

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2010

Monika Jurečková

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Kvalita života u uživatelů nealkoholových drog

Bakalářská práce

Autor:

Monika Jurečková

Vedoucí práce:

Mgr. Pavel Vácha

2010

SUMMARY

I have chosen the topic of Life quality of non-alcoholic drug users for the elaboration of my Bachelor thesis because drug addiction constitutes huge global problem of current society.

The thesis is stratified into two connected parts, the theoretic and the practical part. The theoretic part deals first with explanation of basic concepts and terms used in the whole thesis. Then a short list of illegal and non-alcoholic drugs follows. Another chapter deals with the impacts of drug addiction on the users, on their psychic and social health, i.e. impacts on life quality, and last but not least it describes also the system of drug addiction therapy.

The practical part of this Bachelor thesis includes the goal of the work, the methodology, casuistries and subsequently the hypotheses set. I got the necessary data with the help of qualitative research. The method used consisted of questioning and the tool was semi-standardized interview.

I implemented my research in three institutions engaged in drug addiction therapy. The research set was chosen on the base of quota selection and it consists of both active and abstaining users of non-alcoholic drugs.

The goal of the thesis is to define impacts of use of non-alcoholic addictive drugs on life quality of their users and also to find out the motives leading to the use of such substances, as well as the motivation that moved the users to decide to abstain. I arrived to it with the help of the elaborated casuistries from which I set the hypotheses subsequently.

The research investigation shows that most respondents were moved to use drugs by curiosity, by the wish to experience something unusual. Another result shows that the period of use is directly proportional to reduction of life quality. Most respondents stated health impacts of drug use and the effort to rectify interpersonal relationships with close persons as motivation to therapy.

Therefore I would like to propose the following concluding suggestions on the base of the results of the investigation. More stress should be put on preventive

programs related to drug addiction at elementary schools, which means that they should be implemented in more quantity and frequency. Further, low-threshold facilities, but also other therapeutic institutions should be more focused on motivation training that would develop and at the same time deepen the motivation to abstinence and lead the clients from risk to non-risk behaviour. The last suggestion consists in the development of implementation of consultancy for family members of drug addict individuals because it is important that they are able to cope with and handle such situation; they should be taught how to treat drug addicts etc.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Kvalita života u uživatelů nealkoholových drog vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 14.4. 2010

.....

podpis student

Poděkování:

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucímu práce Mgr. Pavlu Váchovi za ochotu, užitečné rady, připomínky a odborné vedení, které mi při psaní této práce věnoval.

OBSAH

ÚVOD.....	8
1. SOUČASNÝ STAV	9
1.1 Definice základních pojmů a termínů	9
1.2 Různá pojetí pojmu kvalita života	12
1.2.1 Definice pojmu „kvalita života“	12
1.2.2 Posouzení kvality života	12
1.2.3 Pojetí k měření kvality života	14
1.2.4 Kvalita života v souvislosti vyhledáním léčby.....	15
1.3 Problémové užívání návykových látek	16
1.4 Výčet ilegálních nealkoholových drog	17
1.4.1 Extáze	17
1.4.2 Halucinogeny	18
1.4.3 Kanabis	18
1.4.4 Opiáty	19
1.4.5 Organická rozpouštědla	20
1.4.6 Stimulancia.....	20
1.5 Důsledky užívání psychoaktivních látek v souvislosti s kvalitou života	21
1.5.1 Somatické komplikace	21
1.5.2 Psychické komplikace	23
1.5.3 Sociální dopady	24
1.5.4 Ekonomické dopady	25
1.5.5 Právní dopady	26
1.6 Vliv drogové závislosti na různé aspekty lidského bytí	27
1.6.1 Drogová závislost versus rodinný systém	28
1.6.2 Drogová závislost versus společnost	28
1.6.3 Drogová závislost versus sociální status	29
1.7 Obecné pojednání o způsobu léčení drogových závislostí	30
1.7.1 Léčba	30

1.7.2 Systém léčení drogových závislostí	30
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	37
2.1 Cíl práce	37
2.2 Hypotézy.....	37
3. METODIKA	38
3.1 Použitá metoda a technika sběru dat	38
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	38
4. VÝSLEDKY	40
4.1 Respondenti k abstinenci motivovaní	40
4.2 Respondenti k abstinenci nemotivovaní	52
5. DISKUZE	59
6. ZÁVĚR	65
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	68
8. KLÍČOVÁ SLOVA	71
9. PŘÍLOHY	72

ÚVOD

„Umělý ráj vede do reálného pekla.“

(Doc. Mudr. Petr Petr Ph.D.)

Vybrala jsem si zpracování bakalářské práce s názvem „Kvalita života u uživatelů nealkoholových drog“ a to především z důvodu, že tento jev, tedy užívání nealkoholových ilegálních látek, je pokládán za obrovský globální problém současné společnosti. Představuje nesmírné riziko nejen pro uživatele samotné, ale též pro drogou nezasazenou populaci. Jedná se především o rizikové formy aplikace návykové látky a s tím spojené šíření infekčně přenosných chorob, dále sem můžeme zařadit páčání trestné činnosti či pokles sociálního statusu – drogově závislí jedinci jsou majoritní skupinou marginalizováni na okraj společnosti, na trhu práce jsou nevyužitelní, mají sníženou pracovní schopnost a s tím je samozřejmě v přímé souvislosti nedostatek finančních prostředků a následně velmi často bezdomovectví, ztráta ekonomické i sociální jistoty. Drogová závislost též znamená obrovské ekonomické břemeno pro stát – viz vynakládání financí na léčbu apod. Alarmujícím faktem ovšem je, že u dospívající populace dochází k odlišnému vnímání společenských norem, to znamená, že užívání nealkoholových ilegálních drog nepovažují za něco patologického či deviantního, nýbrž to definují jako zcela normální jev.

Obecně lze tedy konstatovat, že uživatelé nealkoholových ilegálních látek mají oproti drogou nezasazené populaci poměrně hodně sníženou kvalitu života, jež se projevuje především ve výše zmíněných faktorech. Pokles kvality života se dále projevuje v takzvané celostní spokojenosti se životem, která je ovšem velice nízká. Uživatelé nealkoholových ilegálních návykových látek jsou emočně labilní, neumí se těšit z radostí všedního dne, neumí lásku přijímat ani rozdávat, droga je pro ně hlavní prioritou, dalo by se až říci středem vesmíru.

Při zpracování tohoto tématu jsem se tedy zaměřila především na to, jaké dopady má drogová závislost na daného jedince, na jeho kvalitu života. Dalším cílem bylo zjištění důvodů, které ho ke vzniku drogové závislosti vedly a následně též motivaci, kvůli které se tito jedinci rozhodli léčit se a abstinovat.

1. Současný stav

1. 1 Definice základních pojmů a termínů

Abstinenční syndrom

Nazýváme ho též syndrom z odnětí drogy. Je to reakce organismu, který se na drogu adaptoval, na snížení její dávky či úplné odnětí. Syndrom z odnětí drogy se u různých látek liší a to abstinenciími příznaky i jejich intenzitou (28).

Podle Nešpora nejsou příznaky abstinenciího syndromu vysvětlitelné somatickou nemocí ani jinou psychickou poruchou (20).

Abúzus

Nadměrné užívání nebo-li zneužívání návykových látek. Řadíme sem také užívání drog v nevhodný čas, například v zaměstnání, těhotenství a tak podobně (20).

Craving

Tento anglický pojem můžeme přeložit jako bažení nebo-li silná touha až potřeba požití danou psychoaktivní látku, se kterou již má daný jedinec zkušenost, a pomocí které si dokáže navodit příjemné pocity. Craving bývá častou příčinou relapsu (30).

Droga

Pod pojmem droga rozumíme všechny látky, ať už přírodní nebo syntetické, které mají psychotropní účinek, to znamená, že ovlivňují psychiku člověka – jeho vnímání a prožívání reality, a které v sobě skrývají potenciál závislosti nebo-li schopnost vyvolat u daného uživatele závislost (30).

Drogová závislost

Je to chorobný stav, který se vyznačuje neovladatelnou touhou užít danou návykovou látku (20).

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí je závislost soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, které se vyvíjejí po opakovaném užití návykové látky, a které zároveň zahrnují tyto příznaky:

- silná touha, přání užít danou návykovou látku
- porucha ovládání při jejím užívání
- somatický odvykací stav
- upřednostňování užívání drogy před ostatními aktivitami
- zvýšená tolerance vůči droze a vyžadování vyšších dávek této látky, aby bylo dosaženo očekávaných účinků
- přetrvávající užívání dané návykové látky i přes zjevně škodlivé následky (18).

K diagnóze závislosti je nutné, aby výše uvedené příznaky přetrvávaly po dobu alespoň dvanácti měsíců (20).

Psychická závislost

Psychický stav vyznačující se neovladatelnou touhou a nutkáním užít danou psychotropní látku, kvůli jejímu euforizujícímu a energetizujícímu či tlumivému působení (4).

Závislý jedinec je naučený, že mu daná návyková látka přinese určitý druh uvolnění a slasti.

Fyzická závislost

Stav organismu, který vznikl dlouhodobým a častým přísunem dané drogy, kdy se tato droga stala součástí metabolismu člověka. Při přerušení podávání drogy dojde

tím pádem k negativním reakcím organismu, který se na tuto látku adaptoval. Tyto negativní příznaky nazýváme syndrom z odnětí drogy nebo-li abstinenci syndrom (28).

Flashback

Znovuobjevení zážitků, halucinací či stavů, které člověk prožil po požití návykové látky (nejčastěji se objevují po užití LSD). Flashback se může objevit i několik týdnů či měsíců po užití dané drogy (5).

Kvalita

Pojem převzatý z latinského slova „qualitas“ či ze slova „qualis“, nebo-li „jaký“ (16).

Motivace

Motivaci můžeme chápat jako psychický proces, který člověka aktivizuje, podněcuje či naopak tlumí a brzdí od nějaké činnosti nebo chování (6).

Laps/ Relaps

Laps znamená krátkodobé porušení abstinence nebo-li jednorázové selhání daného jedince.

Relaps je opětovné užívání návykové látky, avšak po delším období abstinence. Důvodem relapsu mohou být například interpersonální konflikty, ztráta určité sociální jistoty – například zaměstnání, smrt někoho blízkého a tak podobně (10).

Tolerance

Nebo-li snášenlivost znamená, že k dosažení kýženého účinku drogy, musí toxikoman užít větší množství návykové látky, než na jaké byl zvyklý. Při častém užívání drogy tolerance roste. Tolerance však může i klesat, například u jedinců závislých na alkoholu, kteří postupem času snáší stále menší množství alkoholu např. v důsledku věku. Dále tolerance klesá v důsledku abstinence, kdy si organismus daného uživatele na drogu částečně odvykne, po jejím opětovném užití by tedy měl takovýto jedinec začít s dávkou podstatně nižší (20).

1.2 Různá pojetí pojmu kvalita života

1.2.1 Definice pojmu „kvalita života“

Pojem „kvalita“ pochází z latinského slova „qualitas“ či ze slova „qualis“, což znamená „jaký“ (16).

Spojení „kvalita života“ je od druhé poloviny 20. století stále více používaný pojem, který je skloňován v mnoha vědních disciplínách. Touto problematikou se v současnosti zabývá tisíce publikací, avšak stále neexistuje pro tento pojem jednotná všeobecně akceptovaná definice. Tento pojem je tedy těžko vyjádřitelný, tedy alespoň oproti pojmu kvantita života, kterým rozumíme délku života – její vymezení počtem let. Petr Petr definoval kvalitu života jako komplexní, abstraktní a multidimenzionální pojem, který můžeme chápat jako ukazatele míry uspokojení a štěstí v životě daného jedince, a to v oblastech, které člověk pokládá za prioritní (22).

1.2.2 Posouzení kvality života

Je obtížné určit kritérium, podle kterého bychom posuzovali, do jaké míry je či není život kvalitní. Pro někoho je tím zásadním ukazatelem výše konta v bance, pro jiného vzdělání, dobrá práce, spousta přátel, avšak u toxikomanů to zpravidla bývá

množství drogy, která je pro ně často tím nejcenějším bohatstvím či ukazatelem míry kvality života.

Je důležité tzv. subjektivní kritérium kvality života. To, co pro jednoho znamená štěstí a blahobyt, jiný chápe jako neuspokojivé a nedostačující pro spokojený kvalitní život. Posouzení kvality života je neodmyslitelně spjaté s rodinným a životním prostředím, ve kterém daný jedinec vyrůstal (21).

Všeobecně ovšem platí, že míra kvality života je ve velice úzké souvislosti s fyzickým zdravím, s psychickým stavem, se stavem ekonomickým, dále s interpersonálními vztahy, se životním prostředím, ale samozřejmě také souvisí se stupněm závislosti nebo-li mírou nezávislosti (23).

Kvalita života je proměnný jev. Zvyšuje se či klesá v průběhu života daného jedince, a to v návaznosti na aktuální životní situaci, ve které se jedinec momentálně nachází (22). Dále posouzení kvality života souvisí s lidským vývojem, jinak bude kvalitu hodnotit dítě, jinak dospělý jedinec a jinak osoba v důchodovém věku. Na hodnocení mají však vliv také charakterové vlastnosti daného jedince. Platí, že subjektivně lepší ohodnocení kvality života a osobní spokojenosti bude mít optimista, než-li jedinec s pesimistickým laděním (21).

Všeobecně však platí, že společností uznávané hodnoty jsou základním stavebním kamenem pro určování míry kvality života. Společnost je samozřejmě v neustálém procesu, kdy dochází ke změně jejích členů, ale i samotných hodnot (25).

Na kvalitu života lze pohlížet dvěma základními hledisky, a to objektivním a subjektivním hlediskem:

- Subjektivní kvalita života znamená, jak daný jedinec subjektivně hodnotí svou životní situaci, ukazuje všeobecnou spokojenost či blahobyt, pocit životního štěstí.
- Objektivní kvalita života znamená uspokojení materiálních a sociálních podmínek lidského života, dále naplnění požadavků týkajících se zdravotní stránky daného jedince či sociálního statusu (21).

1.2.3 Pojetí k měření kvality života

Psychologické pojetí

Tento přístup se zabývá subjektivním hodnocením kvality života, mírou spokojenosti s aktuální životní situací, subjektivní pohodou, dále pocitem štěstí a jaké faktory k němu přispívají (17). Každý jedinec ovšem hodnotí celkovou spokojenost v životě podle svých kritérií, která jsou pro jeho život významná. V procesu lidského vývoje se tyto kritéria samozřejmě mění a mění se též emoce, které mají na prožívání blahobytu, štěstí a celkové životní spokojenosti také nemalý vliv. Při hodnocení kvality života je důležité tzv. emoční ladění daného jedince, jeho psychický stav.

Subjektivní pohodu lze hodnotit podle dvou základních složek:

- *Aktuální subjektivní pohoda* - nebo-li aktuální způsob prožívání dané situace, který je závislý na momentálním psychickém rozpoložení jedince na jeho náladě, emočním stavu apod.
- *Habituální subjektivní pohoda* – nebo-li hodnocení kvality života na základě úsudku, který si daný jedinec vytvořil v souvislosti s delším časovým obdobím. Tento úsudek může být ovlivněn jistou životní zkušeností (21).

Sociologické pojetí

Zde jsou vyzdvihovány atributy úspěšnosti v sociální sféře lidského života. Mezi základní ukazatele kvality života v tomto pojetí řadíme postavení v žebříčku sociální stratifikace nebo-li sociální status, dále dosažené vzdělání, pracovní uplatnění, majetkové poměry a tak podobně (21). Velice důležitým faktorem v této sféře však také může být sociální prostředí, ve kterém se jedinec aktuálně nachází, ale i prostředí, ze kterého pochází, a které ovlivnilo jeho další sociální vývoj a kritérium posuzování míry kvality života (28).

V sociologickém pojetí se velice často skloňuje pojem „životní úroveň“, a to v souvislosti s množstvím, ale i kvalitou poskytovaných služeb a zboží. Každý jedinec však nemá k těmto činitelům dobrý přístup, což způsobuje, že jeho životní úroveň není příliš vysoká a tento fakt se tudíž nepříznivě projeví i v jeho hodnocení kvality života (21).

Medicínské pojetí

Kvalita života je se zdravím neodmyslitelně spjata. Ve zdravotnictví se na úroveň kvality života hledí z pohledu fyzického a psychického zdravotního stavu. Samozřejmě není pochyb o tom, že kvalita života je ze značné části ovlivněna právě aktuálním zdravotním stavem. Lidé trpící nejrůznějšími chorobami, ale i lidé, kteří prodělali různá zranění, operace a podobně, hodnotí svou kvalitu života podstatně hůře než lidé zdraví (28).

