

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Radka Provazníková

Užívání pervitinu u klientů navštěvujících kontaktní centra v Praze

Methamphetamine use among clients visiting the contact centers in Prague

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Lenka Reichelová

Praha

2013

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze

Radka Provazníková

.....

Identifikační záznam:

PROVAZNÍKOVÁ, Radka. *Užívání pervitinu u klientů navštěvujících kontaktní centra v Praze [Methamphetamine use among clients visiting the contact centers in Prague]*. Praha, 2013. 61 s., 1 příl., 19 tab., 4 grafy, 1 obr. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Adiktologie 1. LF UK 2013. Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Lenka Reichelová

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Lence Reichelové za odborné vedení, ohromnou trpělivost a cenné rady a připomínky.

Dále bych chtěla poděkovat vedení a personálu kontaktních center Sananim, Progressive a Drop In v Praze za spolupráci a možnost realizace praktické části mé práce.

Závěrem bych chtěla poděkovat také mé rodině a blízkým za podporu po celou dobu mého studia.

Obsah

Abstrakt	7
Abstract.....	8
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1 Úvod	10
2 Co je droga.....	11
2.1 Dělení drog	11
3 Příčiny rozvoje drogové závislosti a vzorce užívání drog	13
3.1 Klasifikace uživatelů návykových látek.....	14
4 Problémové užívání drog	15
4.1 Odhady prevalence problémového užívání	15
5 Pervitin.....	17
5.1 Charakteristika pervitinu	17
5.2 Aplikace a dávkování pervitinu	18
5.3 Účinky pervitinu	19
5.4 Akutní intoxikace	19
5.5 Chronická intoxikace.....	20
5.6 Psychické komplikace	20
5.7 Historie pervitinu	20
5.8 Současnost pervitinu – epidemiologie a poznatky o užívání.....	23
6 Kontaktní centra	25
6.1 Harm reduction	25
6.2 Charakteristika kontaktních center.....	26
6.3 Klienti kontaktních center	26
6.4 Principy práce kontaktního centra.....	27
II. PRAKTICKÁ ČÁST	29
7 Použité metody	30

7.1	Výzkumné cíle a formulace výzkumných otázek	30
7.1.1	Výzkumné cíle	30
7.1.2	Výzkumné otázky	30
7.2	Metody získávání a analýzy dat	31
7.2.1	Metody získávání dat	31
7.2.2	Nominace výzkumného souboru.....	32
7.2.3	Metody analýzy dat	33
7.3	Průběh výzkumného šetření.....	33
7.4	Výzkumný soubor	33
7.4.1	Věkové složení respondentů	34
7.4.2	Vzdělání a zaměstnání respondentů	35
7.4.3	Věk první zkušenosti s pervitinem a délka období, kdy je pervitin hl. drogou..	36
7.4.4	Další užívané drogy.....	37
8	Etické normy a pravidla výzkumu.....	38
9	Výsledky	39
9.1	Výzkumná otázka č. 1	39
9.2	Výzkumná otázka č. 2	43
9.3	Výzkumná otázka č. 3	46
10	Diskuze	51
11	Závěr	54
12	Použitá literatura.....	55
13	Seznam grafů a tabulek.....	59
13.1	Seznam grafů.....	59
13.2	Seznam tabulek.....	59
14	Příloha – dotazník.....	60

Abstrakt

CÍLE: Hlavním cílem bakalářské práce je podrobně popsat vzorce užívání pervitinu u klientů navštěvujících nízkoprahová kontaktní centra v Praze.

SOUBOR: Výzkumný soubor tvořilo 58 klientů ze tří pražských kontaktních center (Sananim o.s., Progressive o.s. a Drop In o.p.s.). Hlavními kritérii pro vstup do výzkumu bylo to, že klient navštívil dané kontaktní centrum v době mého šetření a uvedl na základě svého subjektivního posouzení jako svou hlavní drogu v posledním roce pervitin. Dále museli všichni klienti splňovat kritéria pro problémové užívání drog podle definice EMCDDA. Respondenti, kteří tato kritéria nespĺňovali, byli následně z výzkumu vyloučeni.

METODY: Pro realizaci výzkumu byl použit anonymní strukturovaný dotazník, který byl vytvořen čistě pro účely tohoto šetření. Výsledky byly zpracovány deskriptivní statistikou.

VÝSLEDKY A ZÁVĚR: Bylo zjištěno, že většina problémových uživatelů pervitinu, kteří navštěvují kontaktní centra v Praze užívá svou drogu pravidelně a většinou vícekrát v týdnu (tedy denně nebo téměř denně). Jejich konzumace pervitinu nezávisí na dni v týdnu ani denní době a průměrné množství pervitinu, které si aplikují v jedné dávce, se pohybuje kolem 0,29 gramu. Počet dávek za jeden den je dvě nebo tři. Před užitím drogy respondenti nečastěji pociťují bušení srdce, nadměru energie, třes, nervozitu a vzrušení. Místa, kde klienti pervitin užívají, se střídají a užití probíhá nejčastěji o samotě nebo ve společnosti přátel. Většina participujících si pervitin obstarává nákupem za nelegálně získané prostředky. Dostatek financí je vedle únavy nejčastějším spouštěčem užití. Tato práce může posloužit jako pilotní průzkum pro další výzkumy a přináší obraz problémového užívání pervitinu, který mohou využít pracovníci kontaktních center.

Klíčová slova

Vzorce užívání - problémové užívání drog - pervitin (metamfetamin) – kontaktní centra

Abstract

AIMS: The main goal of this bachelor thesis is to describe drug-using related behavior patterns of clients of low-threshold facilities in Prague. The thesis is particularly focused on the methamphetamine users.

SAMPLE GROUP: The sample group included 58 clients of three Prague contact centers (Sananim, Progressive and Drop-In). The main criteria of inclusion in the sample were the following: the subject visited at least one of the three contact centers in the period during which the study was conducted and they described themselves as mostly-methamphetamine users. Furthermore, clients who did not meet the EMCDDA definition of problem drug use were excluded.

METHODS: Anonymous structured questionnaire was used in the survey. The questionnaire was designed solely for the purpose of this survey and the resulting dataset was analyzed by the means of descriptive statistics.

RESULTS AND CONCLUSION: According to our results, most of problem methamphetamine users, who visit contact centers in Prague, use the drug regularly several times a week. The amount of the drug consumed by a typical problem methamphetamine user seems to be independent of the day of the week and time of the day. An average drug dose is approximately 0,29 grams and the average number of daily doses is two or three. Right before taking the drug, most of the users feel heart palpitation and tremor, they are excited and they have excess of energy. Places, where typical participants of this research most often administer the dose, vary. Most of the participants buy drugs for money earned through illegal activities. The fact of having sufficient financial resources is along with exhaustion the most common trigger of drug using. This paper may serve as a pilot survey for further research and it provides a depiction of the problem methamphetamine use which can be used by contact centers workers.

Key words

Patterns of use - problem drug use – methamphetamine – contact centers

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Úvod

Bakalářská práce se zaměřuje na problémové vzorce užívání pervitinu u klientů pražských kontaktních center. Toto téma jsem si vybrala, jelikož mne již od začátku mého studia na 1. lékařské fakultě UK problematika pervitinu velice zajímá, a také proto, že se jedná o dosud málo zmapovanou oblast. Dosud neexistuje výzkum, který by takto podrobně zkoumal jednotlivé elementy vzorce užívání pervitinu, a to nejen u klientů nízkoprahových služeb.

Počty problémových uživatelů pervitinu v České republice rok od roku rostou, což s sebou nese vysoké riziko pro dnešní společnost. Pokud se totiž konzument drog dostane do fáze problémového užívání, znamená to, že tímto jednáním už neubližuje jen sobě, ale i celé společnosti. Proto je velice důležité zjistit a popsat tento vzorec chování – tedy to, co užívání pervitinu provází.

Teoretická část této bakalářské práce má za úkol posloužit čtenáři k získání potřebných informací pro snazší a komplexnější pochopení daného tématu, tvoří zázemí celé práce. V teoretické části se proto nejprve zabývám především seznámením s tím, co znamená pojem droga a jak vzniká drogová závislost, dále se zaměřuji na vzorce užívání návykových látek a na problémové užívání. V další kapitole pak charakterizuji nejrozšířenější českou drogu pervitin a poslední kapitola této práce je věnována nízkoprahovým kontaktním centrům.

V praktické části potom prezentuji pomocí deskriptivní statistiky výsledky mého dotazníkového šetření, které se věnovalo vzorcům užívání pervitinu u klientů kontaktních center v Praze.

2 Co je droga

Termín „droga“ má spoustu významů a bývá tedy i ve vztahu s jednotlivými vědními obory chápán rozdílně. Slovo droga je dodnes používáno jako synonymum pro lék. Mnoho drog má skutečně určitý terapeutický účinek, pokud se dodrží správná míra dávkování (většinou o mnoho nižší než při zneužívání dané látky), a většina z dnes nelegálních drog si také v minulém století prošla obdobím své legality a hojného medicínského využití. Zábranský (2003a, s. 14) ve své publikaci uvádí univerzálně používanou definici, která říká, že droga je „...*jakákoliv látka, která, je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí.*“ Tato definice byla poprvé zveřejněna už v roce 1969 Světovou zdravotnickou organizací (Zábranský, 2003a, s. 14).

Další definice podle J. Presla chápe drogu jako každou látku (syntetickou i přírodní), která splňuje tyto dva základní požadavky: 1. Má psychotropní účinek, 2. Je schopná vyvolat závislost (Zábranský, 2003a).

Kofein, tabák, alkohol a další volně dostupné látky (vydávané bez lékařského předpisu) bývají ve většině případů užívány primárně pro svůj psychoaktivní efekt, a tak se podle mnohých odborníků také řadí mezi drogy (Kalina et al., 2001).

Trochu odlišněji než lékařské vědy pojímá tento termín právnické odvětví. Z hlediska legislativy se jako drogy označují „*ilegální, nezákonné, státem nepodporované omamné nebo psychotropní látky (OPL). Jejich explicitní seznam je v českých podmínkách definován zákonem č.167/1998 Sbírky o návykových látkách*“ (Zábranský, 2003a, s. 14). Tento zákon byl v dubnu roku 2011 novelizován a rozšířen o dalších 33 převážně syntetických látek (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2011).

V Úmluvách OSN termín droga označuje látky, podléhající mezinárodní kontrole (Kalina et al., 2001).

2.1 Dělení drog

Pro klasifikaci drog se používá několik systémů. Zábranský (2003a) ve své knize popisuje ty nejčastěji využívaná kritéria, podle kterých jsou typy drog rozlišovány následovně:

V prvním případě můžeme dělit drogy z hlediska zákona na legální a nelegální. V druhém případě se podle složení a původu člení drogy na přírodní, semisyntetické (surovina pro výrobu je přírodní) a syntetické (chemickou látkou už samotný prekurzor). Třetí systém dělí

drogy do kategorií dle typu působení a chemického složení. Tak vzniká klasifikace drog na tlumivé látky, stimulancia a halucinogeny – tedy tři poměrně homogenní skupiny, mezi kterými existují určité zřetelněji viditelné odlišnosti. Kudrle (2008) vysvětluje souvislost tohoto rozdělení s podstatou vzniku závislosti na dané droze. Kořeny každé závislosti podle Kudrleho teorie vycházejí z hlubší lidské motivace a základních lidských potřeb. Konkrétní druh drogy si jedinec vybere na základě toho, jaká z jeho potřeb není uspokojena. Rozdělení drog podle typu jejich účinků vzniklo na základě touhy po uspokojení právě těchto tří základních potřeb: potřeby zklidnění a úlevy od bolesti, potřeby cítit se výkonný a odstranit zábrany a konečně potřeby transcendentního zážitku. (Kudrle, 2008). Velice důležité je i dělení drog podle stupně společenské nebezpečnosti (závažnosti společenských následků). Tento indikátor by měl zohledňovat hlavně zdravotní, kriminogenní a ekonomická rizika, jež pramení z užívání návykových látek (Zábranský, 2003a).

3 Příčiny rozvoje drogové závislosti a vzorce užívání drog

Drogové závislosti je vždy důležité pojímat a studovat komplexně, jelikož se jedná o bio-psycho-sociální onemocnění, kde se jednotlivé faktory navzájem doplňují a integrují. Třemi základními skupinami činitelů, jež se podílí na vzniku závislosti na návykových látkách, jsou proto droga, člověk a prostředí, neboli drug, set a setting. K problémům s drogami tedy dochází tehdy, pokud se setká disponovaný jedinec s drogou, která u něj následně vyvolá nutkání jejího opakovaného užití. Toto nutkání opakovat svůj zážitek s drogou je ještě umocňováno určitými sociálními aspekty (Fišerová, 2000).

Rozsah problému s návykovými látkami a míry kontroly uživatele nad nimi je tedy určen nejen farmakologickým účinkem drogy (drug) a osobností a postoji uživatele (set), ale dosti podstatně také způsoby, jak jsou drogy užívány, kdy, s kým, za jakých okolností a v jakém množství (setting). Dále se podílí i zakotvení uživatele v běžném životě a v nemalé míře i to, jaká je aktuálně dostupnost drog na trhu (Morávek, 2007).

Pokud jedinec užívá drogy pravidelně a po určitou dobu, utvoří se u něj charakteristický vzorec užívání. Vzorce užívání drog obsahují mnoho různých elementů, které mohou v kombinaci vytvářet nebo se podílet na spouštěcích, bažení a užití návykové látky. Mezi tyto elementy patří:

- frekvence užívání,
- způsob aplikace drogy,
- množství užívané drogy,
- fyzické pocity před užitím,
- emocionální pocity před užitím,
- specifická hodina, týden nebo měsíc,
- místa, kde jsou drogy užívány,
- lidé, se kterými jsou drogy užívány,
- způsob obstarání drogy,
- způsob obstarání peněz na drogy (Růžička, Wittmann, Procházka & Gray, 2012).

„Pochopení, jakou úlohu tyto oblasti pravděpodobně hrají v užívání, může klientovi poskytnout významný náhled do vzorce užívání, a co je důležitější – co může udělat, aby přestal užívat nebo užívání omezil“ (Růžička, et al., 2012, s. 40).

V mé práci se zabývám vzorci spojenými s užíváním pervitinu – tedy co užívání této drogy provází. Zkoumám pocity či děje, okolnosti (místo, lidé, doba a podobně), které se mohou v určitou dobu u uživatele opakovat.

3.1 Klasifikace uživatelů návykových látek

V návaznosti na určité specifické vzorce užívání drog můžeme klasifikovat několik skupin uživatelů návykových látek:

Experimentátoři jsou lidé, kteří drogy zkouší - občasně a nepravidelně užívají různé návykové látky. Toto označení se však považuje za poněkud nepřesné.

Druhou skupinu tvoří příležitostní a rekreační uživatelé, u kterých se drogy již stali určitou součástí jejich životního stylu, avšak nečiní jim zatím žádné výrazné problémy.

