlavy. Konzumace alkoholu může vyvolat i výčitky svědomí, pocity nejistoty, vidiny, hlasy, halucinace, delirium tremens či impulsivní jednání s agresí. Heller et al. (2011) popisují jednotlivé fáze opilosti, průběh deliria a uvádí i Korzakovu psychózu, jejímž typickým příznakem je porucha krátkodobé paměti. Alkoholismus přispívá k rozvoji alkoholové demence. Halucinogeny rovněž ovlivňují psychický stav, stejně jako při odeznívání amfetaminů a kokainu se mohou dostavovat stavy úzkosti narůstající až v agresivitu. U některých uživatelů můžeme pozorovat zmatenost, s jedincem lze obtížně navázat kontakt, bývá ospalý, dezorientovaný, trpí poruchou paměti a vědomí. Tento stav je doprovázen úzkostí, halucinacemi a někdy vyústí kómatem. Drogová závislost způsobuje i dlouhodobé deprese, které mohou vyvrcholit suicidem. Po požití LSD může nastat flashback, což je stav, kdy mozek reaguje stejně jako po požití drogy, přestože droga nebyla užita (Mahdalčíková, 2014). U adiktologických klientů je častěji popisován výskyt duševních poruch, čímž se zabýval Torrens (2017), který popisuje komorbiditu adiktologických a duševních poruch v Evropě. Užívání drog může spouštět základní dlouhodobou poruchu. Není snadné odlišit psychiatrické symptomy užívání drog či odvykací stav od projevů samotné psychiatrické poruchy.

1.2 Psychoaktivní látky

Psychoaktivní látkou je nazývána látka, která ovlivňuje psychickou činnost, primárně působí na centrální nervovou soustavu, mění mozkové funkce, způsobuje dočasné změny ve vnímání, náladě, vědomí a chování. Na užívání těchto látek se může vytvořit návyk a závislost (Fischer a Škoda, 2009).

1.2.1 Rozdělení psychoaktivních látek

Dle účinku na psychiku rozděluje Minařík (2009) psychoaktivní látky na tlumivé, stimulační a halucinogeny. Tlumivé látky působí na duševní i fyzickou složku, v malých dávkách uklidňují, ve vyšších navozují spánek, ve vysokých dávkách pak způsobují hluboké bezvědomí. Využívají se v medicíně k anestezii. Ve vysokých

dávkách ovlivňují mozková centra řídící základní životní funkce a mohou vést ke smrti. Mezi tlumivé látky jsou řazeny opioidy (heroin, buprenorfin – Subutex), psychofarmaka (benzodiazepiny, barbituráty) a rozpouštědla (včetně alkoholu). Ze skupiny nejčastěji zneužívaných stimulačních látek uvádějí Minařík a Kmoch (2015) kokain, pervitin, amfetamin, crack, MDMA neboli extázi. Psychomotorická stimulancia způsobují celkové povzbuzení organismu, zvyšují tělesnou i duševní aktivitu, zrychlují myšlenkové tempo, zvyšují svalové napětí a odbourávají únavu. Při užívání dochází k nechutenství, které ve spojení se zvýšenou tělesnou aktivitou vede k hubnutí. Při dlouhodobém užívání vysokých dávek se rozvíjí toxická psychóza vedoucí ke ztrátě kontaktu s realitou. Jedinec může být nebezpečný sobě i svému okolí. Závislost na těchto substancích je pouze psychická. Halucinogeny popisují Fischer a Škoda (2009) jako látky vyvolávající deformitu vnímání a změnu myšlenkového procesu. Průběh intoxikace je ovlivněn okolnostmi užití. Užití navozuje příjemný zážitek, ale může vést i k nepříjemnému vnímání situace ohrožující života jedince nebo lidí v okolí. Zvyšuje se srdeční tep, krevní tlak, tělesná teplota. Po požití halucinogenů dochází k plastickému vnímání, motorickému neklidu a nekoordinovanosti. Při středních dávkách se prohlubuje intenzita vnímání až k nesnesitelnosti, objevují se halucinace. Projeví-li se nezvratné změny, vyžadují dlouhodobou léčbu na psychiatrii. Interpretace reality je změněna a myšlení narušeno. Jedinec se cítí ohrožen a pronásledován. Při vysokých dávkách dochází k úplné ztrátě kontaktu s realitou. Do skupiny halucinogenů se řadí LSD, psilocybin obsažený v lysohlávkách či kanabinoidy, jejichž zástupci jsou marihuana a hašiš. Dle míry rizika se látky s vyšší mírou rizika označují za tvrdé drogy a látka s nižší mírou rizika za drogy měkké (Kalina, 2015). Míra rizika se sleduje v oblasti zdravotní, sociální a duchovní. Stejná látka může mít při různém způsobu podání různou míru rizika. Mezi tvrdé drogy s vysokou mírou rizika patří toluen, heroin, morfin, durman, crack, LSD. Lysohlávky, kokain a pervitin jsou zástupci tvrdých drog se střední až vysokou mírou rizika. Mezi zástupce tvrdých drog se středním rizikem můžeme zařadit alkohol, extázi, efedrin nebo kodein. Marihuana, hašiš a kokový čaj jsou již drogy měkké s relativně malým rizikem. Běžně užívaná káva a čaj patří do kategorie měkkých drog, jejichž užívání je prakticky bez rizika. Minařík a Kmoch (2015) uvádějí rozdělení dle potenciálu pro závislost. Podle tohoto dělení psychomotorická stimulancia vyvolávají silnou psychickou závislost, somatická závislost nevzniká a je u nich silný vzestup tolerance. U tlumivých

látek také dochází k silné psychické závislosti, ale zároveň se rozvíjí i silná somatická závislost se silným vzestupem tolerance. U halucinogenů vzniká pouze slabá psychická závislost bez somatické závislosti a s mírným vzestupem tolerance. Psychoaktivní látky můžeme ještě dle legality dělit na tři skupiny. Do první skupiny bychom zařadili látky používané jako medikamenty, kdy se využívá jejich schopnosti tlumit bolest, navozovat spánek, ovlivňovat poruchy nálad, zmírňovat úzkost. Druhou kategorií představuje nezákonné zneužívání psychoaktivních látek. Třetí kategorií jsou pak legálně používané psychoaktivní látky. Ze zástupců této skupiny můžeme jmenovat alkohol, kofein, nikotin (Minařík, 2009).

1.2.2 Alkohol

Fischer a Škoda (2009) popisují alkohol jako organickou sloučeninu, jejíž hlavní složkou je etanol, který se vyrábí alkoholovým kvašením rostlinných plodů se sacharidy a následnou destilací. I přes své negativní účinky patří mezi nejrozšířenější a nejužívanější psychoaktivní látkou, která je ve většině států akceptována. Kalina (2015) uvádí, že alkohol dobře prochází biologickými membránami, vstřebává se sliznicí tenkého střeva do krevního oběhu a prochází do mozku, jeho účinky lze pociťovat za několik minut, maximální koncentrace nastává za 30-90 minut po požití. V játrech dochází k metabolizování většiny alkoholu na acetaldehyd a následně na kyselinu octovou. Rychlost odbourávání alkoholu je konstantní, a to 0,12 – 0,2 ‰ za hodinu, přičemž rychleji odbourávají alkohol muži. Hladinu alkoholu lze zjistit toxikologickým vyšetřením z moči a krve, orientačně dechovou zkouškou nebo papírovým testem. Účinky alkoholu rozdělili Minařík a Kmoch (2015) na krátkodobé a dlouhodobé. Stadium intoxikace závisí na hladině alkoholu v krvi. Je-li alkoholemie do 1,5‰, jedná se o excitační stadium nazývané lehká opilost, při alkoholemii 1,6 ‰ již jde o opilost středního stupně, kdy se dostávají hypnotické účinky alkoholu. Při alkoholemii vyšší než 2 ‰ se jedná o narkotické stadium při těžké opilosti. Asfyktické stadium se dostavuje při alkoholemii nad 3 ‰, kdy nastává těžká intoxikace, která je spojena se ztrátou vědomí a rizikem zástavy dechu a oběhu. Heller et al. (2011) popisují psychické komplikace závislosti na alkoholu. Při prosté opilosti dochází ke kvantitativní poruše vědomí, přes excitaci může nastat spavost, bezvědomí až smrt. Při komplikované opilosti se připojuje výrazná neschopnost sebeovládání a projevují se i somatické příznaky v neurologické oblasti, ke kterým je řazena porucha motoriky a reflexů. Mohou se dostavit bludy či halucinace, často následuje amnézie. Minařík

a Kmoch (2015) zmiňují jako příčiny patické ebriety výjimečné případy po hladovění, vlivy infekce či individuální intolerance, kdy i po konzumaci malého množství alkoholu dojde k poruše vědomí s bludy a halucinacemi, často spojené s agresí. Tento stav odezní po různě dlouhé době terminálním spánkem a je popisována následná amnézie. Heller et al. (2011) řadí patickou ebrietu mezi alkoholové psychózy, kdy náhlé úzkostné či paranoidní stavy doprovází mráкотný, delirantní, popřípadě amentně-delirantní stav. Pocit hladu, vyčerpanost či duševní napětí uvádějí jako všeobecné oslabující činitele. Po vysazení či redukcí dávky u dlouhodobých intenzivních konzumentů alkoholu se rozvíjí odvykací stav, který, jak uvádí Kalina (2015), dosahuje maxima druhý den po vysazení a do týdne odezní. Tento stav způsobuje psychomotorický neklid, třes, pocení, úzkost, nevolnost, poruchy spánku, tachykardii, hypertenzi. U vážnějších případů se mohou dostavit halucinace, iluze, křeče a v nejtěžších případech se rozvine delirium tremens, které má relativně vysokou úmrtnost. Odvykací stav lze zmírnit benzodiazepiny, v těžším stavu klomethiazolem (Heminevrin), při výskytu psychózy neuroleptiky, jak popisuje Dvořáček (2015). V případě křečových stavů je vhodné použít $MgSO_4$. Významné je i podávání multivitaminových preparátů, eventuálně thiaminu a kyseliny listové. Při abstinenci se užívá disulfiram – Antabus, který blokuje degradaci alkoholu inaktivací acetaldehyd dehydrogenázy. Před nasazením Antabusu se doporučuje vyšetřit pacienta zátěžovým EKG, rentgenem srdce a plic a biochemickým vyšetřením. Pešek (2018) porovnává výhody a nevýhody užívání alkoholu. Z výhod je zmiňována dostupnost a nižší cena, aktivizace uživatele a zlepšení sexuálních zážitků či uvolnění stresu a negativních emocí. K nevýhodám je zahrnuto poškození gastrointestinálního traktu, poškození jater, kdy se může rozvinout jaterní cirhóza. Jedinci mají sklony k jícnovým varixům a častěji u nich dojde k rozvoji nádorového bujení jater, jícnu, žaludku, tenkého střeva a rekta. Dochází také k poškození pankreatu a vzniku diabetu. Při chronickém abúzu alkoholu vznikají i potíže s malnutricí. U uživatelů alkoholu se rozvíjí arteriální hypertenze a může dojít ke kardiomyopatii. Objevují se i poruchy krvetvorby, spojené s anémií a poruchami hemokoagulace. Minařík a Kmoch (2015) zmiňují neurotoxické účinky, kdy dochází k polyneuropatiím, organickému poškození mozku, které může vyústit v demenci. Tomu předcházejí poruchy spánku, úzkostně-depresivní stavy, halucinace, bludy, změna kognitivních funkcí jedince. Poškozen je i endokrinní systém, kdy u mužů poruchou sekrece testosteronu dochází k impotenci. U těhotných žen může být vážně

poškozen plod. Při rozvinutých depresivních stavech jsou nasazována antidepresiva. Bažení nebo-li craving napomáhá zvládat acamprosat a naltrexon (Minařík a Kmoch, 2015). Curtis a Gutermannová (2010) upozorňují ve své příručce na nevhodné kombinace alkoholu a sedativ s ostatními drogami. Tyto kombinace mohou způsobit dehydrataci a kumulaci drog. V případě potřeby kombinovat návykové látky, by se měl nechat prvně rozvinout účinek drogy a teprve poté by měl být konzumován alkohol, aby se předešlo intoxikaci.

1.2.3 Opioidy a opiáty

Opioidy a opiáty jsou tlumivé látky s výrazným euforickým efektem spojeným s pocitem tepla, přinášející úlevu od bolesti. Ke krátkodobým účinkům, jak uvádí Kalina (2015), patří útlum nervové soustavy, útlum dechového centra, zvracení, svědění, mióza, bradykardie a dilatace cév, zácpa, zhoršené vyprazdňování močového měchýře a u žen pokles plodnosti. Při dlouhodobém užívání se rozvíjí psychická i somatická závislost. Z nežádoucích účinků Vrba a Lejčko (2018) uvádějí také nežádoucí kardiální a hemodynamické efekty s hypotenzí a hypovolemií. Pod vlivem hormonální dysbalance dochází ke zvýšení hmotnosti a otokům. Odvykací stav je podobný těžké chřipce provázený tělesnými bolestmi, pocením, průjmy, slzením a celkovým neklidem. Snadno může dojít k předávkování se ztrátou vědomí. V akutní fázi odvykacího stavu je vhodné použít antidepresiva s tlumivým účinkem a antipsychotika. Lejčko (2018) rozděluje opioidy z několika hledisek. Dle chemické struktury a původu zmiňuje 3 skupiny. Opioidy exogenní, které zahrnují přirozené opioidy morfin, kodein, thebain a polysyntetické opioidy heroin, hydromorfon, oxykodon. Druhou skupinu tvoří opioidy syntetické, pethidin, fentanyl, sufentanil. Poslední skupinou jsou endogenní opioidy, endorfiny, enkefaliny, dynorfin, endomorfiny. Z praktického hlediska jsou opioidy děleny na slabé (tramadol, kodein, dihydrokodein) a silné (morfin, fentanyl, hydromorfon, oxykodon, buprenorfin, tapentadol, pethidin, piritramid, sufentanil, alfentanil, remifentanil a metadon). Kalina (2015) popisuje asi nejoblíbenějšího zástupce, což je heroin. Jedná se o derivát morfinu, který se lépe než morfin rozpouští v tucích, proniká hematoencefalickou bariérou a má rychlejší nástup. Podání drogy je různé, od nitrožilního podání, šňupání, kouření po inhalaci z aluminiové fólie. U jedinců užívajících heroin může být pozorována vrávoravá chůze. Nástup účinků heroinu bývá do 20 minut a první detekce metabolitů z moči je za 2-3 hodiny po požití. 80 % metabolitů je z těla vyloučeno do 24 hodin.

Detekce je pak možná z moči ještě za 2-3 dny, z krve 1-2 dny. Relativně krátký eliminační poločas souvisí s kratšími časovými odstupy mezi jednotlivými aplikacemi. Blažejovský (2015) uvádí pocit zklidnění a příjemné euforie jako první pocity při akutní intoxikaci. Tyto pocity však brzy střídá nevolnost, hučení v uších, pocity tepla, svědění, respirační deprivace z útlumu dechového centra, mióza, která přechází do mydriázy. Heroin vyvolává i silnou psychickou závislost. V České republice se z kodeinu vyrábí náhražka heroínu s názvem braun, který je odvozen od hnědé barvy prášku. Účinky jsou podobné jako u heroínu. Jedinci pod vlivem braunu mají nápadně zúžené zorničky a u závislých dochází k rychlé ztrátě hmotnosti. Mezi opioidy patří také opium, které lze získat z máku. Účinnou látkou je morfin, jedná se však o směs alkaloidů opia. Minařík (2009) se zmiňuje o tradici kouření opia a rizicích, které s sebou přináší nitrožilní užívání. Opium se v současné době nahrazuje užíváním syntetických či izolovaných a vyčištěných opiátů.

1.2.4 Zneužívaná farmaka s psychotropním účinkem

Z velmi často zneužívaných farmak jsou uváděna anxiolytika a hypnotika. Do skupiny farmak s psychotropním účinkem jsou řazeny barbituráty a benzodiazepiny (Minařík a Kmoch, 2015). Barbituráty jsou deriváty kyseliny barbiturové rozpustné v tucích, které se poměrně rychle vstřebávají do krve. Váží se na albumin, jejich vstřebávání probíhá v játrech a následně jsou vyloučeny ledvinami. Degradace probíhá disulfurací jaterními enzymy na oxybarbiturát středně dlouhodobého účinku. Eliminace mnoha barbiturátů je pomalá (např. tiopental má poločas 11,5 hodiny), takže opakované podání může vést ke kumulaci. Barbituráty nemají specifického antagonistu. Užívají se per os nebo injekčně. Mezi účinky intoxikace patří snížená úzkost, pocit pohody, menší zábrany, zpomalení tepové frekvence a počtu dechů, snížení krevního tlaku, špatná schopnost koncentrace, zklidnění a ospalost. Zvýšené užití může způsobit vyčerpanost, zmatenost, zhoršenou koordinaci, paměť, úsudek, deprese či neobvyklou excitaci. Řeč může splývat, jedinci mohou být podráždění, se zvýšenou tělesnou teplotou. Vysoké dávky tlumí dýchací centra. Při rychlém vysazení může dojít k ohrožení života (Millerová, 2011). Benzodiazepiny jsou zpravidla per os či nitrosvalově podávaná léčiva vážící se na plazmatický albumin, metabolizující v játrech, s hypnotickými, sedativními a myorelaxačními vlastnostmi, zvyšující prostupnost GABA receptorů. Jelikož neurotransmitter GABA ovlivňuje dráždivost nervových buněk celého mozku, dochází k navození spánku, poruchám koordinace

a paměti. Ke zkřížené toleranci dochází při současném užití sedativ, hypnotik a alkoholu (Fischer a Škoda, 2009).

Uživatelé stimulancií užívají benzodiazepiny k potlačení negativních příznaků při takzvaném dojezdu. Abstinenční příznaky zahrnují anxieta, nespavost, bolest hlavy, nauzeu až zvracení s dávením, tachykardie, palpitace, hypotenzi, poruchy vidění, zvýšenou citlivost na zrakové a sluchové podněty, slabost až závratě. Při požití vysokých dávek se dostávají přechodné halucinace, nastává delirium a generalizované křeče (Millerová, 2011). Curtis (2010) radí, jak postupovat v případě předávkování kombinací benzodiazepinů a opiátů. Je potřeba předávkovanou osobu pozorovat, zahájit umělé dýchání a aplikovat naloxon, což je antidotum proti předávkování opioidy. V České republice se užívá pod názvem Intrenon a aplikuje se intramuskulárně, popřípadě intravenózně. Nebývá zneužíván, neboť nenavozuje příjemné pocity. Naloxon opiáty z těla neodstraňuje, po jeho odeznění mohou znovu působit. Po aplikaci však mohou nastat abstinenci příznaky. K oblíbeným přípravkům s tlumivými účinky patřil také Flunitrazepam, známý pod názvem Rohypnol. Při intoxikaci tímto lékem docházelo k poruchám vizu a trávícího traktu, retenci moči a ztrátě paměti. V současné době není tento lék v České republice registrován. Gamahydroxybutyrát může způsobit nevolnost až vomitus, bolesti hlavy, ztrátu vědomí, reflexů, záchvaty vedoucí ke kómatu až smrti. Při předávkování Mataqualonem bývá pozorována euforie či deprese, oslabení reflexů. Řeč jedince splývá a nastupuje kóma (Millerová, 2011).

Při odvykání látek s psychotropním účinkem se mohou objevit stavy úzkosti až panické ataky. V těžších případech dochází k epileptickým záchvatům, halucinacím a deliriu. Minařík a Kmoch (2015) doporučují při vysazení farmak postupovat velmi opatrně, druhý den redukovat maximálně 30 % dávky a následující dny 5-10 % původní dávky. Odvykání je spojeno se zhoršením psychického stavu a často musí být nasazena antidepressiva.

1.2.5 Těkavé látky

Fischer a Škoda (2009) tuto skupinu nazývali organická rozpouštědla, nyní Kalina (2015) používá název těkavé látky. Skupina zahrnuje chemické látky, cyklické, alifatické a aromatické uhlovodíky, které rozpouštějí tuky a lipidní látky a mají narkotický účinek. Mezi zástupce patří toluen, trichloretylen, aceton, éter, chloroform, ale i lepidla, ředidla či rozpouštědla. Vzhledem k nízké pořizovací ceně bývá tato

skupina látek zneužívána hlavně v sociálně slabších komunitách. Blažejovský (2015) zmiňuje také mládež a děti, které často pro finanční dostupnost volí těkavé látky. Aplikují se inhalačně z igelitového sáčku či přes napuštěný hadřík. Účinek nastupuje velmi rychle, ale brzy odeznívá. Intoxikace se podobá opilosti, kdy krátkou euforii s poruchami vnímání střídá spánek. Ke krátkodobým nežádoucím účinkům patří nevolnost, útlum centrální nervové soustavy s kvantitativními i kvalitativními poruchami vědomí, obrna dýchacího centra, srdeční arytmie vedoucí k poruše cirkulace. Při dlouhodobém užívání dochází k poškození mozku s deteriorací intelektu, afektivní labilitou, agresivitou, ztrátou zájmu, poklesem výkonnosti a k degradaci osobnosti. Osoby užívající těkavé látky mívají poleptané dýchací cesty, poškozená játra a ledviny. Za velmi důležité se považuje včasné zachycení závislosti, použití psychoterapie a zlepšení možného poškození centrální nervové soustavy nootropiky. Při intoxikaci je hlavní snahou zachování krevního oběhu a dechu (Kalina, 2015). Blažejovský (2015) popisuje vliv těkavých látek na řízení motorových vozidel, kdy dochází k výrazným známkám poruchy řízení motorových vozidel pouze při akutní intoxikaci. Uvádí také účinek intoxikace oxidem dusným (rajským plynem). Účinek tohoto plynu se projevuje nejsilněji mezi patnácti a třiceti vteřinami po vdechnutí, euforie trvá dvě až tři minuty a zcela mizí do pěti minut. Na rozdíl od ostatních těkavých látek není oxidem dusným způsoben útlum dechu a srdeční činnosti.