Kvalita života je v tomto pojetí v úzké souvislosti i s životním stylem, který ovlivňuje zdraví ve velmi vysoké míře. Není proto pochyb o tom, že nezdravý životní styl má na zdraví negativní důsledky. S nezdravým životním stylem jsou nejčastěji spojovány tyto faktory: kouření, konzumace alkoholu ve vysoké míře, konzumace ilegálních drog, sexuální promiskuita, ale i špatné stravování, nedostatečný pohyb, nedostatek spánku apod. (21).

1.2.4 Kvalita života v souvislosti s vyhledáním léčby

Lidé závislí na návykových látkách přicházejí do léčebných či nízkoprahových zařízení s jasným očekáváním, kterým je změna kvality života, a to v jakémkoliv smyslu slova. Mohou požadovat například pomoc s léčbou, s abstinencí, pomoc v sociální, právní či ekonomické oblasti a tak podobně (21). Tito klienti často přicházejí s jistým nadočekáváním, prostě jen vyžadují dosažení vyšší kvality života, ale neuvědomují si, že je to „běh na dlouhou trať“, který vyžaduje hlavně angažovanost, motivaci a aktivní zapojení klienta do spolupráce.

Pracovníci pomáhajících profesí si musí uvědomit, že drogová závislost je neodmyslitelnou složkou životní reality daného narkomana a kvůli tomuto faktu bývají okolím často marginalizováni .

Při spolupráci s klientem je nezbytné zabývat se jeho očekáváním, které ovšem bývá často neadekvátní dané situaci. Problémem může být pokud dojde k nepochopení klientova očekávání, neboť toto vede k maření spolupráce mezi klientem a daným pracovníkem či k poskytování nepotřebných služeb a péče. Sociální pracovník či lékař by měli být schopni vyložit klientovi situaci ve které se nachází a objasnit mu postupy, které by byly vhodné aplikovat ke zlepšení kvality života (21).

Velice používaným pojmem pro tuto problematiku je „matching“, nebo-li párování potřeb klienta s vhodným léčebným zařízením (30). Toto párování se týká poskytovaných služeb, typu zařízení, ale i věku klienta, jeho zájmů atp. Díky matchingu dochází k vyšší kvalitě poskytovaných služeb i péče.

Pokud jsou klienti spokojeni s interakcí mezi pracovníky a jimi samotnými, znamená to, že kvalita života byla alespoň z jejich subjektivního posouzení o něco zvýšena (21).

Užívání návykových látek a dopady takového jednání se projevují v různých oblastech, především tedy v medicínské, psychologické, sociální, ekonomické a tak podobně a jejich vztah či spíše dopad na kvalitu života je zřetelně negativní.

U léčby drogových závislostí znamená pojetí kvality života prioritní terapeutický cíl, pro který je abstinence alfou i omegou (25).

1.3 Problémové užívání návykových látek

Existuje jednotná uznávaná definice pojmu „problémové užívání návykových látek“. Podle EMCDDA je problémové užívání drog definováno jako „intravenózní užívání drog nebo dlouhodobé a pravidelné užívání opiátů, kokainu a drog amfetaminového typu“. Do pojmu problémového užívání se nezahrnuje užívání extáze a konopných drog (31).

Problémové užívání drog lze dále stratifikovat na další dvě části, a to na užívání heroinu a simulantů (2).

Problémové užívání se stává celosvětovým problémem. Tito uživatelé si aplikují návykové látky i s denní frekvencí, mají narušené interpersonální vztahy, budují si „kriminální kariéru“ a jsou nositelé zdravotních i ekonomických škod, na které však doplácí celá společnost (31).

1.4 Výčet ilegálních nealkoholových drog

1.4.1 Extáze

Extáze, nebo-li taneční droga, je nejčastěji známá pod chemickým označením MDMA. Tato syntetická droga je řazena do skupiny halucinogenních amfetaminů. Extáze je spíše symbolem určitého životního stylu či stylu muziky a je typická pro rekreační uživatele návykových látek .

Nejčastěji se vyskytuje ve formě tablet, které se aplikují per os, polknutím. Účinek se dostaví do jedné hodiny po požití a souvisí s psychickým rozpoložením, v jakém se uživatel nacházel před užitím. Většina experimentátorů však uvádí, že po její aplikaci cítí obrovské přívaly přátelskosti a empatie, dále zvyšuje sexuální požitek, touhu a odbourává zábrany. V této souvislosti se tedy jistě může mylně zdát, že kvality života daného toxikomana je aktuálně po dostavení účinků poměrně vysoká.

Zdravotní rizika této návykové látky spočívají v tom, že její uživatelé nepocítují chuť k jídlu a nemají ani potřebu pít, tudíž snadno dojde k dehydrataci organismu a k jeho totálnímu vyčerpání, neboť účinky extáze často trvají několik hodin. Velice časté je též poškození ledvin.

Na tuto drogu nevzniká fyzická závislost a nevyskytují se tudíž ani abstinenční příznaky. Tolerance se však při pravidelném užívání zvyšuje (24).

1.4.2 Halucinogeny

Halucinogeny jsou přírodní, ale i syntetické drogy. Jsou typické tím, že u daného jedince vyvolávají psychotické stavy, halucinace – ať už vizuální či sluchové. Obecně způsobují poruchu vnímání reality. S tímto je samozřejmě úzce spjata i kvalita života, která je podstatně zhoršena. Projevuje se to například při řízení motorových vozidel či u obsluhování strojů obecně, kdy jsou kvůli poruchám vnímání či halucinacím velice časté dopravní nehody, dále je zvýšená úrazovost, nehodovost, ale i celkově zdraví daného jedince, poněvadž velice často dochází k poškození jater či ledvin.

Mezi syntetické látky patří např. LSD nebo-li lysergamid. Aplikuje se per os ve formě prášku či tzv. papírku – trippu (27). LSD je velice silná a nebezpečná návyková látka. Je známá také tím, že dokáže vyvolat latentní psychózu. Užívání LSD je též velice často spojováno s objevováním flashbacků. Podobně jako u extáze, ani zde nevzniká závislost, ale tolerance se zde vyvíjí mnohem rychleji než u uživatelů extáze (24).

Mezi přírodní halucinogeny řadíme například halucinogenní houby, jako jsou např. lysohlávky (lysohlávka kopinatá, lysohlávka česká...), u kterých je psychoaktivní látkou tzv. psilocybin. Uživatelé je konzumují čerstvé, ale nechají se i uvařit či z nich připravují čaj. Dalším přírodním halucinogenem je např. meskalin – psychoaktivní složka různých odrůd kaktusů. Řadíme sem však i durman, muchomůrky atp. (27).

1.4.3 Kanabis

Konopné drogy představují pro své uživatele jistý kult, symbol kvality života, který se projevuje hlavně po vzhledové stránce. Typické jsou dredy, korálky, volné či otrhané oblečení atp. Tzv. „hašišáci“ milují život a udržují mezi sebou vřelý přátelský vztah – obzvláště tedy po užití této návykové látky, vše se může zdát snadné a nic není nemožné, dostávají se do určité pohody, jejich jednání se vyznačuje určitou flegmaticností a ignorantstvím vůči společenským normám.

Konopné drogy pocházejí z keřovité rostliny, která se nazývá *Cannabis sativa*. Psychoaktivní látkou zde je THC (tetrahydrocannabinol) (22). Tato přírodní návyková látka je v populaci obzvláště oblíbená, dokonce se uvádí, že je třetí nejrozšířenější drogou, a to hned po alkoholu a tabáku (31).

Konopné drogy vyvolávají stavy euforie, pocity blahobytu a neustálé nucení ke smíchu bez pádného důvodu. Takovéto požitky ovšem vzniknou pouze při dobrém psychickém rozpoložení před užitím této návykové látky. V opačném případě nastupují stavy úzkosti, deprese atp. (22).

Nejčastěji se užívá kouřením, buď to pomocí dýmky či se ubalí do cigaretového papírku (joint). Dále se také používá jako ingredience do pečení – nejčastějším výrobkem jsou koláčky (10).

Největší zdravotní riziko spočívá ve vysokém faktoru, který ovlivňuje vznik rakoviny, jelikož kouř z marihuany obsahuje obrovské množství karcinogenních látek. Užívání této návykové látky dále snižuje sexuální výkonnost a u mužů může vést až k impotenci.

Na konopných drogách se prokázala psychická i fyzická závislost, která se ovšem nemusí vždy a u každého projevit. Abstinenční syndrom se projevuje především ve formě nechutenství, podrážděností, nervozitou a také poruchami spánku (24).

1.4.4 Opiáty

Opiáty patří k nejstarším návykovým látkám. Opium je získáváno z máku – *Papaver somniferum*. Do opiátů přírodního původu řadíme morfin a kodein (metylmorfin). Heroin (diacetylmorfin) je polysyntetický derivát.

Opiáty se užívají v nejrůznějších formách, a to od kouření, šňupání až po intravenózní aplikaci.

Na tyto návykové látky vzniká velice silná závislost psychická, ale i fyzická – při pravidelném užívání s denní frekvencí vznikne již po několika málo týdnech (12). Největším nebezpečím souvisejícím s kvalitou života je však přenos infekčních chorob, poněvadž nejčastějším způsobem aplikace této návykové látky je aplikace injekční (22).

1.4.5 Organická rozpouštědla

Organická rozpouštědla, a těkavé látky obecně, jsou velice rozšířené hlavně u mladých lidí do 15 let. Hlavními důvody proč tomu tak je je jejich snadná dostupnost a poměrně nízká cena. Do organických rozpouštědel řadíme benzín, lepidla, barvy, laky, čistící prostředky apod.

Nejčastěji se aplikují vdechnutím. Tyto toxické látky dále putují do plic, do krevního oběhu, ale i do tělesných orgánů (32).

Užití těchto návykových látek navozuje pocity euforie, vzrušení, dále dochází k otupělosti, malátnosti, závratím, k poruchám motorické koordinace, ale velice časté bývají i halucinace. Tyto stavy mohou být pro uživatele příjemné, avšak je nutné si uvědomit, že dlouhodobé užívání těkavých látek může vést až k degradaci osobnosti, k jejímu rozkladu po psychické stránce – o kvalitním životě proto samozřejmě nemůže být žádná diskuze, jelikož kromě narušení osobnosti jedince dále dochází k poškození cest dýchacích, mozkové kůry, ale i ledvin či jater. Tato patologie je často velice těžko léčitelná a mívá nevratné důsledky (12).

Při jejich častém užívání dochází k rozvoji psychické i fyzické závislosti. Abstinenční příznaky se projevují neklidem, nespavostí, nevolností atp. (27).

1.4.6 Stimulancia

Stimulanty jsou návykové látky, které mají budivý efekt na CNS, vyvolávají pocity blahobytu, síly, euforie, dále zahání pocity hladu, únavy či spánku.

Mezi nejběžnější legální stimulační látky patří např. kofein či nikotin. Tyto dvě substance jsou v populaci velice rozšířené a oblíbené. Mnozí lidé si již své ráno bez šálku kávy a zapálené cigarety nedokáží představit. Je tedy zřejmé, že kvalitu života těmito jedincům ovlivňují z nemalé části. Mezi nelegální stimulanty řadíme kokain, crack, pervitin, ale i extázi či PSP.

Stimulanty se nejčastěji užívají injekčně či šňupáním. Jejich užívání představuje zátěž pro celý organismus daného jedince, přičemž je zatížen především

kardiovaskulární systém. Velice nebezpečná též bývá rychlá ztráta tělesné hmotnosti, která je způsobená nechutenstvím. Z psychických důsledků je při dlouhodobém užívání velice častý rozvoj toxické psychózy (24).

1.5 Důsledky užívání psychoaktivních látek v souvislosti s kvalitou života

Závislost obecně má velice negativní dopad na daného jedince, obzvláště tedy na kvalitu jeho života. Takovýto jedinci se stávají velice nesvobodnými individui, jejichž vnímání života se postupně mění v černobílé, omezené pouze na to, jakým způsobem sehnat drogu. Toto se však jeví jako určitý paradox, poněvadž nejčastějšími důvody k užívání psychoaktivních látek bývá právě touha zažít něco nového, nevšedního a utéct z nudné reality.

Uživatelé drog se dají přirovnat k „naprogramovaným robotům“, kteří jsou řízeni podle toho, zda danou návykovou látku užijí či ne. Jejich myšlení se stává velice omezeným, nedokáží se již radovat z maličkostí a úspěchů všedního dne, droga je pro ně středem vesmíru a ukazatelem míry kvality života, alespoň tedy zpočátku, v prvních fázích užívání návykových látek, kdy jim droga přináší rozkoš, uvolnění a navozuje jim dobré psychické rozpoložení. Při vzrůstající toleranci a v okamžiku rozvoje drogové závislosti však tyto pocity a spokojenost po užití návykové látky mizí, daný uživatel ji užívá už jen proto, aby zmírnil abstinenční příznaky, droga mu již nic „nedává“ (28).

1.5.1 Somatické komplikace

Není pochyb o tom, že užívání návykových látek poškozuje somatický stav daného jedince ve značné míře. Somatické zdraví člověka je poškozeno přímo i nepřímo. Přímým poškozením rozumíme škody vzniklé přímou interakcí návykové látky s organismem daného jedince. Nepřímé dopady souvisí například se způsobem vpravení návykové látky do těla, se situací v níž se toxikoman po aplikaci drogy nachází (př. dopravní nehody), dále mohou být důsledkem cizorodých látek v droze atp. (31).

Zdravotní dopad je závislý na typu psychoaktivní látky, na frekvenci užívání, ale i na způsobu její aplikace. Rozlišujeme tyto druhy aplikace drog:

- *Intravenózní aplikace*: Injekční aplikace je nejrizikovější způsob podání drogy, neboť při ní dochází k porušení celistvosti organismu a k přímému vpravení toxické látky do krevního řečiště. I.v. aplikací bývá poškozen žilní systém, dochází proto často k zánětům žil či trombóze. Velice časté je též poškození cévního systému. Aplikací návykové látky do svalu dochází například ke vzniku abscesů. Pro injekční uživatele drog však bývá největším nebezpečím nákaza krví přenosnou infekční chorobou, jako je například HIV/AIDS či hepatitidy typu B a C. Toto je způsobeno používáním nesterilních pomůcek a jejich vzájemným půjčováním.
- *Intranazální aplikace (sniffing)*: Dá se říci, že sniffing je méně nebezpečný způsob aplikace návykové látky, alespoň tedy v porovnání s aplikací injekční. Dochází při něm však k poškození nosní přepážky, sliznice a plic. Při opakovaném užívání toxické látky intranazální aplikací může dojít až k úplné ztrátě čichu.
- *Perorální aplikace*: Riziko perorální aplikace spočívá v poškození trávicího traktu, ale také v tom, že daný jedinec nemusí odhadnout množství požití toxické látky, a to hlavně kvůli jejímu pozdějšímu nástupu účinku. Může tedy lehce dojít k intoxikaci danou návykovou látkou. Perorálně se užívá například extáze.
- *Inhalace*: Při inhalaci drog je hlavním nebezpečím poškození, poleptání plic a sliznice, podílí se na ní především plicní sklípky, které danou návykovou látku vstřebávají. Při inhalaci kouře se zvyšuje riziko vzniku nádorových onemocnění dýchacího systému. Inhalace organických rozpouštědel však může vést až k poškození mozku (11).

Užívání drog však neprospívá ani zevnějšku daného jedince. Takovýto člověk bývá vyhublý, strhaný, dochází k celkovému tělesnému chátrání a přestává dodržovat základní hygienické dovednosti, což vede ke zvýšenému riziku nákazy hepatitidou typu A (28).

Pro drogově závislé je též velice typická sexuální promiskuita, pravděpodobnost nákazy sexuálně přenosnou chorobou je tudíž velmi vysoká.

Drogově závislý pochopitelně zásady zdravého životního stylu nedodrží, jejich způsob životního stylu působí negativně na zdraví, na imunitní systém a tudíž i na kvalitu života (28).

Často jsou též uváděna populační rizika zdravotních dopadů, jež postihují populaci, která není drogovou závislostí postižena. Řadíme sem například rozšíření infekčních chorob krví, sexuálním stykem apod., dále poškození plodu v důsledku závislosti či dopravní a jiné nehody, způsobené osobami pod vlivem návykových látek, a při kterých byli nějakým způsobem poškozeni i osoby drogou nedotčené (31).