Třetí skupinou jsou pravidelní uživatelé. Tito lidé už drogy užívají pravidelně (to znamená častěji než jednou týdně) a obvykle se v jejich případě hovoří o tzv. “škodlivém užívání”.

Další skupinu tvoří problémoví uživatelé drog. Tento vzorec užívání je předmětem zkoumání celé této práce, a proto mu je věnována samostatná kapitola. Problémoví uživatelé drog mohou (ale nemusí) zároveň spadat do poslední skupiny z tohoto dělení, která je tvořena osobami, označovanými jako závislí uživatelé drog.

Závislí uživatelé jsou pouze takoví uživatelé návykových látek, kteří splňují diagnostická kritéria syndromu závislosti (Kalina, 2003).

4 Problémové užívání drog

EMCDDA definuje problémové užívání drog (PUD) jako „*injekční a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání drog opiátového typu a/nebo amfetaminového typu a/nebo kokainu*“ (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2009).

Z této mezinárodně uznávané definice je na první pohled patrné, že jde o nejnebezpečnější a nejproblematictější způsob konzumace drog, který v sobě nese značně vysoký stupeň rizika jak pro rozvoj závislosti, tak pro vznik zdravotních poškození jedince (Lejčková, Mravčík, & Radimecký, 2004).

Problémové užívání drog jako takové s sebou přináší téměř všechny negativní následky, jež mohou vznikat při konzumaci návykových látek - čili, skoro všechny známé problémy související se zneužíváním drog se úzce váží na tento vzorec užívání. Proto také PUD přináší nejvyšší společenské náklady (jak přímé, tak nepřímé), zatěžuje zdravotní a represivní systém a představuje určité zdravotní riziko pro společnost. (Zábranský, 2003b)

Vzhledem k poměrně malému počtu uživatelů kokainu česká definice nezahrnuje oproti té od EMCDDA ani užívání kokainu (tento jev zatím nedosahuje potřebné úrovně). Problémoví uživatelé nelegálních drog v ČR se tedy rozdělují na uživatele pervitinu a uživatele opiátů (Lejčková at al., 2004; Mravčík at al., 2012).

4.1 Odhady prevalence problémového užívání

Pro určení rozsahu problémového užívání drog se využívá metod sofistikovaných statistických odhadů (Multiplikační metody, Metoda zpětného záchytu, Metoda multivariantních indikátorů, Metoda zpětné kalkulace), jelikož tyto vzorce užívání drog nelze spolehlivě zachytit pomocí průzkumů v obecné populaci - důvodem je například velmi nízká prevalence PUD, tendence PUD se skrývat a neschopnost zachytit PUD standardními metodami, jelikož nebývají součástí „reprezentativních vzorků“ (Zábranský, 2003b).

Počet problémových uživatelů drog v České republice za rok 2011 byl odhadnut multiplikační počtu klientů nízkoprahových programů. „*Odhad multiplikační metodou vzniká jako součin velikosti známé populace PUD (v tomto případě počtu PUD v kontaktu s nízkoprahovými programy v kalendářním roce) a hodnoty multiplikačního koeficientu. Hodnota multiplikačního koeficientu pro ČR a pro jednotlivé kraje byla zjištěna v průzkumu Multiplikační koeficient 2010, dotazníkovém šetření mezi klienty nízkoprahových zařízení tzv. nominační technikou*“ (Mravčík et al., 2012, s.43).

Problémoví uživatelé se v ČR rozdělují na uživatele pervitinu a uživatele opiátů. Jejich poměr byl donedávna 2 : 1, ale stále vzrůstajícím počtem uživatelů pervitinu a stagnací (v roce 2011 dokonce úbytkem) počtu uživatelů opiátů je dnes tento poměr 3 : 1. To však neplatí pro Prahu, kde tvoří uživatelé pervitinu jen polovinu problémových uživatelů (Mravčík et al., 2012).

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011 udává, že v tomto roce odhadovaný počet problémových uživatelů drog činil přibližně 40 200 osob, z nichž bylo 30 900 uživatelů pervitinu (tj. zmíněné tři čtvrtiny). Počet problémových uživatelů pervitinu vykazuje dlouhodobý narůstající trend – za poslední 4 roky se jejich odhadovaný počet dokonce zvýšil o třetinu (Mravčík et al., 2012).

Odhad počtu problémových uživatelů drog v Praze byl v roce 2011 přibližně 10 900 osob. V případě Prahy je poměr počtu uživatelů pervitinu a opiátů vyrovnaný.

V Praze byl navíc ještě za rok 2011 proveden speciální odhad počtu problémových uživatelů drog metodou zpětného zachytu (v něm využívány data o překryvech klientů nízkoprahových programů), který dosáhl 8–10 tisíc osob a v zásadě tak potvrdil odhady prováděné multiplikační metodou (Mravčík et al., 2012).

Počet injekčních uživatelů drog (IUD) byl za rok 2011 odhadnut na 38 600 osob (Mravčík et al., 2012). Obecně lze říci, že 80- 90% problémových uživatelů užívá injekčně.

5 Pervitin

5.1 Charakteristika pervitinu

Pervitin, genericky metamfetamin, chemicky pravotočivý fenylmethylaminopropan, je celosvětově oblíbená droga, která se prodává v psaníčkách nebo dealovacích pytlících a má nejčastěji formu bílého nebo špinavě bílého prášku či průhledných, ve vodě rozpustných krystalků. Někdy však pervitin bývá zabarven do žluta či do fialova, což svědčí o větší příměsi látek, které se používají při jeho výrobě, než by měla u konečného produktu být. U žluté barvy je to kyselina solná a u fialové fosfor. Čím více má metamfetamin příměsí, tím více je toxický pro jeho uživatele. (Minařík, 2003). Z nelegálních drog s vysokým potenciálem pro závislost je pervitin v České republice nejrozšířenější.

Pervitin (metamfetamin) bývá mnohdy prezentován jako typická česká droga a v zemích, sousedících s Českou republikou je dokonce nazýván jako „čeko (tschecho)“ (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti [NMS], 2005). Ve světě je tato droga mimo oficiálního názvu metamfetamin známa také pod pojmy speed, crank, meth, crystal meth, ice atd. U nás pervitin známe hlavně jako perník, péčko, piko nebo párnó (poslední výraz je rozšířen především mezi romskými uživateli) (EMCDDA & Europol, 2010). V této práci budu používat dvou oficiálních názvů: pervitin a metamfetamin.

Pervitin patří do skupiny drog, kterým se říká budivé aminy (Minařík, 2003). Jsou to nelegální syntetické stimulanty, známé také jako amfetaminová stimulancia. Amfetaminová stimulancia se dále ještě větví na dvě skupiny a to na „amfetaminy“ (do kterých řadíme vedle pervitinu i amfetamin a látky jemu podobné) a „drogy typu extáze“ (EMCDDA & Europol, 2010).

Pervitin, stejně jako ostatní psychostimulancia, je látka mající na centrální nervovou soustavu nefyziologický budivý účinek – zapříčiňuje tedy nárůst psychomotorického tempa a bdělosti (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti [NMS], 2009). Mechanismus působení tkví v tom, že pervitin v CNS zvyšuje uvolňování přenašečů - monoaminů (dopaminu, noradrenalinu a serotoninu) do interneuronálních synapsí a zároveň brání jejich zpětnému vychytávání (Fišerová, 2003). Po odeznění účinku pervitinu nastává nedostatek těchto neuromediátorů, což je pocíťováno jako nepříjemné stavy, které známe pod pojmem „dojezd“ (Minařík, 2003).

5.2 Aplikace a dávkování pervitinu

Pervitin může být aplikován inhalací kouřením, šňupáním, ústně nebo nitrožilně v roztoku. Na jednotlivé způsoby aplikace se váží rozdílná rizika, která z daného způsobu užití plynou. Největší jsou při nitrožilní aplikaci prováděné injekční stříkačkou - jedná se především o riziko přenosu krví přenosných chorob a vznik abscesů. Při šňupání, pomocí srolované bankovky či ustříženého brčka, jsou uživatelé taktéž ohroženi přenosem infekčních nemocí a dále dochází k poškození nosních sliznic a přepážky. Při kouření pervitinu (nejčastěji z aluminátové folie, na které je pervitin, a která se ze spodu zahřívá a výpary pervitinu jsou vdechovány trubičkou; nebo inhalací zahřátého pervitinu v tzv. „skleněnce“) může dojít k poškození plic a při perorálním užití (k takovéto aplikaci se v poslední době více a více využívá rozpustných želatinových kapslí) dochází k porušení trávicího traktu (Minařík & Řehák, 2008).

Co se týče biologické dostupnosti látky při jednotlivých způsobech aplikace, tak nejvyšší je u nitrožilní aplikace (100%), kvůli čemuž (vedle okamžitého a silného nájezdu) je tento typ vpravení drogy do organismu tak oblíbený zejména u problémových uživatelů. Druhý nejúčinnější způsob aplikace pervitinu je jeho kouření, kdy je biologická využitelnost látky celých 90 %. Při šňupání jsou již ztráty značnější, využitelnost je 79 % a při spolknutí pervitinu je jeho dostupnost už jen 67 % (Senft, 2009).

Obvyklá jedna dávka bývá 50 – 250 mg a běžně je konzumováno více dávek za den, což celkem dává množství i nad 1g za den (při lékařském použití byl pervitin podáván v dávkách daleko nižších - nejvyšší povolená dávka činila asi 3x menší množství než oněch uvedených 50 mg). Účinek nastupuje u intravenózní aplikace ihned, u šňupání ihned, avšak pořádně pociťován je až tak za 5-10 minut, při užití per os (spolknutím) do 1 hodiny (Minařík, 2003).

V moči se pervitin objevuje cca za 20 minut po aplikaci a močí je také z těla vylučován z velké části nezměněn po řadu dní. Projevy intoxikace mizí za 8 - 24 hodin. Biologický poločas (čas vyloučení poloviny množství látky z organismu) je 12 - 34 hodin. Detekce výskytu v moči, prováděná laboratorními metodami, je možná při intenzivním užívání i po dobu 3 týdnů, při občasném užití do jednoho týdne, z krve je možné užívání odhalit následující 1 až 3 dny (Minařík, 2003).

5.3 Účinky pervitinu

Jak již v jedné z předešlých kapitol zaznělo, řadíme pervitin mezi látky nazývané psychomotorické stimulanty (psychostimulans). Pervitin výrazně ovlivňuje motoriku a psychické funkce, což se projevuje jak pozitivními účinky, kvůli kterým je zneužíván, tak i ve formě nepříjemně pociťovaných efektů.

Aplikace pervitinu uvolňuje v organismu zásoby energie a celkově zvyšuje výkonnost, eliminuje únavu a chuť k jídlu, navozuje stereotypní chování. Zrychluje psychomotorické tempo, způsobuje motorický neklid. Lidé na pervitinu jsou charakterističtí jejich tzv. „vykrouceností“, mají těkavé, rychlé a nekontrolovatelné pohyby, dále se u nich objevuje překotná činnost, nadměrná a dlouhá koncentrace na určitou (většinou bezpředmětnou) aktivitu = tzv. „záseky“ (Minařík, 2003).

Zvýšený pocit duševní a tělesné síly se projevuje uvolněnou, příjemnou až euforickou náladou (pocity lásky a mírumilovnosti, štěstí), pocitem sebedůvěry (mizí komplexy, zábrany, váhání a nerozhodnost, objevují se pocity nadřazenosti, pozitivní vyhlídky a plány do budoucna) a empatičnosti (narůstá pocit schopnosti se lépe vžít do pocitů a myšlenek druhých, chápat jejich chování a problémy). Občas nastává změna smyslového vnímání. Mezi další projevy patří urychlení myšlení (navýšení kvantity asociací a výbavnosti paměti, avšak přesnost myšlení je snížena), pocit tvořivého myšlení a asociací, zvýšená pozornost a hovornost, hyperaktivita, eliminace únavy, potřeby a doby spánku. Pocit zvýšené tělesné výkonnosti je nebezpečný tím, že může dojít k naprostému vyčerpání organismu a následné smrti, protože člověk nejenže nepociťuje únavu, ale také ztrácí schopnost posoudit hranice svých fyzických možností (Minařík, 2003).

5.4 Akutní intoxikace

Při prvním užití pervitinu je celkem běžně pociťována bolest v čele a úzkost. Při akutní intoxikaci dochází k silnému dráždění sympatiku, stoupá krevní tlak, tepová a dechová frekvence. Objevuje se bolest hlavy, mydriáza (rozšíření zornic, které mnohdy nereagují na světlo), neklid, hyperaktivita a hyperreflexie (Nadměrné vystupňování reflexních pohybů), zvyšuje se tělesná teplota a potovost ke křečím. Předávkování se projevuje těžkou bolestí na hrudi a může nastat několikahodinové bezvědomí (Minařík, 2003).

5.5 Chronická intoxikace

Chronické užívání metamfetaminu může mít jako následek vznik organických mozkových psychosyndromů doprovázených demencí.

Dlouhodobé a časté užívání vede k rozvoji závislosti. Závislost na pervitinu má tyto 3 rysy: psychický návyk vzniká poměrně rychle, fyzická závislost není přítomna, vyskytuje se rychlý vzestup tolerance (Minařík, 2003).

Závislí jsou neklidní, cítí napětí, úzkost, nevolnost a sucho v ústech. Jsou předráždění, panikaří a mívají často problémy se spánkem. Dlouhodobé užívání vede k celkové sešlosti organismu (to je způsobeno především kontinuálním nedostatkem správné výživy a neustálým sebezpřetěžováním), vyskytuje se třes, bolesti u srdce a bolesti kloubů, nárůst šlachových a okosticových reflexů, krvácení v plicích, játrech a ve slezině (Minařík, 2003).

5.6 Psychické komplikace

Mezi vedlejší účinky pervitinu patří i mnohé psychické komplikace. Jsou to například halucinace, úzkost a strach, neklid, stavy zmatenosti, derealizace a bezradnosti, vztahovačnost, podezíravost, chorobná žárlivost, deprese, které často vedou k myšlenkám na sebevraždu. Uživatelé pervitinu také bývají velice nesoustředění a trpí poruchami paměti. Typická a velice častá komplikace u pervitinistů je tzv. toxická psychóza. Ta vzniká buď jako následek dlouhodobé konzumace tohoto stimulantia, anebo může být vyvolána užitím (jednorázové) vysoké dávky pervitinu. Stav toxické psychózy se povšedně objevuje pod obrazem paranoidního či paranoidně – halucinatorního syndromu (tzv. „stíha“) (Minařík, 2003).

