

Univerzita Karlova v Praze  
Pedagogická fakulta

# **Informovanost klientů vybraného K-centra o možnostech léčby závislosti**

Awareness of clients of selected K-centre of addiction treatment options

Bc. Marie Filipovská

Vedoucí bakalářské práce: Ing. Bc. Alena Váchová, Ph.D.

Studijní program: Specializace v pedagogice, Biologie, geologie  
a environmentalistika se zaměřením na vzdělání – Výchova ke  
zdraví se zaměřením na vzdělání

2016

---

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Informovanost klientů vybraného K-centra o možnostech léčby závislosti vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, 7. 4. 2016

Bc. Marie Filipovská

---

## **PODĚKOVÁNÍ**

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí bakalářské práce paní doktorce Aleně Váchové za její odborné vedení, cenné rady, postřehy a motivující přístup. Dále bych ráda poděkovala všem, kteří mi byli oporou nejen během vytváření práce, ale i během celého studia. Jmenovitě patří velký dík mému příteli Tomáši Zimmerovi, který mě celou práci doprovázel. V neposlední řadě patří velké poděkování mým rodičům, kteří mi umožňují studovat a podporují mě v dalším vzdělávání.

---

## ABSTRAKT

Bakalářská práce s názvem *Informovanost klientů vybraného K-centra o možnostech léčby závislosti* se v teoretické části zabývá fenomény drogových závislostí. Jsou zde popsány základní definice patologických závislostí, modely závislostí, rozdělení drogových závislostí a možnosti léčby závislostí v České republice. Výzkumná část hledá odpovědi na výzkumné cíle a předpoklady u respondentů vybraného K-centra.

Cílem výzkumné části bakalářské práce je zjistit konkrétní informace o klientech navštěvující vybrané kontaktní centrum a prozkoumat jejich drogové zkušenosti. Jednotlivé podcíle mají snahu zjistit sociodemografické údaje o klientech K-centra, jejich informovanost o možnostech léčby závislostního problému a informace o jejich případném léčebném procesu.

Ke sběru dat byl použit strukturovaný dotazník, který obsahoval 10 uzavřených nebo polo uzavřených otázek. Dotazníkové šetření probíhalo v rámci jednoho pracovního týdne ve vybraném kontaktním centru v Praze. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 24 osob, z toho 16 mužů a 8 žen.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že informovanost klientů K-centra o možnostech léčby závislosti je značně vysoká. Dále bylo zjištěno, že se převážná většina respondentů se svým závislostním problémem léčí či v minulosti léčila (vyjma léčby v K-centru). Jako nejčastěji navštěvovaným odborným zařízením na léčbu závislostí byla u respondentů ústavní pobytová léčba.

Na základě výsledků z výzkumného šetření lze konstatovat, že klientela vybraného K-centra je velmi dobře informována o možnostech léčby jejich závislostního problému. Dále lze z výsledků interpretovat, že převážná většina klientů již absolvovala léčbu závislosti nebo o ní uvažuje. Z výsledků je patrné, že někteří respondenti léčbu závislosti v odborném zařízení opakovali.

### *Klíčová slova*

možnosti léčby – závislost – léčba závislostí – K-centrum – informovanost

---

## ABSTRACT

This bachelor thesis named *Awareness of clients of selected K-centre of addiction treatment options* in theoretical part deals with a phenomenon of drug addiction. It describes the definition of pathological addiction, models of dependence, types of drugs and treatment options in the Czech Republic. The research part seeks to answer the research goals and assumptions of respondents of selected K-centre.

The main aim of the research part is to find out specific information about clients of selected K-centre and to explore their drug experiences. Sub-goals tend to indentify a socio-demographic data about clients of K-centre and their awareness of treatment options of drug abuse. The last sub-goal tries to find out information about clients drug dependence treatment.

For a data collection was used a structured questionnaire which contained 10 closed or semi-closed questions. The questionnaire survey was carried out within one working week in selected contact centre in Prague. There were collected answers from 24 respondents (16 men and 8 women).

The research survey shows that awareness of clients of selected K-centre of addiction treatment options is very high. It was also found that the majority of respondents is treating or was treated for their addiction dependence (except treatment in K-centre). The most visited specialized centre for addiction dependence was hospital treatment.

Based on the results of research is clear that clients of selected K-centre are well informed about the drug dependence treatment options. Results of research can be also interpreted that the majority of clients was treated for their addiction dependence or they are considering the treatment. The results show that some of respondents were treated repeatedly.

### *Keywords*

options of treatment – addiction – treatment of addiction –K-centre – awareness

---

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

<i>AA</i>	anonymní alkoholici
<i>CNS</i>	centrální nervová soustava
<i>DSM</i>	angl. Diagnostic and Statistical Manual Disorders, Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch
<i>GIT</i>	gastrointestinální trakt
<i>KBT</i>	kognitivně-behaviorální terapie
<i>MKN</i>	Mezinárodní klasifikace nemocí
<i>NL</i>	návyková látka
<i>NTN</i>	náhradní terapie nikotinem
<i>SSRI</i>	angl. serotonin-selective reuptake inhibitors, inhibitory zpětného vychytávání serotoninu
<i>WHO</i>	angl. World Health Organisation, Světová zdravotnická organizace

---

# OBSAH

Prohlášení.....	II
Poděkování.....	III
Abstrakt.....	IV
Abstract.....	V
Seznam použitých zkratk.....	VI
Obsah .....	VII
<b>1. ÚVOD.....</b>	<b>1</b>
<b>2. TEORETICKÁ VÝCHODISKA .....</b>	<b>2</b>
2.1. Závislost .....	2
2.2. Patologická závislost .....	2
2.2.1. Definice.....	2
2.2.2. Modely závislosti .....	4
2.3. Rozdělení návykových látek včetně stručné charakteristiky vybraných skupin .....	7
2.3.1. Tlumivé látky .....	7
2.3.2. Látky stimulační.....	12
2.3.3. Konopné drogy.....	16
2.3.4. Halucinogeny .....	18
2.3.5. Těkavé látky.....	19
2.4. Systém léčebné péče v ČR .....	21
2.4.1. Nízkoprahová kontaktní centra .....	21
2.4.2. Terénní programy.....	23
2.4.3. Ambulantní centra.....	24
2.4.4. Denní stacionáře.....	25
2.4.5. Detoxifikační jednotky.....	25
2.4.6. Střednědobá ústavní léčba.....	26
2.4.7. Terapeutické komunity .....	26
2.4.8. Následná péče, doléčovací programy .....	27
2.4.9. Substituční programy .....	27
2.5. Možnosti získání informací o léčbě.....	28
<b>3. VÝZKUMNÁ ČÁST .....</b>	<b>30</b>
3.1. Vymezení cíle a výzkumných předpokladů .....	30
3.2. Etické náležitosti .....	30

---

3.3. Metodologie výzkumu.....	30
3.4. Výsledky výzkumu.....	32
<b>4. DISKUZE.....</b>	<b>38</b>
<b>5. ZÁVĚRY.....</b>	<b>41</b>
SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ.....	42
PŘÍLOHA 1 – DOTAZNÍK	



## 1. ÚVOD

Problematika závislostí v dnešní době nabývá mnoha rozměrů. Lidé pracující v profesích, kteří se setkávají se závislými klienty, hovoří o závislostním chování různě. Ukazuje se, že není možné problematiku závislostí uchopit pouze z jednoho hlediska; vždy je nutné hledat mnoho perspektiv a uvažovat v nemálo rovinách. Současné pojetí závislostí se navíc neomezuje pouze na "tradiční" zneužívání ilegálních drog, ale zahrnujeme do něj i legální látky, farmakologické prostředky a v neposlední řadě i nelátkové závislosti, resp. kompulzivní jednání nabývající některých rozměrů závislostního chování (jako např. patologické hráčství či závislost na internetu).

V této práci jsou popsány jevy úzce související s problematikou závislostí. V části teoretické jsou definovány základní pojmy – definice patologické závislosti, modely drogových závislostí, rozdělení návykových látek. Dále je rozebírána léčba závislostí včetně léčebného systému v České republice a možnosti získání informací o léčbě drogového problému.

V části praktické je popisován výzkum, který klade důraz na zjišťování informací o klientech vybraného K-centra. Získaná data jsou následně interpretována a diskutována v závěrečné části bakalářské práce.

## 2. TEORETICKÁ VÝCHODISKA

### 2.1. Závislost

S pojmem závislost se setkáváme ve dvou možných pólech – se závislostí patologickou a nepatologickou; přirozenou. Závislost nepatologická je obecně stav, kdy je živý organismus podmíněn okolností nebo situací, kterou potřebuje. V tomto kontextu hovoříme o závislosti organismů na příjmu potravy, vzduchu či vody. Taktéž je popsána závislost na lásce nebo péči (např. závislost dítěte na matce nebo osobě pečující). Emoční pouto mezi dítětem a matkou popsal jako *citovou vazbu* John Bolwby a tato teorie je diskutována i v rámci patologické závislosti (Vondráčková, 2012). Dle Hartla a Hartlové (2000, str. 699-700) je možné popsat závislost ve spojení s mnoha dalšími jevy – mimo klasických drogových, lékových a látkových závislostí popisuje taktéž závislost na práci, na osobě či na placebo. Vacek a Vondráčková (2014) taktéž popisují závislost behaviorální, nelátkovou, kdy je u jedince popisováno impulzivní jednání a chování (např. patologické hráčství, kleptomanie, závislost na nakupování, na technologiích aj.)

### 2.2. Patologická závislost

#### 2.2.1. Definice

Definicí závislosti se zpravidla zabýváme v souvislosti s Mezinárodní klasifikací nemocí (MKN), kdy její 10. revize hovoří o závislosti jako o "skupině fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje" (WHO, 1992).

Dále je definice rozšířena o 6 "znaků" (a-f) závislosti, které závislostní chování specifikují a upřesňují. Jedná se o tyto jevy:

- 1) "*silná touha nebo pocit puzení užívat látku;*
- 2) "*potíže v sebeovládání při užívání látky, a to zejména pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky;*

- 3) **tělesný odvykací stav.** *Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky;*
- 4) *průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance);*
- 5) *postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku;*
- 6) **pokračování v užívání přes jasné důkaz zjevně škodlivých následků:** *poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení" (WHO, 1992).*

Je nutné doplnit, že ke stanovení definitivní diagnózy je obvyklé, aby se u jedince během jednoho roku objevily tři nebo více výše popsané jevy (WHO, 1992).

S popisem definice závislosti a její diagnózy se můžeme setkat v rámci Americké psychiatrické asociace (DSM-IV), která definuje závislost pomocí 7 znaků. V tomto případě by pacient měl pro stanovení diagnózy vykazovat alespoň tři ze sedmi uvedených znaků během jednoho kalendářního roku:

- 1) *"růst tolerance (zvyšování dávek, aby se dosáhlo stejného účinku, nebo pokles účinku návykové látky při stejném dávkování);*
- 2) *odvykací příznaky po vysazení látky;*
- 3) *přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu;*
- 4) *dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky;*
- 5) *trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejích účinků;*
- 6) *zanechání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky, nebo jejich omezení;*

- 7) *pokračující užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a které jsou působeny nebo zhoršovány užíváním látky.*“ (Nešpor 2000, str. 21-22).

Při pozorném zkoumání si povšimneme značné podobnosti s klasifikací MKN-10, zajímavé ale je, že DSM-IV nepracuje s faktorem *bažení* (cravingem).

### 2.2.2. Modely závislosti

Závislost je vykládána v mnoha aspektech a přístupech. Její celostní výklad je prakticky nemožný a proto se autoři pokusily závislostní chování blíže popsat v několika paradigmatech (či též modelech). Některé modely se zabývají teoriemi etiologickými, některé se zabývají přístupy, jak je možno na závislost pohlížet. Několik modelů si v této kapitole představíme. Je nutné mít na paměti, že pohled na závislostní problematiku se mění s časem a historickým vývojem. Z hlediska zaměřenosti práce se podrobněji budeme zabývat modelem "*public health*" a modelem *harm reduction*.

#### *Biomedicínský model*

Biomedicínský model chápe závislost jako chronickou, prakticky nevléčitelnou nemoc, kdy jsou léčebné metody zaměřeny na abstinenci; nejčastěji se v minulosti jednalo o radikální řešení – izolaci v ústavní pobytové léčbě. Tento model byl užíván několik desetiletí, v dnešní době je modelem redukcionistickým a překrývá se s ostatními modely; zejm. s Bio-psycho-sociálním modelem (Kalina 2003, str. 78).

#### *Bio-psycho-sociální model*

Tento přístup vnímá člověka ze třech aspektů, které se navzájem ovlivňují, podmiňují. Model je znám od druhé světové války, kdy je na člověka nahlíženo z více pohledů. Někdy se k tomuto modelu přidává ještě čtvrtý aspekt – spirituální, někdy ho lze nalézt samostatně. Zkratka "*bio*" odpovídá biologickému předpokladu a zahrnuje např. genetickou predispozici jedince, jeho náchylnost k onemocněním, familiární zátěž, fungování neuromediátorů v CNS a jejich sekrece atp.

Psychologická úroveň ("*psycho*") se zabývá vlivem tzv. psychogenních vlivů pro rozvoj závislosti. Mezi psychogenní vlivy můžeme zařadit perinatální poškození, prožívání psychických zážitků, uspokojování potřeb dítěte, zvládání životních krizí aj.

Sociální aspekt ("*socio*") je zaměřen na sociální okolí jedince včetně rasové příslušnosti, statusu rodiny, sociální zajištěnosti a prostředí, ve kterém jedinec žije. Neopomíjí ani vztahovou rovinu – vztahy rodinné, vrstevnické či příbuzenské.

Spirituální úroveň zkoumá člověka a jeho transcendenci; tj. to, co ho přesahuje. Jedná se o hledání smyslu života, přesahování vědomí, existenciální pojetí jedince. S touto úrovní pracuje zejména svépomocná skupina Anonymní alkoholici (AA), kteří tento aspekt popularizovali ve svých 12 krocích k uzdravě (Kudrle 2003, str. 91-94).

### ***Multifaktoriální model***

Jak sám název modelu napovídá, jedná se o pojetí závislosti v interakcích mnoha faktorů. V postmoderní kultuře jej lze chápat jako revitalizovaný model bio-psycho-sociálního pohledu, kde neexistuje jediná pravda, ale nezávazná pluralita pravd. Jedním z významných rysů multifaktoriálního modelu je univerzálnost závislostního chování (Kalina a kol. 2015, str. 104).