1.2.6 Psychomotorická stimulancia

Psychomotorická stimulancia jsou látky různých chemických struktur, jejichž hlavním účinkem je stimulace centrální nervové soustavy. Psychostimulancia celkově povzbuzují organismus tím, že zvyšují duševní i tělesný výkon. Minařík a Kmoch (2015) popisují mechanismus účinku, kdy dochází ke zvýšení hladiny biogenních aminů, dopaminu, noradrenalinu popřípadě serotoninu a následně zvýšení přenosu signálu na postsynaptický neuron.

Mezi zneužívané látky patří budivé aminy, kokain, některé léky užívané při léčbě ADHD a narkolepsie. Mezi tyto léky se řadí metylfenidát, dexfenfluramin. Skupina budivých aminů zahrnuje metamfetamin - pervitin, amfetamin a MDMA. Fischer a Škoda (2009) udávají za jedno z nejzávažnějších zneužívání pervitinu. Jedná se o žluto-fialový prášek hořké chuti, který je bez zápachu a vyrábí se z efedrinu. K jeho aplikaci dochází intranazálně nebo injekčně. Nástup účinku se u intravenózní aplikace

dostavuje okamžitě, při intranazální za 5-10 minut. Biologický poločas činí 12-34 hodin a detekovatelnost z moči bývá 3-21 dní. V Čechách méně užívaný kokain je účinný alkaloid z listů jihoamerického keře Koky pravé (Blažejovský, 2015). Aplikace může být intranazální či intravenózní, v Americe se žvýkají přímo listy koky. Volnou bázi kokainu neboli crack lze kouřit. Účinek je krátkodobý, pokles nastává za 30 minut a detekovatelnost z moči je 12-24 hodin. Od roku 2011 byl do seznamu zakázaných látek zařazen mefedron, chemicky 4- metylmethkathinon, který je v podobě kapslí, tablet nebo prášku a aplikuje se polykáním, šňupáním či injekčně.

Mezi účinky stimulancií patří odstranění únavy, usnadnění asociace, zrychlené myšlení a větší hovornost. Aktivuje se sympatikus, což přináší pocit síly a zvýšené energie. Na druhé straně uživatelé pocítují nechutenství a mají snížený příjem potravy (Kalina, 2015).

Při intoxikaci se dostavuje pocení, sucho v ústech, přetížení krevního oběhu s bolestmi na hrudi a rizikem srdečního selhání, jak uvádějí Minařík a Kmoch (2015). Po vysoké zátěži následuje pocit vyčerpání a stav útlumu. K dalším nežádoucím účinkům patří i pohybové stereotypy, strach, pocity pronásledování a ohrožení, nadměrná koncentrace na mnohdy nesmyslnou činnost, mydriáza. Urychlení motoriky a myšlení vede k zvýšenému množství chyb. Curtis a Gutermanová (2010) upozorňují i na možnost předávkování kokainem. Kokain působí relativně krátkou dobu (20-40 minut) a euforie odezní před vyloučením látky z těla, což vede k opakování dávky či kombinaci s alkoholem a jinými drogami a následnou intoxikaci. U dlouhodobých uživatelů dochází k nápadnému hubnutí, toxickým psychózám s halucinacemi a bludy a ke vzniku psychické závislosti. Odvykací stav má několik fází, kdy se po vysazení dostaví únava a několikadenní spánek, objevují se deprese a úzkosti se suicidálními myšlenkami. Po odeznění těchto akutních obtíží se dostaví silná touha po droze, kdy dochází k relapsům. Z rizik užívání metamfetaminu Martins et al. (2011) udávají i neurotoxicitu pro dopinergní nervová zakončení způsobující poruchy paměti a motorických funkcí. Dlouhodobé užívání vede k psychické závislosti, která se rozvíjí několik měsíců. Akutní obtíže léčíme symptomaticky. Vyskytne-li se úzkost a panika přináší úlevu benzodiazepiny, při tachykardii se nasazují betablokátory, psychózu lze ovlivnit antipsychotiky, někdy i antidepresivy. Léčba spočívá hlavně v psychoterapii a podpoře v abstinenci.

1.2.7 MDMA a taneční drogy

Extázi řadí Fischer a Škoda (2009) mezi halucinogeny se strukturou podobnou amfetaminu. Extáze je chemicky 3,4 metylendioxyamfetamin se zkratkou MDMA. Do stejné skupiny řadí Minařík a Kmoch (2015) i podobné látky – MDEA, MDA, PMA, které nazývají tanečními drogami, neboť jejich užívání je často spojené s akcemi s reprodukcí elektronické hudby. MDMA uvolňuje serotonin do synaptické štěrbiny a způsobuje i uvolnění dopaminu. Jako jeden z nejzávažnějších symptomů spojený s užíváním extáze popisuje Fišerová (2008) hypertermii, která může souviset s řadou smrtelných zdravotních komplikací, jako je poškození ledvin rhabdomyolýzou, jaterní selhání nebo rozvoj diseminované intravaskulární koagulace vedoucí k vykrvácení. Nástup účinku drogy podávané per os je od 30 minut do jedné hodiny a odezní po 5 až 7 hodinách. V moči ji lze detekovat ještě několik dnů po požití. Počáteční neklid a mírnou zmatenost střídá pocit klidu, pohody, zlepšuje se nálada a zvláště ve skupinovém užití nastupují pocity empatie s potřebou vzájemných dotyků, což zvyšuje oblibu těchto drog. Po víkendovém užití se uprostřed následujícího týdne objevuje typický pokles nálady nazývaný mid week blues (Minařík a Kmoch, 2015). Mezi nežádoucí účinky patří nevolnost, zvracení, zvýšené napětí kosterního svalstva, z kterého se může uvolnit myoglobin, tachykardie, hypertenze, mydriáza. Z dalších účinků je to nechutenství, snížená potřeba spánku, pocení vedoucí k hyponatremii a sucho v ústech. Millerová (2011) uvádí i mírné halucinogenní účinky, poruchy paměti a učení, selhání ledvin a jaterní toxicitu. U mužů se mohou dostavit problémy s erekcí a oddálenou ejakulací. Dlouhodobé užívání těchto drog způsobuje psychickou závislost, dochází k poškození serotoninových nervových zakončení a poruše imunitního systému. U těhotných má droga teratogenní účinek na plod (Kalina, 2015).

Přesto, že riziko intoxikace extází, jak uvádí Curtis a Gutermanová (2010), je nízké, prevencí by měl být dostatečný přívod tekutin, ochlazení organismu, podání benzodiazepinů v případě záchvatů paniky, beta-blokátorů při tachykardii a antipsychotik při počínající toxické psychóze.

1.2.8 Konopné drogy

Engelander et al. (2010) ukazují spolupráci s lidmi závislými na konopných látkách vedoucí k omezení užívání těchto návykových látek. Mezi konopné drogy patří marihuana, hašiš. K akutním účinkům konopí patří poruchy pozornosti, paměti a psychomotorických funkcí. Při požití hrozí zvýšené riziko dopravních nehod z důvodu

prodloužení reakčního času a zvýšené riziko psychotických symptomů až halucinací. Blažejovský (2015) se domnívá, že řidiči pod vlivem marihuany si riziko ani neuvědomují, neboť užívání berou jako běžnou součást svého života. Bohužel se jedná o mnohdy velmi mladé lidi, dokonce děti na základní škole. Uživatelé mívají sucho v ústech, hlad, zhoršenou jemnou motoriku a nepříjemné obsedantní myšlenky, zrychluje se jejich srdeční akce. Při chronickém užívání dochází k poruchám paměti a pozornosti. Uživatelé trpí chronickými bronchitidami a jsou častěji ohroženi rakovinou dutiny ústní, hltanu a jícnu. U dětí narozených matkám užívajícím konopí se častěji vyskytuje leukemie. Konopí se užívá i jako lék, který tlumí bolesti, svalové křeče, zlepšuje spánek, snižuje úzkost. Může však být využito i při odvykacích stavech u opiátů, či při chemoterapii, kdy působí jako antiemetikum. K potlačení zvracení se využívá i při léčbě AIDS. Své uplatnění má i při léčbě anorexie, deprese a roztroušené sklerózy. Minařík a Kmoch (2015) uvádějí, že konopí je nejčastěji užívanou nelegální drogou, kterou nejvíce užívá věková kategorie 15 – 24 let. Konopí se obvykle kouří, lze jej však užívat i per os nebo vaporizací. Zatímco při kouření se účinek dostaví do 20 minut a odeznívá po 3 hodinách, po požití per os je vstřebávání pomalé a nepravidelné, čímž se zvyšuje pravděpodobnost předávkování. Účinky by se měly dostavit do 30 minut a vrchol po 1-5 hodinách. Detekovatelnost v moči činí u konopí 1-30 dnů. Tetrahydrokanabinol, což je kanabinoid nacházející se v konopí, se hromadí v tukových tkáních, z kterých se i velmi pozvolna uvolňuje, což zmiňuje Miovský (2008). Z tohoto důvodu je u lidí s větším množstvím tukových zásob detekce možná delší dobu. Intoxikace konopím má několik fází, na počátku bývá sevřenost a úzkost, po které se dostavuje zklidnění, euforie a blaženost. Uživatelé často propukají v neutišitelný, bezdůvodný smích a dostavuje se zostření smyslových vjemů. Toto stadium vystřídá zmatenost, únava a otupělost (Minařík a Kmoch, 2015). Někdy může mít intoxikace úzkostný ráz až panickou ataku, kdy se projeví deprese. Fischer a Škoda (2009) poukazují na zpomalené vnímání času a zostřené smyslové vnímání, kdy uživatelé pocítují vyšší sebedůvěru a zvýšenou tvořivost, která však nemusí vést ke zlepšení výkonu. Odvykací stav nebývá závažný a nevyžaduje specifickou medikaci. Úlevu přináší benzodiazepiny, při psychotických potížích antipsychotika, při stavech úzkosti a depresích se nasazují antidepresiva. (Minařík a Kmoch, 2015).

1.2.9 Halucinogeny

Halucinogeny tvoří skupina přírodních a syntetických látek vyvolávajících změny vnímání, a to od pouhého zostření po halucinace doprovázené změnami kognice a nálady. Mezi přírodní halucinogenní látky patří psylocybin obsažený v lysohlávkách. Jak uvádí Mahdolčiková (2014) nelze však odhadnout množství účinné látky a místo příjemných prožitků s euforií, zvýšenou hovorností, smíchem bez příčiny a snížením sebeovládání, se mohou dostavit toxické psychózy. Lysohlávky působí toxicky na játra a ledviny. Dochází i k zneužívání muchomůrky červené, která obsahuje muskarin, muscinol a kyselinu ibutenovou. Intoxikace vypadá jako polospánek s barevnými vizemi a halucinacemi, kdy dochází ke zvýšenému slinění, hypotenzi a bradykardii. Minařík a Kmoch (2015) popisují další přírodní látky, kterými jsou meskalin, který nalezneme v kaktusu, atropin a skopolamin v durmanu a blínu, ibogain v tropickém keři *Tabernanthe iboga* z čeledi toješťovitých. V západní Africe je kůra kořene používána k mnoha rituálům, při kterých dochází ke kontaktu se světem duchů. Další přírodní látkou je myristicin v muškátovém ořechu či petrželi a kopru. Při intoxikaci dochází k výpadkům paměti, euforii, nauce, jedinci mívají krvavě podlité oči. Mohou nastat mrátkotné stavy s psychoaktivními účinky jako deformace obrazu. Holucinogenní je i bufotenin v jedu ropuch rodu *Bufo*. K syntetickým halucinogenům patří LSD – dietylamid kyseliny lysergové, PCP – fencyklidin, nazývaný andělský prach, ketamin, 2C-B – 4- bromo- 2,5 dimethoxyfenetylamin, DOB – 2,5 dimetoxy – 4 – bromoamfetamin, TMA -2 – 2,4,5- trimetoxyamfetamin nebo DOM – 2,5 – dimetry – 4 – metylamfetamin. Blažejovský (2015) uvádí jako nejznámější syntetický halucinogen LSD, který se připravuje z námelu. LSD se užívá ve formě tripů, což jsou malé papírky s potiskem napuštěné účinnou látkou. Tripy se užívají sublingválně, u uživatelů se projevuje dezorientace a zkreslené vnímání času a prostoru. Příznaky intoxikace se mohou podobat schizofrenii. Minařík a Kmoch (2015) uvádějí krátkodobý účinek halucinogenů *Bad trip*, kdy dochází k nepříznivému průběhu intoxikace s pocity úzkosti, paniky, paranoie až halucinacemi. Mohou nastat stavy derealizace a depersonalizace, nevolnost, zvracení či sympatomimetické účinky zahrnující tachykardii, hypertenzi, mydriázu, pocení, bolesti hlavy. Z dlouhodobějších účinků jsou to psychotické stavy a deprese, změny osobnosti. Při orgánové toxicitě látky dochází k organickému poškození a může nastat i flashback, návrat stavu při intoxikaci, aniž by byla droga požitá. Fischer a Škoda (2009) uvádějí, že flashbaky mohou nastat

až do pěti let od poslední intoxikace. V těžkých akutních stavech může být intoxikace přerušena antipsychotikem, v lehčích případech postačí psychoterapeutická intervence nebo zklidnění benzodiazepiny.

1.2.10 Tabák

Tabák byl do Evropy přivezen v roce 1492 a jeho psychotropní složkou je alkaloid nikotin, jehož smrtelná dávka pro člověka činí 50 mg (Minařík a Kmoch, 2015). Králíková a Zvolská (2017) uvádějí, že kouření bylo dlouho považováno za zlozvyk a až od roku 1992 se stala závislost na tabáku samostatnou diagnózou, která je v 10. verzi Mezinárodní klasifikace nemocí zdravotnické organizace označena diagnózou F17. V roce 2017 bylo v České republice 25,2 % kuřáků. Z tohoto počtu byly tři čtvrtiny řazeny mezi denní kuřáky (Váňová et al., 2017). Nikotin zvyšuje bdělost, soustředivost a paměť, potlačuje podrážděnost a agresivitu, snižuje chuť k jídlu. Po požití dochází k zvýšené sekreci slin, žaludečních šťáv a potu, zrychluje střevní peristaltiku a napětí hladkého svalstva. Vnitřní orgány jsou překrveny, dilatují se cévy ve svalech, klesá prokrvení periférií. Dochází k blokaci hemoglobinu oxidem uhelnatým, zkracuje se doba srážení krve. Při kouření dochází k podráždění dýchacích cest a při předávkování se objevují bolesti hlavy, bledost, nevolnost a zvracení. Postižený bývá skleslý s poruchou koordinace pohybu, často opocení studeným potem. Z dlouhodobých účinků lze zmínit chronický zánět dýchacích cest vedoucí k nádorům plic, poruchy trávicího traktu, poruchy spánku, soustředění a u mužů poruchy potence. Dochází k psychické i somatické závislosti. Při odvykání je velmi důležitá osvěta, kterou doporučují Králíková a Zvolská (2017). Praktičtí lékaři by měli krátkými intervencemi motivovat kuřáky k abstinenci, navrhnout nekuřácká řešení popřípadě doporučit farmakoterapii či návštěvu center pro závislé na tabáku. Kontrola nad užíváním tabáku je řešena ve Vyhlášce č. 261/2016 Sb., o tabákových výrobcích. Ve vyhlášce se rovněž uvádí, kde a kdy je zakázáno kouřit, jakým způsobem se smějí vyrábět tabákové výrobky, jaké daně smějí být z těchto výrobků odváděny, jakým způsobem může být vedena reklama tabákových výrobků nebo kde a komu mohou tyto výrobky být prodávány. Léčba závislosti na tabáku by měla být hrazena ze zdravotního pojištění. V doporučení pro léčbu Králíková (2015) zmiňuje nejen psychosociální a behaviorální intervence, ale i farmakologickou léčbu, při které je lékem první volby vareniklin. Léčbu lze považovat za úspěšnou, abstinuje-li jedinec nejméně 6, lépe však 12 měsíců.

1.2.11 Nové psychoaktivní látky

Nové syntetické drogy jsou nejčastěji deriváty a analoga známých omamných a psychoaktivních látek. Jejich fyziologické účinky však nebývají řádně ověřeny. Syntetické drogy zahrnují několik skupin, které popisuje Kuchař (2015). Kathinony s nejznámějším zástupcem mefedronem způsobují excitaci, neklid, euforii a mohou vyvolat hypertenzi, poruchy srdečního rytmu a špatné prokrvení periférií. Blažejovský (2015) představuje tyto nové látky jako biologicky aktivní. Důvodem jejich užití je obejití legislativy upravující zacházení s omamnými a psychoaktivními látkami. Problém nastává i s jejich detekcí v organismu. Fenetylaminy představují velkou skupinu zahrnující i řadu endogenních látek, které mají funkci neurotransmiterů. Do této skupiny patří i rozšířené drogy jako amfetamin či extáze. Zehntbauer (2012) zmiňuje působení amfetaminů uvolňováním noradrenalinu a dopaminu v celém mozku. Jejich koncentrace se zvyšuje blokadou zpětného transportu do synaptických štěrbin. Nových psychoaktivních látek je celá řada, z rozsáhlých skupin udává Kuchař (2015) tryptaminy (vyskytují se v řadě hub, rostlin a zvířat), piperaziny, kanabimimetika, opioidní agonisty či disociativní anestetika. Tyto látky byly vyrobeny jako potenciální léčiva, která však neprošla přes nezbytné testy do praktického užívání.

1.3 Zdravotní péče ve věznicích

Vězeňská služba České republiky kromě Generálního ředitelství, Akademie Vězeňské služby a Středního odborného učiliště zahrnuje 10 vazebních věznic, 24 věznic a 2 zařízení s ústavem pro výkon zabezpečovací detence (jedna vazební věznice a jedna věznice).

V pokynech NICE Guideline číslo 57 (2016) se uvádí, jak by se měly hodnotit, diagnostikovat a zvládat problémy duševního zdraví dospělých v systému trestního soudnictví. Doporučení se týkají posouzení zdravotního stavu při příjmu do věznice, kdy by neměly být opomenuty dotazy zjišťující fyzické zdraví, užívání alkoholu, zneužívání návykových látek, dotazy ohledně duševního zdraví, sebepoškození, případně rizika sebevraždy. Zneužívání návykových látek způsobuje vyšší riziko přenosu infekčních a sexuálně přenosných nemocí. Z tohoto důvodu jsou dány i požadavky na vstupní odběry na hepatitidy, tuberkulózu či HIV.

Zdravotní péči Vězeňská služba České republiky poskytuje v souladu se zákony upravujícími poskytování zdravotní péče, zejména zákonem 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů ve znění pozdějších

předpisů. Provádění závazných ustanovení je rozpracováno ve vnitřních předpisech, nařízeních Ministerstva spravedlnosti nebo nařízeních generálního ředitelství Vězeňské služby České republiky. Dle zákona 293/1993 Sb. o výkonu vazby a zákona 58/2017 Sb. o výkonu trestu odnětí svobody má obviněný/odsouzený právo na zdravotní péči v rozsahu a za podmínek stanovených zvláštním předpisem s přihlédnutím k omezením, vyplývajícím z účelu vazby/účelu trestu. Obviněný/odsouzený se zároveň musí podrobit preventivní vstupní, periodické a výstupní lékařské prohlídce v rozsahu určeném lékařem, včetně nezbytných diagnostických a laboratorních vyšetření, očkování a preventivním opatřením, stanovených orgány ochrany veřejného zdraví. Obviněný/odsouzený si hradí náklady na zdravotní péči nad rámec péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Dále je obviněný/odsouzený povinen uhradit škodu způsobenou Vězeňské službě České republiky za střežení a převoz do zdravotnického zařízení, pokud si úmyslně způsobí újmu na zdraví nebo opakovaně porušuje léčebný režim, předstíráním poruchy zdraví zneužívá zdravotní péči, nepodrobí se lékařskému zákroku, ke kterému dal předchozí souhlas nebo který si vyžádal. Ve všech věznicích jsou zdravotnická střediska zajišťující ošetření praktickým lékařem, dále se zajišťuje péče zubním lékařem popřípadě dalšími lékaři specialisty v oborech vnitřní lékařství, chirurgie, oftalmologie, otorinolaryngologie, dermatologie, psychiatrie, radiologie, pneumologie, gynekologie, kardiologie, urologie, neurologie, infekční lékařství, gastroenterologie. Vězeňská služba České republiky zajišťuje péči i ve dvou nemocnicích Vězeňské služby. Nemocnice jsou výkonným zařízením Vězeňské služby České republiky, která poskytují komplexní zdravotní péči ambulantní i ústavní osobám ve výkonu vazby, ve výkonu trestu a chovancům podle indikace, též v součinnosti s mimovězeňskými zdravotnickými zařízeními.