5.7 Historie pervitinu

Přestože je pervitin ve sdělovacích prostředcích mnohdy uváděn jako český vynález, pravda je trochu jinde. Pervitin byl poprvé vyroben v Japonsku. Čeští uživatelé drog si označení vynálezců pervitinu nejspíše vysloužili tím, že v 70. letech 20. Století objevili, jak tuto drogu celkem jednoduše vyrobit v prostředí domácích laboratoří (Nožina, 1997). To, v jakém roce byl pervitin poprvé syntetizován, však není v dostupných publikacích udáváno jednotně. Například Nožina ve své knize *Svět drog v Čechách* uvádí, že tato droga byla poprvé syntetizována v Japonsku v roce 1888. Tato informace je publikována i na serveru Drogy-

Info.cz v článkách *Pervitin a Stimulancia podrobně* (NMS, 2005, 2009). V publikaci *Metamfetamin* se však píše, že pervitin z efedrinu poprvé uměle vyrobil japonský chemik Akira Ogata až v roce 1919, což tvrdí ve svém rozhovoru pro Lidové noviny i Tomáš Zábanský (EMCDDA & Europol, 2010; Hympl, 2008).

Na Západ (tedy i do Evropy) se metamfetamin rozšířil až v roce 1929 a od třicátých let 20. století byl hojně medicínsky využíván pro léčbu narkolepsie (odtud označení „budivý amin“), astmatu či nadměrné chuti k jídlu. V roce 1938 německá farmaceutická společnost Temmler uvedla na trh metamfetamin ve formě tablet pod obchodním názvem „Pervitin“, což znamená, že dokonce ani název této drogy, jak by se mohlo zdát, není českého původu (EMCDDA & Europol, 2010). Tato firma později vyráběla Pervitin i ve formě injekčních ampulí (Hympl, 2008).

Ještě v roce 1939 se návyk na amfetaminech považoval za vyloučený, avšak již rok poté bylo v USA poprvé zaznamenáno a popsáno jejich zneužívání, a to především studenty, kterým imponovali jejich stimulační účinky. I přestože byly popsány vedlejší účinky dlouhodobého užívání metamfetaminu (vysoký krevní tlak, deprese, závislost a jiné psychické problémy), bylo lékařské využití metamfetaminu považováno až do 60. let 20. století za bezpečné a prospěšné (EMCDDA & Europol, 2010; Minařík, 2003).

První omezení v předepisování metamfetaminových výrobků nastalo o deset let dříve, a protože poptávka po těchto lécích zůstávala vysoká, postupně se k doposud jen legálním zdrojům metamfetaminu začaly přidávat i ty nelegální (například jednou z variant bylo to, že metamfetamin opatřený na lékařský předpis byl distribuován na černý trh, dalším způsobem jeho získání začala být také jeho domácí výroba (EMCDDA & Europol, 2010). V sedmdesátých letech docházelo k postupnému vytlačování legálně vyráběného metamfetaminu ilegálním amfetaminem a tento trend se postupně rozšířil téměř po celém světě.

Výjimku však tvoří Česká republika, která jak již bylo zmíněno, bývá často mylně považována za vynálezce pervitinu. Tento omyl je následkem toho, že ve společnosti je šířen mýtus o jakémsi členu podsvětí, Jiřím G. alias "Freudovi", který tohoto muže označuje jako prvního vynálezce pervitinu na světě. Pravda je však taková, že „Freud“ pouze v sedmdesátých letech minulého století učinil objev, jak vyrobit pervitin z běžně dostupného léku proti kašli Solutanu (postup izolace efedrinu se pro svou jednoduchost a místo vynalezení nazývá Česká cesta). "Freud" otevřel volnou cestu prvním československým

toxikomanům tím, že podle svého receptu na získání Efedrinu (základní suroviny pro výrobu pervitinu) naučil "vařit" i další lidi. Fakt, že se pervitin dá celkem snadno vyrobit (dle některých vaříčů stačí kahan a nějaká nádoba – např. láhev od limonády, lékovka či prázdná žárovka) spolu s další skutečností, že se k nám jiné tvrdé drogy velmi těžce pašovaly přes železnou oponu, vedl k velkému rozšíření této drogy, která si rychle vydobyla zisk výsadního postavení mezi československými uživateli drog (NMS, 2005).

Skutečnost, že při výrobě pervitinu je třeba jistého stupně odborných schopností, dala (v sedmdesátých letech v tehdejší ČSSR) podnět k vytváření organizovaných skupin toxikomanů, majících tuto podobu: "vaříč" kolem kterého bylo soustředěno několik dalších pervitinistů, z nichž každý zastával určitou úlohu (např. obstarávání surovin, nádob či katalyzátoru,...) (NMS, 2005). Jednotlivé skupiny uživatelů pervitinu si samy opatřovaly suroviny a vyráběly drogu – fungoval zde tedy samozásobitelský systém namísto dnešního pyramidového (výrobce – dealer – uživatel) a drogová scéna neměla komerční ráz. Typické pro tuto dobu je také to, že suroviny na výrobu pervitinu byly levnější a snáze dostupnější a konflikty s policií se také zřetelně odlišovaly od současnosti (drogový problém nebyl tolik ošetřen jako dnes a policisté měli o tomto problému jen zanedbatelné znalosti) (Miovský, 2007).

K největší explozi užívání pervitinu a jeho rozšíření do celé tehdejší ČSSR, došlo na přelomu sedmdesátých a osmdesátých let. V roce 1984 tak Veřejná bezpečnost registrovala již dokonce 242 skupin pervitinistů, což činilo dohromady 1451 osob (NMS, 2005).

Po pádu komunismu roku 1989 a následné demokratizaci, liberalizaci společnosti a otevření hranic nenastal, navzdory některým očekáváním, žádný ústup slávy pervitinu. Naopak v 90. letech začal být pervitin velmi snadno dostupný, vzrostla poptávka, výrazně se zvýšil podíl osob, které se výrobě drog věnují a dále se změnila forma aplikace této látky (klesl poměr intravenózních aplikací, které nahradilo "šňupání"). Změněn byl i model distribuce: přestože klasické „party,“ soustředěné kolem vaříčů existují dodnes, objevil se nový trend ve výrobě této drogy – pervitin se začíná vyrábět v čím dál tím lépe vybavených laboratořích a ve stále větším množství (až 100g za jedno vaření) - oproti dřívější pokoutné výrobě po bytech toxikomanů, kdy se vždy uvařilo jen malé množství pro partu zasvěcených. Vaříči dále přešli na výrobu pervitinu převážně z čistého efedrinu, než často z dříve zneužívaných farmak např. Solutanu. Tato nová generace vaříčů zjistila, že díky nízkým výrobním nákladům na výrobu a relativní jednoduchosti přípravy pervitinu, lze vydělat celkem patřičný finanční obnos. Výroba drogy původně soustředěná především do Prahy a velkých průmyslových aglomerací

začala expandovat po celé ČR a pak do celého světa. (Pražští narkomani se scházeli v restauraci U Zpěváčků – odtud toto řetězové šíření). Dále došlo k zařazení pervitinu mezi regulární zboží na mafii ovládaném černém pouličním trhu (kde se obchoduje i s heroinem a dalšími drogami). Mafie začala prodávat a hojně pašovat pervitin z České republiky do zahraničí. Další novinkou se stal přímý vývoz „vaříčů,“ do světa. Ti v cílové zemi vyrobili několik kilogramů drogy, předali ji prodejcům (kteří jim předem obstarali potřebné suroviny), za což dostali výplatu v řádu několika tisíc až desítek tisíc euro a vrátili se zpět domů do Čech (NMS, 2005; Nožina, 1997).

5.8 Současnost pervitinu – epidemiologie a poznatky o užívání

Dnes je užívání pervitinu celosvětově rozšířeno a v mnoha zemích je metamfetamin nejvíce zneužívanou drogou hned po marihuaně. Pervitin se začal znovušířit po světě v devadesátých letech minulého století a tento trend stále trvá. V současnosti začal expandovat dokonce i do oblastí, kde se v minulosti nikdy dříve nevyskytoval – na Jižní polokouli a do některých rozvojových a rozvíjejících se zemí. Za nejvíce problémové oblasti jsou ale stále označovány Severní Amerika (kde se metamfetamin objevuje v krystalické podobě a je užíván kouřením, což je považováno za vysoce rizikový způsob aplikace), některé oblasti Asie a pak především v některých členských státech EU (EMCDDA & Europol, 2010).

I přes tento závažný fakt, jsou o problémovém užívání metamfetaminu známé jen obecné informace – sebrané především v rámci evropské sítě REITOX, které se můžeme dočíst ve výročních zprávách jednotlivých zapojených evropských států, a poté souhrn v evropské výroční zprávě. Nenalezla jsem výzkum, který by se tímto problematickým vzorcem užívání zabýval nějak více do hloubky, a tak zde uvádím alespoň nějaké obecnější údaje.

Výroční zpráva za rok 2012 – Stav drogové problematiky v Evropě (v níž se uvedené údaje vztahují k roku 2010) udává, že v Severní Americe je největším producentem pervitinu Mexiko a z asijského kontinentu je to Barma/ Myanmar. V uvedených zemích došlo také v roce 2010 k velkému záchytu této drogy. V Evropě zatím zůstává užívání pervitinu omezenější. Ve velké míře se ale vyskytuje u nás, na Slovensku a v poslední době také v Německu (především v příhraničních oblastech s ČR – Bavorsku a Sasku). Rostoucí trend zneužívání se v posledních letech objevuje i v některých skandinávských zemích (Lotyšsko, Švédsko, Norsko, Finsko je na tom z těchto zemí nejvážněji) a známky problémového užívání pervitinu se již objevily i v Řecku, Maďarsku, Turecku a na Kypru (EMCDDA, 2012).

To, že je pervitin v Evropě oblíbený především v jejím středu a na severu potvrdila i nedávná studie koordinovaná norským Ústavem pro výzkum vody (NIVA). Z analýzy odpadních vod 19 Evropských měst vyplynulo (12 států), že nejvíce pervitinu zkonsumovali obyvatelé finských měst Helsinek, Turku a Osla a až na čtvrté příčce se umístili čeští uživatelé pervitinu z Českých Budějovic (Thomas et al., 2012).

Další studie analýzy odpadních vod realizovaná NIVA se zabývala rozsahem a dynamikou užívání nelegálních látek, přičemž bylo zjištěno, že množství detekovaného metamfetaminu v odpadních vodách (odebraných v Oslu v Norsku) není závislé na denní době a dni v týdnu (Reid, Langford, Mørland, & Thomas, 2011).

Čistota metamfetaminu se na Evropském trhu pohybuje v rozmezí od 15 do 60 procent a cena za 1 gram činila v roce 2010 od 10 až po 70 EUR (EMCDDA, 2012).

Co se týče České republiky, tak dostupné národní odhady užívání metamfetaminu uvádějí celoživotní prevalenci v průměru 2,1 případů na 1000 obyvatel ve věku 15 až 64 let v ČR (Mravčík et al., 2012).

Čistota pervitinu se v roce 2011 na českém trhu pohybovala v průměru kolem 69 procent a cena na černém trhu byla 1000 Kč za 1 gram látky (Mravčík et al., 2012).

Dále se ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v ČR za rok 2011 píše: „V r. 2011 bylo v ČR vyrobeno odhadem 4,7 tuny pervitinu, z toho cca 1,7 tuny pro vlastní spotřebu výrobců, 2,9 tuny směřovalo na český trh a 140 kg pervitinu bylo vyvezeno. Pervitin, jehož zdrojem je výhradně domácí produkce, se vyrábí převážně v malých domácích laboratořích. Policie ČR odhalila 338 varen. Jako prekurzor výroby pervitinu sloužily zejména léky s obsahem pseudoefedrinu dovážené především z Polska, ale také z Německa a Slovenska (...). Za r. 2011 bylo v ČR evidováno 304 záchytů pervitinu v množství 20,05 kg.“ (Mravčík et al., 2012, s.130).

6 Kontaktní centra

S problémovými uživateli drog se setkáváme ve všech složkách systému péče pro uživatele návykových látek, nejčastěji je to však v kontaktních centrech (kde je s nimi i nejsnazší navázat bližší kontakt, což bylo důvodem, proč jsem svůj výzkum realizovala právě zde) a při terénní práci. Kontaktní centra spolu s terénními programy patří mezi nízkoprahové služby poskytované uživatelům návykových látek, ve kterých jsou naplňovány principy Harm Reduction. Proto mi přijde důležité na začátku této kapitoly alespoň stručně přiblížit pojem Harm reduction.

6.1 Harm reduction

„Harm reduction kombinuje práci zaměřenou přímo na snižování počtu úmrtí souvisejících s drogami a virových infekcí přenosných krví s širšími cíli jako je prevence zneužívání drog, podpora stabilizace léčbou a podpora v abstinenci. Poskytování účinné substituční léčby a efektivní podpora při abstinenci představují doplňkové cíle tohoto vyváženého přístupu“ (NTA, 2010, s.15).

Termín „Harm reduction“ znamená v doslovném překladu „snižování škod, snižování poškození“. V České republice se v odborné terminologii používá původní angloamerický termín a překladu je využíváno pouze k dovysvětlení tohoto principu (Hrdina, 2003). Jedna z nejvíce používaných definic HR rozlišuje tato poškození na různých úrovních – individuální, komunitní a celospolečenské a dále odlišuje mezi těmito typy poškození – zdravotním, sociálním a ekonomickým (Janíková, 2008). To ukazuje na fakt, že zaměření HR má velice široké a rozsáhlé spektrum.

Přístup „harm reduction“ vznikl z přístupu „public health“ (ochrana veřejného zdraví), který ale na rozdíl od přístupu HR upřednostňuje ochranu zdraví celé společnosti před individuálními potřebami jednotlivce (uživatele drog). HR je tedy více individuálně zaměřen a vnímá jako problém vztah mezi jedincem a užívanou látkou, přičemž tento vztah se může v čase vyvíjet a měnit (Janíková, 2008).

„Harm reduction“ můžeme v užším pojetí definovat jako soubor praktických strategií, které redukuje negativní dopady užívání návykových látek, a je zde zahrnuto celé spektrum strategií počínaje zásadami bezpečného braní konče strategiemi, jež vedou k abstinenci. Snahou Harm reduction strategie je pracovat s klienty „tam, kde právě jsou“ a orientovat se na okolnosti užívání i na užívání jako takové (Janíková, 2008).

Přístup harm reduction lze shrnout do těchto bodů (Janíková podle Hunta):

- vyhýbá se zhoršování poškození způsobeného užíváním drog,
- zachází s uživateli drog s důstojností a jako s lidskými bytostmi,
- maximalizuje možnosti intervence,
- je založen na upřednostňování dosažitelných cílů,
- je neutrální k legalizaci nebo dekriminalizaci,
- je jasně odlišný od války proti drogám (Janíková, 2008).

6.2 Charakteristika kontaktních center

Kontaktní centra slouží k včasné krizové intervenci, poradenství, zdravotní a sociální pomoci jedincům, kteří jsou jen slabě motivováni k léčbě a tudíž mnohdy akceptují pouze takové terapeutické a pomocné aktivity, jež jsou založeny na nízkoprahovém principu. Proto klientelu nízkoprahových kontaktních center tvoří především problémoví a závislí uživatelé tvrdých drog (Libra, 2003).