1.5.2 Psychické komplikace

Psychické poruchy, které se vyskytnou v souvislosti s užíváním návykových látek můžeme rozdělit podle doby vzniku na:

- a) duševní poruchy, které vznikly před začátkem užívání drog
- b) duševní poruchy, které vznikly přímým působením drogy
- c) duševní poruchy, které vznikly v souvislosti s užíváním návykových látek a nemají toxickou příčinu

Duševní poruchy, které vznikly před začátkem užívání drog:

To znamená, že závislost se u daného jedince objevila až po vzniku duševní poruchy. Droga v tomto případě plní funkci úlevy od jistého trápení. Příkladem vzniku takovéto závislosti, která je v přímé souvislosti s již existující nemocí, může být např. závislost na anxiolyticích (farmaka proti strachu, úzkosti), jako je Neurol, Lexaurin atp. (9).

Poruchy, které vznikly přímým působením drogy:

Tyto poruchy se objevují jako důsledek narkomanie, vznikají z toxické příčiny. Patří sem například toxická psychóza (slang. stíha), která nejčastěji vzniká jako

důsledek užívání pervitinu. Projevuje se paranoidními stavy, které jsou doprovázené halucinacemi. Porucha často sama zmizí cca. 10 dní po vysazení dané návykové látky (26). Poškození vyvolaná organickými rozpouštědly ovšem mají psychické důsledky mnohem vážnější. Dochází k narušení celého nervového systému a k nevratnému úbytku rozumových schopností. Pokles intelektu je zde značný (6).

Bezprostředně po odeznění účinků drogy (hlavně simulantů) mohou vznikat tzv. „dojezdy“, které se projevují celkovým vyčerpáním organismu, úzkostí, depresi, nechutenstvím apod. V tomto stavu bude kvalita života pro dané uživatele nejspíše nulová (11).

Do této kategorie však řadíme i flashback, který vzniká i několik týdnů či měsíců po odeznění intoxikace návykovou látkou (5).

Duševní poruchy, které vznikly v souvislosti s užíváním návykových látek a nemají toxickou příčinu:

Příkladem takovéto poruchy může být například posttraumatická stresová reakce, která vzniká v souvislosti s určitým šokujícím zážitkem při užívání toxické látky. Jako příklad mohu uvést např. smrt přítele, se kterým daný jedinec drogy užíval, znásilnění, přepadení, dále propuknutí schizofrenie u dlouhodobého uživatele kanabinoidů apod. (9).

1.5.3 Sociální dopady

Sociální dopady se na kvalitě života uživatelů psychotropních látek též projevují v celkem vysoké míře. Česká veřejnost uživatele drog odmítá přijmout a zároveň je kvůli tomuto jednání odsuzuje. Drogově závislí jsou majoritní skupinou silně stigmatizováni a marginalizováni na okraj společnosti. Projevuje se tendence vytěsnit je do sociálně vyloučených lokalit. Lidé těmito jedinci opovrhují a nedůvěřují jim, jelikož deformace charakterových vlastností je značná. Není potom divu, že semknutí a identifikace s drogovou subkulturou, ve které se daný jedinec nachází, je o to silnější a pevnější.

Závislost na drogách zapříčiňuje rozpad norem a pravidel, které jedinec dříve uznával. Takovýto jedinec postupně přestává plnit své základní povinnosti a přestává chodit do školy či do zaměstnání, ve většině případů ho stejně vyhodí, jelikož pod vlivem drog není schopen podat očekávaný výsledek a plnit na něj kladené úkoly. Již při sebemenší námaze bývá vyčerpán, ztrácí schopnost koncentrovat se a postupně i motivaci k výkonu jakékoliv smysluplnější činnosti.

Typická je pro ně též ztráta schopnosti sebeovládání, často bývají bez zábran, jsou bezohlední, sobečtí a egoističtí. Nic než droga pro ně nemá hlubší smysl, její hodnota je pro ně nevyčíslitelná.

Drogově závislí se stávají parazity na své rodině, na lidech, kteří je milují, ale i na celé společnosti. Pro svou rodinu představují obrovskou zátěž – ekonomickou, psychickou, bohužel někdy však i fyzickou. K potřebám ostatních lidí jsou narkomané bezohlední, prostě je nezajímají.

Špatné mezilidské či sociální vztahy však neplatí jen pro narkomana a jeho rodinu, přátele a společnost jako celek, ale panují i v daných drogových subkulturách. Jak již bylo řečeno, takový lidé mají pokřivenou osobnost a neplatí pro ně žádná pravidla. Jsou sice k sobě určitým způsobem semknutí, tvoří minoritní společnost, ale žádná pevná, upřímná a férová přátelství zde nenajdeme. Pojí je pouze touha po droze, abstinční příznaky, když drogu postrádají a uspokojení či určitý druh pocitů štěstí, když si drogu vpraví do organismu. Postupem času ztratí většinu svých sociálních rolí (rodičovská, partnerská), dochází k přetrhání sociálních vazeb a vztahů, dochází k oploštění emocí, drogově závislí jsou jakoby „prázdní“ (28).

1.5.4 Ekonomické dopady

Ekonomické dopady jsou pro daného toxikomana v kvalitě života zásadní, oproti nezasazené populaci. Černý drogový trh určuje velice vysoké ceny za drogy, ale i přesto jsou uživatelé drog schopní si danou finanční částku jakkoliv obstarat. Velice časté jsou proto krádeže, podvody, loupežná přepadení, ale i prostituce atp. Jsou odhodláni získat svou drogu za každou cenu (31).

Jistě se všichni shodneme na tom, že užívání ilegálních návykových látek způsobuje i pro danou společnost obrovské ekonomické náklady a škody.

Od 60. let 20. století se měřením nákladů způsobených společností zabývá především studie Nákladů na nemoc – nebo-li Cost of Illnes (COI). Tato metodika se orientuje především na měření nákladů, které je společnost nucena vynaložit na výzkumnou činnost, léčbu, preventivní programy, ale i na represí. Dále se též zabývá vyčíslením finančních škod, které jsou způsobeny jako důsledek zvýšené morbidity a mortality.

Typy nákladů v COI studiích výborně vystihl Tomáš Zábranský pomocí vloženého diagramu, který též přikládám v kapitole Přílohy. Tyto náklady zde dělí na:

- *Přímé* (náklady vynaložené na zdravotní a sociální péči, náklady spojené s represí, náklady na prevenci, atp.)
- *Nepřímé* (náklady vzniklé ztrátou produktivity)
- *Nehmotné* (ztráta blízkých, bolest, utrpení, atp.) (31).

1.5.5 Právní dopady

Užívání ilegálních nealkoholových drog je v přímé souvislosti s pácháním trestné činnosti. U trestných činů páchaných drogově závislými rozlišujeme primární a sekundární trestnou činnost.

- *Primární drogová kriminalita:* Do této kategorie patří výroba, držení, prodej, pěstování...ilegálních návykových látek a dále šíření toxikomanie. Podrobněji se touto trestnou činností zabývají paragrafy 274, 283, 284, 285, 286 a 287 Trestního zákona. Pro pachatele takovéto trestné činnosti bývají zpravidla vyměřeny vyšší tresty než pro pachatele sekundární trestné činnosti.
- *Sekundární drogová kriminalita:* Nebo-li páchání jakékoliv trestné činnosti v souvislosti s psychotropními látkami. Řadíme sem například páchání trestné činnosti pod vlivem drog, dále trestné činy páchané s jejich pomocí (násilná přepadení, únosy apod.), trestné činy za účelem obstarání psychotropní látky

(krádeže, vloupání, podvody apod.), ale také trestná činnost dealerů obchodujících na černém trhu aj. (31).

Trestná činnost páchaná narkomany nejčastěji končí trestem odnětí svobody, během něhož ovšem velice často také dochází ke zneužívání drog. Drogy do věznic nejčastěji přináší trestanci jedinci, avšak alarmujícím faktem je, že často je tam pašují i samotní pracovníci věznic. Obrovským kladem, který pomáhá vězňům závislým na návykových látkách zadaptovat se na toto prostředí je, že v mnohých věznicích se lze i během výkonu trestu odnětí svobody podrobit léčbě drogových závislostí, a to krátkodobé až střednědobé. Též je možné, aby zde závislí jedinci využili služby jako například detoxikaci, poradenství v protidrogové poradně, trénink zaměřený na pěstování motivace, nacvičování sociálních dovedností apod. Tyto služby pro vězněné uživatele drog poskytují nestátní neziskové organizace. Tyto aktivity podle mého názoru velice přispívají ke zvýšení kvality života závislých vězňů, alespoň tedy co se týče pomoci s adaptací na toto prostředí a požadovaný vězeňský režim. Avšak jak ve své knize uvádí i Kamil Kalina, v českých věznicích bohužel chybí programy typu harm reduction, dlouhodobá léčba či programy doléčovací (11).

1.6 Vliv drogové závislosti na různé aspekty lidského bytí

Znehodnocení kvality života v přímé souvislosti s drogovou závislostí se projevuje v mnoha rovinách lidského bytí, jako například ve zdravotním stavu daného jedince, v rodinném systému, ale neopominutelnou spojitost má i se sociálním kontextem, kdy dochází ke změně okruhu přátel a zájmů, klesá sociální status a uplatnění ve společnosti celkově, vznikají problémy ve škole či na pracovišti apod. (7).

U drogově závislých jedinců postupně dochází k úpadku osobnosti a ke změně žebříčku životních hodnot, jsou orientováni pouze na drogu a nic jiného pro ně nemá hlubší smysl. Vlivem drog se mění i zevnějšek člověka, neboť přestává dbát na hygienické zásady, takovýto jedinec celkově chátrá, je neupravený, vyhublý apod. Drogově závislý se stává nespolehlivým, sobeckým a egocentrickým jedincem, má potíže v sebeovládání (28).

1.6.1 Drogová závislost versus rodinný systém

Vznik drogové závislosti má velice negativní dopad na kvalitu života celé rodiny. Dochází k narušení vztahů, vznikají časté spory. A to nejen mezi drogově závislým a ostatními členy rodiny, ale také mezi členy, kteří syndromem drogové závislosti netrpí – tuto situaci nazýváme triangulací. Triangulace znamená vytváření jakéhosi trojúhelníku, kdy se drogově závislý jedinec snaží získat prostor k dalšímu užívání návykových látek tím, že si například stěžuje u matky na otce a tím brání efektivní komunikaci a spolupráci, která by měla vést k řešení jeho drogové závislosti. Rodina závislého jedince touto skutečností trpí a velice často dochází k její úplné degradaci, například ve formě rozvodů apod., poněvadž dochází k vzájemnému odcizení mezi jednotlivými členy rodiny. Vzácný není ani vznik stejné či jiné závislosti u jiného člena rodina (20).

Negativní dopad na kvalitu života rodiny, v souvislosti s drogovou závislostí jejího člena, se projevuje v rovině sociální, kdy bývá velice často okolím stigmatizována celá rodina, dále v rovině psychické a v neposlední řadě též v ekonomické rovině. Drogově závislý jedinec totiž pro svou rodinu představuje obrovskou ekonomickou přítěž. Takovýto jedinci velice často svou rodinu okrádají, nejen o finanční obnosy, kdy jsou schopni vybrat celé bankovní konto jiného člena rodiny, ale okrádají je i o materiální cennosti, jako jsou elektronické spotřebiče apod., které však následně někde zpeněží (28).

1.6.2 Drogová závislost versus společnost

Společnost je vůči drogově závislým jedincům odměřená, pohrdá jimi a zaujímá k nim negativní postoj. Její snahou je marginalizovat takovéto jedince do sociálně vyloučených lokalit (28). Z jistého hlediska lze toto počínání pochopit, neboť drogovou závislostí jednotlivých jedinců trpí celá společnost a tato jejich závislost zároveň ohrožuje míru kvality života drogou nedotčených jedinců, a to například vyšším rizikem nákazou infekčně přenosných chorob při vzájemném prolínání drogové a nedrogové

společnosti, dále páchanou trestnou činností uživateli drog či větší úrazovostí a nehodovostí v souvislosti s užíváním návykových látek, ale zároveň také musí společnost vydávat značné finanční prostředky na ekonomické náklady a škody, jež jsou užíváním návykových látek způsobeny (31).

Stigmatizace uživatelů drog působí na jejich kvalitu života velmi nepříznivě a není tedy divu, že jejich semknutí s drogovou subkulturou je o to pevnější. Drogově závislí tudíž postrádají určitý pozitivní vzor, podle něhož by mohli jednat (28).

Nelze opomíjet ani fakt, že na vzniku závislosti na psychoaktivních látkách nese jistý podíl i společnost, která na jedince působí formou menších skupin, podle nichž se daný jedinec stylizuje. Hlavní roli zde sehrává rodinný systém. Pokud je rodina dysfunkční, je velmi vysoké riziko vzniku závislosti na návykových látkách (3), dále jsou to vrstevnické skupiny, s nimiž se jedinec stýká a v neposlední řadě celkem snadná dostupnost návykových látek na trhu či tíživé životní situace, jež mají na kvalitu života obrovský vliv a které vedou velmi snadno u labilnějších jedinců ke vzniku drogové závislosti. Do těchto tíživých životních situací můžeme zařadit například smrt někoho blízkého, ztrátu sociálního statusu (nezaměstnanost, bezdomovectví...) apod. (7).

1.6.3 Drogová závislost versus sociální status

Kvalita života je v přímé souvislosti s postavením jedince ve společnosti a s jeho uplatněním na společenském žebříčku. Není však určitě nutné pochybovat o tom, že užívání návykových látek vede k znehodnocení onoho společenského postavení a prestiže. Drogová závislost znehodnocuje sociální status člověka, vede k degradaci celé osobnosti a to přispívá k většímu pohrdání nedrogovou společností. Drogově závislí lidé se stávají postupem času nezaměstnanými, nejsou totiž kompetentní k tomu, aby plnili pracovní povinnosti. S tímto faktem souvisí nedostatek finančních zdrojů, který následně negativní kvalitu života podstatně prohlubuje (28). Tito jedinci mají problém obstarat si finanční obnos potřebný na drogu, tudíž jsou nuceni páchat trestné činy, jako je například nedovolená výroba, držení, distribuce drog, dále jsou to krádeže, vloupání, vydírání apod. (31). S těmito sociálními aspekty souvisí i bezdomovectví. Lidé bez

domova nemají zaměstnání a většinou ani rodinu, nebo se s ní nestýkají. Jsou společností vyloučeni na její okraj, tudíž nemají možnost k seberealizaci či k navázání kvalitních sociálních kontaktů, které by přispěly k vzestupu jejich postavení na společenském žebříčku (28).

Všechny tyto okolnosti samozřejmě vedou k tomu, že závislí jedinci jsou společností vytěšňováni až na úplné dno společenského žebříčku, neboť zaujímají podřadný sociální status (19).

1.7 Obecné pojednání o způsobu léčení drogových závislostí

1.7.1 Léčba

Léčbu můžeme definovat jako léčebný proces, který si klade za cíl odstranit určitou chorobu či poruchu zdraví, nebo alespoň zmírnit její příznaky (30).

Léčba drogových závislostí je strukturovaná práce s klientem, která se orientuje na odstranění závislosti na určité návykové látce či látkách, jestliže se jedná o polytoxikománii. Léčbou drogových závislostí se u nás zabývá mnoho odborných institucí, které nabízejí široké spektrum služeb, které lze velmi často mezi sebou vzájemně propojovat. Tyto služby či léčebné postupy jsou orientovány na klienta a na jeho potřeby, snaží se mu přizpůsobit, využívají matchingu (10).

1.7.2 Systém léčení drogových závislostí

Terénní programy

Nebo-li specifická služba, která je závislým jedincům poskytována přímo na ulici, v terénu (streetwork). Je to nízkoprahová služba, což tedy znamená, že je klientovi poskytována anonymně, není nutné ho identifikovat a je dostupná všem uživatelům návykových látek. Oproti jiným službám je odlišná také v tom, že uživatele sama vyhledává, kontaktuje a nabízí jim určitou formu pomoci. Prioritním cílem práce na

ulici je navázání důvěrného kontaktu a vztahu s daným uživatelem drog, jeho motivace ke změně životního stylu či redukce rizikového chování (10).

Terénní programy se snaží zvýšit kvalitu života uživatelům drog a v této souvislosti nabízejí následující služby: výměnný program (sterilní pomůcky k intravenózní aplikaci drog), informační servis (ústní i písemné informace o účincích drog, o rizicích spojených s jejich užíváním, informace o způsobech léčby či jednotlivých léčebných zařízeních atp.), krizová intervence (pomoc při zvládnání aktuálních problémů klienta), zdravotní poradenství (základní zdravotní servis, ošetření, zprostředkování léčby), sociální poradenství (asistence při řešení sociální problematiky, pomoc při hledání zaměstnání, pomoc při zajišťování bydlení, zajišťování sociálních dávek, pomoc při řešení trestně právní problematiky apod.) (13).