1.3.1 Vstupní lékařská prohlídka

Při nástupu do výkonu vazby či trestu je vězněná osoba povinna podrobit se vstupní lékařské prohlídce, která dle Nařízení ministra spravedlnosti č. 4 (2008) zahrnuje vyšetření praktickým lékařem, orientační epidemiologické vyšetření, rentgen srdce a plic, vstupní zubní vyšetření, u žen gynekologickou prohlídku a potřebná doplňující vyšetření. Sestra během prohlídky provádí orientační vyšetření zraku a sluchu, měří a váží klienta, měří krevní tlak. Sepisuje ošetřovatelskou anamnézu, provede EKG vyšetření a odebere krev. Při odběrech sestra dbá zvýšené opatrnosti, neboť u klientů je vyšší výskyt infekčních a pohlavních chorob. Dle Metodického listu č. 5/2011 ředitele

odboru zdravotnické služby a ředitele odboru výkonu vazby a trestu provede sestra vstupní monitoring omamných a psychotropních látek. Monitoring sestra provádí z moči pomocí multidrogového panelu. Jedná se o orientační imunografický test, fungující na principu těhotenského testu. Test dokáže zjistit drogové metabolity v lidské moči. Nález však, jak uvádí Zima (2015) mohou ovlivnit některé skutečnosti. Závisí nejen na typu užívané látky, ale i na diuréze, kdy při zvýšené diuréze je vzorek naředěn a metabolit nemusí být detekován. Při pozitivním testu je vhodné provést konfirmační vyšetření v laboratoři. Konfirmace se však při vstupních prohlídkách neprovádí. K tomuto vyšetření se přistupuje až při následném náhodném či cíleném monitoringu ve výkonu vazby či trestu. Látky přetrvávají v organismu dlouhou dobu, přestože již nemají účinky ovlivňující chování jedince. Metamfetaminy s amfetaminami mohou být v moči detekovány 2-14 dní, opiáty 1-3 dny, kanabinoidy 1-30 dní, benzodiazepiny 7 dní, barbituráty 30 dní, kokain 24 hodin a jeho metabolity až 3 dny a MDMA 1-3 dny. Vstupní monitoring je prováděn u všech obviněných nastupujících do výkonu vazby a u odsouzených nastupujících do výkonu trestu s délkou trestu vyšší než 4 měsíce. Dle výsledků monitoringu jsou vězněné osoby dispenzarizovány pro drogovou závislost. Zjistí-li se pozitivita na hepatitidu, postupuje lékař Vězeňské služby podle Metodického listu č. 6 (2011), kdy zajistí dispenzarizaci pacienta u hepatologa a následně odpovídá za poskytování doporučené zdravotní péče. Ve Vězeňské službě České republiky zajišťuje hepatologickou poradnu firma Remedis, která spolupracuje s většinou věznic. Potřebuje – li obviněný/odsouzený léky, jsou mu vydány v souladu s Nařízením generálního ředitele Vězeňské služby České republiky č. 15 (2017). Vzhledem k zvýšenému počtu dispenzarizovaných pacientů pro drogovou závislost a psychiatrických pacientů, jsou léky způsobující závislost vydávány pod dohledem personálem věznice. Léčivé přípravky zvláštního režimu, nebo další léčivé přípravky, u nichž tak stanoví lékař, jsou vězněné osobě předávány zpravidla v jednodenních, anebo jednorázových dávkách, a to v souladu s písemným rozhodnutím ošetřujícího lékaře, které je součástí zdravotnické dokumentace. Psychostimulancia a analgetika-anodyna se podávají vždy jen v jednorázových dávkách. Předání léčivého přípravku provádí v době provozu zdravotnického střediska všeobecná sestra. Léčivé přípravky jsou předávány zpravidla na zdravotnickém středisku přes průzor, kam jsou za tímto účelem vězněné osoby naváděny, nebo roznáškou na oddíly, ložnice nebo do cel. Při roznášce léčivých přípravků je vždy přítomen příslušník Vězeňské služby,

neboť se věnuje zvýšená pozornost přepravnímu boxu, v němž jsou roznášeny léčivé přípravky umístěny, aby nedošlo k jejich zneužití. Předávání léčivého přípravku mimo provozní dobu zdravotnického střediska provádí určení zaměstnanci a příslušníci Vězeňské služby. Sestry za tímto účelem připravují v přesném množství léčivé přípravky do lékovky nebo sáčku s identifikačními údaji pacienta v rozsahu jména, příjmení a data narození, dále názvem léčivého přípravku a dávkováním. Léčivé přípravky předávané v jednorázových dávkách se užívají vždy pod dohledem sestry, nebo příslušníka Vězeňské služby. Vězněné osoby léčivý přípravek vždy zapíjí.

1.3.2 Role sestry ve věznicích České republiky

Nejčastější role, které sestra při svém povolání plní, jsou poskytovatelka ošetrovatelské péče, manažerka, edukátorka, advokátka, nositelka změn, výzkumnice a mentorka. (Farkašová, 2006). Sestra ve věznicích České republiky poskytuje ošetrovatelskou péči nejen na střediscích, ale zajišťuje i roznášku léků na cely klientů. Vzhledem k zajišťování vyšetření v mimovězeňských zařízeních plní i roli sestry manažerky. Své manažerské schopnosti může plně využít i ve spolupráci s ostatními odděleními, které spolupracují na péči o vězněné osoby. Oddělení vězeňské stráže zajišťuje veškeré zdravotní eskorty do mimovězeňských zařízení. Sestra zodpovídá za předání informací mezi příslušnými odděleními. S oddělením výkonu vazby a trestu spolupracuje na předávání léků klientům po pracovní době zdravotního střediska. V péči o adiktologického klienta uplatní i své edukátorské dovednosti. Pro klienty je důležité zdůrazňovat preventivní opatření, motivovat k lepšímu způsobu života po skončení výkonu vazby či trestu. V případě zjištění infekčního onemocnění, poučení o vhodném chování, aby se nákaza dále nešířila. Při pohybu po věznici je to právě sestra, které se klienti svěří se svými problémy a starostmi a které ona pak tlumočí lékařům. Plní tedy i roli advokátky klientů. Při výkonu svého povolání může přispět i ke změnám na svém pracovišti, které by přispěly k efektivnější péči o klienty. V prostředí věznice je však většina postupů pevně daných nařízeními, které jsou odlišné od civilního ošetrovatelství. Roli zde hraje bezpečnostní složka. Není vyloučena ani role výzkumnice. Jen mentorství ve věznicích příliš sestry neuplatňují. Ve věznicích z bezpečnostních důvodů nestáží studentky ošetrovatelství. Sestry ve vedoucích funkcích mohou vhodným předáváním zkušeností řádně zaškolit nově nastupující sestry, aby se co nejdříve zorientovaly v poměrně složité problematice ošetrovatelství ve věznicích.

1.3.3 Péče o adiktologického klienta při nástupu do věznice

Při nástupu do věznice, kdy je závislému jedinci znemožněn přístup k návykové látce, se může rozvinout odvykací stav. Odvykací stav může být první komplikace, která klienta trápí, v civilním životě bývá častým důvodem k návratu užívání drogy. Tento stav však může být životu nebezpečný, komplikovaný křečemi nebo deliriem. Proces zvládnutí odvykacího stavu se nazývá detoxifikace. Metody detoxifikace rozděluje Dvořáček (2015) na tři typy přístupu. Lékařsko-ošetrovatelský přístup zahrnuje nejen ošetrovatelskou péči, ale i farmakoterapii a laboratorní vyšetření a zaměřuje se na zmírnění odvykacích příznaků a zabránění dalších komplikací. Psychoterapeutický přístup navazuje po odeznění odvykacích příznaků, kdy je podporována motivace pokračovat v terapeutickém programu. Neméně důležitý přístup představuje sociální práce. K terapeutickým postupům patří provedení základního vyšetření somatického stavu, provedení komplexního psychiatrického vyšetření, ošetření aktuálních zdravotních komplikací (záněty v místě vpichu, úrazy), zahájení terapie dlouhodobých somatických důsledků užívání návykové látky. Dále se provádí laboratorní vyšetření, nastaví se základní hygienická opatření. Měl by být stabilizován stravovací a pitný režim a navázán terapeutický vztah, který by motivoval klienta k další terapii. Před naplánováním další péče se řeší neodkladné sociální problémy. Dvořáček (2015) uvádí, jak postupovat v terapii u odvykacích stavů. Ve věznicích se nejčastěji řeší odvykací stav po odnětí alkoholu, kdy je využívána detoxifikace benzodiazepiny (diazepam, oxazepam), která se následně snižuje. Odvykací stavy po odnětí sedativ a hypnotik jsou podobné alkoholovému odvykacímu stavu. Základním principem detoxifikace je postupné, nikoliv náhlé vysazování návykové látky. Při detoxifikaci odvykacího stavu po odnětí opioidů se snažíme učinit stav lépe zvládnutelný a posílit motivaci k dlouhodobější léčbě. Lze použít detoxifikaci buprenorfinem, či metadonem, která se používá pouze v některých věznicích České republiky. Většinou se používá symptomatická detoxikace pomocí kombinace diazepamu, betablokátoru a spasmolytika. Při odvykacím stavu po odnětí kokainu či pervitinu se používají benzodiazepiny. Odvykací stav při odnětí ostatních stimulantů většinou nevyžadují farmakoterapii, při delších depresích je indikována antidepresivní léčba.

1.4 Protidrogová činnost ve věznicích

Protidrogovou politiku ve věznicích České republiky upravuje Nařízení generálního ředitele Vězeňské služby České republiky č. 33/2017, kterým se upravuje protidrogová politika Vězeňské služby České republiky. Ve věznicích se protidrogová politika provádí na pracovištích poradny drogové prevence, oddílu bezdrogové zóny, oddílu bezdrogové zóny s terapeutickým zacházením, oddílu pro výkon ochranného léčení protitoxikomanického, protialkoholního nebo pro patologické hráčství, oddílu specializovaném pro výkon trestu odsouzených s poruchou osobnosti a chování způsobenou užíváním návykových látek. Bezdrogové zóny se snaží minimalizovat možnosti kontaktu odsouzených s drogou, aplikovat bezdrogový režim, motivovat odsouzeného k abstinenci a snižovat zdravotní a sociální dopady jejich závislosti. Úkoly pracovníků Vězeňské služby vycházejí z Národní strategie protidrogové politiky (2011), která se také snaží o propojení veřejné správy, nestátních a svépomocných organizací na všech úrovních protidrogové politiky. Dalšími snahami je aktivní zapojení všech organizací do preventivních, vzdělávacích, léčebných, sociálních, regulačních a kontrolních opatření snižující dopady spojených s drogami. Ve věznicích jsou drogově závislé osoby náhodně či cíleně testovány na přítomnost omamných a psychotropních látek. Testování probíhá v souladu s Metodickým listem č. 5 (2011) o provádění monitoringu omamných a psychotropních látek ve Vězeňské službě České republiky. Určený pracovník oddělení výkonu vazby a trestu ve spolupráci se sestrou zajišťuje pravidelné testování při náhodném monitoringu nebo při cíleném testování. Náhodný monitoring se provádí každý měsíc nejméně u 5% obviněných. Každé pololetí se také testuje nejméně 50% odsouzených vykonávajících trest v bezdrogových zónách, odděleních specializovaných pro výkon trestu, odsouzených s poruchou osobnosti a chování, způsobenou užíváním návykových látek a odděleních specializovaných pro výkon ochranného léčení protitoxikomanického. Dále se náhodný monitoring provádí nejméně u 15% všech odsouzených s výjimkou již uvedených odsouzených v každém pololetí. Kromě náhodného monitoringu se provádí také cílené testování v případě podezření z nelegálního užití návykové látky, a to na základě rozhodnutí ředitele věznice nebo jeho zástupce, popřípadě na základě rozhodnutí generálního ředitele Vězeňské služby České republiky. Ve věznicích se substitučním programem se provádí každý měsíc nepravidelně testování všech klientů v rámci substituční léčby. V případě pozitivity těchto testů zajišťuje zdravotní sestra předání vzorků biologického materiálu

ke konfirmaci do toxikologické laboratoře. Prevence drogové závislosti by měla probíhat již na školách, neboť ohrožené jsou osoby s předčasně ukončenou školní docházkou, děti z rozvrácených rodin a děti v ústavní péči, jak uvádí Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogovou závislost v publikaci Drogy a ohrožené skupiny (2010). Miovský et al. (2003) zmiňují dvě cílové skupiny začleněné do léčebných programů pro drogově závislé. Jsou to uživatelé drog, kteří si svůj problém se závislostí uvědomují a jsou motivováni ke změně svého chování, druhou skupinu tvoří osoby s nařízenou ústavní léčbou. Nepustil a Szotáková (2013) upozorňují na rozdíl přístupu závislých osob ve vazbě a ve výkonu trestu odnětí svobody, kdy klienti vědí, jak mají dlouhý trest a mohou si již naplánovat smysluplné využití času stráveného ve věznici. Konfrontaci odsouzeného se životním příběhem zmiňují také Jiříčka a Prokešová (2012), jako prostředek vedoucí k porozumění souvislostí a získání sebenáhledu při terapii zaměřené na trestní čin. Schulte et al. (2010) se domnívají, že neméně důležitá v léčbě drogově závislých je psychosociální intervence a kognitivně- behaviorální terapie zahrnující cvičení, jak zvládat bažení a vyhýbat se situacím vedoucím k relapsu závislosti.

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Definovat potřeby adiktologického klienta při nástupu do věznice v České republice

Cíl 2: Zmapovat, jakým způsobem je zajišťována péče o adiktologického klienta ve věznicích České republiky

Cíl 3: Definovat aspekty ovlivňující péči sester o adiktologického klienta ve věznicích České republiky

Cíl 4: Zjistit možnosti sester v péči o adiktologického klienta ve věznicích v České republice

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké jsou potřeby adiktologického klienta při nástupu do věznice v České republice?
2. Jaké aspekty ovlivňují pobyt adiktologického klienta ve věznicích v České republice?
3. Jakým způsobem je naplňován ošetrovatelský proces u adiktologického klienta ve věznicích v České republice?

3 Metodika

3.1 Použité metody a techniky sběru dat

Ke zpracování diplomové práce bylo použito kvalitativní výzkumné šetření metodou dotazování. Sběr dat byl proveden formou polostrukturovaného rozhovoru se sestrami Vězeňské služby České republiky a s klienty nastupující výkon vazby či trestu ve věznicích České republiky, kteří byli dispenzarizováni pro závislost na návykových látkách. Byla provedena obsahová analýza zdravotnické dokumentace dotazovaných klientů. Kvalitativní výzkum se provádí při delším a intenzivnějším kontaktu s terénem (Hendl, 2016), právě pro možnost denního kontaktu s vybranými klienty jsme zvolili tento typ výzkumu. K rozhovoru bylo připraveno 10 otázek pro adiktologické klienty (viz Příloha 1) a 12 otázek pro všeobecné sestry (viz Příloha 2). Výzkumné šetření bylo provedeno po předchozím souhlasu vedení věznic. Oslovení probandi byli seznámeni s tématem a účelem výzkumu. Rozhovory se sestrami i s pacienty byly po jejich souhlasu zapisovány. V prostorách věznic není možné používat záznamová zařízení. Z tohoto důvodu nemohly být rozhovory nahrávány. Přepsané rozhovory byly vtištěny a podle jednotlivých otázek otevřeně kódovány metodou tužka a papír. Tímto kódováním jsme analyzovali získané údaje na jednotky a ty následně skládali novým způsobem (Švaříček et al., 2014). Na základě zpracování výsledků tohoto otevřeného kódování byly zjištěné informace selektivně zařazeny do kategorií a vytvořeno 16 schémat.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 15 záměrně vybraných sester aktuálně pracujících ve věznicích České republiky a 15 záměrně vybraných klientů nastupujících do výkonu vazby či trestu ve věznicích České republiky v období mezi zářím 2018 a únorem 2019, kteří zároveň splňovali kritérium adiktologického klienta. Adiktologický klient je dispenzarizovaný pro drogovou či alkoholovou závislost. Takový klient je, nebo v minulosti byl pravidelným uživatelem návykových látek. Soubor tvořilo 15 vězněných osob ve věku od 18 do 46 let, z nichž byly 4 ženy. Deset oslovených klientů nastupovalo do výkonu trestu a pět klientů do výkonu vazby. Pro přehlednost jsou identifikační údaje zaznamenány v Tabulkách 1 a 2. Dotazované všeobecné sestry jsou dále v textu označovány S1 – S15 a dotazovaní adiktologičtí klienti K1 – K15.

3.3 Operacionalizace pojmů

Adiktologie je transdisciplinární obor spojující biologická, psychologická a sociální hlediska do výzkumného rámce zaměřeného na konkrétní problematiku rizikového prostředí užívání návykových látek a závislostního chování (Kalina, 2015).

Vězněná osoba je osoba ve výkonu vazby nebo osoba ve výkonu trestu odnětí svobody. *„Odsouzený je ten, kdo byl v trestním řízení uznán vinným ze spáchání nějakého trestného činu a byl mu případně vyměřen určitý trest.“* (§ 12 odst. 9 zákona č. 141/1961 Sb. v platném znění)

*„Toho, kdo je podezřelý ze spáchání trestného činu, lze považovat za **obviněného** a použít proti němu prostředků daných zákonem teprve tehdy, bylo-li proti němu zahájeno trestní stíhání.“* (Zákon č. 141/1961 Sb. v platném znění)

Všeobecná sestra *„vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu.“* (§ 4 Vyhlášky č. 391/2017 Sb. v platném znění)

Závislost je chronické, recidivující onemocnění mozku, které se projevuje nutkavou touhou po drogách a jejím užívání, bez ohledu na škodlivé následky, které toto užívání způsobuje (DSM 5, 2013).

4 Výsledky

4.1 Kategorizace výsledků

Výzkumné šetření jsme rozdělili na dvě části. Zaměřili jsme se nejen na potřeby adiktologických klientů, ale i na pohled sester, které o tyto klienty pečují. V první části jsou uvedeny výsledky zpracovaných rozhovorů s adiktologickými klienty. Identifikační údaje klientů jsme zaznamenali do Tabulky 1. Analýzou výsledků získaných z rozhovorů s klienty vznikly čtyři kategorie.

Přehled kategorií a podkategorií:

Kategorie 1 Příčiny závislosti

životní situace

vliv okolí

psychický stav

Kategorie 2 Potíže při nedostatku návykové látky

somatické potíže

psychické potíže

Kategorie 3 Obavy při nástupu

somatické potíže

psychické potíže

Kategorie 4 Důsledky závislosti

somatické

psychické

sociální

ostatní

V druhé části jsme vedli rozhovory se sestrami pracujícími ve věznicích. Identifikační údaje sester jsou zaznamenány v Tabulce 2. Z výsledků rozhovoru vzniklo díky otevřenému kódování 12 kategorií

Přehled kategorií a podkategorií:

Kategorie 5 Předchozí zaměstnání sester

chirurgické obory

interní obory

akutní medicína

dětské oddělení

Kategorie 6 Důvod nástupu k Vězeňské službě ČR

pracovní doba

kariérní postup

jistota

ostatní

Kategorie 7 Vstupní testy

dle doporučení

neprovádíme

Kategorie 8 Rozdíly mezi vězněnou osobou a civilním pacientem

civilní pacient

vězněná osoba

není rozdíl

Kategorie 9 Druhy závislostí

tlumivé látky

simulační látky

halucinogeny

ostatní

Kategorie 10 Potíže adiktologických klientů

somatické potíže

psychické potíže

Kategorie 11 Dispenzarizace adiktologických klientů

somatické potíže

psychické potíže

prevence

nemáme nastavenou dispenzarizaci

Kategorie 12 Řešení abstinčního syndromu

somatické

psychické potíže

neřešíme

Kategorie 13 Komplikace péče o adiktologické klienty

zdravotní

medikace

psychika

ostatní

Kategorie 14 Potřeby adiktologických klientů

somatické potíže

psychické potíže

nevím

Kategorie 15 Odlišnosti v péči o adiktologické klienty

zdravotní služby

personál

psychika

není rozdíl

nevím

Kategorie 16 Možnosti sester v péči o adiktologického klienta

zdravotní služby

psychický stav klientů

ostatní

4.2 Výsledky rozhovorů s adiktologickými klienty

Tabulka 1 Identifikační údaje adiktologických klientů

KLIENTI	1	2	3	4	5
věk	35	39	33	24	35
pohlaví	žena	muž	muž	muž	muž
kolikátý pobyt ve věznici	1.	5.	1.	1.	1.
výkon vazby/ výkon trestu	vazba	trest	trest	trest	trest
nejvyšší vzdělání	ZŠ	ZŠ	ZŠ	SOU	SOU
zaměstnání	nepracuje	nepracuje	brigádně	nyin ne	OSVČ
začátek závislosti	ve 14	v 17	v 16	v 15	ve 20
délka závislosti	21 let	22 let	2 roky	9 let	15 let
užívané návykové látky	pervitin, buprenorfin	pervitin	alkohol	marihuana, heroin, pervitin, opiáty, Tramal	alkohol
kouření, počet cigaret/ den	Ano, 10	Ano, 10	ANO, 30	ANO, 20	ANO, 20
odvykací léčba	NE	NE	ANO	ANO, Subuxon	NE
BMI	16,76	20,06	25,56	27,43	20,89
psychiatrická léčba	NE	NE	ANO	ANO	ANO
vstupní test na drogy, pozitivita	BUP, MET	MET	BZD	BUP, BZD, opiáty, Tramal, THC	BZD
test na hepatitidy	Anti HCV reaktivní, PCR pozitivní	AntiHCV reaktivní, PCR negativní	negativní	Anti HCV reaktivní, PCR negativní	negativní
test na pohlavní choroby	negativní	negativní	negativní	negativní	negativní
abnormality v odběrech	AST 0,71	0	0	ALT 2,39, AST 1,35	bilirubin 26,2, ALT 1,09, AST 1,67, GGT 30,17, ALP 1,67
tetování	NE	ANO	ANO	NE	ANO

KLIENTI	6	7	8	9	10
věk	31	46	33	21	28
pohlaví	muž	muž	muž	žena	muž
kolikátý pobyt ve věznici	1.	2.	6.	1.	1.
výkon vazby/ výkon trestu	trest	trest	vazba	trest	trest
nejvyšší vzdělání	SŠ	SŠ	ZŠ	ZŠ	ZŠ
zaměstnání	až do nástupu	ID	nepracuje	nepracuje	až do nástupu
začátek závislosti	v 18	v 16	v 18	v 16	v 15
délka závislosti	13 let	30 let	15 let	5 let	12 let
užívané návykové látky	alkohol	Oxicontin, opiáty, analgetika	marihuana, pervitin	pervitin, Fentanyl, heroin	marihuana, pervitin, kokain, PCP, Braun, fentanyl, BZD
kouření, počet cigaret/ den	ANO, 30	NE	ANO, 20	ANO, 30	ANO, 20
odvykací léčba	ANO	ANO	nařízena soudem	ANO	ANO, Subutex
BMI	21,98	29,35	22,72	20,06	17,05
psychiatrická léčba	ANO	ANO	NE	ANO	ANO
vstupní test na drogy, pozitivita	negativní	BZD	MET, THC, BZD	MET, BZD	MET
test na hepatitidy	negativní	negativní	negativní	Anti HCV reaktivní, PCR negativní	Anti HCV reaktivní, PCR negativní
test na pohlavní choroby	syfilis - hospitalizace	negativní	negativní	negativní	negativní
abnormality v odběrech	ALT 3,08, AST 5,03, GGT 5,04, ALP 2,39	0	AST 0,76, ALT 0,81, GGT 1,56	0	ALT 2,69, AST 1,71
tetování	ANO	NE	ANO	ANO	NE