Janíková (2008) podle Kaliny uvádí, že mezi služby, poskytované v kontaktních centrech, patří zejména „kontaktní služby, poradenství a motivační trénink, programy „harm reduction“, diferenciálně diagnostický filtr a zprostředkování léčby v nízkoprahových kontaktních centrech, poradenských a preventivních centrech“ (Janíková, 2008, s. 107).

Dále Janíková charakterizuje kontaktní centrum jako zařízení pro uživatele návykových látek, jež se vyznačuje snadným přístupem ke službě, nízkoprahovostí, zachováním anonymity klientely a také tím, že po svých klientech nevyžaduje abstinenci (Janíková, 2008).

6.3 Klienti kontaktních center

Libra (2003) uvádí, že mezi hlavní cílovou skupinu kontaktních center patří závislí a problémoví uživatelé drog – navíc většinou s vysoce rizikovým scénářem (z toho plyne, že jde především o intravenózní UD, klienty s nízkým stupněm osobnosti a sociální autonomie nebo o klienty ohrožené sociálně patologickými jevy). To však neznamená, že ostatní skupiny uživatelů (příležitostní, experimentátoři,...) služeb KC nemohou využívat. Pokud někdo přijde požádat o pomoc do KC, tak není rozhodující, jak dlouho drogy užívá, ani v jaké fázi se momentálně nachází. Obecně lze říci, že drogové klienty kontaktních center tvoří buď ti

jedinci, kteří nejsou motivováni k abstinenci či abstinovat z jakýchkoliv důvodů nemohou, a pak ti jedinci, kteří kontaktní centrum vyhledají se zakázkou zprostředkování některé navazující služby ze systému péče (např. detoxifikace, ústavní či ambulantní léčba, apod.). Ať tak, či onak, ve všech případech by mělo platit to, že veškeré služby KC jsou přístupné všem klientům bez jakékoliv varianty diskriminace (viz. jeden z principů – „Veřejný přístup“) (Libra, 2003).

Kontaktní centra však své služby nabízí i rodinám a sociálnímu okolí uživatelů návykových látek, pedagogům a dalším odborníkům. (Sananim, 2007a). Dále některá kontaktní centra pořádají indikované preventivní programy, určené žákům základních a středních škol.

Mezi sekundární cílovou skupinu těchto nízkoprahových center patří široká veřejnost, které KC skrze své služby poskytuje ochranu před šířením různých infekčních a pohlavních chorob (zejm. syfilis, hepatitidy a HIV) (Progressive, 2010).

6.4 Principy práce kontaktního centra

- nízkoprahovost - služba KC by měla být maximálně dostupná v prostoru a čase,
- anonymita – ta umožňuje snažší navázání kontaktu a vybudování důvěry mezi klientem a pracovníky, dále chrání před stigmatizací klienta při návštěvě odborné instituce, zde je nutno podotknout, že i po přidělení kódu klienta (který slouží k monitorování klientů využívajících nízkoprahových programů) je uchována klientova anonymita,
- individuální přístup - služby jsou poskytovány na základě individuálních potřeb klientů (každý klient je jedinečná osobnost, a tak nelze užívat obecně u všech uživatelů NL stejné techniky, intervence či způsoby léčby),
- respektování svobodné vůle - klient má vždy možnost volby, ať už jde o postup či o cíl služby v KC (klient má právo rozhodnout se pro abstinenci, nebo pro život s drogou),
- veřejný přístup - všichni uživatelé návykových látek mají v KC přístup k nabízeným službám bez ohledu na pohlaví, věk, etnikum, národnost, sexuální orientaci, politickou a náboženskou příslušnost, zdravotní stav, předešlou kriminální činnost, společenské postavení, socioekonomické možnosti apod. Služby jsou rovněž, jak již bylo naznačováno, dostupné bez ohledu na typ užívané návykové látky, historii užívání či formu aplikace drogy,

- bezplatnost - všechny služby, s výjimkou některých forem potravinového servisu, jsou bezplatné,
- flexibilita – služby KC se neustále přizpůsobují aktuálním potřebám klientů a drogové scény. Na proměny drogové scény KC reaguje tak, že pravidelně reviduje své postupy práce a pravidla,
- dodržování práv klientů – v těchto nízkoprahových zařízeních se s uživateli drog jedná jako se svéprávnými občany a jsou zde dodržována všechna jejich práva, což se většině klientů KC v běžném životě moc často neděje. Kontaktní centra takto umožňují prožít korektivní zkušenost a dále pomáhají svým klientům při prosazování jejich opodstatněných zájmů ve vztahu k majoritní společnosti (Sananim, 2007b).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 Použité metody

7.1 Výzkumné cíle a formulace výzkumných otázek

7.1.1 Výzkumné cíle

Cílem dotazníkového šetření je podrobně popsat vzorce užívání pervitinu u klientů navštěvujících nízkoprahová kontaktní centra v Praze.

Práce popisuje vzorce užívání pervitinu u problémových uživatelů, což je téma v České republice málo zmapované. Vzhledem k tomu, že dosud toto užívání popsáno nebylo, může být tato práce použita jako pilotní průzkum pro další výzkumy zabývající se problémovým užíváním pervitinu. Cílem práce je také přinést obraz problémového užívání pervitinu, který mohou využít pracovníci kontaktních center.

7.1.2 Výzkumné otázky

1. Jak často, jakým způsobem a v jakém množství užívají pervitin klienti nízkoprahových kontaktních center v Praze?
2. Jaké mají klienti nízkoprahových kontaktních center v Praze pocity před užitím pervitinu?
3. Za jakých okolností užívají pervitin klienti nízkoprahových kontaktních center v Praze?

7.2 Metody získávání a analýzy dat

7.2.1 Metody získávání dat

Pro realizaci tohoto výzkumu jsem se rozhodla použít kvantitativní metodu a data jsem získávala pomocí dotazníku. Ferjenčík (2000) uvádí, že mezi výhody dotazníku patří zejména úspora času a finančních prostředků a to, že získaná data lze obvykle lépe kvantifikovat. Jako nevýhody dotazníku pak vidí jeho menší pružnost, nižší věrohodnost dat a to, že způsob formulace otázky nemusí být vždy srozumitelný pro všechny respondenty. Nejen proto si příprava dotazníku vyžaduje věnování větší pečlivosti než příprava interview (Ferjenčík, 2000).

Pro svůj výzkum jsem sestavila vlastní dotazník, přičemž část otázek jsem převzala (a pro své potřeby upravila) z „*Krátkého intervenčního programu pro uživatele pervitinu a Terapeuticko-intervenčního programu pro uživatele pervitinu*“, což je manuál, který slouží jako metodika pro práci s lidmi ohroženými závislostí na pervitinu (Růžička, Wittmann, & Gray, 2012). A dále jsem se při tvorbě dotazníku inspirovala výzkumem zaměřeným na uživatele amfetaminu v Amsterdamu (Uitermark & Cohen, 2006).

Otázky byly formulovány co nejsrozumitelněji a slovní výrazy jsem volila se zřetelem na cílovou populaci mého výzkumu, tedy problémové uživatele pervitinu. Dotazník jsem se snažila co nejvíce zjednodušit a zkrátit, abych tak zvýšila pravděpodobnost celého jeho vyplnění často aktuálně intoxikovanými klienty KC.

První den sběru dat jsem provedla malou pilotní studii, kdy jsem se respondentů (celkem 6 osob) ptala, jestli je pro ně dotazník srozumitelný a případně jaké změny bych na něm měla provést, aby co nejvíce vyhovoval populaci problémových uživatelů drog. Nesetkala jsem se s žádnými zásadními výhradami, tudíž další den mohl začít regulérní výzkum.

V dotazníku jsem použila všechny tři typy otázek – uzavřené, polootevřené a otevřené. Na uzavřené otázky mohli respondenti odpovídat tak, že si vybrali z nabízených variant odpovědi takovou, která na ně nejvíce „seděla“. Uzavřené otázky jsou výhodné tím, že se poměrně snadně a rychle vyplňují a dobře se poté i zpracovávají, nevýhodou je ale to, že respondenti nemusí vyhovovat možnost výběru odpovědí. (Disman. 1999).

Polootevřené otázky byly dvojího typu a to jednak ty, kde byla možnost volit pouze jednu odpověď a druhak otázky, kde klienti mohli zakroužkovat všechny takové varianty odpovědi, které na ně „pasovaly“. Pokud respondentům nevyhovovala ani jedna možná odpověď nebo

v případě, že měli ještě svou specifickou odpověď, byla zde pro tuto situaci možná odpověď „jiné (jinde, jinak)", kde mohli klienti dopsat svou variantu.

Otázky otevřené se zaměřovaly na délku užívání pervitinu a na jeho množství, dále v jedné otázce respondenti vzpomínali, jaké drogy vedle pervitinu v poslední době užívají či užili.

Po obsahové stránce jsem dotazník rozdělila do tří částí. V první části se nacházely otázky, které mi posloužily pro získání socio-demografických údajů respondentů (pohlaví, věk, dosažené vzdělání, zaměstnání). Druhá část mapovala pervitinovou kariéru dotazovaných a jaké další drogy mimo pervitin užívají. První dvě části sloužily především k obecnějšímu popisu výzkumného souboru. A konečně třetí část dotazníku obsahovala otázky zaměřené na jednotlivé elementy, které pospolu tvoří u každého jednotlivce jeho vzorec užívání. Otázky třetí části mi posloužily jako podklad pro zodpovězení mých výzkumných otázek. Ve třetí části jsem použila především otázky ze zmíněného „*Krátkého intervenčního programu pro uživatele pervitinu a Terapeuticko-intervenčního programu pro uživatele pervitinu*“, přičemž tyto otázky jsem do jisté míry upravila - přeformulovala jsem většinou možné varianty odpovědí, některé jsem vyřadila a některé po konzultaci přidala.

Celkem měl dotazník 21 otázek, z nichž některé měly ještě podotázky. Celý dotazník je součástí přílohy.

7.2.2 Nominace výzkumného souboru

V mém dotazníkovém šetření byla hlavními kritérii návštěva klienta v některém z nízkoprahových kontaktních center v Praze (Sananim, Progressive či Drop In) v době mého výzkumu a to, že klient subjektivně uvedl jako svou hlavní drogu v posledním roce pervitin. Mou snahou bylo zahrnout do výzkumu co největší část aktuálních klientů pražských kontaktních center, a to i takových, kteří KC navštěvují jen jednou týdně.

Všichni respondenti dále splňovali kritéria problémového užívání pervitinu podle definice PUD dle EMCDDA: „*injekční a/nebo dlouhodobé a pravidelné užívání drog opiátového typu a/nebo amfetaminového typu a/nebo kokainu.*“ (EMCDDA, 2009).

Klienti byli k vyplnění dotazníku motivováni odměnou v podobě sušenky.

7.2.3 Metody analýzy dat

Všechny sebrané dotazníky jsem nejprve zkontrolovala, jestli jsou správně vyplněny. Jednotlivé odpovědi jsem poté okódovala a kódy zanesla do mustru vytvořeného v programu MS Excel, za jehož pomoci byly také vypočítány výsledky. Výsledná data jsem poté zpracovala do tabulek a grafů.

7.3 Průběh výzkumného šetření

Sběr dat jsem realizovala v lednu a únoru roku 2013 postupně v KC Sananim, KC Progressive a KC Drop In. V každém KC jsem odebírala data během opakovaných návštěv, které vždy proběhly v rámci jednoho celého pracovního týdne. Svůj výzkum jsem se snažila provádět tak, abych co nejméně narušovala chod kontaktního centra a zbytečně navíc nezaměstnávala jeho pracovníky. Pracovníci kontaktních center mi však v realizaci výzkumu velice pomáhali a to tím, že oslovovali své klienty, jestli by byli ochotni zúčastnit se mého výzkumu. V každém kontaktním centru jsme se já nebo pracovníci pokoušeli oslovit všechny problémové uživatele pervitinu, kteří v době mé přítomnosti trávili nějaký čas v kontaktní místnosti příslušného centra a myslím, že se nám to celkem úspěšně povedlo.

Dotazník klienti vyplňovali sami, nebo jsem jim ho předčítala a jejich odpovědi do dotazníku rovnou zaznamenávala. Druhý způsob vyplňování byl použit v případě, že respondent byl nějak zdravotně handicapován (ve většině případů se jednalo o špatný zrak). U vyplnění všech dotazníků jsem byla přítomna a mou snahou vždy bylo s každým respondentem vyplňovat dotazník samostatně, abych mu jednotlivé otázky mohla komentovat a zodpovědět jeho případné dotazy

Ochota respondentů byla nad má očekávání. Odhaduji, že s vyplněním dotazníku souhlasila přinejmenším polovina oslovených.

7.4 Výzkumný soubor

Výzkumu se zúčastnilo celkem 58 respondentů. Tabulka č. 1 zobrazuje rozložení respondentů podle jednotlivých kontaktních center. Nejvyšší počet mělo kontaktní centrum Drop In, kde vyplnilo dotazník celkem 20 osob. V tomto KC byl i nejvyšší počet zúčastněných žen a to 7. Muži zde tedy participovali na výzkumu ve 13 případech. V dalších dvou kontaktních centrech byl počet respondentů vyrovnaný, a to 19 osob celkem v každém z nich.

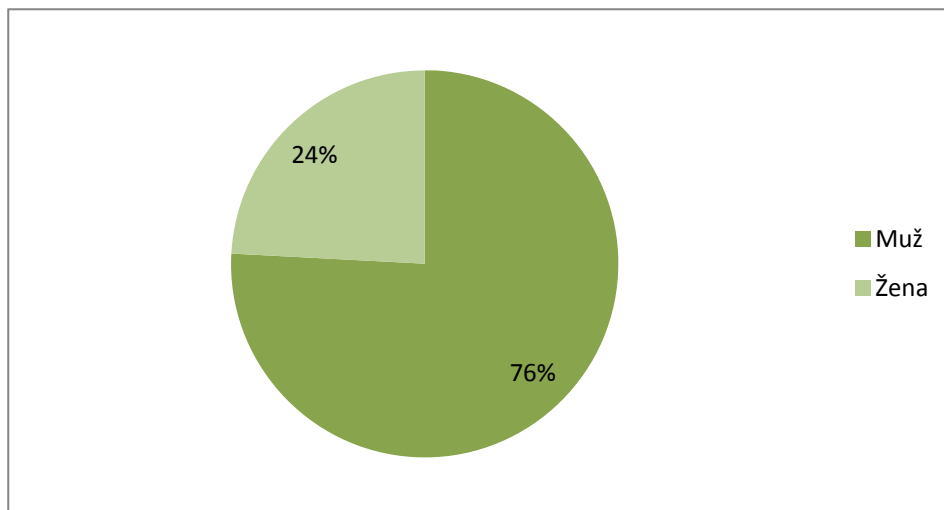
V kontaktním centru Sananim byl poměr mužů k ženám 16 ku 3 a v KC Progressive to bylo 15 mužů a 4 ženy.