Harm Reduction

Pojem Harm Reduction můžeme definovat jako minimalizace škod či rizik (31). Je to program založený na nízkoprahovém principu, jehož cílem není represe či perzekuce, nýbrž snaha zvyšovat kvalitu života uživatelům drog. Snaží se eliminovat rizika spojená s užíváním návykových látek a také jejich negativní dopady na daného jedince (somatické, psychické, sociální, ekonomické i právní). Model Harm Reduction toleruje klientovu drogovou závislost, ale zároveň se ho snaží motivovat k abstinenci, k zodpovědnosti za sebe a své činy nebo alespoň k méně rizikovému chování, které se projevuje například způsobem aplikace drog. Patří sem například bezplatná výměna injekčního materiálu, distribuce kondomů, vitamínů, informační servis, základní poradenství apod. (10).

Kontaktní centra

Kontaktní centrum je specifické zařízení založené na nízkoprahovém principu, kdy sem klienti přicházejí zcela anonymně. Jsou určeny především pro klienty, kteří nejsou schopni nebo ochotni podstoupit léčbu, schází jim motivace. Dalším kladem,

který klienti oceňují je, že při využívání poskytovaných služeb kontaktním centrem, není nutná abstinence. Mezi cíle, jichž se snaží pracovníci kontaktních center dosáhnout patří například vytvoření důvěrného a zároveň respektujícího vztahu mezi klientem a pracovníky, změna rizikového chování na nerizikové, znovuoobnovení zapomenutých návyků (osobní hygiena, dochvilnost, spolehlivost), naučení osobní odpovědnosti za sebe, ale i za své činy, dále se snaží motivovat klienty k léčbě apod. (10).

Poskytované služby směřující ke zvýšení kvality života jednotlivých uživatelů drog: výměnný program, informační servis, krizová intervence (i po telefonu či internetu), základní zdravotní poradenství (spojené i s testováním výskytu infekčně přenosných chorob či s testováním gravidity), sociální poradenství, hygienický servis (možnost osprchovat se, vyprat si), potravinový servis (ve většině kontaktních center to je jedna polévka a káva či čaj za den), vitamínový servis, dále individuální či skupinové terapie či poradenství pro klientovi rodinné příslušníky nebo blízké, úschova cenností a zavazadel, přebírání pošty (klientům, kteří nemají trvalé bydliště) apod. (13).

Substituční léčba

Substituce návykových látek je proces, při kterém je původní ilegální užívaná návyková látka, nahrazena látkou jinou, která má oproti látce ilegální delší účinek trvání a zároveň je její užívání bezpečnější, poněvadž neobsahuje toxické příměsi jako na černém trhu, dále není aplikována rizikovým způsobem – tj. nejčastěji intravenózně, ale perorálně a je užívána pod lékařským dohledem. Substituční léčba je indikována závislým na opiátech (min. 6 měsíců), kteří je aplikují injekční cestou pokud již prošli jinou léčbou, která však byla neúspěšná. Mezi základní poskytované služby patří léčba metadonem a susbutexem. Metadon je syntetický opiát, nacházející se ve formě roztoku a používá se jako náhrada za heroin. Je rovněž návykový, ale způsobuje menší psychické poškození než heroin a má méně škodlivých fyzických účinků. Pokud je užíván v určených dávkách, potlačí touhu po heroinu, aniž by vyvolal pocity euforie. V ČR je ve formě 5% roztoku a klienti za něj neplatí. Subutex je též opiový antagonist, který se užívá ve formě tablet. Tyto tablety se nechají rozpustit pod jazykem. Injekční

aplikace totiž vyvolá abstinenci příznaky. Klienti si ho však hradí sami. Mezi další poskytované služby patří psychoterapie, rodinná terapie, sociální poradenství, medicínský servis atp.

Substituční léčba se tedy snaží podstatně zvýšit kvalitu života uživatelů drog. Projevuje se to především ve snaze zamezit šíření infekčně přenosných chorob injekční aplikací, dále stabilizací či omezením abstinenciho syndromu, substituce také omezuje kriminalitu jednotlivých uživatelů apod. (10).

Denní stacionáře

Jde o denní péči, která je poskytovaná pacientům, pro něž není ambulantní léčba dostačující nebo ústavní léčba nutná či naopak se z výkonu ústavní léčby navrátili a nyní potřebují ještě určitý dohled. Je to léčba střednědobá (3 – 6 měsíců), která je rozvržena do pěti pracovních dnů, přičemž pacient v denním centru stráví cca 5 hodin denně. Mezi hlavní priority, jež si denní centrum určuje je abstinence, změna rizikového chování na nerizikové, znovuoobnovení základních návyků a dovedností, podpora v seberealizaci apod. Denní centrum není vhodné pro všechny. Mezi základní kritéria, jež umožňují vstup do takového centra patří minimální věk 17 let, bydlení v blízkosti denního centra (aby byl klient schopen denně docházet), vhodné nedrogové sociální zázemí klienta, relativně dobrý fyzický a psychický stav, jež nevyžaduje odbornou lékařskou péči atp. Klienti sem většinou docházejí při pracovní neschopnosti.

V denním centru je kladen důraz na dodržování striktních pravidel a režimu. Je zde poskytována psychologická, psychiatrická, zdravotní a sociální péče. Tato péče je tedy komplexní a uskutečňuje se například pomocí individuální, skupinové či pracovní terapie, dále je zde realizováno sociální poradenství nebo práce s rodinnými příslušníky závislého jedince a samozřejmě také určité volnočasové aktivity (10).

Ambulantní léčba

Nejčastěji probíhá v rámci poraden (např. alkoholicko – toxikologické poradny), které tak jako denní stacionáře nejsou spojeny s lůžkovým oddělením. Klient sem však nedochází denně, ale podle potřeby, např. jednou týdně. Plusem je, že nevyžadují pracovní neschopnost pacienta. Z toho též vyplývá, že je určena spíše pro klienty, kteří jsou více motivovaní k léčbě a abstinenci, mají nižší potenciál pro relaps a nacházejí se v neškodícím sociálním prostředí. Podobně jako u denních center i zde je hlavní zaměření na udržení klientovy abstinence (10). Ambulantní péči doplňuje individuální či skupinová terapie, rodinná terapie, sociální poradenství, volnočasové aktivity apod. (13).

Detoxifikační jednotky

Detoxifikace je medicínský a psychologický proces směřující k odstranění toxické látky z těla. Detoxifikační jednotky jsou zaměřeny na pomoc při vysazení drogy a na zmírnění abstinenčních příznaků. Příčiny zahájení detoxifikace jsou různé. Může jít například o případ, kdy je intoxikovaný jedinec nebezpečný sobě či okolí, nebo je to jedinec, který se chystá podstoupit určitou odvykací léčbu, ale velice často však jde i o toxikomany, kteří si chtějí pouze snížit toleranci na danou návykovou látku.

Detoxifikační jednotky jsou umístěny například v zařízeních střednědobé či dlouhodobé léčby závislostí, v psychiatrických léčebnách, ale i v nemocnicích. Tyto jednotky poskytují danému jedinci komplexní léčebnou péči, do níž zahrnujeme farmakologii určenou na zmírnění příznaků a léčbu odvykacího stavu, farmakologii zaměřenou na léčbu akutní intoxikace návykovou látkou, farmakologii zaměřenou na léčení somatických i psychických poruch, dále psychoterapii (zejména snaha motivovat klienta k léčbě) a v neposlední řadě je to sociální poradenství (vyřizování dokladů, asistence při spolupráci s úřady, pomoc při výběru vhodného léčebného zařízení apod.) (10).

Ústavní léčba

Nejčastěji se poskytuje v psychiatrických léčebnách či v nemocnicích s psychiatrickým oddělením. Je indikována u pacientů nacházejících se v těžkém zdravotním stavu s obtížnými psychiatrickými poruchami, jež jsou způsobeny abúzem návykových látek a dále u pacientů u nichž nebyl zaznamenán žádný léčebný pokrok při navštěvování ambulantních léčebných institucí. Tato léčba trvá obvykle 3 – 6 měsíců (tzv. střednědobá). Pracovní léčebný tým zde klade důraz na dodržování striktních pravidel a režimu. Mezi základní aktivity patří individuální, skupinová či pracovní terapie, ale také arteterapie nebo terapie komunitní, dále terapie rodinná a volnočasové aktivity (10).

Terapeutické komunity

Terapeutická komunita je pobytové zařízení, ve kterém probíhá léčebný a resocializační program. Jedná se o dlouhodobou léčbu trvající nejčastěji 12 měsíců. Je vhodná pro klienty, kteří se nacházejí spíše v těžké formě závislosti, s jistou kriminální kariérou a po absolvování ústavní léčby. Hlavním cílem léčby je udržení abstinence, kterou musí pacient přijmout jako nezbytnou součást svého života, změna sebedestruktivního jednání i myšlení, přijetí odpovědnosti za sebe a za své činy, ale i za druhé, získání základních sociálních dovedností, seberealizace bez návykových látek apod. Pracovní tým terapeutické komunity apeluje na dodržování určených pravidel a řádu. Typické je zde společné rozhodování a tzv. dělba práce v komunitě – každý klient má na starosti určitou práci (10). Podobně jako i v jiných léčebných zařízeních se i zde uplatňují následující aktivity: individuální, skupinová, rodinná či pracovní terapie, sociální poradenství, setkání komunity, vzdělávací programy (formou přednášek, cvičení atd.), volnočasové aktivity a zátěžové programy – za účelem relaxace, stmelování kolektivu, navození přirozené euforie, apod. (13).

Doléčovací a resocializační programy

Tyto programy jsou určeny pro pacienty, kteří již prošli určitým typem léčby. Podle potřeb každého klienta nejčastěji trvá od šesti měsíců do jednoho roku. Snaží se těmto klientům pomoci navrátit se do „normálního“ prostředí, života, dále umět žít bez drog a hlavně řešit zátěžové životní situace bez jejich pomoci. Velký důraz je též kladen na prevenci relapsu (10).

Mezi základní aktivity korespondované klientům patří individuální a skupinová terapie, sociální poradenství, práce s rodinnými příslušníky, nabídka volnočasových aktivit apod. (13).

Obdobnou formou jsou i tzv. Re – entry domy, které jsou určeny pro ty, co se nemají kam z léčby vrátit. Klienti zde bydlí většinou jeden až dva roky, přičemž zde musí respektovat jistý řád a pravidla. Je zde kladen cíl na tzv. resocializaci, klienti se učí zapomenutým sociálním návykům a dovednostem, jako péče o domácnost, hospodaření s penězi, strukturované rozvržení času apod. (10).

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cílem mé bakalářské práce je vydefinovat dopady užívání nealkoholových návykových drog na kvalitu života jejich uživatelů a dále též zjistit důvody vedoucí k užívání těchto látek a následně motivaci, kvůli které se uživatelé rozhodli abstinovat.

2.2 Hypotézy

Jelikož jsem pro zpracování této bakalářské práce použila kvalitativní výzkum, budou hypotézy stanoveny na závěr.

3. METODIKA

3.1 Použitá metoda a technika sběru dat

Ke zjištění kvality života u uživatelů nealkoholových ilegálních drog jsem použila kvalitativní výzkum (8).

Pro sběr potřebných dat byla použita metoda dotazování, přičemž nástrojem byl polostandardizovaný rozhovor (15). Pro respondenty jsem si připravila určitou baterii otázek, jichž jsem se při rozhovoru snažila držet. První část otázek se týkala základní identifikace klienta, následně byly pokládány otázky monitorující vyhledávané instituce respondentem a vyhledávané specifické služby v souvislosti s motivací ke změně a v neposlední řadě dopad užívání nealkoholových drog na kvalitu života. Realizované rozhovory byly zaznamenávány na záznamové archy a následně přepracovány do bakalářské práce.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkum do této bakalářské práce byl realizován v lednu a únoru 2010, a to v institucích zabývajících se drogovou závislostí.

Výzkumný soubor je složen z aktivních, ale i abstinujících uživatelů nealkoholových ilegálních návykových látek a v praktické části této práce jsem je stratifikovala na dvě skupiny:

- klienti motivovaní k abstinenci
- klienti k abstinenci nemotivovaní

Výzkumný soubor byl rozdělen podle předpokládané míry motivace v návaznosti na vyhledávané zařízení a vlastní míru motivace rozhodující pro zařazení do podsouborů, kterou si určovali samotní respondenti.

Respondenti byli vybráni na základě kvótního výběru (29), přičemž první kvóta byl věk (starší osmnácti let) a druhou kvótou pohlaví. Konkrétně se jedná o patnáct respondentů – devět mužů a šest žen.

Respondenty jsem oslovila ve třech léčebných institucích. Jedná se tedy o:

- Psychiatrickou léčebnu Červený Dvůr
- Kontaktní centrum Háječek
- Substituční centrum v Českých Budějovicích

Výsledky výzkumného šetření jsem zaznamenala do záznamových archů, v nichž jsou též zapsány jednotlivé výpovědi respondentů.

4. VÝSLEDKY

V této části bakalářské práce jsou uvedeny jednotlivé výpovědi dotazovaných respondentů, které jsem rozdělila do dvou skupin, tedy na motivované a nemotivované k abstinenci, přičemž si míru motivace určovali sami, podle svého subjektivního hlediska.

4.1 Respondenti k abstinenci motivovaní

Kasuistika I.

Jedná se o třiačtyřicetiletou klientku Psychiatrické léčebny Červený Dvůr, jejíž primární drogou je pervitin a dále křížová závislost na THC. Na pervitinu je závislá cca šest let. Způsob aplikace byl vždy nitrožilní. Od sedmnácti let je bez domova, střídavě přespává ve squatech, sklepech a též u známých dealerů. Nikdy nebyla zaměstnaná. Dva roky studovala střední hotelovou školu, z níž ji vyhodili za distribuci drog. Tento moment se stal hlavní příčinou toho, že se musela od rodičů odstěhovat. Nedokázali se s klientčinou drogovou kariérou vyrovnat.

Finance na stravu, drogy a podobně si zpočátku získávala krádežemi a prostitucí, posléze se však naučila pervitin vařit, tudíž se toto stalo jejím primárním příjmem financí.

Rodinu definuje jako dysfunkční, bez hlubších vzájemných vztahů. Rodiče se rozvedli v jejích deseti letech, otec žil svůj život, byl boxer a zajímal se pouze o svůj kariérní růst. Matka anorektička, zajímala se proto také jen o sebe a o jídlo. Klientka byla na vše sama, nikdo se s ní v životě nepřipravoval na výuku do školy a nikdo jí nepomáhal řešit problémy se kterými se kdy střetla apod. Byla velice samostatná a jelikož nikdy nepoznala nic jiného, celkem se s tím i vyrovnala. Tato nadměrná volnost však způsobila vznik její drogové závislosti. Jak sama klientka uvádí, tak rodičům to ani nevadilo, problém vznikl, až v momentě, kdy se přišlo na její dealerství. To psychicky labilní matka řešila „vyhozením“ z bytu. Od té doby s rodiči není v žádném kontaktu.

Užívání drog se též podepsalo na jejím zdravotním stavu, klientka trpí na virovou hepatitidu typu C, nakazila se nesterilní jehlou. Žádných jiných zdravotních komplikací, jež by souvisely s drogami, si není vědoma.

Za možnost léčby v tomto zařízení je vděčná, uvádí, že získala úplně jiný pohled na život a také jiné názory, cítí se bez drog mnohem šťastnější a svobodnější.

Klientku čeká soud za distribuci drog. Dále má podmínku za krádeže a za řízení motorového vozidla pod vlivem drog byla odsouzena k trestu odnětí svobody na šest měsíců.

Svůj sexuální život hodnotí na škále od 1 do 10 číslem 7. Tvrdí, že pod vlivem pervitinu byly sexuální prožitky intenzivnější, avšak uvědomuje si, že vše bylo příliš umělé a nepřirozené a o takovýto život již nestojí.

Hlavní motivací jít se léčit, byla touha mít děti se svým nynějším přítelem, který drogy nikdy nebral. Chce se pro něho změnit, ale hlavně pro sebe, nechce se již za sebe stydět. Přeje si dodělat si školu a najít zaměstnání, založit rodinu a vést spořádaný život. Klientka se cítí velmi motivovaná a odhodlaná, je si jistá, že to dokáže.

Nyní je klientka se svým aktuálním životem velice spokojená, cítí se dobře a je na sebe hrdá, že za měsíc léčbu ukončí a konečně začne žít „normální“ život.

Kasuistika II.