KLIENTI	11	12	13	14	15
věk	38	34	18	26	33
pohlaví	muž	muž	žena	žena	muž
kolikátý pobyt ve věznici	1.	3.	1.	1.	4.
výkon vazby/ výkon trestu	vazba	trest	vazba	vazba	trest
nejvyšší vzdělání	SOU	SOU	ZŠ	ZŠ	ZŠ
zaměstnání	brigádně	až do nástupu	nepracuje	nepracuje	až do nástupu
začátek závislosti	ve 13	v 15	ve 13	v 15	v 29
délka závislosti	25 let	19 let	5 let	11 let	4 roky
užívané návykové látky	opiáty, heroin, subutex, DHC, Kodein	marihuana, pervitin	marihuana, pervitin	marihuana, pervitin	marihuana, pervitin
kouření, počet cigaret/ den	ANO, 10	ANO, 10	NE	ANO, 10	ANO, 10
odvykávací léčba	ANO	NE	NE	NE	NE
BMI	21,13	20,57	19,03	18,69	22,41
psychiatrická léčba	NE	NE	ANO	ANO	NE
vstupní test na drogy, pozitivita	MET, opiáty	MET, THC	THC, opiáty	THC, BUP, BZD	THC, MET
test na hepatitidy	Anti HCV reaktivní, PCR negativní	Anti HCV reaktivní, PCR negativní	negativní	Anti HCV reaktivní, PCR pozitivní	negativní
test na pohlavní choroby	negativní	negativní	negativní	negativní	negativní
abnormality v odběrech	0	0	0	ALT 3,77, AST 1,83, GGT 0,9	0
tetování	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019

Z patnácti dotazovaných vězňených osob bylo 11 mužů a 4 ženy ve věkovém rozmezí 18–46 let. Deset dotazovaných klientů bylo ve věznici poprvé, u ostatních se jednalo o opakovaný pobyt. V jednom případě o šestý výkon trestu odnětí svobody. Pět dotazovaných klientů bylo ve výkonu vazby a deset klientů ve výkonu trestu odnětí svobody. Devět klientů uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání základní školu, ve čtyřech případech střední odborné učiliště a dva klienti dostudovali střední školu s maturitou. Čtyři dotazovaní uvedli, že pracovali až do nástupu výkonu vazby či trestu, jedna osoba byla OSVČ, dva klienti pracovali brigádně, jednomu klientovi byl přiznán invalidní důchod třetího stupně a sedm klientů nepracovalo. Začátek závislosti uvedli dotazované vězňené osoby mezi 13 a 29 lety života. Z toho pouze čtyři osoby začaly užívat návykovou látku po osmnáctém roce života. Délka závislosti se pohybovala mezi 2-30 lety. Z dotazovaných klientů byli tři závislí na alkoholu, jeden závislý na opiátech,

jeden pouze na pervitinu, pět vězňených osob uvedlo závislost na marihuaně a pervitinu a u pěti osob byla závislost na více druhů návykových látek. Z patnácti dotazovaných osob bylo třináct kuřáků. Odvykací léčbu podstoupilo osm dotazovaných osob, kdy pouze v jednom případě byla léčba úspěšně dokončena. BMI dotazovaných klientů se pohyboval mezi 16,76 – 29,35, průměrná hodnota byla 20,38. Jedenáct dotazovaných osob bylo tetováno. Pouze v jednom případě byl negativní vstupní test na návykové látky prováděný z moči. Při vstupních odběrech byl 8 x nález reaktivní anti HCV, který byl však metodou PCR zjištěn pozitivní pouze ve dvou případech. V jednom případě byla zjištěna pozitivita na syfilis a v sedmi případech byla zaznamenána elevace jaterních testů.

Schéma 1 Příčiny závislostí

Příčiny závislostí		
Životní situace	Vliv okolí	Psychický stav
<ul style="list-style-type: none"> • Úmrtí K2, K14 • Rozvod K15 • Úraz K7 • Dluhy K3 	<ul style="list-style-type: none"> • Parta K1, K2, K5, K10, K12, K15 • Starší partner K9, K10 • Péče o příbuzné K11 • Matka jako vzor K13 	<ul style="list-style-type: none"> • Útěk od reality K3, K5, K8 • Dobrý psychický pocit K5, K8 • Příležitost K6

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019

Kategorie příčiny závislostí se zaměřuje na odpovědi vězňených osob týkajících se důvodu vzniku jejich závislosti. Odpovědi jsme rozdělili na tři podkategorie podle podobnosti. Jednou z příčin ovlivňujících vznik závislosti u dotazovaných byla změna životní situace, druhou podkategorii tvořil vliv okolí a poslední podkategorii tvořily příčiny ovlivňující psychický stav klientů. Změna životní situace byla příčinou vzniku závislosti u klientů K3, K4, K7, K14 a K15. Klient K3 byl závislý na alkoholu, k alkoholu ho přivedly dluhy. Klient K3 uvedl: „*Poslední dva roky jsem začal více pít. Měl jsem dluhy, které jsem nebyl schopen splácet. Nemohl jsem usnout, neustále jsem řešil, jak seženu peníze. Abych usnul, tak jsem si dal panáka. Nyní vypiju až 1 litr rumu, abych usnul. Své problémy řeším alkoholem, ale ráno normálně chodím do práce, to nikdy nepiju.*“ Ve dvou případech jsme jako příčinu vzniku závislosti zjistili úmrtí blízké osoby. Klient K4 začal užívat marihuanu již v 15 letech, závislost na pervitinu, heroinu a především opiátech se však rozvinula až po úmrtí bratra o tři roky později. Klient K4 uvedl: „*Se ztrátou bratra jsem se ještě doted' nevyrovnal, musel jsem začít*

navštěvovat psychiatra.“ U klienta K4 byl po úmrtí bratra diagnostikován anxiózně depresivní syndrom. Při pokusu o snižování medikace se rozvinula epilepsie. Klient několikrát absolvoval odvykací léčbu a od poslední hospitalizace byl zařazen do substituční léčby Subuxonem. Podobná příčina způsobila závislost i u klientky K14. I ona začala v 15 letech kouřit příležitostně marihuanu. Na otázku, z jakého důvodu začala užívat návykové látky, odpověděla: *„V dospívání jsem se starala o babičku, což dávalo mému životu alespoň nějaký smysl. Po úmrtí babičky jsem si poprvé šňupla pervitin. Možná abych překonala zármutek. Později jsem si však začala i píchat.“*

Klient K7 byl závislý na opiátech. První užití bylo indikováno po autonehodě v 16 letech, kdy po úrazu dolní končetiny nakonec následovala vysoká amputace. Klient k této problematice uvedl: *„Byl jsem puberták, který se nechtěl smířit s tím, že už nikdy nebude chodit. Léky mi pomáhaly nejen od bolesti, ale přiváděly mě do příjemných stavů. Navštěvoval jsem pravidelně několik lékařů, kteří mi opiáty vždy ochotně napsali.“* V tomto případě je bohužel příčina i iatrogenní. Klient K15 začal užívat návykové látky v nejpozdějším věku, a to „až“ ve 29 letech. O své příčině se vyjádřil: *„Asi před 4 lety jsem si poprvé z hecu s kamarády zakouřil trávu. Byla to sranda. Před rokem jsem se ale rozvedl a ve chvíli, kdy mi došlo, že definitivně přijdu o dceru, jsem únik našel v pervitinu. Uvědomuji si, že to byla blbost, proto jsem také tady, ale sám jsem to prostě nezvládal.“*

Druhou podkategorii tvořili klienti, které ovlivnilo okolí. Nejčastěji v odpovědích zazněla jako příčina vzniku závislosti parta mladých lidí. Konkrétně tuto odpověď uvedli klienti K1, K2, K5, K10, K12 a K15. Na vliv staršího partnera, bohužel zkušeného uživatele drog doplatili klienti K9 a K10. Klientka K9, mladá jednadvacetiletá žena, která se od dětství léčí na psychiatrii pro ADHD a smíšenou poruchu chování a emocí, uvedla: *„Drogy mě vždycky lákaly a chtěla jsem je zkusit. V 16 letech jsem měla čtyřicetiletého přítele. Vyhovovalo mi, že jsem díky němu mohla odejít od rodičů a začít si žít po svém. Z rodiny se o mě pak starala jen babička. Přítel mi poprvé píchl pervitin. Babičce jsem brala léky a později, když byla vážně nemocná i fentanylové náplasti. To mi dělalo dobře, neboť to uklidňovalo ten můj neustálý vnitřní neklid. Asi 20 krát jsem měla i heroin, ale to je o něčem jiném. Je to naprosto krásný, nepopsatelný pocit, kdy jen ležíte a je vám hrozně krásně.“* Ovlivnit zkušenějším starším partnerem se mohou nechat i muži. Klient K10 popsal své příčiny vzniku závislosti takto: *„V 15 letech jsem měl o čtyři roky starší přítelkyni, se kterou*

jsem si poprvé šňupnul pervitin. Již předtím jsem párkrát kouřil s klukama trávu. Pak jsem hodně začal na učňáku, který jsem kvůli drogám ani nedokončil. Trávu jsem si i pěstoval. Jinak jsem vyzkoušel kde co: kokain, PCP, Braun, Fentanyl, BZD. Navštěvoval jsem i protidrogové centrum a 8 let byl na Subutexu. Měl jsem 2x 8mg a místo toho, abych to jedl, tak jsem si to píchal. Miloval jsem nájezdy pervitinu, kdy máte pocit vzestupu adrenalinu, jako by vám najednou rostly vlasy. Nemusel jsem ani jíst, ani spát a prostě jsem fungoval.“ Klient K10 byl rok po odvykací léčbě a drogy v současné době neužíval. Našel si přítelkyni, kterou si vzal za manželku a nyní očekával narození potomka. Jediný prohřešek za poslední rok byl těsně před nástupem, který popsal slovy: „Byl jsem tak rozhozený z rozsudku, který jsem dostal za nesplnění prospěšných prací. Jezdil jsem z práce rovnou do nemocnice za onkologicky nemocnou mámou. Navíc čekáme rodinu, na kterou se těším. Netušil jsem, že místo do porodnice pojedou do věznice, a tak jsem si večer před nástupem píchnul dávku. Mrzí mě to. Manželka to poznala a hrozně mi vynadala.“

Příčina drogové závislosti může někdy být způsobena i vlivem rodiny. V případě klienta K11 vznikla příležitostí sebrat léky vážně nemocné babičce, o kterou se starala v té době maminka dotazovaného klienta. Klientka K13 k dotazu na důvod užívání návykových látek odpověděla: „*Ve 13 letech jsem poprvé kouřila trávu a chvíli potom začala píchat pervitin. Nepřišlo mi to divné a nenormální. Matka taky bere drogy.*“

Třetí podkategorie zahrnovala klienty, u kterých důvodem užívání návykové látky bylo ovlivnění psychického stavu. Do této kategorie jsme zařadili všechny dotazované alkoholiky K3, K5 i K6 a klienty K8 a K15. Dobrý psychický pocit způsobený návykovou látkou jako příčinu vzniku závislosti uvedli klienti K5 a K8. Zároveň klienti K3, K5 a K15 přiznali, že jim závislost pomáhá utéci od reality. Klient K5 uvedl: „*Více jsem začal pít ve 20. Jsem truhlář, vydělávám dost peněz. Frajeřili jsme, jezdil jsem na motorkách, motal se kolem aut, střídal holky. Přestože alkohol ve větší míře piju 15 let, tak před dvěma lety po rozchodu s přítelkyní jsem začal ještě víc. Dnes vypiju tak 8 piv denně a třeba 2 panáky. Když se opiju, mám dobrý psychický pocit, takový pocit úlevy, trochu útěk od problémů.*“ Klient K6 byl jednatřicetiletý muž, který vyrůstal od dětství se sestrami po ústavech, neboť otec byl závislý na alkoholu. Ke své závislosti dodal: „*Z děcáku si nás všechny vzala teta. Já s ní ale nevycházel a ve třinácti od ní utekl. Tak mě dali do výchovného ústavu. Hned v osmnácti jsem odešel do Německa, kde jsem vystudoval hotelovou školu, bohužel také hned v osmnácti jsem začal pít. Později*

jsem pracoval na baru a alkohol byl prostě po ruce.“ Svou závislost si uvědomoval, v zahraničí dokonce podstoupil odvykací léčbu. Trpěl smíšenou poruchou osobnosti a čtyřikrát se pokusil o sebevraždu. K množství alkoholu řekl: „V poslední době piju hlavně vodku a jsem schopen vypít 4 lahve za den. Jiné drogy jsem ale nikdy nebral.“

Schéma 2 Potíže při nedostatku návykové látky

Potíže při nedostatku návykové látky	
Somatické potíže	Psychické potíže
<ul style="list-style-type: none"> • Epileptický záchvat K4, K9 • Celková nevolnost K6, K11 • Třes K5, K6 • Slabost K5 • Pocení K7 • Bolest K7 • Nespavost K11 • Křeče K3 • Zažívací potíže K5 • Výpadek paměti K3 	<ul style="list-style-type: none"> • Nervozita K2, K8, K11, K12, K13, K14 • Neklid K1, K12, K13, K14, K15 • Deprese K2, K14 • Úzkost K14, K15 • Agresivita K8 • Bažení K11

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019

Schéma 2 popisuje zdravotní potíže dotazovaných klientů při nedostatku návykové látky. Odpovědi jsme rozdělili na dvě podkategorie, potíže psychické a potíže somatické. Dotazovaní klienti závislí na alkoholu uváděli pouze somatické potíže, na rozdíl od klientů závislých na ostatních návykových látkách, u kterých se vyskytovaly jak potíže psychické, tak somatické. V podkategorii psychických závislostí nejčastěji zazněla v odpovědi nervozita, kterou uvedlo šest klientů. Klient K8 uvedl: „*Nemám-li pervitin, jsem hodně nervózní a často bývám agresivní. Vím to, ale nemohu s tím nic dělat.*“ Bohužel při nástupu do výkonu vazby, kdy hladiny návykových látek po 48 hodinách strávených v cele předběžného zadržení v organismu již poklesly, byl po rozhovoru s psychologem velmi rozrušen. Cestou na vstupní lékařskou prohlídku udeřil zařatou pěstí do mříže dveří a zlomil si ruku. Na nevysvětlitelném neklidu se shodlo pět klientů. Klient K2 a klientka K14 uvedli stav s depresemi, vyvolaný právě nedostatkem návykové látky. Klientka K14 řekla: „*Jsem nervózní, nevím, co mám dělat. Svírá mě úzkost a propadám depresím.*“ Úzkost zmínil i klient K15. Klient K11 svůj stav bez návykové látky popisuje: „*Je mi celkem jedno, co si vezmu. Neumím už bez drog normálně fungovat. Je mi vždy hrozně špatně, nemohu usnout, jsem nervózní a přemýšlím, jak získám cokoli, co mi zlepší náladu.*“ Somatické

potíže při nedostatku návykové látky uvedli dotazovaní klienti velmi rozmanitě. Shoda vždy dvou klientů nastala pouze u epileptického záchvatu, kdy se jednalo o psychiatricky léčené klienty. Dále vždy po dvou klientech uvedli celkovou nevolnost, slabost a třes. Z dalších uváděných somatických komplikací zmínili klienti pocení, bolest, nespavost, křeče, zažívací potíže a výpadky paměti.

Schéma 3 Obavy při nástupu do věznice

Obavy při nástupu do věznice	
Somatické potíže	Psychické potíže
<ul style="list-style-type: none"> • Abstinenční syndrom K1, K2, K3, K5, K6, K8, K9, K11, K12 • Epileptický záchvat K4, K9 • Bolest K7 • Vznik závislosti K10 	<ul style="list-style-type: none"> • Deprese K12, K14, K15 • Samota K5, K15 • Psychický tlak K2, K10 • Výčitky svědomí K15 • Omezení svobody K13 • Ztráta partnera K6

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019

Další z otázek rozhovoru směřovala na obavy klientů nastupujících do věznic České republiky. Odpovědi jsme rozdělili na dvě podkategorie. První podkategorie se týkala obav zahrnující somatické potíže. Devět z patnácti dotazovaných osob se obávalo abstinčního syndromu (K1, K2, K3, K5, K6, K8, K9, K11 a K12). Měli obavy, jak zvládnou období bez návykové látky. U klientů K2, K3, K5, K6, K8, K9, K11, K12, K13 a K14 indikoval lékař přechodnou medikaci na překlenutí počátečního období bez návykové látky. U klientů K1, K5 a K9 se rozvinul abstinční syndrom. Klientka K1 při nástupu neuváděla žádné somatické ani psychické potíže, spolupracovala. Přechodná medikace nebyla indikována. Zprvu popírala pravidelné užívání drog. Pozitivitu vstupního monitoringu návykových látek z moči komentovala jako náhodnou dávku těsně před nástupem. Po deseti dnech byla navedena do ordinace s již rozvíjejícím se abstinčním syndromem. Kdy svůj stav popisovala: „*V noci jsem nespala, nemůžu několik dní usnout. Hrozně mě bolí nohy, budí mě potřeba si nohy protáhnout.*“ Klient K5 je alkoholik, který své obavy vyjádřil již při vstupní prohlídce: „*Přestože mám poměrně krátký trest, mám obavy z počátečního nedostatku alkoholu. Denně teď piju 8 piv a nějaké panáky. Uvědomuji si, že není dobré tolik pít, že bych měl přestat, ale chlast mi pomáhá překlenout samotu.*“ Od nástupu do věznice byla zavedena medikace Diazepamem a Thiapridalem, jaterní testy byly elevovány. I přes preventivní opatření po týdnu pobytu ve věznici došlo ke kolapsovému stavu na cele, kdy se klient

cítil slabý, třásl se a projevíly se křeče. Klientka K9 již s rozvinutými abstinenciálními příznaky nastoupila. Při vstupní prohlídce byla velmi agresivní, slovně napadala lékaře a dožadovala se okamžité preskripčně vázané medikace, kterou si s sebou nepřinesla. Léky byly v den nástupu opatřeny a byla rozepsána i medikace s Diazepamem. Klientka přibližně týden prospala. Teprve potom bylo možné provést s ní rozhovor. Její jednání se velmi zlepšilo a ona situaci vyjádřila: „*Ted' před nástupem jsem byla hospitalizována v Bohnicích, kde mi konečně nastavili léčbu, aby mi vyhovovala. Hrozně jsem se bála, že tady nebudu moci užívat Diazepam, proto jsem oddalovala nástup do věznice. Bála jsem se abstinenciálních příznaků a epileptických záchvatů.*“ I klient K4 měl největší obavu z epileptického záchvatu. Pro klienta K7 byla nejhorší představa, že bude mít bolesti. Ve věznici byl již podruhé, proto věděl, že v tomto prostředí se nepodávají opiáty, na kterých je závislý. Při vstupu vyjádřil své obavy slovy: „*V poslední době přemýšlím, jestli vůbec má můj život smysl. Vždy se začnu potit, cítím fantomové bolesti. Proto jsem také před nástupem do výkonu vypil směs do ostričkovaců.* Zcela nestandardní obavu však vyslovil klient K10. Jednalo se o klienta, který jako jediný v současné době aktivně návykové látky neužíval. Při vstupu měl pozitivní test na pervitin. K celé situaci se vyjádřil: „*Je to moje chyba, že jsem tady. Měl jsem nařízené prospěšné práce, bohužel jsem je nestíhal odpracovat. Rok abstinuji. Při odvykací léčbě jsem se seznámil se svou manželkou, se kterou nyní čekáme miminko. Uvědomuji si, že mi drogy zničily zdraví i předchozí vztah. Nyní je mi všechno líto a od nástupu brečím jako malý kluk. Můj otec je recidivista. Udělal spoustu špatných věcí. Bojím se, že mě budou spojovat s jeho jménem a budu to mít těžký. Zároveň z doslechu vím, že ve věznicích se dost fetuje, tak mám trochu obavy, abych do toho právě ve výkonu nespádl znovu. Musím to nějak vydržet, abych už byl s manželkou a sem se nikdy nevrátil.*“

Druhou podkategorii tvořily obavy týkající se psychických potíží. Nejčastěji měli klienti obavy z rozvoje depresí. Tuto odpověď uvedli klienti K12, K14 a K15. Klient K15 byl závislý čtyři roky, ve výkonu trestu je nyní již počtvrté a vyjádřil se takto: „*Bojím se výčitek svědomí a depresí, prostředí ale znám, tak doufám, že to nějak zvládnou.*“ Dva dotazovaní K2 a K10 uvedli obavu z psychického tlaku, který na ně bude v prostředí věznice vyvíjen. Největší obavou pro K5 a K14 je samota. Klientka K13 se nejvíce obávala, jak překoná omezení osobní svobody a zvládne podřízenou pozici. Klient K6 neměl obavy o sebe, ale trápilo ho, zda na něho partnerka s dcerou počkají.