Tabulka 1: Rozložení respondentů podle kontaktních center

Název zařízení	Četnost	Procenta	Muž	Žena
KC Sananim	19	32,76%	16	3
KC Progressive	19	32,76%	15	4
KC Drop In	20	34,48%	13	7
Celkem	58	100%	44	14

Z celkového počtu 58 participantů bylo 44 mužů a 14 žen. Z grafu č. 1 je patrné mnohem vyšší zastoupení mužů (75,86%) než žen (24,14%). To je dáno nejen větší ochotou mužů k vyplňování dotazníku, ale také tím, že žen je v populaci problémových uživatelů drog (anebo v populaci PUD, která vyhledává služby kontaktních center) podstatně méně.

Graf 1: Rozložení respondentů podle pohlaví



7.4.1 Věkové složení respondentů

Věkové složení respondentů se mírně lišilo v závislosti na kontaktním centru. Proto v tabulce č. 2 uvádím vedle údajů o věku všech participantů dohromady i věkové složení rozdělené podle jednotlivých kontaktních center. Věkové složení celého souboru se pohybovalo

nejčastěji v rozmezí od 25 do 43 let. Nejmladší respondent byl ve věku 20 let a nejstaršímu bylo dokonce 63 let.

Tabulka 2: Věkové složení respondentů

	Celkem	Sananim	Progressive	Drop In
Věkový průměr	34,03 let	29,53 let	37,00 let	35,50 let
Minimální věk	20 let	22 let	20 let	21 let
Maximální věk	63 let	39 let	63 let	52 let
Směrodatná odchylka	9,10 let	5,99 let	10,88 let	7,97 let
Medián	33,50 let	30,00 let	36,00 let	34, 50 let

7.4.2 Vzdělání a zaměstnání respondentů

Vzdělanostní hladina populace problémových uživatelů drog je obecně velmi nízká. To platí i v případě respondentů, kteří se zúčastnili mého výzkumu. Jak lze vyčíst z tabulky č. 3, střední školu vystudovala jen polovina participantů a vysokou školu už pak žádný z nich. 2 respondenti dokonce uvedli, že nemají ukončené ani základní vzdělání.

Tabulka 3: Vzdělanostní úroveň respondentů

Vzdělání	Četnost	Procenta
Neukončené základní	2	3,45%
Základní	24	41,38%
Střední bez maturity	20	34,48%
Střední s maturitou	12	20,69%
Vysokoškolské	0	0,00%
Celkem	58	100%

Co se týká zaměstnanosti respondentů, tak ta se pohybuje také na velmi nízké úrovni a je znázorněna v tabulce č. 4. Téměř tři čtvrtiny respondentů byly v době realizace mého výzkumu bez zaměstnání. Pouze 9 respondentů uvedlo, že aktuálně vykonávají nějakou pracovní činnost a dalších 7 osob pobíralo důchod.

Tabulka 4: Způsob obživy respondentů

Zaměstnání	Četnost	Procenta
Plný úvazek	2	3,45%
Částečný úvazek	2	3,45%
Student	0	0,00%
Důchod či pracovní neschopnost	7	12,07%
Nezaměstnaný	42	72,41%
Jiné	5	8,62%
Celkem	58	100%

7.4.3 Věk první zkušenosti s pervitinem a délka období, kdy je pervitin hlavní drogou

Věk první zkušenosti s drogou je velice důležitým faktorem, a proto jsem se v dotazníku ptala respondentů také na otázku, v kolika letech poprvé užili pervitin. Výsledky můžeme vidět v tabulce č. 5. Průměrný věk prvního užití pervitinu byl mezi 17. a 18. rokem života, nejnižší věk byl 11 let (což uvedli dokonce 2 respondenti) a nejvyšší 32 let. V tabulce č. 5 také uvádím výsledky další otázky z dotazníku, ve které jsem zjišťovala kolik let je pervitin hlavní drogou u participantů mého výzkumu. Z výsledků plyne, že žádného z respondentů nemohu považovat za krátkodobého uživatele drog, jelikož minimální délka užívání pervitinu byla 1 rok (to souvisí s tím proč mohu o všech mluvit jako o problémových uživatelích). Délka období, kdy je pervitin u respondentů jejich hlavní drogou byla nejčastěji v rozmezí 4 až 12 let a nejdéle pak 35 let.

Tabulka 5: Věk prvního užití pervitinu a délka období, kdy je pervitin hlavní droga

	Věk prvního užití pervitinu	Jak dlouho pervitin hlavní droga
N	58	58
Průměr	17,78 let	13,24 let
Nejnižší hodnota	11 let	1rok
Nejvyšší hodnota	32 let	35 let
Směrodatná odchylka	4,23 let	8,82 let
Medián	17,00 let	13,00 let

7.4.4 Další užívané drogy

U všech participantů tohoto výzkumu je pervitin jejich hlavní drogou, avšak 42 osob uvedlo, že vedle pervitinu užívá ještě nějaké další drogy (včetně alkoholu a léků), eventuálně kombinuje i více drog. Marihuana byla nejčastěji uváděnou drogou, vyskytovala se nejčteněji jako odpověď na tuto otevřenou otázkou (24x). Respondenti ještě poměrně často uváděli Subutex (12x), heroin (8x), alkohol (6x) a rivotril byl taktéž uveden v 6 případech. Dále se ještě v dotaznících objevily tyto drogy: metadon (4x), benzodiazepiny (či konkrétně diazepam; 3x), LSD (2x), braun (2x), ketamin (2x), fentanyl (1x) a neurol taktéž jedenkrát. Nejčastěji participantů uváděli 1 další zneužívanou látku, ale vyskytli se i takoví, kteří za poslední dobu užili 4 jiné drogy mimo pervitin (4x) a jeden respondent dokonce požil 6 dalších látek.

8 Etické normy a pravidla výzkumu

V průběhu výzkumného šetření byly dodrženy a respektovány veškeré etické náležitosti výzkumu. Participantů byli před vyplněním dotazníku vždy seznámeni se základními informacemi o mém výzkumu a se svými právy (včetně práva odmítnout odpovědět na kteroukoliv z otázek, či skončit s vyplňováním dotazníku, pokud by změnili své rozhodnutí podílet se na výzkumu). Dále byli respondenti ujištěni o naprosté anonymitě výzkumu a o tom, že získaná data poslouží výhradně pro účely mé bakalářské práce a případné kompromitující údaje nezneužiju proti nim. Na začátku dotazníku respondenti sice vyplňovali svůj kód klienta, pod kterým jsou vedeny v nízkoprahových službách v evidenci FreeBase. To bylo ale z důvodu kontroly, jestli daný klient už dotazník nevyplnil a s tímto kódem jsem při zpracování dat již nikterak nepracovala, navíc měli respondenti právo odmítnout mi tento kód vyplnit (mohli napsat třeba svou přezdívku, podle které bych je při dalším kontaktu poznala).

Vyplnění dotazníku bylo zcela dobrovolné a na nikoho nebyl vyvíjen nátlak, aby se mého výzkumného šetření zúčastnil. Motivace klientů však byla zvyšována tím, že každý respondent za svou účast ve výzkumu dostal jako odměnu sušenku.

9 Výsledky

V následující kapitole budou rozebrány výsledky mého dotazníkového šetření, které jsem rozčlenila do podkapitol podle výzkumných otázek. V každé podkapitole budou popsány výsledky otázek z dotazníku, které se vztahují k dané výzkumné otázce.

Přesné znění otázek a možností odpovědí (u uzavřených a polootevřených otázek) uvedených v dotazníku jsem pro lepší přehlednost v textu zobrazila kurzívou. U každé otázky jsou výsledky zobrazeny v tabulce či grafu a následně jsou okomentovány.

9.1 Výzkumná otázka č. 1

Jakým způsobem, jak často a v jakém množství užívají pervitin klienti nízkoprahových kontaktních center v Praze?

Ke zjištění první výzkumné otázky jsem použila otázky 11, 12, 13, 14 a 15 z dotazníku:

11. Jak často jsem během posledního roku užíval/a pervitin?

Respondenti v této uzavřené otázce mohli volit jednu z pěti možných odpovědí: *Denně, 1– 6 x za týden, Alespoň 1 x týdně, Alespoň 1 x měsíčně, Méně než 1 x měsíčně*. Výsledky jsou zobrazeny v tabulce č. 6.

Tabulka 6: Frekvence užívání pervitinu

Frekvence užívání	Četnost	Procenta
Denně	21	36,21%
1 – 6 x za týden	18	31,03%
Alespoň 1 x týdně	15	25,86%
Alespoň 1x měsíčně	4	6,90%
Méně než 1 x měsíčně	0	0,00%
Celkem	58	100%

Více jak třetina respondentů uvedla, že pervitin užívá každý den a další třetina osob má frekvenci užívání téměř denně. Z tabulky vyplývá, že více jak 90 % respondentů nevynechá jediný týden, aniž by nepožili pervitin, což se však dalo předpokládat vzhledem k tomu, že jsem zkoumala populaci problémových uživatelů.

12. Jaký je můj vzorec užívání?

Na vzorec užívání jsem se ptala pomocí polootevřené otázky, ve které mohli respondenti zvolit všechny varianty odpovědi, které na ně pasovaly a eventuálně ještě dopsat takový vzorec užívání, který je pro ně typický.

Tabulka 7: Vzorec užívání pervitinu

Vzorec užívání	Četnost		Procenta	
	Ano	ne	ano	Ne
Pravidelně	24	34	41,38%	58,62%
Kdykoliv mohu	24	34	41,38%	58,62%
Občasné užívání	8	50	13,79%	86,21%
V „tazích“	11	47	18,97%	81,03%
Když mám peníze	22	36	37,93%	62,07%
Podle nálady	17	41	29,31%	70,69%
Jiné	2	56	3,45%	96,55%

Jak ukazuje tabulka č. 7, variantu *jiné* zvolili 2 respondenti. Ani jeden z nich však svůj specifický vzorec užívání blíže nepopsal. Varianty odpovědí, se kterými se respondenti nejčastěji ztotožňovali, byly *Pravidelně*, *Kdykoliv mohu* a *Když mám peníze*. Vzorec, který nejméně sedí na klienty pražských kontaktních center je *Občasné užívání*, Takto by své užívání hodnotilo jen 8 respondentů.

13. Užívám pervitin v nějakou konkrétní dobu během dne či týdne?

Tato otázka byla v dotazníku rozčleněna na 2 podotázky, z nichž první se zaměřovala na dobu během dne (viz. Tabulka č. 8) a druhá na konkrétní den v týdnu (viz. Tabulka č. 9).

Tabulka 8: Doba během dne.

Doba během dne	Četnost	Procenta
Kdykoliv	36	62,07%
Ráno	2	3,45%
Během dne	10	17,24%
Večer	4	6,90%
V noci	4	6,90%
Ráno + Během dne	1	1,72%
Ráno + Večer	1	1,72%
Celkem	58	100%

Respondenti si mohli vybrat jen jednu možnou odpověď z těchto nabízených variant: *Kdykoliv*, *Ráno*, *Během dne*, *Večer* nebo *V noci*. U 36 participantů (62,07%) nehrála denní doba roli, avšak u 2 respondentů byla doba během dne tak důležitá, že jsem pro ně musela při zpracování dat vytvořit dvě nové kategorie (protože i přes instrukci vybrat si jen jednu dobu, trvali na tom, že je poměr 50 ku 50). Tito klienti totiž užívali pervitin pravidelně dvakrát denně vždy v ty samé dvě doby. První si aplikoval vždy jednu dávku ráno a jednu dávku během dne, druhý užíval první dávku taktéž ráno a druhou večer.

Tabulka 9: Den v týdnu.

Den v týdnu	Četnost	Procenta
Kdykoliv	57	98,28%
V pátek	0	0,00%
V sobotu	0	0,00%
Jiný den	1	1,72%
Celkem	58	100%

Den v týdnu hrál v užívání pervitinu roli jen u 1 respondenta, který uvedl, že užívá jen v pátek a sobotu, ostatní uvedli, že tuto drogu užívají kdykoliv.

14. Jakým způsobem pervitin nejčastěji užívám?

Nejčastější formu aplikace jsem ve svém výzkumu zjišťovala pomocí uzavřené otázky, kde si respondenti vybírali ze čtyř možných odpovědí: *Injekčně, Šňupáním, Kouřením* anebo *Ústy*.

Tabulka 10: Nejčastější forma aplikace pervitinu

Forma aplikace	Četnost	Procenta
Injekční	56	96,55%
Šňupání	2	3,45%
Kouření	0	0,00%
Ústy	0	0,00%
Celkem	58	100%

Nejčastějším způsobem aplikace pervitinu u klientů KC v Praze (viz. Tabulka č. 10) je jednoznačně intravenózní. Tuto formu užívání nepreferují pouze 2 dotazovaní z celého mého výzkumného vzorku, kteří pervitin šňupají. Oba tyto klienty však mohou považovat za problémové uživatele pervitinu vzhledem k dlouhodobější povaze jejich abusu.

15. Jaké množství pervitinu obvykle užívám?

Tato otázka se skládala z tří podotázek a na všechny mohli respondenti odpovědět zcela otevřeně. V první z nich měli uvést odhadované množství pervitinu, které si aplikují v 1 dávce (na 1 „nástřel“). V druhé podotázce pak měli specifikovat, kolik takových dávek si v průměru „dají“ za 1 běžný den a ve třetí podotázce se měli pokusit odhadnout, jaké množství pervitinu při takovéto spotřebě mohou přibližně zkonsumovat za 1 měsíc. Výsledná data z prvních dvou podotázek jsou zobrazeny v tabulce č. 11.

Tabulka 11: Užívané množství pervitinu

	1 dávka		Počet dávek za 1 den
N	58	N	58
Průměr	0,29 g	Průměr	2,65
Nejnižší hodnota	0,10 g	Nejnižší hodnota	1
Nejvyšší hodnota	1,00 g	Nejvyšší hodnota	7
Směrodatná odchylka	0,19 g	Směrodatná odchylka	1,18
Medián	0,25g	Medián	2,50

Odhadovanou měsíční spotřebu pervitinu u pražských problémových uživatelů této drogy jsem rozdělila do kategorií a výsledky zanesla do tabulky č. 12. Rozdělení na kategorie jsem zvolila z toho důvodu, že i přes veškerou snahu bylo pro 6 uživatelů nemožné na tuto otázku alespoň do jisté míry objektivně odpovědět.