Žena, dvaadvacet let, klientka Psychiatrické léčebny Červený Dvůr, jejíž primární drogou je heroin. Užívá ho intravenózně od svých šestnácti let. Dostala se k němu přes kamarádku, která s ním též experimentovala. Hlavní motivací okusit heroin byla zvědavost, chtěla poznat nevšední realitu. Účinky se jí natolik zalíbily, že stále častěji zvyšovala frekvenci jeho užívání, až si na něm vypěstovala závislost. Dále uvádí užívání THC formou kouření. V sedmnácti letech jí rodiče vyhodili z bytu, odešla k přítelovi. S tím se však po půl roce také rozešla, poněvadž nesnesl, že brala heroin. Od té doby přebývala ve squatu. Má základní vzdělání, učiliště nedodělala. Nikdy nebyla zaměstnaná, zpočátku pouze příležitostné brigády v barech jako servírka. Nyní si již čtvrtým rokem vydělává jako prostitutka.

Finance tedy získává prostitucí.

Dětství měla poměrně šťastné. Matka je abstinující alkoholička, ovšem z citového ani hmotného hlediska klientka nikdy nestrádala. Měla milující rodiče. Z bytu jí však vyhodili, poněvadž rodičům vykradla bankovní konto a rozprodala veškerou elektroniku z jejich domácnosti. Vše kvůli tomu, aby měla na heroin. Od té doby se s nimi stýkala velmi zřídka. Uvádí, že o kontakt s nimi ani nestála.

V důsledku nitrožilní aplikace trpí na virovou hepatitidu typu C, dále prodělala též VHB a VHA. V souvislosti s prostitucí prošla kapavkou a chlamýdiemi. Na ruku má též četné abscesy, jež souvisí s aplikací heroinu do svalu.

Klientka byla trestně stíhána za neoprávněné držení platební karty a řízení motorového vozidla pod vlivem alkoholu. Oby trestné činy se však vyřešily jen podmínkou.

Sexuální život a škále od 1 do 10 hodnotí jako nula. Tvrdí, že člověk, který užívá heroin není schopen žádných citů, nemůže ani přijímat a už vůbec ne rozdávat, cítit. Existuje pro něj jen droga a vše ostatní jde mimo něj. Klientka uvádí, že za tu dobu co aktivně užívá heroin, měla sexuální styk snad jen třikrát. Rozhodně byl tedy její sexuální život kvalitnější před rozvojem drogové závislosti.

Klientka se zde léčí druhý měsíc a cítí se mnohem lépe. Hlavní motivací bylo zbavit se heroinu a především záchrana vlastního zdraví. Také znovuoobnovení vztahů s rodinou a přáteli. Uvědomila si, že kromě heroinu již neměla nikoho. Hnusila se sama sobě. Proto si přeje začít od znova.

Kasuistika III.

Pěťadvacetiletý klient Psychiatrické léčebny Červený Dvůr, závislý na pervitinu osm let. Aplikoval si ho intravenózně. Před nástupem do PL Červený Dvůr bydlel tři měsíce u matky, předtím u kamarádů – od rodičů z domu odešel v osmnácti letech. Rok pracuje jako zedník, vzdělání má základní. Poté studoval sportovní gymnázium, byl talentovaný a nadějný tenista. Tomuto sportu věnoval veškerý svůj čas, ovšem do chvíle

než se mu stal při hře úraz, přetrhaly se mu vazy v rameni a od té doby má ruku téměř nepohyblivou. Toto byl hlavní impuls k rozvoji jeho závislosti na pervitinu. Jak sám tvrdí, ztratil smysl života, tenis byl pro něho vše. U pervitinu proto hledal útěchu.

Finance na drogy, stravu a bydlení získával především prostitucí v pražských klubech. K tomuto způsobu vydělávání peněz se dostal přes kamaráda, který je též závislý na pervitinu. Mezi zákazníky byl žádaný, proto neměl o finance nikdy nouzi. S prostitucí přestal před necelými dvěma roky, kdy mu lékaři zjistili, že je HIV pozitivní. Tento okamžik se stal zlomovým bodem, kdy si uvědomil, co vše má jeho drogová závislost zapříčinila.

Své dětství shledává jako velice šťastné, měl milující rodiče, dostávalo se mu od nich laskavé péče a tvrdí, že vždy dostal to co chtěl, nic mu nikdy nescházelo, a to jak po stránce psychické, tak i materiální. Poté co však odešel od rodičů kvůli své závislosti, pokusila se jeho matka o sebevraždu. Na štěstí jí lékaři zachránili. Nedokázala se s jeho závislostí nikdy vyrovnat.

Klientův zdravotní stav v souvislosti s užíváním drog je velice nepříznivý, jak už jsem zmínila výše. Kromě diagnózy HIV/AIDS trpí též na virovou hepatitidu typu C, jež mu zjistili ve dvaceti letech. Vznikla též následkem intravenózní aplikace pervitinu.

Klient nikdy nebyl trestně stíhán.

Svůj sexuální život hodnotí na škále od 1 do 10 číslem 6. S ženami měl sexuální styk minimální, ačkoliv není gay. Výkon prostituta byl fyzicky i psychicky velice náročný, musel být proto vždy pod vlivem pervitinu.

Možnosti léčit se v PL Červený Dvůr si velmi váží. Přehodnotil zde prý své životní priority a uvědomil si, že stojí za to se vyléčit a bojovat. Hlavním motivem proč se rozhodl pro léčbu je maminka, které ublížil nejvíce a také diagnóza HIV/AIDS. Uvědomil si, že nechce umřít takhle mladý a získal nový náhled na život.

Kasuistika IV.

Klient Psychiatrické léčebny Červený Dvůr, pětadvacet let, jehož primární drogu představuje pervitin. Aplikace nitrožilní. Závislý od sedmnácti let. Hlavním impulsem

k experimentu s pervitinem byla snaha uniknout od kruté reality a problémů, s nimiž se v souvislosti s rodinným prostředím musel potýkat. Z domu odešel v sedmnácti letech. Bydlel různě, po kamarádech nebo také občas ve squatech. Klient je vyučen strojním zámečníkem, zaměstnán bývá příležitostně, uvádí: „vždy dokud mě nevyhodili za výkon práce pod vlivem drog, nebo jsem do práce mnohokrát nedorazil vůbec, byl jsem na dojezdu“.

Peníze na pervitin a stravu si většinou vydělal sám v zaměstnání nebo též krádežemi.

Na své dětství nerad vzpomíná. Matka mu zemřela ve dvanácti letech na rakovinu. Otec toto nesl velice špatně, začal hodně pít a od třinácti let klienta sexuálně zneužíval. Toto trvalo tři roky, pak už se klient začal fyzicky bránit. Klient uvádí, že i zneužívání otcem bylo jednou z příčin vzniku jeho drogové závislosti. Říká, že jediné touto cestou se mu podařilo utéci od všeho zlého, co ho doposud v životě potkalo.

Klientův zdravotní stav je relativně dobrý. Jelikož využíval poskytovaných služeb K-centra a měnil si zde injekční stříkačky, nenakazil se žádnou infekčně přenosnou chorobou. Ovšem jeho psychický zdravotní stav není nejlepší, trpí depresemi a úzkostmi, léčí se antidepresivy. Vznik těchto potíží je podle lékařů zapříčiněn užíváním pervitinu.

Klient byl jedenákrát trestně stíhán. Nejčastěji se jednalo o majetkovou trestnou činnost, dále fyzická napadení, loupežná přepadení a jedenkrát řízení motorového vozidla pod vlivem drog.

Svůj sexuální život hodnotí jako velmi uspokojivý, na desetimístné škále číslem 9. Nikdy neměl problémy v souvislosti s navázáním vztahu s opačným pohlavím. Na pervitinu byl však sex lepší, ale nevyhledával sexuální prožitky pod jeho vlivem záměrně.

V PL Červený Dvůr se léčí čtvrtým měsícem. Je zde velice spokojený a cítí se šťasten, když není pod vlivem drog. Léčba zde mu pomáhá především po psychické stránce, cítí se zde klidnější. Uvědomil si, že drogy problémy neřeší a ve své abstinenci je odhodlán pokračovat především kvůli svému synovi, který se mu narodil před půl rokem.

Kasuistika V.

Jedná se o čtyřicetiletého muže, klienta Psychiatrické léčebny Červený Dvůr, který je šest let závislý na pervitinu a THC. Klient má svůj byt, jež mu koupili rodiče k osmnáctým narozeninám. Má střední školu – gymnázium. Na vysokou se nedostal. Pracoval příležitostně, většinou brigádně jako lešenář, uvádí, že zde byl velice dobře finančně ohodnocen. Impulsem k brání drog byla zvědavost a především jeho přítelkyně, která ne něm byla závislá. Chtěl poznat, co je na tom tak skvělého.

Finance na stravu, drogy, bydlení apod. si byl schopen vždy obstarat sám prací.

Dětství měl hezké, s rodiči vždy výborně vycházel, nemůže si prý na nic stěžovat. Když však zjistili, že je závislý na pervitinu, vztahy se velmi zhoršily. S otcem se nestýká vůbec a s matkou minimálně. Nemohou se s tím smířit.

V důsledku intravenózní aplikace pervitinu se nakazil virovou hepatitidou C. Užívá léky, nemoc má tedy stabilizovanou a bez větších somatických obtíží. Z psychických důsledků užívání pervitinu zmiňuje velmi časté deprese, užívá na ně antidepresiva. Též dvakrát prodělal toxickou psychózu. Při té druhé se dokonce pokusil o sebevraždu – skočil ze třetího patra panelového domu, a to kvůli nepříjemným halucinacím. Měl zlomená žebra, obě ruce a nohu. Toto byl hlavní impuls jít se léčit z drogové závislosti.

Klient se doposud nikdy nedostal do rozporu se zákonem.

Na otázku srovnání kvality sexuálního života před začátkem užívání pervitinu a pod jeho vlivem jednoznačně odpovídá, že po vpravení pervitinu do žíly byl sexuální zážitek mnohem silnější, ohodnotil by ho na desetimístné škále číslem 10, za střízliva by to bylo číslo 4. Sex tedy provozoval jen pod vlivem pervitinu. Klient tvrdí, že jakmile „to“ člověk zkusí pod vlivem, střízlivého ho to už bavit nebude.

V PL Červený Dvůr se klient léčí třetí měsíc. Této možnosti si velice váží a cítí se zde spokojenější. Říká, že léčba zde mu pomáhá absolutně ve všem. Především v souvislosti s jeho psychickým zdravím. Může po dlouhé době v noci klidně spát, nemusí celé dny myslet na to, kde vezme drogu, má čas přemýšlet nad svým životem a

hlavně již začíná napravovat vztahy s rodiči. Hlavní motivací jít se léčit byl velmi negativní psychický stav a touha žít „normální“ život.

Kasuistika VI.

V této kasuistice se pokusím vystihnout šestadvacetiletou klientku Substitučního centra v Českých Budějovicích. Klientčinu primární drogu představuje metadon. Dále udává příležitostné užívání THC. Metadon užívá již pátý rok, jakožto náhražku za heroin. Heroin užívala již od svých třinácti let a příčinou byla zvědavost. Respondenta uvádí, že drogy a jejich účinky jí vždy zajímaly, přečetla o této problematice mnoho knih a proto to chtěla vyzkoušet i v praxi. Klientka žije čtvrtým rokem v bytě u své babičky, v předchozích letech přebývala ve squatu. Je nezaměstnaná, avšak vedená na úřadu práce. Zaměstnání najít chce. Uvádí, že nemá ani základní vzdělání, v osmé třídě školní docházku ukončila z důvodu užívání heroinu.

Finance na heroin získávala krádežemi a dále také prodejem drog pro větší dealery. Nyní, když je na metadonu, který si klienti nehradí, nemusí drogy prodávat, stravu a bydlení jí zajišťuje babička a klientka si aktivně hledá zaměstnání.

Na dětství nerada vzpomíná, otec byl agresor, který bil ji i její matku. Všechny peníze propil a rodina tudíž finančně velice strádala. Navíc ji také otec od dvanácti let sexuálně zneužíval. Od rodičů proto odešla ve čtrnácti letech, a to s tehdejším přítelem do squatu. Otce nenávidí, nestýká se s ním, s matkou však také jen minimálně, nemůže se totiž vyrovnat s její závislostí. Jedinou oporu vidí ve své babičce.

Svůj zdravotní stav shledává jako dobrý. Prodělala virovou hepatitidu B, která byla následkem užívání drog, nyní ji má však přeléčenou. V důsledku užívání benzodiazepinů se jí však projevila epilepsie. Měla asi tři epileptické záchvaty po jejich užití, od té doby se jim proto vyhýbá.

Klientka uvádí, že navštěvování substitučního centra jí neskonale pomohlo v překonání mnoha osobních problémů. Největší klad spatřuje v tom, že již není závislá na heroinu a nemá rozpíchané ruce. Hlavním důvodem proč se rozhodla abstinovat je její zdravotní stránka a náprava vztahů s blízkými osobami. Dále také, že od té doby co

užívá metadon, může bydlet u babičky a všeobecně na ní již lidé nehledí jako na „špinavou fetáčku“. Klientka je dále velice vděčná za možnost konzultací s pracovníky substitučního centra.

Absolvovala již léčbu v Psychiatrické léčebně Červený dvůr, ovšem bezvýsledně.

Do rozporu se zákonem se dostala kvůli krádežím aut, byl to jeden ze způsobů, jak si vydělávala na heroin. Kradla je s přítelem. Ten však vzal vše na sebe, tudíž klientka trestaná nebyla. Pašovala mu ale heroin do vězení, přičemž byla chycena. Dostala za to výkon obecně prospěšných prací, které si řádně odpracovala a od té doby se do žádného konfliktu se zákonem nedostala.

Svůj sexuální život hodnotí na škále od 1 do 10 číslem 4. Uvádí, že kvůli užívání heroinu nemá již druhým rokem menstruaci, tento fakt způsobil, že ani zážitky ze sexuálního styku nejsou nijak uspokojující. Na otázku, zda – li to bylo na heroinu lepší rázně odpovídá, že určitě ne, na heroinu byl její sexuální život nulový, připadala si prý jak člověk bez duše a veškerých citů.

Klientka uvádí, že je svým aktuálním životem velice spokojená, přála by si jen najít zaměstnání. Prozatím jí plně vyhovuje, že již není závislá na heroinu a na jehle. Cítí se proto šťastná, svobodná.

Kasuistika VII.

Pěťadvacetiletá klientka Substitučního centra v Českých Budějovicích, jejíž primární drogu představuje metadon, který užívá třetím rokem a také THC, které kouří již od patnácti let. Od sedmnácti let však byla závislá na heroinu, motivem ochutnat ho byla zvědavost a touha zažít něco neobvyklého. Klientka žije sama v podnájmu a je zaměstnaná jako uklízečka. Vzdělání má základní, ve studiu nepokračovala kvůli závislosti na heroinu.

Jelikož je zaměstnaná již čtyři roky, nemá problémy s finančním zajištěním, je schopná si vše hradit sama. V minulosti jí heroin a vše ostatní platil bývalý přítel.

Dětství měla krásné, měla milující rodiče, kteří tvořili harmonický pár. Stýká se s nimi i dnes. Vznik její drogové závislosti nesli velice těžce, do substitučního centra se proto přihlásila především kvůli nim.

Klientka trpí v důsledku intravenózní aplikace na virovou hepatitidu C, nyní je však stabilizovaná a neudává v souvislosti s touto chorobou žádné zdravotní obtíže. Též ztratila menstruaci, kvůli heroinu jí správně nefungují hormony.

Klientka uvádí, že její životní situace se obzvláště zlepšila po navštěvování substitučního centra. Nyní je mnohem spokojenější, cítí se šťastnější a to hlavně z důvodu zbavení se závislosti na heroinu a jehly, dále také udává obrovské zlepšení v mezilidských vztazích a především je ráda za svou práci, kterou by též bez metadonu a obecně pomoci pracovníků substitučního centra nenašla.

Tato klientka též absolvovala neefektivní léčbu v Psychiatrické léčebně Červený dvůr.

Klientka nikdy nebyla trestně stíhaná a nikdy se nedostala do rozporu se zákonem.

Svůj sexuální život hodnotí na desetimístné škále číslem 4. Její sexuální prožitek je defektní v důsledku nefunkčních hormonů. Před vznikem závislosti žádné problémy se sexem neměla.

Klientka je se svým aktuálním životem spokojená, nic jí neschází a závislost na metadonu též neshledává jako problém. Je si jistá, že do heroinu již „nespadne“, poznala co je to za peklo a nyní má motivy, pro něž chce zůstat vždy střízlivá – je to její přítel, práce a rodiče.

Kasuistika VIII.

Osmadvacetiletý klient Substitučního centra v Českých Budějovicích, jehož primární drogu představuje metadon, jež nyní užívá druhým rokem. Od devatenácti let však užíval THC, pervitin a potom přešel na heroin. Klient žil od svých osmnácti let ve squatu, nyní bydlí již třetí měsíc zpět u rodičů. Nikdy nebyl zaměstnaný. Je vyučený malíř-lakýrník.