Schéma 4 Důsledky závislosti

Důsledky závislosti			
Somatické	Psychické	Sociální	Ostatní
<ul style="list-style-type: none"> • Abstinenční syndrom K1, K4, K5, K9 • Abscesy K1, K2, K9, K14 • Hepatitis C K10, K11, K12, K14 • Nespavost K1, K3 • Bolest K1 • Zácpa K9 • Žaludeční vředy K3 • Bolesti žaludku K8 	<ul style="list-style-type: none"> • Nízké sebevědomí K9 • Agresivita K6 	<ul style="list-style-type: none"> • Ztráta vztahu K5, K10 	<ul style="list-style-type: none"> • Zlepšení stavu K2, K7, K9 • Bez potíží K5, K6, K13, K15

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019

Kategorii důsledky závislosti jsme rozdělili na čtyři podkategorie a to důsledky somatické, psychické, sociální a ostatní. Ze somatických potíží způsobených závislostmi byly nejčastěji zastoupeny abscesy v okolí žilních vstupů, abstinenční příznaky a nákaza hepatitidou C. Abscesy byly zaznamenány u klientů K1, K2, K9 a K14. Klient K2 měl rozsáhlé defekty na horních i dolních končetinách. Bakteriologickým vyšetřením byla zjištěna nákaza *Staphylococcus aureus* a nasazena antibiotická léčba. Hluboké defekty byly opakovaně ošetřovány, kdy teprve po 14 dnech se začala obnovovat epitelizace. Opakované stavy abstinenčních syndromů jsme zaznamenali u čtyř dotazovaných klientů K1, K4, K5 a K9. Klientka K1 v důsledku abstinenčního syndromu trpěla nesnesitelnými bolestmi dolních končetin. Nákazu hepatitidou C jako důsledek své závislosti uvedli čtyři klienti K10, K11, K12 a K14, přestože odběry byly zjištěny anti HCV protilátky reaktivní u osmi dotazovaných klientů. Pouze ve dvou případech K1 a K14 byla nákaza potvrzena PCR vyšetřením a klientky byly odeslány na infekční oddělení k nastavení léčby. Klienti K1, K2, K4 a K9 zřejmě svou dřívější nákazu hepatitidou C nepovažovali za důležitou. Ze somatických komplikací své závislosti klientku K9 trápila pouze zácpa. Komplikace v gastrointestinálním traktu pak vnímali jako důsledek své závislosti dva klienti. U klienta K3 nadužívání alkoholu způsobilo žaludeční vředy. Klient K8 trpěl bolestmi žaludku, ale vředy zatím nebyly diagnostikovány.

Podkategorie psychických důsledků způsobených závislostmi obsahovala dvě odpovědi. Klientka K9 uvedla: „*Uvědomuji si, že mě drogy změnily spíš psychicky. Víc se bojím lidí, nemám dostatek sebevědomí. Ráda bych čas ve věznici využila pro učení. Chtěla bych zkusit dodělat školu a začít jinak, bez drog, jen nevím, jestli toho budu vůbec schopná. Už se asi nic nenaučím.*“ Klient K6 vnímal negativně svou agresivitu, která se objevuje právě po požití alkoholu. Tato komplikace užívání návykové látky ho přivedla až do výkonu trestu.

Komplikaci v sociální oblasti si většina klientů příliš nepřipouští, přestože většina z nich nikdy nepracovala a těžko by i práci hledala. Pouze dva klienti K5 a K10 uvedli důsledek své komplikace ze sociální oblasti. V obou případech se jednalo o ztrátu partnera. Oba muži vyjádřili lítost nad touto ztrátou.

Čtyři dotazovaní klienti K5, K6, K13 a K15 se domnívali, že jim návykové látky nezpůsobily žádné zdravotní potíže. Tři klienti dokonce uvedli, že díky návykovým látkám se jejich zdravotní stav zlepšil. K4 uvádí: „*Osobně mi drogy přinášejí spíše zlepšení mého stavu, nemám deprese a cítím se lépe.*“ Podobně se vyjádřil klient K7 užívající opiáty: „*Beru léky, abych se vyvaroval zdravotním potížím.*“ Podobně omlouvala své užívání návykových látek klientka K9: „*Pervitin beru jako lék na ADHD, stejně jako benzodiazepiny. Zmírňuje to můj vnitřní neklid.*“

4.3 Výsledky rozhovorů se sestrami

Tabulka 2 Identifikační údaje všeobecných sester

sestra	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7	S 8	S 9	S 10
délka praxe	37	37	35	20	7	26	20	22	14	26
praxe ve vězeňské službě	8	31	28	2	4	5	2	6	2	2
nejvyšší vzdělání	VŠ - Mgr.	SŠ	VŠ - Mgr.	SŠ	VŠ - Bc., MBA	VŠ - Bc.	VŠ - Bc.	SŠ	SŠ	SŠ

sestra	S 11	S 12	S 13	S 14	S 15
délka praxe	22	35	16	27	32
praxe ve vězeňské službě	9	5	3	6	4
nejvyšší vzdělání	VŠ - Bc.	SŠ	VŠ - Bc.	VŠ - Bc.	VŠ - Mgr.

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019

Z tabulky je patrné, že délka praxe dotazovaných sester se pohybuje mezi 7 – 37 lety, doba praxe ve Vězeňské službě České republiky mezi 2 – 31 lety. Z těchto údajů vyplývá, že pouze tři sestry nastoupily k vězeňské službě s kratší než desetiletou praxí. Devět z dotazovaných sester mělo vysokoškolské vzdělání, šest sester s titulem Bc. a tři sestry s titulem Mgr. Šest sester získalo středoškolské vzdělání.

Schéma 5 Předchozí zaměstnání sester

Předchozí zaměstnání sester			
Chirurgické	Interní obory	Akutní medicína	Dětské oddělení
<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie S3, S8, S9, S14, S15 • Instrument S6, S10, S15 • Plastická chirurgie S8 • Chirurgická ambulance S1,S13 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrie S2, S3 • ONP S7 • Oční S11 • Infekce S12 	<ul style="list-style-type: none"> • ARO S4, S11, S12 • Zdravotní záchranná služba S4 	<ul style="list-style-type: none"> • Porodní asistentka S1 • Dětské oddělení S11

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019

Žádná z dotazovaných sester nenastupovala hned po dokončení studia přímo k Vězeňské službě ČR. Nejkratší doba mezi dokončením studia a nástupem k Vězeňské službě ČR byla tři roky. Pouhé tři sestry měly předchozí praxi kratší než deset let. Sedm dotazovaných sester uvedlo, že před nástupem do věznice vícekrát změnily pracoviště. Předchozí zaměstnání jsme rozdělili do 4 podkategorií. V chirurgických oborech před

nástupem do věznic pracovala většina z dotazovaných sester, a to jedenáct sester. Jedna sestra S8 pracovala na plastické chirurgii, dvě sestry S1 a S13 na chirurgické ambulanci, tři sestry před nástupem do věznic instrumentovaly S6, S10, S15 a pět sester pracovalo na lůžkových chirurgických odděleních S3, S5, S8, S9, S14. Čtyři sestry před nástupem k Vězeňské službě pracovaly v akutní medicíně. Tři z nich S4, S11 a S12 na oddělení ARO a sestra S4 později pracovala u záchranné služby. Pět sester uvedlo předchozí zkušenost s interními obory. Sestra S7 pracovala na oddělení následné péče, S11 na očním. Sestry S2 a S3 jistě mohly využít své předchozí zkušenosti z psychiatrického oddělení. Podobně i sestra S12 využila svou zkušenost z infekčního oddělení.

Schéma 6 Důvod nástupu k Vězeňské službě ČR

Důvod nástupu k Vězeňské službě ČR			
Pracovní doba	Kariérní postup	Jistota	Ostatní
<ul style="list-style-type: none"> • Ranní provoz S2, S3, S6, S7, S9, S10, S11, S14 • Absence služeb S2, S3, S9, S14 	<ul style="list-style-type: none"> • Pozice vrchní sestry S1, S4, S5 • Výzva S1, S5, S7 	<ul style="list-style-type: none"> • Státní organizace S8, S13 • Finance S8, S11, S13, S15 	<ul style="list-style-type: none"> • Zrušení místa S12 • Předchozí spolupráce s věznicí S12

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019

Tuto kategorii jsme rozdělili na čtyři podkategorie. Tři sestry motivoval kariérní postup, kdy přijaly místo vrchní sestry S1, S4 a S5. Sestry S1, S5 a spolu s nimi i S7 braly nástup do věznice jako výzvu. Nejvíce zastoupenou podkategorií byla skupina sester, které motivovala pracovní doba na střediscích jednotlivých věznic. Osm sester přimělo k nástupu ranní provoz, čtyři sestry nezapomněly zmínit absenci služeb a jistotu volných víkendů a svátků. Třetí podkategorii tvořily sestry, pro které představovala Vězeňská služba ČR jakousi jistotu, sestry S8, S11, S13 a S15 motivovala finanční stránka této práce a sestry S8 a S13 přesvědčil fakt, že se jedná o státní organizaci. Odlišnou motivaci měla sestra S12, které zrušili její místo na infekční ambulanci a tak využila své předchozí spolupráce s Vězeňskou službou ČR, znalost problematiky a nastoupila do věznice.

Schéma 7 Vstupní testy

Vstupní testy	
Dle doporučení	Neprovádíme
<ul style="list-style-type: none"> S4, S6, S7, S8, S9, S12, S13, S14, S15 	<ul style="list-style-type: none"> S1, S2, S3, S5, S10, S11

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019

Na tuto otázku byly pouze dvě odpovědi, a to podle typu věznice. Sestry z vazebních věznic, kde vězni nastupují k výkonu vazby či trestu shodně udaly, že postupují podle Nařízení ministra spravedlnosti č. 4 (2008). Sestry z věznic již vstupní vyšetření neprovádějí, pouze doplňují v případě potřeby požadovaná vyšetření.

Schéma 8 Rozdíly mezi vězněnou osobou a civilním pacientem

Rozdíly mezi vězněnou osobou a civilním pacientem	
Civilní pacient	Vězněná osoba
<ul style="list-style-type: none"> Úcta ke zdravotnickému personálu S2, S4 Pravdomlupnost S2 Samostatnost S2 Řeší svůj zdravotní stav S15 	<ul style="list-style-type: none"> Přednostní vyšetření S3, S4, S5, S6, S13, S14 Zneužívání péče S3, S4, S10, S15 Stížnosti S4, S6, S14 Nemožnost volby lékaře S6, S12, S14 Závislost na personálu S7, S10 Simulace S1, S15 Nízké IQ S1 Agravace S1 Horší komunikace S9 Jiné priority S9

Není rozdíl S8, S10 Ve všem je rozdíl S11

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019

Při dotazu na rozdíl mezi vězněnou osobou a civilním pacientem se pouze tři sestry vyjádřily k civilním pacientům. Sestra S15 uvedla, že civilní pacient řeší prioritně svůj zdravotní stav. Sestry S2 a S4 upoutala větší úcta civilních pacientů ke zdravotnickému personálu. Sestra S2 zároveň uvedla jako přínos civilních pacientů jejich pravdomlupnost a samostatnost. Sestra S4 odpověděla: „Civilní pacienti, ač jsou různorodí, si váží práce, kterou za ně děláme. Zdejší klienti to berou jako samozřejmost a mají na to právo. Dožadují se zdravotních eskort, které se jim vyřídí vždy do týdne, kdežto v civilu čekají lidi i rok na vyšetření. A to nikomu neublížili a žádnou trestnou činnost neprovedli. Odsouzení vše berou jako předem vyřízené a běda, jak jim není

vyhověno. To je pak jedna stížnost za druhou, píší na Generální inspekci bezpečnostních sborů, Českou lékařskou komoru, ombudsmance, Ministerstvu zdravotnictví i spravedlnosti, prostě kam se dá.“ Pro sestru S8 a S10 nebyl rozdíl mezi civilním pacientem a vězněm, na rozdíl od sestry S11, která spatřuje rozdíl naprosto ve všem. Ostatní sestry se vyjádřily k vězněným osobám. Nejčastěji zaznělo konstatování přednosti vyšetření v mimovězeňských zdravotních zařízeních. Tento fakt zmínilo šest sester S3, S4, S5, S6, S13 a S14. Sestra S5 uvádí: „Vězněná osoba, ač někdy nechtěně, má při ošetření ve zdravotnických zařízeních přednost. Sama jsem pár zdravotních eskort absolvovala a mohla pozorovat, jak se to civilním lidem nelíbí.“ Podobné pocity měla i sestra S14: „Vězni si sice nemohou zvolit lékaře, ale péče v mimovězeňských zařízeních je jim poskytnuta mnohem rychleji. Zařízení nechtějí mít v čekárně ozbrojené eskorty. S přibývajícím stížnostmi vycházejí lékaři vězňům vstříc.“ Další rozdíl spatřovaly sestry S3, S4, S10 a S15 v zneužívání poskytované zdravotní péče. Sestra S15 uvedla: „Civilní pacient řeší svůj aktuální zdravotní stav. Vězeň dost často bere návštěvu ordinace jako zpestření svého pobytu ve věznicí.“ Tři sestry S4, S6 a S14 zaznamenaly větší počet stížností od vězněných osob. Skutečnost nemožnosti volby lékaře zmínily tři sestry S6, S12 a S14. Nevýhodou pro vězněné osoby je závislost na zdravotnickém personálu. Sestry musí vězněným pacientům obstarat léky, zařídit specializovaná lékařská vyšetření nebo zajistit kompenzační pomůcky. Toto si uvědomily sestry S7 a S10. Většina sester však uvedla spíše nevýhody těchto pacientů. Dvě sestry S1 a S15 se domnívají, že vězněné osoby více simulují. Další okolnost ovlivňující ošetřování je nižší IQ a agravace pacientů což uvedla sestra S1. Sestra S9 spatřovala komplikaci v horší komunikaci a skutečnosti, že vězněné osoby obvykle mívají zcela odlišné priority od civilních pacientů.

Schéma 9 Druhy závislostí

Druhy závislostí			
Tlumivé látky	Stimulační látky	Halucinogeny	Ostatní
<ul style="list-style-type: none"> • Alkohol S2, S4, S7, S9, S11, S13, S14 • Léky S4, S5, S13, S15 • Opiáty S8 	<ul style="list-style-type: none"> • Pervitin S3, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S13, S14, S15 • Nikotin S1, S6, S14, S15 	<ul style="list-style-type: none"> • THC S3, S6, S7, S8, S10, S11, S13, S14, S15 	<ul style="list-style-type: none"> • Hazardní hry S2 • Obecně drogy S2, S4, S5, S8, S12

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019

Dotazem na nejčastější typ závislosti jsme chtěli zjistit, jak tuto problematiku vnímají sestry. Odpovědi jsme rozdělili do čtyř podkategorií podle typu návykové látky na látky tlumivé, stimulační, halucinogeny a ostatní. Nejpočetněji byla zastoupena skupina stimulačních látek, kterou zmínilo patnáct sester. Deset sester uvedlo jako nejčastěji užívanou návykovou látku pervitin. Pouze pět sester uvedlo nikotin, přestože většina vězňených osob kouří a z patnácti dotazovaných vězňených osob bylo třináct kuřáků. Nikotin většina lidí nepovažuje za návykovou látku. Tlumivé návykové látky uvedlo dvanáct sester. Nejpočetněji z této skupiny byl zastoupen alkohol a to v devíti případech, čtyři dotazované sestry uvedly závislost na lécích a jedna sestra konkretizovala přímo závislost na opiátech. Druhou nejpočetněji zastoupenou návykovou látkou byla marihuana, již uvedlo devět sester. Do podkategorie ostatní jsme zařadili závislost na hazardních hrách, kterou zmínila sestra S2 a skupinu pěti odpovědí S2, S4, S5, S8, S12, kdy sestry shodně obecně uvedly závislost na drogách. Sestry blíže nespecifikovaly konkrétní druh, po následných dotazech vysvětlily, že myslely jakoukoli, většinou intravenózně podávanou návykovou látku.

Schéma 10 Potíže adiktologických klientů

Potíže adiktologických klientů	
Somatické potíže	Psychické potíže
<ul style="list-style-type: none"> • Bolest S1, S4, S8, S12, S15 • Třes S6, S7, S9, S14, S15 • Nespavost S1, S2, S5, S8 • Pocení S5, S7, S15 • Hepatitida C S4, S15 • Podvýživa S14 • Zvracení S7, S9 • Špatný žilní vstup S14, S15 • Kariézní chrup S13, S14 • Sebepoškození S4 • Multiorgánové komplikace S2 • Epileptický záchvat S5 • Zvýšené jaterní testy S15 • Otoky S13 • Kožní defekty S13 • Zácpa S9 • Závratě S5 	<ul style="list-style-type: none"> • Nervozita S6, S7, S14, S15 • Úzkost S3, S4 • Deprese S4 • Agresivita S4 • Halucinace S5 • Náladovost S6

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019

Kategorii potíží adiktologických klientů jsme rozdělili do dvou podkategorií, na skupinu obsahující somatické potíže a skupinu obsahující psychické potíže. Nejčastěji sestry

jako somatický problém u závislosti uvedly bolest 5x, třes 5x, nespavost 4x, pocení 3x, hepatitidy 2x, zvracení 2x, zažívací potíže 2x, špatný žilní vstup 2x, špatný stav chrupu 2x a po jedné odpovědi zazněly tyto komplikace – multiorgánové komplikace, sebepoškozování, závratě, epileptický záchvat, podvýživa, zvýšené jaterní testy, zácpa, otoky a kožní defekty. Z psychických komplikací u vězněných osob sestry nejčastěji vnímaly nervozitu ve čtyřech případech, ve dvou případech uvedly úzkost a po jedné odpovědi zazněly deprese, agresivita, halucinace a náladovost.

Schéma 11 Dispenzarizace adiktologických klientů

Dispenzarizace adiktologických klientů		
Somatické potíže	Psychické potíže	Prevence
<ul style="list-style-type: none"> • Infekční oddělení S6, S8, S9, S10, S14 • Kontrola jaterních testů S6, S7, S8, S9, S14 • Sledování abstinčních příznaků S13, S14 • Hepatolog S10 • Medikace S6 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatr S10, S15 • Sledování abstinčních příznaků S13, S14 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoring drog S3, S6, S8, S15
<p>Nemáme nastavenou dispenzarizaci S1, S2, S4, S5, S11</p>		

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019

Na problematiku dispenzarizace je ve věznicích rozdílný názor. Většina dotazovaných se shodla, že by bylo dobré, aby se o závislé jedince staral školený klinický adiktolog. Tuto variantu péče upřednostňuje i Zdravotní odbor Generálního ředitelství Vězeňské služby České republiky. Bohužel je však zatím minimum věznic, které klinického adiktologa zaměstnávají. Dispenzarizace se ze zdravotní stránky týká spíše aktuálních somatických potíží a sestry nejčastěji zmiňovaly spolupráci s infekčním oddělením v pěti případech S6, S8, S9, S10 a S14 a kontrolu jaterních testů S6, S7, S8, S9 a S14. Dvě sestry uvedly sledování rozvoje abstinčních příznaků S13 a S14. A po jedné odpovědi zazněla potřeba medikace S6 a intervence hepatologa S10. Dotaz nebyl přímo mířen na služby hepatologa a léčbu hepatitidy C. Z 36 věznic má 33 věznic smlouvu s externím zařízením, které zajišťuje intervence hepatologa a léčbu hepatitidy C přímo ve věznicích České republiky. Další podkategorií byla dispenzarizace pro psychické potíže zahrnující návštěvu psychiatra, což uvedly sestry S10 a S15. V některých věznicích je psychiatr zaměstnán na částečný úvazek, což je jistě výhodné zvláště

při řešení abstinčních příznaků. Další podkategorii jsme označili jako prevenci a týkala se náhodného monitoringu drog, který zdravotní střediska obstarávají ve spolupráci s oddělením výkonu vazby a trestu. Tento monitoring si s dispenzarizací adiktologických klientů spojily čtyři sestry S3, S6, S8 a S15. Touha po návykové látce mnohé vězněné osoby neodradí ani ve výkonu trestu. Je proto velmi náročné uhlídat, aby byl přístup k návykovým látkám zamezen. Poslední podkategorii tvořily sestry, které se domnívají, že v jejich věznicích není dispenzarizace adiktologických klientů zavedena. Tuto skutečnost uvedlo pět sester S1, S2, S4, S5 a S11. Čtyři z těchto sester nebyly z nástupních věznic.

Schéma 12 Řešení abstinčního syndromu

Řešení abstinčního syndromu	
Somatické potíže	Psychické potíže
<ul style="list-style-type: none"> • Medikace S6, S7, S8, S9, S12, S13, S14, S15 • Krizová cela S5 • Hospitalizace S5 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatr S2, S4, S5, S12, S14, S15 • Poučení S7, S12 • Psycholog S5
Neřešíme abstinční syndrom S1, S3, S10, S11	

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019

Při řešení abstinčního syndromu se zdravotnický personál zaměřuje jednak na psychickou stránku klienta, na druhé straně na somatickou stránku. V podkategorii somatických potíží uváděly sestry potřebu nastavení medikace, a to v osmi případech S6, S7, S8, S9, S12, S14 a S15. Sestra S6 uvedla i přesný rozpis nastavené medikace „*Medikace se nastavuje podle typu závislosti. Alkoholikům dáváme obvykle Thiapridal 0-0-1 a Diazepam 1-0-1. Thiapridal se může ale podat až 3x 100 mg v ambulantním režimu a za hospitalizace se může dávka navýšit až na 600 – 800 mg za den. Lidem na heroinu dáváme Codein.*“ Sestra S5 zmínila: „*Některé klienty je nutné umístit na krizovou celu a to v případě, jsou-li nebezpeční sami sobě nebo svému okolí, nelepšili se stav ani po umístění na krizovou celu, je nutná hospitalizace na psychiatrickém oddělení Vězeňské nemocnice v Brně.*“ Druhou podkategorii jsme nazvali psychické potíže. Do této podkategorie jsme zařadili návštěvu psychiatra, kterou vyhodnotilo jako nezbytnou šest sester. Před návštěvou psychiatra je na místě návštěva psychologa, který je v každé věznici, což uvedla S5. Sestry S7 a S12 se domnívají, že je také potřeba klienta řádně poučit o možných komplikacích. Čtyři sestry S1, S3, S10 a S11 uvedly,

že neřeší problematiku abstinčních příznaků. Tyto sestry nepracují ve vazebních věznicích, kde klienti nastupují k výkonu vazby či trestu.