Tabulka 12: Měsíční spotřeba pervitinu

Měsíční spotřeba	Četnost	Procenta
Do 5 g	25	43,10%
5,1 až 10,0 g	10	17,24%
10,1 až 20,0 g	6	10,34%
20,1 až 30,0 g	8	13,79%
Více než 30 g	3	5,17%
Nevím	6	10,34%
Celkem	58	100%

Jak lze vyčíst z tabulky č. 12, tak téměř polovina respondentů se vešla pod hranici 5 gramů za měsíc. Poměrně velký počet dotazovaných (8 osob) lze pozorovat u kategorie od 20,1 do 30 gramů.

9.2 Výzkumná otázka č. 2

Jaké mají klienti nízkoprahových kontaktních center v Praze pocity před užitím pervitinu?

Na druhou výzkumnou otázku jsem se pokusila odpovědět pomocí otázek 16 a 17 mého dotazníku.

16. Jaké mám před užitím fyzické pocity?

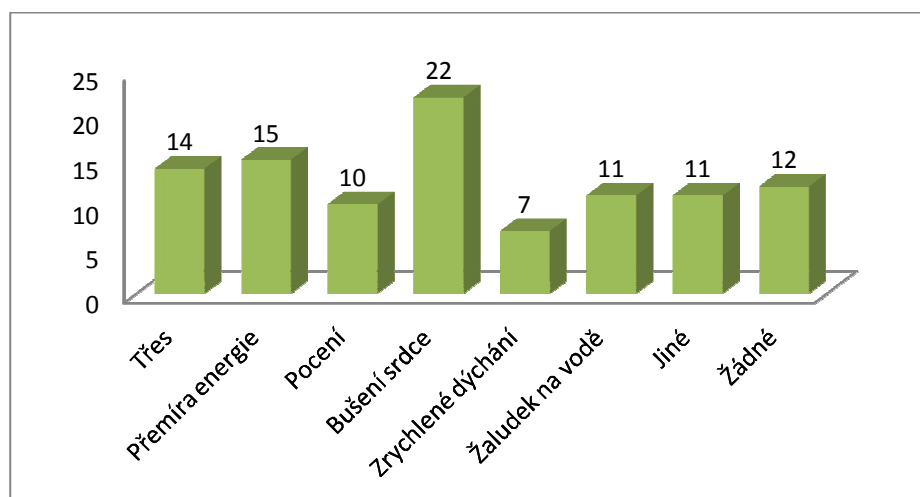
V polootevřené otázce si respondenti vybírali všechny takové varianty odpovědí, které seděly jejich fyzickým pocitům před užitím pervitinu. Na výběr měli z těchto 7 možností: *Třes*, *Přemíra energie*, *Pocení*, *Bušení srdce*, *Zrychlené dýchání*, *Žaludek na vodě* a *Jiné* (zde mohli respondenti doplnit jejich pocit před užitím, který nenašli mezi nabízenými odpověďmi).

Tabulka 13: Fyzické pocity před užitím

Fyzický pocit	Četnost		Procenta	
	Ano	ne	ano	Ne
Třes	14	44	24,14%	75,86%
Přemíra energie	15	43	25,86%	74,14%
Pocení	10	48	17,24%	82,76%
Bušení srdce	22	36	37,93%	62,07%
Zrychlené dýchání	7	51	12,07%	87,93%
Žaludek na vodě	11	47	18,97%	81,03%
Jiné	11	47	18,97%	81,03%
Žádné	12	46	20,69%	79,31%

Z tabulky č. 13 a grafu č. 2 je patrné, že nejvíce osob se shodlo na tom, že před užitím pervitinu cítí *Bušení srdce*. Dalšími často uváděnými pocity byla *Přemíra energie* a *Třes*, které zaškrtnulo vždy po čtvrtině respondentů. Téměř pětina ze všech participantů (což činí 11 osob) uvedla, že před užitím pervitinu cítí ještě jiný fyzický pocit, než se nabízí v dotazníku a 5 osob z nich tento pocit navíc blíže specifikovalo. 3 respondenti se shodli na „Potřebě toalety“, a pak se vždy po 1 objevily odpovědi: „Slzení a nudlení“, „Je mi dobře“ a „Klepání“ (v tomto případě je možné, že respondent přehlídl nabízenou možnost odpovědi - *Třes*). Zajímavé u této otázky bylo také to, že 12 respondentů necítilo před užitím metamfetaminu vůbec žádný fyzický pocit, což jsem zjistila poté, co jsem se těchto osob při kontrole správnosti vyplnění dotazníku zeptala, proč u otázky č. 16 nezaškrtnli vůbec žádnou odpověď.

Graf 2: Fyzické pocity před užitím



17. Jaké mám před užitím psychické pocity?

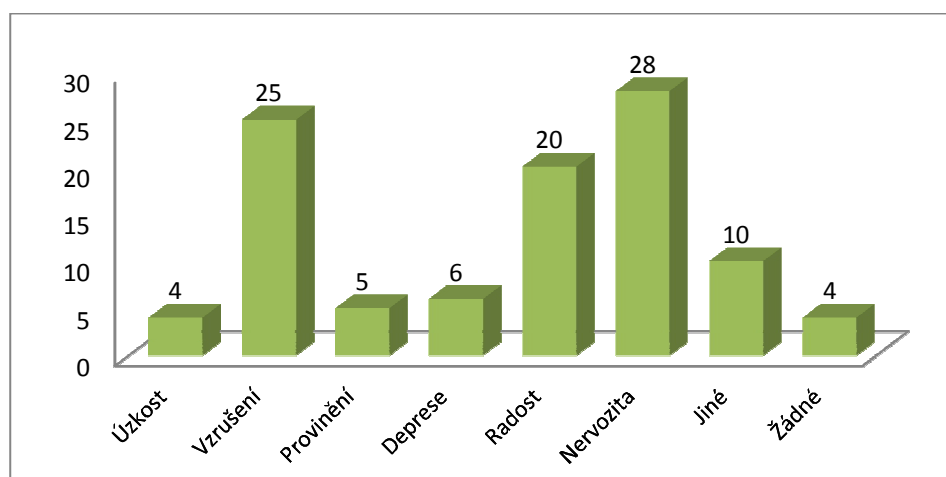
Tato otázka byla založená na stejném principu, jako předchozí a mapuje psychické pocity před užitím pervitinu. V dotazníku mohli respondenti zaškrtnout všechny takové varianty, které odpovídaly jejich vlastním pocitům. Nabízených možností odpovědí bylo opět 7: *Úzkost, Vzrušení, Provinění, Deprese, Radost, Nervozita, Jiné*. Výsledky jsou zobrazeny v tabulce č. 14 a pro lepší názornost i v grafu č. 3.

Tabulka 14: Psychické pocity před užitím

Psychický pocit	Četnost		Procenta	
	ano	ne	ano	Ne
Úzkost	4	54	6,90%	93,10%
Vzrušení	25	33	43,10%	56,90%
Provinění	5	53	8,62%	91,38%
Deprese	6	52	10,34%	89,66%
Radost	20	38	34,48%	65,52%
Nervozita	28	30	48,28%	51,72%
Jiné	10	48	17,24%	82,76%
Žádné	4	54	6,90%	93,10%

V tomto případě klienti pražských KC uváděli, že před užitím pervitinu bývají *Nervózní* (s touto odpovědí se ztotožnilo 28 klientů, což je téměř polovina z dotazovaných) a cítí *vzrušení* (tento pocit považovalo za vlastní 25 osob). Výraznější množství respondentů ještě uvádělo *radost* a 10 participantů zaškrtnulo také odpověď *Jiné*. Jiné psychické pocity blíže uvedlo 6 respondentů: „Těším se“ (2 respondenti), „Samozřejmost“, „Bezvládnost“, „Spokojenost“ a „Strach v obch.dom. security“, čímž měl klient na mysli, že se obává příchodu security, když si na veřejných záchodcích v obchodním domě pervitin aplikuje.

Graf 3: Psychické pocity před užitím



9.3 Výzkumná otázka č. 3

Za jakých okolností užívají pervitin klienti nízkoprahových kontaktních center v Praze?

K objasnění třetí výzkumné otázky mi pomohl poslední set otázek z dotazníku. Konkrétně se jednalo o otázky 18, 19, 20, 21 a 22.

18. Co u mne vyvolá chuť užít pervitin?

Výběrem libovolného počtu z nabízených 9 možností spouštěčů (*Alkohol, Tráva, Hudba, Kamarádi, Peníze, Stres, Špatné zprávy, Únava a Jiné*) měli respondenti odpovědět na to, co všechno u nich vyvolává chuť požit jejich hlavní drogy, pervitin.

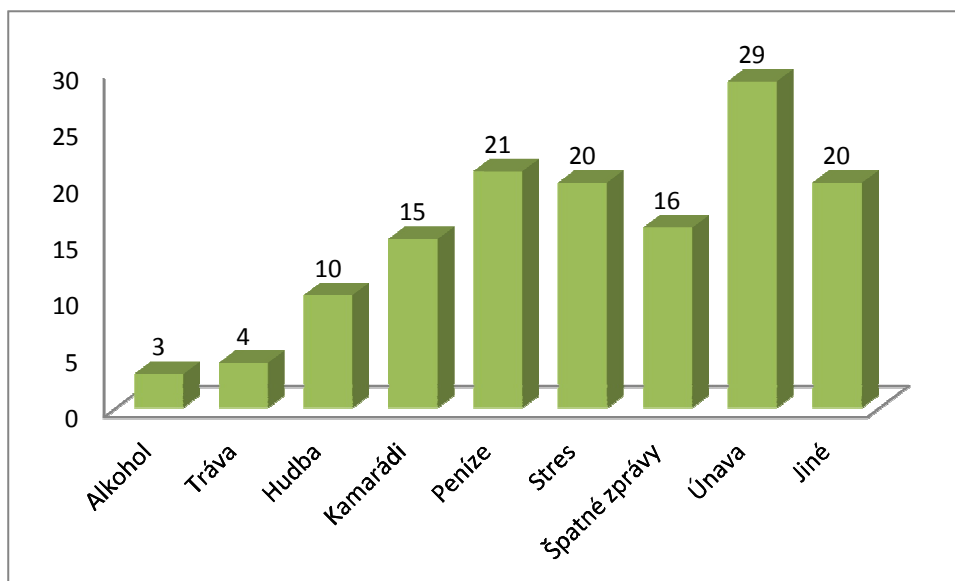
Tabulka 15: Spouštěče pro užití pervitinu

Spouštěč	Četnost		Procenta	
	ano	ne	ano	Ne
Alkohol	3	55	5,17%	94,83%
Tráva	4	54	6,90%	93,10%
Hudba	10	48	17,24%	82,76%
Kamarádi	15	43	25,86%	74,14%
Peníze	21	37	36,21%	63,79%
Stres	20	38	34,48%	65,52%
Špatné zprávy	16	42	27,59%	72,41%
Únava	29	29	50,00%	50,00%
Jiné	20	38	34,48%	65,52%

Z tabulky č. 15 a grafu č. 4 lze pozorovat, že nejčastěji uváděným důvodem užití pervitinu je *Únava* (29 respondentů), což dává logiku, jelikož je metamfetamin především stimulační drogou. Chuť užít pervitin dále vyvolávají u velkého množství z respondentů *Peníze* (ty uvedlo 21 osob), *Stres* (20 osob) a *Špatné zprávy* (16 osob). *Jiné* zaškrtnulo také velké množství participantů – celkem 20 a většina z nich (15 osob) dokonce vyjádřila, o co přesně se jedná.

Zde jsou odpovědi, které klienti uvedli jako *Jiné* (seřazeno sestupně podle četnosti): „Nic“ (3x), „Chuť“ (2x), „Závislost“ (2x), „Nutnost“, „Já a chuť bez konce“, „Láska k pervitinu“, „Křížová závislost“, „Prostředí“, „Když si aplikuje někdo jiný“, „Sbírání jointů“ a „Deprese a že toho spoustu vyřeším hned“.

Graf 4: Spouštěče užití



19. Kde pervitin nejčastěji užívám?

Na polootevřenou otázku zjišťující místo užívání pervitinu respondenti odpovídali výběrem 1 ze 7 nabízených variant odpovědi: *Doma, U partnerů či přátel, V hospodě, baru, V práci, Místa, kde se drogy prodávají či vyrábí, Místa se mění, Jinde* (zde možnost otevřeně odpovědět).

Tabulka 16: Nejčastější místo užívání pervitinu

Kde	Četnost	Procenta
Doma	6	10,34%
U partnerů či přátel	6	10,34%
V hospodě či baru	2	3,45%
V práci	1	1,72%
Místa, kde se drogy prodávají či vyrábí	10	17,24%
Místa se mění	32	55,17%
Jinde	1	1,72%
Celkem	58	100%

Z tabulky č. 16 vyplývá, že většina problémových uživatelů pervitinu místo konzumace této drogy střídá. Druhá polovina respondentů také užívá na více místech, ale některé přeci jen převažuje. 10 participantů uvedlo, že mohou za nečastější místo své konzumace pervitinu považovat právě to, kde se drogy prodávají či vyrábí, což znamená, že pervitin nejspíše zkonsumují ihned po jeho získání, nebo že mají něco společného s drogovým trhem. Doma nebo u přátel užívá pervitin po 6 respondentech a zajímavé je, že 1 problémový uživatel dokonce užívá pervitin v práci.

20. S kým pervitin nejčastěji užívám?

V této polootevřené otázce si respondenti mohli opět vybrat jednu z nabízených odpovědí (*Sám, S kamarády, S partnerem či partnerkou, S „vařičem“, S dealerem, S ostatními uživateli*) nebo dopsat svou odpověď v případě výběru varianty *Jiné*.

Tabulka 17: S kým respondenti nejčastěji pervitin užívají

S kým	Četnost	Procenta
Sám	21	36,21%
S kamarády	20	34,48%
S partnerem či partnerkou	12	20,69%
S „vařičem“	0	0,00%
S dealerem	0	0,00%
S ostatními uživateli	4	6,90%
Jiné	1	1,72%
Celkem	58	100%

Jak ukazuje tabulka č. 17, tak klienti nízkoprahových KC nejčastěji užívají pervitin buď o samotě (21 klientů, respektive 36,21%), anebo naopak ve společnosti přátel (20 klientů, resp. 34,48%). Užívání pervitinu o samotě je sice nejčastěji volenou odpovědí, ale když se na to podíváme z jiného úhlu pohledu, tak většina (63, 79%) respondentů pervitin užívá v nějaké společnosti.

Alarmující je, že pětina z celkového počtu respondentů konzumuje pervitin se svým partnerem, což může ukazovat na velký počet drogových párů v populaci problémových uživatelů drog.

Otevřenou odpověď *Jiné* volil v tomto případě jediný participant, který podle svých slov užívá metamfetamin nejčastěji „S holkami“.

21. Jak pervitin nejčastěji získávám?

V další polootevřené otázce si respondenti mohli opět zvolit jim nejvíce vyhovující jednu odpověď. Na výběr měli z těchto šesti variant: *Nákupem*, *Od kamarádů*, *Výrobou*, *Od partnera či partnerky*, *Podílem na výrobě*, *Jiné*. Výsledky zobrazuje tabulka č. 18.