K užívání návykových látek ho vedla zvědavost, jak sám uvádí: „chtěl jsem poznat bezmeznou svobodu a alespoň chvíli žít v nevšední realitě, místo toho jsem však zažil kriminál a peklo“.

Jako hlavní zdroj financí uvádí invalidní důchod druhého stupně, který dostal v důsledku úrazu – pod vlivem pervitinu skočil v jednadvaceti letech z mostu do řeky a následkem byla amputace části pravé nohy. Tohoto úrazu též využívá při žebrání před obchodními domy.

Klient měl podle svého názoru nádherné dětství, žil s rodiči na statku, měli mnoho domácích zvířat a velikou zahradu. Tato práce ho vždy bavila, celá rodina byla tímto životem nadchnuta. Zlom však přišel v pubertě a při navštěvování učiliště. Od rodičů odešel do squatu dobrovolně. S matkou se stále stýká, otec ho však prý za jeho drogovou závislost nenávidí. Dopad klientovy drogové závislosti je zjevný i na otci, nedokázal se s tím totiž vyrovnat, proto začal velice často užívat alkohol, až si na něm sám vypěstoval závislost.

V důsledku intravenózní aplikace heroinu se klient nakazil virovou hepatitidou typu C. Dále, jak už jsem uvedla výše, je invalidní v souvislosti s úrazem pod vlivem pervitinu. Jiné zdravotní potíže klient neudává.

Od té doby co klient užívá metadon, cítí se šťastnější a spokojenější. Nyní užívá minimální dávku metadonu a do půl roku ho chce úplně vysadit. Jako hlavní motivaci uvádí negativní dopad drog na své zdraví a nápravu rodinných vztahů. Jeho otec se nyní již čtvrtý měsíc léčí v PL Červený Dvůr, proto je veškerá práce na statku závislá na klientově abstinenci. Klient tvrdí, že po dlouhé době má jeho život smysl a věří, že on i otec se ze svých závislostí vyléčí.

Klient absolvoval jednu léčbu v PL Červený Dvůr a též v Terapeutické komunitě Němčice, žádnou však nedokončil. Tvrdí, že nebyl dostatečně motivovaný, chtěl se zde pouze ukrýt před zimou.

V souvislosti s užíváním drog se nikdy nedostal do konfliktu se zákonem.

Svůj sexuální život hodnotí na desetimístné škále číslem 2. Na heroinu totiž téměř vůbec sex neprovozoval, neměl na to ani pomyšlení, ovšem jak sám uvádí, sexu na pervitinu se nic nevyrovná, je to prý nadpozemský zážitek.

Klient je s aktuální kvalitou života velmi spokojen a věří, že ještě šťastnější bude až úplně vysadí dávky metadonu. Je si jistý, že nyní již abstinovat dokáže.

Kasuistika IX.

Jedná se o pětadvacetiletého klienta Substitučního centra v Českých Budějovicích, který je závislý na metadonu a THC. Metadon užívá druhým rokem. V minulosti bral heroin, a to od svých čtrnácti let. Tehdy utekl z domova ke svému kamarádovi, který na něm byl závislý a zároveň byl dealerem. Pohnutkou k útěku bylo fyzické týrání ze strany otce, alkoholik a gamblera. Klient v heroinu hledal útěchu. Tento klient má pouze základní vzdělání a aktuálně již čtvrtým rokem žije ve squatu. Je nezaměstnaný.

S heroinem začal experimentovat v důsledku šikanování otcem, nemohl již snést jeho agrese.

Finance získával prodejem heroinu, a dále také krádežemi, žebráním apod. Čas od času též dostal nějaké peníze či jídlo od své matky.

Na dětská léta vzpomíná celkem rád, ovšem pouze do doby než otec ztratil zaměstnání manažera. Tímto poklesl sociální status celé rodiny a on se s tím nedokázal smířit. Následkem byl vznik alkoholové závislosti a též závislosti na hracích automatech, kdy se klientův otec snažil získat finance touto činností. V okamžiku, kdy se mu nedařilo, začal o to více pít alkohol a následně jeho agresivita vůči klientovi i jeho matce vzrůstala. Klient vypráví, že otec je v podnapilém stavu zamykal do koupelny, mlátil je pánvičkou, vařečkou, o klienta dokonce zlomil židli, když se snažil matku bránit, atp. Toto fyzické týrání trvalo celé čtyři roky a klient ho ukončil útekem z domova. S otcem se nestýká, s matkou se občas schází, ovšem pouze za zády otce.

Klient trpí na virovou hepatitidu typu C a dále se též nakazil virem HIV. Toto vše v důsledku aplikace heroinu nesterilní jehlou. Obě nemoci má diagnostikované krátce, cca jeden rok, tudíž si zatím ani nestěžuje na žádné zdravotní komplikace, jež by se rozvinuly v souvislosti s nimi.

Léčba substitučním centrem klientovi obzvláště pomáhá, především tedy co se týče psychické zdravotní stránky. Tvrdí, že je konečně sám sebou, nemusí se stydět vyjít na ulici a především se sám sobě nehnusí, jako tomu bylo dříve. Nyní má prostor pro výkon volnočasových aktivit, jako například cyklistika, běh apod. Hlavní motivací k zahájení abstinence je touha najít si zaměstnání, následně bydlení a též přítelkyni a žít tak prostý život. V neposlední řadě je jeho obrovskou motivací matka, chce jí pomoci odejít od násilného otce.

Klient se doposud nikdy neléčil v žádném zařízení proti drogové závislosti.

Klient byl třikrát odsouzen k trestu odnětí svobody, nejdéle to bylo na tři roky. Jednalo se vždy o majetkovou trestnou činnost. Jednou dokonce vykradl pohotovostní službu, potřeboval nějaké léky na utlumení abstinčních příznaků.

Svůj sexuální život v souvislosti s drogami, hodnotí na škále od 1 do 10 číslem 1.

Klient je s nynější kvalitou života relativně spokojený. Metadon mu obzvláště pomáhá, proto zatím neuvažuje o tom, že by ho vysadil.

Kasuistika X.

Klient Substitučního centra v Českých Budějovicích, sedmadvacet let, závislý na metadonu. Užívá jej prvním rokem, jako náhražku za heroin. Heroin bral sedm let. Má základní vzdělání, učiliště nedokončil kvůli své závislosti. Vyrůstal v dětském domově od svého narození. V šestnácti letech však odsud utekl ke známému do Prahy, který též užíval heroin a zároveň vlastnil noční klub. Klient uvádí, že chtěl poznat jiný život, chtěl být svobodný a dělat si co chce. Zde si klient vydělával tím, že dovážel a odvážel slečny, které v tomto klubu pracovaly. Později se stal společníkem svého kamaráda. Když mu však bylo jednadvacet let, byl odsouzený za trestný čin kuplířství na čtyři roky. Když byl propuštěn, neměl se kam vrátit, proto odešel do squatu.

Financí na heroin a ostatní potřeby měl tedy zpočátku dostatek, ovšem po té, co byl propuštěn z vězení, musel krást a žebrot. Nyní již půl roku pracuje jako skladník v nejmenované fabrice.

V dětství byl poměrně spokojený, i přes to, že vyrůstal v dětském domově. Uvádí, že mu zde v podstatě nic nechybělo, nestrádal po psychické ani materiální stránce. Své rodiče nikdy neviděl, dozvěděl se o nich pouze to, že oba byli závislí na drogách a jeho narození bylo neplánované, proto ho ihned dali do dětského domova.

Klient netrpí v důsledku své závislosti na žádnou infekčně přenosnou chorobu a neudává ani žádné jiné zdravotní komplikace, jež by s touto patologií souvisely.

Motivací k využívání služeb substitučního centra je snaha zbavit se své závislosti na drogách. Klientovým přáním je najít si normální bydlení. Nyní je spokojený, poněvadž již nemusí myslet stále na to, kde vezme peníze na další dávku a kde se mu podaří ukrást si něco k jídlu. Uvědomuje si též, že tento náhled na celou situaci získal díky tomu, že byl odsouzený a sáhl si jak se říká na dno. V případě, že by k tomuto nedošlo a jeho noční klub by stále fungoval, neměl by důvod přestat s užíváním heroinu, měl by stále dostatečný příjem a nic by mu nescházelo. Nyní je však vděčný za to, že to takto dopadlo a on dostal druhou šanci, kterou jak tvrdí nehodlá zmařit.

Klient nemá žádnou jinou zkušenost s léčbou drogové závislosti.

Trestně stíhán byl v souvislosti s kuplířstvím, za nějž byl odsouzen na čtyři roky.

Sexuální život na drogách hodnotí na desetimístné škále číslem 4. Uvádí, že o ženy neměl nikdy nouzi, ale on sám však sex s nimi příliš nevyhledával. Před začátkem užívání heroinu pohlavní styk nikdy neměl, tudíž to nemůže srovnat.

Klient je s aktuálním životem velmi spokojen a jak sám uvedl, přeje si postupně vysadit i metadon a žít život bez chemických látek, jež zabraňují reálnému vnímání okolního prostředí.

4.2 Respondenti k abstinenci nemotivovaní

Kasuistika I.

Jedná se o ženu, jednadvacetiletou klientku Kontaktního centra Háječek, jejíž primární drogu představuje pervitin. Užívá ho sedmým rokem, a to nejčastěji

intravenózně či kouřením. K užívání drog ji přivedli kamarádi. Tato klientka žije ve squatu, a to od svých patnácti let. Je nezaměstnaná a má pouze základní vzdělání, uvádí však, že občas si přivydělává brigádně v různých obchodních domech, kdy v noci vykládá zboží.

Drogy si sama platit nemusí, její přítel totiž pervitin vaří, tudíž nedostatkem netrpí. Finance na stravu a podobně získává též od svého přítele, jelikož je dealer, a dále ji také čas od času finančně podporuje matka.

Klientka uvádí, že dětství měla relativně spokojené, svou rodinu definuje jako funkční se vzájemně kladnými vztahy. Říká však, že od té doby co s nimi nebydlí, mají se lépe. Otec ji za užívání drog zavrhl a vyhodil z bytu, proto odešla do squatu, s matkou udržuje kontakt stále, tvrdí, že se na ní může spolehnout. Dále se také stýká se svou sestrou, která je o rok mladší a i s babičkou z maminy strany, ke které chodí často i se svým přítelem na obědy.

Na otázku posouzení svého zdravotního stavu před užíváním drogy a nyní uvádí, že trpí na virovou hepatitidu typu C, kterou si přivodila injekční aplikací pervitinu. Lékaři jí ho diagnostikovali před pěti lety, ona sama však žádné komplikace ani problémy neudává, cítí se zdravá. Nikdy neměla žádné větší zdravotní problémy.

Při našem rozhovoru jsem ji dále požádala, zda-li by mi zhodnotila spokojenost se životní situací před začátkem navštěvování kontaktního centra a po jeho navštěvování, jestli jí to nějakým způsobem pomohlo. Klientka žádnou větší změnu či posun k lepšímu však neuvádí, říká, že kontaktní centrum navštěvuje pouze kvůli službám, především tedy kvůli možnosti výměny injekčního materiálu, dále kvůli pračce a sprše. Uvádí též, že teď v zimě je frekvence jejích návštěv „káčka“ mnohem častější, neboť se zde zahřeje, na jaře a v létě sem chodí minimálně. Kontaktní centrum navštěvuje již čtvrtý rok.

Na otázku zda-li se dostala za tu dobu co užívá návykové látky do konfliktu se zákonem mi odpověděla, že ano, a to za krádeže v obchodních domech, nejčastěji šlo o stravu, oblečení a kosmetiku. Vše však bylo uznáno pouze jako přestupek.

Svůj sexuální život hodnotí na škále od 1 do 10 číslem 9, tvrdí že její sexuální život je velice pestrý. Od patnácti let vedla bisexuální život, též s uživateli pervitinu a

nyní je již třetím rokem s nynějším přítelem. Uvádí, že po aplikaci pervitinu je jejich sexuální zážitek mnohem silnější a neumí si již představit sex, při kterém by nebyla pod vlivem drogy.

Klientka uvádí, že se svým aktuálním životem je spokojená a nic by na něm neměnila.

Kasuistika II.

Devatenáctiletá klientka Kontaktního centra Háječek, jejíž primární drogou je pervitin a dále také příležitostné užívání THC. Pervitin klientka užívá od svých šestnácti let. Jako příčinu užívání uvádí touhu zažít něco nového a odreagovat se od nudné reality. Klientka navštěvovala francouzské gymnázium a dále uměleckou školu, hrála na flétnu, piano a saxofon. Gymnázium však nedodělala, právě kvůli vzniku závislosti na pervitinu. Nyní je nezaměstnaná a bydlí u své kamarádky.

Finance na drogy, stravu, oblečení i bydlení získává prostitucí. Uvádí, že z hlediska finančního zabezpečení si nemůže absolutně stěžovat.

Dětství neměla nikdy příliš jednoduché, matka i otec podnikají, tudíž na ni neměli nikdy moc času, byla spíše osamocená. Snažili se jí proto zaměstnávat nejrůznějšími zájmovými kroužky. Každý den měla nějaký, někdy dokonce i dva za den. Učení musela dohánět o víkendech. Kladli na ní velice vysoké nároky, které se jí zpočátku dařilo plnit, ovšem na střední škole takový nápor již nezvládala. Toto uvádí jako hlavní příčinu vzniku závislosti na pervitinu. Školu ukončila na konci druhého ročníku. Tímto momentem ji rodiče úplně zavrhlí a ona proto odešla bydlet ke své kamarádce.

Ve zdravotním stavu v období před vznikem závislosti a po vzniku závislosti neshledává žádný rozdíl. Klientka tvrdí, že nikdy na žádná onemocnění netrpěla, byla zdravé dítě a nyní to není jiné. Používá vždy sterilní „nádobíčko“ a i při výkonu prostituce dbá na dodržování základních hygienických pravidel.

Kontaktní centrum Háječek klientka navštěvuje třetím rokem a především z důvodu výměny injekčního materiálu a též využívá základní sociální či odborné poradenství.

Klientka se zatím nikdy nedostala do konfliktu se zákonem a ani nebyla doposud trestně stíhána.

Se svým sexuálním životem je spokojená, vyjádřila to číslem 7, uvádí však, že téměř po každé, když vykonává prostituci, musí být pod vlivem pervitinu, je to tak pro ni snazší. Stálého partnera nemá a nemá o něho ani zájem.

S kvalitou dosavadního života je spokojená, nic jí neschází a nic by neměnila.

Kasuistika III.

Dvaadvacetiletý muž, klient Kontaktního centra Háječek, jehož primární drogu představuje pervitin a THC. Obojí užívá osm let. Pervitin injekčně a THC kouřením. K experimentování s návykovými látkami se tento respondent dostal skrze kamarády. Uvádí, že se mu to zalíbilo hned napoprvé. Klient bydlí ve squatu, a to od svých osmnácti let. Klient základní školu nedodělal. V současné době je nezaměstnaný, uvádí však, že před rokem pracoval jako pomocný kuchař v závodní jídelně.

Pervitin si sám vaří a následně ho i prodává. Veškeré finance proto získává tímto způsobem. Uvádí, že po finanční stránce se má mnohem lépe, než kdyby byl i nadále zaměstnaný jako kuchař.

Rodinné vztahy popisuje jako uspokojivé, s oběma rodiči je v kontaktu a s jeho závislostí se prý oba smířili. V dětství však příliš spokojený nebyl, oba rodiče jsou závislí na alkoholu, tudíž vždy trpěli nedostatkem peněz. Klient zažíval časté hádky mezi rodiči a dokonce i vzájemné fyzické napadání.

Svůj zdravotní stav hodnotí negativně. Užívá léky na virovou hepatitidu typu C, jelikož má často bolesti. Nakazil se také při intravenózní aplikaci pervitinu, a to od své přítelkyně. Dále udává, že ho často bolí zuby a o nějaké již přišel. Toto však přičítá nedostatečné osobní hygieně. Je si vědom, že všechny zdravotní problémy jsou následkem užívání drog a jeho stylu života.

Klient uvádí, že Kontaktní centrum Háječek navštěvuje kvůli poskytovaným službám, jako je výměna injekčního materiálu a možnost osobní hygieny a dále také z důvodu, že se zde stýká se svými přáteli. Tuto instituci navštěvuje pravidelně již čtvrtým rokem, žádnou zásadní změnu k lepšímu však neudává.

Klient byl již vícekrát soudně trestaný a odsouzený k trestu odnětí svobody, především za fyzická napadení, ublížení na zdraví a krádeže.

Svůj sexuální život hodnotí na škále od 1 do 10 číslem 7. Uvádí, že před začátkem užívání drog nebyl jeho sexuální život příliš častý a ani příliš uspokojující. Nyní mu to velmi vyhovuje, na droze je to prý mnohem kvalitnější.

Na otázku zda-li je klient se svým dosavadním životem spokojen s ironickým úsměvem uvádí, že kdyby nebyl, dělal by s tím něco. Vše mu vyhovuje tak jak je a prý mu vlastně vůbec nic nechybí. Neexistuje žádný motiv, kvůli němuž by se snažil s užíváním návykových látek skoncovat.

Kasuistika IV.

Muž, dvacetdevět let, klient Kontaktního centra Háječek, jehož primární drogu představuje THC a dále uvádí křížovou závislost na pervitinu. THC užívá již od svých 17 let kouřením a pervitin osmým rokem, ovšem pouze příležitostně. Motivací brát drogy mu byli kamarádi, kteří je užívali, chtěl být jako oni. Klient přebývá ve squatu. Momentálně je nezaměstnaný, veden v registraci úřadu práce, jelikož o práci má zájem. Je vyučený truhlář a tomuto řemeslu se vždy věnoval.

Finance na drogy, stravu, oblečení apod. získává především krádežemi a také pobírá sociální dávky.

Rodinné prostředí, v němž vyrůstal popisuje velmi negativně, matka mu zemřela na rakovinu v jeho deseti letech, od té doby otec velmi často pil, stal se z něj alkoholik a gambler. V 17 letech proto odešel do squatu, v němž je doposud. S otcem se nestýká, nic o něm neví.

Svůj zdravotní stav hodnotí velice kladně, netrpí na žádnou chorobu, neudává žádné potíže a cítí se zcela zdravý. Uvádí, že již odmala měl pevné zdraví, nikdy netrpěl na angíny ani chřipky.

Také neuvádí žádnou změnu, jež by souvisela s navštěvováním Kontaktního centra Háječek. Přivedl ho sem kamarád a využívá zde pouze služby osobní hygieny.

Klient nikdy neměl problémy se zákonem a nikdy nebyl trestně stíhán.

V současné době klient nevede sexuální život. Uvědomuje si však, že má problémy s erekcí, tudíž se ani nesnaží o navázání nějakého sexuálního vztahu. Tyto problémy připisuje užívání THC, jelikož před jeho užíváním s tím nikdy problém neměl.

Klient není spokojený se svým dosavadním životem, cítí se velmi osamělý. Chtěl by si najít práci a posléze i normální bydlení a též přátele či kamarádku. Život bez drog si však prozatím představit nedokáže.

Kasuistika V.

Jedná se o dvacetiletého klienta Kontaktního centra Háječek, který je závislý na pervitinu a organických rozpouštědlech. Organická rozpouštědla užívá od 16 let a pervitin cca 2 roky, injekční aplikací. Jako důvod, proč začal návykové látky užívat uvádí, touho poznat něco nového, nevšedního. Klient žije od loňského léta ve squatu. Je nezaměstnaný, uvádí, že nikdy nepracoval a též je nevyučený.

Finance na drogy získává trestnou činností, je dealer pervitinu a také krádežemi. Krádežemi si obstarává i stravu.

Funkci rodiny hodnotí jako devastující pro jeho osobu, rodiče o něj nikdy neměli zájem, nezajímali se o něho kde je, kdy přijde a ani ho nikdy nemotivovali k učení. Uvádí, že matka i otec jsou závislí na alkoholu, otec se dokonce dvakrát léčil v psychiatrické léčebně, ovšem bezvysledně. Z jejich strany nikdy nepoznal lásku ani podporu. Do squatu odešel dobrovolně a cítí se zde mnohem lépe než doma.

Svůj zdravotní stav vnímá pozitivně, uvádí že žádného lékaře nenavštívil již čtyři roky, cítí se však zdravý. Možnost nákazou virové hepatitidy typu C však

nevyklučuje, jelikož si již mnohokrát aplikoval pervitin nesterilní jehlou. V souvislosti s užíváním organických rozpouštědel však spojuje velice časté a masivní krvácení z nosu. Má poleptanou nosní sliznici. Lékařskou pomoc však nikdy nevyhledal.

Kontaktní centrum Háječek klient navštěvuje od té doby, co žije ve squatu, také pouze kvůli možnosti výměny nesterilních jehel a možnosti osobní hygieny. Dále se zde stýká se svými přáteli a teď přes zimu se sem chodí ohřát.

Za tu dobu co užívá návykové látky se nikdy nedostal do konfliktu se zákonem a nikdy nebyl trestně stíhán.

Svůj sexuální život hodnotí na škále od 1 do 10 číslem 9, uvádí že s ním byl vždy spokojený. Na otázku zda-li jsou prožitky ze sexuálního styku mocnější po požití drogy uvádí, že ano, ale on sám raději preferuje styk, kdy není pod vlivem, a to z toho důvodu, že nechce dopadnout jako ostatní jeho přátelé, kteří si již sex bez drogy neužijí.

Klient uvádí, že je zcela spokojen s kvalitou svého života, cítí se šťastný, možná by si jen přál mít byt a žít v teple a suchu.

5. DISKUZE

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat důsledky užívání nealkoholových návykových látek na kvalitu života těchto uživatelů. Dílčími cíly nadále bylo zjistit důvody, jež uživatele vedly ke vzniku drogové závislosti a následně motivaci, kvůli níž se respondenti rozhodli abstinovat.

Použit byl kvalitativní výzkum (8), přičemž hlavní metodou bylo dotazování a nástrojem polostandardizovaný rozhovor (15).

Výzkumný soubor byl složen z patnácti respondentů – 9 mužů a 6 žen. Jsou to aktivní i abstinující uživatelé nealkoholových návykových látek.

První analyzovaným faktem byl druh návykové látky, kterou respondenti užívají. Devět respondentů z patnácti uvádí jako svou primární drogu pervitin (24), deset z nich dále udává užívání THC – ve všech případech se jedná o křížovou závislost s jinou drogou. Zde se tedy potvrdilo tvrzení Zábranského, že konopné drogy jsou hned po alkoholu a tabáku třetí nejrozšířenější návykovou látkou ve společnosti (31). Na heroinu je aktuálně závislý pouze jeden respondent. Též jeden respondent na organických rozpouštědlech a pět respondentů na metadonu, jakožto heroinové substituce. Metadon je sice podle Kaliny též návykový, ovšem nevyvolává stavy euforie, nemění klientům vnímání reality a především zabraňuje abstinčním příznakům (10). Z tohoto hlediska tedy podstatně zvyšuje kvalitu života jeho uživatelů.

Druhou sledovanou oblastí byl způsob aplikace nealkoholových návykových látek. Deset respondentů preferuje intravenózní způsob podání drogy, což představuje podle Zábranského a EMCDDA problémové užívání návykových látek (31). Deset z nich dále drogu užívá kouřením – zde se jedná o uživatele konopných drog. Metadon je pěti uživateli aplikován perorálně a jedenkrát se mezi oslovenými respondenty objevila aplikace pomocí inhalace, a to u respondenta užívajícího těkavé látky, což představuje podle Zábranského jednu z nejnebezpečnějších drog (32).

Třetí zjišťovanou oblastí byly důvody, jež respondenty k užívání nealkoholových návykových látek přivedly. Devět respondentů uvedlo, že je k tomuto jednání přivedla zvědavost, touha zažít něco nového, poznat život na droze a stát se

svobodnými, odlišnými. Goodyer uvádí, že k nejčastějším důvodům experimentování s drogami patří kamarádi, vliv party, daný jedinec se jim chce například vyrovnat, touží být mezi ně přijat a přeje si být z jejich strany respektován (5). Tento důvod uvedli při mém dotazování tři respondenti. Též tři respondenti uvedli, že v návykových látkách hledali útěchu. Jednalo se především o problémy rodinné, tedy přesněji řečeno o nefunkční rodinu, její sociálně patologické prostředí propojené s vzájemně nefungujícími vztahy. Tyto vztahy se vyznačovaly násilím v rodině, agresí, sexuálním zneužíváním, alkoholismem, gamblerstvím apod. V tomto jsem tedy shledala podobnost s uvedenou problematikou v knize od Gjuričové a kolektivu (3).

Čtvrtou sledovanou oblastí bylo dosažené vzdělání, jelikož většina respondentů začala s užíváním návykových látek již v mladistvém věku. Zajímalo mě tedy, zda – li měla jejich závislost nějaký vliv na případné studium. Alarmujícím faktem je, že devět z patnácti respondentů má pouze základní vzdělání, v dalším studiu nepokračovali právě kvůli vzniku drogové závislosti. Dva respondenti dokonce nedodělali ani základní školu, tři jsou vyučeni a jen jeden jediný má střední školu s maturitou – jedná se o gymnázium.

Dalším sledovaným faktem je zaměstnání a využitelnost na trhu práce. Podle Vágnerové jsou jedinci závislí na návykových látkách na trhu práce absolutně nevyužitelní. Nejsou schopni plnit stanovený řád a dodržovat určená pravidla, postupně ztrácí smysl pro povinnost a pod vlivem drogy samozřejmě nedokáží plnit na ně stanovené požadavky či úkoly. Zaměstnání tedy buď to ukončí sami nebo jsou dříve či později zaměstnavateli propuštěni, jelikož nemají pro jeho výkon potřebné kompetence (28). Toto se potvrdilo i v mém výzkumu. Sedm respondentů není aktuálně zaměstnáno (u klientů Psychiatrické léčebny Červený Dvůr jsem se ptala na situaci těsně před zahájením hospitalizace), popřípadě si vydělávají příležitostnými brigádami. Čtyři respondenti nebyli zaměstnaní nikdy v životě a nikdy nevykonávali žádnou brigádu a další čtyři respondenti v aktuální době nějaké zaměstnání vykonávají.

Šestým faktorem, na který jsem se soustředila bylo bydlení. Velmi znepokojujícím faktem je, že více jak polovina respondentů je bez domova, tedy sedm klientů přebývá ve squatu a jeden přespává, jak sám uvedl – „kde se dá“, to znamená po

sklepích, v opuštěných chatách apod. Toto zjištění se tedy zcela shoduje s Vágnerovou (28) či Zábranským (31), kdy oba autoři ve svých dílech popisují bezdomovectví jako velice častý sociálně patologický důsledek drogové závislosti. Pět respondentů bydlí u někoho známého či blízkého a dva respondenti žijí ve vlastním bytě.

Sedmou sledovanou oblastí byl způsob, jakým si respondenti obstarávají finance na stravu, drogu, bydlení apod. I v tomto případě se mi potvrdilo tvrzení Zábranského (31), že uživatelé návykových látek jsou schopni si potřebnou finanční částku obstarat jakkoliv, nejčastěji tedy v přímé souvislosti s trestnou činností. Z mého výzkumného šetření vyplývá, že nejčastěji preferují uživatelé krádeže, jako zdroj financí je uvedlo sedm respondentů. Čtyři respondenti si finance obstarávají prostitucí. Těž čtyři jsou schopni vydělat si je vlastním přičiněním v zaměstnaneckém poměru – jedná se o respondenty, jež jsem zařadila do skupiny motivovaných k léčbě, abstinenci. Tři si je získávají žebráním, dva si drogu sami vyrábí a následně ji prodávají, další tři dealerstvím. Dva respondenti finance na drogu či stravu apod. dostávají od svých přátel, též dva uvádí, že čas od času je podpoří rodiče a jeden klient využívá dávek invalidního důchodu. Respondenti samozřejmě kombinují více těchto možností dohromady.

Dalším jevem, na nějž jsem se při dotazování soustředila bylo rodinné zázemí respondentů, jejich dětství, vzájemné vztahy mezi rodiči a jimi samotnými. Pro mě překvapujícím zjištěním bylo, že šest respondentů definovalo své dětství jako šťastné, kdy měli milující rodiče, nestrádali proto po stránce psychické a ve většině případů ani po stránce materiální. U ostatních jedinců jsem v rodinném prostředí zaznamenala nějakou sociální patologii. Domnívám se, že v šesti případech se mi potvrdilo tvrzení Vágnerové, že vznik závislosti na návykových látkách může být mimo jiné podmíněn i geneticky (28). Toto odůvodňuji tím, že u těchto osob byl vždy jeden či dokonce oba rodiče závislí na alkoholu a u jednoho respondenta na nealkoholových drogách. V těchto případech tedy respondenti hodnotili své dětství a rodinné vztahy jako dysfunkční. U jednoho respondenta byla aplikována spíše (dle vyjádření klienta) autoritářská výchova, kdy na něho rodiče kladli příliš vysoké nároky, avšak sami mu s jeho plněním nepomáhali, byli zahledění do sebe a svého kariérního růstu. V případě triadvacetileté klientky PL Červený Dvůr (kasuistika I.) byla rodiči preferována

výchova liberální, kdy se o ní rodiče, podle jejího vyjádření nezajímali vůbec a klientka měla nadměrně vysokou svobodu. Ve dvou případech se v rodině objevilo sexuální zneužívání dítěte otcem a ve třech případech domácí násilí, kdy byl agresorem otec a obětí matka i děti. U dvou respondentů vznikla patologie rodiny po smrti matky, kdy to otcové psychicky neunesli a snažili se tuto situaci řešit únikem od reality pomocí alkoholu. Hajný ve své monografii uvádí, že drogová závislost některého člena z rodiny má devastující dopady pro rodinu celou, negativně poznamená všechny její členy (7). Tento fakt se potvrdil u matky jednoho z respondentů, která se kvůli drogové závislosti svého potomka pokusila o sebevraždu. Nešpor tvrdí, že drogová závislost velice často zapříčiňuje degradaci celé rodiny, rodiče závislost svých dětí nedokáží řešit a vyrovnat se s ní, proto jsou velice časté například rozvody (20). K tomuto tvrzení jsem dospěla ve své práci také já, a to na základě informací, jež mi při rozhovorech respondenti poskytli.

Zdravotní dopady užívání nealkoholových návykových látek byly devátou analyzovanou oblastí v mém výzkumu. Jak uvádí ve své publikaci Kalina, tak nejrizikovějším způsobem vpravení drogy do těla je aplikace intravenózní, zde totiž hrozí největší riziko přenosu infekční choroby, dále dochází k porušení celistvosti kůže a k možným zánětům či poškozením žilního a cévního systému (11). U mnou oslovených respondentů jsem zaznamenala, že devět z nich trpí na virovou hepatitidu typu C (VHC). Všichni se nakazili nesterilní jehlou. Dva respondenti uvedli, že v souvislosti s drogovou závislostí prodělali virovou hepatitidu typu B (VHB) a jeden VHA. U jednoho respondenta jsem zaregistrovala četné abscesy na kůži, v důsledku intramuskulární aplikace s vpravením infekce. Dva respondenti se nakazili HIV/AIDS. Zábranský se ve své monografii zmiňuje o nepřímých zdravotních dopadech užívání drog (31). Mně se tento případ potvrdil u klienta, který prodělal úraz pod vlivem pervitinu, nyní je z něj invalida druhého stupně. V důsledku inhalace organických rozpouštědel trpí jeden respondent na časté a masivní krvácení z nosu, má poleptanou sliznici. Touto problematikou se zabývá například Kalina (11). Jedna klientka se nakazila též pohlavními chorobami, tedy kapavkou a chlamýdiemi. Toto samozřejmě není důsledek aplikace návykové látky, ale prostituce, kterou ovšem provozovala s cílem získat na drogy finance. Užívání návykových látek má však negativní vliv i na

psychické zdraví daného jedince, a to v nemalé míře. V teoretické části své práce popisují psychické poruchy, jež se vyskytly v souvislosti s abúzem drog. Čerpám zde informace například od Tučka, který definoval poruchy vzniklé přímým působením drogy, tedy z toxické příčiny (26). Jeden respondent byl hospitalizován v nemocnici, jelikož se pokusil v důsledku rozvoje toxické psychózy o sebevraždu. Dva respondenti uvádějí, že velmi často trpí na deprese či úzkosti, oba jsou proto pod dozorem lékařů a užívají antidepresiva. Tyto problémy pramení z užívání pervitinu. U jedné klientky zase došlo k rozvoji epilepsie a to v důsledku užívání benzodiazepinů. Tři respondenti konstatují, že v přímé souvislosti s drogovou závislostí netrpí na žádnou infekčně přenosnou chorobu a nevyskytují se u nich žádné zdravotní problémy.

Zábranský (31) či Vágnerová (28) se ve svých publikacích zabývají trestnou činností v souvislosti s abúzem drog a uvádějí, že páchaní trestné činnosti je v přímé souvislosti s užíváním nealkoholových návykových látek. Já se ovšem s tímto tvrzením zcela neztotožňuji, poněvadž pokud bych měla vycházet z výsledků svého výzkumného šetření, tak sedm z dotazovaných respondentů nebylo nikdy trestně stíháno, nikdy se nedostali do konfliktu se zákonem. K trestu odnětí svobody bylo odsouzeno pět respondentů, ve většině případech již vícekrát a nejčastěji se jednalo o majetkovou trestnou činnost či řízení motorového vozidla pod vlivem drog, dále to bylo fyzické napadení a ublížení na zdraví, loupežná přepadení, distribuce drog a v jednom případě též kuplířství.

Jedenáctou oblastí, o kterou jsem se ve svém výzkumu zajímala, byla sexualita, tedy sexuální život na droze, zda – li je nějak odlišný oproti sexuálním zážitkům bez drog apod. K tomuto jsem využila škálového hodnocení, kdy jsem respondenty požádala, aby svůj sexuální život na droze přirovnaly k desetimístné škále, přičemž číslo deset znamená maximální požitky ze styku. Zjistila jsem, že prožitky ze sexuálního styku se odlišují podle užívané návykové látky. Osm respondentů preferuje pervitin. Všichni hodnotili vyšším číslem než pět. Jejich odpovědi jsem proto zprůměřovala a dostala jsem ohodnocení 6,875. Heroin představoval primární drogu u šesti respondentů. Zde bylo nejvyšším hodnotícím číslem číslo čtyři. Výsledky jsem též zprůměřovala a vyšlo mi ohodnocení 2,5. Jeden uživatel THC vyjádřil svůj sexuální

život jako nula, má problémy s erekcí a jejich vznik přisuzuje užívání konopných drog. Toto tvrdí i Shapiro (24), přesněji, že užívání konopných drog snižuje sexuální výkonnost a u mužů může vést až k impotenci.

Poslední sledovanou oblastí byla motivace, která respondenty přiměla k léčbě, k abstinenci. Zde tedy myslím respondenty motivované. Zjistila jsem, že největší hnací silou ke změně života a ke zvýšení jeho kvality, je pro ně náprava mezilidských vztahů, především tedy s blízkými osobami a též zdravotní důsledky způsobené užíváním nealkoholových návykových látek. Zde jsem dospěla a zároveň si potvrdila tvrzení Payneho (21), tedy že kvalita života daného jedince je přímo úměrná jeho zdravotní stránce. Tři respondenti mi uvedli důvod obsáhlejší, s více cíly, jednalo se o touhu najít si zaměstnání, bydlení, založit rodinu a žít „normální“ život.

6. ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá kvalitou života uživatelů nealkoholových návykových látek a je rozdělena na dvě části, tedy na část teoretickou a praktickou.

V teoretické části jsem objasnila vybrané pojmy, jež používám v celé této práci, dále jsem rozepsala druhy nealkoholových návykových látek a ve stručnosti je charakterizovala v návaznosti na zvolené téma práce. Též jsem se zabývala důsledky psychoaktivních látek na daného jedince včetně kvality jeho života a v neposlední řadě je teoretická část věnována způsobům léčení drogové závislosti.

Obsahem praktické části jsou výsledky vlastního výzkumu v podobě kasuistik a dodatečně stanovené hypotézy.

Potřebná data pro svou bakalářskou práci jsem získala pomocí kvalitativního výzkumu, metodou dotazování, a to ve třech institucích, zabývajících se léčbou drogových závislostí. Jedná se o Psychiatrickou léčebnu Červený Dvůr, Kontaktní centrum Háječek a Substituční centrum v Českých Budějovicích. Oslovení respondenti byli vybráni na základě kvótního výběru, kdy jsem zohledňovala věk – podmínkou byla plnoletost a dále pohlaví. Konkrétně se tedy jednalo o patnáct respondentů, čili devět mužů a šest žen.

Jako cíl práce jsem si stanovila vydefinovat dopady užívání nealkoholových návykových drog na kvalitu života jejich uživatelů a dále též zjistit důvody vedoucí k užívání těchto látek a následně motivaci, kvůli které se uživatelé rozhodli abstinovat. Domnívám se, že cílů, jež jsem si vytyčila, bylo dosaženo.

Z výzkumného šetření vyplývá, že nejvíce preferovanou drogou mezi dotázanými uživateli je pervitin v souvislosti s intravenózní aplikací. Nadpoloviční většinu respondentů přivedla k užívání nealkoholových návykových látek zvědavost, touha zažít neobvyklé zážitky vyvolané drogou. Dalším jevem, na nějž jsem se při šetření soustředila, bylo vzdělání. Devět respondentů z patnácti má pouze základní, ve studiu nepokračovali důsledkem vzniklé závislosti. Dosažené vzdělání je v přímé souvislosti s využitím na trhu práce. Zjistila jsem, že sedm respondentů není aktuálně zaměstnáno a čtyři dokonce nebyli zaměstnaní nikdy v životě, zbylí čtyři v současné

době nějaké zaměstnání vykonávají. Na tuto skutečnost navazuje fakt, že osm z patnácti dotazovaných respondentů je bez domova, tedy přebývají ve squatech, sklepích apod. Finance si obstarávají nejčastěji krádežemi, dále například žebráním, dealerstvím a čtyři respondenti prostitutí. Též čtyři jsou schopní vydělat si peníze v zaměstnání. U devíti respondentů jsem v rodinném zázemí zaznamenala nějakou sociální patologii. Nejčastěji se jednalo o alkoholismus či drogovou závislost rodičů, ve dvou případech se v rodině objevilo sexuální zneužívání otcem a ve třech případech domácí násilí vůči matce či dětem, kdy agresorem byli též muži, otcové. Další sledovanou oblastí byl zdravotní stav respondentů. Zaznamenala jsem, že devět z nich trpí na virovou hepatitidu typu C (VHC), kdy zdrojem nákazy byla infikovaná nesterilní jehla. Dva respondenti uvedli, že v souvislosti s drogovou závislostí prodělali virovou hepatitidu typu B (VHB) a jeden VHA. U jednoho respondenta jsem zaregistrovala četné abscesy na kůži v důsledku intramuskulární aplikace s vpravením infekčního agens. Dva respondenti se nakazili HIV/AIDS. Potvrdily se mi také psychické komplikace v důsledku užívání drog. Konkrétně jsem zaznamenala u jednoho klienta rozvoj toxické psychózy, u dvou respondentů časté deprese a úzkosti (v souvislosti s užíváním pervitinu) a též rozvoj epilepsie v důsledku užívání benzodiazepinů. Pro mě překvapujícím zjištěním bylo, že sedm respondentů z patnácti nebylo nikdy trestně stíháno a nikdy se nedostali do rozporu se zákonem. Výsledky zhodnocení sexuálních zážitků v návaznosti na preferovanou drogu dopadly též velmi zajímavě. Uživatelé pervitinu hodnotili svůj sexuální život na desetimístné škále, přičemž číslo deset je maximální spokojenost, číslem 6,875 a uživatelé heroinu číslem podstatně nižším, tedy 2,5. Jako nejčastější motivaci k léčbě drogové závislosti respondenti uvedli nápravu vztahů s blízkými osobami a zdravotní dopady užívání nealkoholových drog.

Na základě výsledků výzkumné práce jsem stanovila následující hypotézy:

H1: Většinu respondentů vedla k užívání nealkoholových návykových látek zvědavost a touha poznat něco nového, neobvyklého.

H2: Doba užívání drogy je přímo úměrná snižování spokojenosti s kvalitou života.

H3: K nástupu do léčby nejčastěji vedou zdravotní důsledky užívání nealkoholových návykových látek a též snaha napravit sociální vztahy s blízkými osobami.

Podle mého názoru se bude situace v souvislosti s abúzem nealkoholových návykových látek ve společnosti jen zhoršovat, neboť drogy a jejich užívání se v poslední době stávají normou, především tedy u mladých lidí. Neshledávají na tomto faktu nic patologického.

Na základě výsledků šetření si tedy dovoluji navrhnout následující závěrečná doporučení. Na základních školách by měl být kladen větší důraz na preventivní programy v souvislosti s drogovou závislostí, tedy jejich větší četnost i frekvence. Dále větší zaměření nízkoprahových zařízení, ale i ostatních léčebných institucí na motivační tréninky, jež by rozvíjel a zároveň prohluboval motivaci k abstinenci a též klienty vedl od rizikového chování k nerizikovému. Posledním doporučením je rozvoj realizace poradenství pro rodinné příslušníky drogově závislých jedinců, neboť je důležité, aby se s touto situací dokázali nějak vypořádat a zvládli ji, popř. je naučit, jak s drogově závislými jednat.

Myslím si, že tato práce by mohla být využita například v oblasti preventivních programů, neboť je zde popsáno, jaké negativní dopady má drogová závislost na celé individuum, kdy dochází k poškození jeho fyzické, psychické, ale i sociální složky a mnohdy až k jeho úplné degradaci. Dále může posloužit jako zdroj informací, především tedy pro laickou veřejnost, která by se o tuto problematiku zajímala a v neposlední řadě snad i jako učební pomůcka na školách.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690 – 2: část 2- modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů*. [online]. [cit. 2009-09-18]. Dostupné z: <http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>
2. *Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost*. [online]. 2009 [cit. 2010-03-22]. Dostupné z: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index79160CS.html>
3. GJURIČOVÁ, Š., KOCOURKOVÁ, J., KOUTEK, J. *Podoby násilí v rodině*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2000. 104 s. ISBN 80-7021-416-3.
4. GÖHLERT, CH., KÜHN, F. *Od návyku k závislosti: toxikomanie: drogy: účinky a terapie*. 1. vyd. Praha: Ikar, 2001. 141 s. ISBN 80-7202-950-9.
5. GOODYER, P. *Drogy + teenager*. 1. vyd. Praha: Slovanský dům, 2001. 162 s. ISBN 80-86421-44-9.
6. GRILLERNOVÁ, I., BURIÁNEK, J. *Základy společenských věd: základy psychologie, sociologie*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 2001. 157 s. ISBN 80-7168-749-9.
7. HAJNÝ, M. *O rodičích a drogách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 136 s. ISBN 80-247-0135-9.
8. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
9. KALINA, K. et al. *Drogové závislosti a mezioborový přístup 1. díl*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6 .
10. KALINA, K. et al. *Drogové závislosti a mezioborový přístup 2. díl*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. 342 s. ISBN 80-86734-05-6.
11. KALINA, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 385 s. ISBN 978-80-247-1411-0.
12. Kolektiv autorů občanského sdružení SANANIM. *Drogy: otázky a odpovědi: příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 200 s. ISBN 978- 80-7367-223-2.

13. Kolektiv autorů. *Seznam a definice výkonů drogových služeb*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2006. 88 s. ISBN 80-86734-81-1.
14. KOZLOVÁ, L., KUBELOVÁ, V. *Jak psát bakalářskou práci*. 2. vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2009. 55 s. ISBN 978-80-7394-155-0.
15. KOZLOVÁ, L. *Výzkum v sociální oblasti* [online]. 2002 [cit. 2009-11-15]. Dostupné z : http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb_305/index.htm
16. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0719-0.
17. MAREŠ, J. et al. *Kvalita života u dětí a dospívajících*. 1. vyd. Brno: MSD, 2006. 228 s. ISBN 80-86633-65-9.
18. MEZINÁRODNÍ STATISTICKÁ KLASIFIKACE NEMOCÍ A PŘIDRUŽENÝCH ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ. 1. vyd. Praha: BOMTON, 2008. 862 s. ISBN 978-80-904259-0-3.
19. MIKULKOVÁ, H. *Sociální dopady drogové závislosti: diplomová práce*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. Vedoucí diplomové práce Pavel Vácha.
20. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. 150 s. ISBN 80-7178-432-X.
21. PAYNE, J. et al. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
22. PETR, P. et al. *Prolegomena k farmakologii drogových závislostí*. Vysoká škola evropských a regionálních studií, 2007. 64 s. ISBN 80-86708-31-4.
23. PETR, P. et al. Kvalita života u chronických onemocnění ve světle novějších modelů zdraví a nemoci. *Kontakt 4*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2002. s. 89-94. ISSN 1212-4117.
24. SHAPIRO, H. *Drogy: obrázkový průvodce*. Praha: Svojtka & Co, 2005. 360 s. ISBN 80-7352-295-0.
25. SVOBODOVÁ, A. *Regionální hodnocení kvality života: diplomová práce*. Brno: Masarykova univerzita, ekonomicko-správní fakulta, 2008. 65 s. Vedoucí diplomové práce Milan Víturka. [online]. 2008 [cit. 2009-11-18]. Dostupné z :

http://kvalitazivota.vubp.cz/prispevky/soudoba_sociologie_II_kvalita_zivota-svobodova.doc

26. TUČEK, J., CHODURA, V. *Psychiatrie*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 90 s. ISBN 80-7040-786-7.
27. TYLER, A. *Drogy v ulicích: mýty-fakta-rady*. 1. vyd. Praha: IŽ, 2000. 426 s. ISBN 80-237-3606-X.
28. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
29. VESELÁ, J. *Sociologický výzkum a jeho metody*. 2. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2006. 92 s. ISBN 80-7194-847-0.
30. VOKURKA, M., HUGO, J. *Velký lékařský slovník*. 7. aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2007. 1069 s. ISBN 978-80-7345-130-1.
31. ZÁBRANSKÝ, T. *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. 95 s. ISBN 80-244-0709-4.
32. ZÁBRANSKÝ, T. et al. *Smrtelná předávkování nelegálními drogami a těkavými létkami v České republice: stručný souhrn a manuál pro monitorování*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2004. 59 s. ISBN 80-86734-37-4.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Abstinenční syndrom

Droga

Drogová závislost

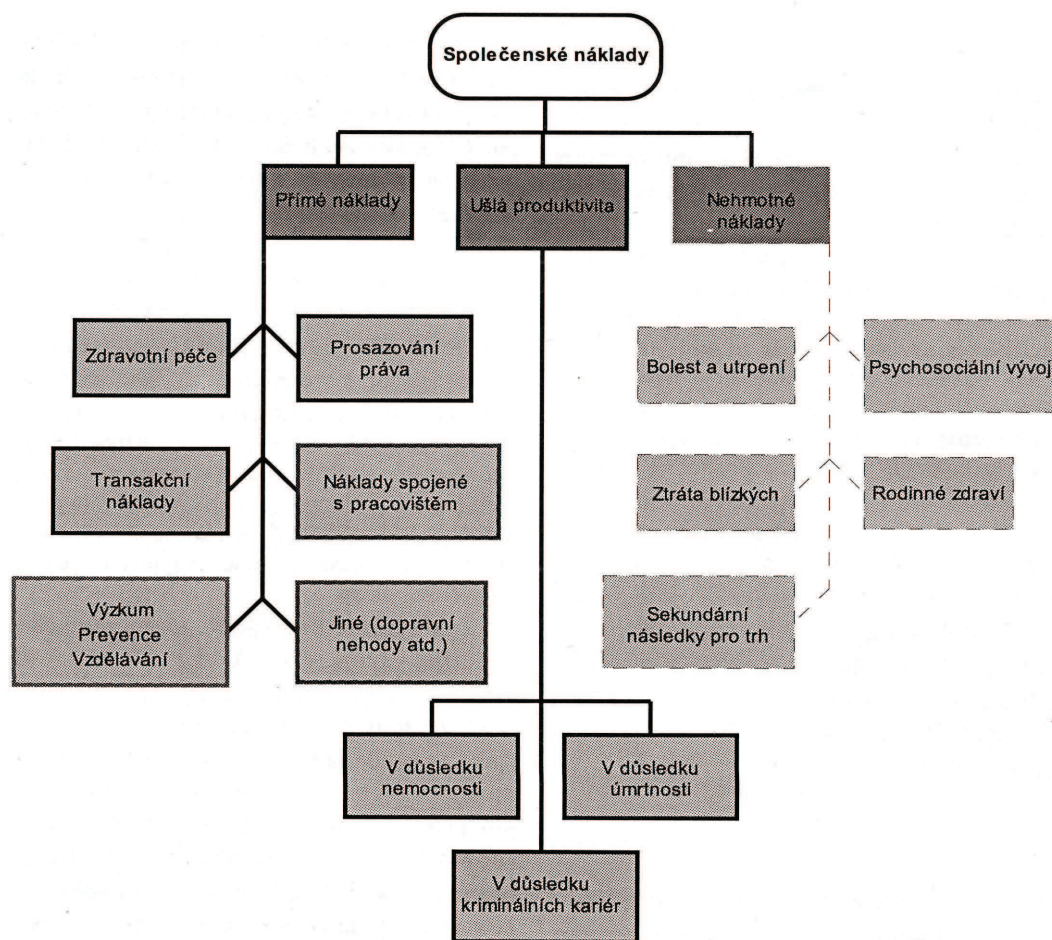
Kvalita života

Léčba drogové závislosti

Motivace

9. PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Cost of Illnes (COI)



Příloha č. 1: Cost of Illnes (31)