Schéma 13 Komplikace péče o adiktologické klienty

Komplikace péče o adiktologické klienty			
Zdravotní	Medikace	Psychika	Ostatní
<ul style="list-style-type: none"> • Častější ošetření S6, S8, S10, S11, S14, S15 • Špatný žilní přístup S7, S9, S13, S14 • Riziko infekčního onemocnění S13, S14 • Zhoršený stav S7 • Opakovaný monitoring drog S15 	<ul style="list-style-type: none"> • Příprava léků S6, S7, S8, S14, S15 • Zvýšený zájem o preskripci S10, S11, S14 • Zajištění substituce S15 	<ul style="list-style-type: none"> • Nespolupráce S6, S8 • Zhoršená adaptace S12 	<ul style="list-style-type: none"> • Administrativa S6 • Neznalost S5 • Bez komplikací S1, S2, S3, S4

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019

Odpovědi na otázku, jaké komplikace v péči přináší adiktologický pacient jsme rozdělili do čtyř podkategorií, na komplikace týkající se zdravotních problémů, problémů s nastavením medikace, psychického stavu klientů a ostatních komplikací. Nejčastěji uvedly sestry skutečnost častějších návštěv adiktologických klientů na střediscích věznic. Na této odpovědi se shodlo šest sester S6, S8, S10, S11, S14 a S15. Jako komplikaci v péči o tyto klienty viděly sestry S7, S0, S13 a S14 také špatný žilní přístup, díky kterému se zvyšuje i riziko infekčního onemocnění, což připomenuly sestry S13 a S14 a zároveň riziko nákazy personálu při odběrech biologického materiálu. Jako problémové vnímala sestra S7 celkové zhoršení stavu klientů, další sestře S15 stěžoval péči opakovaný monitoring na návykové látky. V podkategorii medikace sestry zmínily nutnost přípravy léků pro pacienty. Tuto povinnost si uvědomily sestry S6, S7, S8, S14 a S15. Adiktologičtí klienti při svých opakovaných návštěvách ordinace také, oproti ostatním pacientům, častěji vyžadují preskripci léků, jak odpověděly sestry S10, S11 a S14. Sestra S15, pracující ve věznici poskytující substituční léčbu, viděla komplikaci péče právě v zajišťování substituce. Podkategorie komplikací v péči způsobených díky psychickému rozpoložení klientů zahrnuje

neochotu klientů ke spolupráci, jak odpověděly sestry S6 a S8 a dále zhoršenou adaptaci na nové prostředí dle odpovědi sestry S12. Do podkategorie ostatní jsme zahrnuli odpověď sestry S6, která se domnívá, že s adiktologickými klienty je spojený rovněž nárůst administrativy. Sestra S5 uvedla „*Řekla bych, že vůbec nevíme, jak postupovat.*“ Pro skupinu sester S1, S2, S3 a S4 adiktologičtí klienti naopak nepřinášeli žádné komplikace v péči. Jejich odpovědi byly možná ovlivněné skutečností, že nepracují v nástupních věznicích.

Schéma 14 Potřeby adiktologických klientů

Potřeby adiktologických klientů	
Somatické potíže	Psychické potíže
<ul style="list-style-type: none"> • Zvládnout abstinenční syndrom S6, S8, S13, S14, S15 • Medikace S7, S9, S12, S15 • Substituce S12, S15 • Spánek S13, S14 	<ul style="list-style-type: none"> • Uklidnění S5, S9, S14, S15 • Psychologická podpora S7, S12, S13 • Adaptace S8 • Uspokojit bažení S10
<p>Nevím S1, S2, S3, S4, S11</p>	

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019

Sestry S1, S2, S3, S4 a S11 z nenástupních věznic nedovedly odpovědět na otázku, jaké jsou potřeby adiktologických klientů, neboť do jejich ordinací přicházejí tito klienti již v kompenzovaném stavu. Odpovědi ostatních sester jsme rozdělili do podkategorií somatických a psychických potřeb klientů. Do podkategorie somatických potíží jsme zařadili potřebu zvládnout abstinenční syndrom, kterou vnímají jako důležitou sestry S6, S8, S13, S14 a S15. Sestra S14 odpověděla „*Při nástupu se obávají abstinenčních příznaků a života bez drogy. Po zvládnutí počátečního období jsou ochotni komunikovat a dohodnout se na případné léčbě. Ze začátku potřebují uklidnit, vyspat se a také se najíst.*“ Sestry S7, S9, S12 a S15 přikládaly důležitost včasnému a správnému nastavení medikace a sestry S12 a S15 zmínily i případnou substituci. Sestra S15 odpověděla „*Chtěli by drogy a potřebují nějak vyřešit stav bez nich. Snaží se získat alespoň léky, které by je utlumily a uklidnily. Nervozita a neklid je ze začátku trápí asi nejvíce, ale je to i třes a bolesti. Chtěli by návaznost závislosti adekvátně řešit třeba substitucí.*“ Sestry S13 a S14 považují za důležitý kvalitní spánek klientů. Nezbytné je i uspokojení psychických potřeb těchto klientů při nástupu umožňující lepší vzájemnou spolupráci. V této podkategorii zmiňovaly sestry S5, S9, S14 a S15 uklidnění klienta,

sestry S7, S12 a S13 považují za vhodné doplnění o psychologickou podporu. Sestra S8 si myslí, že jediné, co opravdu potřebuje a chce adiktologický klient, je uspokojit své bažení za každou cenu. Sestra S8 by se snažila o lepší adaptaci klienta.

Schéma 15 Odlišnosti v péči o adiktologické klienty

Odlišnosti v péči o adiktologické klienty		
Zdravotnické služby	Psychický stav	Personál
<ul style="list-style-type: none"> • Zvýšená medikace S3, S6, S12, S13 • Zdůraznění prevence S8 • Častější ošetření S9, S13, S14, S15 • Simulace S10, S15 	<ul style="list-style-type: none"> • Důvěra S6, S14 • Agresivita S12, S14 • Lhaní S13 • Bažení S11 • Neváží si zdraví S7 • Odlišné hodnoty S7 	<ul style="list-style-type: none"> • Proškolený personál S5, S10 • Poučení S8, S14 • Opakování S14 • Trpělivost S5 • Komunikace S6
Není rozdíl S2, S4		Nevím S1

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019

Odlišnosti v péči o adiktologické klienty jsme podle odpovědí sester rozdělili na podkategorii týkající se zdravotnických služeb, podkategorii související s psychickým stavem klienta a podkategorii kladoucí požadavky na zdravotnický personál. Do první podkategorie jsme přiřadili častější ošetření těchto klientů, které uvedly sestry S9, S13, S14 a S15, zvýšenou potřebu medikace na rozdíl od ostatních klientů. Větší počet simulujících adiktologických klientů zaznamenaly ve své praxi sestry S10 a S15. Sestra S15 však uvádí „Rozdíl v pacientech nedělám. Jen závislí jedinci jsou na středisku častěji, často simulují, aby se dostali k jakékoli medikaci. Je potřeba rozlišit, kdy je jejich stav opravdu vážný, aby nedošlo k zanedbání či podcenění zdravotního problému jen proto, že si myslíme, že simulují.“ Sestra S8 spatřuje rozdíl v potřebě zdůrazňovat těmto klientům prevenci. Do podkategorie související s psychickým stavem klienta jsme zařadili odpověď sestry S14, která rozdíl v péči popsala „Závislí jedinci bývají v akutní fázi agresivní. Je potřeba jim vše opakovat, vysvětlovat. Je důležité získat si jejich důvěru a co nejlépe a nejrychleji překlenujeme abstinenční příznaky. Je s nimi daleko více práce.“ I sestra S6 se domnívá, že na rozdíl od nezávislého klienta je důležité získání důvěry adiktologických klientů pro spolupráci. Sestra S12 sdílela názor, že se často jedná o agresivnější klienty. Do podkategorie psychických odlišností jsme zařadili také skutečnost, že tito klienti lžou, snaží se uspokojovat své bažení, mají odlišné hodnoty života, někdy si neváží

svého zdraví. Adiktologický klient klade nároky i na zdravotnický personál, který by měl být podle sester S5 a S10 orientovaný v dané problematice. Sestra S5 odpověděla „Adiktologický klient je běh na dlouhou trať, vyžaduje dobře proškolený personál, vhodné podmínky a velmi trpělivé sestry.“ Sestra S10 dodala „U adiktologického klienta je potřeba dobře vyhodnotit, zda opravdu potřebuje léky nebo je chce jen vyměnit za cigarety.“ Nutnost opakovat a poučovat uvedla sestra S14. Také sestra S8 viděla rozdíl v nutnosti poučit klienta „Neustále je potřeba zmiňovat prevenci. Kontrolovat, zda klient dodržuje všechny zásady, aby třeba nenakazil ostatní spoluvězně, musíme ho řádně poučit, jak se má chovat.“ Personál by měl být podle sestry S5 trpělivý a jak uvedla sestra S6, měl by volit vhodnou, diplomatictější komunikaci. Sestry z nenástupních věznic buď nevěděly, jaké jsou odlišnosti, nebo se domnívaly, že nejsou odlišnosti mezi adiktologickými a ostatními klienty.

Schéma 16 Možnosti sester v péči o adiktologického klienta

Možnosti sester v péči o adiktologického klienta		
Zdravotnické služby	Psychický stav klientů	Ostatní
<ul style="list-style-type: none"> • Potřeba adiktologa S2, S3, S6, S11, S14 • Zajistit medikaci S7, S13 • Poučení o prevenci S9, S12, S15 • Snížení substitute S10, S15 	<ul style="list-style-type: none"> • Motivace S6, S8, S9, S10, S12 • Psychická podpora S7, S15 • Komunikace S13, S14, S15 	<ul style="list-style-type: none"> • Nedostatek času S2, S3, S4, S5, S6, S11, S14 • Nevím S1

Zdroj: Vlastní výzkum, 2019

Poslední otázka pro sestry se týkala jejich možností v péči o adiktologického klienta. Odpovědi jsme také rozdělili na podkategorie týkající vylepšení medicínských služeb, psychického stavu klientů a podkategorii s ostatními odpověďmi. Své možnosti v oblasti zdravotnických služeb sestry spatřovaly ve spolupráci s klinickým adiktologem, což uvedly sestry S2, S3, S6, S11 a S14, měly by správně zajistit medikaci (S7 a S13) a věnovat se poučení v oblasti prevence (S9, S12, S15). Sestry S10 a S15 z věznic, kde je nastaven substituční program viděly možnosti v motivaci klientů ke snížení dávek substitute. Sestry si také uvědomily, že je velmi důležité starat se o psychický stav klientů. Vhodnou motivaci by volily sestry S6, S8, S9, S10 a S12. Sestry S13, S14 a S15 by se zaměřily na komunikaci. Sestra S15 možnosti shrnula „Myslím, že by se dala zlepšit komunikace. Jednou jsme si tuto práci vybraly, tak

to nemají odnášet vězni. Pacienty a jejich složení nezměníme. Obě strany to chtějí nějak přežít, a tak by to mělo jít možná i trochu příjemně. Domnívám se, že když se chovám slušně já k nim, chovají se potom slušně i oni k nám. Je to o vzájemné důvěře, i když obezřetnost jistě neuškodí. Přeci jen to nejsou žádní beránci. Oni však naši pomoc potřebují a dovedou ocenit laskavost a ochotu. Větší práce je i s klienty na substituci, zda dodržují smlouvu, hlášení do registru, zajištění následné péče po propuštění, zajišťování metadonu a celá administrativa kolem substituce.“ Možnosti sester by se daly vylepšit i v oblasti psychické podpory, jak uvádějí sestry S7 a S15. Podobný názor měla i sestra S14, ale zároveň poukázala na vytíženost sester „*Sestra ve věznicích nemá příliš času na psychologickou podporu. Je zde příliš administrativní činnosti spojené se spoluprací s oddělením výkonu vazby a trestu. Dobré by bylo mít adiktologa, který by řešil akutní problémy těchto lidí. Domnívám se, že dobrá komunikace dělá hodně. Nemá cenu tyto lidi příliš kárat a poučovat, potřebujeme je prvně získat ke spolupráci.“* Podkategorie ostatní zahrnuje odpověď sestry S1, která nevěděla, jaké jsou možnosti sester v péči o adiktologické klienty a pak skupina sedmi sester S2, S3, S4, S5, S6, S11 a S14, která by se věnovala adiktologickým klientům více, kdyby měla dostatek času a nebyla zaneprázdněna ostatními pracovními úkoly. Bohužel v mnoha věznicích je personální obsazení zdravotních středisek nedostatečné.

5 Diskuze

Diplomová práce se zabývá problematikou adiktologického klienta ve věznicích České republiky. Cílem práce bylo definovat potřeby adiktologického klienta při nástupu do věznice v České republice. Zmapovat, jakým způsobem je zajišťována péče o takového klienta. Definovat aspekty ovlivňující péči sester a zjistit jejich možnosti v péči o adiktologického klienta ve věznicích v České republice. Problematika práce s uživateli páchajícími trestnou činností zatím není bohužel v České republice systémově řešena, jak zmiňuje Gabrhelíková (2015), je však velmi důležité se tímto zabývat a motivovat klienty k abstinenci. Abstinencí se snižuje nejen riziko zdravotních komplikací, ale díky ní se snižuje i riziko páchání trestné činnosti související s drogami. K dosažení cílů jsme použili kvalitativní výzkumné šetření vedené pomocí polostrukturovaných rozhovorů s 15 sestrami pracujícími ve věznicích České republiky a s 15 klienty, kteří nastupovali výkon vazby či trestu ve věznicích České republiky a zároveň byli dispenzarizováni pro závislost na návykových látkách.

Informace získané od vězňených osob nám pomohly zodpovědět výzkumnou otázku, jaké jsou potřeby adiktologického klienta při nástupu do věznic České republiky. Obavy klientů (viz Schéma 3) se netýkaly jen potíží souvisejících se závislostí. Míra nejistoty vyplývala i ze skutečnosti, zda se jednalo o klienta, který již v minulosti byl ve výkonu vazby či trestu. Na výkon trestu se klient může připravit, při nástupu výkonu vazby však dochází k nečekanému umístění do věznice, proto jeho adaptace bývá časově náročnější. Adaptace na nové prostředí s hrozbou rozvoje abstinčního syndromu u poprvé trestaných klientů je také složitější než u klientů s opakovaným nástupem do věznice. Většina klientů se obávala období bez návykové látky a potíží spojených s tímto stavem (viz Schéma 2). Osm klientů podstoupilo odvykací léčbu, jednomu klientovi byla léčba soudně nařízena. Pouze jeden dotazovaný klient však odvykací léčbu úspěšně dokončil. Somatické a psychické potíže spojené s odvykacím stavem přivedou většinu klientů k opakovanému užití návykové látky. Při nástupu do věznice je hlavní potřebou klientů předejít nepříjemným komplikacím spojených s nedostatkem návykové látky. Zcela opačnou obavu vyjádřil klient K10, který v době nástupu do věznice již rok návykové látky neužíval „*Můj otec je recidivista. Udělal spoustu špatných věcí. Bojím se, že mě budou spojovat s jeho jménem a budu to mít těžké. Zároveň z doslechu vím, že se ve věznicích dost fetuje, tak mám trochu obavy, abych do toho právě ve výkonu nespádl znovu.*“ Klientka K13 byla v minulosti

hospitalizována v psychiatrické léčebně pro poruchu osobnosti. Vyrůstala v neúplné rodině, matka byla drogově závislá, také léčena na psychiatrii. Tato klientka byla nervózní, neustále opakovala „*Nesnáším ústavy a omezování svobody.*“ Strach ze samoty a rozvoje depresí zmínila klientka K14, která byla v minulosti opakovaně hospitalizována na psychiatrickém oddělení pro sebepoškození. Vliv přetrvávajících negativních emocí a stresu zmiňuje Šustková (2015) jako významný prvek při urputném vyhledávání drog. Těto touze po návykové látce není překážkou ani pobyt ve věznicích. Ke kontrole klientů závislých na návykových látkách slouží monitoring drog, který je prováděn v souladu s Metodickým listem č. 5 (2011). Vstupní monitoring drog u dotazovaných klientů byl negativní pouze v jednom případě (viz Tabulka 1). Vzhledem ke skutečnosti užívání návykových látek i ve výkonu trestu odnětí svobody se řada studií zabývala prediktory vedoucími k tomuto jevu. Rowell-Cunsolo (2016) s kolektivem zkoumali, která věková skupina má větší sklony zneužívat návykové látky ve výkonu trestu a jakým způsobem ovlivňuje užívání drog ve výkonu délka trestu. Ze závěru pozorování bylo zřejmé, že častěji tyto sklony měli mladší muži s delším výkonem, a to ihned po uvěznění. Mezi další faktory ovlivňující užívání ve výkonu trestu patří skutečnost předchozího nadužívání marihuany, heroínu a kokainu. Větší pravděpodobnost se projevila i u osob, které navštěvovaly vězeňský dvůr. Tyto poznatky mohou pomoci v nastavení bezdrogových zón a vhodnému zacházení s vězněnými osobami. Ve Finsku Lintonen (2011) také prováděl studii o užívání drog mezi vězni. Výzkum zahrnoval vstupní psychiatrický pohovor s následným zaměřením na zneužívání alkoholu a drog. U finských vězňů bylo prokázáno vyšší zastoupení zneužívání alkoholu zároveň s ostatními drogami než v jiných zemích. Jiné studie se zaměřily na detekci užívání návykových látek rozborem odpadních vod z věznic. Ne vždy se podaří odhalit užívání drog při testování vězněných osob, ke kterému dochází při vstupu do věznice. Rizikové skupiny zařazené do bezdrogových zón jsou náhodně testovány v pravidelných intervalech. Vězněné osoby, které nebyly zařazeny do těchto zón, těmito testy procházejí pouze v případě vážného podezření. V Austrálii Van Dycken (2016) touto metodou prokázal vyšší zneužívání buprenorfinu než metadonu. Výsledky byly zjištěny díky měření hladin návykových látek v odpadních vodách a sledování preskripce na návykové látky vězněným osobám. Zneužívání návykových látek ve věznicích představuje nezanedbatelný problém.

V českých věznicích se kromě testování biologického materiálu klientů na přítomnost návykové látky používají i testy pevných látek a kapalin NARK americké firmy Sirchie. Tyto testy jsou určeny pro rychlou orientační identifikaci látek a kapalin, kde vzniká podezření, že by se mohlo jednat o omamnou či psychotropní látku. Chemické reagensie se ve skleněných ampulích vkládají do pevných plastových sáčků s uzávěrem. Podezřelá látka se pomocí speciální lžičky nasype do sáčku, který se uzavře a následně se ampule rozmáčkne mezi prsty. Nastane barevná chemická reakce, která informuje o tom, zda se jedná o drogu. Drogové testy NARK jsou orientační testy, pro identifikaci látky musí následovat laboratorní analýza.

Další cíl měl za úkol zmapovat, jakým způsobem je zajišťována péče o adiktologického klienta ve věznicích České republiky. Tento cíl úzce souvisí i s aspekty, které ovlivňují péči sester o tyto klienty (viz Schéma 13) a zároveň s aspekty, které ovlivňují pobyt adiktologického klienta ve věznicích České republiky. Gabrhelíková (2015) se snažila shrnout poznatky o uživatelích návykových látek, jež byli pachatelé trestné činnosti související s drogami. Bylo zjištěno, že tito uživatelé páchají trestnou činnost ve všech fázích užívání. Experimentátoři a příležitostní uživatelé však obvykle nebývají s tímto rizikem spojováni. Ke snížení rizika páchání trestné činnosti související s drogami může přispět abstinence, která má význam v adiktologických intervencích příslušné cílové skupiny. Intenzitu rizika ovlivňuje především míra užívání návykové látky. Nejvyšší riziko páchání trestné činnosti lze spojit s problémovými uživateli a závislými osobami. V České republice se řadí mezi problémové uživatele osoby dlouhodobě užívající pervitin, opioidy a injekční uživatelé jakékoli drogy (Mravčík, 2018). Pro přiblížení cílové skupiny klientů jsme využili obsahovou analýzu zdravotnické dokumentace dotazovaných klientů (viz Tabulka 1). Devět z patnácti dotazovaných dosáhlo pouze základního vzdělání, čtyři klienti vystudovali střední odborné učiliště a dva odmaturovali na střední škole. Pouze sedm klientů před nástupem do výkonu vazby či trestu pracovalo, přičemž dva pouze brigádně a jeden byl osobou samostatně výdělečně činnou. Zbylých osm nikdy nepracovalo. Začátek závislosti uváděly dotazované vězněné osoby mezi 13 a 29 lety života, z toho pouze čtyři osoby začaly užívat návykovou látku po osmnáctém roce života. Tuto informaci by bylo možné využít v prevenci, vyplývá z ní vhodnost zaměření se již na žáky základních škol. Průměrná délka závislosti u dotazovaných klientů činila 13,86 let, což je více jak třetina průměrného věku dotazovaných, který byl 31,6 roků. Jednalo se tedy o problémové

uživatelé. Z dotazovaných klientů byli tři závislí na alkoholu, jeden závislý na opiátech, jeden pouze na pervitinu, pět vězněných osob uvedlo závislost na marihuaně a pervitinu a u pěti osob byla zjištěna závislost na více druzích návykových látek. Z patnácti dotazovaných osob bylo třináct kuřáků. Závislost na tabáku nepovažují ani sestry ani klienti za nebezpečnou. Králíková (2015) však uvádí skutečnost, že dopad užívání tabáku může být horší než u alkoholu a nelegálních drog. Z celkového počtu úmrtí v České republice představuje 17 % úmrtí v důsledku užívání tabáku, zatímco alkohol způsobí pouze 8 % celkových úmrtí a ilegální drogy 0,4 % úmrtí. Kouření způsobuje přibližně 15 % kardiovaskulárních onemocnění, 80 % chronických plicních onemocnění a je příčinou 25 – 30 % všech nádorových onemocnění.