Tabulka 18: Způsob získání pervitinu

Jak pervitin získávám	Četnost	Procenta
Nákupem	35	60,34%
Od kamarádů	7	12,07%
Výrobou	8	13,79%
Od partnera či partnerky	2	3,45%
Podílem na výrobě	5	8,62%
Jiné	1	1,72%
Celkem	58	100%

Evidentně nejčastější způsob získávání pervitinu u mého výzkumného vzorku je jeho nákup. Takto si metamfetamin opatřují tři pětiny participantů, 35 osob. Důležitým zjištěním také může být to, že dokonce 13 respondentů je nějakým způsobem zapojeno do výrobního procesu této stimulační drogy. Avšak zde musím opět zmínit druhou stránku věci - a to, že oproti minulosti, kdy na drogové scéně převládal samozásobitelský systém, je toto číslo dosti malé.

22. Jak nejčastěji získávám na pervitin peníze?

Poslední otázka v celém dotazníku zjišťovala, jakým způsobem klienti KC v Praze získávají finanční prostředky na pervitin. Respondenti si zde mohli vybrat jednu možnou variantu odpovědi, která se nejvíce podobala jejich nejčastějšímu způsobu získávání peněz na tuto

drogu. Na výběr bylo 9 možností: *Ze sociálních dávek, Prodejem drog, Z úspor, Prací, Kriminální činností, Prodejem věcí, Půjčkami, Prostitucí, Jinak.*

Tabulka 19: Získávání peněz na pervitin

Peníze na pervitin	Četnost	Procenta
Ze sociálních dávek	9	15,52%
Prodejem drog	10	17,24%
Z úspor	1	1,72%
Prací	7	12,07%
Kriminální činností	7	12,07%
Prodejem věcí	9	15,52%
Půjčkami	0	0,00%
Prostitucí	3	5,17%
Jinak	12	20,69%
Celkem	58	100%

Zajímavé je, že pětina respondentů nevyhovovala ani jedna odpověď. *Jinak* odpovědělo na tuto otázku 12 osob (což staví tuto odpověď na první místo z hlediska četnosti), z nichž 2 osoby získávají na pervitin peníze „Sběrem“. Dalšími otevřenými odpověďmi byly: „Neplatím“, „Nezískávám na něj peníze, pervitin vařím.“ a „Většinou ho měním za své nepotřebné věci.“. 6 respondentů svou odpověď blíže nespecifikovalo a další 1 respondent na tuto otázku nechtěl odpovědět.

Dohromady 20 respondentů přiznalo, že si finanční prostředky na svou hlavní drogu obstarávají nelegálním způsobem (*Prodejem drog, Kriminální činností* nebo *Prostitucí*).

10 Diskuze

V mé bakalářské práci jsem se pokusila podrobně popsat vzorce užívání pervitinu u klientů nízkoprahových kontaktních center. Myslím, že se mi to částečně podařilo.

Slovo částečně jsem použila záměrně, jelikož se domnívám, že dotazník s předem připravenými možnými odpověďmi nikdy nemůže zcela odpovědět na zkoumaný problém a také proto, že nedovedu odhadnout, nakolik mí respondenti z populace problémových uživatelů odpovídali objektivně, jelikož předem připravené varianty odpovědí v dotazníku mohly nabádat klienty k zaškrtnutí na ně ne úplně „sedící“ odpovědi, namísto zdouhavějšího vyplnění své vlastní. Dále u některých klientů a hlavně u některých otázek (především otázky 21 a 22 z dotazníku, dostanu se k nim níže v textu) mohla hrát roli obava problémových uživatelů pervitinu (kteří mnohdy mívají větší sklony k paranoidnímu chování, což patří mezi vedlejší účinky této stimulační drogy) z toho, jestli nemohou být kompromitující informace o jejich osobě z mé strany nějak zneužity (například mou spoluprací s Policií ČR), a tak byla potřeba některé respondenty opakovaně ujišťovat o naprosté anonymitě dotazníku, a že získaná data se rozhodně nechystám nijak zneužít.

Celkově si ale myslím, že vzhledem k náročnosti zkoumané cílové populace, se mi na výzkumné otázky podařilo odpovědět celkem obstojně.

Co se týče první výzkumné otázky, která zněla „Jak často, jakým způsobem a v jakém množství užívají pervitin klienti nízkoprahových kontaktních center v Praze?“, na tu se mi podařilo odpovědět poměrně dobře a výsledky odpovídají tomu, že PUD užívají svou drogu pokaždé, když mohou nebo na ni mají peníze, což znamená u pervitinu většinou každý den. Mnou zjištěné užívané průměrné množství v 1 dávce (0,29 g) také výrazně koreluje s výzkumem, který realizovalo NMS v roce 2004 a byl zaměřen na spotřebu drog mezi problémovými uživateli. Jeho výsledky totiž ukazovaly, že průměrná dávka pervitinu je 0,30 gramů. To také ukazuje na fakt, že se průměrné užívané množství v průběhu let nijak nezměnilo (Petroš, Mravčík & Korčíšová, 2005). Minařík (2008) sice uvádí o něco nižší dávky (0,05 až 0,25 gramů), avšak jeho údaj se nejspíše nevztahuje na populaci problémových uživatelů této drogy, a tak i zde si troufám tvrdit, že mnou zjištěné množství je odpovídající. Poměr injekčních uživatelů k ostatním způsobům aplikace taktéž odpovídá oficiálním odhadům z VZ za rok 2011.

Odpověď na druhou výzkumnou otázku „Jaké mají klienti nízkoprahových kontaktních center v Praze pocity před užitím pervitinu?“ už bylo složitější. V tomto případě byl dotazník značně omezen, jelikož nabízel jen několik možných variant odpovědí, které klientům ne vždy vyhovovaly. Naštěstí poměrně velká část z nich svůj jiný pocit specifikovala. Zajímavý byl taktéž výsledek, že mnoho z mých participantů necítí před užitím vůbec nic, což mě osobně dosti překvapilo. Z mého pozorování jsem došla k subjektivnímu poznatku, že to byli většinou starší uživatelé pervitinu, pro které byla konzumace této drogy už spíše rutina a taktéž to byli často „vaříči“, kteří většinou měli pervitinu dostatek a jejich užívání neprovázela tak častá nervozita a vzrušení – pocity, které jsou mnohdy spojeny se sháněním dávky pervitinu; nebo radost, když se pervitin konečně sežene a je čas si ho aplikovat.

Poslední výzkumná otázka zněla: „Za jakých okolností užívají pervitin klienti nízkoprahových kontaktních center v Praze?“. Nejčastějším důvodem pro užití pervitinu byla únava, kterou uvedlo celých 50 % respondentů. V teoretické části popisují, že kořeny zneužívání stimulantů souvisí s potřebou cítit se výkonný. (Kudrle, 2008) Můj výzkum toto potvrzuje. Mnoho lidí také v této otázce doplnilo svou odpověď, že chuť užít pervitin u nich vyvolává jen samotná závislost, což byla varianta, kterou jsem při tvorbě dotazníku opominula, a kdyby tato možnost odpovědi byla součástí dotazníku, je podle mne dosti možné, že by jí uvedlo více respondentů.

Odpověď na poslední výzkumnou otázku jsem zjišťovala také pomocí otázek (zmiňovaných v úvodu diskuze), ve kterých se mezi možnými variantami odpovědí objevovaly i takové, které o respondentovi vypovídaly, že se pohybuje v kriminálním prostředí. U těchto otázek si i přes ujištění o naprosté anonymitě dotazníku nejsem zcela jistá, jestli na ně respondenti nakonec odpověděli podle pravdy.

Například u otázky č. 21 z dotazníku (*Jak pervitin nejčastěji získávám?*) se obávám, že mohli někteří respondenti zvolit pro ně přijatelnější variantu odpovědi. I když na druhou stranu mohu zároveň do jisté míry své pochybnosti o výsledku této otázky vyvrátit. Výsledek totiž ukázal na to, že většina uživatelů pervitinu si tuto drogu obstarává jejím nákupem, což potvrzuje současný trend na drogové scéně, a to že dnešní pervitinový trh je založen na pyramidovém principu („vaříč“ – dealer – uživatel drog). (Mioviský, 2007)

To otázka č. 22 (*Jak nejčastěji získávám na pervitin peníze?*) dokonce jistým způsobem nabádala k tomu, zvolit si jako odpověď právě tu legální variantu. Jako odpověď se zde totiž nabízely mimo jiné tyto dvě varianty *Kriminální činností* a *Prodejem věcí*, přičemž

respondenti často volili druhou variantu, i když z mého pozorování a jejich komentářů vyplývalo, že prodávané věci pocházely z kriminální činnosti. Dále lze také zauvažovat nad tím, jestli někteří respondenti nepovažují například prodej či výrobu drog za práci. Výsledky této otázky mohu považovat do jisté míry za zpochybněhodné a varianty odpovědí na tuto otázku bych při realizaci podobného výzkumu pečlivě přepracovala.

Celkově výsledky mého dotazníkového šetření ale považuji za užitečné, a dá se na ně v některém z dalších výzkumů navázat. Má bakalářská práce může být také přínosná pro nízkoprahová kontaktní centra tím, že přináší obraz toho, jaké vzorce užívání pervitinu má jejich klientela.

11 Závěr

Tato bakalářská práce se skládá ze dvou hlavních částí – teoretické a praktické. V teoretické části jsem se snažila poskytnout základní informace k tématu mé bakalářské práce. Proto tato část začínala obecnou kapitolou o drogách, poté pokračovala kapitolou o příčinách vzniku závislosti a o vzorcích užívání drog, což následně vyústilo do kapitoly o specifickém vzorci užívání návykových látek, jakým problémové užívání je. Další kapitoly mé bakalářské práce se pak zaměřovaly na přiblížení drogy pervitin a nízkoprahových kontaktních center.

V praktické části jsem se věnovala zpracování dat získaných v dotazníkovém šetření, pomocí kterého jsem se snažila zmapovat (vzorce) užívání pervitinu u klientů pražských kontaktních center.

První výzkumná otázka se zaměřovala na to jak často, jakým způsobem a v jakém množství užívají pervitin klienti nízkoprahových kontaktních center v Praze. Zjistila jsem, že většina pražských klientů KC užívá pervitin pravidelně vícekrát týdně, přičemž nezávisí na dni v týdnu (často ani na denní době) a až na výjimky se jedná o intravenózní uživatele. Klienti si aplikují v průměru dvě až tři dávky po 0,29 gramech a nejčastěji jejich měsíční spotřeba nepřesáhne 5 gramů pervitinu.

Druhá výzkumná otázka se týkala pocitů před užitím. Po fyzické stránce klienti KC v Praze nejčastěji pociťují bušení srdce, mají nadmíru energie a třesou se. Mezi nejčastěji uváděné psychické pocity zas patřila nervozita a vzrušení.

Poslední výzkumná otázka zjišťovala okolnosti užití pervitinu u pražských klientů KC. Ukázalo se, že problémoví uživatelé pervitinu nemají pro konzumaci většinou své vyhraněné místo a nejběžněji užívají o samotě, anebo pokud s někým, tak je to nejčastěji nějaký jejich „kamarád“. Co se týče obstarání drogy, tak nejčastěji je to nákup za nelegální finance.

Bakalářská práce může posloužit jako pilotní studie pro další výzkumy a může být užitečná také pro pracovníky kontaktních center, jelikož popisuje vzorce užívání u jejich klientů.

12 Použitá literatura

- Disman, M. (1999). Jak se vyrábí sociologická znalost. Praha: Nakladatelství Karolinum.
- EMCDDA & Europol (2010). Metamfetamin (pervitin): Situace v EU a její globální kontext. Praha: Centrum Adiktologie a sdružení SCAN.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009). An overview of the problem drug use (PDU) key indicator. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and drug Addiction. Retrieved January 23, 2013 from http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_67060_EN_EMCCDDA-PDU-overview.pdf.
- Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogovou závislost. (2012) Výroční zpráva za rok 2012: Stav drogové problematiky v Evropě. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie.
- Ferjenčík, J., (2000). Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Praha, Portál.
- Fišerová, M. (2000). Historie, příčiny a léčení drogových závislostí. Postgraduální medicína, (2)3, 288-298. Retrieved February 23, 2013 from http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/zavislost_ol.htm
- Fišerová, M. (2003). Neurobiologie závislosti. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup (s. 96-106). Praha: Úřad vlády ČR.
- Hrdina, P. (2003). Harm reduction – Snižování poškození drogami. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup (s. 263-268). Praha: Úřad vlády ČR.
- Hympl, J. (2008). Ve velkém se vaří už i v Česku. Lidové noviny, s. 03. Retrieved March 23, 2013 from: <http://archiv.newton.cz/ln/2008/09/16/0a7764afb601882b929c194beecbfccc.asp>
- Janíková, B. (2008). Harm reduction: Časné intervence v nízkoprahových službách. In K. Kalina (Ed.), Základy klinické adiktologie (s. 99-110). Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. (2003). Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup (s. 15-24). Praha: Úřad vlády ČR.