### ***Psychologický model***

"Psychologický model obecně předpokládá, že závislost je výsledkem procesu učení a adaptace v určitém kontextu". Známe tři psychologické teorie, které pracují s odlišným pojetím kontextu a s tím, do jaké se dostávají hloubky v interpersonálních a intrapersonálních problémech jedince (Kalina a kol. 2015, str. 102).

Millerová (2011, str. 31) rozlišuje teorie psychodynamické, behaviorální a teorii osobnostních rysů. Psychodynamické teorie pracují s problematikou raných vztahů a narušeným vývojem osobnostní struktury jedince. V behaviorálním modelu se etiologie závislosti děje na základě naučeného chování (klasické, operantní učení, učení nápodobou). Teorie osobnostních rysů se soustředí na změnu narušených osobnostních rysů (např. úzkostné stavy).

Kalina a kol. (2015, str. 102) přidává k behaviorální a psychodynamické teorii ještě teorii kognitivní, kdy je závislost vzorec strategií chování a dysfunkčních přesvědčení, která byla vytvářena v dětství.

### ***Sociální model***

Tento model klade důraz zejména na vnější faktory, které mohly negativně ovlivnit jedince směrem k závislostnímu chování. Popisuje nevhodné sociální prostředí, absenci sociálních

dovedností a podobně. Soustředí se na nápravu, zejména svépomocí – např. v rámci tzv. chráněného bydlení (Gabrhelík 2007, str. 27).

### ***Model ochrany veřejného zdraví ("public health")***

Přístup "*public health*" klade důraz na ochranu populace, zejména v souvislostech epidemiologických, sociologických a sociálně veřejných. Zabývá se zejména přenosem závažných infekčních chorob (jako je AIDS, hepatitidy B a C). Tento přístup byl využíván zejména ve snaze omezit šíření viru HIV. Zaměřuje se na výměnu injekčního materiálu, distribuci prezervativů a edukačních materiálů. Filosofii tohoto modelu je ochrana společnosti skrze ochranu jedince (Kalina 2003, str. 79). Ovšem jedinec je pro tento veřejně-zdravotní přístup zanedbatelný a není o něj jeven takový zájem, jak je tomu u přístupu harm reduction (Kalina a kol. 2015, str. 102). Toto zaměření na širokou společnost může zcela potlačit a zanedbat potřeby jednotlivých uživatelů, kteří jsou často přenašeči infekčních chorob (Gabrhelík 2007, str. 27).

Mezi intervence spojené s modelem veřejné ochrany zdraví spadají zejména základní lékařská péče, sociální a zdravotní podpůrné služby. Na konkrétní podobě intervencí by se měly podílet složky veřejné – policie, vězeňství a dále pak nevládní a svépomocné skupiny. Za všechny intervence můžeme jmenovat snižování míry sdílení injekčního materiálu (Kalina a kol. 2015, str. 103-104).

### ***Model minimalizace rizik (harm reduction)***

Tento model je úzce spjat s modelem předchozím, zde se však klade důraz zejména na jedince jako individuum. Neusiluje o momentální abstinenci klienta, respektuje jeho volbu návykové látky užívat. Minimalizace rizik spočívá v omezení nebo zmírnění rizik, které jsou s užíváním návykových látek spojená. V praxi se jedná o předcházení infekcí či jiných tělesných komplikací (výměnou injekčního materiálu) či předávkování a poskytuje klientovi příslušnou edukaci. S principem harm reduction obvykle pracují terénní služby a nízkoprahová zařízení, která tento přístup považují za primární (Millerová 2011, str. 34-35).

Janíková (2015, str. 272-273) zdůrazňuje, že pod modelem harm reduction si nepředstavujeme pouze rizika zdravotní, ale i jiná (v souladu s bio-psycho-sociálním konceptem). S klientem se pracuje komplexně, dbá se na celkovém zvýšení kvality života. S principem harm reduction se nesetkáváme pouze u ilegálních drog, ale i u drog legálních (tabák či alkohol), kde jde především o minimalizaci rizik předávkování alkoholem nebo rizik

spojených s přímým užitím alkoholu (dopravní nehody pod vlivem alkoholu). Mezi konkrétní harm reduction strategie u alkoholu řadíme například: distribuci alkohol testerů nebo doporučení nepít alkohol na lačný žaludek.

### 2.3. Rozdělení návykových látek včetně stručné charakteristiky vybraných skupin

Na dělení návykových látek se můžeme podívat hned z několika perspektiv. Dle Minaříka (2008, s. 339-340) rozdělujeme návykové látky (drogy) například dle účinku na psychiku, kdy se zaměřujeme na hlavní účinek dané látky. Návykové látky známe tlumivé, psychomotorická stimulantia a halucinogeny. Mediálně známějším rozdělením je dělení podle míry rizika úmrtí na drogy "měkké" a "tvrdé". Dále se nabízí možnost dělení látek na legální a ilegální, ale rozdělit návykové látky můžeme i z hlediska způsobu aplikace (intravenózní, subkutánní, perorální atd.) nebo z hlediska chemického – látky syntetické, semisyntetické či přírodní (Kolektiv autorů sdružení SANANIM 2007, s. 138). Uvádím zde seznam nejznámějších skupin návykových látek, které se objevují ve výzkumné části práce. Látky jsou rozděleny na *tlumivé, psychostimulační, konopné, halucinogenní a těkavé*.

#### 2.3.1. Tlumivé látky

##### Alkohol

###### *Charakteristika a rozšíření*

Chemicky ethylalkohol nebo také etanol (dále jen "alkohol") je látka vznikající kvašením rostlinného cukru. Společně s nikotinem patří mezi legálně dostupné drogy. Alkohol je látkou rozšířenou po celé planetě, celosvětově se dle statistik průměrně spotřebuje **6,13 litrů čistého alkoholu na osobu starší 15 let za rok** (World health organisation [WHO] 2011, s. 4-5). V České republice se spotřeba čistého alkoholu odhaduje na 10 litrů na obyvatele za rok (Minařík 2008, s. 341). Tolerance k alkoholu v ČR je velmi vysoká, což dokazuje i fakt, že závislost na alkoholu je diagnostikována až u 5 % pravidelných českých konzumentů (Presl 2007, s. 8). Dle studie ESPAD /2003/ in Marádová (2006, s. 10) je mezi šestnáctiletými pití alkoholu rozšířeným fenoménem – až 80 % studentů bylo někdy v životě opilých.

###### *Způsob aplikace*

Nejčastějším způsobem užití je *per os*, podání ústy. Alkohol je lipofilní látkou, dobře prochází tukovými částicemi, které jsou obsaženy např. v membránách buněk. Má vysokou

vstřebatelnost z trávicího traktu, taktéž se rychle dostává přes hematoencefalickou bariéru do mozku (Minařík 2008, s. 341).

### *Účinky*

Z hlediska účinků lze alkohol považovat za *tlumivou* látku, kdy malé dávky navozují pocit uvolnění a euforie (Grohmannová 2007, s. 21). Avšak nelze opomenout, že účinek alkoholu závisí na mnoha faktorech – na dávce, prostředí či osobní a genetické predispozici (Minařík 2008, s. 341-342).

Neurobiologicky působí alkohol na neurotransmiterové dráhy v mozku, kdy dochází k útlumu dopaminergního, serotogenního a taurinergního systému. Naopak dochází i k hyperstimulaci noradrenergního a opioidního systému, které způsobují pocity příjemné euforie a zklidnění. Při vysokých dávkách alkoholu může u jedince nastat únava, somnolence, případně bezvědomí a smrt (Popov 2003, s. 152). Smrt nastává nejčastěji v důsledku útlumu dýchacího centra a zástavy krevního oběhu. Další možností je i aspirace zvratků. Jako velmi nebezpečná se jeví také kombinace alkoholu s dalšími tlumivými látkami, jako jsou např. benzodiazepiny, barbituráty či přípravky s paracetamolem (Grohmannová 2007, s. 21).

### *Odvykací stav*

Odvykací stavy se týkají zejména osob užívající alkohol pravidelně, dlouhodobě a intenzivně. Příznaky odvykacího stavu nastávají po odnětí látky či při její redukci. Symptomy dosahují maximální intenzity druhý den, odeznívají zhruba po týdně (Minařík 2008, s. 342). Charakteristickými projevy jsou **třes, pocení, nauzea, závratě, úzkost, halucinace či bludy**, tachykardie, pocity slabosti, poruchy spánku. Odvykací stav mohou provázet křeče či epileptické záchvaty, může docházet až k *deliriu traemens*. Delirium traemens je život ohrožující stav doprovázený zpravidla poruchami vědomí, halucinacemi, dezorientací, hrubým třesem a tachykardií (Popov 2003, s. 153).

### *Somatické komplikace*

Míra somatického poškození organismu závisí na celkovém množství konzumované látky (denní dávka, frekvence) a genetické predispozici (Heller a Pecinovská 2001, s. 55-57). Zajímavým faktem je tzv. **dispozičně-expoziční model**: čím více se u jedince uplatňují faktory dispoziční (tj. biologické; genetická vybavenost), tím méně stačí faktorů expozičních (míra konzumace, dostupnost alkoholu, frekvence atp.) k rozvoji závislosti na alkoholu



(Popov 2003, s. 152). Dále byl například prokázán přímý vztah mezi spotřebou alkoholu a výskytem jaterních cirhóz u alkoholiků (Heller a Pecinovská 2001, s. 58).

Somatické komplikace jsou jedním z nejčastějších důvodů zahájení léčby závislosti na alkoholu (Popov 2003a, s. 7). Somatické komplikace mohou postihnout **téměř všechny systémy lidského organismu**, nejčastěji se jedná o poškození gastrointestinálního traktu (GIT), kdy může docházet k poškození jater, slinivky břišní či žaludku (Popov 2008, s. 152). U jaterních poškození vnímáme nejčastěji jaterní cirhózu, která je vyústěním dlouhodobého poškozování jaterních buněk. Známy je ovšem také předstupuň jaterní cirhózy; *jaterní steatóza*. V literatuře se můžeme dozvědět také o karcinomu jater (Heller a Pecinovská 2001, str. 58-59). Mezi další poškození patří: gastritidy, vředové choroby, krvácení do GIT, akutní či chronická pankreatitida, malnutrice, sekundární diabetes mellitus aj. (Chval 2007, s. 6-7).

### ***Psychické komplikace***

Mezi psychické komplikace můžeme zařadit psychotické stavy vyvolané alkoholem ("*alkoholické psychózy*") mezi něž patří alkoholické halucinózy. Dalšími komplikacemi může být alkoholická demence či amnestický syndrom (Popov 2008, s. 152). Dále můžeme sledovat konkrétní psychická onemocnění jako např. **Korsakovovu psychózu**, kdy pacient trpí poruchami krátkodobé paměti – chybějící informace si jedinec domýšlí, konfabuluje a těmto informacím věří. Narušení můžeme sledovat i v pacientově narušené orientaci časové, místní a prostorové (Heller a Pecinovská 2001, s. 81-82). Obdobný, avšak krátkodobý a ne tak závažný stav můžeme nalézt u tzv. alkoholových okének, kdy má pacient amnézii na událost, jež se aktivně účastnil. Nejčastěji se tak děje v případech, kdy je rychle pozřeno větší množství alkoholu nebo pití alkoholu na lačný žaludek (Csémy 2004, s. 7).

### ***Léčebné intervence***

Vzhledem k tomu, že závislost na alkoholu má mnohotvárné podoby a je značně individualizovaná, nelze na ní "předepsat" univerzální léčbu (Lindenmeyer 2009, s. 68). Jak uvádí např. Kalina (2006, s. 7), před samotným zahájením léčby je vhodné použít vícerozměrné techniky, tzv. **matching**, kdy zhodnotíme, zda a případně kam je pacienta vhodné indikovat.

Klíčovou roli v terapii závislosti na alkoholu hraje psychoterapie (ať již skupinová nebo individuální), kdy se klient snaží o náhled na svou vlastní situaci, připuštění si problému a s tím realizaci změny životního stylu (Popov 2008, s. 155-156). Jako historicky úspěšný se

jeví tzv. **Skálův model**. Jedná se o kombinaci skupinové psychoterapie v s prvky terapeutické komunity s aktivní účastí pacientů s režimovou léčbou a farmakoterapií. Farmakologická léčba se v ČR využívá méně, zejména z důvodu ekonomického, kdy si léky musí pacient hradit sám (Popov 2003, s. 6-7). V ČR je možné předepisovat tzv. *anticravingové preparáty* (tedy preparáty snižující bažení po látce). U závislosti na alkoholu známe dva druhy anticravingových preparátů – Acamprosát (*Campral*) a Disulfiram (*Antabus*) (Lindenmeyer 2009, s. 112). Tato forma farmakoterapie (tzv. **senzitivace**) spočívá ve "zvýšené vnímavosti organismu vůči alkoholu". Jestliže dojde k požití alkoholu, je v těle vyvolána "antabusová reakce" – zvýšení tepu, tachykardie, zrudnutí v obličeji, obtížné dýchání. Výjimečné nejsou ani kolapsové stavy či bezvědomí. Při užití alkoholu současně s těmito preparáty by měly výše zmíněné účinky v jedinci vyvolat stav, kdy si spojí užití alkoholu s nepříjemným zážitkem (Popov 2008, s. 155-156).

## **Opioidy a opiáty**

### ***Charakteristika a rozšíření***

Opiáty jsou nejrozšířenější skupinou látek, jejichž základní surovinou je opium. Opium se získává ze šťáv nezralých makovic (Marádová 2006, s. 14). Opiát je generickým názvem používaným pro alkaloidy z rostliny máku (*Papaver somniferum*), jehož účinky jsou analgesie, euforie, ve větším množství stupor až zástava dýchání. Termín opioid je používán spíše ve spojitosti s analogickými látkami opia – látky tělu vlastní, jež dokážou tlumit bolest a vyvolávat euforii. Ve vyšších dávkách působí obdobně jako opiáty. Mezi opioidy řadíme taktéž syntetické opioidy, jakými jsou **heroin** nebo **metadon** (Kalina a kol. 2001).

Využití opia je celosvětového charakteru, typické je zejména pro oblast jihovýchodní Asie (Marádová 2006, s. 14). V ČR je surové opium užíváno zřídka, má podobu sezónního charakteru. Naproti tomu užívání heroínu či zneužívání substitučních přípravků je značné (Kolektiv autorů sdružení SANANIM 2007, s. 169). Dle Mravčíka (2015, s. 75) je v ČR odhadováno na 11,3 tisíc problémových uživatelů opiátů/opioidů a 7,2 tisíc uživatelů buprenorfinu.

### ***Způsob aplikace, účinky***

Způsoby aplikace se odvíjejí od formy dané látky. Nejčastěji se jedná o injekční způsob aplikace (heroin, zneužívaný Subutex), sublingválně (Subutex terapeuticky), perorálně, pokud mluvíme o lékových opioidech (Kalina a kol. 2008, s. 91).

Účinky opioidů mají vesměs tlumivý účinek na centrální nervový systém (CNS). Opioidy se v lékařství používají jako léky s nejsilnějším **analgetickým účinkem** nebo jako **antitusika** (obsahují kodein). Vznik sedativních a euforických pocitů je vysvětlován ve vztahu ke specifickým receptorům v mozku, zejména k receptorům  $\mu$  /*mi*/ (Kolektiv autorů sdružení SANANIM 2007, s. 169-170). Dále je jejich účinek závislý na tom, zda a jak hodně dokáže látka jednotlivé opioidní receptory aktivovat. Dle Minaříka (2003, s. 159) známe tyto 3 skupiny látek:

- **opioidní agonisté** – mají vysokou afinitu k receptoru, plně ho aktivují, vyvolávají typické účinky opiátů (morfin, kodein);
- **opioidní antagonisté** – váží se silně na receptor, ale neaktivují ho, blokují účinky jiných opioidů (*naloxon*, používá se jako lék při předávkování, antidotum);
- **parciální antagonisté (dualisté)** – vazba na receptor je silná, ale vnitřní aktivita je slabá (buprenorfin).

Účinky opioidů a opiátů závisí právě na výše zmíněných vlastnostech. Opioidní agonisté a částečně i dualisté působí tlumivým účinkem, zejména na dýchací centrum. Dále způsobují podráždění centra pro zvracení, miózu, tlumí aktivitu hladkého svalstva, kterým vyvolávají zácpu, retenci moče, dočasnou sterilitu u žen-uživatelék, snižují taktéž sexuální apetenci (Minařík 2003, s. 159-160).

### ***Odvykací stav***

Hlavními příznaky abstinenčního syndromu mohou být například bolesti břicha, neklid, hyperventilace, bolesti svalů, zvracení či průjem (Pajerek 2007, 110-11). Minařík (2003, s. 160) dodává ještě pocení, zvýšení teploty, mydriázu, nespavost, dehydrataci. Někdy má odvykací stav lehčí průběh přirovnávaný k chřipce. Obvykle odeznívá do 10 dní (Kolektiv autorů sdružení SANANIM 2007, s. 173).

### ***Somatické a psychické komplikace***

Mezi somatické komplikace při akutní intoxikaci můžeme zařadit například nevolnost, hučení v uších, svědění (typické poškrabování po celém těle), depresivní dýchání. Mezi dlouhodobé somatické komplikace můžeme řadit celkové vyčerpání organismu (kachexie) nebo infekce z používání často nesterilního injekčního náčiní. Zásadní jsou také psychické komplikace, kdy se jedná o postupnou degradaci osobnosti, uživatel je apatický, depresivní, ztrácí libido

i potenci, často se mohou objevovat hypnagogické pseudohalucinace (Minařík 2003, s. 159-160).

### ***Léčebné intervence***

Léčba závislosti na opioidech je všeobecně velmi náročná, jelikož se jedná o závislost vyvolávající velmi silnou zejména *somatickou závislost*. Její léčbu můžeme rozdělit na léčbu **vedoucí k abstinenci** a léčbu **substituční**, také někdy označovanou jako léčba udržovací. Při substituční léčbě je pacientovi podávána substituční látka (v ČR se jedná o *metadon* nebo *buprenorfin*), která vede ke stabilizaci a zvládnutí abstinenciho syndromu. Preparáty obsahující buprenorfin (Subutex, Subuxone) jsou ovšem velmi často mezi uživateli drog zneužívány. "Téměř polovina z celkového množství legálně do ČR dovezené substituční látky s obsahem buprenorfinu (Subutex) končí na černém trhu" (Nešpor a Csémy 2006, s. 39).

## **2.3.2. Látky stimulační**

### **Tabák**

#### ***Charakteristika a rozšíření***

Tabákem označujeme sušené listy lilkovitých rostlin *Nicotiana Tabacum*. Pěstování této rostliny je rozšířeno v mnoha zemích (Kalina a kol. 2001). Na konci procesu výroby nalezneme tabák ve formě doutníků, cigaret, dýmkového či bezdýmkového tabáku. (Grohmannová 2007, s. 21). Tabákový kouř obsahuje mnoho tisíc složek, jedinou návykovou látkou je ovšem **nikotin**. Nikotin je bezbarvá tekutina bez zápachu, na kterou se u člověka rychle rozvíjí tolerance. Jeho rozšíření je známé téměř po celé planetě (Králíková 2003, s. 205).

V roce 2007 se vyskytla v české populaci asi jedna čtvrtina až třetina kuřáků dospělé populace. Výzkumy Králikové (2003, s. 205) z roku 2003 uvádějí, že **kuřáků je v české dospělé populaci necelých 30 %**. Mezi mladistvými ve věku od 15 - 18 let je to 40 - 50%. Kalina a kol. (2008, s. 365) ve své publikaci z roku 2008 taktéž uvádějí, že počet dospělých kuřáků v ČR je odhadován na 30 %.

#### ***Způsob aplikace***

Aplikace tabáků závisí především na jeho formě; bezdýmý tabák je možné šňupat nebo aplikovat per os. U tabáku, který hoří, je známá aplikace kouřením. Mezi další aplikace můžeme zařadit požívání či pití odvarů (Králíková 2003, s. 205).

Při kouření se kouř vstřebává buď z dutiny ústní (kdy se jedná o zásaditý kouř z tabáku doutníků či dýmek) nebo z plic (kouř kyselý, cigaretový). Způsoby aplikace jsou často doprovázeny rituály či psychosociálními vjemy – linutí kouře, efekty kouře, aj. (Kalina a kol. 2008, s. 365).

### *Účinky*

Nikotin je látka *stimulační* se subjektivně uvolňujícím efektem (Kalina a kol. 2001). Všeobecně snižuje chuť k jídlu, brání přírůstkům hmotnosti díky stimulaci organismu skrze vegetativní systém organismu. Dále zvyšuje bdělost a soustředěnost (Kalina a kol. 2008, s. 365). Ovšem nelze hovořit pouze o zvyšování bdělosti a zaměření pozornosti; u některých jedinců dochází i ke snižování úzkosti a iritability (Kalina a kol. 2001).

Mezi krátkodobé nežádoucí účinky můžeme zařadit například zvýšení sekrece slin, žaludečních šťáv, potu, překrvení v oblasti vnitřních orgánů, blokace hemoglobinu oxidem uhelnatým spojené se zhoršením funkce dýchacího systému (Kalina a kol. 2015, s. 530-531). Lokální účinky spojené s akutní intoxikací se projevují nejčastěji **nauzeou, bolestmi hlavy, zvracením, průjmem** (Králíková 2003, s. 205-206). Mezi dlouhodobé nežádoucí účinky patří chronické záněty dýchacích cest, poruchy GIT, poruchy potence u mužů, poruchy spánku či neklid (Kalina a kol. 2008, s. 366).

### *Odvykací stav*

Odvykací (abstinenční) stav začíná obvykle 24 hodin po poslední dávce nikotinu, některé z příznaků (např. neklidný spánek) přetrvávají až měsíce po poslední dávce (Kalina a kol. 2008, s. 366). Mezi hlavní příznaky odvykacího stavu patří **bažení** po látce, které jsou doprovázeny podrážděním, nervozitou, nesoustředěností, rozladou až depresí, častá je únava a poruchy spánku (Králíková 2003, s. 206). Pro abstinenční stav jsou typické **efekty zrcadlového charakteru**, tj. opačné, než jsou účinky látky – typická je zácpa, palpitace, zvýšená chuť k jídlu, obezita či dysforie (Pilařová 2003, s. 2).

### *Somatické a psychické komplikace*

Nikotin je látkou, která u uživatele rozvíjí jak **psychickou**, tak **somatickou závislost**. Avšak z hlediska účinků na psychiku lze říci, že nikotin nezpůsobuje změněné stavy psychiky a neprovokuje je, lze tudíž říci, že je to psychicky bezpečná droga. Co je však podstatné, jsou velká rizika somatická – kuřák zemře na následky kouření s pravděpodobností 1:1, průměrně o 10 let dříve než nekuřák (Králíková 2003, s. 206). Dle Marádové (2006, s. 10) si kuřák

zkracuje život až o 20 let. Somatické komplikace se projevují v podobě kardiovaskulárních, nádorových a chronických plicních onemocněních (Grohmannová 2007, s. 21).

### ***Léčebné intervence***

Dle odborníků, např. Králíkové (2003, s. 206-207) nebo Pilařové (2003, s. 4) můžeme léčebné intervence rozdělit na dva přístupy – nefarmakologický a farmakologický.

#### ▪ **Nefarmakologický přístup**

Tento přístup nabízí například krátkou behaviorální intervenci. Nejčastěji se tato intervence odehrávají u praktického lékaře (Pilařová 2003, s. 4). Jedná se o krátké, demonstrativní zhodnocení pacienta a nabídnutí základní pomoci. Vychází z anglického výrazu "5 A", do českého jazyka přeloženo jako "**5 P**" – *Ptát se, Poradit, Posoudit ochotu přestat, Pomoci a Plánovat kontroly* (Čupka 2006, s. 3-4).

#### ▪ **Farmakologický přístup**

Mezi farmakologické intervence řadíme **náhradní terapii nikotinem** (NTN), někdy též označená jako nikotinová substituční terapie. Jedná se o postupné snižování dávek nikotinu nebo frekvence jeho užívání při terapii (Pilařová 2003, s. 4). NTN nalezneme v ČR ve formě *žvýkaček, náplastí* nebo *inhalátorů*, nově též *rozpuštěných filmů*. Jedná se o léky, které bojují proti vzniku abstinčních příznaků (Králíková 2003, s. 207).

Do farmakologické intervence řadíme rovněž léky na odvykání kouření, jimiž jsou Bupropion (*Zyban SR*) a Vareniklin (*Champix*). Preparát s účinnou látkou bupropion působí při odvykání kouření antidepresivně. Vareniklin je speciálně vyvinutá látka na pomoc při odvykání kouření. Jedná se o parciálního agonistu nikotinových receptorů, stimuluje uvolňování dopaminu, avšak s nižší intenzitou, aby zmírnil abstinční příznaky. Kuřák si tudíž již nemusí zapálit cigaretu, aby pocíťoval příjemné pocity (Králíková 2003, str. 208). Pacientům se může kouření jevit jako "nadbytečné", "neefektivní" nebo "nemající účinek" (Turanská a spol., 2009). Jeho účinnost je ve srovnání s ostatními preparáty a NTN velmi vysoká, udává se kolem 21-45 %, jeví se tedy jako doposud nejúspěšnějším léčebným nástrojem (Patočka a Plucar 2009, s. 70).

## **Psychostimulancia**

### ***Charakteristika a rozšíření***

Stimulancia, psychostimulancia, budivé látky nebo též psychomimetika jsou látky různorodého charakteru se všeobecně **budivým tělesným a duševním účinkem**. Mezi

nejznámější zástupci v této skupině jsou **pervitin** (metamfetamin), **kokain** a **amfetaminy**. Někdy též bývá přiřazována extáze, která je ovšem netypickým zástupcem (Kolektiv autorů sdružení SANANIM 2007, s. 164). Taktéž sem můžeme řadit kofein, nikotin či některé syntetické látky snižující chuť k jídlu (Kalina a kol. 2001). Odhadovaný počet problémových uživatelů pervitinu v ČR je okolo 36 000, nejvíce se jedná o uživatele z hlavního města (Mravčík 2015, s. 6).

### ***Způsoby aplikace, účinky***

Nejčastějšími způsoby užití je **šňupáním** nebo aplikací **nitrožilní**. Extáze (MDMA) je podávána per os, jelikož se jedná zpravidla o tablety (Marádová 2006, s. 14). Účinky jsou spojené s působením na CNS, zejména na vylučování neurotransmiterů (monoaminů) do neuronových synapsí (Kolektiv autorů sdružení SANANIM 2007, s. 165). Dle Minaříka (2003, s. 159) dochází navíc ke snížení zpětného vychytávání (angl. reuptakeu) těchto monoaminů (např. dopaminu). Neuromediátor tudíž působí excitačně mnohem déle, než by fyziologicky působil. Je však dobré mít na paměti, že tento účinek je taktéž omezen a může nastat stav, kdy dochází k nedostatku působení mediátoru; uživatelé tento stav znají také jako "dojezd" (Kolektiv autorů sdružení SANANIM 2007, s. 165). Mezi další účinky a projevy s nimi spjaté patří hypertenze, zvyšování svalového napětí, mydriáza nebo hyperventilace (Drogová poradna 2015).

### ***Odvykací stav***

Stavy při odvykání jsou **zrcadlové** k účinkům stimulancí; hlavními symptomy jsou únava, úbytek energie, depresivní stavy až depresivní syndrom. V průběhu odvykání se mohou objevit sebevražedné tendence. Po několika dnech se stav pacienta zlepšuje, nastupuje silné bažení po znovuužití. Některé z projevů mohou přetrvat týdny i měsíce (Drogová poradna 2015). Někdy se u jedince mohou rozvinout paranoidně-psychotické stavy nebo auto- či heteroagresivní chování, tzv. "stíhy" (Marková a kol. 2006, s. 217-218).

### ***Somatické a psychické komplikace***

Jako somatickou komplikaci můžeme považovat zejména celoorgánovou zátěž, především zátěž **kardiovaskulárního systému**, kdy stoupá riziko srdečních a mozkových příhod. Organismus je v neustálé přípravě na vrcholový výkon díky působení monoaminů. Tímto mechanismem dochází někdy až k extrémnímu hubnutí a podvýživě (Minařík 2003, s. 159-160.). Častou psychickou komplikací při dlouhodobém užívání stimulancí může být **toxická**

**psychóza**, kdy jedinec trpí paranoidním či paranoidně-halucinatorním syndromem ("stíhou") (Minařík 2003, s. 160). Toxickou psychózu můžeme charakterizovat i takto: "Na svůj stav má pacient dlouhou dobu náhled, avšak postupně ho ztrácí" (Drogová poradna 2015).

### *Léčebné intervence*

Pomoc při závislosti na stimulancích bývá vyhledávána v pozdějších stádiích závislosti, nejčastěji pokud pacient trpí toxickou psychózou. Základní intervencí je psychoterapie, popřípadě farmakologická léčba symptomatická, při rozvinuté toxické psychóze lze uvažovat nad podáním antipsychotik, které mají také anticravingový účinek (Hosák 2015, s. 169).

## 2.3.3. Konopné drogy

### *Charakteristika a rozšíření*

Za konopné drogy označujeme takové látky, které jsou vyráběné z konopí a mají halucinogenní účinky. Domovem konopí je oblast Himalájí, ale lze je nalézt i v mírném pásu. Ve spojitosti s halucinogenními účinky se nejvíce zmiňuje rostlina *cannabis indica* a *cannabis sativa*. Jedná se o dvoudomé rostliny dosahující vzrůstu maximálně kolem 2 m (Kalina a kol. 2015, s. 64). Samičí rostliny jsou bohatší, co se do obsahu psychoaktivních látek týče. (Kolektiv autorů sdružení SANANIM 2007, s. 153-154).

Účinnými látkami v konopí je jednak **THC** (*delta-9-trans-tetrahydrocannabinol*) a jednak kanabidioly (**CBD**), které mají prokázané anxiolytické a antipsychotické účinky (Kalina a kol. 2015, s. 64). Konopné látky existují ve dvou formách; **marihuana** a **hašiš**, které se mimo jiné zásadně liší v množství účinné látky. V hašiši nalezneme až třikrát více účinných látek než v marihuaně (Grohmannová 2007, s. 22-23).

### *Způsoby aplikace, účinky*

Konopné drogy jsou užívány zejména **kouřením**, dále perorálně jako součást různých pokrmů – zejména v pokrmech, kde je významně tuku, jelikož účinné látky jsou dobře rozpustné v tucích (Marádová 2006, s. 11-12). Dalšími známými způsoby jsou kouření ve vodní dýmce, případně z nahřátého alobalu (Hosák 2015, s. 163).

Hlavní účinky THC jsou zajištěny díky vazbě na kanabinoidní receptory v mozku. Za fyziologických podmínek se na tyto receptory váží látky tělu vlastní (anandamidy), které působí euforii a uvolnění. Při užívání konopí THC "vytěsňuje tyto látky z vazby na



kanabinoidní receptory a při dlouhodobém užívání vede k útlumu jejich produkce" (Miovský 2003, s. 174-175).

První účinky se v organismu projevují s časovou prodlevou dle toho, v jaké formě uživatel účinnou látku aplikuje (kouřením do desítek sekund, po podání ústy až několik hodin). Účinné látky významně ovlivňují **vnímání času**, **rozostřují smyslové vjemy**, nastupují pocity **euforie** a **blaženosti**. Typický je neutišitelný, často bezdůvodný smích (Kolektiv autorů sdružení SANANIM 2007, s. 154-155).

Dalšími typickými fyzickými projevy jsou zarudnutí očí, pocity sucha v ústech, "vlčí hlad" či stavy spojené s agresivitou (Hosák 2015, s. 163-164). Kanabinoidy mají kromě výše uvedených i potenciálně využitelné vlastnosti, které se dají použít mimo jiné terapeuticky. Jedná se o účinek analgetický spolu se schopností potlačit zvracení. Je tedy na místě využití při obtížích spojených s *chemoterapií* (Miovský 2003, s. 175).

### ***Odvykací stav***

U konopných drog lze stěží mluvit o fyzické či psychické závislosti v pravém slova smyslu. Při abstinenci může u uživatele nastat **psychická rozlada** (Kolektiv autorů sdružení SANANIM 2007, s. 160). Dle Miovského (2003, s. 177.) nejsou u konopných popisovány odvykací příznaky. Výjimečně se lze setkat s podrážděností, nervozitou, úzkostí či bolestmi hlavy.

### ***Somatické a psychické komplikace***

Mezi zdravotní rizika patří zejména poruchy dýchacího systému, snížení sexuální funkce a nepříznivé dopady na CNS. Postižení dýchací soustavy se projevuje v chorobách cest dýchacích a plic anebo nádory plic, jelikož marihuanový kouř obsahuje vysoké koncentrace karcinogenních látek. Při dlouhodobém užívání marihuany může být do jisté míry zmenšena produkce ženských a mužských hormonů (Shapiro 2005, s. 321-322). Dle Hosáka (2015, s. 164) je na místě zhoršení imunitního systému.

Z psychických komplikací lze zmínit typické **poruchy paměti** nebo poruchy motivace, kdy dochází ke ztrátě motivace k běžným aktivitám (Kolektiv autorů sdružení SANANIM 2007, s. 156-157). V literatuře se lze setkat s pojmem "**amotivační syndrom**", který je charakterizován dlouhodobou ztrátou touhy k činnosti, sníženými ambicemi, apatií, roztěkaností (Zajdánková 2006, s. 14).

Uživatelé konopných drog jsou do léčby přiváděni nejčastěji rodiči nebo na doporučení školy. Klienty často bývají **experimentátoři**, kteří do léčby přicházejí kvůli komplikacím při užití drogy ("*bad tripům*"). Nejčastěji se indikuje poradenská intervence, krátkodobá psychoterapie, u klientů s komorbiditou je indikována léčba na psychiatrickém oddělení včetně farmakoterapie. Není vhodná ústavní léčba, pokud uživatel nekombinuje konopné drogy s jinými drogami.

Další možností je farmakoterapie. Akutní účinky lze utiřit podáním benzodiazepinů v běžných dávkách, přetrvávající potíže zmírní antipsychotika, nootropika nebo antidepresiva; zejména typu SSRI (Kalina a kol. 2015, s. 66).

### 2.3.4. Halucinogeny

#### *Charakteristika a rozšíření*

Jedná se o skupinu přírodních a syntetických látek, které vedou ke **změněnému vnímání**, halucinacím, typická je změna kognice a nálady (Kalina a kol. 2015, s. 67). Do této skupiny řadíme dietylamid kyseliny lysergové (**LSD**), **mezkalin** či **psylocibin** (Hosák 2015, s. 173). Dále taktéž ketamin, ibogain a fencyklidin (PCP).

Užívání halucinogenů má spíše charakter experimentů, jako primární droga bývají užívány výjimečně. Taktéž je pro ně typická sezónnost – zejména v rámci sběru lysohlávek. (Kolektiv autorů sdružení SANANIM 2007, s. 157). Halucinogeny jsou obecně nejvíce vědecky zkoumanou skupinou látek, zejména pro jejich neobvyklé účinky (Marádová 2006, s. 13). Rozšíření je celosvětové, užití může být omezeno lokálně (Kalina a kol. 2015, s. 68).

#### *Způsob aplikace, účinky*

Přírodní halucinogeny vyskytující se v některých houbách se aplikují ústy, polosyntetické látky jako LSD se vyskytují ve formě tzv. **tripů** – jejich aplikace je rozpuštění na jazyku nebo pod jazykem (Marádová 2006, s. 13). Kalina a kolektiv (2015, s. 68) hovoří i o možnosti kouření, výjimečně intravenózně či jinak.

Charakteristická je variabilita účinků, která velmi často závisí na rozpoložení uživatele a jeho okolí (tzv. **set a setting**). Typická je deformace vnímání času a prostoru, pseudo až halucinace. Dominují taktéž změny vnímání, dochází k synestezii, vizuálním či sluchovým iluzím. Nepříznivě krátkodobým účinkem může být *bad trip*, kdy jsou pocíťovány úzkostné pocity, někdy i s halucinacemi (Kalina a kol. 2015, s. 68).

***Odvykací stav***

Autoři se shodují, že vysazení halucinogenů **obvykle nedoprovází odvykací stav** (Kalina a kol. 2015, s. 69).

***Somatické a psychické komplikace***

Psychickými komplikacemi mohou být poruchy kritičnosti, poruchy chování (např. agrese) či úsudku (Hosák 2015, s. 173-174). U uživatelů se mohou objevit taktéž stavy **derealizace** nebo **depersonalizace**. Somatické poškození u halucinogenů je různé, některé jsou méně toxické pro organismus (psylocibin, LSD), jiné mohou být velmi toxické a způsobit smrtelné předávkování jako je tomu například u muchomůrky červené nebo durmanu (Kalina a kol. 2015, s. 69).

***Léčebné intervence***

Na základě stavu pacienta je vhodná farmakoterapie na zmírnění psychotických stavů, výhodnější se ovšem jeví intervence **psychoterapeutické**. Lehčí psychické obtíže (např. "flashbacky") je možné zvládnout pomocí psychoterapie, těžší případy psychotického charakteru vyžadují antipsychotickou léčbu. Léčba je díky nepřítomnosti somatické závislosti řešena vysazením drogy a symptomatickými intervencemi (Kalina a kol. 2015, s. 69).

**2.3.5. Těkavé látky*****Charakteristika a rozšíření***

Těkavé látky (někdy též označované jako **inhalační látky**) jsou chemikálie charakterizované jako alifatické, cyklické, aromatické uhlovodíky (Kalina a kol. 2015, s. 74-75). Do této kategorie řadíme nejčastěji užívané těkavé látky, jimiž jsou: **benzen, toluen a aceton** (Hosák 2015, s. 174). Společnou vlastností těchto látek je, že se jedná o látky lipofilní a mající narkotický účinek (Drogová poradna 2015).

Mimo uvedené látky se můžeme setkat taktéž se zneužíváním lepidel, plyných látek; např. rajského plynu a éteru (Marádová 2006, s. 14-15). Rozšíření v ČR je ve srovnání s 80. léty minulého století téměř mizivé. Svou dostupností si těkavé látky přitahují pozornost spíše jedinců se sociálně špatnou situací nebo jsou zneužívány jako drogy doplňkové. Celosvětově se udává, že populace "čičačů" je stabilní (Kolektiv autorů sdružení SANANIM 2007, s. 150-151).

### ***Způsob aplikace, účinky***

Téměř výhradně jsou těkavé látky aplikovány **inhalačně**, mizivě požitím či intravenózně. Aplikace probíhá přes napuštěný igelitový sáček či hadřík, což znemožňuje přesné dávkování (Kalina a kol. 2015, s. 75). K navození požadovaného účinku postačuje řádově několik mililitrů látky, ke zvýšení účinku používají uživatelé plastový sáček, který si přetahují přes hlavu a obličej (Marádová 2006, s. 14-15).

Projevy intoxikace jsou obdobné jako u opilosti – zpočátku pociťuje uživatel excitaci doprovázenou krátkou euforií, následují změny vnímání se sluchovými či zrakovými halucinacemi přecházejícími ve spánek. Jedinec po odeznění účinku zažívá stav alkoholové "kocoviny" (Kalina a kol. 2015, s. 75).

### ***Odvykací stav***

Dle Kaliny a kol. (2015, s. 76) se typický odvykací stav neobjevuje, je doprovázen pouze somatickými obtížemi a bažením. Hampl (2003, s. 194-195) potvrzuje, že syndrom z odnětí drogy se neobjevuje, pouze je možné pociťovat silné **bažení** po látce.

### ***Somatické a psychické komplikace***

Autoři se shodují, že organická rozpouštědla vyvolávají **silnou psychickou závislost**, somatická nebývá vyjádřena (Kalina a kol. 2015, s. 76). Uživatel v důsledku svého bažení užívá drogu prakticky denně, tudíž dochází k zásadní degradaci mozkových struktur a změně osobnosti (Hampl 2003, s. 194). Poškození mozkových struktur taktéž snižuje schopnost náhledu pacienta na problém. Poruchy vědomí vyvolané užíváním těkavých látek mohou vyústit v zástavu dechu, některé látky mohou mít přímý negativní vliv na srdeční svalstvo (Kalina a kol. 2015, s. 76).

### ***Léčebné intervence***

Léčba je úzce propojena s rodinnými členy často nezletilého pacienta anebo se školou. Mladí pacienti však často **nebývají schopni** v důsledku poškození organismu **spolupracovat** a abstinovat (Marádová 2006, s. 15). Hampl (2003, s. 195) doporučuje indikování individuální kognitivně behaviorální terapie (KBT) nebo rodičovské skupiny. Kalina a kol. (2015, s. 76) dodává, že lze působit i farmakologicky; pacientům lze podat nootropika, která mohou zlepšit poškození CNS.

## 2.4. Systém léčebné péče v ČR

Péče o uživatele drog se u nás datuje k roku 1948, kdy byla otevřena specializovaná ústavní pobytová léčba MUDr. Jaroslavem Skálou v Praze U Apolináře. Od této chvíle se léčebná zařízení začala rozrůstat, nejčastěji spojená s psychiatrickou péčí. Posléze začaly vznikat AT ambulance<sup>1</sup> (Grohmannová 2007, str. 37).

V dnešní době se o závislé na návykových látkách stará a své služby nabízí mnoho státních i nestátních organizací, z nichž některé pracují na poli zdravotnickém, jiné na poli sociálním. Jednotlivé složky systému péče o závislé si následně v krátkosti představíme. Z důvodu zaměřenosti práce je kladen důraz zejména na kontaktní centra a terénní služby.

### 2.4.1. Nízkoprahová kontaktní centra

#### *Charakteristika*

Nízkoprahová kontaktní místa (nebo také zkráceně K-centra) jsou **sociální službou**, která je určena k "včasné krizové intervenci, poradenství, zdravotní a sociální pomoci osobám s nízkou motivací k léčbě" (Libra 2003, str. 165).

Definice dle zákona 108/2006 Sb. o kontaktních centrech je v následujícím znění: "Nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek“.

Grohmannová (2007, str. 37) uvádí, že kontaktní centra jsou **nízkoprahová zařízení** pro jednotlivce nebo skupiny jedinců, kteří nechtějí nebo nemohou vyhledat jinou (standardní institucionalizovanou) odbornou pomoc. Nízkoprahovost ve spojení s kontaktní či terénní prací znamená omezení překážek, které by mohly klienta případně od služby odradit – služby jsou tedy **bezplatné** a **anonymní** (klienta si služba vede pod kódem). Libra (2003, str. 166) dodává, že k principům nízkoprahovosti můžeme zařadit i **respektování volby klienta**; zejména v souvislosti s abstinencí od drog.

---

<sup>1</sup> zkratka je názvem pro Alkohol a jiné Toxikomanie

### ***Cílová populace***

Mezi cílovou skupinu kontaktních center můžeme řadit osoby závislé na návykových látkách (NL), problémové uživatele<sup>2</sup> či rodinné příslušníky anebo blízké osoby uživatelů (Grohmannová 2007, str. 37).

### ***Východiska a cíle kontaktních center***

Obecně lze říci, že cílem kontaktní práce je "minimalizace negativních dopadů v oblastech tělesného a duševního zdraví a sociálních podmínek jedince" (Grohmannová 2007, str. 35). Je nutné dodat, že stejně jako terénní programy i kontaktní centra vycházejí z principu *Public health* a zejména z principu *harm reduction* (Libra 2003, str. 165).

### ***Nabízené služby kontaktních center***

Spektrum nabízených služeb v kontaktních centrech je velmi široké. Klientům je nabízeno od služeb včasné intervence přes lékařské ošetření až po služby poradenské a terapeutické.

Obecně lze do služeb v K-centrech zahrnout:

- 1) **Kontaktní práce** – jedná se o navázání kontaktu s klientem, postupné budování důvěry a zmapování klientových potřeb.
- 2) **Výměnný program** – obdobný princip jako výměna injekčního materiálu v terénních programech, kdy jsou nabízeny čisté injekční stříkačky (za "špinavé") a pomůcky k aplikaci drog.
- 3) **Základní zdravotní péče** – kontaktní centra mají zpravidla i zdravotnický personál, který nabízí ošetření ran. Dále je v těchto službách zahrnuto i testování na HIV a hepatitidy a jiná neodkladná zdravotní péče.
- 4) **Poradenství, časná či krizová intervence a motivační trénink** – tyto intervence dávají klientům možnost řešit jejich nepříznivou životní situaci a posouvat je směrem v léčbě (či k abstinenci). Intervence (např. krizové) se mohou týkat jednak klienta, jednak do nich můžeme zahrnout i krátkodobou práci s rodiči či partnerem závislého.
- 5) **Sociální práce** – jsou značně využívanou službou v K-centrech, zahrnuje např. vyřizování dokladů, pomoc při hledání práce, asistence při kontaktu s úřady, policií, rodinou apod.

<sup>2</sup> Dle Grohmannové (2007, str. 37) je problémový uživatel definován jako osoba užívající návykové látky nitrožilně, dlouhodobě či pravidelně užívající opiáty a/nebo amfetaminy.

- 6) **Doplňkové služby** – jde zejména o hygienický servis (možnost osprchování se, praní prádla), potravinový servis (nárok na čaj či polévku), vitaminový servis (Libra 2003, str. 167-168).

### 2.4.2. Terénní programy

#### *Charakteristika*

Terénní práce je **specifickou formou sociální práce**, která je poskytována přímo na ulici. Její specifikum je např. aktivní vyhledávání klientů, kteří nemají motivaci navštívit sociální či jiné léčebné zařízení (Hrdina a Korčíšová 2003, str. 159). Terénní práce se zaměřuje zejména na jednotlivce, kteří nejsou v kontaktu s institucí a na jedince, kteří mohou vést rizikový způsob života a tudíž pomoc nejvíce potřebují (Tim 1999, str. 11).

#### *Cílová populace*

V terénních programech pracovníci aktivně vyhledávají cílovou populaci, která je často obtížně dosažitelná (tzv. *skrytá populace*), s minimální motivací anebo se závažnými zdravotními, sociálními či psychickými problémy. Mezi skrytou populaci zpravidla zařazujeme:

- 1) **experimentátory** (tj. mladí lidé v počátečních stádiích experimentů);
- 2) **"děti ulice"** (které hledají azyl na drogových bytech);
- 3) **pravidelné uživatele drog** (kteří nepovažují svou situaci natolik závažnou k vyhledání služby);
- 4) **problémové uživatele drog** (Hrdina a Korčíšová 2003, str. 159).

Tim (1999, str. 12) k cílové populaci přidává **ženy** či uživatele z **etnických menšin**.

#### *Východiska a cíle terénních programů*

Terénní práce vychází z modelu *Public health* a z přístupu *harm reduction*. Základním principem je tedy "minimalizace poškození a rizik souvisejících s užíváním návykových látek nejen pro samotné uživatele, ale i pro společnost" (Gromhannová 2007, str. 37). Konkrétně si pod tím můžeme představit: snižování výskytu hepatitidy B a C, udržení nízkého výskytu HIV (AIDS), snižování počtu úmrtí v souvislosti s předávkováním, motivace uživatele

k méně rizikovému způsobu života a užívání NL, sběr parafernálií<sup>3</sup> ve veřejných prostorách či předcházení kriminality a sociálnímu propadu (Hrdina a Korčíšová 2003, str. 160).

### *Nabízené služby terénní práce*

- 1) **Výměna injekčního materiálu** – týká se nejen injekčních stříkaček jako takových, ale i *dotankovacího materiálu*, který uživatelé používají k intravenózní a jiné aplikaci (filtry, kyselina askorbová, aluminiová folie, sterilní voda apod. Prostor při výměně je využit k navázání kontaktu s klientem a případnému zmapování jeho životní situace.
- 2) **Informace** – informace slouží klientům ke **zvýšení povědomí** o účincích drog, o bezpečnějších možnostech aplikace a v neposlední řadě slouží k **edukaci** (o přenosných chorobách aj). Nejčastěji se jedná o informace předávané ústně (z pracovníka směrem ke klientovi) a o tištěné materiály. Součástí informací bývá i odkaz na dostupnou formu pomoci a kontakt na službu.
- 3) **Poradenství** – tato složka v sobě skrývá poradenství sociální, zdravotní i krizovou intervencí. Velmi častou službou bývá v terénních programech zejména pomoc v sociálně-právní oblasti. Nabízen je i **zdravotnický servis** – některé terénní služby a kontaktní centra mají i svá zdravotnická zařízení (nejčastěji se jedná o mobilní formy zdravotnických zařízení, tzv. *sanitky* typické pro terénní programy). Pokud se klient nachází v bezútěšné životní situaci, je skrze terénní pracovníky (jinak známé též jako *streetworkery*) odkazován či doprovázen do specializovaných zařízení (Hrdina a Korčíšová 2003, str. 161-162).

### **2.4.3. Ambulantní centra**

Ambulantní péče pro závislé na návykových látkách může být v područí jak státních, tak i nestátních zdravotnických léčebných zařízení. *Cílová populace* není přesně stanovena, někdy se omezuje na **uživatele nelegálních návykových látek**, ale známe mnoho ambulantních zařízení, které se specializují na uživatele legálních návykových látek (zejména se jedná u uživatele tabákových výrobků). Tento typ služby je vhodný pro klienty, kteří nemají problém s udržení denního řádu a jsou schopni a ochotni dorazit zpravidla jedenkrát týdně na smlouvané sezení (Grohmannová 2007, str. 38).

V České republice jsou známa také specializovaná centra lékařské pomoci osobám s problémem užívání návykových látek – **adiktologické (AT) ambulance**. Působí zde

---

<sup>3</sup> Parafernálie jsou v adiktologickém pojetí pomůcky k aplikaci drog (zejména k intravenózní aplikaci)



multidisciplinární tým v čele s lékařem, který klientům nabízí komplexní lékařské vyšetření (včetně např. anamnézy, laboratorního vyšetření) a další služby jako: farmakoterapie (u nás často spojená se substituční terapií), sociální poradenství, psychoterapie aj. (Hampl 2003, str. 172-174).

#### 2.4.4. Denní stacionáře

Denní stacionáře jsou zařízení v jistém slova smyslu péči "*na poloviční cestě*" mezi ambulantní péčí a ústavní pobytovou léčbou. Jde o péči, která je poskytována zejména přes všední dny. *Cílovou populací* jsou klienti, kteří **mají zajištěné své vlastní bydlení**, ale jsou stále ohroženi negativními vlivy prostředí a zároveň pro ně není nutná pobytová léčba (nebo by pobyt v ústavní pobytové léčbě nezvládli).

Jedná se o službu, kde je kladen důraz na **strukturovaný denní program** (obdobný jako u terapeutických komunit), který je intenzivní (práce s klienty je 4-5 hodin denně po pět dní v týdnu). Délka léčby je jasně ohraničená, zpravidla 3-6 měsíců dlouhá (Kalina 2003, str. 179-182). Cíle této služby jsou zaměřené zejména na **podporu v sociálních dovednostech a osobním růstu**, osvojení si základních dovedností každodenního života, dosažení či udržení abstinence, pozitivní změna v sebepojetí a interpersonálních vztazích aj. (Grohmannová 2007, str. 38).

#### 2.4.5. Detoxifikační jednotky

Detoxifikační jednotky jsou *zdravotnická zařízení*, která jsou určena pro drogově závislé klienty. Jsou to jednotky buď přidružené k zařízením pobytovým, nebo stojící samostatně. *Cílovou populací* jsou klienti, kteří **nevyžadují intenzivní ošetření** (ve smyslu intenzivní lékařské péče – na jednotkách intenzivní péče) a pro které by byla **detoxifikace v domácím prostředí nebezpečná**. Přijímání jsou také klienti, kteří se detoxifikací připravují na další odbornou léčbu (Nešpor 2003, str. 190-192).

Mezi služby nabízené v rámci detoxifikačního pobytu, který zpravidla trvá jeden až dva týdny, jsou zahrnuty např. **farmakoterapie**, která představuje léčbu akutní intoxikace, odvykacích stavů, tělesných či psychických komplikací, dále pak sociální poradenství či poradenství psychologické a v neposlední řadě příprava na další péči v systému služeb (Grohmannová 2007, str. 38).

### 2.4.6. Střednědobá ústavní léčba

Střednědobá ústavní léčba probíhá ve zdravotnickém zařízení psychiatrických nemocnic. Jedná se o léčbu v trvání od 3-6 měsíců, kdy je kladen **důraz na abstinenci klienta od návykové látky** (nebo návykových látek). *Cílovou skupinou* ústavní pobytové léčby bývají zpravidla **problémoví uživatelé drog a alkoholu**, kteří obtížně zvládají dodržováním denního režimu, mají nižší motivaci nebo jim je léčba soudně nařízena (Grohmannová 2007, str. 39).

V tomto typu léčby nalézáme tzv. **Skálům model léčby**, který je základním východiskem v práci s klienty. Taková to léčba klienta je rozdělena do jednotlivých fází, denní režim je vysoce strukturovaný, dbá se na dodržování stanovených pravidel. Obdobně jako v terapeutických komunitách je i zde přihlíženo k **léčebnému společenství**, které je vytvářeno mezi samotnou skupinou klientů (v ústavní pobytové léčbě nalezneme separátně oddělení pro muže a pro ženy). Léčebné společenství nabízí klientům bezpečný prostor, dává příklady, možnosti zpětných vazeb apod. Mezi další prvek, na který je kladen důraz, řadíme **pracovní terapii**, kdy je na klienta přenášen pocit vlastní zodpovědnosti a pracovní morálky, jakožto běžnou součást lidského života (Dvořáček 2003, str. 195-197).

### 2.4.7. Terapeutické komunity

Terapeutickou komunitu (TK) v systému léčebné péče o závislé vnímáme jako zpravidla nestátní specializovanou pobytovou (rezidenční) léčbu s cílem **sociálního rehabilitace a udržení abstinence**. *Cílovou populací* bývají uživatelé návykových látek (zpravidla nealkoholových), kteří mají přidružené somatické komplikace (hepatitidu typu B, C), psychické komplikace nebo kriminální minulost. Terapie se zaměřuje na práci v podnětném společenství (kde se ovlivňují klienti a pracovníci), na rozvoj klienta v denních činnostech (pracovní terapie, náplň volného času aj.) či na rozvoj v jeho osobním životě aj. (Adameček a kol. 2003, str. 201-204).

Mezi základní prvky terapeutické komunity patří režim, který se snaží maximálně kopírovat a simulovat běžný život – klienti musí dodržovat určitá **pravidla**, mají **svá práva a povinnosti**. Týden (potažmo den) je rozdělen do několika částí, klienti jsou zcela samostatní, co se týká péče o bydlení, vaření, uklízení aj.

Zásadní jsou také **rituály**, jež znamenají určitou změnu, přechod do další fáze léčby (například přijímací rituál, ukončovací, rituál přechodový mezi jednotlivými fázemi léčby (Adameček a kol. 2003, str. 201-204). Jako další aktivity terapeutické komunity můžeme

zmínit například společná **setkání komunity**, **skupinovou** a **individuální terapii**, pracovní a volnočasové aktivity, sportovní a zátěžové aktivity aj. (Grohmannová 2007, str. 39).

#### 2.4.8. Následná péče, doléčovací programy

Programy doléčovací, které spadají do následné péče o klienta se závislostní poruchou, jsou typem *ambulantní péče*. Z hlediska cílové populace sem spadají ti klienti, kteří **již absolvovali nějaký typ léčby** (ambulantní či rezidenční) případně klienti, kteří abstinují a mají náhled na svou závislostní poruchu.

Hlavním cílem následné péče a doléčovacích programů je pomoc při **stabilizaci klienta**, jeho životního stylu spojeného s abstinencí (Grohmannová 2007, str. 40-41). Zcela zásadními složkami programu následné péče se jeví **psychoterapie** (zejména individuální, ale setkáváme se i s psychoterapií skupinovou) nebo prevence relapsu, kdy selhání je projevem nové šance. Dále je klient vybavován dovednostmi, které mu mohou pomoci překlenout období mezi pobytovou léčbou a následnou péčí. Další službou je sociální práce, kdy je klient doprovázen při hledání práce, rekvalifikacích a obdobných starostech.

V neposlední řadě je pro následnou péči typická **práce s rodinnými příslušníky**, kdy formou rodinné nebo skupinové terapie je pomoc nabízena i blízkým závislého klienta. Délka trvání následné péče je doporučována na minimálně 6 měsíců (Kuda 2003, str. 208-201).

#### 2.4.9. Substituční programy

Substituční programy jsou založené na **nahrazení původní psychoaktivní látky látkou méně nebezpečnou** (tj. o známé koncentraci, bez dalších chemických příměsí). Cílem substituce je taktéž poskytnout klientovi bezpečnější formu užívání drogy (často sublingválně – rozpuštěním pod jazyk nebo per os – podáním ústy). Substituce jako terapeutický proces může mít *krátkodobé* trvání (v rámci dnů až týdnů např. v rámci detoxifikace nebo hospitalizace), *střednědobé* (u klientů s vyšší tolerancí nebo při polymorfním užívání<sup>4</sup>) nebo *dlouhodobé* trvání, které je formou **udržovací terapie** poskytováno klientům často ambulantně (Popov 2003, str. 221).

Do programu substituce jsou zařazováni uživatelé opiátů (neinjekční), kteří užívají déle jak 6 měsíců a dále osoby závislé na opiátech s injekčním způsobem aplikace (Grohmannová 2007, str. 40).

---

<sup>4</sup> Vícečetné užívání, užívání více psychoaktivních látek najednou

Cílem substituční léčby je **snížení konzumace nelegálních drog, omezení rizik spojených s užíváním drog** (zejm. somatická poškození, infekční přenosné choroby), stabilizace klienta, snížení kriminality aj. V České republice jsou používány dva typy substitučních preparátů, tj. *Subutex* (s účinnou látkou buprenorfin) a *Subuxone* (s účinnou látkou buprenorfin a naloxone) a *metadon*.

Podstatnou část substituční terapie zastupuje i **nefarmakologická složka léčby**, která zahrnuje několik forem – individuální nebo skupinovou terapii, sociální práci, rodinnou terapii, pracovní terapii nebo pracovní rehabilitaci (Popov 2003, str. 223-224).

## 2.5. Možnosti získání informací o léčbě

Osoby, které uvažují nebo se rozhodly absolvovat léčbu v některém z odborných zařízení, mají hned několik možností, jak nalézt konkrétní informace o institucích a centrech odborné péče. Musíme brát v potaz, jaký problém chce dotyčný řešit a co je pro něj přijatelné či akceptovatelné. Osobám, jež se *vyskytují na ulici*, mohou pomoci **terénní pracovníci** nabízející informace dle filosofie **harm reduction**. Kalina (2000, str. 3) dodává, že "tyto informace jsou zcela specifické a jejich distribuce je omezena na okruh klientů, kterým jsou určeny". Není proto vhodné tyto informace sdělovat např. žákům ve školách. U školních a jiných skupin vyjma uživatelů návykových látek, by mohly konkrétní informace vyvolat senzaci, pobouření nebo návodnost.

Klientům pohybujícím se *na ulici a využívajícím služeb terénních či kontaktních* jsou k dispozici i **materiály tištěné**. Příkladem může být časopis **Dekontaminace**, který je specifický svým jazykem, blízkým jazyku klientů. Je určen pouze uživatelům drog a odborné veřejnosti. V každém vydání (zhruba měsíčním) zde můžeme nalézt témata spojená s užíváním drog (HIV/AIDS, předávkování, první pomoc apod.), jsou zde i informace o možnostech léčby včetně kontaktů na daná zařízení nebo informace o nabízených službách. Časopis je dostupný i v online verzi na příslušných webových stránkách (Časopis Dekontaminace, 2007).

Dalšími možnostmi pro osoby, jež hledají vhodnou léčbu, mohou být **webové stránky jednotlivých léčebných zařízení**. Pokud má jedinec představu či zná odborná zařízení, může rovnou přejít na jejich webové stránky, kde se zpravidla dozví, o jakou společnost se jedná, jaké nabízejí služby, pro koho je služba určena, kde se zařízení nachází atp. Pokud jedinec tápe a neví si rady na jakou službu se obrátit, může mu dobře posloužit webová stránka **drogy-info**, kde si v odkazu *Mapa pomoci* může vyhledat zařízení dle kritérií. Například je

zde možné vyhledat dle druhu nabízené pomoci – ambulantní programy, detoxifikace, substituční léčba aj., anebo dle kraje, kde je služba poskytována. Dále je k dispozici i názorná mapa, kde jsou vyznačeny počty jednotlivých zařízení a přesné názvy s kontaktem na ně (Mapa pomoci, 2015).

Užitečným materiálem, kde je možné vyhledat odborná zařízení pro drogovou závislost, může být i např. publikace z roku 2003 **Seznam zařízení poskytující služby v protidrogové prevenci, léčbě a resocializaci**, který je volně dostupný na webových stránkách. Nalezneme zde tabulky rozdělené dle krajů České republiky. V jednotlivých krajích lze vyhledat typ služby, její název, zřizovatele a dále přesnou adresu zařízení, kontaktní osobu, telefonní číslo a popřípadě e-mail. Jednotlivé změny a aktualizace jsou možné dohledat na webové stránce *www.vlada.cz* v sekci Poradní a pracovní orgány vlády/Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (Seznam zařízení poskytujících služby v protidrogové prevenci, léčbě a resocializaci, 2003).

Jednou z neposledních možností je **položení dotazu na webové stránky**, jež spravují odborníci, kteří mohou podat kvalifikovanou odpověď. Jedním z takových webů je například **Drogová poradna**, kde může jedinec vznést jakýkoli dotaz. Taktéž se na této webové stránce dozvíme o jednotlivých drogách, jejich účincích, příznacích předávkování, odvykání aj. (Drogová poradna, 2015).

## 3. VÝZKUMNÁ ČÁST

### 3.1. Vymezení cíle a výzkumných předpokladů

Cílem tohoto výzkumu je získat konkrétní informace, které se týkají klientů vybraného K-centra a prozkoumat jejich drogové zkušenosti.

Tato práce se skládá ze tří podcílů, které spolu úzce souvisí a korelují:

- 1) Zjistit základní informace o klientele vybraného K-centra (z hlediska pohlaví, věku, primárně užívané drogy, frekvence návštěv);
- 2) Zjistit, zda byli klienti v K-centru informováni o svých možnostech léčby problému, zda o léčbě uvažují nebo ji podstoupili a jaká byla jejich motivace k léčbě;
- 3) Zjistit, kolik klientů K-centra již v minulosti léčbu závislosti absolvovalo.

#### *Předpoklady výzkumu*

- 1) Většina klientů vybraného K-centra (více jak 70 %) bude informována o svých možnostech léčby závislostního problému;
- 2) Většina klientů vybraného K-centra (více jak 70 %) bude zařízení využívat pravidelně (denně a týdně);
- 3) Většina klientů vybraného K-centra (více jak 70 %) v minulosti již využila služeb alespoň jednoho drogového léčebného zařízení kromě K-centra.

### 3.2. Etické náležitosti

Respondenti, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření, byli obeznámeni s cílem výzkumu a jejich zapojení bylo zcela dobrovolné. Respondenti byli seznámeni s počtem otázek a jejím zněním předtím, nežli jim byly otázky pokládány pro případné odmítnutí účasti na šetření. Dotazník byl striktně anonymní, veškeré údaje pocházející z dotazníku byly využity pouze pro tento výzkum a posléze skartovány.

### 3.3. Metodologie výzkumu

Dotazník předkládaný respondentům se skládal z 10 uzavřených nebo polouzavřených otázek. První část dotazníku se týkala sociodemografických údajů (pohlaví, věková skupina), následovaly otázky týkající se klientovy drogové oblasti a posléze otázky na klientovu informovanost o léčbě, absolvované léčebné procesy a jejich motivaci k nim.

Dotazníkové šetření probíhalo během jednoho týdne ve vybraném K-centru v Praze v roce 2015. Výběr K-centra byl omezen na Prahu, jelikož se zde koncentruje více kontaktních center a z důvodu mého blízkého bydliště. Výběr pražského K-centra proběhl náhodně a ke sběru dat bylo svoleno od vedoucího K-centra. Aby návratnost dotazníků byla co nejvyšší, rozdávala jsem klientům dotazníky osobně a byla jim k dispozici k případným otázkám či nejasnostem.

Z důvodu časové tísně byli osloveni klienti, kteří navštívili K-centrum s motivací delší návštěvy, tj. nebyli osloveni klienti, kteří si přišli "pouze" vyměnit injekční materiál.

Data získaná od respondentů byla převedena a zpracována v MS Excel. Nejprve bylo nutné data přepsat a posléze vytvořit tabulky s jednotlivými odpověďmi. Dále byla data analyzována a byly vybrány nejčastěji se vyskytující odpovědi u jednotlivých otázek. U některých statisticky zajímavých otázek byly vytvořeny přehledné tabulky.

### ***Postřehy při získávání dat***

V průběhu dotazníkového šetření jsem zaznamenala několik zajímavých faktů, které mohou přispět k lepšímu pochopení celé práce. Šetření probíhalo jeden týden (tj. od pondělí do pátku) v K-centru, kde jsem si domluvila studijní stáž, abych měla ke klientům lepší přístup. Během prvního dne jsem mapovala situaci a seznamovala se s chodem tohoto zařízení.

Pro upřesnění bych ráda dodala, že zařízení má dvě části – první část je situována u vchodu, kde je klientům poskytován výměnný program. Klienti, kteří chtějí zajít do tzv. kontaktní místnosti (druhá část K-centra), se musí ohlásit pracovníkům K-centra, kteří je následně pustí přes zabezpečené dveře. Klienti, kteří se již nachází v kontaktní místnosti, nepřichází do styku (pokud právě nepřicházejí nebo neodcházejí) s klienty, kteří čekají na výměnu materiálu. Záměrně jsem se tedy dotazovala klientů, kteří pobývali v kontaktní místnosti (zde mají možnost mluvit s pracovníkem, vyhledávat potřebné informace na internetu, mají též k dispozici potravinový servis s čajem nebo je poskytován hygienický servis – toalety a možnost osprchování se). Převážná část dotazování proběhla od úterý do pátku, kdy si klienti mohli zvyknout na moji přítomnost a trochu se otevřít.

Oslovila jsem vždy celou skupinu klientů, kteří v místnosti seděli, následně rozdala dotazníky a ve větší části případů jsem klientům pomáhala otázkám porozumět (např. jsem dovysvětlovala, co si představují pod slovním spojením primárně užívaná droga, kde mohou zaškrtnout více odpovědí a co si počínat v případě, že by rádi uvedli i jinou odpověď).

Komunikace nebyla vždy snadná, ale snažila jsem co nejvíce přizpůsobit jazyk tomu, s kým jsem mluvila (s ohledem na jeho aktuální stav – někteří klienti mohou být pod vlivem návykové látky, někteří mohou mít jiné psychické obtíže, objevovali se i obtíže s mluvením a výslovností). Abych navázala kontakt, vždy jsem se snažila klienta oslovit a zeptat se ho, jak se mu daří nebo začít rozhovor otázkou, jak se má jeho mazlíček (zhruba polovina dotazovaných s sebou měla psa). S některými jsem se díky dotazování zkontaktovala a zapovídala se, což považuji za přínos nejen k bakalářské práci, ale i do osobního života. Jako odměnu za účast v dotazování jsem klientům darovala sladkost (klienti často trpí malnutricí a avitaminózou, tudíž cukr jako rychlá forma energie jim prospívá), což některé mohlo pozitivně ovlivnit k zapojení se. Na konci týdne jsem zpozorovala, že většina klientů chodí opakovaně, tudíž jsem se ptala už jen nově příchozích, kterých bylo na konci týdne již méně.

### 3.4. Výsledky výzkumu

První část dotazníkového šetření se zaměřila na základní sociodemografické údaje výzkumného souboru. Respondentům byly položeny dvě otázky – ohledně pohlaví respondenta a věku na základě zařazení do věkové skupiny. Základní charakteristiku výzkumného souboru lze vysledovat z Tab. 1. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 24 osob, z toho 16 mužů (67 %) a 8 žen (33 %). Nejvíce respondentů bylo ve věkové skupině 31-40 let (38 %) a 40 a více let (33 %). Žádný respondent nebyl mladší než 26 let.

*Tab. 1 Základní tabulka se sociodemografickými údaji*

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muž	16	67 %
Žena	8	33 %
Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
Méně než 18 let	0	0 %
18-25 let	0	0 %
26-30 let	7	29 %
31-40 let	9	36 %
40 let a více	8	33 %



Ze získaných dat byly zpracovány a analyzovány výsledky s nejvyšší četností u oslovených respondentů. Jednotlivými výsledky se budeme zabývat na základě pokládaných otázek a následně na základě výzkumných předpokladů.

Druhá část dotazníkového šetření, kde bylo položeno 8 otázek, sledovala drogové zkušenosti klientů vybraného K-centra, viz popsané níže.

V první otázce druhé části byli respondenti tázáni na "**Primárně užívanou drogu**"<sup>5</sup>. U této otázky mohli respondenti zaškrtnout právě jednu nebo i více možností, dle toho, jaké drogy vnímají jako primárně užívané. Z celkově 32 získaných odpovědí na tuto otázku vyplynulo, že nejčastěji primárně užívanou drogou u klientů nehledě na pohlaví byl **pervitin (metamfetamin)** s **četností 15 odpovědí** (viz Tab. 2). Následovalo užívání skupiny látek metadon či buprenorfin s četností 9 odpovědí. Osm respondentů vnímalo jako primárně užívanou drogu 2 a více skupin návykových látek.

**Tab. 2** Primárně užívaná droga

Primárně užívaná droga	Výskyt
Marihuana	3
Kokainové drogy	-
Amfetaminy	-
Pervitin (metamfetamin)	15
Heroin, morfin, braun	4
Opium	1
Metadon, buprenorfin	9
Extáze	-
LSD	-
Organická rozpouštědla	-

Druhá otázka zkoumala, jak se klienti dozvěděli o tomto K-centru. Bylo snahou zjistit, jaké informační kanály klienty oslovují. Z nabídky bylo možné vybrat *doporučení* (od kamaráda, známého, rodiče), *doporučení od lékaře*, *internetová stránka*, *informační brožurka* nebo *jiný tištěný materiál*. Byla zde i možnost odpovědět *jiné*. Na základě odpovědí získaných u otázky "**Jak jste se dozvěděli o tomto K-centru**" vyplynulo, že převážná většina

<sup>5</sup> Jedná se o návykovou látku, která je dle subjektivního názoru uživatele užívána dominantně, nejvíce

klientů (**67 %**) se o K-centru dozvěděla **na doporučení** (od kamaráda, známého, rodiče...). Jeden klient (4 %) byl do K-centra doporučen na základě doporučení lékařského. Zbýlých 29 % klientů uvedlo možnost *jiné*. Pokud to shrneme, tyto respondenty nejvíce oslovilo získání ústních informací na doporučení, zejména od někoho známého či blízkého.

**Tab. 3** Způsob získání informací o vybraném K-centru

Způsob	Absolutní četnost	Relativní četnost
Na doporučení (kamarád, známí, rodič...)	16	67 %
Doporučení od lékaře	1	4 %
Na internetu	-	-
Informační brožurka či jiný tištěný materiál	-	-
Jiné	7	29 %

Třetí otázka druhé části se zaměřila na frekvenci využívání nabízených služeb K-centra ("**Jak často využíváte služeb K-centra?**"). Nabídka odpovědí byla ve škále *denně až méně často jak 1x za půl roku*. Z odpovědí vyplynulo, že **58 %** klientů (14 klientů) využívá služeb **denně**, 33 % (8 klientů) využívá nabízených služeb týdně a zbýlých 8 % (2 klienti) navštěvují K-centrum měsíčně. Odpovědi *1x za půl roku a méně často než 1x za půl roku* se ve výsledcích neobjevily.

**Tab. 4** Četnost využívání služeb vybraného K-centra

Četnost využívání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Denně	14	58 %
Týdně	8	33 %
Měsíčně	2	8 %
1x za půl roku	-	-
Méně často jak 1x za půl roku	-	-

V následující otázce byli respondenti tázáni na informovanost o léčbě – "**Byl jste informován o možnostech léčby Vašeho problému (v K-centru či jiném odborném zařízení)?**". Bylo snahou zjistit, zda respondenti jsou během svých návštěv v odborných zařízeních informováni o možnostech jejich léčby závislosti. V rámci této otázky bylo

zjištěno, že drtivá většina klientů (**95 %; 23** respondentů) **byla někdy v minulosti informována** o možnostech léčby jejich problému. Pouze jeden klient odpověděl *nevím*, odpověď *ne* se nevyskytla.

Respondentům byla dále položena otázka, kde měli sdělit, zda uvažují o léčbě závislosti ("*Uvažoval jste někdy o léčbě Vašeho problému?*"). V této otázce bylo možné odpovědět pozitivně (*ano*), negativně (*ne*) nebo neutrálně (*nevím*). Z odpovědí získaných na tuto otázku vyplynulo, že převážná většina respondentů někdy již **uvažovala o léčbě (96 %; 23** respondentů). Jeden klient zodpověděl na tuto otázku *nevím*.

Otázka č. 6 zkoumala, zda se klienti v minulosti léčili se závislostním problémem v nějakém odborném zařízení ("*Léčil jste se někdy v minulosti se závislostí v odborném zařízení kromě K-centra?*"). U této otázky byla záměrně vyňata možnost K-centra, jelikož respondenti byli dotazováni právě v K-centru – lze tedy předpokládat, že se svým závislostním problémem více či méně operují v K-centru. Touto otázkou byli vyselektováni klienti, kteří se nikdy v životě neléčili se závislostí v odborném zařízení vyjma K-centra (21 %; 5 respondentů) a ti, kteří se **někdy v minulosti léčili** se svým závislostním problémem (**79 %; 19** respondentů). Lze konstatovat, že většina klientů se někdy v minulosti léčila se svým závislostním problémem (v K-centru a navíc v nějakém jiném odborném zařízení). U těch respondentů, kteří uvedli negativní odpověď, je nutné mít na paměti, že odborné zařízení navštívili/navštěvují a tím zařízením je právě K-centrum. Z celkového počtu 16 mužů se právě 14 mužů někdy v minulosti léčilo v odborném zařízení, z celkového počtu 8 žen se někdy v minulosti léčilo 5 žen. Z toho vyplývá, že léčby podstupovali v přepočtu více zástupci mužského pohlaví.

Předposlední otázka, kterou respondenti vyplňovali, se dotazovala na "*Jaký typ léčby závislosti jste absolvoval/-a, pokud jste se v minulosti již léčila se závislostí?*". Klienti mohli u této otázky zaškrtnout i více odpovědí a záměrně zde nebyla na výběr možnost K-centrum. Jak je patrné z Tab. 5, nejčastěji volenou odpovědí byla *ústavní pobytová léčba*, dále pak *terapeutická komunita* a posléze *detoxifikační jednotky*, *substituční centra* a *ambulantní léčba* se shodným počtem zaškrtnutých odpovědí. Z odpovědí bylo patrné, že se někteří klienti léčili v odborném zařízení opakovaně (v rámci jednoho nebo více zařízení).

**Tab. 5** Typ léčebného zařízení

Typ zařízení	Výskyt
Terénní programy	2
Ambulantní léčba	3
Ústavní pobytová léčba	8
Terapeutická komunita	6
Následná péče	1
Detoxifikační jednotky	3
Substituční centra	3
Žádné	5

V rámci této otázky se dalo vyselektovat, jaká odborná zařízení na léčbu závislosti volili ti respondenti, kteří uvedli jako primárně užívanou drogu pervitin. **Nejčastěji navštěvovaným zařízením uživatelů pervitinu byly ústavní programy (ústavní pobytová léčba)**, dále pak *terapeutické komunity, terénní a ambulantní léčba*. Zajímavým zjištěním bylo, že odpověď *neléčil jsem se*, byla volena celkem 3x a jedenkrát byla volena odpověď *substituční centra* (kde se ukázalo, že dotyčný uvedl jako primární drogu pervitin a metadon nebo buprenorfin).

**Tab. 6** Typ léčebného zařízení – uživatelé pervitinu

Typ zařízení	Výskyt
Terénní programy	2
Ambulantní léčba	2
Ústavní pobytová léčba	6
Terapeutická komunita	3
Následná péče	1
Detoxifikační jednotky	-
Substituční centra	1
Žádné	3

V poslední otázce byli respondenti dotazováni na motivaci k léčbě ("*Jaká je/byla Vaše motivace k léčbě?*"). Cílem bylo zjistit, jaká motivace přispívá u klientů k zahájení léčby závislosti. Možné odpovědi se týkaly zejména osobní roviny (tj. zabývaly se vnitřní motivací) a roviny spíše společenské (tj. vnějšího tlaku, vnější motivace). Z odpovědí získaných na poslední otázku vyplynulo, že nejvíce motivujícím faktorem jsou pro respondenty **osobní důvody** a hned za nimi důvody zdravotní. Jen v několika málo případech se objevil faktor *doporučení* (od kamaráda, známého, rodiny, lékaře) stejně tak jako *finanční důvody* či *jiné důvody*. Nabízená odpověď *změna zájmů* se nevyskytla. U respondentů-mužů převažovaly důvody osobní a zdravotní, u respondentek byly tyto faktory zaškrtnuty se stejnou frekvencí. Lze tedy konstatovat, že motivace u těchto klientů je spíše vnitřní, která více jak motivace vnější pozitivně ovlivňuje možný výsledek léčby klienta.

**Tab. 7** *Motivace k léčbě*

Motivace	Výskyt
Zdravotní důvody	8
Osobní důvody	9
Finanční důvody	2
Na popud známého, kamaráda, rodiny	3
Změna zájmů	-
Jiné	2

---

## 4. DISKUZE

Výzkum v této bakalářské práci se zabýval zejména klientelou vybraného K-centra a pátral po základních údajích o klientech. Zabýval se základními sociodemografickými ukazateli a následně zjišťoval osobní drogové zkušenosti respondenta.

Stanovený cíl práce se skládal ze tří podcílů a byl podložen třemi výzkumnými předpoklady. Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit informace o klientech vybraného K-centra a prozkoumat jejich drogové zkušenosti.

***Podcíl 1: Zjistit základní informace o klientele vybraného K-centra (z hlediska pohlaví, věku, primárně užívané drogy, frekvence návštěv)***

Prvním podcílem práce bylo u respondenta zmapovat kromě základních údajů i další informace – primárně užívanou drogu/drogy, frekvenci návštěv ve vybraném K-centru. Z výsledků je patrné, že ve výzkumném souboru byli zastoupeni převážně muži, respondenti byli nejčastěji ve věkové kategorii 31-40 let a jejich primárně užívanou drogou byl *pervitin* (metamfetamin). Respondenti se o tomto K-centru dozvěděli zejména na *doporučení* od známých či blízkých osob a kontaktní centrum navštěvují pravidelně; nadpoloviční většina respondentů *denně*.

***Podcíl 2: Zjistit, zda byli klienti v K-centru informováni o svých možnostech léčby problému, zda o léčbě uvažují nebo ji podstoupili a jaká byla jejich motivace k léčbě***

Dále si práce kladla za cíl zjistit, zda byli klienti informováni o možnostech léčby svého závislostního problému. Ze šetření je patrné, že převážná většina respondentů *byla informována* o možnostech své léčby závislosti a taktéž že o léčbě uvažují. Nejvíce motivujícím faktorem pro zahájení léčby byly *osobní důvody*.

***Podcíl 3: Zjistit, kolik klientů K-centra již v minulosti léčbu závislosti absolvovalo***

Posledním cílem bylo zmapovat, kolik klientů léčbu závislostního problému již v minulosti absolvovalo (kromě léčby v K-centru). Mezi respondenty výzkumu bylo 19 klientů, kteří se někdy v minulosti již léčili se svým závislostním problémem. Nejčastěji navštěvovaným zařízením byla *ústavní pobytová léčba*.

Výzkum probíhal ve vybraném K-centru, kde byli dotazováni přítomní klienti, kteří využívali ostatních služeb K-centra vyjma výměnného programu. Výběr respondentů byl

---

nestrukturovaný, proto lze u výzkumného vzorku nalézt genderový nepoměr (z celkových 24 respondentů bylo 16 mužů a 8 žen).

Bakalářská práce si mimo výzkumných cílů a podcílů kladla i výzkumné předpoklady. Nyní si přiblížíme podrobnější interpretaci výzkumných předpokladů.

***Předpoklad 1: Většina klientů vybraného K-centra (více jak 70 %) bude informována o svých možnostech léčby závislostního problému***

První předpoklad zkoumal, zda většina klientů vybraného K-centra bude informována o svých možnostech léčby závislostního problému. Ze šetření vyplynulo, že téměř všichni respondenti (96 %) byli informováni o svých možnostech léčby. Lze tedy konstatovat, že za těchto podmínek byl předpoklad potvrzen. Informovanost těchto klientů je v tomto výzkumu značně vysoká, což může přispět k jejich zorientování v drogové problematice a zjednodušit jejich případnou léčbu či léčby. Zvyšování informovanosti klientů vede i k lepší prognóze při léčbě.

***Předpoklad 2: Většina klientů vybraného K-centra (více jak 70 %) bude zařízení využívat pravidelně (denně a týdně)***

Druhý předpoklad pracoval s tvrzením, že většina (více jak 70 %) klientů bude zařízení K-centra a jejich služeb využívat pravidelně, tj. denně a týdně. Výzkum poukázal na skutečnost, že 58 % respondentů využívá služeb K-centra denně a 33 % využívá služeb týdně. Po sečtení těchto dvou hodnot můžeme sledovat, že 92 % respondentů je pravidelnými návštěvníky K-centra. Lze tvrdit, že tento předpoklad byl za daných okolností potvrzen. Z výzkumu nelze usoudit, o jaké služby se jedná, ale jako pozitivum lze vnímat to, že pracovníci K-centra mají možnost s klienty pracovat pravidelně a s většinou klientů být tak v kontaktu.

***Předpoklad 3: Většina klientů vybraného K-centra (více jak 70 %) v minulosti již využila služeb alespoň jednoho drogového léčebného zařízení kromě K-centra***

Poslední předpoklad pracoval s většinovou klientelou, která v minulosti využila služeb alespoň jednoho léčebného zařízení pro drogově závislé vyjma K-centra. Tento předpoklad zkoumal, zda klienti K-centra podnikli kroky k léčbě jejich problému a zda využili možností jiných léčebných zařízení mimo K-centrum. Ze šetření lze vyčíst, že kladná odpověď u respondentů převažovala (79 %). Dle těchto závěrů lze tento předpoklad potvrdit, nicméně je potřeba mít na paměti, že 21 % respondentů odpovědělo negativně – tudíž nikdy v minulosti nevyužili služeb jiného zařízení kromě K-centra.

---

Pokud respondent absolvoval v minulosti léčbu závislosti vyjma K-centra, byl dále dotazován na typ zařízení, ve kterém jeho léčba proběhla. Respondent mohl zaškrtnout i více odpovědí. Nejčastějším typem zařízení, ve kterém respondenti absolvovali léčbu, byla *ústavní pobytová léčba*, následovala *terapeutická komunita*.

Dále byla respondentům, kteří již v minulosti absolvovali léčbu závislosti, položena otázka na jejich motivaci k léčbě. Tato otázka si kladla za cíl zmapovat respondentovy hybné faktory k léčbě; zda se jedná spíše o vnitřní nebo vnější motivaci. Z výzkumu vyplynulo, že převážná většina klientů považuje za motivující faktor osobní a zdravotní důvody, které řadíme do vnitřní motivace. Naopak faktory vnější motivace (na doporučení) se nevyskytovaly tak často. Jako zajímavé se nabízí porovnání této otázky s otázkou "*Jak jste se dozvěděl o tomto K-centru?*", kde nejčastější odpovědí bylo právě na doporučení. Toto by se dalo interpretovat tak, že většině klientů bylo navštívení K-centra doporučeno (ústně od kamaráda, známého atp.), ale až jejich vnitřní motivace byla hybnou silou K-centrum skutečně navštívit.

Z výzkumu lze na základě analýzy na závěr shrnout následující fakta. Většina dotazovaných respondentů K-centra považují za svou primárně užívanou drogu pervitin. Dále lze říci, že většina dotazovaných jsou pravidelnými návštěvníky využívající služeb K-centra a většina respondentů také někdy v minulosti využila služeb odborných léčebných zařízení vyjma K-centra. Velmi přínosnou zprávou je, že drtivá většina klientů/respondentů byla informována o jejich možnostech léčby. Jako pozitiva z tohoto faktu můžeme považovat zvyšování informovanosti klientů a jejich edukaci (kam mohou se svým problémem jít, co je pro ně v jejich situaci vhodné řešení aj.). Dále je zde také vypovídající faktor o užitečnosti informací a léčbou klientů (korelace vysoké informovanosti a vysoké návštěvnosti léčebných zařízení) a v neposlední řadě ocenění práce pracovníků v odborných léčebných (sociálních i zdravotnických) zařízení, kteří svým klientům/pacientům podávají relevantní informace o možnostech léčby závislostního problému.



---

## 5. ZÁVĚRY

V této bakalářské práci je pojednáváno o závislostním chování, typech závislostí a jejich možnostech léčby. Výzkumná část se zabývá šetřením, kde je hlavním cílem zjistit informovanost klientů o možnostech léčby jejich závislostního problému a dále jejich základní údaje o léčbě, motivaci, frekvenci užívání služeb K-centra a jiné.

Správnost výzkumu mohlo ovlivnit několik faktorů, například nedostatečně velký vzorek respondentů. Jelikož je ale většina klientů pravidelnými návštěvníky K-centra, s velkou pravděpodobností by se klienti v dlouhodobějším horizontu opakovali. Dále správnost výzkumného šetření mohlo ovlivnit nejasné položení otázek; tomu jsem se snažila předejít možným doptáním se na danou otázku, neboť jsem byla u vyplňování dotazníku klientům k dispozici. Pro upřesnění výsledků by bylo vhodné výzkum rozšířit i na jiná K-centra či data sbírat opakovaně, abychom zajistili co nejvyšší reliabilitu.

Tato práce společně s výzkumem by mohla rozšířit povědomí o problematice závislostí a zejména o problematice léčeb či opakovaných léčeb u závislých. Z výzkumné části bylo patrné, že většina klientů se v minulosti již léčila se svým závislostním problémem a z odpovědí bylo zřejmé, že někteří klienti využívali odborných služeb opakovaně (v rámci jednoho nebo více zařízení). Je nutné mít na paměti, že proces údravy u závislých klientů/pacientů je dlouhodobým procesem a klient/pacient do léčeb vstupuje opakovaně. Dle Gossopa (2010, str. 63) je polovina nebo více než polovina pacientů v léčbě opakovaně a typické je opakování zejména v substitučních programech. Tento výzkum může přispět k odborné diskuzi mezi pracovníky, kteří se s klienty setkávají (i opakovaně) v tématech informovanosti klientů a zvyšování jejich motivace k léčbě nebo případnému udržení v léčbě.

---

## SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

1. ADAMEČEK, D., RICHTEROVÁ - TĚMÍNOVÁ, M. a KALINA, K. Rezidenční léčba v terapeutických komunitách. In: KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003
2. CSÉMY, L. *Drogy v české společnosti*. Psychiatrické centrum Praha, 2004.
3. ČUPKA, J. et al. Léčba závislosti na tabáku v ordinaci praktického lékaře. *Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, nadační fond Praktik, Praha, 2006*.
4. Drogová poradna SANANIM. *Sananim – drogová poradna*. [online]. [2015] [cit. 2015-12-28]. Dostupné z: <http://www.drogovaporadna.cz/>
5. DVOŘÁČEK, J. Střednědobá ústavní léčba. In: KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003
6. GABRHELÍK, R. Bio-psycho-socio-spirituální model závislosti. In: RADIMECKÝ, J., Grohmannová, K., Janíková, B., Müllerová P. a Gajdošíková, H. *Učební texty ke kurzu: Úvod do adiktologie*. Praha: Centrum adiktologie PK 1. LF UK v Praze, 2007.
7. GOSSOP, M. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2010. ISBN 978-80-87041-81-9.
8. GROHMANNOVÁ, K. Dělení drog, účinky, komplikace. In: RADIMECKÝ, J., JANÍKOVÁ, B. (ed.) a PISKÁČKOVÁ, P. (ed.). *Úvod do Adiktologie: učební podklady ke kurzu*. Vyd. 1. Praha : Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty a VFN Univerzity Karlovy v Praze, 2007. 59 s. ISBN: 978-80-239-9960-0.
9. GROHMANNOVÁ, K. Systém péče o uživatele návykových látek. In: RADIMECKÝ, J., Grohmannová, K., Janíková, B., Müllerová P. a Gajdošíková, H. *Učební texty ke kurzu: Úvod do adiktologie*. Praha: Centrum adiktologie PK 1. LF UK v Praze, 2007.
10. HAMPL, K. Těkavé látky. In: KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003
11. HAMPL, K. Lékařská ambulantní péče o závislé. In: KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003
12. HARTL, P. a H. HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Portál, 2000.

- 
13. HELLER, J. (ed.) a O. PECINOVSKÁ (ed.). *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Vyd. 1. Praha: Togga, 2011. 215 s. ISBN: 978-80-87258-62-0.
  14. HOSÁK, L., et al. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Charles University in Prague, Karolinum Press, 2015.
  15. HRDINA, P. a B. KORČIŠOVÁ. Terénní programy. In: KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003.
  16. CHVAL, J. Delirium tremens. *Psychiatrie pro praxi*, 2007, 8.6: 283-286.
  17. JANÍKOVÁ, B. Harm reduction. In: KAMIL, K. et al. *Klinická adiktologie*. Grada Publishing as, 2015.
  18. KALINA, K. et al. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Úřad vlády České republiky. O.s. Filia Nova pro Radu vlády ČR - Meziresortní protidrogovou komisi, 2001. ISBN 80-238-8014-4.
  19. KALINA, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Grada Publishing as, 2008.
  20. KALINA, K. Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. In: KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003.
  21. KALINA, K. Denní stacionáře. In: KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003
  22. KALINA, K. Léčba drogově závislých. In: *Drogy ze všech stran*. Praha: Institut FILIA, 2000.
  23. KAMIL, K. et al. *Klinická adiktologie*. Grada Publishing as, 2015.
  24. KOLEKTIV AUTORŮ SDRUŽENÍ SANANIM. *Drogy: otázky a odpovědi: [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. 198 s. ISBN: 978-80-7367-223-2.
  25. KRÁLÍKOVÁ, E. Tabák a závislost na tabáku. In: KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003.
  26. KUDA, A.. Následná péče, doléčovací programy. In: KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003.

- 
27. KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In: KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003.
  28. LIBRA, J. Nízkoprahová kontaktní centra. In: KALINA, K., al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003.
  29. LINDENMEYER, J. *Závislost' od alkoholu: pokroky v psychoterapii*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2009. 136 s. ISBN: 978-80-88952-54-1.
  30. Mapa pomoci. In: *Drogy-info* [online]. Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogové závislosti [cit. 2016-03-14]. 2015. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/mapa-pomoci/>
  31. MARÁDOVÁ, E. *Prevence závislostí*. Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006.
  32. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M. a M. BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Grada Publishing as, 2006.
  33. MILLEROVÁ, G. *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén, 2011.
  34. MINAŘÍK, J. Opiáty a opioidy. In: KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003
  35. MINAŘÍK, J. Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In: KALINA, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Grada Publishing as, 2008.
  36. MIOVSKÝ, M. Konopné drogy. In: KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003
  37. MRAVČÍK, V., et al. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014. *Praha: Úřad vlády České republiky*, 2015.
  38. NEŠPOR, K. a L. CSEMY. Zneužívání buprenorfinu se stává v České republice problémem. *Česká a slovenská psychiatrie*, 2006.
  39. NEŠPOR, K. Detoxifikační jednotky. In: KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003
  40. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Portál, 2000.
  41. PAJEREK, J. Intoxikace opiáty. *Pediatric pro Praxi*, 2007, pp. 110-111.

- 
42. PATOČKA, J. a B. PLUCAR. Vareniklin a odvykací léčba kouření. *Prevence úrazů, otrav a násilí*, 2009.
43. PILAŘOVÁ, L. Problematika závislosti na nikotinu. *Psychiatrie pro praxi*, 2003, 205-208.
44. POPOV, P. Alkohol. In: KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003.
45. POPOV, P. Programy metadonové a jiné substituce. In: KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003
46. POPOV, P. Závislost na alkoholu. *Psychiatria pre praxi*, 2003, č, 2003, 1: 31-35.
47. POPOV, P. Závislost na alkoholu. *Psychiatria pre praxi*, 2003, č, 2003a, 1: 31-35.
48. PRESL, J. *Drogy–mýty a realita*. Praha: Medea Kultur Praha sro, 2007.
49. RHODES, T. *Terénní práce s uživateli drog: zásady a praxe*. Boskovice: Alberta, 1999. 55 s. ; 23 cm. ISBN: 80-85834-71-5.
50. *Seznam zařízení poskytujících služby v protidrogové prevenci, léčbě a resocializaci*. c2003. Praha: Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Úřad vlády české republiky. ISBN 80-867-3409-9.
51. SHAPIRO, H. *Drogy: obrazový průvodce*. 1. české vyd. Praha: Svojtka & Co., 2005. 360 s. ISBN: 80-7352-295-0.
52. Terénní programy o.s. SANANIM. *Časopis Dekontaminace*. 2007. In: *Sananim* [online]. SANANIM, z. ú. [cit. 2016-03-14]. Dostupné z: [http://www.sananim.cz/terenni-programy-\(tp\)/Casopis-dekontaminace.html](http://www.sananim.cz/terenni-programy-(tp)/Casopis-dekontaminace.html)
53. TURANSKÁ, K., POLEDNÍKOVÁ, T. a J. SKŘIČKOVÁ. Pomocná farmaka při odvykání kouření. *Praktické lékařství*, 2009, 5.1: 26-28.
54. VACEK, J. a P. VONDRÁČKOVÁ. Behaviorální závislosti: Klasifikace, fenomenologie, prevalence a terapie. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 2014, 110.6.
55. VONDRÁČKOVÁ, P. *Citová vazba a závislost* [online], 2012. [cit. 2016-04-02]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/72/3465/Citova-vazba-a-zavislost>
56. WORLD HEALTH ORGANISATION. *Global status report on alcohol and health*. Geneva, c2011. xii, 286 s. ISBN: 978-92-4-156415-1.
-

- 
57. WORLD HEALTH ORGANIZATION, et al. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize (MKN-10). *Ústav zdravotnických informací a statistiky*: Praha, 1992.
58. ZAJDÁKOVÁ, S., *Amotivační syndrom u uživatelů konopných drog*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, Fakulta sociálních studií, 2006, 96 s. Vedoucí bakalářské práce Roman Gabrhelík.
59. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách [online]. [cit. 2016-02-18]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf)
60. ZAOSTŘENO NA DROGY 2/2004 (ročník druhý) Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISSN: 1214-1089.

# PŘÍLOHA 1 – DOTAZNÍK

Dobrý den,

ráda bych Vás touto cestou dotazníkového šetření požádala o vyplnění krátkého dotazníku, který by Vám neměl zabrat více jak 5 minut času. Jedná se o zcela anonymní výzkum k mé bakalářské práci s názvem "Informovanost klientů vybraného K-centra o možnostech léčby závislosti". Cílem v této práci je zjistit míru Vaší informovanosti o léčbě závislosti a doplňující informace jako Vaše motivace k léčbě, užívaná látka aj.

Velice Vám děkuji za spolupráci a v případě dotazů či nejasností mě, prosím, kontaktujte. (filipovskamarie@gmail.com)

Marie Filipovská, studentka II. ročníku pedagogické fakulty UK

Zakroužkujte prosím nejpravděpodobnější odpověď:

## 1. Vaše pohlaví

- muž
- žena

## 2. Váš věk

- méně než 18 let
- 18 - 25 let
- 26 - 30 let
- 31 - 40 let
- 40 let a více

## 3. Vaše primární užívaná droga/drogy

- marihuana (hašiš, jakákoli forma užití)
- kokainové drogy (kokain, crack)
- amfetaminy
- pervitin (metamfetamin)
- heroin, morfin
- opium
- metadon, buprenorfin (=Subutex, Subuxone)
- extáze (= MDMA)
- LSD
- organická rozpouštědla, těkavé látky, lepidla, ředidla aj.
- jiné:

**4. Jak jste se dozvěděl o tomto K - centru?**

- na doporučení (kamarád, známí, rodič...)
- doporučení od lékaře
- na internetu
- informační brožurka či jiný tištěný materiál
- jiné:

**5. Jak často využíváte služeb K-centra?**

- denně
- týdně
- měsíčně
- 1x za půl roku
- méně často jak 1x za půl roku

**6. Byl jste informován o možnostech léčby Vašeho problému? (V K-centru či jiném odborném zařízení)**

- ano
- ne
- nevím

**7. Uvažoval jste někdy o léčbě Vašeho problému?**

- ano
- ne
- nevím

**6. Léčil jste se někdy v minulosti se závislostí v odborném zařízení kromě K-centra? (ústavní pobytová léčba, terapeutická komunita...)\***

- ano
- ne
- nevím

*\* Pokud jste zde odpověděl "ne" či "nevím", dále prosím neodpovídejte. Děkuji za Váš čas.*

**7. Pokud jste absolvoval léčbu závislosti, v jakém typu léčby jste byl/-a? (možno i více variant najednou)**

- terénní programy
- ambulantní léčba (lékař, jiný odborník)
- ústavní pobytová léčba
- terapeutická komunita
- následná péče
- detoxifikační jednotky
- substituční centra
- jiné:



## **8. Jaká je /byla Vaše motivace k léčbě?**

- zdravotní důvody
- osobní důvody
- finanční důvody
- na popud známého, kamaráda, rodiny (...)
- změna zájmů
- jiné:

Děkuji za Váš čas a spolupráci!

**Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta**

**M. Rettigové 4, 116 39 Praha 1**

**Evidenční list žadatelů o nahlédnutí do listinné podoby práce**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo rozmnoženiny závěrečné práce, jsem však povinen/povinna s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci tohoto prohlášení.

Poř. č.	Datum	Jméno a příjmení	Adresa trvalého bydliště	Podpis
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

**Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta  
M. Rettigové 4, 116 39 Praha 1**

**Prohlášení žadatele o nahlédnutí do listinné podoby práce před její obhajobou**

Závěrečná práce:

Druh závěrečné práce:           Bakalářská práce

Název závěrečné práce:        Informovanost klientů vybraného K-centra o možnostech léčby závislosti

Autor práce:                        Bc. Marie Filipovská

Jsem si vědoma, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byla jsem seznámena se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo rozmnoženiny závěrečné práce, jsem však povinna s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci tohoto prohlášení.

Jsem si vědoma, že pořizovat výpisy, opisy nebo rozmnoženiny dané práce lze pouze na své náklady.

V Praze dne .....

Jméno a příjmení žadatele	Bc. Marie Filipovská
Adresa trvalého bydliště	Gagarinova 16, Praha - Suchdol, 165 00

.....

podpis