Minařík a Řehák (2015) popisují životní styl uživatelů návykových látek a somatické komplikace spojené s užíváním nelegálních drog. Dle jejich výzkumů uživatelé návykových látek trpí podvýživou, nízkým hygienickým standardem. Body mass index dotazovaných klientů se pohyboval mezi 16,76 – 29,35, přičemž průměrná hodnota činila 20,38 (viz Tabulka 1). Dva klienti dokonce trpěli podváhou. Snížená hygiena, intravenózní aplikace i laicky provedené tetování zvyšuje riziko infekčních komplikací. Ze zkoumaného vzorku bylo tetováno jedenáct osob. K somatickým poškozením intravenózních uživatelů často patří lokální komplikace v místě vpichů bakteriemi kolonizované pokožky, kde dochází k tvorbě flegmóny či abscesů. Tyto lokální komplikace mohou dokonce vyústit v celkové s manifestací septického stavu (Minařík a Řehák, 2015). Klient K2 měl při nástupu do věznice rozsáhlé defekty v místech vpichů na horních i dolních končetinách. Stěrem byla zjištěna kolonizace *Staphylococcus aureus*. Bylo nezbytné zahájit léčbu antibiotiky a rány pravidelně převazovat, přičemž léčení trvalo 3 týdny. Abscesy v místech vpichů byly patrné i u klientů K1, K9 a K14. Minařík a Řehák (2015) upozorňují i na závažnější komplikace, jimiž jsou orgánová a systémová poškození kardiovaskulárního systému, dýchacího systému, centrálního nervového systému, hepatotoxicita a krví přenosné infekční choroby (AIDS, hepatitida typu B a C). U oslovených osob byla v jednom případě zjištěna pozitivita na syfilis. Dalším závažným problémem může být hepatitida typu C, přičemž u vězňů je riziko výskytu vysoké, toto zmiňuje Guidelines for the screening care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection (2016). Jedná se o pokyny, kde je uveden nejen postup pro screeningovou péči a léčbu osob s chronickou hepatitidou C, ale uvádí se zde také, že vězněné osoby mají 23 krát vyšší

riziko výskytu tuberkulózy. Z tohoto důvodu se doporučuje screening této choroby. Zvýšené riziko výskytu infekčních onemocnění u klientů ve výkonu trestu či vazby by mohlo mít negativní vliv na sestry, které se rozhodují pro práci ve Vězeňské službě. Domnívám se, že ve všech zdravotnických zařízeních by se k pacientům mělo přistupovat s tímto rizikem a personál by měl vhodnými pomůckami chránit nejen sebe, ale i samotné klienty, aby nedocházelo k šíření nemocí. V České republice je u každé vězněné osoby při nástupu proveden rentgen srdce a plic. Nákazou hepatitidou typu C u problematických skupin obyvatel se věnovalo mnoho studií. Falla et al. (2018) zkoumali prevalenci hepatitid B a C u ohrožených skupin v Evropské unii. Ve studii je zmíněno vysoké riziko nákazy u osob páčající trestnou činnost, a to díky promiskuitě a injekčnímu podávání drog. Studie usilovala o eliminaci virové hepatitidy v Evropě zaměřením se na primární a sekundární prevenci a o předcházení důsledků pro veřejné zdraví. Z výsledků bylo patrné, že prevalence onemocnění v Evropě vzrůstá ve východním a jižním směru. Problematikou chronických virových infekcí a závislosti ve věznicích se zabývali i ve Francii. Jacomet et al. (2015) se zaměřili na prevenci a podporu očkování hepatitidy B. Za důležitý považovali hlavně pozdější screening ve věznicích, neboť při nástupu mohou osoby testování odmítnout. Opomíjená je pak skupina osob závislých na alkoholu, mezi nimiž je také vyšší procento výskytu HCV nákazy. Cílem bylo diagnostikovat fibrózu pomocí elastometrie a provádět preventivní očkování. V České republice jsou vstupní testy na hepatitidy povinné. V případě zjištění reaktivního nálezu HCV následuje vyšetření metodou PCR. Při potvrzení nákazy následuje spolupráce s infekčním oddělením, popřípadě je vězněná osoba léčena přímo ve věznicích. U dotazovaných klientů byl při vstupních odběrech zaznamenán 8 x nález reaktivní anti HCV (viz Tabulka 1). Pozitivita metodou PCR byla zjištěna pouze ve dvou případech. U sedmi klientů byly elevovány jaterní testy. Všichni klienti se zjištěnou pozitivitou HCV jsou dispenzarizováni. Zjišťovali jsme, jakým způsobem je vedena dispenzarizace ve věznicích (viz schéma 11). Většina dotazovaných sester se shodla, že by bylo vhodné, aby se o závislé jedince staral školený klinický adiktolog. V současné době je však zatím minimum věznic, které klinického adiktologa zaměstnávají. Dispenzarizace se ze zdravotní stránky týká spíše aktuálních somatických potíží a sestry nejčastěji zmiňovaly spolupráci s infekčním oddělením a kontrolu jaterních testů. Dvě sestry uvedly sledování rozvoje abstinčních příznaků, po jedné odpovědi zazněla potřeba medikace a intervence hepatologa. Dotaz nebyl přímo mířen

na služby hepatologa a léčbu hepatitidy C. Z 36 věznic v České republice má 33 věznic smlouvu s externím zařízením, které zajišťuje intervence hepatologa a léčbu hepatitidy C přímo ve věznicích. Při dispenzarizaci závislých jedinců se věnuje pozornost psychickému stavu, který často vyžaduje spolupráci s psychiatrem a nasazení medikace. Nedílnou součástí je i již zmiňovaný náhodný monitoring drog. Sestry jej zajišťují ve spolupráci s oddělením výkonu vazby a trestu. Bažení po návykové látce je velmi silné a je náročné uhlídat, aby byl přístup k návykovým látkám zamezen. Domnívám se, že by bylo vhodnější svěřit tuto povinnost pouze oddělení výkonu vazby a trestu, popřípadě oddělení prevence a stížností. Tento úkon nemá lékařskou indikaci a může narušit vztah zdravotnického personálu a klienta. Ztráta získané důvěry může ovlivnit ochotu klienta svěřovat se zdravotními potížemi způsobenými právě užíváním návykové látky. Další faktor ovlivňující péči o závislé klienty představuje jejich psychiatrické onemocnění (viz Tabulka 1). Z dotazovaných klientů se na psychiatrii léčilo celkem 9 klientů. Čtyřem klientům byla diagnostikována porucha osobnosti, u klientky K9 byla stanovena diagnóza smíšené poruchy chování a emocí společně s ADHD, dva klienti byli opakovaně hospitalizováni pro sebepoškozování a pokusy o sebevraždu. Klient K4 byl epileptik, u kterého se po úmrtí bratra projevil anxiózně depresivní syndrom. Klient K5 navštívil psychiatrickou ambulanci pouze jednou po rozchodu s přítelkyní, se kterým se nedokázal vyrovnat. Péče o psychiatrické pacienty klade na sestry vyšší nároky. Je potřeba vstřícnost, trpělivá komunikace a zajištění bezpečí pacienta a jeho okolí. Johanson a Wiklund-Gustin (2016) provedly studii, která byla zaměřená na zkušenosti sester v péči o pacienty trpící závislostí na návykových látkách. Studie upozornila na předsudky vůči těmto pacientům, kteří bývají ve špatném zdravotním stavu, mají společenské problémy, nedostatky v sociálních interakcích a mají větší sklony ke kriminalitě. Některé sestry vnímaly pacienty jako náročné a byly frustrované z manipulace ze strany pacientů. Sestry pro rozvoj důvěryhodného vztahu s pacienty potřebují porozumět svým vlastním reakcím, ovládat své emoce a využít svou autoritu v podpoře zdraví pacientů. Sestry se snažily zvýšit pacientovo sebevědomí a naučit ho dovednosti vedoucí k zahájení života bez návykových látek.

Velmi důležité je také věnovat pozornost klientům se sklony k sebepoškození či sebevraždám. Fischer a Škoda (2009) upozorňují, že sebepoškozování má často sociální souvislosti. Může být iniciováno snahou získat pro sebe nějaké výhody, popřípadě vyhnout se povinnosti či nepříjemné situaci. Sklony k sebepoškozování mají

osoby pohlavně zneužívané, sexuálně či tělesně týrané. Sebepoškozování vnímají jako trest pro tělo, které je pro ně nečisté. Ženy se sebepoškozují z důvodu sebeobviňování. U mladých lidí bez zkušeností s překonáváním překážek většinou dochází k sebepoškozování ze snahy dokázat si stupně vyspělosti. Rány volí většinou tak, aby nedošlo k ohrožení života. Osoby s duševními poruchami mívají sklony k sebepoškozování v období hněvu či deprese.

Duševní stav by měl být posuzován nejen psychologem při nástupu do věznice, ale měla by na něj být zaměřena i vstupní lékařská prohlídka. V pokynech NICE Guideline číslo 57 (2016) se uvádí, jak by se měly hodnotit, diagnostikovat a zvládat problémy duševního zdraví dospělých v systému trestního soudnictví. Doporučení se týkají posouzení zdravotního stavu při příjmu do věznice, kdy by neměly být opomenuty dotazy zjišťující fyzické zdraví, užívání alkoholu, zneužívání návykových látek, ale také dotazy týkající se duševního zdraví a sebepoškozování, případně rizika sebevraždy.

Hrozící trest či situace, kterou jedinec nedokáže sám zvládnout, může vyvolat zkratové jednání končící sebevraždou. Jindy jde pouze o citové vydírání. Suicidální jednání může být míněno doopravdy, ale jedinec může podvědomě či vědomě doufat v záchranu. Faktory ovlivňující suicidální jednání popisují Faktor a Škoda (2009). Patří mezi ně medicínské faktory, především tělesná onemocnění, kdy nejzávažnější je právě období diagnostikování choroby. Rizikové jsou také skupiny s psychickým onemocněním. Vysoké riziko se vyskytuje u depresí, psychóz, úzkostných poruch, hypochondrií a posttraumatických stresových poruch. Vliv mají také demografické faktory, kdy z hlediska věku se jedná o období adolescence, mladší dospělosti a vyššího věku. Z generového hlediska jde o muže. Obecně se jedná o osoby rozvedené nebo osaměle žijící. Ze sociálních faktorů přispívají k sebevraždám neuspokojivé sociální vztahy, dysfunkční rodina, násilí v rodině, ztráta sociálních vazeb a ekonomické faktory. Naopak jsou i faktory, které působí protektivně a na ty bychom se měli zaměřit, přestože některé v prostředí věznice nejdou zajistit. Pozitivně působí přítomnost dětí v rodině, těhotenství, víra, životní spokojenost, schopnost adekvátního testování reality, podpora z okolí, pozitivní zvládací schopnost a ochota spolupracovat při terapiích. Společnost má na sebevraždy rozdílné názory. Jedni je považují za projev slabosti, jiní za odvážné a zásadní řešení problému. Snahou zdravotnického personálu by mělo být eliminování rizik tohoto chování. Fischer a Škoda (2009) shrnuli preventivní opatření při suicidálním chování. Za důležité považovali navázání kontaktu s postiženým,

udržení komunikace, poskytnutí sociální podpory. Snažit se porozumět chování postiženého a vyjádřit mu svou empatii. Nelze vynechat ani hledání alternativního způsobu řešení problému a vyřešení budoucnosti. V případě psychiatrické poruchy musí být nastavena řádná medikace a zajištěna následná péče. Nejen ve věznici je pak potřeba minimalizovat dostupnost prostředků použitelných k provedení sebevraždy. Domnívám se, že nezbytná je i spolupráce s psychology ve věznicích, speciálními pedagogy a využití poskytovaných duchovních služeb. Na popud zdravotníků, či psychologa jsou v případě potřeby stanoveny častější zrakové kontroly dozorců, umístění do cely se spoluvězněm, popřípadě umístění na krizovou celu, která by měla zabránit případnému sebepoškození.

Jedním z aspektů, který ovlivňuje nejen pobyt klienta ve věznici, ale i péči sester, je příčina trestné činnosti. Příčina trestné činnosti může souviset s příčinami vzniku závislosti (viz Schéma 1). Ty jsme u dotazovaných klientů rozdělili na tři podkategorie. U pěti dotazovaných klientů byla příčinou životní situace, kterou nedovedli úspěšně vyřešit a únik hledali v návykové látce. Na deset dotazovaných klientů mělo vliv okolí. V jejich případě by měla být snazší motivace k pozitivním činnostem a měli bychom s nimi terapeuticky pracovat. Posledním faktorem, který vedl klienty k užívání návykových látek, byl psychický stav. Jedinci utíkali od reality k droze nebo měli příležitost drogu vyzkoušet, popřípadě jim přinášela dobrý psychický pocit. Paradoxně ani jeden z klientů neudal jako důsledek své závislosti kriminální činnost, přestože několik z dotazovaných nastupovalo do výkonu trestu za tresty spáchané v souvislosti s drogami. Domnívám se, že by zdravotnický personál ve věznicích měl však oddělit řešení příčin pobytu ve věznicích a medicínské problémy. Důvody uvěznění by neměly ovlivnit přístup zdravotnického personálu ke klientovi. Zdravotníci by měli postupovat zcela profesionálně.

Výzkumem jsme se také snažili zjistit, jak dochází k naplňování ošetrovatelského procesu u adiktologického klienta a zjistit možnosti sester v péči o tohoto klienta. Z tabulky 2 je patrné, že doba praxe sester ve Vězeňské službě České republiky se pohybuje mezi 2-31 lety, přičemž celková délka praxe sester byla v rozmezí 11-37 lety. Z těchto údajů vyplývá, že pouze tři sestry nastoupily do věznice s kratší než desetiletou praxí. Devět dotazovaných sester mělo vysokoškolské vzdělání. Jedenáct sester pracovalo před nástupem do věznice v chirurgických oborech a tři v akutní medicíně (viz Schéma 5). Dvě sestry ve věznici mohly využít své předchozí

zkušenosti z psychiatrického oddělení a jedna sestra práci na infekci. Sestry k vězeňské službě nastupovaly z různých důvodů (viz Schéma 6), Ve většině případů to byl jednosměnný provoz a jistota státní organizace. Tři sestry motivoval kariérní postup, kdy přijaly místo vrchní sestry. Je tedy patrné, že do věznic nastupují sestry již s jistou praxí, převážně z oborů, které vyžadují rychlé rozhodování a samostatnost ošetřujícího personálu. Přednost vidím i ve vysokoškolském vzdělání, kde si sestry osvojí základy psychologie, komunikace i multikulturní ošetrovatelské péče. Tyto znalosti ve spojení s dávkou sebejistoty a asertivity mohou sestry při ošetřování nejen adiktologických klientů ve věznicích využít. Pacienti ve věznicích mají svá specifika a jsou odlišní od civilních pacientů (viz Schéma 8). Výhodu civilních pacientů spatřují sestry v úctě ke zdravotníkům, jejich pravdomluvnosti a samostatnosti, kdy prioritou je řešení zdravotního stavu. Vězni si sice nemohou svobodně zvolit svého ošetřujícího lékaře, ale ošetření je jim poskytnuto velmi rychle. Tento fakt zmínilo šest sester. Při ošetření v mimovězeňských zdravotních zařízeních mají vězněné osoby přednost. Je to dáno i tím, že přítomnost ozbrojené eskorty v čekárnách zdravotnických zařízení působí značně rušivě pro ostatní pacienty. Vězněné osoby často zneužívají zdravotní péče a návštěvami ordinace si zpestřují svůj pobyt ve věznicích. Vzhledem k tomu, že do ordinace musejí být navedeni všichni, kteří se ráno hlásí, je personál v ordinacích mnohdy postaven i před nemedicínské problémy. Zpestření pobytu a řešení problému vidí vězeňští pacienti také v psaní stížností. Častěji simulují či agravují, aby dosáhli preskripce léků, které mohou výhodně vyměnit za jiné zboží, nejčastěji tabák. Jejich priority jsou zcela odlišné od civilních pacientů a komunikace s nimi vyžaduje větší trpělivost a čas. Svá specifika mají i adiktologičtí klienti (viz Schéma 15). Odlišnosti závislých klientů jsme rozdělili do tří podkategorií. Jedná se o odlišnosti v oblasti zdravotní péče, odlišnosti v požadavcích na personál a rozdíly týkající se psychického stavu. Tito klienti jsou častěji ošetřováni, jejich potřeba medikace je zvýšená, častěji simulují a opakovaně se jim musí připomínat preventivní opatření. Sestra S15 zmiňuje složitost správného rozhodnutí: *„Je potřeba rozlišit, kdy je jejich stav opravdu vážný, aby nedošlo k zanedbání či podcenění zdravotního problému jen proto, že si myslíme, že simulují.“* Sestry se domnívají, že je důležité získat si důvěru pacientů, přestože jsou agresivní, mají odlišné životní hodnoty, neváží si svého zdraví, lžou a za každou cenu se snaží obstarat návykovou látku. Personál by měl být proškolený v problematice

adiktologie, což vyjádřily dvě sestry ve svých odpovědích. Sestry by měly být velmi trpělivé, volit vhodný způsob komunikace a neustále zdůrazňovat prevenci.

Prevenci považují za důležitou i v zahraničí. V Austrálii Wiley a O'Neil (2016) poukazují na vhodné předcházení zneužívání drog vhodnou prevencí. Sestry zde včasné edukují, zajišťují konzultace s klienty. Ve věznicích jsou zavedeny substituční programy. Podobné cíle popisuje i Vourakis (2012), která uvádí, jak ovlivňují předsudky ošetrovatelskou péči. Východisko spatřuje ve vzdělávání veřejnosti, aby proběhla správná integrace vězněných osob do společnosti po jejich propuštění. V Americe se na několika konferencích pro sestry věnovali problematice ošetrovatelství a léčbě lidí závislých na návykových látkách. Za velmi důležité považují informovanost personálu a zaměření na včasnou prevenci. Skutečnost, že sestry mohou mít vliv na zdraví jedinců se závislostmi, potvrdily i Cambell-Heider a Baird (2012) na konferenci v New Yorku. Ve své přednášce zmiňují stigma a diskriminaci závislých jedinců a poukazují na nutnost prevence, sociální podpory a podpory po návratu do společnosti po propuštění z vězení. Dotýkají se i problému léčby závislostí ve věznicích a nutnosti odborně vzdělávat personál v problematice adiktologie.

Domnívám se, že kurzy adiktologie by měly absolvovat i všechny sestry vězeňské služby České republiky. Adiktolog ve většině věznic v naší republice chybí. I proto možná neznaly sestry z věznic, kde nenastupují klienti výkon vazby či trestu odlišnosti mezi běžnými a adiktologickými klienty.

Ošetrovatelský proces začíná již při vstupní zdravotní prohlídce klienta. Vstupní prohlídky se provádějí v nástupních věznicích a postupuje se podle Nařízení ministerstva spravedlnosti č. 4 (2008). Sestry z nenástupních věznic pouze doplňují vyšetření v případě potřeby. Součástí vstupní lékařské prohlídky je i sepsání ošetrovatelské anamnézy, která je cílena na pomoc sestry a edukaci pacienta. O typu závislosti napoví i vstupní test na přítomnost návykových látek. Zjišťovali jsme, jaký typ závislosti vnímají sestry jako nejčastější (viz Schéma 9). Tuto kategorii jsme rozdělili na čtyři podkategorie. Nejpočetněji byla zastoupena skupina stimulačních látek, kterou zmínily všechny dotazované sestry. Deset sester považuje za nejčastěji užívanou návykovou látku pervitin. Pouze pět sester uvedlo nikotin, přestože většina vězněných osob kouří a z patnácti dotazovaných vězněných osob bylo třináct kuřáků. Nikotin většina lidí nepovažuje za návykovou látku. Tlumivé návykové látky uvedlo dvanáct sester. Nejpočetněji z této skupiny byl zastoupen alkohol, a to v devíti

případech. Čtyři dotazované sestry uvedly závislost na lécích a jedna sestra konkretizovala přímo závislost na opiátech. Druhou nejpočetněji zastoupenou návykovou látkou byla marihuana, kterou uvedlo devět sester. Do podkategorie ostatní jsme zařadili závislost na hazardních hrách. Mravčík et al. (2018) ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2017 uvádějí, kolik osob bylo stíháno a obžalováno za drogové trestné činy a jaké drogy byly nejčastěji užívány. V roce 2017 bylo obžalováno 3211 osob za drogově trestné činy, z toho 2870 osob bylo odsouzeno. Celkem 56,9 % všech obžalob souviselo s pervitinem, 44,9 % se týkalo konopných látek, 3,5 % extáze, 1,6 % kokainu, 1,3% heroínu a 6,9 % připadlo na ostatní drogy. Z těchto údajů vyplývá, že sestry mají dostatečné informace o výskytu návykových látek. S adiktologickými klienty jsou v denním kontaktu, proto si také uvědomují jejich potíže (viz Schéma 6) a snaží se je efektivně řešit. Sestry mají zmapované i potřeby závislých klientů, které korespondují s obavami těchto osob při nástupu do věznic (viz Schéma 3). Nejčastěji přítomnou potřebou je co nejšetrněji a nejrychleji zvládnout abstinenci syndrom. V takových situacích řeší zdravotní personál nejen somatické, ale také psychické potíže klientů (viz Schéma 12). Z osobní zkušenosti mohu potvrdit, že vhodná komunikace při vstupní prohlídce může přispět k lepšímu zvládnutí abstinenci syndromu. Je důležité projevit ochotu klientovi pomoci. Tuto pomoc dříve využijí klienti závislí na alkoholu než klienti závislí na drogách, kteří většinou nepřiznají skutečné dávky návykové látky. Vzhledem ke skutečnosti, že často požijí návykovou látku těsně před nástupem do výkonu trestu, dostávají se abstinenci příznaky později. V deseti věznicích České republiky je zavedena substituční léčba, která vyžaduje zvláště vyškolený personál. Při abstinenci syndromu musí být po přechodnou dobu podávána medikace, kterou pro klienty připravuje sestra. Léky jsou podávány v jednotlivých dávkách pod dohledem, aby nedocházelo k jejich zneužití. Při roznášce léků sestra kontroluje zdravotní, ale i psychický stav klientů. V případě správně vedené komunikace se často právě sestře svěřují svými potížemi. Ona je pak prostředníkem mezi klientem a lékařem. Sestra také může porovnat, jak se chová klient v prostředí cely a jak na středisku. Věznice se často musí vyrovnat s nedostatkem lékařů, v mnoha pracují lékaři pouze na částečný úvazek. Nejen v těchto případech vystupuje sestra jako pomocníkem pro správné vyhodnocení potřebné péče. V případě, že při řešení abstinenci syndromu nepomohou ani intervence psychiatra, psychologa, případně medikace a klient je nebezpečný sobě či svému okolí, musí být

umístěn na krizovou celu, kde je eliminováno riziko úrazu či sebepoškození. V závažných případech doporučí lékař hospitalizaci ve vězeňské nemocnici na psychiatrickém oddělení.

Posledním cílem práce bylo zjistit možnosti sester v péči o adiktologické klienty ve věznicích České republiky (viz Schéma 16). Své možnosti v oblasti medicíny sestry spatřovaly ve spolupráci s klinickým adiktologem. Sestry by měly zajistit medikaci a věnovat se poučení v oblasti prevence. Zajištěním správné medikace nebyla myšlena jen její příprava a předání klientům, ale i upozornění na skutečnost, že medikace by se měla postupně vysazovat, což samozřejmě odlišně vnímají klienti. Často předstírají problémy a snaží se lékaře přesvědčit o nutnosti další medikace. Lékaři někdy pod psychickým nátlakem a kvůli vyhnutí se, potencionálním byť neoprávněným, stížnostem klientovi vyhoví. Sestry z věznic, ve kterých je nastaven substituční program, si uvědomovaly možnosti v motivaci klientů ke snížení dávek substituce. Sestry ve všech věznicích jsou si vědomy významu péče o psychický stav klientů a komunikace s nimi. Sestra S15 vyjádřila možnosti i ve způsobu chování sester (viz Schéma16). S jejím názorem, kdy se sestra nevyvyšuje nad klienty, nesoudí je a chová se k nim slušně, souhlasím. Tento přístup může přispět k podobně slušnému chování klientů. Domnívám se, že je velmi důležitá i psychická podpora, která však vyžaduje dostatek času. Negativně působí skutečnost, že se mnoho věznic potýká s nedostatečným počtem zdravotnického personálu. Na sto vězněných osob by mělo být obsazeno jedno místo sestry. Sestry jsou však vytížené i povinnostmi spojenými s administrativou ve spolupráci s ostatními odděleními.

Za pozitivní považuji, že si sestry uvědomují oblasti, ve kterých by mohly zlepšit péči a přes svou vytíženost jsou ochotny se problematice adiktologických klientů věnovat. Práce s těmito klienty je v některých případech velmi, hlavně psychicky, náročná.

6 Závěr

Tato diplomová práce se zabývala problematikou adiktologického klienta ve věznicích České republiky. Při nástupu do věznice se klient nachází v těžké životní situaci. Často se jedná o klienta, který je díky svému způsobu života ohrožen zdravotními problémy. Závislost na návykových látkách způsobuje poškození jater. Nevyhovující životospráva a životní styl přináší také choroby gastrointestinálního traktu, onemocnění plic, kožní a infekční nemoci. U značné části klientů se vyskytují i duševní potíže. Po nástupu jedince do věznice je především důležité odhalit závislost na návykových látkách a pomoci zvládnout jeho adaptaci na nové prostředí, nabídnout vhodné možnosti řešení nelehké situace. Sestra z pozice občanského zaměstnance Vězeňské služby České republiky může lépe získat důvěru klienta a zajistit spolupráci. Včasným odhalením závislosti a jejich řešením lze předejít nepříjemným abstinčním příznakům.

Cílem práce bylo definovat potřeby adiktologického klienta při nástupu do věznic České republiky a zmapovat, jakým způsobem je zajišťována péče o tohoto klienta. Další cíle definovaly aspekty ovlivňující péči sester a zjišťovaly možnosti sester v péči o adiktologického klienta ve věznicích České republiky.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že sestry si uvědomují obavy a potřeby klientů při nástupu do věznic. Jejich somatické i psychické potřeby se snaží saturovat. Péče o adiktologické klienty ve věznicích je zajišťována dle nařízení, která směřují k včasnému odhalení případných zdravotních komplikací a zahájení potřebných intervencí. Péči sester o adiktologické klienty ovlivňuje neochota klientů spolupracovat, jejich zhoršená adaptace na nové prostředí, ale také vyšší míra administrativní činnosti a v mnoha věznicích i nedostatečný počet zdravotnického personálu. Ošetrovatelský proces u závislých klientů začíná vstupní prohlídkou, kdy jsou řešeny aktuální zdravotní komplikace. Pokračuje celou dobu pobytu klienta ve věznici náhodným monitoringem, dispenzarizací a směřuje k jeho přípravě na život po propuštění, kdy by již neměl užívat návykovou látku.

Přínosem práce je odhalení možností sester v péči o adiktologické klienty ve věznicích. Sestry by se měly více zaměřit na vhodnou komunikaci, psychologickou podporu a motivaci klienta ke spolupráci. Výhodou by byla přítomnost klinického adiktologa ve všech věznicích. Znalosti sester by mohly být rozšiřovány pravidelnými kurzy

z oblasti adiktologie a komunikace. Poznatky získané ve výzkumu by mohly být využity ke zlepšení péče o adiktologické klienty ve věznicích České republiky.

7 Seznam literatury

1. BLAŽEJOVSKÝ, M., 2015. *Drogy v dopravě*. Praha: Wolters Kluwer. 188s. ISBN 978-80-7478-903-8.
2. CAMPBELL-HEIDER, N., BAIRD, C., 2012. Substance Abuse Prevention and Treatment within the Criminal Justice System: An Overview of the Issues. *Journal of Addictions Nursing*. 23, 7-13. doi: 10.3109/10884602.2011.647422.
3. CURTIS, M., GUTERMANOVÁ, L., 2010. *První pomoc při předávkování a jeho prevence*. Tišnov: Sdružení SCAN. 98 s. ISBN 80-86620-19-0.
4. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5*, 2013. 5. vydání. Washington: American psychiatric association publishing. 947s. ISBN 978-0-89042-554-1.
5. *Drogy a ohrožené skupiny mladých lidí*, 2010. Praha: Centrum adiktologie, psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta UK. 48 s. ISBN 978-80-254-6807-4.
6. DVOŘÁČEK, J., 2015. Emergentní adiktologie 2 – odvykací stavy a jiné náhlé stavy v adiktologii. In: KALINA, K. et al. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 346 - 362. ISBN 978-80-247-4331-8.
7. ENGELANDER, M. et al., 2010. *Efektivní regulace užívání marihuany*. Praha: Úřad vlády České republiky. 92 s. ISBN 978-80-7440-041-4.
8. FALLA, A. M. et al., 2018. Hepatitis B/C in the countries of the EU/EEA: a systematic review of the prevalence among at-risk groups. *BMC Infectious Diseases*. Published on line 12. 2. 2018, s. 12, doi: org/10.1186/s12879-018-2988-x.
9. FARKAŠOVÁ, D., 2006. *Ošetřovatelství-teorie*. Martin: Osveta. 211s. ISBN 80-8063-227-8.

10. FISCHER, S., ŠKODA, J., 2009. *Sociální patologie*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-2781-3.
11. FIŠEROVÁ, M., 2008. *MDMA (3,4- methylendioxyamfetamin) "Extáze"* [online]. Praha: farmakologický ústav, 3. LF UK. [cit. 2018-12-25]. Dostupné z: <http://farmakologie.lf3.cuni.cz/drogy/articles/prehledextaze.html>
12. *Guidelines for the screening care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection*. 2016. aktualizovaná verze. Geneva: World Health Organization. 138 s. ISBN 978-92-4-154961-5.
13. GABRHELÍKOVÁ, P., 2015. Uživatelé návykových látek a trestná činnost související s drogami. In: KALINA, K. et al. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 569 - 584. ISBN 978-80-247-4331-8.
14. GLOBÁLNÍ KOMISE PRO PROTIDROGOVOU POLITIKU, 2013. *Válka proti drogám a její negativní dopady na veřejné zdraví: Skrytá epidemie hepatitidy typu C*. Praha: Úřad vlády České republiky. 48 s. ISBN 978-80-7440-082-7.
15. HELLER, J. et al., 2011. Psychické komplikace závislosti na alkoholu. In HELLER, J., PECINOVSKÁ, O., *Pavučina závislosti*. Praha: Togga. s. 71-83. ISBN 978-80-87258-62-0.
16. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum*. 4. vydání. Praha: Portál. 438 s. ISBN 978-80-2620-982-9.
17. JACOMET, CH. et al., 2015. Addressing the challenges of chronic viral infections and addiction in prisons: the PRODEPIST study. *European Journal of Public Health*. 26 (1), 122-128. doi: 10.1093/eurpub/ckv183.

18. JOHANSSON, L., WIKLUND – GUSTIN, L., 2016. The multifaceted vigilance nurses' experiences of caring encounters with patients suffering from substance usedisorder. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 30, 303-311. doi: 10.1111/scs.12244.
19. JIŘIČKA, V., PROKEŠOVÁ, J. E., 2012. *Úvod do zkoumání efektivity intervenčních programů v českých věznicích*. Praha: Vězeňská služba České republiky. 144 s.
20. KALINA, K., 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing. 696 s. ISBN 978-80-247-4331-8.
21. KRÁLÍKOVÁ, E., 2015. Závislost na tabáku. In: KALINA, K. et al. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 528 - 544. ISBN 978-80-247-4331-8.
22. KRÁLÍKOVÁ, E., ZVOLSKÁ, K., 2017. Farmakologická léčba závislosti na tabáku [online]. *Remedia*. 2017(5). [cit. 2018-12-25]. Dostupné z: <http://www.remedia.cz/Archiv-rocniku/Rocnik-2017/5-2017/Farmakologicka-lecba-zavislosti-na-tabaku/e-2eF-2nS-2pM.magarticle.aspx>
23. KUCHAR, M., 2015. Nové psychoaktivní látky. In: KALINA, K. et al. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 84- 97. ISBN 978-80-247-4331-8.
24. LEJČKO, J., 2018. Přehled a rozdělení opioidů. In: KOZÁK, J., LEJČKO, J. et al. *Opioidy*. Praha: Mladá fronta a.s., s. 85-95. ISBN 978-80-204-4550-6.
25. LINTONEN, T. P. et al., 2011. Drug use among prisoners: by any definition, it's a big problem. *Substance Use & Misuse*. 46(4), 440-451, doi: 10.3109/10826081003682271.
26. MAHDALČÍKOVÁ, J., 2014. *Víme o drogách všechno?* Praha: Wolters Kluwer. 124 s. ISBN 978-80-7478-589-4.

27. MAREČKOVÁ, J. et al., 2007. *Drogy a odpovědi*. Praha: Portál. 200 s. ISBN 978-80-7367-223-2.
28. MARTINS, T. et al., 2011. Methamphetamine transiently increases the blood-brain barrier permeability in the hippocampus: Role of tight junction proteins and matrix metalloproteinase-9. *Brain research*. 1411(9), 28-40, doi: 10.1016/j.brainres.2011.07.013.
29. *Metodický list č. 5/2011 ředitele odboru zdravotnické služby a ředitele odboru pro výkon vazby a trestu.*, o provádění monitoringu omamných a psychotropních látek ve Vězeňské službě České republiky, 2011. č.j. VS 27/43/2011-50/Všeob
30. *Metodický list č. 6/2011 ředitelky odboru zdravotnické služby*, kterým se stanoví postup při diagnostice a léčbě chronické hepatitidy v podmínkách výkonu vazby, výkonu trestu odnětí svobody a výkonu zabezpečovací detence ve Vězeňské službě České republiky, 2011. č.j. VS 27/56/2011-50/Všeob
31. MILLEROVÁ, G., 2011. *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén. 461 s. ISBN 978-80-7262-765-3.
32. MINAŘÍK, J., 2009. *Drogy čili omamné, psychotropní či psychoaktivní látky*. [online]. Praha: SANANIM [cit. 2018-12-25]. Dostupné z <http://www.drogovaporadna.cz/>
33. MINAŘÍK, J., KMOCH, V., 2015. Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In: KALINA, K. et al. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 49-83. ISBN 978-80-247-4331-8.
34. MINAŘÍK, J., ŘEHÁK, V., 2015. Somatické komplikace a komorbidita. In: KALINA, K. et al. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 232 - 246. ISBN 978-80-247-4331-8.

35. MIOVSKÝ, M. et al., 2008. *Konopí a konopné drogy Adiktologické kompendium*. Praha: Grada, s. 533. ISBN 978-80-247-0865-2.
36. MIOVSKÝ, M., SPIRIG, H., HAVLÍČKOVÁ, M., 2003. *Vězeňství a nelegální drogy*. Praha: Úřad vlády České republiky. 137 s. ISBN 80- 86734-03-X.
37. *MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. 2013. desátá revize. Aktualizované vydání k 1. 1. 2018 [online]. Praha. ÚZIS ČR [cit. 2018-11-27]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn>
38. MRAVČÍK, et al., 2018. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2017*. Praha: Úřad vlády České republiky. 275 s. ISBN 978- 80-7440-219-7.
39. MÜHLPACHR, P., 2008. *Sociopatologie*. Brno: Masarykova univerzita. 194 s. ISBN 978-80-210-4550-7.
40. *Nářízení generálního ředitele Vězeňské služby České republiky č. 15/2017, kterým se stanoví podmínky nakládání s léčivými přípravky ve Vězeňské službě české republiky, 2017. č.j. VS-152060-6/ČJ-2016-800040-IAŘ.*
41. *Nářízení generálního ředitele Vězeňské služby České republiky č. 33/2017, kterým se upravuje protidrogová politika Vězeňské služby České republiky, 2017. č.j. VS-71262-8/ČJ-2017-800040-IAŘ.*
42. *Nářízení ministra spravedlnosti č.4 o poskytování zdravotní péče osobám ve výkonu vazby a výkonu trestu odnětí svobody, 2008. č.j. 27/60/2008-50.*
43. *Národní strategie protidrogové politiky na období 2010-2018, 2011. Praha: Úřad vlády České republiky. 56 s. ISBN 978-80-7440-045-2.*

44. NEPUSTIL, P., SZOTÁKOVÁ, M., 2013. *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek*. Praha: Úřad vlády České republiky. 103 s. ISBN 978-80-7440-076-6.
45. NEŠPOR, K., 2018. *Návykové chování a závislost*. 5. vydání. Praha: Portál. 256 s. ISBN 978-80-262-1357-4.
46. PAVLOVSKÁ, A., MINAŘÍK, J., 2015. Substituční léčba závislosti. In: KALINA, K. et al. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 49-83. ISBN 978-80-247-4331-8.
47. PECINOVSKÁ, O., 2011. „Závislost na jídle (dietách)“ a závislost na návykových látkách. In HELLER, J., PECINOVSKÁ, O., *Pavučina závislosti*. Praha: Togga, s. 85-96. ISBN 978-80-87258-62-0.
48. PEŠEK, R., 2018. *Jak se zbavit závislosti na alkoholu*. Praha: Pasparta Publishing, s.r.o., 114 s. ISBN 978-80-88290-02-5.
49. Physical Health of People in Prison: Assessment, Diagnosis and Management of Physical Health Problems, 2016. In: *NICE Guideline*, No. 57. ISBN-13: 978-1-4731-2152-2.
50. ROWELL- CUNSOLO, T. L. et al., 2016. Predictors of Illicit Drug Use Among Prisoners. *Substance Use & Misuse*. 51(2), 261-7, doi: 10.3109/10826084.2015.1082594.
51. SCHULTE, B. et al., 2010. *Přehled účinnosti intervencí protidrogové léčby v Evropě*. Praha: Úřad vlády České republiky. 140 s. ISBN 978-80-7440-042-1.
52. Standard substituční léčby, 2008. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*, částka 3, s. 10-26.

53. Standard pro léčbu virových hepatitid a uživatelů drog, 2008. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*, částka 7, s. 6-12.
54. *Substituční léčba závislosti na opiátech/opioidech v ČR v roce 2017*, 2018. [online]. ÚZIS. [cit. 2018-12-27]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/rychle-informace/substitucni-lecba-zavislosti-na-opiatechopioidech-v-cr-v-roce-2017>
55. ŠUSTKOVÁ, M., 2015. Neurobiologie závislostí. In: KALINA, K. et al. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 140- 171. ISBN 978-80-247-4331-8.
56. ŠVAŘÍČEK, R. et al., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál. 386 s. ISBN 978- 80-262-0644-6.
57. TORRENS, M. et al., 2017. *Komorbidity adiktologických a duševních poruch v Evropě*. Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. 143 s. ISBN 978-80-7440-194-7.
58. VAN DYKEN, E. et al., 2016. Challenges and oportunities in using wastewater analysis to measure drug use in a small prisonfacility. *Drug and alcohol review*. 35(2), 138-147, doi: 10.1111/dar.12156.
59. VÁŇOVÁ, A. et al., 2018. *Užívání tabáku v České republice 2017* [online]. Praha: Státní zdravotní ústav [cit. 2019-02-19]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/prevence-zavislosti>
60. VASKOČILOVÁ, J., PRAŠKO, J., 2015. Psychické a somatické komplikace závislosti na kanabinoidech. *Česká a Slovenská psychiatrie*. 111(1), 14-22. ISSN: 1212-0383.
61. VERSTER, A., BURNNING, E., 2007. *Buprenorfin-rozbor kritických otázek*. Praha: Úřad vlády České republiky. 52s. ISBN 978-80-87041-11-6.

62. VODÁČKOVÁ, D. et al., 2012. *Krizová intervence*. 3. vydání. Praha: Portál. 544 s. ISBN 978-80-262-0212-7.
63. VOURAKIS, C., 2012. Offering more than hope to the incarcerated population. *Journal Of Addictions Nursing*. 23(1), 5-6, doi: 10.3109/10884602.2011.649880.
64. VRBA, I., LEČKO, J., 2018. Nežádoucí účinky opioidů. In: KOZÁK, J., LEJČKO, J. et al. *Opioidy*. Praha: Mladá fronta a.s., s. 96-108. ISBN 978-80-204-4550-6.
65. Vyhláška č. 261/2016 Sb., o tabákových výrobcích, 2016. [online]. [cit. 2018-12-25]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 101, Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-261>
66. Vyhláška č. 391/2017 Sb., kterou se mění vyhláška 44/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb., 2017. [online]. [cit. 2019-04-09]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 137. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz>.
67. WEST, R., 2016. *Modely závislosti*. Praha: Úřad vlády České republiky. 131 s. ISBN 978-80-7440-157-2.
68. WILEY, A., O'NEILL, S., 2016. Alcohol, Tobago and other drugs nursing within a correctional setting. *Australian Nursing & Midwifery Journal*. 24(6), 39. ISSN 2202-7114.
69. Zákon č. 191/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád), 1961. [online]. [cit. 2019-04-09] In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 66.. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz>

70. Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, 2000. [online]. [cit. 2018-12-30]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 74. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz>
71. Zákon č. 293/1993 Sb., o výkonu vazby, 1993. [online]. [cit. 2019-01-05]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 74. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz>
72. Zákon č. 58/2017 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů a další související zákony, 2017. [online]. [cit. 2019-01-05]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 20. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz>
73. ZEHENTBAUER, J., 2012. *Drogy lidského těla bez vedlejších účinků*. Přeložila SIMONOVÁ, L., Praha: Portál, 216 s. ISBN 978-80-262-0159-5.
74. ZIMA, T., 2015. Biochemie závislostí. In: KALINA, K. et al. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, s. 33-48. ISBN 978-80-247-4331-8.

8 Seznam příloh

Příloha 1 – Seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru pro adiktologické klienty

Příloha 2 - Seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru pro sestry pracujících ve věznicích České republiky

Příloha 1 – Seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru pro adiktologické klienty

- 1) Pokolikáté jste ve vězení?
- 2) Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?
- 3) Kdy a kde jste naposledy pracoval?
- 4) Z jakého důvodu jste začal užívat návykové látky a kolik vám bylo let?
- 5) Jak dlouho trvá Vaše závislost na návykových látkách?
- 6) Jaké návykové látky a jak často užíváte?
- 7) Máte nějaké zdravotní potíže při nedostatku návykové látky?
- 8) Podstoupil jste někdy odvykací léčbu?
- 9) Z čeho máte největší obavy po nástupu do věznice?
- 10) Jaké zdravotní potíže Vám způsobilo užívání návykových látek?

Zdroj: Vlastní výzkum (2019)

Příloha 2 – Seznam otázek k polostrukturovanému rozhovoru pro sestry pracující ve věznicích České republiky

- 1) Jak dlouho pracujete ve Vězeňské službě? Pracovala jste mimo Vězeňskou službu, pokud ano, kde? Jaké je Vaše vzdělání?
- 2) Co Vás motivovalo k nástupu k Vězeňské službě?
- 3) V čem spatřujete rozdíl mezi civilním pacientem a vězněnou osobou?
- 4) Jaké vstupní testy provádíte u nových nástupů?
- 5) Jaký druh závislosti je při vstupu nejčastěji?
- 6) Jaké somatické potíže mají klienti závislí na návykových látkách?
- 7) Jak je nastavena dispenzarizace u adiktologických klientů ve Vaší věznici?
- 8) Jakým způsobem řešíte abstinenční syndrom po nástupu do věznice?
- 9) Jaké komplikace v péči pro Vás přináší adiktologický pacient?
- 10) Jaké jsou podle vás základní potřeby adiktologického klienta po nástupu do věznice?
- 11) V čem vidíte největší rozdíl v péči o běžného a adiktologického klienta?
- 12) Jaké jsou možnosti sester v péči o adiktologického klienta?

Zdroj: Vlastní výzkum (2019)