- Kalina, K. et al. (2001). Mezioborový glosář pojmů z oblastí drog a drogových závislostí. Praha: Úřad vlády České republiky, o. s. Filia Nova pro Radu vlády ČR.
- Kudrle, S. (2008). Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci a kvalifikované pomoci. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie* (s. 17-24). Praha: Grada Publishing.
- Lejčková, P., Mravčík, V., & Radimecký, J. (2004). Srovnání užívání drog a jeho dopadů v krajích České republiky v roce 2002: Situační analýza v širším demografickém a socioekonomickém kontextu. Praha: Úřad vlády ČR.
- Libra, J. (2003). Nízkoprahová kontaktní centra. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup* (s. 165-171). Praha: Úřad vlády ČR.
- Minařík, J., & Řehák, V. (2008). Somatické komplikace a komorbidita. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie* (s. 89-96). Praha: Grada Publishing
- Minařík, J. (2003). Stimulancia. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup* (s. 164-168). Praha: Úřad vlády ČR.
- Miovský, M. (2007). Changing patterns of drug use in the Czech Republic during the post-communist era: A qualitative study. *Journal of Drug Issues* 37 (1), 24-36.
- Morávek, J. (2007). Kontrolované užívání drog: co nám přináší výzkum uživatelů, kteří s drogami umějí zacházet. *Adiktologie* (7)4, 445-455.
- Mravčík, V., Grohmannová, K., Chomynová, P., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., Nechanská, B., Fidesová, H., Kalina, K., Vopravil, J., Kostecká, L., & Jurystová, L. (2012). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2011). Novela zákona o návykových látkách - zákon č. 106/2011 Sb. Retrieved March 23, 2013 from: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/drogy_a_zakon/legalni_zachazeni_s_opl/novela_zakona_o_navykovych_latkach_zakon_c_106_2011_sb

- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2005). Pervitin (Metamfetamin). Retrieved March 23, 2013 from: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/stimulancia/pervitin_metamfetamin
- Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (2009). Stimulancia podrobně. Retrieved March 23, 2013 from: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/stimulancia/stimulancia_podrobne
- Nožina, M. (1997). Svět drog v Čechách. Praha: Koniasch Latin Press.
- NTA (2010). Dobrá praxe v harm reduction-učební texty. Praha: Centrum adiktologie a sdružení SCAN.
- Petroš, O., Mravčík, V., Korčíšová, B. (2005). Spotřeba drog problémovými uživateli. Adiktologie, 5(1), 48–59.
- Progressive, o.s. (2010). STAGE 5: KONTAKTNÍ A PORADENSKÉ CENTRUM ZÁVISLOSTÍ V HL. M. PRAZE. Retrieved January 8, 2013 from <http://www.progressive-os.cz/kontaktni-a-poradenske-centrum-zavislosti-v-hl-m-praze>.
- Reid, M. J., Langford, K. H., Mørland, J., & Thomas, K. V. (2011). Quantitative assessment of time dependent drug-use trends by the analysis of drugs and related metabolites in raw sewage. Drug and Alcohol Dependence, 3, 179-186. Retrieved January 8, 2013 from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871611002705>
- Růžička, M., Wittmann, E., & Gray, A. (2012). Pracovní listy. In M. Růžička (Ed.), Krátký intervenční program pro uživatele pervitinu a Terapeuticko-intervenční program pro uživatele pervitinu (s. 70-109). Olomouc: P-centrum.
- Růžička, M., Wittmann, E., Procházka, R., & Gray, A. (2012). Krátký intervenční program pro uživatele pervitinu. In M. Růžička (Ed.), Krátký intervenční program pro uživatele pervitinu a Terapeuticko-intervenční program pro uživatele pervitinu (s. 22-41). Olomouc: P-centrum.
- Sananim, o.s. (2007a). Kontaktní centrum (KC) - Komu je KC určeno. Retrieved January 8, 2013 from [http://www.sananim.cz/kontaktni-centrum-\(kc\)/komu-je-kc-urceno.html](http://www.sananim.cz/kontaktni-centrum-(kc)/komu-je-kc-urceno.html).

- Sananim, o.s. (2007b). Kontaktní centrum (KC) - Principy práce. Retrieved January 8, 2013 from [http://www.sananim.cz/kontaktni-centrum-\(kc\)/principy-prace.html](http://www.sananim.cz/kontaktni-centrum-(kc)/principy-prace.html).
- Senft, V. (2009). Metamfetamin. Retrieved January 8, 2013 from http://ciselniky.dasta.mzcr.cz/CD_DS3/hypertext/SFADL.htm.
- Thomas, K. V., Bijlsma, L., Castiglioni, S., Covaci, A., Emke, E., Grabic, R., ..., & de Voogt, P. (2012). Comparing illicit drug use in 19 European cities through sewage analysis. *Science of The Total Environment*, 432-439. Retrieved January 8, 2013 from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0048969712008959>
- Uitermark, J., & Cohen, P. D. (2006). Amphetamine Users In Amsterdam: Patterns Of Use And Modes Of Self-regulation. *Addiction Research & Theory* , 14(2), 159-188. Retrieved January 8, 2013 from <http://www.cedro-uva.org/lib/uitermark.amphetamine.html>
- Zábranský, T. (2003a). *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Zábranský, T. (2003b). *Drogová epidemiologie*. In K. Kalina & J. Radimecký (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup* (s. 41-53). Praha: Úřad vlády ČR.

13 Seznam grafů a tabulek

13.1 Seznam grafů

Graf 1: Rozložení respondentů podle pohlaví	34
Graf 2: Fyzické pocity před užitím	44
Graf 3: Psychické pocity před užitím	45
Graf 4: Spouštěče užití	47

13.2 Seznam tabulek

Tabulka 1: Rozložení respondentů podle kontaktních center	34
Tabulka 2: Věkové složení respondentů	35
Tabulka 3: Vzdělanostní úroveň respondentů	35
Tabulka 4: Způsob obživy respondentů	36
Tabulka 5: Věk prvního užití pervitinu a délka období, kdy je pervitin hlavní droga	36
Tabulka 6: Frekvence užívání pervitinu	39
Tabulka 7: Vzorec užívání pervitinu	40
Tabulka 8: Doba během dne	41
Tabulka 9: Den v týdnu	41
Tabulka 10: Nejčastější forma aplikace pervitinu	42
Tabulka 11: Užívané množství pervitinu	42
Tabulka 12: Měsíční spotřeba pervitinu	43
Tabulka 13: Fyzické pocity před užitím	44
Tabulka 14: Psychické pocity před užitím	45
Tabulka 15: Spouštěče pro užití pervitinu	46
Tabulka 16: Nejčastější místo užívání pervitinu	47
Tabulka 17: S kým respondenti nejčastěji pervitin užívají	48
Tabulka 18: Způsob získání pervitinu	49
Tabulka 19: Získávání peněz na pervitin	50

14 Příloha – dotazník

Obrázek 1: Dotazník

Dobrý den! Jmenuji se Raška Proszvorníková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského oboru Adiktologie na 1. lékařské fakultě univerzity Karlovy. Chtěla bych Vás požádat o spolupráci při vyplnění následujícího dotazníku. Získané údaje mi poslouží jako podklad k mé bakalářské práci, která je zaměřena na vzorec užívání pervitinu u klientů s existujícími kontakty centra. Prosim, abyste na uvedené položky odpovídali co nejpravděpodobněji. Dotazník je anonymní a Vám poskytnuté údaje budou sloužit jen pro potřebu mé bakalářské práce. Předem Vám děkuji za čas a ochotu, která budete věnovat vyplnění tohoto dotazníku.

1. KOD TAZATELE: 2. POHLAVÍ: Muž/ Žena 3. VĚK:
4. NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ: ZŠ / SŠ bez maturit / SŠ s maturitou / VŠ
5. ZAMĚSTNÁNÍ: Plný úvazek / Částečný úvazek / Student / Důchod či pracovní neschopnost / Nezaměstnaný(a) / Jiné:
6. JEPERVITIN V POSLEDNÍM ROCE MÁ HLAVNÍ DROGA? Ano / Ne
7. DALŠÍ DROGY, KTERÉ UŽIVAM (včetně alkoholu a léků):
8. V KOLIKA LETECH JSEM POPRVÉ UŽIL/A PERVITIN:
9. KOLIK LET JE PERVITIN MÁ HLAVNÍ DROGA:
10. UŽIL/A JSEM PERVITIN BĚHEM POSLEDNÍCH 30-TI DŇŮ? Ano / Ne

Pokud jste v otázce č. 10 odpověděli ANO, vyplňte prosím tuto tabulku: Do prvního sloupce vyplňte další drogy, které jste užívali a dle daných označte dny Vašeho užívání podle toho to pravidla: Čárka za každou aplikaci

Datum	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	
Pervitin																															

11. JAK ČASTO JSEM BĚHEM POSLEDNÍHO ROKU UŽIVAL/A PERVITIN? (Možná pouze 1 odpověď)
Denně / 1 – 6 x za týden / Alespoň 1 x týdně / Alespoň 1 x měsíčně / Méně než 1 x měsíčně
12. JAKY JEMŮJ VZOREC UŽÍVÁNÍ? (Lze zvolit více odpovědí)
Pravidelně / Kdykoliv mohu / Občasné užívání / V „tazích“ / Když mám peníze / Podle náhody / Jiné
13. UŽIVAM PERVITIN VNĚJAKOU KONKRETNÍ DOBU BĚHEM DNE ČI TÝDNE? (Pro každý řádek možná jen 1 odpověď)
Kdykoliv/ Ráno/ Během dne/ Večer/ V noci
Kdykoliv/ V pátek/ V sobotu/ Jindy den:
14. JAKYM ZPŮSOBEM PERVITIN NEJČASTĚJI UŽIVAM? (Možná pouze 1 odpověď)
Injekčně / Sňapaním / Kouřením / Usty
15. JAKÉ MNOŽSTVÍ PERVITINU OBVYKLE UŽIVAM?
1 dávka:g zakc Počet dávek za 1 den: Odhadovaná měsíční spotřeba:g
16. JAKE MÁM PŘED UŽITÍM FYZICKÉ POCITY? (Lze zvolit více odpovědí)
Třes / Přeměra energie / Pocení / Bušení srdce / Zrychlené dýchání / Žaludek na vodě / Jiné:
17. JAKE MÁM PŘED UŽITÍM PSYCHICKÉ POCITY? (Lze zvolit více odpovědí)
Úzkost / Vzrušení / Provnění / Deprese / Radost / Nervozita / Jiné:
18. CO UMNĚ VYVOLA CHUŤ UŽIT PERVITIN? (Lze zvolit více odpovědí)
Alkohol/ Tráva / Huďba / Kamarádi / Peníze / Stres / Spatné zprávy / Únava / Jiné:
19. KDE PERVITIN NEJČASTĚJI UŽIVAM? (Možná pouze 1 odpověď)
Doma / U partnera či přátel / V hospodě, baru / V práci / Místa, kde se drogy prodávají či vyrábí / Místa se mění / Jinde:
20. S KÝM PERVITIN NEJČASTĚJI UŽIVAM? (Možná pouze 1 odpověď)
Sám / S kamarády / S partnerem či partnerkou / S „varičem“ / S dealrem / S ostatními uživateli / Jiné:
21. JAK PERVITIN NEJČASTĚJI ZISKAVAM? (Možná pouze 1 odpověď)
Nákupem / Od kamarádů / Výrobou / Od partnera či partnerky / Podílem na výrobě / Jiné:
22. JAK NEJČASTĚJI ZISKAVAM NA PERVITIN PENÍZE? (Možná pouze 1 odpověď)
Ze sociálních dávek / Prodejem drog / Z úspor / Práci / Kriminální činností / Prodejem věcí / Půjčkami / Prostitucí / Jinak:

Dobrý den. Jmenuji se Radka Provazníková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského oboru Adiktologie na 1. lékařské fakultě univerzity Karlovy. Chtěla bych Vás požádat o spolupráci při vyplnění následujícího dotazníku. Získané údaje mi poslouží jako podklad k mé bakalářské práci, která je zaměřena na vzorce užívání pervitinu u klientů navštěvující kontaktní centra. Prosím, abyste na uvedené položky odpovídali co nejpravdivěji. Dotazník je anonymní a Vámi poskytnuté údaje budou sloužit jen pro potřebu mé bakalářské práce. Předem Vám děkuji za čas a ochotu, které budete věnovat vyplnění tohoto dotazníku.

1. KÓD DOTAZOVANÉHO: 2. POHLAVÍ: Muž / Žena 3. VĚK:
4. NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ: ZŠ / SŠ bez maturity / SŠ s maturitou / VŠ
5. ZAMĚSTNÁNÍ: Plný úvazek / Částečný úvazek / Student / Důchod či pracovní neschopnost / Nezaměstnaný(á) / Jiné:

6. JE PERVITIN V POSLEDNÍM ROCE MÁ HLAVNÍ DROGA? Ano / Ne

7. DALŠÍ DROGY, KTERÉ UŽÍVÁM (včetně alkoholu a léků):

8. V KOLIKA LETECH JSEM POPRVÉ UŽIL/A PERVITIN:

9. KOLIK LET JE PERVITIN MÁ HLAVNÍ DROGA:

10. UŽIL/A JSEM PERVITIN BĚHEM POSLEDNÍCH 30-TI DNÍ? Ano / Ne

Pokud jste v otázce č. 10 odpověděli ANO, vyplňte prosím tuto tabulku: Do prvního sloupce vyplňte další drogy, které jste užívali a dle datumu označte dny Vašeho užívání podle toho to pravidla: Čárka za každou aplikaci.

Datum	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.	31.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.
Pervitin																														

11. JAK ČASTO JSEM BĚHEM POSLEDNÍHO ROKU UŽÍVAL/A PERVITIN ? (Možná pouze 1 odpověď)
Denně / 1 – 6 x za týden / Alespoň 1 x týdně / Alespoň 1 x měsíčně / Méně než 1 x měsíčně

12. JAKÝ JE MŮJ VZOREC UŽÍVÁNÍ? (Lze zvolit více odpovědí)
Pravidelně / Kdykoliv mohu / Občasné užívání / V „tazích“ / Když mám peníze / Podle nálady / Jiné

13. UŽÍVÁM PERVITIN V NĚJAKOU KONKRÉTNÍ DOBU BĚHEM DNE ČI TÝDNE? (Pro každý řádek možná jen 1 odpověď)
Kdykoliv/ Ráno/ Během dne/ Večer/ V noci
Kdykoliv/ V pátek/ V sobotu/ Jiný den:.....

14. JAKÝM ZPŮSOBEM PERVITIN NEJČASTĚJI UŽÍVÁM? (Možná pouze 1 odpověď)
Injekčně / Šňupáním / Kouřením / Ústy

15. JAKÉ MNOŽSTVÍ PERVITINU OBVYKLE UŽÍVÁM ?
1 dávka:g/ za kč Počet dávek za 1 den:..... Odhadovaná měsíční spotřeba:.....g

16. JAKÉ MÁM PŘED UŽITÍM FYZICKÉ POCITY? (Lze zvolit více odpovědí)
Těs / Přemíra energie / Pocení / Bušení srdce / Zrychlené dýchání / Žaludek na vodě / Jiné:

17. JAKÉ MÁM PŘED UŽITÍM PSYCHICKÉ POCITY? (Lze zvolit více odpovědí)
Úzkost / Vzrušení / Provinění / Deprese / Radost / Nervozita / Jiné:

18. CO U MNE VYVOLÁ CHUŤ UŽÍT PERVITIN? (Lze zvolit více odpovědí)
Alkohol / Tráva / Hudba / Kamarádi / Peníze / Stres / Špatné zprávy / Únava / Jiné:

19. KDE PERVITIN NEJČASTĚJI UŽÍVÁM? (Možná pouze 1 odpověď)
Doma/U partnerů či přátel/V hospodě, baru/V práci /Místa, kde se drogy prodávají či vyrábí/Místa se mění/Jinde:

20. S KÝM PERVITIN NEJČASTĚJI UŽÍVÁM? (Možná pouze 1 odpověď)
Sám / S kamarády / S partnerem či partnerkou / S „vařičem“ / S dealerem / S ostatními uživateli / Jiné:

21. JAK PERVITIN NEJČASTĚJI ZÍSKÁVÁM? (Možná pouze 1 odpověď)
Nákupem / Od kamarádů / Výrobou / Od partnera či partnerky / Podílem na výrobě / Jiné:

22. JAK NEJČASTĚJI ZÍSKÁVÁM NA PERVITIN PENÍZE? (Možná pouze 1 odpověď)
Ze sociálních dávek / Prodejem drog/Z úspor/Prací /Kriminální činností/Prodejem věcí/Půjčkami/Prostitucí /Jinak: