

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Veronika Brachtlová

Kvalita života u drogově závislých klientů před a po ústavní léčbě v Praze.

The Quality of life of drug dependent clients before and after institutional treatment in Prague.

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

Praha
2012

Prohlášení

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

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

V Praze

Veronika Brachtlová

.....

BRACHTLOVÁ, Veronika. Kvalita života u drogově závislých klientů před a po ústavní léčbě v Praze. [The Quality of life of drug dependent clients before and after institutional treatment in Prague]. Praha, 2012. 154 s., 2 příl., 3 tabulky, 84 obr., Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Šťastná, Lenka.

Poděkování

Chtěla bych poděkovat paní Mgr. Lence Šťastné za cenné rady, informace, připomínky, podporu, trpělivost, vedení práce a doporučení literatury. Zvláštní poděkování patří také staniční sestře Daniele Jandové z oddělení závislostí ženy za její ochotu a pomoc při sběru dat na diplomovou práci na tomto oddělení, panu MUDr. Novotnému a MUDr. Pecinovské za možnost poznání průběhu léčby na odděleních závislostí. Poděkování patří i mým přátelům za cenné rady a pomoc a mému příteli za podporu.

ABSTRAKT

VÝCHODISKA: Kvalita života je definována podle WHO jako individuální vnímání vlastního postavení v životě, bere ohled na kulturní aspekty a systémem hodnot, ve které člověk žije a ve vztahu k jeho cílům, standardům a zájmům. Jde o individuální vnímání každého jedince a jen on může zhodnotit jeho míru kvality života. **CÍLE:** Cílem diplomové práce bylo porovnání kvality života u drogově závislých klientů před nástupem a po ústavní léčbě. **SOUBOR A METODY:** WHOQOL-BREF dotazník byl vytvořen je sběru dat. Výzkumný soubor tvořili všichni klienti (muži i ženy) v ústavní léčbě na oddělení léčby závislostí Kliniky adiktologie, klienti vyplnili dotazník před nástupem do ústavní léčby nebo během prvního týdne hospitalizace a poté při propuštění z ústavní léčby. **VÝSLEDKY:** Nikdo z respondentů nebyl se svojí kvalitou života před léčbou velmi spokojen. Po léčbě hodnotily spíše pozitivně kvalitu svého života ženy. Ty hodnotily svou kvalitu života jako dobrou (44 %). Jako velmi dobrou úroveň kvality svého života ohodnotilo 13 % žen. U mužů se hodnocení kvality života po léčbě příliš nezměnilo. Co se týče jednotlivých domén dotazníku WHOQOL-BREF, k nejmenší změně došlo v oblasti osobních vztahů a sexuálního života. Před léčbou převažovala nespokojenost respondentů s osobními vztahy (48 %). Nespokojenost v této oblasti uvedli jak muži (50 %), tak i ženy (47 %). Stejně tak převažovala i nespokojenost respondentů se sexuálním životem před léčbou (35 %). Některé ženy ale uvedly naprostou spokojenost (19 %) se sexuálním životem před léčbou i po léčbě. **ZÁVĚR:** Průzkum ukázal, že kvalita života je po ústavní léčbě mírně zlepšená. K nejmenším změnám došlo v oblasti osobních vztahů, sexuálního života a v oblasti financí.

Klíčová slova: uživatelé drog, ústavní léčba, kvalita života

ABSTRACT

BACKGROUND: Quality of life is defined by WHO as an individual perception of one's own position in life, taking into account cultural aspects of the society and a system of values in which the individual lives, as well as his/her goals, standard of living and interests. Because quality of life measure is strongly a subjective measure, it can only be assessed by the individual himself/herself. **AIMS:** The aim of this thesis was to compare of the quality of life of drug users before and after institutional treatment. **SAMPLE AND METHODS:** WHOQOL-BREF questionnaire was employed to collect the data. A research sample consisted of all clients (both men and women) in the institutional treatment at the department of treatment of dependencies at the Clinic of Addictology, The clients filled the questionnaire in before treatment entry or within the first week after treatment entry, and at the release from the treatment. **RESULTS:** None of the clients was very satisfied with his/her quality of life before treatment. After treatment, the quality of life was perceived as positive rather by women. After treatment, 44% of women found their quality of life good, whereas it was assessed as very good by 13% of women. The overall perception of the quality of life in the male population has not changed much. Regarding the respective WHOQOL-BREF domains, the smallest changes were perceived in the area of personal relationships and sexual life. 48% of clients were dissatisfied with their personal relationships – 50% of men and 47% of women, respectively. As well, there was a general discontent with sexual life before treatment (35%). Still, 19% of women assessed their sexual life as satisfactory before treatment and also after treatment. **CONCLUSIONS:** The survey showed that quality of life has slightly improved after institutional treatment. The smallest changes occurred in the area of personal relationships and sexual life, and in the area of financial well-being.

Keywords: drug users, institutional treatment, quality of life

Obsah

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
I. Kvalita života.....	10
1. Historický vývoj.....	10
2. Definice a hodnocení kvality života	11
3. Kvalita života u uživatelů drog	13
3.1. Psychiatrická komorbidita	14
3.2. Zdravotní stav uživatelů drog	16
3.3. Sociální důsledky užívání drog	22
3.4. Výzkumné studie kvality života.....	23
II. Rozdělení a účinky návykových látek.....	26
1. Opioidy a opiáty.....	28
1.1. Heroin	29
1.2. Epidemiologie	30
2. Stimulancia	31
2.1. Kokain.....	32
2.3. Epidemiologie	35
3. Halucinogenní drogy.....	36
3.1. LSD	36
3.2. Epidemiologie	37
4. Konopné drogy.....	38
4.1. Marihuana	38
4.2. Hašiš.....	38
4.3. Epidemiologie	39
5. Léky vyvolávající závislost.....	40
5.1. Analgetika	41
5.2. Hypnotika a sedativa.....	42
5.3. Epidemiologie	42
6. Těkavé látky (inhalační drogy)	43
6.1. Toluén	43
6.2. Epidemiologie	44
7. Drogy „technoscény“	45
7.1. Extáze.....	45
7.2. Epidemiologie	46
8. Alkohol	47
8.1. Epidemiologie	49
III. Léčba a rehabilitace	51
1. Farmakoterapie závislostí	52
1.1. Opioidy	52
1.2. Kanabinoidy	53
1.3. Hypnotika a sedativa.....	53
1.4. Kokain a stimulantů	53
1.4. Halucinogeny	54
1.5. Těkavé látky	54
1.6. Alkohol	54
2. Modely psychoterapie užívané v praxi	55
2.1. Individuální psychoterapie.....	55

2.2. Skupinová terapie.....	56
2.3. Rodinná terapie a práce s rodinou.....	56
3. Sociální práce.....	59
3.1. Sociální rehabilitace.....	59
3.2. Svépomocné programy.....	60
4. Systém péče.....	61
4.1. Standardy odborné způsobilosti.....	61
4.2. Terénní programy.....	63
4.3. Kontaktní centra.....	63
4.4. Ambulantní centra.....	63
4.5. Denní stacionáře.....	64
4.6. Detoxifikační jednotky.....	64
4.7. Doléčovací programy.....	64
4.8. Substituční programy.....	65
4.9. Záchytné stanice.....	65
4.10. Terapeutická komunita (TK).....	67
4.11. Ústavní léčba.....	68
IV. Kvalita života pacientů v ústavní psychiatrické léčbě.....	72
1. Hospitalizace v psychiatrické léčebně.....	72
1.1. Přijetí.....	72
1.2. Režim oddělení.....	74
1.3. Propuštění.....	75
VÝZKUMNÁ ČÁST.....	76
1. Cíle výzkumu a výzkumné otázky.....	76
1.1. Cíle výzkumu.....	76
1.2. Výzkumné otázky.....	76
1.3. Etické aspekty práce.....	77
2. Metody.....	77
2.1. Zdroje dat.....	77
2.2. Oddělení léčby závislostí.....	79
2.3. Zpracování dat.....	80
3. Výzkumný soubor.....	80
3.1. Charakteristika výzkumného souboru.....	81
4. Výsledky šetření.....	86
4.1. Výsledky šetření kvality života před léčbou.....	86
4.2. Výsledky šetření kvality života po léčbě.....	101
4.3. Srovnání výsledků kvality života před a po léčbě.....	117
5. Souhrn výsledků.....	137
6. Diskuze.....	141
ZÁVĚR.....	144
SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK.....	145
POUŽITÁ LITERATURA.....	148
SEZNAM PŘÍLOH.....	154
Příloha č. 1 – Dotazník.....	1
Příloha č. 2 – Informovaný souhlas.....	7

ÚVOD

Téma mé diplomové práce jsem si zvolila Kvalitu života u drogově závislých klientů před a po ústavní léčbě v Praze. I přesto, že toto téma je mnohokrát zmiňované, široká veřejnost informována po všech stránkách o rizicích, které s sebou nese užívání psychoaktivních látek, včetně dětí na základních školách počínaje, je tato problematika stále aktuální a závažná. Přestože onemocnění závislostí jsou hojná, věnovalo se jim málo pozornosti. Zprvu nebyly akceptovány jako samostatné onemocnění, později bránilo negativní terapeutické očekávání racionálnímu přístupu k tomuto tématu. Také diskuze o legálních a nelegálních drogách značně ovlivnila ošetřování a mnohdy zabránila poskytnutí přiměřené pomoci. Nakonec byla závislost uznána jako samostatné onemocnění, společnost přehodnotila svůj postoj k problémům závislosti a také výsledky léčby se jasně zlepšily (Rahn & Mahnkopf, 2000).

Pro toto téma jsem rozhodla, protože je velmi důležitá lidská psychika, prožívání, myšlení a citový svět ve vztahu k onemocnění. Je velmi důležité, zda pacient, který byl drogově závislý a absolvoval léčbu ve zdravotním zařízení, má plnohodnotný a produktivní život, zda je po léčbě spokojený se svou kvalitou života, spokojený s informovaností, kterou mu ošetřovatelský personál poskytl. Ošetřující personál by měl chápat, že každý pacient je individualitou, proto je nutné přistupovat k různým pacientům různě, ale se stejným cílem a to, že se dostal do těžké životní situace, z něj nedělá méně cennou osobu. Payne uvádí: "Důležitá je i podpora ze strany přátel a rodiny, kteří mohou kvalitu života značně pozitivně ovlivnit. Zabýváme – li se kvalitou života a cestami k jeho dosažení, musíme se znovu a znovu vracet k pojmu samotnému a ptát se, zda jeho obsah je nadále sdílen, nebo zda došlo k proměně v důsledku kulturních, civilizačních, mentálních i generačních změn. Teprve potom můžeme zkoumat jeho pozorovatelný obsah, protože ten bývá podmíněn tím, co obsah definuje a na co svou pozornost soustředujeme" (PAYNE, 2005, s. 217).

TEORETICKÁ ČÁST

I. Kvalita života

1. Historický vývoj

Termín "kvalita života" byl poprvé v historii zmíněn již ve 20. letech 20. století, a to v souvislosti s ekonomickým vývojem a úlohou státu v oblasti materiální podpory společensky slabších vrstev. Byl diskutován vliv státních dotací na kvalitu života chudších lidí a na celkový vývoj státních financí. V poválečné době se tento termín objevil v USA v 60. letech 20. století, kdy tehdejší americký prezident v jednom ze svých projevů prohlásil kvalitu života Američanů za jeden z cílů domácí politiky. Začalo se ukazovat, že ekonomický růst nevede ke zvýšení spokojenosti lidí se životem, ale k růstu požadavků, které není možné splnit. V 70. letech tento pojem také použil německý politik Willy Brandt a brzy tento pojem zdomácněl v sociologii, kde slouží k odlišení podmínek života jako jsou příjem, politické zřízení, počet automobilů na domácnost atd. Studie o kvalitě života probíhají až v posledních deseti letech. První studie, která zjišťovala úroveň kvality života byla v USA v již zmiňovaných 70. letech a která probíhala celonárodně. Cílem bylo vyvinout subjektivní indikátory, které by ukazovaly, jak lidé sami hodnotí svůj život a které by doplňovaly objektivní charakteristiky životních podmínek. Studium kvality života v současné době znamená hledání a identifikování faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí. V průběhu 80. let se tento pojem začíná používat i v medicíně v mnoha klinických studiích (PAYNE, 2005).

2. Definice a hodnocení kvality života

Zdraví člověka je utvářeno a ovlivňováno mnoha činiteli, jako je způsob života, zdravotně preventivní chování, kvalita mezilidských vztahů, kvalita životního prostředí atd. Zdraví je předpokladem pro aktivní a spokojený život a pro dobrou pracovní výkonnost. Velký důraz se klade na prevenci při ochraně zdraví a odpovědnost každého člověka za své zdraví. Zdraví patří k nejvýznamnějším hodnotám života každého člověka. Je tomu tak proto, že jsme-li zdraví, můžeme pracovat, můžeme uskutečňovat svá přání a realizovat své životní plány. Zdraví tedy samo o sobě není cílem života, ale představuje jednu z podmínek smysluplného života. Jako první, kdo o zdraví člověka rozhoduje, je on sám. V tomto smyslu je jeho individuální role prvořadá. Ale zdraví je také výsledkem mnoha vztahů, které člověka činí součástí širšího lidského společenství. Proto péče o zdraví a starost o ně připadá společnosti. WHO definovala zdraví v roce 1948 takto: *Zdraví je stav tělesné, duševní i sociální pohody, a nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.* Definice zdraví pro období dospívání zahrnuje ještě nepřítomnost rizikového chování a úspěšný přechod do dospělosti. Většina lidí uznává důležitost prevence a chápe, že je lepší nemocem předcházet, než jimi trpět. Uvědomují si, že preventivní opatření a preventivní prohlídky vedou ve svém důsledku ke zvýšení kvality života a k jeho prodloužení. Rozhodování člověka o jeho chování není zcela svobodné, ale je ovlivněno rodinnými zvyklostmi, tradicemi společnosti a je limitováno ekonomickou situací společnosti i vlastní a v neposlední řadě také s jeho sociální pozicí. Záleží tedy na věku, temperamentu, vzdělání, zaměstnání, příjmu, příslušnosti k rase, pohlaví, hodnotové orientace a postojích každého člověka (Machová & Kubátová, 2009).

Mastiliaková uvádí: "Kvalita života je definována podle WHO jako individuální vnímání vlastního postavení v životě v kontextu s kulturou a systémem hodnot, ve které člověk žije a ve vztahu k jeho cílům, standardům a zájmům. Problematika potřeb člověka je jednou ze základních otázek vztahu člověka k životu, a proto spadá do řady vědeckých disciplín. Uspokojování individuálních potřeb člověka zahrnuje řadu oblastí, které teoreticky objasňuje Maslowova teorie potřeb. Její populární teorii potřeb, jejímž autorem je americký klinický psycholog Abraham H. Maslow, představitel humanistické psychologie" (Mastiliaková, 2007 s. 149).

Co vyjadřuje pojem kvalita života? Ve slovníku českého a slovenského jazyka pojem *kvalita* vyjadřuje jakost, hodnotu. Kvalita není absolutní, ale relativní kategorií, protože může být vyjádřena kvalitativními (vychází z hodnotového systému toho, kdo ji posuzuje) a kvantitativními (objektivními, měřitelnými) indikátory. Tím zároveň zahrnuje proces hodnocení. Je potřeba uvědomit si, jakou kvalitu života hodnotíme. V ošetrovatelství je to kvalita života pacientů s diabetem mellitus, v sociologii hodnotíme kvalitu života konkrétního národa. Pokud například řekneme, že kvalita života obyvatel krajiny je nízká, pak máme na mysli, že chybí objektivní podmínky pro dobrý život. Pokud tvrdíme, že někdo žije špatně, máme na mysli, jak se subjektivně cítí, např. cítí se osamělý, nemocný, fyzicky slabý atd. Z toho vyplývá, že se kvalita života nedá definovat jako něco všeobecně závazné, je to pojem formální, hypotetický konstrukt latentní (skrytá) proměnná, kterou je možné naplnit pouze individuálním obsahem (Gurková, 2011).

Koncept kvality života zahrnuje širokou škálu různorodých oblastí zkušenosti člověka – od fyzických funkcí po oblasti spojené s dosahováním životních cílů a prožíváním životního štěstí. Kvalita života je označována jako multidimenzionální, multifaktoriálně podmíněná a mluvíme o ní jako o fenoménu multiúrovňovém, multidisciplinárním, tedy o fenoménu s vysokou mírou komplexnosti. Problematika kvality života je zkoumaná v několika vědních oborech. Jejich úhel pohledu, a tedy i teoretické vymezení toho, co tato specifická lidská zkušenost znamená sama o sobě a s jakými metodami ji lze uchopit a měřit, je v některých případech až zásadně rozdílný. Koncept kvality života tak nemá doposud všeobecně akceptovanou definici a metodologii. Výzkum kvality života byl iniciován koncem šedesátých a začátkem sedmdesátých let 20. století. Kvalita života byla hodnocena ve vztahu ke stavu společnosti. Kvalita života vyjadřovala míru shody objektivních životních podmínek a jejich subjektivního hodnocení velkými skupinami lidí. Zdraví a zdravotní stav je společným prvkem definic kvality života v ošetrovatelství a definic v medicínských oborech. Na základě analýzy definic kvality života můžeme vymezit její následující definující znaky:

- Představuje proces hodnocení individuálních životních podmínek nebo jejich subjektivní percepce.
- Je relativně nezávislá na objektivních aspektech zdraví/zdravotního stavu.
- Zdraví/zdravotní stav představuje její významnější prediktor, který by měl být měněn samostatně.
- Je subjektivní, hodnocen na základě interních standardů (hodnotách, očekávání, aspirace).
- Je multidimenzionální.

- Je hodnotově orientovaná.
- Je kulturně podmíněná.
- Vyznačuje se určitou stabilitou v čase, ale také dynamičností.
- Zaměřuje se na negativní, ale také pozitivní aspekty dopadu onemocnění.

Kvalita života představuje dlouhodobý cíl ošetrovatelské péče. Ošetrovatelská péče v oblasti zvyšování kvality života by se měla zaměřovat nejen na fyzické aspekty, ale především na podporu návratů pacientů do běžného života, zvládnutí denních aktivit, využívání zdrojů sociální opory apod. Zjištění vnímání vlivu onemocnění na život pacientů může být východiskovou bází pro naplánování adekvátních intervencí, které vedou k vytvoření lepšího terapeutického vztahu s pacientem a zlepšení jeho kvality života (Gurková, 2011).

3. Kvalita života u uživatelů drog

Závislí nemocní nepatří bezpodmínečně k nejoblíbenějším skupinám pacientů. Závislost zpravidla přivádí postiženého člověka do tělesné, psychické a sociální bídy a vede často k předčasné smrti. Mnohostranně ničí důstojnost člověka, protože narušuje sebeúctu a rozvrací akceptování postiženého člověka jeho sociální sítí. Používání potenciálně škodlivých látek je široce rozšířený fenomén. Přitom nejen konzumace látek se může vymknout kontrole, ale také určité způsoby chování, záliby a postoje. Jde o multifaktoriální onemocnění se somatickými, psychickými a sociálními vyvolávajícími příčinami. Věta: "Piju, protože mám problémy, a mám problémy, protože piju..." ukazuje dilema závislých nemocných. Souhrnně lze tedy toto užívání chápat jako sebepoškozující zacházení s látkou, sklon, s chováním atd., a syndrom závislosti považovat za onemocnění spojené s látkou nebo chováním, které postupně vede k značným a specifickým poškozením tělesných, psychických a sociálních funkcí. První zkušenost s psychoaktivní látkou nemusí být vůbec pozitivní. Prohibice určité drogy vedla k tomu, že se stále více a více zkouší obejít zákonná nařízení vývojem tzv. designérských drog. Jedná se o látky, které jsou chemicky podobné známé droze, ale nejsou na seznamu omamných látek (Rahn & Mahnkopf, 2000).

3.1. Psychiatrická komorbidita

Psychiatrická komorbidita patří mezi náročná adiktologická témata, u kterých se kladou požadavky na zkušenost a znalost psychiatrické a psychologické diagnostiky. Zanedbaná diagnostika, v podobě chybně diagnostikovaného nebo vůbec nediodagnostikovaného onemocnění, či poruchy, při které se přidávají k základní diagnóze závislosti, může rapidně snížit efekt celého léčebného procesu. Při chybném určení etiologie může být celý léčebný proces chybně nastaven a vést k neúspěchu a ztrátě motivace pacienta, popř. i k jeho poškození. Vymezení pojmu psychiatrická komorbidita není jednotná (Miovská, Miovský & Kalina, 2008).

Duální diagnózou či komorbiditou rozumíme klinický obraz dvou nebo více lékařských diagnóz u jednoho pacienta. V oblasti nemocí způsobené návykovými látkami je problematika duálních diagnóz pravděpodobně nejčastější, u mužů je nejčastěji diagnostikována porucha osobnosti a u žen neurotické a afektivní poruchy (EMCDDA, 2007, s. 22).

Z hlediska etiologie je v zásadě možné rozlišit dvě skupiny komorbidních uživatelů drog. První skupinu tvoří psychiatricky nemocní, pro které je primárním onemocněním či poruchou cokoli mimo tuto skupinu F.10 až F.19 a kteří většinou nekontrolovaně začínají užívat návykové látky v důsledku těchto potíží. Jedná se o tzv. model automedikace. S tímto modelem je možné se setkat u úzkostných a depresivních poruch, kde kombinace alkoholu, nebo léků se sedativním účinkem bez předpisu bývají významnou komplikací a kde uvedené látky mohou dočasně pomáhat pacientovi řešit jeho obtížné stavy. Druhá varianta je opačná, kdy masivní užívání metamfetaminu může vést k organickým poškozením doprovázeným většími či menšími kognitivními deficity. Nelze jednoznačně říci, zda psychická nemoc může zvýšit pravděpodobnost vzniku závislosti na drogách, nebo zda naopak závislost zvyšuje riziko vzniku psychických problémů. Každý případ výskytu komorbidit je třeba posuzovat individuálně (Miovská, Miovský & Kalina, 2008).

V Evropě se odhaduje, že 30–50 % psychiatrických pacientů současně trpí duševní chorobou a užívá návykové látky, zejména se jedná o alkohol, sedativa a konopné látky. Mezi klienty zařízení, která poskytují léčbu uživatelům drog, vykazuje komorbidita jiné charakteristiky. Z diagnostického hlediska se jedná v první řadě o uživatele heroinu, amfetaminů nebo kokainu, kteří zároveň trpí jednou nebo více poruchami osobnosti, za nimi následují diagnózy deprese a úzkosti a v menší míře pak psychotické poruchy. U klinických vzorků drogově závislých pacientů jsou nejčastější formou komorbidit poruchy osobnosti (50–90 %), po nich následují afektivní poruchy (20–60 %) a psychotické stavy (15–20 %). Asociální porucha osobnosti byla pozorována u 25 % pacientů z příslušného klinického vzorku. Psychopatologie obvykle předchází užívání drog. Prognóza psychiatrických problémů se zhoršuje s nízkým věkem při prvním užití drogy a dlouhodobým užíváním drog. Uvedené syndromy na sebe navzájem působí a překrývají se, což znamená, že jeden člověk může kromě poruch způsobených užíváním drog trpět ještě jednou nebo několika dalšími zmíněnými poruchami. Dostupné údaje na evropské úrovni poskytují nestejnorodý obraz reality. V různých klinických studiích se poruchy osobnosti vyskytují v rozsahu 14 % až 96 %, přičemž převládají asociální a hraniční poruchy, zatímco deprese se vyskytuje v rozmezí od 5 % do 72 % a stavy úzkosti od 4 % do 32 %. Velké rozpětí hodnot pravděpodobně souvisí s odlišným zaměřením diagnostického hodnocení a typem zvoleného vzorku a podtrhuje skutečnost, že mezi členskými státy EU chybějí srovnatelná data. Rozdílnost diagnostického zaměření poukazuje na potřebu strukturovanějších studií postavených na vzorku s dobře vymezenými charakteristikami a jednotnými hodnotícími nástroji pro celou EU (EMCDDA, 2004).

V České republice v psychiatrických lůžkových zařízeních byly u uživatelů drog jako vedlejší hospitalizační diagnózy nejčastěji uváděny tzv. psychiatrické diagnózy, tj. diagnózy z V. kapitoly MKN-10, což vyplývá i z charakteru poskytované péče v těchto zařízeních. U hospitalizací pro alkohol se vedlejší psychiatrická diagnóza vyskytovala u 30 % případů, u opiátů a kombinace látek to bylo necelých 30 %, u stimulancií téměř 50 %. Velmi často byly jako vedlejší diagnózy uvedeny také dg. ze skupiny F10–F19, čili poruchy spojené s užíváním návykových látek. Další časté vedlejší diagnózy byly z okruhu nemocí trávicí a oběhové soustavy (Mravčík, Pešek & Horáková, 2011, kap. 6).

3.2. Zdravotní stav uživatelů drog

Somatická onemocnění vzniklá v souvislosti s užíváním drog mohou být vážnějším problémem než samotná závislost na psychotropních látkách. Často se jedná o neléčitelné poruchy, které je možné pouze stabilizovat nebo mají nepříznivou prognózu, kdy svízelná je i jejich léčba. Aktivní uživatelé drog nedostatečně spolupracují, nejsou schopni až na výjimky, dodržet léčebný režim. U abstinujících mohou nežádoucí účinky spojené s léčbou vést k obnovení užívání drog. Somatická onemocnění v souvislosti s užíváním návykových látek jsou mnohem komplexnější, protože souvisí s určitým stylem života a chováním uživatelů. U dlouhodobých uživatelů dochází k poškození orgánů vlivem užívání, především v závislosti na dávce, frekvenci užívání, látce samotné i způsobem aplikace. Nejrizikovějším je injekčním způsobem aplikace, dochází k porušení integrity kůže a aplikaci látky s nežádoucí příměsí a mikroorganismy do krevního řečiště, méně často do svalové tkáně, podkoží nebo jinam. Dostatečná infekční dávka choroboplodných zárodků vede k rozvoji místního nebo celkového infekčního onemocnění. U intranazální aplikace je vstupní branou nosní sliznice s následkem ztráty čichu. Inhalace vedou k poškození plic a inhalace kouře zvyšují pravděpodobnost vzniku maligního onemocnění dýchacích cest. U perorálního podání může dojít k podráždění trávicího traktu (Minařík & Řehák, 2008).

Mezi lokální komplikace patří vznik zánětu u i.v. aplikace. Může být způsoben nevhodnými vlastnostmi aplikované látky, špatným způsobem aplikace a mikroorganismy zanesenými do rány. Většinou jde o kožní infekce a infekce měkkých tkání, klinicky se projevující jako kožní ulcerace, povrchové i hluboké abscesy a flegmóny a povrchové záněty žil. Při povrchových zánětech bývá přítomné zarudnutí, otok, hnisavá sekrece s tvorbou zarudlých, žlutavých krust. Nebývají však přítomny celkové příznaky zánětu (horečky, schvácenost). Pro absces a flegmónu je charakteristické hnisavé roztavení postižené tkáně, bolestivé zarudnutí je výraznější u flegmóny. Absces je dutina, která je vyplněná hnisem. Absces se může spontánně provalit navenek – vzniká hnisavá pištěl, hnis pak vytéká a může dojít k zhojení jizvou. Pokud je absces povrchový, bývá viditelný, jako vyklenutí kůže, někdy horké a zarudlé, pohmatově jako tekutinou vyplněný útvar. Při flegmóně k ohraničení nedochází, zánět se šíří do okolí. Při rozvinuté flegmóně jsou celkové komplikace pravidlem, stav může nemocného ohrožovat na životě a může vést až k amputaci končetiny pro záchranu života člověka. Na povrchu kůže se flegmóna jeví jako jazykovitě se šířící bolestivé

zarudnutí. K další komplikaci, jako poleptání plic, může dojít například u inhalace organických rozpouštědel (Minařík & Řehák, 2008).

Injekční aplikace drog vede k poškození cévního systému. Aplikace nesterilních roztoků vedou k tromboflebitidě. Opakovaně probíhající záněty vedou ke ztluštění cévní stěny a zúžení cévy. Pohmatově se tromboflebitida jeví jako bolestivé zatvrdnutí postižené žíly. Aplikace látek do cév dolních končetin může vést k zánětu hlubokých žil na dolních končetinách. Může dojít k zamezení odtoku krve z dolních končetin a jejímu odúmrťí, při utrnutí krevní sraženiny může dojít k masivní plicní embolii a srdečnímu selhání. Noha postižená zánětem hluboké systému má větší objem a namodralou barvu oproti zdravé končetině. Objevuje se i tupá bolest v chodidle či lýtku, což je indikací k hospitalizaci a okamžitému řešení. K méně častým kardiovaskulárním komplikacím patří bakteriální endokarditida, která spíše ohrožuje uživatele s vrozenými srdečními vadami, s operací srdce nebo s jinými patologickými změnami na srdci. Infarkty myokardu postihují uživatele psychostimulancií. Arytmie a jiné poruchy srdečního rytmu vznikají při abúzu psychostimulačních látek. Může také dojít k selhání srdce, jako pumpy. Uživatelé opiátů mají větší sklon k zápalům plic. Pevné částičky obsažené v roztoku určeném k injekční aplikaci jsou krví zaneseny až do plicních kapilár a způsobují mikroembolizaci. Vážné infekční komplikace mohou postihnout i oční kouli, zvláště nepříznivé jsou plísňové infekce. Chronický abúzus stimulačních látek může vést k šedému nebo zelenému zákalu, které při přiměřené léčbě mají dobrou prognózu. Užívání psychostimulačních látek vede k prudkému vzestupu krevního tlaku, může dojít ke krvácení do mozkové tkáně. Při embolizaci může dojít k uzavření cévy v CNS a k lokální odúmrťi tkáně (Minařík & Řehák, 2008).

Infekční choroby přenášené krví patří k nejčastějším a současně k nejzávažnějším komplikacím injekční aplikace drog, jde nejčastěji o infekce viry hepatitidy B a C a infekci HIV. Virus HIV byl identifikován v roce 1983. V lidském těle napadá především buňky imunitního systému a vyvolává onemocnění AIDS, HIV se vyskytuje ve dvou typech a to HIV-1 a HIV-2. Charakteristické je dlouhé bezpříznakové období, během kterého je pacient rizikem pro své okolí. Průměrná doba od nákazy do vzniku plně rozvinutého onemocnění u neléčeného člověka je cca 10 let. Pokročilý AIDS je charakterizován těžkou poruchou imunity s výskytem atypických infekcí a nádorů. Postižení může být přítomno ve většině orgánů. K infekci dochází krevní cestou, pohlavním stykem a vertikálně (z matky na dítě). Z adiktologického hlediska se při omezení šíření viru prokázaly jako účinné výměnné programy. Dalším preventivním opatřením je dodržování zásad bezpečného sexu. Infikovaná osoba je nakažlivá

prakticky okamžitě po vniknutí HIV do organismu. Onemocnění je nevyléčitelné, v současné době lze oddálit rozvoj pozdních stadií onemocnění vysoce účinnou protivirovou léčbou a zlepšit tak kvalitu života nemocných. Pacienti jsou v ČR dispenzarizováni a léčeni v AIDS centrech. Lze i využít anonymní testování, protože u tohoto onemocnění nejsou žádná karanténní opatření, ani omezení společenského styku, výkon povolání může být omezen pouze celkovým zdravotním stavem. Onemocnění podléhá povinnému hlášení (Minařík & Řehák, 2008).

Podle odhadů UNAIDS (jež jsou k dispozici za rok 2010) ve světě nyní žije asi 34 milionů osob s HIV, z nichž se 2,7 milionů nakazilo v roce 2010, a 1,8 milionů v tom roce na AIDS zemřelo. V mnoha regionech světa došlo ke zpomalení a stabilizaci epidemie HIV, nicméně od roku 2001 vzrostl počet osob žijících s HIV o 17%. Ke znatelnému nárůstu počtu nově infikovaných dochází ve východní Evropě a centrální Asii, Oceánii, na Blízkém východě a v severní Africe. Údaje svědčí o pokračujícím nárůstu nových případů HIV rovněž v zemích Evropské unie a evropské ekonomické oblasti (EU/EEA). V tomto regionu bylo v roce 2010 zjištěno 27 587 nových případů HIV, což je o 4 % více než v roce 2009. Naopak počet nových případů AIDS v Evropě stále klesá – v roce 2010 bylo zaregistrováno 4 626 případů a od roku 2004 došlo k snížení počtu nových případů na polovinu, zřejmě hlavně díky účinné léčbě. V zemích s generalizovanou epidemií HIV/AIDS jako Ukrajina či Rusko, dominuje přenos prostřednictvím injekčního užívání drog a prostřednictvím heterosexuálního styku. Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí odhaduje v Evropě jejich podíl na 30% všech infikovaných (Němeček, 2011).

V r. 2010 bylo stejně jako v r. 2009 v ČR nově diagnostikováno 7 případů HIV infekce, u kterých mohlo dojít k nákaze injekčním užíváním drog, a situace se tak vrátila k hodnotám období do r. 2007. K 31. prosinci 2010 bylo v ČR evidováno celkem 1522 HIV pozitivních osob s trvalým pobytem na území ČR, z toho je 70 injekčních uživatelů drog (IUD) a 27 dalších osob je ve smíšené kategorii zahrnující injekční užívání drog a homo/bisexuální styk. Injekční aplikace drog tak v ČR nadále zůstává výrazně minoritním způsobem nákazy virem HIV v ČR. V r. 2010 bylo v ČR provedeno celkem 918 855 laboratorních vyšetření HIV u občanů ČR a rezidentů, z toho bylo 180 (0,20 %) s pozitivním výsledkem, z nich bylo 139 občanů ČR a 41 cizinců s trvalým pobytem v ČR. U injekčních uživatelů drog (IUD) bylo provedeno 1050 vyšetření s žádným pozitivním výsledkem. Počet testů provedených IUD se po několika letech propadu v r. 2010 zvýšil, a to i přes přetrvávající absenci testů ze slin. (Mravčík et al, 2011).

Výskyt infekce HIV u občanů ČR a cizinců s dlouhodobým pobytem v ČR (rezidentů) v posledním desetiletí každoročně výrazně narůstal z počtu 50 případů v roce 2002 až na 180 případů v roce 2010. V roce 2011 bylo u občanů ČR a residentů zachyceno 153 případů HIV infekce, což zhruba odpovídá úrovni roku 2009 (156 případů). Tento počet představuje třetí nejvyšší roční záchyt ve sledování infekce HIV v ČR od roku 1985. I v některých dalších evropských zemích se podle dat Evropského střediska pro prevenci a kontrolu nemocí ukazuje meziroční kolísání počtů případů, nicméně celkově nejsou doklady o poklesu přenosu HIV v Evropě. Ze 153 nových případů HIV infekce v roce 2011 bylo 42 rezidentů (27,5 %) zejména z Ukrajiny (12) a Slovenska (9), dále ze Spojeného království (4), Běloruska (3), Bulharska (2), Polska (2) a jednotlivě z některých dalších zemí různých kontinentů. Téměř polovina z celkového počtu 153 nových případů uvádí obvyklé bydliště v Praze (49,7 %); více je zastoupen ještě Středočeský (11,1 %), Plzeňský (7,8 %), Moravskoslezský (5,9 %), Jihomoravský (5,9 %) a Ústecký (5,2 %) kraj. Mezi nově infikovanými občany ČR a residenty je 139 mužů (90,8 %) a 14 žen (9,2 %). Pokračuje trend z posledních let, kdy se mezi nově zjištěnými případy snižuje podíl infikovaných žen. Průměrný věk nakažených mužů je 33,9 let s věkovým rozpětím od 17 do 63 let, průměrný věk žen 34,6 let s věkovým rozpětím 20 až 60 let. Z klinického pohledu bylo 20 (13,1 %) nových případů při zjištění HIV ve stadiu akutní infekce, nejčtenější bylo asymptomatické stadium - 111 (72,5 %) případů a závažné pozdní záchyty představují stadia symptomatické non-AIDS - 8 (5,2 %) a AIDS - 14 (9,2 %) (Němeček, 2011).

Infekční žloutenka typu B se přenáší krevní, sexuální nebo vertikální cestou. V ČR má v posledních desetiletích významně klesající trend výskytu, na kterém má podíl vakcinace. Uživatelé drog jsou významnou skupinou u které hepatitida přetrvává, 30-50 % z nich má serologické známky proběhle HBV infekce. Onemocnění je charakteristické rozvojem akutního stadia s celkovými příznaky (únava, chřipkové příznaky, světlá moč, tmavá stolice, rozvoj ikteru). Tyto příznaky se vyskytují v méně než 50 % případů, onemocnění často probíhá aniktericky, nebo i zcela bezpříznakově. Nemocný je však infekční v podstatě od okamžiku nákazy. Průměrná inkubační doba je 60 dní. U většiny infikovaných osob proběhne akutní stadium a s rozvojem imunitní reakce se virus v organismu přestává množit a dochází k uzdravě během několika měsíců. U 2-5 % dospělých může virus pokračovat a dojde k přechodu do chronického stadia infekce. Pacienti jsou ohroženi rozvojem pozdních komplikací (10-30 let) – jaterní cirhózou, jaterní selhání a rakovinou jater. K léčbě se používají interferony a široká skupina protivirových preparátů nebo jejich kombinace. Onemocnění podléhá povinnému hlášení (Minařík & Řehák, 2008).

Dlouhodobý pokles pokračuje u akutní virové hepatitidy typu B, proti které je prováděno pravidelné očkování dětí. Incidence tohoto druhu žloutenky nepatrně poklesla o jednu desetinu na 2,3 případy na 100 tisíc obyvatel. Ve srovnání s rokem 2003, kdy došlo naposledy k nepatrnému nárůstu, činí pokles již téměř 40 %. Nejvyšší incidence 10,1 byla zaznamenána u mužů ve věkové skupině 25–34 let. Výskyt převyšující 4 případy na 100 tisíc obyvatel dosáhl kraj Středočeský a Hl. m. Praha. Nadprůměrná incidence byla také v Ústeckém, Karlovarském a Libereckém kraji. Na následky tohoto druhu infekce došlo k úmrtí tří osob ve věku nad 50 let. Výskyt jiných akutních virových hepatitid se snížil o pětinu na 1,8 případu na 100 tisíc obyvatel. Pozitivně lze hodnotit další potvrzení klesajícího trendu počtu hlášení nových případů chronických virových hepatitid, jejichž incidence poklesla od roku 2007 již o třetinu z 10,7 na necelých 7 případů v přepočtu na 100 tisíc obyvatel. Více než 81 % těchto případů, tj. 595 hlášení, představovaly chronické virové hepatitidy typu C. Dalších 130 případů tvořily chronické virové hepatitidy typu B. Nejvyšší incidencí chronických hepatitid se vyznačují muži spadající do věkové skupiny 25 až 34 let (21,4) a ženy ve věku 20 až 24 let (12,1). Nejvíce hlášení na 100 obyvatel vykázal Ústecký (15,8), Liberecký (14,8) a Jihočeský (13,2) kraj. Chronická forma žloutenky se též vyznačuje nejvyšší úmrtností a v roce 2010 bylo zaznamenáno 24 úmrtí na její následky, a to převážně ve věku nad 50 let. Onemocnění je také velice často hlášeno u cizinců, tj. 69 případů (4,6 %) v roce 2010. Celkem bylo u cizinců v rámci hlášení všech forem virových hepatitid zaznamenáno 93 případů. Virové hepatitidy způsobily v ČR v roce 2010 úmrtí celkem 29 osob. (ÚZIS, 2011)

Infekční žloutenka typu C se přenáší krevní cestou, u injekčních uživatelů je tedy přenos injekčními stříkačkami, jehlami a dalšími pomůckami k aplikaci kontaminovanými infikovanou krví. Ve srovnání s HIV se proto na omezení šíření této infekce méně uplatnily výměnné programy. V ČR je v posledních letech výskyt HCV celkem stabilizovaný. Onemocnění je charakteristické bezpříznakovým průběhem a výraznou tendencí k přechodu do chronicity. Méně než 20 % osob v akutním stadiu má typické "žloutenkové" obtíže. Po přechodu do chronicity (u cca 70 % případů), za který se považuje přetrvávání viru v organismu déle než 6 měsíců, nebývají patrné žádné odchylky. Pozdní následky se rozvíjejí u části infikovaných obvykle během 15-40 let. Progresi jaterního postižení u HCV infekce výrazně urychluje současná konzumace alkoholu. Inkubační doba je průměrně 50 dní. Infikovaná osoba bývá od počátku a dlouhodobě zdrojem infekce. Léčba je možná a vysoce účinná (téměř 100 %) v akutním stadiu, ale bohužel se v této fázi onemocnění příliš často nezachytí. Léčba

chronických stadií HCV infekce v populaci injekčních uživatelů drog v ČR je vysoce účinná, téměř 90 % infikovaných, kteří absolvují léčbu v doporučeném rozsahu, se daří eliminovat virus a dosáhnout úplné úzdravy (Minařík & Řehák, 2008).

Virus hepatitidy C byl identifikován v roce 1989. Přibližně ve 20-25 % případů se nepodaří žádný z rizikových faktorů přenosu HCV infekce v anamnéze pacienta odhalit. Celkově se odhaduje, že virem hepatitidy C je na světě infikováno kolem 170-200 milionů lidí. Asi nejpresnější epidemiologická data týkající se epidemiologie HCV infekce u injekčních uživatelů drog na území ČR poskytla rozsáhlá studie provedená mezi klienty nízkoprahových zařízení v letech 2002-2005, reaktivita anti-HCV byla prokázána v první části studie u 30 % osob. Nejnižší prevalence byla zaznamenána v Jihlavě (5 %), střední v Praze (35-45 %) a nejvyšší pak v Ústí nad Labem (55 %). Jako jeden z nejvýznamnějších faktorů pro přenos infekce bylo identifikováno sdílení injekčního nádobí. Virová hepatitida C patří celosvětově mezi nejzávažnější infekce mající velký socioekonomický dopad. V ČR se jedná o onemocnění relativně vzácné, které je však spíše u rizikových skupin, z nichž jedna je tvořena aktivními či bývalými toxikomany. Byla učiněna řada kroků vedoucích k tomu, aby byla racionalizována péče o tyto nemocné. Odborná hepatologická péče je v ČR zajištěna na 63 pracovištích, jimž byla udělena garance České hepatologické společnosti či Společnosti infekčního lékařství, která je zárukou nejvyšší odbornosti a komplexnosti poskytované péče (Urbánek, 2010).

Jaterní cirhóza je chronické onemocnění jater, způsobené přestavbou jaterní tkáně a cévního řečiště jater. Toto onemocnění není v ČR vzácné a stále přibývá. Při vzniku jaterní cirhózy se uplatňují nejrůznější vlivy. V ČR jsou nejčastějšími příčinami virové infekce jater a nadměrné užívání alkoholu. K jaterní cirhóze může vést také obstrukce žlučových cest a chronické srdeční městnání. Příčinou úmrtí cirhotiků jsou častěji následné komplikace onemocnění než vlastní poškození jater. Jedná se především o krvácení z jícnových varixů, hepatocelulární karcinom, zánětlivé komplikace a selhání ledvin. Důležitá je změna životosprávy, dodržování diety a abstinence alkoholu. Cílem léčby jaterní cirhózy je předejít dekompenzaci jaterního onemocnění a předejít vzniku karcinomu. Jedná se o snahu zlepšení jaterní funkce a oddálit nutnost transplantace. U pacientů s jaterní cirhózou je ideální zahájit léčbu antivirotiky, které jsou rychlé a účinné, mají nízké riziko vzniku rezistence a jsou dobře tolerované při dlouhodobém podávání. Alkoholové jaterní poškození vzniká konzumací více než dvou drinků denně. Avšak pouze u 8-20 % případů vznikne jaterní cirhóza. Proč to tak je, není dosud známo. Riziko vzniku cirhózy stoupá v závislosti na množství a celkové době

konzumace alkoholu. Abstinence zlepšuje průběh léčby již vzniklé cirhózy. Je třeba i zohlednit faktory, jako pravidelnost a nárazovost pití alkoholu nalačno či v průběhu jídla, kdy nárazové pití alkoholu je méně nebezpečné, než denní konzumace alkoholu třeba i v malém množství, protože játra mají čas na regeneraci. Poškození jater nesouvisí s druhem alkoholu, ale s množstvím alkoholu, který obsahuje (Ehrmann & Hůlek, 2010).

3.3. Sociální důsledky užívání drog

Vzhledem k toleranci společnosti s naší kulturní tradicí jsou sociální důsledky související s alkoholismem a závislostí na návykových látkách odlišné. Odlišnost je zejména v postoji společnosti k užívání alkoholu, které je tolerováno, v některých případech může jeho odmítání způsobit i "problémy" v sociální interakci (vyloučení ze sportovní party, neuzavření výhodného obchodu aj.). Naopak užívání nelegálních látek je často spojeno se stigmatizací, tito jedinci jsou ohroženi sociálním vyloučením. V obou případech je nutné pohlížet na závislostní chování a škodlivé užívání psychoaktivních látek jako na nemoc z hlediska medicínského, psychologického a rovněž jako na patologii celé společnosti z hlediska sociologického (Fischer & Škoda, 2009).

Alkoholismus je značnou zátěží pro celou rodinu. Abnormalita vztahů, rozvoj různých obranných mechanismů vede k celkové deprivaci a destrukci vzájemných vazeb a vztahů. Dochází k negativním změnám ve vzorcích chování, které mohou oscilovat od situace, kdy alkohol udržuje rodinu pohromadě, jiní jedinci začnou alkohol užívat až poté, co došlo k rozpadu rodiny. Jedinec závislý na alkoholu není schopen plnit rodičovskou roli a funkce psychologické, sociální a materiální. Alkoholismus je také spojen se ztrátou pracovního výkonu, následnou ztrátou pracovních dovedností a návyků potřebných k výkonu řádného a trvalého povolání. Dojde-li k překročení "společenské normy" v užívání alkoholu, stává se závislý jedinec předmětem sociální stigmatu. Jeho postavení ve společnosti lze charakterizovat jako odmítání, kritika, opovrhování, štitivost, jedinci hrozí sociální izolace a útěchu nachází u podobně postižených jedinců. Je v začarovaném kruhu. Závislí jedinci jsou často donuceni k léčbě ze zdravotních důvodů, nebo až ve fázi, kdy již ztratili opory nezbytné k normálnímu společenskému fungování: rodinu, blízké, práci (Fischer & Škoda, 2009).

Sociální důsledky související se závislostí na nelegálních návykových látkách jsou podobné jako u alkoholismu, mají stejné negativní důsledky pro rodinu, zaměstnání a interakci s okolím. K rozvoji závislosti a následným negativním důsledkům pro jedince užívající drogy i společenské okolí je mnohem rychlejší. Tolerance většinové společnosti vůči užívání nelegálních drog oproti alkoholu je mnohem nižší, téměř nulová. Nálepka "feťáka" je mnohem silnějším stigmatem než-li alkoholik. Kromě přijetí vzorců chování typických pro tuto subkulturu je nebezpečím ztotožnění se s jejich hierarchií hodnot. Tento problém je potřeba zohlednit zejména v léčbě a při terapii, bez dosažení změny v preferenci hodnot je například protrahovaná léčba neúčinná, často dochází k recidivě. Závislost na drogách vede dále velmi často k delikvenci, kriminálnímu chování. Trestná činnost je v naprosté většině těchto případů sekundárním problémem, v případě úspěšné léčby a abstinence k její recidivě později nedochází (Fischer & Škoda, 2009).

3. 4. Výzkumné studie kvality života

V současnosti se můžeme setkat s pojmem kvalita života jako s hodnotícím kritériem ve výzkumech, např. v oblastech hodnocení životní úrovně populace, v psychiatrické rezidenční péči, ve srovnávacích studiích potřeb určitých skupin populace nebo při měření subjektivní spokojenosti. Zahraniční výzkumy se široce zabývají kvalitou života, např. v databázi Medline lze nalézt řadu odborných článků z oblasti věd o zdraví zaměřujících se na QOL. Bohatým zdrojem je francouzský ústav MAPI Research Institute zabývající se výzkumem kvality života ve vztahu k zdravotnímu stavu. Zahraničních studií kvality života u osob užívajících návykové látky není mnoho. V České republice provedla E. Dragomirecká rozsáhlý výzkum "Kvalita života jako hodnotící kritérium léčby u vybraných duševních onemocnění" v roce 2000 (Doležalová, 2006).

V roce 2002 provedla P. Doležalová výzkumnou studii "Kvality života drogově závislých v terapeutických komunitách v České republice" byla první výzkumnou studií, která mapovala subjektivní vnímání kvality života drogově závislých mužů a žen v terapeutických komunitách v ČR a analyzovala rozdíly s kontrolní skupinou respondentů, kterou tvořili převážně studenti a zaměstnaní lidé. Výběr terapeutických komunit byl náhodný a výběr respondentů na základě volby terapeutů. Výběr kontrolní skupiny byl na základě dobrovolnictví se školami a různými pracovišti. Sběr dotazníků se uskutečnil během roku 2002. Ve studii byl použit sebeposuzovací dotazník SQUALA. V oblastech důležitosti se celkově neprojevil významný rozdíl mezi klienty terapeutických komunit a kontrolní skupinou. Z vyjádření u obou souborů respondentů byla nejméně důležitá politika a víra, naopak za nejdůležitější ve svém životě považují klienti terapeutických komunit péče o sebe, následuje láska, zdraví a svoboda, fyzická soběstačnost. Kontrolní soubor považuje za nejdůležitější zdraví, péči o sebe, psychickou pohodu a svobodu. Mírné rozdíly se objevily v oblasti psychické pohody, lásky a zdraví. Klienti TK vykazují nižší spokojenost v oblasti financí, následuje láska, sex, politika, práce, záliby, rodina, mezilidské vztahy. Významně větší spokojenost projevili klienti TK v oblastech fyzické soběstačnosti a jídla, bezpečí, prostředí, domov, spánek (Doležalová, 2006).

V ČR proběhla vůbec první výzkumná studie "Kvality života v léčbě hepatitidy C uživatelů nelegálních návykových látek v nestátním zdravotnickém zařízení REMEDIS", který prováděly Markéta Šídová a Lenka Šťastná v první polovině roku 2008 pomocí dotazníku RAND 36 – Item Health Survey (SF 36) v zařízení REMEDIS. Studie kvality života u uživatelů nelegálních návykových látek jsou v ČR zatím velmi ojedinělé. Soubor byl tvořen klienty zařízení REMEDIS, kteří ukončili léčbu VHC. Průměrný věk respondentů v této výzkumné studii je 33,49 let, průměrný věk žen je 32, 17, mužů 34, 73. Kvalita života v léčbě VHC uživatelů drog (mužů a žen) se na začátku i po léčbě liší. Ženy měly v obou skupinách vyšší celkový index kvality života než muži. Na začátku léčby mají muži nejnižší skóre v dimenzi vitality. Dimenze vitality u žen na začátku léčby nabývá nejnižší skóre. Ve srovnání s muži mají ženy celkové průměrné skóre vyšší. Ženy oproti mužům skórovali více ve fyzickém fungování, fyzickém omezení, tělesné bolesti, všeobecném zdraví a v sociálních funkcích, muži naopak měli vyšší skóre v dimenzích vitality a emočním fungování (Šídová & Šťastná, 2010).

Na Slovensku probíhala studie na téma "Chronický alkoholismus žen versus kvalita jejich života". Hudáková a Magurová (2011) se zabývaly dopadem alkoholismu žen na jejich kvalitu života, cílem studie bylo zjistit, jakým způsobem zasahuje chronický alkoholismus do vybraných oblastí života (emoční, finanční a pracovní) u žen ve věku od 18 do 60 let věku. Průzkum byl prováděn od prosince 2009 do února 2010 v psychiatrických léčebnách Fakultní nemocnice s poliklinikou v Prešově. Dotazník (WHOQOL-BREF) byl určen pacientkám s diagnózou chronického alkoholismu a průměrný věk pacientek byl 45 let. Z celkového počtu dotázaných 30 % žen vyjádřilo, že mají velmi zhoršenou kvalitu života. Frekvence přetrvávání negativních pocitů se vyskytla u 70 % žen. Pouze 36 % žen byly se svojí rodinou a okolím spokojeny, jejich závislost má negativní vliv na finanční situaci v jejich rodině a v oblasti sociálních vztahů. Největší problémy byly zjištěny v sociální oblasti v porovnání s psychickou sférou (Hudáková & Magurová, 2011).

II. Rozdělení a účinky návykových látek

Co je to droga? V minulosti se označení „droga“ používalo pro každou surovinu rostlinného či živočišného původu, která se užívala jako léčivo. I dnes se tento pojem používá mezi lékárníky a farmaceuty. Z širokého povědomí veřejnosti již byl v podstatě tento pojem zcela vytlačen. Od roku 1969 je podle definice WHO za drogu považována jakákoliv látka (přírodní nebo uměle syntetizovaná, která má i nemá status léku), která vpravením látky do organismu může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí. Jelikož společným účinkem všech „drog“ je především manipulace mozkiem, jsou drogy jakožto látky ovlivňující nervovou soustavu a její funkce od roku 1971 v podobné terminologii označovány jako omamné a psychotropní látky – OPL (Čevela, Čeledová & Dolanský, 2009).

Droga je nelegální návyková látka, která ovlivňuje psychiku a opakované užívání je spojeno s vytvořením závislosti. Účinky závisí na charakteru užití látky, formě, množství a způsobu užití (Janíková, 2007).

Poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek je dle definice WHO z roku 1969 definována jako duševní a někdy také tělesný stav vyplývající ze vzájemné interakce mezi organismem a drogou, charakterizovaný změnami chování a jinými reakcemi, které vždy zahrnují buzení brát drogu stále nebo opakovaně pro její účinky na psychiku, někdy také z obav před vznikem velice nepříjemných abstinenčních příznaků. Pojem „toxikománie“ je odvozen od řeckých slov toxikos – jed a mania – šílenost, zuřivost, nadšení. Pojem „narkomanie“ je užší. Správné je jeho užití jen v souvislosti s narkotiky, tj. látkami tlumícími bolest, majícími uspávací a uklidňující účinky (Čevela, Čeledová & Dolanský, 2009).

Podle definice Jiřího Presla (Presl, 1994) lze jako drogu chápat každou látku, ať už přírodní nebo syntetickou, která splňuje dva základní požadavky:

- 1) Má tzv. psychotropní účinek, tj. ovlivňuje určitým způsobem naše prožívání okolní reality, mění naše "vnitřní naladění" – zkrátka působí na psychiku.
- 2) Může vyvolat závislost; má tedy tzv. „závislostní potenciál“ ten je u různých drog různě vyjádřen a může být menší nebo větší, ale přítomen je vždy.

Existuje řada systémů dělení psychotropních látek. Společensky nejužívanější dělení (na zákonné a nezákonné), v epidemiologii se nejčastěji používá tří typů klasifikace:

- 1) podle vzniku (přírodní, semisyntetické a syntetické)
- 2) podle typu působení a chemického složení (tlumivé látky, stimulancia, halucinogeny)
- 3) podle stupně společenské nebezpečnosti (podle závažnosti společenských následků) (Zábranský, 2003).

Z výzkumů realizovaných v letech 2008-2010 (studie realizoval Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 2010, NMS a Agentura INPRES-SONES, 2009, 2010) se ukazuje, že zkušenosti s užitím nelegálních drog jsou v obecné populaci stabilní, nejčastěji užívanými nelegálními drogami v dospělé populaci jsou konopné látky (23–34 %), následované extází (4–10 %). Užití konopných látek v posledním roce uvedlo 10–15 % respondentů, užití jiných nelegálních drog méně než 4 % dotázaných dospělých. Užití nelegálních drog mimo konopné látky v posledním měsíci uvádí dlouhodobě méně než 1 % respondentů. Mladí dospělí ve věku 15–34 let vykazují vyšší míry užívání – přibližně pětina má zkušenosti s konopnými látkami v posledním roce (Mravčík, Pešek & Horáková, 2011).

Z mezinárodního průzkumu HBSC vyplývá, že zkušenosti žáků 9. tříd základních škol s užíváním marihuany mezi r. 2006 a 2010 vzrostly a dosáhly hodnoty 30,5 % u celoživotní prevalence a 21,5 % u prevalence v posledním roce. Podle studie zaměřené na rizikové užívání konopí představuje užívání konopí pro 70 % uživatelů relativně malé riziko. Avšak až 10 % uživatelů konopných drog je ve značném riziku problémů spojených s jejich užíváním a závislostí. Extrapoluje-li se tento podíl na celou populaci ČR, znamená to cca 1,0–1,5 % dospělé populace, tj. 75– 110 tis. uživatelů konopných látek ve vysokém riziku, především mladých dospělých (Csémy, Sovinová, 2011).

Speciální studii provedlo NMS spolu s agenturou Median s.r.o. na jaře 2011, která byla zaměřená na užívání nových syntetických drog (které mají obdobné účinky jako tradiční nelegální drogy, ale nejsou na seznamu zakázaných drog) ukázala, že v ČR má zkušenost s užitím těchto látek necelých 5 % mladých dospělých, obdobný výsledek přinesla v ČR i evropská studie Eurobarometr. Z průzkumů zaměřených na postoje veřejnosti k užívání drog vyplývá, že česká populace je celkem tolerantní k užívání konopných látek, nadpoloviční většina podporuje legalizaci pěstování a držení konopných látek, a to především pro léčebné účely. Prevalence užití všech drog byly

vyšší u mužů než u žen. Nejvíce zkušeností s nelegálními drogami uvedli velmi mladí dospělí ve věku 15–24 let (Mravčík, Pešek & Horáková, 2011).

Z průzkumu postojů obecné populace k užívání návykových látek z r. 2010 je celkem 82 % respondentů považuje za přijatelné kouření tabáku, 77 % považuje za přijatelné chování také konzumaci alkoholu. Vysokou míru přijatelnosti vykazuje také užívání léků (na spaní, proti bolesti nebo na uklidnění). Pro 25 % dotázaných respondentů je přijatelné také užívání konopných látek (Mravčík, Pešek & Horáková, 2011).

1. Opioidy a opiáty

Opioidy se používají v lékařství jako nejsilnější léky proti bolesti (analgetika- anodyna), nebo jako léky proti kašli (antitusika), protože tlumí kašlací reflex. Tinktura opii se používá jako lék při úporném průjmu, dnes se používá už jen výjimečně (běžný pod názvem Reasec), je však volbou při léčbě odvykacího stavu novorozenců, jejichž matky jsou závislé na heroinu. Opiáty jsou podskupinou opioidů, která má strukturu podobnou morfinu. Somatické účinky - tlumí percepční, lokalizační, psychickou a emocionální složku bolesti. Způsobuje euforii a dochází ke zklidnění až ospalosti, k útlumu dýchacího centra, což může vést k zástavě dýchání, tlumí centrum kašle, dráždí i chemorepční zónu pro zvracení. Vyvolávají miózu (stažení zornice) a centrálně snižují teplotu těla. Způsobují vazodilataci, bradykardii a hypotenzi. V toxických dávkách při hypoxii může dojít k obrně vegetativních center v mozku, která řídí činnost srdce a může vést až k zástavě krevního oběhu. Utlumují pohyblivost a zvyšují napětí hladké svaloviny, což může vést i k zácpě. Dochází ke snížené produkci a retenci moče pro vzestup napětí močového měchýře a u žen dochází ke vzestupu napětí dělohy a k poklesu pohyblivosti řasinkového epitelu ve vejcovodech, a tím pádem dochází ke sterilitě. Opioidy mohou vyvolat svědění celého těla, a to i v bezvědomí. Při intoxikaci je v popředí zklidnění, příjemná euforie, mohou ale i vyvolat dysforii (rozladu), která vyvolává nevolnost, zvracení a neschopnost koncentrace. Prvním příznakem je nevolnost, dále pak hučení v uších, pocit tepla v obličeji, svědění, povrchové dýchání, zúžení zornic přecházející v konečném stadiu v rozšíření zornic (mydriáza). Intelekt bývá neporušen při chronickém abusu. Uživatel opioidů je líný, bez vůle, ztrácí libido, potenci, bývá depresivní, pravidelně mívají hypnagogické pseudohalucinace. Dále bývá nespavost, únava, podrážděnost, které se střídají s apatií. Dochází k celkovému vyčerpání organismu a ke kachexii z důvodu nezdravé

životosprávy. Dochází k infekcím, které často souvisejí s oslabením imunitního systému a nesterilní injekční aplikací drogy. Závislost se rozvíjí již po několika týdnech nebo později po několika měsících užívání drogy. Její psychická složka se vyznačuje ztrátou kontroly nad užíváním spolu s neovladatelnou touhou po droze. Pravidelní dlouhodobí uživatelé se postupně dostávají na dávky, které jsou mnohonásobkem smrtelné dávky pro prvouživatele. Hlavními příznaky odvykacího stavu v lehčích případech jsou příznaky potíží trávicího traktu, jako jsou bolesti břicha, průjmy, ale i neklid a nespavost. V těžších případech jsou to pocení, zvýšení teploty, slzení, mydriáza, hypotenze, úporná nespavost, poruchy řeči, třesy, nechutenství, dehydratace. Může dojít i ke kolapsu s následkem úmrtí. Nástup odvykacího stavu záleží na typu užívané drogy, množství dávky a stavu organismu. U většiny nelegálně užívaných opiátů se první příznaky objeví během prvního dne a vrcholí 3.- 4. den, obvykle po týdnu odezní. Průkaznost drog po aplikaci je do 48 hodin. Poruchy spánku přetrvávají v průměru cca měsíc, v některých případech i řadu měsíců po ukončení užívání. Nejvhodnější je ponechat pacienta zcela bez medikace po celou dobu odvykání, popř. se pokusit ovlivnit poruchy spánku režimovým opatřením a bylinnými preparáty (Minařík, 2003).

1.1. Heroin

Heroin byl poprvé syntetizován v roce 1874. V roce 1898 jej německá firma prodávala pod názvem Heroisch. Několik let byl považován za účinný lék proti závislosti na morfinu. Byl považován za lék s nulovým rizikem vzniku závislosti. Nejčastější a nejrizikovější je aplikace nitrožilně. Mezi méně rizikové způsoby aplikace patří šňupání, kouření a inhalace z aluminiové fólie. Poločas eliminace heroinu (doba, za kterou se množství látky v organismu zredukuje o 50 %) je asi za 3 – 20 minut. Eliminace se děje močí, až 80 % může být vyloučeno do 24h a metabolity mohou být zjištěny laboratorně až 3 dny po poslední dávce. Závislost vzniká pravidelně a poměrně rychle, už po několika týdnech. Závislost je psychická i somatická. Závislost těžce poškozuje osobnost a vede k sociální degradaci (kriminalita, prostituce), jako jediný možný způsob získání finančních prostředků na drogu. Další rizika plynou převážně z injekčního užívání a rizika z předávkování. Specificky českou drogou, vyráběnou v domácích laboratořích z léčiv obsahující kodein je braun. Výsledkem je hnědá tinktura, která se aplikuje nitrožilně. Chemicky je velmi podobná heroinu, morfinu a/nebo kodeinu. Braun má nižší potenciál pro závislost. Poločas eliminace je podobně jako u heroinu jen několik hodin. Účinky a důsledky užívání jsou podobné heroinu a opioidů. Metadon je čistá látka a nástup účinku je pomalejší, který je doprovázen

minimálním pocitem euforie a má nižší potenciál závislosti než heroin. Poločas eliminace je 25 h. Aplikace je nejčastěji ve formě sirupu per os, v zahraničí je možnost aplikace i injekční forma. Metadon je vyráběn legálně, pro medicínské účely (substituční léčba při závislosti na opiátech), ale prosakuje i na černý trh, kde je vyhledáván jako náhradní nebo doplňující droga a pro účely abstinčních pokusů (Minařík, 2003).

1.2. Epidemiologie

Opioidy, resp. heroin, patří mezi nejčastěji zneužívané návykové látky a k závislosti na nich dochází u naprosté většiny ilegálních uživatelů těchto drog. V ČR začíná závislost na heroinu už u věkové skupiny kolem 15 – 19 let, objevují se však i uživatelé mladší 15 let s rozvinutou závislostí. Vedle pervitinu se heroin stává ve velkých městech nejpreferovanější látkou vyvolávající rychle devastující závislost. Dříve byla častým důvodem zájmu o opioidní analgetika ze strany závislých získat z nich látky, používané jako suroviny pro výrobu jiných drog (zejména kodein). Ve srovnání s obdobím do začátku 90. let, kdy byl hlavní ilegální drogou podomácku z kodeinu vyráběný braun, který nahrazoval tehdy nedostupný heroin, jsou dnes opioidní analgetika užívána bez jakýchkoliv úprav jako náhražka při nedostatku heroinu (Raboch & Zvolský, 2001).

ČR je pro heroin podle NPC jak spotřebitelskou, tak ale především tranzitní zemí. Na organizaci dovozu heroinu do tuzemska se podílí zejména kosovští a makedonští Albánci. Poptávka na českém trhu je saturována prostřednictvím menších zásilek (do 10 kg), které jsou před samotným prodejem koncovým uživatelům ředěny (nejčastěji paracetamolem a kofeinem); čistota pouličního heroinu se pohybuje v rozmezí 5–10 %. Na černém trhu se nadále objevují tablety substitučních přípravků Subutex a Suboxone, který konkuruje heroinu. Obchodování s lékařskými recepty na Subutex a Suboxone bylo mj. zaznamenáno v kraji Jihočeském. Obchod s opiáty je tradičně nejvíce intenzivní v Praze, kde se do distribuce heroinu i Subutexu zapojují také osoby z romské komunity, kteří obchodují s těmito látkami zejména uvnitř romského etnika. V krajích Jihomoravském, Zlínském a Vysočina se do distribuce heroinu zapojují osoby jak z romského, tak vietnamského etnika (Mravčík, 2011).

Užívání heroinu, zejména injekční užívání této drogy, má stále největší podíl na nemocnosti a úmrtnosti související s užíváním drog v Evropské unii. Konzervativní odhad počtu problémových uživatelů opiátů v Evropě činí 1,35 milionu, přičemž opiáty jako svou primární drogu stále uvádí většina osob nastupujících léčbu. Údaje z celé řady zdrojů poukazují na obecně stabilní až rostoucí problém opiátů v Evropské unii od let 2003/04. Záchyty heroinu vzrostly co do počtu, nikoli však co do množství, ačkoli tento jev je třeba posuzovat v kontextu narůstajících záchytů drogy v Turecku. Počet injekčních uživatelů drog v Evropě se odhaduje na 750 000 až 1 milion, přičemž mezi jednotlivými zeměmi existují velké rozdíly v prevalenci. Injekční užívání však zůstává nejčastějším způsobem podávání drogy u uživatelů opiátů v mnoha východoevropských zemích. To ještě zesiluje značné obavy týkající se důsledků užívání drog v oblasti veřejného zdraví v některých ze zemí sousedících s Evropskou unií. Na východní hranici Evropské unie vykazují zřejmě jak Rusko, tak Ukrajina míry problémového užívání opiátů dvakrát až čtyřikrát vyšší, než činí průměr EU. Problémy spojené s užíváním opiátů v tomto regionu zahrnují vysoké míry výskytu infekce HIV a úmrtí vyvolaných drogami. Předávkování představuje v Evropě největší příčinu ztrát na životech spojených s užíváním nezákonných drog, kterým bylo možné předejít, a toxikologická analýza ukazuje přítomnost heroinu u většiny drogami vyvolaných úmrtí. To opět zdůrazňuje význam opiátů pro pochopení dopadu užívání drog na oblast veřejného zdraví v Evropě (EMCDDA, 2010).

2. Stimulancia

Psychostimulancia jsou látky vyvolávající nefyziologický budivý efekt na CNS. Typickými zástupci jsou pervitin, amfetamin, kokain, extáze, která mohou mít také účinek psychedelický. Akutním účinkem je zvyšující se psychomotorické tempo a bdělost (urychlením myšlení, zvýšenou nabídkou asociací a vybaveností paměti). Zkracují spánek a zahánějí únavu, vyvolávají euforii a velmi příjemné pocity duševní i tělesné síly a energie. Snižují chuť k jídlu, vyvolávají úzkost, někdy snižují trému, užití může vést k agresivitě a přecenění hranic psychosomatických možností. Na organismus působí jako periferní sympatomimetika (způsobují vzestup tlaku krve, tepové frekvence, bronchodilataci). Po odeznění účinku se dostávají tzv. dojezdy, což je stav podobný „kocovině“. Převažuje celkové vyčerpání, únava bolest kloubů, po delší „jízdě“ (několikadenní opakované užití, typické pro začátek drogové kariéry uživatelů stimulancií) není výjimečný několikadenní spánek, který je přerušovaný krátkými epizodami bdění s „vlčím“ hladem a konzumací ohromného množství jídla.

Dlouhodobým účinkem užívání stimulačních látek je vznik závislosti. Látky vyvolávají pouze psychickou závislost, která má mnohem větší následek. Zatím co fyzické závislosti je možné se zbavit relativně krátkodobým pobytem na detoxikační jednotce, psychická závislost bývá důvodem dlouhodobé léčby. Mezi somatické komplikace řadíme zátěž celého organismu, především kardiovaskulární systém, kdy stoupá riziko srdečních a mozkových příhod, organismus je po celou dobu účinku připraven na vrcholový výkon, což se sníženou chutí k jídlu vede k hubnutí, někdy o více než 10kg za měsíc. Nárůst hmotnosti při abstinenci látky je stejně rychlý, jako její úbytek. Klinický obraz toxické psychózy je mnohdy neodlišitelný od schizofrenie, je indikací k hospitalizaci. Uživatelé psychostimulancií velmi dobře reagují na antipsychotickou léčbu psychofarmaky a po léčbě odezní bez následků a rezidua.

2.1. Kokain

Kokain pochází z jihoamerického keře koky pravé. Chemicky byl izolován r.1859, jeho účinek je lokální anestetikum, který objevil pro medicínu Sigmund Freud. Zneužívání kokainu postihuje zejména USA a Kanadu, rostoucím problémem je ve Velké Británii. Ve střední Evropě, včetně ČR je kokain okrajovou drogou, vyšší užívání je spíše u finančně privilegovaných skupin. Tradičním způsobem aplikace je žvýkání kokových listů, který se sice v našich podmínkách nevyskytuje. Přitom uživatelé denně spotřebují asi 25 – 50g kokových lístků. Užívání kokainu je nejčastější šňupáním, injekční aplikace je méně častá, crack lze kouřit (Minařík, 2003).

Akutní účinek je podobný jako u jiných stimulantů, rychlost nástupu účinku závisí na formě podání, většinou účinky kokainu trvají krátce, kdy po 30 minutách ustupují. Možnost detekce kokainu v moči je jen asi 3 – 6 hodin, jeho metabolity lze zachytit pouze do 3 dnů. Projevem nástupu účinku je vzestup krevního tlaku, zrychlením pulsu, mydriázou, pocením, bledostí a nevolností. Pocity při prvním užití mohou být nepříjemné (srdeční slabost, třes rukou, mrazení) a teprve až opakované užívání vede k euforii. Uživatel kokainu je veselý, družný, má halucinace, dostavuje se touha po pohybu a vyšším výkonu. Intoxikovaný bývá na první pohled nápadný nadbytkem energie, hovorností, hyperaktivitou, dostavuje se euforie, nápadné jsou poruchy chování, vymizení zábran, vystupňovaný sexuální pud vede k nymfomanii u žen, u mužů zase roste chuť, ale často dochází k poklesu schopnosti ukojit pud. Kokain je i silné anorektikum (snižuje chuť k jídlu), organismus tedy trpí podvýživou. Dlouhodobé užívání sice vede k euforii, ale vyvolává také stavy úzkosti, paniky a paranoidní

psychotické epizody. Užívání kokainu velmi zatěžuje kardiovaskulární systém, stoupá riziko srdečních a mozkových příhod a při dlouhodobém šňupání vede často k nezvratnému poškození nosní sliznice až k vytvoření nekróz, což vede ke ztrátě čichu. Těžká akutní otrava se projevuje záškuby a křečemi, stoupá tělesná teplota a slábne krevní oběh. Při intoxikaci dochází ke kolapsu a smrti na zástavu dechového centra.

Odvykání se děje v několika fázích:

1. Po vysazení se dostavuje únava, často několikadenní spánek přerušovaný bdělostí se silným hladem a příjmem velkého množství potravy. Dostavuje se deprese, úzkost, mohou se dostavit sebevražedné myšlenky.
2. Abstinující se mírně zrestauroval, odpočinul, nasytil se, dostavuje se silná touha po droze, kvůli zlepšení tělesné kondice dochází k relapsům. Přetrvávají deprese a podrážděnost, někdy i poruchy spánku. Trvá řádově dny až týdny.
3. Fáze mírnějších obtíží, deprese pomalu odeznívají, touha po droze slábne, i když někdy se dostavuje ve stále silné míře. Obyčejně trvá několik týdnů, až měsíců (Minařík, 2003).

V českých zemích měl před první světovou válkou o kokainu mlhavou představu jen málokdo, i když případy kokainismu spolu s morfinismem již lékaři zaznamenali. Pro většinu lidí to byl pouze exotický přípravek, užívaný kdesi za mořem. V roce 1900 nebyla v našich zemích žádná zkušenost s kokainem. V roce 1912 byl kokainismus pouze malým problémem, i přesto, že nás v té době zasáhla kokainová vlna. V době mezi světovými válkami došlo k rozmachu užívání kokainu, který se rozšiřoval po celé Evropě. Do Československa se dostával z Německa a Francie, dalším jeho zdrojem byly úniky z lékáren a kokain tak byl součástí zábavného a hlavně nočního života. V roce 1935 se Vondráček ve Farmakologii duše zmiňuje o kokainu jen letmo, a to i přesto, že užívání kokainu bylo v Praze známou skutečností. Dnes kokain nahradili syntetické preparáty, které jsou například součástí injekcí u zubaře. Většina z objemu koky, která se dnes z Jižní Ameriky vyváží, se používá nelegálně. Vytváření závislosti na kokainu se nejvýrazněji projevuje při kouření tzv. "cracku", jehož užití vyvolává stavy, které jsou popisovány jako „orgasmus v každé buňce těla“. Nejprve se objeví intenzivní euforie a poté se dostaví hluboké deprese a potřeba nové dávky. Narkoman kouří "crack" v 15 minutových intervalech, někdy až 72 hodin bez jídla či spánku a nakonec zkolabuje. Indiáni si hmotu na žvýkání připravují z koky a limet, které reagují se solemi kokainu v listech a uvolňují čistou drogu. Tímto způsobem člověk získá z 50 g listů zhruba denně 400 mg kokainu, což je skoro totožné množství, které užívá šňupající narkoman. Listy však přinášejí indiánům i výhody, protože obsahují velké

množství vitamínů C, B₁ a riboflavin, takže žvýkání listů pomáhá předcházet chorobám vznikajícím v oblastech, kde je nedostatek čerstvého ovoce. Indiáni také používají koku proti revmatickým bolestem, bolestem hlavy, při příznacích astmatu a jako afrodiziakum. Jedná se o nejstarší způsob užívání, který praktikuje 90% andských indiánů. Kromě lístků se používá také pasta, což je hnědý materiál obsahující mnoho nečistot. Většinou se pasta smíchá s tabákem nebo marihuanou a kouří se. Je to vysoce intenzivní látka. Pasta je látka dostupná na periferiích jihoamerických měst, jinak jde do laboratoří a vyrábí se z ní hydrochlorid kokainu, ze kterého se krájí krystalky žiletkou na tenké nitky, které se šňupou. Free base byl objeven v roce 1974 v Kalifornii. Kouří se spolu s olejem ve vodních dýmkách ve skle. Crack se objevil v Los Angeles v USA kolem roku 1981 a do New Yorku se dostal v roce 1984. Při dlouhodobém nazálním užívání kokainu není nutné zvyšovat dávku, nebo přecházet na injekční aplikaci. „Vyčištění“ organismu od kokainu může trvat mnoho měsíců. Náhlé vysazení látky může způsobit určitý druh specifické dlouhotrvající únavy, deprese, pocity izolace a zneklidnění. Lidé se sklonem k psychickým problémům se mohou uchýlovat ke kokainu z důvodu, aby se zbavili depresí, úzkosti a pocitů beznaděje. Po počáteční úlevě se tyto pocity naopak prohlubují (Šejvl, 2011).

2.2. Pervitin

Pervitin (perník, péčko, peří, piko) patří mezi budivé látky. V r. 1939 byl považován za nenávykový, ale již za necelý rok popsali jeho zneužívání v USA. Vedle amfetaminu a metamfetaminu (pervitin) je to i MDMA (extáze). Tyto látky se užívaly proti únavě, narkolepsii, nadměrné chuti k jídlu nebo jako látky užívané v armádě za účelem vyšší výkonnosti bojových jednotek. Pervitin se aplikuje buď ústy, šňupáním nebo nitrožilně, což je v ČR nejčastějším způsobem aplikace. Průkaz laboratorními metodami v moči je možný již po 2-14. dnech. Pervitin ovlivňuje motoriku, psychické funkce, vede k euforii, snižuje únavu, navozuje stereotypní chování, způsobuje nechutenství, uvolňuje v těle zásoby energie a zvyšuje výkonnost celého organismu. Urychluje psychomotorické tempo, způsobuje motorický neklid, zvyšuje krevní tlak, puls a dechovou frekvenci, zorničky jsou rozšířené, zvyšuje pohotovost ke křečím, ustupuje pocit únavy, organismus pracuje do vyčerpání. Zrychluje tok myšlenek při opakovaném užívání, zvyšuje pozornost a soustředěnost, zlepšuje schopnost empatie a odstraňuje zábrany, nastupuje euforie, pocit sebejistoty a rozhodnost, intoxikovaný nemá potřebu spát. Dojezd bývá formou deprese, vyčerpanosti a celkové skleslosti. Při prvním užití se může objevit bolest a úzkost, dále neklid, hyperaktivita, mydriáza, tachykardie

s arytmiemi, hyperreflexie, hyperpyrexie, někdy křeče a delirium. U předávkování pociťuje intoxikovaný těžkou bolest na hrudi a může upadnout do bezvědomí na 1-2h. U sportovců, kteří amfetamin užívali jako doping, došlo k naprostému fyzickému vyčerpání až ke smrti. Při dlouhodobém a opakovaném užívání může dojít k organickému mozkovému poškození až k demenci. Intoxikovaný uživatel je neklidný, pociťuje napětí, úzkost, podrážděnost, poruchy spánku, panikaří, nevolnost, zvracení, sucho v ústech, při dlouhodobém užívání je sešlost z podvýživy, třes, bolest u srdce a bolesti kloubů, zvýšení šlachových a okosticových reflexů, široké nereagující zorničky, hemorrhagie v plicích, játrech, ve slezině, halucinace, strach, neklid, vztahovačnost, deprese, sebevražedné sklony, podezíravost, chorobná žárlivost, stavy zmatenosti. Objevují se i poruchy paměti a neschopnost koncentrace. Při vysokých dávkách dochází k toxické psychóze pod obrazem tzv. stíhy. Závislost je pouze psychická, s podobným průběhem jako u kokainu. Rychle vzniká psychická závislost, ale uživatel má dojem, že má drogu pod kontrolou. Život ohrožuje kombinace pervitinu s antidepresivy (Minařík, 2003).

2.3. Epidemiologie

Na rozdíl od zahraničí je v současnosti v ČR užívání kokainu spíše okrajovou záležitostí, vzhledem k vysoké ceně a dostupnosti pervitinu, který má srovnatelný účinek. Zcela jiná situace byla v období mezi první a druhou světovou válkou, kdy se počty závislých na kokainu odhadoval na desetitisíce, protože byl snadno dostupný v lékárnách. I přesto, že je značná kontrola na všech stupních výroby a distribuce efedrinu, patří ilegální výroba amfetaminů a zejména pervitinu stále k základním zdrojům těchto látek na černém trhu. Spolu se zvýšeným dovozem amfetaminů ze západní Evropy je tak zajištěna dostupnost, která se podílí na vysoké prevalenci uživatelů a závislých osob. Pervitin je (kromě marihuany) v ČR stále nejčastěji užívanou ilegální drogou, která má na svědomí nejvyšší počet závislých osob (Raboch & Zvolský, 2001)

Pervitin představuje v České republice nejrozšířenější problémově užívanou drogu. Celoživotní zkušenost s amfetaminy má 2,3 % zkoumané populace ve věku 18-64 let, jejichž užití pak v posledním roce je 1,1 %. Prevalence užití pervitinu je tedy natolik nízká, že stejně jako u problémového užívání jiných drog je na hranici citlivosti celopopulačních průzkumů. V České republice byl proveden v roce 2000 statistický výpočet a dospěl k hodnotě 22 500 problémových uživatelů pervitinu. V každém

případě se jedná o nejvíce rozšířenou vysoce rizikovou drogu; její (pravidelní) uživatelé představují cca 2/3 všech problémových uživatelů drog na našem území (Zábranský, 2003).

3. Halucinogenní drogy

Halucinogeny jsou jedny ze stále zkoumaných skupin drog, které mají neobvyklé vlastnosti a účinky na člověka, hlavně nevyzpytatelnost, tajemnost až mystičnost. Do skupiny halucinogenní drog patří několik set druhů látek, které lze rozdělit do 3 základních skupin:

- Přírodní halucinogenní drogy rostlinného původu a z hub (durman, psilocybin)
- Přírodní halucinogenní drogy živočišného původu (bufetenin)
- Semisyntetické a syntetické, tj. poloumělé a umělé halucinogenní drogy (LSD a PCP)

S halucinogeny se experimentovalo v rámci psychoterapie k usnadnění a urychlení terapeutického procesu u těžkých neuróz, poruch osobnosti, závislostí i u psychóz a rovněž v psychoterapii umírajících.

3.1. LSD

LSD se na trhu objevuje ve formě tzv. tripů či tmavomodrých nebo zelených krystalů. Obě látky se užívají perorálně, volně se rozpouští v ústech pod jazykem. LSD je používáno v kombinaci s extází, z tohoto důvodu nemůžeme předvídat účinky látek, a tím se i zvyšuje riziko výskytu nepříjemných reakcí u méně zkušených uživatelů. Užívání těchto látek bývá spojeno s taneční scénou, kde je LSD velmi oblíbenou a rozšířenou drogou, i přesto, že taneční scéně jasně dominuje extáze. Možnost průkazu drogy v těle je do 8 hodin po aplikaci. Psilocybin je látka obsažená v houbách lysohlávek, které se běžně vyskytují na velké části území ČR, tato velmi stará a známá droga je u nás velmi rozšířená. Na černém trhu se objevuje ve formě sušených kloboučků a bývá spíše darována nebo vyměňována než-li prodávána. Dostupnost této houby je poměrně snadná díky jednoduchému sběru a sušení, nelze však odhadnout množství aktivní látky, což přináší velké riziko spojené s kontrolou intoxikace. Užívá se perorálně, proto se namáčí do medu kvůli nepříjemné chuti. Lysohlávky jsou spíše sezónní drogou. Mezi ostatní halucinogeny patří bufotenin (ropuší jed), muscarin (jed obsažený v muchomůrce červené), ale tyto látky nejsou příliš často užívány z důvodu vysokého rizika užití vyšší dávky. V posledních letech se objevují i otravy z rostlin čeledi lilkovitých (Solanaceae), nejčastěji se jedná o durman či rulík zlomocný. Z

důvodu nezkušenosti a malé možnosti regulovat dávku končí tyto experimenty otravami až smrtí. Účinky obou látek (LSD a psilocybin) jsou velmi podobné, nástup intoxikace bývá doprovázen pocitem mírného chvění, neschopnost ovládat pohyby, někdy pocit závratě či nevolnosti, výjimečně dochází k výrazné nevolnosti až pocitům zvracení. U lysohlávek dochází k výrazným tělesným pocitům s mírným třesem, neklid doprovázený zvýšeným tlakem krve a tepu, výjimečně může stav přejít do neklidného až agresivního jednání. U nízkých dávek je charakteristický výskyt iluzí a pseudohalucinací, zvýšená citlivost prostorového vnímání a vnímání barev, mírná euforie, dobrá nálada, někdy se může objevit nepohoda, úzkost až deprese. Vyšší dávky mohou navodit stav nemožnosti ovlivnění vůli, což osoby s potřebou kontroly vnímají nepříjemně, mohou být výraznější poruchy myšlení, zvýšená vztahovačnost až paranoiditu, doprovázenou poruchami paměti, úsudku, pozornosti. Velmi zajímavými, ale zároveň rizikovými jevy jsou depersonalizace a derealizace. Depersonalizace může být prožívána tělesně, jako pocit ztráty citlivosti v určité části nebo i v celém těle, dále duševně pocit ztráty schopnosti empatie, vřelých pocitů, lásky, nenávisti atd. Derealizační pocity mohou navodit stav úplného odcizení vlastního těla, prožívání a může vést až k situaci, kdy má intoxikovaný pocit, že vnímá sám sebe jako "diváka" – pozoruje postavu v kině a má dojem naprosté neúčasti na tom, co se děje okolo něj. Dosud není popsán případ předávkování lysohlávkami, které by skončily smrtí, pouze vysoké dávky způsobí vážná a nevratná poškození jater nebo ledvin, u vrozených srdečních chorob může dojít k srdečním komplikacím, způsobené velkými výkyvy krevního tlaku a zrychlené srdeční akce. Může také dojít k flashbacku (špatnému naladění), může dojít k rozvoji paranoidního stavu, kdy má dotyčný pocit, že je sledován, že se na něj všichni dívají, pozorují ho a hodnotí, nebo se může objevit strach ze zatčení policií za užívání „tripu“. Může také dojít k vystupňování panického stavu, kdy hrozí nebezpečí sebepoškození či agrese vůči okolí při požití vysoké dávky, protože nelze přesně určit množství aktivní látky (Miovský, 2003).

3.2. Epidemiologie

Podle výzkumů v ČR provedených v roce 1999 byly halucinogeny (LSD – tripy) a amfetaminy (MDMA – extáze) nejvíce preferovanými látkami mezi teenagery a po tabáku, alkoholu a marihuaně k nejčastěji užívaným psychoaktivní látkám (Raboch & Zvolský, 2001).

4. Konopné drogy

Konopí pochází z centrální část Asie, odkud se rozšířilo prakticky do celého světa. Účinné látky byly identifikovány až v r. 1964, kdy se zjistilo, že psychicky aktivní jsou látky, dnes nazývané cannabinoidy. Kanabinoidy mají kromě psychotropního efektu i jiné využitelné vlastnosti. Analgetický účinek spolu s efektivním potlačením nevolnosti a zvracení je od r. 1991 využíván i terapeuticky při zvládání těchto obtíží u AIDS a chemoterapii nádorových onemocnění, jde o preparát Marinol, který je v klinickém zkoušení i u terapie Alzheimerovy choroby. Dnes je k dispozici množství zpráv o možném uplatnění kanabinoidů v léčbě dalších chorob i v jiných oblastech, perspektivní je užití v neurologii (roztroušená skleróza, migréna, Parkinsonova choroba), ve vnitřním lékařství (THC je účinný bronchodilatans s rychlým nástupem účinku) a v očním lékařství (léčba glaukomu, THC snižuje nitrooční tlak), dále i k léčbě chronické bolesti a léčba afektivních poruch.

4.1. Marihuana

Marihuana je sušené květenství (horní lístky ze samičí rostliny konopí). Barva je spíše tmavě zelená až černo-zelená z důvodů rychlého sušení, vlhkého sběru a nekvalitní přípravy, při dobrém zpracování je látka v menších kouscích, drží v hrudkách při sobě, s velmi charakteristickým aroma.

4.2. Hašiš

Hašiš je konopná pryskyřice, která má malý obsah květenství a drobných nečistot. Barvu má tmavě zelenou, spíše přecházející do tmavě hnědé, někdy se barevně liší podle původu. Účinek při vykouření drogy nastupuje během několika sekund až minut a celková doba účinku po vykouření se pohybuje okolo 3-6h, při užití ústy nastupuje účinek pomaleji a později, ale trvá déle. Charakteristickými účinky jsou sucho v ústech, jemný pocit chladu a hlad. I přesto, že jedinec je plně syt, po vykouření konopné látky sní další porci, pro tento účinek bylo s konopím experimentováno při léčbě nechutenství. Typické pro konopnou intoxikaci je deformace ve vnímání času, čas se zdá být delší, vše se jakoby vleče. Objevuje se i zkreslení ve vnímání prostoru, sluchové, hmatové a nejčastěji zrakové iluze. Intoxikace je doprovázena stavem lehké euforie a příjemné nálady, která může přejít do bouřlivého a nezadržitelného dlouhého smíchu, celkový stav se blíží meditativnímu ponoření do vlastních myšlenek, pocitů, nálad a fantazií, také je výrazné překrvení spojivek. Vylučování THC z organismu trvá

velmi dlouho, biologický poločas je 30 hodin, kdy metabolity jsou poměrně dlouho detekované v moči, při pravidelném intenzivním užívání je to až několik týdnů od posledního užití. Konopné drogy nevyvolávají somatickou závislost. Při velmi častém, nadměrném a dlouhodobém užívání konopí se dostávají jemné poruchy některých kognitivních funkcí (změny v krátkodobé paměti a poruch soustředění). Účinek THC představuje zvýšené riziko pro řízení motorových vozidel, obsluhu nebezpečných strojů a zařízení. Toto riziko vedle alkoholu je nižší, při srovnání vlivu různých drog na lidskou psychiku je marihuana z hlediska možnosti způsobit nehodu nejméně rizikovou. Při pravidelném užívání se mohou dostavit flashbaky. Uživatelé konopí a hašiše většinou sami nevyhledají odbornou pomoc, ale pod nátlakem partnera, rodiny či školy. Jde o experimentální užívání drogy, kdy tito lidé mohou přijít do zdravotního zařízení s nejistotou a vystrašením, zda při intoxikaci mohou mít nějaké trvalé následky. Třetí možností je, že v souvislosti s intoxikací se objevují závažné psychické komplikace, tito klienti jsou pak indikováni pro psychiatrickou léčbu. Ústavní léčbu v zařízení pro drogově závislé je pro uživatele konopí nevhodná, nekombinují-li konopné drogy s jinou drogou (Miovský, 2003).

4.3. Epidemiologie

Dle Výroční zprávy EMCDDA za rok 2011 (EMCDDA, 2011) užilo konopí alespoň jednou v životě (celoživotní prevalence) asi 78 milionů Evropanů, tj. více než každá pátá osoba ve věku 15–64 let. Odhaduje se, že za poslední rok užilo marihuanu 22, 5 milionu Evropanů (6,7 % všech osob ve věku 15-64 let) a za poslední měsíc užilo tuto drogu cca 12 milionu Evropanů (celkem 3,6 % všech osob ve věku 15-64 let). Země s nejnižší celoživotní prevalencí ve věkové skupině 15-64 let jsou Rumunsko, Malta, Bulharsko a Maďarsko, naopak země s nejvyšší prevalencí ve věkové skupině 15-64 let jsou Dánsko, Španělsko, Itálie, Francie a Velká Británie. Užívání konopí je nejrozšířenější drogou převážně mezi mladými lidmi, a to ve věku 15-24 let a je tomu tak ve všech zemích s výjimkou Kypru a Portugalska. Celoživotní prevalence a prevalence užití konopí za poslední rok mezi mladými lidmi jsou: v Kanadě je celoživotní prevalence užívání konopí mezi mladými lidmi 48,4 % a prevalence v posledním roce 21,6 %, v USA je odhadovaná celoživotní prevalence užití konopí 51,6 % a za poslední rok 24,1 %, zatímco v Austrálii tyto údaje činí 46,7 % a 16,2 %.

Podle údajů mezinárodního výzkumu GENACIS (Gender, Alcohol and Culture International Survey) přiznává alespoň jednu zkušenost s konopnou drogou (marihuana, hašiš) kdykoliv v životě 21,1 % české populace ve věku mezi 18 a 64 lety, užití konopí v posledním roce pak 10,9 %. Celoživotní prevalence užití konopné drogy v ČR v roce 2002 tedy byla vyšší než 1,5 milionu obyvatel. Experimentální a rekreační způsob užití nelegálních drog má standardní průběh: minimální procento osob se zkušenostmi s nelegální drogou se objevuje v populaci kolem 12 let, aby narostlo až na hodnoty mezi 40–50 % kolem osmnáctého roku. Podíl osob, které rekreačně či experimentálně užívají nelegální psychotropní látky, pak dále vzrůstá až po věkové kohorty kolem 25 let, aby se vzápětí začal zvolna snižovat (Zábranský, 2003).

Dle výsledků ESPAD (Csémy & Chomynová, 2011) za rok 2011 byl zpozorován mezi roky 1995 a 2003 výrazný nárůst zkušeností studentů s užitím konopných látek. V roce 1995 uvedlo užití marihuany 22 % studentů, v roce 2003 se počet zvýšil na 44 % studentů, v roce 2007 byly zkušenosti studentů s marihuanou prakticky stejné jako při výzkumu v roce 2003 (45 %). V roce 2011 byl poprvé zaznamenán pokles na 42 %. Při porovnání změn mezi lety 2007 a 2011 vyplývá u většiny sledovaných drog došlo k poklesu prevalence marihuany, a to poprvé od roku 1995. Nebyly ani zjištěny významnější rozdíly v užívání marihuany mezi chlapci a dívkami. Z výsledků výzkumu vyplývá, že první zkušenost s nelegálními drogami studenti uvedli ve věku 13 let a první užitou nelegální drogou byla marihuana.

5. Léky vyvolávající závislost

Další velkou skupinu tvoří léky s opioidním a benzodiazepinovým účinkem, které jsou zařazovány do několika skupin, tvoří je analgetika, sedativa, hypnotika a anxiolytika. Ty se dělí dále na podskupiny opioidní a neopioindní, benzodiazepinové a nebenzodiazepinové. Jednotlivé léky pak existují jako generická léčiva nebo ve směsi různých látek, kdy některé složky látek mohou sloužit jako prekurzory pro výrobu právě látek ilegálních. Společným a také hlavním účinkem analgetik, sedativ, hypnotika a anxiolytik je útlum CNS, po jejich užití dochází k postupující ospalosti, otupělosti, k celkovému útlumu s rozmanitou blábolivou řečí, může také dojít k ataxii, vyhasínání reflexů a při předávkování až k hlubokému kómatu. Dlouhodobé užívání vede k psychické a somatické závislosti na této návykové látce, a to i u uživatelů, kteří ji dostávají jako lék na lékařský předpis od svého lékaře. Při náhlém vysazení léku se objevuje odvykací syndrom, který je charakterizován neklidem, nespavostí, zvýšenou mrzutostí až agresivitou, případné zvýšení nebo znovuobjevení bolesti, zejména po

vysazení opioidních analgetik, objevují se bolesti svalů, křeče gastrointestinálního traktu, průjem, třes, piloerekce. Při nedostatku benzodiazepinů a některých hypnotik může dojít ke zhoršení prostorového vidění a udržení pozornosti, v krajních případech se může objevit i epileptický záchvat.

5.1. Analgetika

Analgetika tvoří širokou skupinu léků se sklonem k závislosti. Používají se k tlumení bolesti a ve většině případů jsou k dostání bez lékařského předpisu. Dělí se na neopiooidní - analgetika – antipyretika, které se používají k tlumení bolesti a při snížení horečky, druhou skupinou jsou analgetika opioidní – analgetika – anodyna s centrálním účinkem, používaná ke zmírnění střední a silné bolesti. Neopiooidní analgetika závislost nezpůsobují, pacienti se stávají závislími na přidaných složkách, které závislost způsobují, např. kofein, kodein, efedrin a barbituráty. Nejčastěji se jedná o tyto preparáty: Acylcoffin, Alnagon, Korylan, Coldrex, dříve byl Alnagon volně dostupný, brzy ale pacienti přišli na to, že má nejen analgetický účinek, ale i euforický efekt, protože obsahuje hned tři návykové složky: kofein, fenobarbital a kodein. U uživatelů Alnagolu se objevují všechny tři složky závislosti. U opioidních analgetik jde o analgetika – anodyna, používají se k celkové anestézii, chronické podávání analgetik opioidních a některých analgetik centrálně působících vede k závislosti morfinového typu, proto by mělo být indikováno u nesnesitelných akutních nebo chronických bolestí neřešitelnými jinými prostředky. Mezi opioidní agonisty patří Morfin, který byl dříve u zdravotního personálu zneužíván a vyvolal závislost. Dolsin a Kodein jsou látkami, které se dříve užívaly k detoxifikaci a substituci při závislosti na heroinu. Je zde i zařazen Tramal, který je užíván injekčně nebo perorálně, hojně užíván k tlumení akutní bolesti (Hampl, 2003).

5.2. Hypnotika a sedativa

Slouží k léčbě poruch spánku a lidé na nich bývají závislími. Hypnotika benzodiazepinová, jako je Nitrazepam se užívá samostatně nebo v kombinaci s jinými drogami, v některých zemích je už zakázán. Pravidelně bývá doplňkem heroinu při nitrožilní aplikaci, prodlužují si tak heroinové intoxikace. U závislých na pervitinu ho používají při tzv. "dojezdu". Hypnotika nebenzodiazepinová měla být původně novými hypnotiky bez možnosti vzniku závislosti, ale byla již popsána závislost i na těchto preparátech, zástupcem je Hypnogen – Stilnox. Anxiolytika jsou léky, užívaná k tlumení patologického strachu a úzkosti. Jsou velmi často předepisovány i zneužívány, kdy benzodiazepinová anxiolytika nepříznivě působí na paměťové i jiné kognitivní funkce. Při dlouhodobém užívání se pacienti stávají závislími, jedná se o léky, jako je Neurole, Xanax, Diazepam, Apaurin, Lexaurin atd. Mezi nebenzodiazepinová anxiolytika patří Meprobramat, jedná se o preparát s výrazným sedativním a myorelaxačním účinkem, dříve hojně zneužívaný ženami. Návyk a závislost na anxiolytikách vzniká rychle a pacienti se často dožadují dalších předpisů a v silnějších dávkách, tyto léky mají účinek na CNS, postupující ospalost, ataxie, nezájem o okolí, a tím i únik z reality, z úzkosti a strachu. Nemají-li přísun drogy, dochází k neklidu, nespavosti, zvýšené mrzutosti i k projevům agresivity, při náhlém vysazení preparátu může dojít k epileptickým záchvatům, proto se dávky snižují postupně a pod lékařským dohledem (Hampl, 2003, s.189).

5.3. Epidemiologie

Přesné údaje o výskytu závislostí na sedativech a hypnoticích nelze získat, protože jen část pacientů s touto diagnózou je pro závislost léčena, značná část klientů se neléčí, jedná se prakticky o trvalou aktivní závislost. Je zřejmé, že mezi uživateli sedativ a hypnotik převažují ženy. Velmi často jsou mezi závislími také příslušníci zdravotnických profesí, a ženy opět převažují. U mužů převažuje abúzus sedativ a hypnotik v kombinaci s alkoholem (Raboch & Zvolský, 2001).

6. Těkavé látky (inhalační drogy)

Mezi těkavé látky patří některá rozpouštědla, ředidla a lepidla, ale i plynné látky, jako éter a rajský plyn. Působí na CNS, které se projevují euforií, většinou s útlumem, mohou se objevit zrakové i sluchové halucinace. Toluén je nejrozšířenějším zástupcem inhalačních drog, kdy inhalování často probíhá ve skupinách. Dále mezi inhalační drogy patří aceton, který bývá v naší populaci méně užívaný. V České republice nejčastěji inhalují žáci vyšších ročníků základních škol a žáci odborných učilišť. Počet uživatelů inhalačních drog v ČR je poměrně stabilní, relativně brzy s tím přestávají a přechází na jiné návykové látky, a tím se těkavé látky stávají iniciační drogou, mezi které patří i tabák a alkohol (Hampl, 2003).

6.1. Toluén

Toluén je často zneužíván proto, že je volně prodejný v drogériích a je relativně levný, může se inhalovat přímo z lahve, nebo vdechováním výparů z napuštěné tkaniny. Účinek ustoupí během několika minut, pokud inhalace nepokračuje dál nebo se aplikace neopakuje. Ke zvýšení účinku si někteří uživatelé přetahují přes hlavu plastový pytlík, pod kterým inhalují, tento způsob aplikace přináší zvýšené riziko úmrtí. Při inhalaci toluenu se dostavuje rychle pocit euforie, poruchy vnímání provázené živými, barevnými halucinacemi, dochází k útlumu, ke spánku, k poruchám vědomí. Cílené a předvídatelné dávkování je při tomto způsobu aplikace prakticky nemožné a kvalitativní porucha vědomí snadno přechází v poruchu kvantitativní, v bezvědomí až koma. Může tak dojít k srdeční zástavě, zástavě dechu nebo k udušení zvrátky, k úmrtí může dojít už při prvním experimentálním užití. Při delším užívání dochází k otupění, „hloupnutí“, poruchám emotivity a chování, k afektivní labilitě, agresivitě, ztrátě zájmů a výkonnosti, velice často dochází při intoxikaci k poškození mozkové tkáně, poškození jater, ledvin, poleptání dýchacích cest, popř. aspirační pneumonii. Toluén vyvolává silnou psychickou závislost a uživatelé toluenu jej inhalují prakticky každý den, z tohoto důvodu nejsou schopni vykonávat žádné zaměstnání a postupně dochází k degradaci osobnosti pro trvalé poškození mozkových struktur, které bývá dlouho neodhaleno. Somatická závislost nebývá patrná, po vysazení inhalací se neobjevuje syndrom z odnětí, pacient se ale vrací k inhalaci pro silný craving. Pokud dojde k úplnému vysazení těkavých látek nebo přejde pacient na jiné drogy, je potřeba stále počítat s trvalým poškozením mozku, které je nevratné. Zneužívání těkavých látek je nebezpečné a podceňované, je potřeba těmto látkám věnovat stejnou pozornost jako jiným drogám a uvědomit si nutnost potřeby včasné léčby v daleko větší míře u

experimentálních dětí a mladistvých, než u dospělých závislých uživatelů. Legislativně jsou jen některé těkavé látky obsaženy v zákoně 167/98 Sb. o návykových látkách (Hampl, 2003).

6. 2. Epidemiologie

Užívání těkavých látek bývá obvykle pouze na krátké období, tedy na období dospívání a poté bývá nahrazeno jinými psychoaktivními látkami (alkohol a konopí). Tyto látky bývají v dospívání velmi často zneužívány pro jejich snadnou dostupnost. Dlouhodobé a intenzivní užívání těkavých látek je obecně omezeno na sociálně marginalizované jednotlivce nebo skupiny. Ve školních a domácích studiích bývá tato skupina uživatelů nedostatečně zastoupena. V některých zemích EU jsou odhady počtu osob užívající těkavé látky ve věku mezi 15 – 16 let, což je vyšší věková kategorie, než u odhadů věku u užívání konopí. Nejvyšší celoživotní prevalence těkavých látek v EU jsou hlášeny na Kypru, Maltě a v Slovinsku (16 %), Irsku (15 %), Rakousku (14 %), Slovensku (13 %) a Lotyšsku (13 %). Nejnižší celoživotní prevalence je v Bulharsku a Litvě (3 %), stejně jako v Portugalsku a Rumunsku (4 %). V roce 2009 proběhla v Anglii studie o kouření, pití a užívání drog mezi dětmi ve věku 11 až 15 let. Nejvyšší celoživotní prevalence u těkavých látek je 12,7 %. Velká Británie vydává každý rok v červnu výroční zprávu "Trendy ve smrti spojené s užíváním těkavých látek", ze které vyplývá, že muži umírají třikrát častěji na těkavé látky než ženy a nejvyšší věk při úmrtí na těkavé látky ve Velké Británii je mezi 15 – 16 lety věku (EMCDDA, 2011).

Podle výsledků ESPAD bylo relativně rozšířené mezi studenty čichání rozpouštědel (8 %). Celoživotní prevalence užívání těkavých látek byla v roce 2011 7,8 %, oproti roku 1995 došlo k nepatrnému nárůstu v užívání těkavých látek mezi studenty. Užívání těkavých látek je častější u chlapců 8,4 % za rok 2011, nejvyšší celoživotní prevalence užívání těkavých látek u chlapců byl v roce 2003 (9,2 %). Celoživotní prevalence užívání těkavých látek u dívek je za rok 2011 7,3 %. Zkušenost s čicháním těkavých látek za rok 2011 má 38,9 % mladistvých do 13 let věku (Csémy & Chomynová, 2011).

7. Drogy „technoscény“

7.1. Extáze

Extáze (MDMA) byla v roce 1912 patentována jako účinný lék na hubnutí. Moderní historie MDMA je spojena se jménem A. Shulgina, který látku v 50. letech nesyntetizoval, a s využitím v psychoterapii, kdy výsledky terapeutické práce s MDMA byly terapeuty hodnoceny vesměs pozitivně. Velmi pozitivně byla hodnocena schopnost introspekce a zlepšení komunikace mezi lidmi, se vzájemným silným citovým vztahem. Mezi skupiny pacientů patřili lidé s posttraumatickou stresovou poruchou, partnerskou terapií a péče o smrtelně nemocné, na druhé straně se začalo pochybovat o trvalosti dosažených změn, a poté, co došlo k neurotoxické MDMA, byla její další legální používání zakázána. Rekreační užívání na párty se začalo rozšiřovat v 70. letech v USA, postupně přes celou Velkou Británii dále do Evropy. Dnes patří extáze mezi nejrozšířenější drogu užívanou mladými lidmi na tanečních párty všude na světě, užívá se v klubech za doprovodu typické reprodukované hudby - styly techno, house, rave aj. Uživatelé extáze ji považují za příjemnou a bezpečnou drogu, na níž nevzniká závislost a kterou lze mít dlouhodobě pod kontrolou, protože po ní není člověku špatně, je lepší než alkohol. Uživatelé extáze většinou intenzivně tančí, někdy až do naprostého vyčerpání, buď nepocítují naprosté vyčerpání, nebo je varovný pocit vyčerpání přehlušen příjemnými pocity, což může mít za následek tělesné poškození. Na černém trhu je většinou dostupná ve formě tablet nebo kapslí. Forma tablet je různorodá, typický je z jedné strany reliéfní obrázek (vytlačené "e", holubice, delfín atd.), z druhé strany někdy zlomová rýha, tablety bývají různého tvaru, nejčastěji kulaté. Většinou se užívá 1-2 tablety za večer, jsou i případy, kdy došlo k požití i několika tablet najednou (2-10). Kombinování extáze s jinými drogami zvyšuje pravděpodobnost výskytu závažných zdravotních komplikací a nežádoucích účinků, MDMA se často kombinuje s jinými drogami pro dosažení silnějšího nebo jiného účinku. Typické jsou kombinace s amfetaminy, kokainem, THC a alkoholem, neřídka se setkáváme i s LSD, ketamin, piracetam, kombinace s jinými látkami vedou k vysokému výskytu komplikací a k úmrtím. Nástup účinku je 0,5 až 1 hodina, odezní po 5 až 7 hodinách. Eliminační poločas je 6 až 8 hodin, vylučování se pak děje ledvinami, průkaz v moči je možný ještě po několika dnech. Mezi první příznaky intoxikace patří neklid a mírná zmatenost, které v další fázi ustoupí, nastává fáze klidu a pohody, mizí stres, dochází k projasnění nálady, pokud je uživatel sám, je schopen vyššího intelektuálního výkonu. Při užití v páru dochází k pocitu empatie, lásky, zvyšuje se komunikativnost a potřeba dotýkat se druhého, pocit vcítění se dostavuje i ve

skupině či v davu. U mužů se může snižovat schopnost erekce a oddaluje se ejakulace. Somaticky bývá nástup účinku doprovázen nevolností, případně zvracením, často bývá zvýšené napětí kosterního svalstva, někdy bývá pociťováno jako bolestivé. Intoxikovaní si nejčastěji uvědomují napětí žvýkacích svalů, snížená chuť k jídlu a snížená potřeba spánku, subjektivně nepříjemně bývá vnímáno pocení a sucho v ústech, objektivně je však zrychlený tep, vzestup tělesné teploty, zvýšený krevní tlak a rozšíření zornic. Druhý den po užití extáze se dostavuje „kocovina“ v podobě únavy, bolesti svalů a kloubů, 2. a 3. den po odeznění intoxikace se typicky dostavuje zhoršení nálady. Mezi nejzávažnější komplikace užití MDMA patří hypertermie, přehřátí organismu, které se můžou vyskytnout zejména při užití na celonočních párty, pravděpodobnost vzniká při nadměrné tělesné aktivitě, vyšší teplotě prostředí, vyšší dávce nebo opakované užití v průběhu párty a nedostatečné konzumace tekutin s minerály. Preventivním opatřením je dostatečný přísun tekutin a iontů, odpočinek a pobyt v chladnějším prostředí, protože MDMA je schopna vyvolat hypertermii sama, bez okolních podporujících podmínek. Mezi nežádoucí účinky vyvolané MDMA patří ovlivnění kardiovaskulárního systému se vzestupem krevního tlaku a urychlením srdeční akce, to může vést k subjektivně negativnímu vnímání pocitů jako je bušení srdce, bolest hlavy, ale třeba i k vyššímu riziku mozkového krvácení. Poškození jater spolu s užitím MDMA může vést až k jaternímu selhání až k úmrtí, častěji jsou však toxické hepatitidy, někdy bez subjektivních příznaků jen s laboratorním nálezem. Užívání MDMA v těhotenství může vést k výskytu vrozených vývojových vad dítěte, pravidelné užívání vede i k poškození imunitního systému. MDMA může vyvolat závislost, která je u MDMA daleko nižší než třeba u metamfetaminu. Hlavním důvodem lékařské péče u uživatelů extáze jsou somatické komplikace. Závislost na extázi přichází k léčbě jen výjimečně, častěji, ale i tak dosti zřídka, jde o psychologické komplikace, u nichž jsou indikovány psychoterapeutické či poradenské intervence, případně farmakoterapie dle charakteru obtíží (Minařík & Páleníček, 2003).

7.2. Epidemiologie

Celoživotní prevalence: zhruba 11 milionů (3,3 % evropských dospělých). Užití v posledním roce: zhruba 2,5 milionu evropských dospělých (0,8 %), respektive jedna čtvrtina celoživotních uživatelů. Rozdíly mezi zeměmi v užití v posledním roce: celkový rozptyl 0,1 až 3,7 %. Celosvětová produkce extáze v roce 2008 se odhaduje na 57 až 136 tun. Výroba drogy se podle všeho i nadále geograficky rozšiřovala, přičemž se vyskytuje blíže ke spotřebitelským trhům ve východní a jihovýchodní Asii, Severní

Americe a Oceánii. Navzdory tomu zůstává západní a střední Evropa hlavním místem výroby extáze, která se soustřeďuje v Nizozemsku a v Belgii. Extáze je nyní mnohem levnější než v 90. letech 20. století, kdy začala být v širokém měřítku k dostání. Ačkoliv se objevují údaje, že se tablety prodávají za méně než 2 EUR, většina zemí nyní uvádí typické spotřebitelské ceny v rozmezí 4–10 EUR za tabletu. Dostupné údaje za období 2003–2008 nasvědčují tomu, že spotřebitelská cena očištěná o inflaci nadále klesá (EMCDDA, 2010).

Extáze se podle dostupných údajů v ČR nevyrábí, je dovážena hlavně z Nizozemska, Polska a ze Slovenska. Jedná se nejčastěji o individuální dovoz desítek (až stovek) tablet prostřednictvím hromadné mezistátní pozemní a letecké dopravy. V ČR se následně extáze prodává na open-air festivalech, v hudebních klubech a na koncertech rockové a elektronické taneční hudby. V posledních letech se ovšem extáze na drogovém trhu objevuje sporadičtěji, není o ní zájem, a to především proto, že tablety extáze obsahují převážně mCPP a nikoliv MDMA a její deriváty. Dovoz extáze do regionů zprostředkovávají hlavně sezónní zaměstnanci, kteří tam dojíždějí za prací; jedná se hlavně o osoby z Polska a Slovenska. Cena tablet extáze se proti minulému roku výrazně snížila, byly zaznamenány i případy, kde se jedna tableta prodávala za 20 Kč (Mravčík, 2011).

Mezi nejčastěji užívané nelegální drogy u šestnáctiletých byly v roce 2011 halucinogenní houby (7 %), LSD (5 %) a extáze (3 %). Celoživotní prevalence extáze v roce 2011 dle výsledků ESPAD byla 3,3 %, proti letům 2007 a 2003 došlo ke sníženému užívání této drogy (4,6 % a 8,3 %). Extázi užila v posledních 12 měsících necelá 2 % šestnáctiletých. Celoživotní prevalence užití extáze je u obou pohlaví stejná (3,3 %). Zkušenost s extází u mladistvých do 13 let věku má 13,4% (Csémy & Chomynová, 2011).

8. Alkohol

Alkohol je bezbarvá tekutina, která vzniká kvašením sacharidů. Chemickým složením je etanol. Jde o aktivní složku alkoholických nápojů, kde je obsažen v různé koncentraci. Požitím většího množství alkoholu vede k opilosti, dlouhodobé zneužívání vede k závislosti na alkoholu (Čevela, Čeledová & Dolanský, 2009).

Alkoholismus je synonymem pro závislost na alkoholu. Závislost na alkoholu je onemocnění, které se rozvinulo u zcela zdravého jedince. Pojem úzus je mírné

používání, konzumace alkoholu do 0,6 ‰. Misúzus je zneužívání, jedná se o konzumaci, která porušuje právní i zdravotní normu. Abúzus je nadužívání alkoholu, způsobí nastolenou koncentraci alkoholu vyšší než 0.6 ‰. Intoxikace alkoholem je stav, ve kterém se kombinují vesměs dobře známé znaky narušeného chování, zejména neurologické. Mezi základní znaky intoxikace patří hádavost, agrese, labilita nálady, zhoršená pozornost a úsudek, kolísavá chůze, špatná rovnováha, setřelá řeč, nystagmus, porucha vědomí, zarudlý obličej, zarudlé spojivky. Stav trvá několik hodin a končí vesměs usnutím s následnou amnézií. Abstinenciími příznaky je soubor tělesných i psychických subjektivně velmi nepříjemných projevů, které se dostavují u závislého při poklesu hladiny alkoholu, jako jsou bolest hlavy, pocení, zrychlený puls, zvýšení krevního tlaku, třes, psychomotorický neklid, poruchy spánku, nevolnost, nesoustředěnost a úzkost (Řehan, 2007).

Konzumace alkoholu má dlouhou tradici, sahá až do staré Mezopotámie, starého Egypta a antiky, kde byl používán jako stimulans, opojný a léčivý prostředek, a zmíněn byl i ve Starém zákoně. Dodnes je alkohol nejrozšířenější drogou. Prokázána je souvislost alkoholismu s řadou společenských fenoménů, jako násilné činy, nehody, sexuální zneužívání, bezdomovectví a sebevraždy. Rozměr jistě mnohonásobně převyšuje následky drogové závislosti (Rahn & Mahnkopf, 2000).

Nižší stupně intoxikace alkoholem nevyžadují speciální postupy. U vážnějších stavů je potřeba zajistit životní funkce, udržení průchodnosti dýchacích cest a doplnění tekutin. Těžké intoxikace vyžadují podpůrné nebo řízení dýchání, sledování acidobazické rovnováhy, elektrolyty, tělesnou teplotu, infuze glukózy a benzodiazepinů při křečích. Delirium tremens je závažný, někdy život ohrožující stav s relativně vysokou mortalitou. Projevuje se poruchami vědomí, kognitivních funkcí, vizuálními, taktilními, čichovými nebo sluchovými halucinacemi, bludy, desorientací, výrazným psychomotorickým neklidem, vegetativními poruchami, hrubým třesem, záchvaty křečí, s maximem potíží v noci, typická je inverze spánku. Stav je komplikován hypoglykemií, poruchami rovnováhy elektrolytů s rizikem metabolického rozvratu, proto je nezbytné sledovat stav vnitřního prostředí, monitorovat vitální funkce a včas zahájit intenzivní léčbu (Popov, 2003).

J. M. Jelínek (1960) se pokusil na základě zvyklostí v pití vytvořit typologii onemocnění. I tato typologie trpí nedostatkem objektivity, zvláště když se jednotlivé typy výrazně

překrývají a v průběhu onemocnění také mohou vzájemně přecházet jeden v druhý. Jelínek rozlišil celkem pět typů (Rahn & Mahnkopf, 2000):

- Alfa – typ (pije kvůli problémům a pro úlevu).
- Beta – typ (přízpůsobivý piják a piják ze zvyku).
- Gamma – typ (excesivní piják).
- Delta – typ.
- Epsilon – typ (periodický piják).

8.1. Epidemiologie

Česká republika patří dlouhodobě v celosvětovém žebříčku mezi státy s nejvyšší spotřebou alkoholu, resp. alkoholických nápojů. V přepočtu na 100 % alkoholu to již řadu let představuje průměrnou spotřebu téměř 10 litrů na jednoho obyvatele za rok. V konzumaci piva je ČR se spotřebou 160 litrů na jednoho obyvatele za rok dokonce na prvním místě celosvětových tabulek. Nadměrná pravidelná konzumace alkoholových nápojů se u nás týká přibližně 25 % dospělé mužské populace a 5 % žen. Při pravidelné konzumaci vyšších dávek (20-60 g/denně) může docházet k vážným zdravotním problémům. Přitom pravidelná denní konzumace alkoholu již v dávkách vyšších než 18 g u žen a 20 g u mužů s sebou nese riziko návyku a závislosti na alkoholu. V průmyslově vyspělých zemích představují lidé závislí na alkoholu 30 – 40 % celkového počtu pacientů psychiatrických lůžkových zařízení (Raboch & Zvolský, 2001).

Nejvíce alkoholu se vypije v Evropě a nejméně v muslimských státech. Ve státech, kde užívání alkoholu nebylo v kultuře tak časté a byl mu jasně definovaný prostor především během svátků nebo jiných společenských příležitostí, vyplývá skutečnost, že díky globalizaci a vyšší dostupnosti alkoholu na trhu, přestává být konzumace alkoholu pod kontrolou společnosti a začínají se objevovat problematické vzorce užívání alkoholu v podobě nadměrné konzumace. V současné době patří obyvatelé Moldávie, Litvy a Ruské federace mezi největší konzumenty alkoholu na světě, protože právě v těchto zemích se od pradávna traduje, že v Rusku bylo bezpečnější pít alkohol než vodu. V Rusku byla poslední protialkoholická kampaň v roce 1985. Mezi nejvíce oblíbené destilované alkoholické nápoje patří vodka nebo domácí pálenka. V posledních letech došlo k přesunu konzumace alkoholu v zemích Sovětského svazu od svátečního k nadměrnému užívání alkoholu ve všední dny, během pracovní doby i konzumace alkoholu mezi ženami a mladými lidmi. Proti islámským zemím, kde je

alkohol pokládán za hřích a užití alkoholu je sankcionováno (vězení, bičování). Také se v těchto zemích předpokládá, že ženy zcela abstinují a muži, kteří popijí alkohol, to nesdělují, protože je to společností odsuzováno. Například v Egyptě lze dojít k výsledkům, že 40% uživatelů alkoholu vykazují syndrom závislosti, ale je faktem, že odborníci z islámských zemích mají tendenci považovat i mírné užívání alkoholu za problémové. Užívání alkoholu v zemích východní Asie není tak častým fenoménem, výjimkou jsou Japonsko a Korea, kde je konzumace alkoholu významným prvkem sociálního systému a opilost na veřejnosti v obou zemích je více tolerována. Jedním z prvků nízké konzumace alkoholu v zemích východní Asie je skutečnost, že zhruba polovina Asiatů má zhoršenou schopnost metabolismu alkoholu díky absenci enzymů na odbourávání alkoholu. V čínské kultuře je tolerováno sociální užívání alkoholu v průběhu jídla. Dříve byla konzumace alkoholu součástí obřadů a slavností, v současnosti začíná být alkohol konzumován na pracovních jednáních za účelem udržení dobrého vztahu se zaměstnanci a obchodními partnery. Zajímavé je, že v Japonsku je tzv. mužský pící večírek, který probíhá po pracovní době, pomáhá vylepšit sociální vztahy s kolegy i nadřízenými, který je charakterizovaný opakovanými přípitky se saké, jsou přesně definovaná pravidla chování v opilosti (hlasitá mluva, křik, zpívání, tleskání), která končí s večírkem, a chování těchto účastníků, kteří to s alkoholem nepřehnali, se náhle mění do stavu střízlivosti. V zemích afrického kontinentu jsou nejvíce konzumované podomácku vyráběné alkoholické nápoje, zejména pivo. V současné době je domácí produkce alkoholu v chudých státech Afriky jedním ze základních zdrojů obživy žen a dětí. Například v Ugandě je popisováno, že děti v 8 letech se stávají konzumenty alkoholu. Mezi největší konzumenty alkoholu v zemích afrického kontinentu patří právě Uganda, zde se také odhaduje, že je nejvyšší množství nezaznamenaného alkoholu. V Latinské Americe je typickým vzorcem konzumace alkoholu nadměrné užití alkoholu v rámci jedné epizody, což je vysokým rizikovým faktorem vedoucí ke zdravotnímu postižení. V některých rozvojových zemích může mít zvýšené riziko konzumace alkoholu charakter zvládnání sociálních problémů (chudoba, politická nestabilita) (Holcnerová, 2010).

III. Léčba a rehabilitace

Léčba závislosti na psychoaktivních látkách je chápána jako odborná, cílená a strukturovaná práce s klientem, jejímž cílem je dosáhnout abstinence nebo redukce užívání drog, snížit frekvenci a závažnost relapsu. Zapojit klienty do produktivního života v rodině, v práci a ve společnosti a zvýšit tedy kvalitu jejich života na nejvyšší možnou míru. V ČR je léčba zajišťována širokým spektrem mezioborových služeb, které lze dle typu rozlišit na ambulantní, jako AT ordinace, stacionární programy, strukturované programy následné péče a rezidenční typ, jako terapeutické komunity, specializovaná oddělení nemocnic, psychiatrické léčebny a dle délky na léčbu krátkodobou (4 až 8 týdnů), střednědobou (3 až 6 měsíců) a dlouhodobou (delší než 6 měsíců). Detoxikace je odstranění návykových látek z těla, které trvá až několik dní, detoxifikace je léčba abstinčních příznaků, která trvá cca 3 týdny. Odvykávací léčba je v ČR střednědobá ústavní léčba, která trvá 3 měsíce a je založená na režimovém přístupu, jako je podřízení se řádu a disciplíně, posilování sebekontroly, symbolické odměny za žádoucí chování a symbolické tresty za nežádoucí chování. Skupinové psychoterapie pracují na nalezení a posilování motivace k abstinenci, rozpoznání souvislostí životních událostí, rekonstrukce sociálního zázemí a podání informací o problematice závislosti na návykových látkách (Hosáková, 2007).

Globální strategie Světová zdravotnická organizace (dále jen SZO) je pozoruhodným, správně načasovaným akčním plánem, jehož účelem je zvýšení celosvětového povědomí o rozsahu a povaze zdravotních, sociálních a ekonomických problémů způsobených škodlivým užíváním alkoholu a větší odhodlání vládních orgánů k přijímání opatření zaměřených na řešení problematiky škodlivého užívání alkoholu. Umírněná konzumace alkoholu je akceptovanou normou sociálního chování v mnoha společnostech. Epidemiologická a jiná vědecká data zároveň přinášejí nesporné důkazy o problémech vznikajících v důsledku právě škodlivého užívání alkoholu. Škodlivé užívání alkoholu zaujímá čtvrté místo mezi rizikovými faktory pro vznik hlavních nepřenositelných chorob. Ve strategii SZO, zabývající se celosvětovým negativním dopadem užívání alkoholu, je formulována celková vize spolu s vytyčením hlavních úkolů a cílových oblastí k řešení této problematiky. Plnění cílů a úkolů zakomponovaných do strategie má přispívat k omezení míry škodlivého užívání alkoholu na individuální úrovni a vést na celospolečenské úrovni k tvorbě politik (McGovern, Manning & McMahan, 2011).

1. Farmakoterapie závislostí

Farmakologická léčba návykových nemocí je nedílnou součástí léčebné intervence, lze ji rozdělit následujícím způsobem:

- 1) Medikace podávána cíleně na závislost, jako disulfiram, naltrexon, metadon a další. Při vlastní medikamentózní terapii závislostí jsou ovšem určité názorové rozdíly, kdy Rotgers a kol. (1999) uvádějí, že „farmakoterapie má pro léčbu závislostí daleko užší rozsah použití než psychoterapie“ v porovnání s hodnocením Neruda a Nerudová (1999).
- 2) Medikace podávaná ke zmírnění škod, které vznikly při užívání návykové látky, např. hepatoprotektiva, což jsou léky zvyšující regeneraci jater.
- 3) Medikace podávané klientům s duální diagnózou, která je specifická pro danou duševní poruchu.

Psychoterapie s kombinací farmakoterapie je u většiny pacientů ověřená jako neúčinnější, zde jasně záleží na psychopatologii léčeného jedince. Symptomatika některých výše uvedených stavů lze více či méně ovlivnit léky. Jsou i stavy, kdy medikamentózní léčba je jediná možná, tzn. nelze je změnit jiným postupem než podáním léků a pomocí dalších podpůrných prostředků.

1.1. Opioidy

Akutní intoxikace vyžaduje urgentní lékařský zásah v případě, že dojde k selhání dýchání a krevního oběhu, tento závažný stav si vyžaduje léčbu na ARO či JIP interního oddělení. U závislých na opioidech je v případě abstinence primární psychoterapie a sociální rehabilitace, zvláštností u této skupiny je substituční léčba. Ta nahrazuje nelegální drogu lékem se stejným účinkem, odvykací stav je při závislosti na opioidech pro pacienty velmi nepříjemný, ale v zásadě ho neohrožuje na životě. Pro medikamentózní zvládnutí máme několik možných postupů, jednak symptomatickou léčbu, tedy léčbu příznaků, kdy lze podat kombinaci anxiolytik (Diazepam), hypnotik (Stilnox, Hypnogen), analgetik (Ibalgin) a spasmolytik (No-Spa), a dalším možným postupem je již zmíněná substituční varianta.

1.2. Kanabinoidy

V případě užívání konopných drog není možné počítat s terapeutickou pomocí psychofarmaky, pouze v případě vzniku toxické psychotické poruchy nebo u intoxikačního deliria. Oba tyto stavy si vyžadují hospitalizaci na psychiatrickém oddělení.

1.3. Hypnotika a sedativa

Benzodiazepinová anxiolytika a barbituráty jsou svým účinkem v mnohém podobny účinku alkoholu. U závislých klientů na anxiolyticích můžeme velmi často diagnostikovat i jinou diagnózu, a to buď neurotickou nebo depresivní symptomatologii, v tomto případě je podávání antidepresivy na místě. Benzodiazepinová anxiolytika a hypnotika barbiturátového typu v případě, že se na nich vyvine závislost, vyvolávají výrazný odvykací syndrom. Lze říct, že abstinční stav u těchto skupin léků, jako jediný ohrožuje nemocného přímo na životě, na rozdíl od opioidů či stimulantů. Z tohoto důvodu není doporučeno vysadit léky najednou, ale postupně snižovat dávky až dojde k úplnému vysazení. Při náhlém vysazení vzniká riziko epileptického záchvatu nebo deliria podobného jako u alkoholového deliria tremens.

1.4. Kokain a stimulantů (především metamfetamin – pervitin)

Akutní intoxikace málokdy vyžaduje farmakologický zásah. Pouze v případě kardiovaskulárních komplikací, především tachykardie, při výrazném neklidu se doporučují ke zklidnění Diazepam či Rivotril. U vlastní závislosti ani u většiny doprovodných psychopatologických stavů nemůžeme počítat s větší podporou medikace. Spíše výjimečně a podpůrně lze podávat antidepresiva či hypnotika (Popov, 2008).

Metamfetamin je v ČR nejvíce užívanou drogou problémovými uživateli drog. Léčba závislosti na amfetaminu je vedena výhradně abstinčně. Farmakoterapie závislosti na metamfetaminu je v odborné literatuře extenzivně diskutována. Počet uživatelů metamfetaminu každoročně mírně stoupá, dle Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice za rok 2010 byl jejich odhad 28 200 osob, většina užívá drogu nitrožilně, tito uživatelé tvoří nejpočetnější skupinu pacientů v nízkoprahových zařízeních a léčebných lůžkových i ambulantních zařízeních. Celkem 5 632 uživatelů stimulantů si zažádali v roce 2010 o léčbu, z tohoto počtu celkem 2 933 osob žádalo o

léčbu vůbec poprvé. U většiny doprovodných psychopatologických stavů závislosti na metamfetaminu nelze počítat s větší podporou medikace, oproti závislosti na opioidech, kde je léčba substituční. Pro léčbu závislosti na metamfetaminu substituční léčba není plně k dispozici. Pro substituční léčbu se nabízí zejména metylfenidát hydrochlorid, dexamfetamin, lisdexamfetamin, fentermin resinat/ hydrochlorid, vigabatrin nebo čisté formy amfetaminu. V ČR jsou s obsahem metylfenidátu hydrochlorid registrovány preparáty pod obchodním názvem Ritalin a Concerta, s indikací hyperaktivity s poruchou pozornosti a narkolepsie. Dr. Hampl představil případovou studii pacientky závislé na metamfetaminu, u které se farmakoterapie metylfenidátem podařilo dosáhnout abstinence, která přetrvávala i po skončení léčby (Minařík & Gabrhelík, 2011).

1.4. Halucinogeny

Stejně jako u stimulancí se nemůžeme spolehnout na výraznější farmakologickou podporu. U toxické psychotické poruchy při déletrvajícím průběhu jsou na místě neuroleptika. Psychotické flashbacky jsou zvláštností u halucinogenů, které jsou řazeny do psychotických poruch s pozdním počátkem.

1.5. Těkavé látky

Farmakologické ovlivnění při zneužívání těkavých látek není možné, medikaci lze použít k sanaci doprovodných tělesných komplikací, hlavně postižení jater a ledvin. Akutní intoxikace rozpouštědly může vést k bezvědomí s nutností resuscitace a následnou hospitalizací na ARO či JIP.

1.6. Alkohol

Užívání alkoholu vede k poškození zdraví, předcházející většinou několik let vlastní závislosti na alkoholu. Dochází tak k somatickému poškození všech orgánových systémů a bez úplné abstinence je podpůrná farmakoterapie hepatoprotektivy prakticky nesmyslná. Prokazatelný efekt při snaze farmakologicky ovlivnit craving u pacientů závislých na alkoholu, kteří nejsou depresivní, byl dosažen dvěma různými typy látek: acamprosat a naltrexon, který se používá zejména k udržení abstinence u pacientů závislých na opioidech, ale s efektem jej lze použít i u pacientů závislých na alkoholu (Popov, 2008).

2. Modely psychoterapie užívané v praxi

2.1. Individuální psychoterapie

Období prvního kontaktu s klientem je spíše na základě individuálních přístupů. Během vlastní léčby a prvního období doléčování se individuální a skupinové metody mohou střídát nebo doplňovat, individuální (dyadická) psychoterapie je forma, při které se setkání účastní z pravidla pouze klient a terapeut. Členové rodiny mohou být se souhlasem pacienta přizvány nebo jsou do toho činěny zásahy, které nemají charakter terapie, ale spíše jde o radu rodině, jak nakládat s určitou formou pacientova chování. Uspořádání v psychoterapii je různé. K základním podobám patří uspořádání: pacient a terapeut sedí tvář v tvář pod úhlem 90°, kdy terapeut sedí přímo naproti klientovi, jiné typické uspořádání je, že klient leží, kdy tato poloha je používána např. v psychoanalýze, imaginativních postupech, při nácviku autogenního tréninku. Tato poloha umožňuje obecně větší míru svalového uvolnění, prohlubuje regresi, snižuje potřebu kontrolovat sociální aspekty chování, a tím podporuje introspekci, současně poskytuje pacientovi soukromí zabývat se vlastními psychickými obsahy (Vymětal, 2006).

U nelegálních drog je situace složitější, alkohol a drogy hrají více rolí, mohou být komplikací při zdravotnické intervenci, mohou být příčinou úrazu či nemoci, a nebo také mohou být nemocí samotnou, tedy závislostí. Obecně lze říct, že v ebrietě jsou vnímání a pozornost otupěny, vědomí může být porušené – od somnolence, přes sopor až po koma, psychická výkonnost klesá. Důležitá je srozumitelnost, jasnost a konkrétnost, pokud zůstaneme klidní a neutrální, je riziko neadekvátních reakcí pacienta menší. Hlídáme své i pacientovi neverbální projevy a po zhodnocení stavu se případně chováme podle zásad jednání s problematickým typem pacientů, např. agresor, depresivní pacient apod. Podporujeme jakýkoliv náznak k motivaci ke změně, umíme doporučit odbornou pomoc, u závislého pacienta je nezbytná schopnost nepřijmout manipulativní chování, rozhodnost a důslednost. Při dlouhodobém styku jasně stanovíme pravidla a hranice, které těmto pacientům chybí a budou mít tendence je porušovat, chybou v přístupu ke klientovi je kritizování, ke kterému nás vedou naše vlastní předsudky, potřeba hodnotit chování jiných, kárat je, zavržovat, ošklíbání a projevy znechucení, poučování a poskytování rad tam, kde není o pomoc zájem, zaviňování a výčitky (Venglářová & Mahrová, 2006).

2.2. Skupinová terapie

Při léčbě závislostí je skupinová psychoterapie poměrně hojně využívanou metodou, vyznačující se značnou pružností v kombinaci individuálních a skupinových metod s ohledem na potřeby klienta. Často se ve skupině používají techniky prevence relapsy, způsoby, jakým skupiny pracují, se mohou značně lišit podle zaměření terapeuta nebo podle cíle, který si skupina stanovila. Využívají se kognitivně behaviorální techniky, dynamický způsob práce, "gestalt" terapie, systemické přístupy a další. Program obvykle trvá 20 až 30 týdnů (s frekvencí 1 až 2 skupinových setkání týdně), kdy jedno sezení trvá cca 1,5h, významně přispívá ke snížení užívání drog, tak k ústupu depresivní symptomatice. Důležitou otázkou skupinové terapie je složení skupiny, zásadou je, nepřijímat do skupiny klienty s přímou vazbou, tedy příbuzné, přátele nebo známé. Při nedodržení těchto pravidel může dojít k vyřizování starých účtů nebo se nebudou vyjadřovat otevřeně, v běžném uspořádání sedí pacienti a terapeut v kruhu. Toto uspořádání umožňuje maximální interakci, protože každý vidí na každého a základním předpokladem skupinové terapie je rozhovor. Při ambulantní léčbě bývá sezení častěji 1x týdně, v denních stacionářích a na psychoterapeutických lůžkových odděleních bývá frekvence vyšší, někdy se koná i více skupin denně (Vymětal, 2006).

2.3. Rodinná terapie a práce s rodinou

Psychoterapeutický přístup, zaměřený na rodinu, se začal utvářet v 50. letech 20. století, pohlížel na rodinu jako na jednotku, které je zapotřebí k pochopení jedince a k léčbě individuálních dysfunkcí. Později začala být rodina sama vnímána jako jednotka, zapojená do různých větších systémů – ekonomických, sociálních, etnických, politických a jiných, kdy k sociálním problémům, jako je alkoholismus, násilí, posun rodinných rolí, rodinné rituály, migrace, byly vytvořeny teorie a praktické postupy, jak intervenovat do rodin. Následující přehled (podle Schlippeho a Schweitzera, 2001), uvádí „klasické“ směry a školy tohoto proudu rodinné terapie, která je dnes obecně označovaná jako „systémová“ či „systemická“:

1. Strukturální rodinná terapie – zaměřila se na téma struktur, hranic a hierarchie v rodině. Při práci s rodinným systémem je důležité, zda jsou v rodině hranice jasné nebo difúzní „rozmazané“, a to jak mezi jednotlivými členy rodiny, tak mezi subsystémem rodičů a subsystémem dětí.
2. Vícegenerační koncept – se zabývá „neviditelnými“ vazbami přesahujícími generace. Upozorňuje, že chování, prožívání nebo příznaky nabývají smysl, jestliže máme na zřeteli odkaz dřívějších generací.

3. Humanistická (zážitkové orientovaná) rodinná terapie poukazuje na to, že sebehodnocení osoby je nepostradatelné pro kongruentní komunikaci, proto je připisován velký význam důvěryplnému vztahu, který je podstatnou součástí procesu změny. Její metoda rodinného sousoší se dodnes standardně používá.

4. Strategická rodinná terapie – pojímala rodinu jako kybernetický okruh pravidel, v nichž terapeut musí způsobit změnu a odolat přitom „svádění“ ke zmatku a začlenění do rodinného systému. V rámci tohoto přístupu se začalo s hledáním jednoduchých řešení složitých problémů v rodině formou kreativních, mimořádných, často paradoxních úkolů, které dodnes zůstávají důležitým nástrojem mnoha rodinných terapeutů.

5. Systematicko-kybernetická rodinná terapie – pokoušela se o uskutečnění „kybernetického konstruktivismu“. Motivy, city, potřeby a individuální konflikt jsou pokládány za přežilé konstrukty psychoterapeutického výkladového rámce.

Traumata a konflikty v minulosti pacienta se v psychodynamickém modelu pokládají za příčiny, jejichž poznání je pro pacienta nesnadné, protože byly zasunuty do nevědomí. Terapie je opět zaměřená na tyto stopy v minulosti a „zpracování“ minulých traumatických nebo konfliktních záležitostí předpokládá jejich aktuální uvědomění. Rodinná terapie je v tomto smyslu založena na rozšíření tradičního terapeutického kontextu, zabývá se jak symptomatickým chováním jako takovým, tak jeho okolnostmi, ve kterém symptomatické chování vzniká, probíhá a udržuje se. Vztahová změna předchází změně symptomatického chování, stejně jako je významný kontext pro jeho vznik nebo udržování. Základem rodinné struktury je osobní hranice každého jednotlivého člena rodiny, protože každý člen rodiny je zvláštní, od ostatních odlišená osobnost a právě rodinná terapie si všímá těchto hranic mezi rodiči a dětmi. Porušení této hranice může znamenat vážnou komplikaci ve vývoji rodiny a riziko pro zdravý vývoj jejich členů, proto rodinný terapeut usiluje svými intervencemi o definování normálních, funkčních hranic. Jedná se často o vývojový skok, kterého se rodina obává a může se změně bránit, změna je zároveň nebezpečím i příležitostí. Rodina, i když současným stavem trpí, může mít ze změny přirozené obavy, což je někdy nevhodně interpretováno jako odpor k terapii, úkolem terapeuta není působit proti klientům – měl by jim naopak pomoci využít příležitosti změny nebo adaptovat se na změnu, která již nastává. Rodinná terapie není universální lék, mezi zásadními indikacemi je nutné zmínit nízký věk a vysokou neznalost člena rodiny, který užívá drogy, což se týká dětí i mnoha dospívajících. Věk klienta, stupeň separace, současná situace rodiny a aktuální i perspektivní potenciál vztahu rodina – klient, to vše jsou faktory, které je třeba při indikaci rodinné terapie vždy zvážit, proto nemá smysl provádět terapii, k níž rodina

přichází z donucení, když členové rodiny nevěří, že v jejich rodině existují nějaké závažné problémy nebo když v rodině není nikdo, kdo by si přál změnu. Rodinná terapie u závislých se často provádí v zařízeních, která se zároveň zabývají léčbou, v níž je závislý „sám za sebe“. Často jde v terapii přímo o podporu přežití rodiny, jindy jen o normalizaci rodinného života a nastolení takových pravidel, které umožní ostatním členům věnovat se sobě navzájem a sobě samým a neprožívat trvalou frustraci svých potřeb, panuje obecná shoda v tom, že využívání rodinné terapie kromě jiného zvyšuje schopnost pacienta či klienta dokončit léčbu a zlepšuje léčebné výsledky. Přínos pro rodinu může být především překonání pocitů selhání, studu, viny, hněvu, obviňování a sebeobviňování, zvýšení kompetence při zvládnání problémů a posílení sounáležitosti, zvládnání nového fenoménu, který do rodiny přináší abstinence – klinická zkušenost upozorňuje na to, že abstinující člen rodiny po léčbě může svou rodinu neméně, i když jinak stresovat, než když předtím bral drogy. V rodinách závislých často pozorujeme komunikační poruchy a poruchy ve vyjadřování emocí, tím se posiluje zdatnost rodinného systému, která zahrnuje rozvíjení rodinného potenciálu, styl rodinného života a obohacování rodinné interakce a komunikace. V případě, že matka zjištění, že její dítě užívá drogy a vyhledá kontaktní centrum se nabízí dvojitý přístup:

1) Poradce může poskytnout informace o možnostech pomoci pro člena rodiny, který drogy užívá a nakonec vybídnout matku, aby příště svého problémového potomka přivedla s sebou nebo ho do centra poslala, protože jeho problémy bez něj řešit nemůžeme. Často je taková intervence úspěšná, ale ve svých důsledcích může problémového člena rodiny od jeho vlastní návštěvy v centru odradit – může u něj vyvolat dojem, že se matka proti němu spolčila s cizí institucí, stěžovala si, žalovala, vytvořila pro něj nevýhodné podmínky.

2) Poradce se může dotazovat, jak vidí problém s drogou ostatní členové rodiny, včetně uživatele samotného, co pro rodinu znamená matčina návštěva v centru, co jí předcházelo a jaký může být její důsledek, případně vyzkoušet několik variant „co doma řekne, až se vrátí“. Tento v zásadě jednoduchý přístup - zařadit problém i intervenci do rodinného kontextu - může podpořit potenciál a motivace členů rodiny vyhledání pomoci. Ani tento přístup ovšem nemusí být vždy úspěšný.

Odborní pracovníci nemohou tento problém řešit za rodinu. Mohou jí však pomoci dohodnout se na podmínkách, za nichž může problémový jedinec v rodině dál setrvat, na pravidlech, umožňujících ostatním členům pokud možno normální fungování, a na vzájemné podpoře v dodržování dohod. Důsledné dodržování rodinné dohody často podpoří motivaci uživatele k léčbě, někdy může být nástup do léčby přímo součástí dohody (Miovská, 2006).

3. Sociální práce

Sociální práce je aplikovaná společensko vědní disciplína, zároveň i oblast praktických činností, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění, sociální práce mají v psychiatrii dlouholetou tradici a uplatňují se v ústavní i ambulantní péči (Kalina & Frouzová, 2008).

3.1. Sociální rehabilitace

Cílem sociální rehabilitace je znovu zařazení závislého klienta do společnosti prostřednictvím (znovu) nabytých sociálních a profesních dovedností a podpůrného sociálního prostředí a vztahů. Klíčovým tématem je zvládnutí sociálních rolí, které umožňují úspěšné začlenění do společnosti, nabízí takový prostor k sociálnímu učení, který obnovuje, znovuvytvoří nebo v některých případech toto vytváří poprvé. Sociální rehabilitace předchází léčbu, tvoří pro ni základnu v různých formách a podílu zastoupení provází klienta celým procesem léčby a následné péče. Sociální aspekty celého procesu změn se s aspekty psychologickými navzájem ovlivňují a překrývají, psychoterapeuticky využívaná technika hraní rolí, která kromě sebepoznávací a interpersonální hodnoty může být použita i jako trénink sociálních dovedností zaměřený např. na rozvoji komunikačních dovedností. Zde (znovu)nabyté dovednosti posilují pozitivní sebehodnocení a současně vytváří i lepší předpoklady k zvládnutí různých sociálních situací i vztahů, kombinace poradenských, tréninkových a vzdělávacích aktivit nabízí k vytvoření potřebných změn řadu dalších sociálně podpůrných služeb týkajících se rozvoje profesního vzdělání (chráněné dílny), způsob aktivního trávení volného času v akceptujícím společenství (socioterapeutické kluby), nebo dočasné sociální zabezpečení v podobě chráněného bydlení. Panuje obecná shoda v tom, že čím déle je kontakt klienta s psychosociálně orientovanou službou či svépomocnou skupinou, tím trvalejších změn klient dosáhne, trvá do 18 měsíců. Principem je nácvik změn v postojích a hodnotovém schématu, zvýšení odpovědnosti vůči sociálnímu okolí, sociální rehabilitace nakonec vede klienta k sebezpřijetí s vědomím svých "černých i bílých" míst, svých kvalit i limitů (Kuda, 2008).

3.2. Svépomocné programy

Svépomocné programy označují celou řadu různých druhů aktivit. Ve vyspělých zemích je to jeden z nejběžnějších způsobů intervence u osob, které se ocitnou v nejrůznějších psychologicky těžkých životních situacích, v adiktologii je tento způsob intervence považován za jeden z neúčinnějších nástrojů a zahrnuje opět velmi široký rámec nejrůznějších druhů a způsobů služeb a aktivit. Existuje celá řada různých intervencí, které mají svépomocný charakter a přitom nejsou obecně považovány za svépomocné programy, termín „svépomocné aktivity“ nebo „svépomocné programy“ se týká „podpory, kterou může uživatel drog získat mimo formální péči, když se pokouší buď abstinovat od drog nebo redukovat rizika spojená s jejich užíváním“. Tato metoda se používá pro velmi konkrétní programy jako je hnutí Anonymní narkomani. Velmi často se objevuje jako součást úspěšných léčebných i preventivních drogových programů, celá řada zařízení od terénních programů až po lůžková zařízení pak používá různé techniky a intervence svépomocného charakteru. V terapeutických komunitách je běžné, že celá řada denních úkolů jsou v "režii" samotných klientů, často to jsou samostatně vedené skupiny klientů nebo podpůrná párová setkání. Většina terapeutů zapojuje stabilizovanější klienty jako své pomocníky do podpůrných i motivačních rozhovorů s těmi méně motivovanými klienty. Ve Velké Británii používají stabilizovanější klienty při prvním setkání s novými klienty, nebo zapojují partnery či rodiny uživatelů do procesu. Svépomocné programy zatím nebyly vědecky zkoumány a hodnoceny, zdá se však, že tento typ intervence nabízí cennou podporu uživatelů drog, která je často i ekonomicky výhodná pro plátce i poskytovatele služeb (Kalina & Vobořil, 2003).

4. Systém péče

V současné době je v ČR vybudován relativně ucelený systém péče pro uživatele návykových látek. Jeho vývoj se odvíjel od akutních potřeb z terénu, potřeb uživatelů návykových látek. Jednotlivé složky systému odpovídají potřebám klientů, kteří se nacházejí v různé fázi rozvoje závislosti, a pamatují i na specifika jednotlivých cílových skupin, pro které jsou určeny. V ČR jsou zpracovány Standardy odborné způsobilosti pro základní typy služeb a od roku 2005 probíhá evaluace jejich naplňování v jednotlivých zařízeních v rámci certifikačního procesu (Těmínová, 2008).

4.1. Standardy odborné způsobilosti

Standardy jsou nástroji v procesu udržování a zajišťování kvality služeb. Pojem "standard" znamená soubor kritérií, podle nichž je možné posoudit, zda a do jaké míry je daná služba poskytována kvalitně. Pohled na "kvalitu" je ovšem dosti široký a zahrnuje nejen správné provádění určitých výkonů s ověřenou účinností, ale také manažerské a organizační zajištění služby, její dostupnost, vstřícnost vůči klientům, zapojení do sítě dalších služeb apod. Druhou komponentou zajišťování kvality jsou *mechanismy*, jimiž se naplňování kritérií ověřuje. K mechanismům patří například komplexní management kvality na pracovišti, vnitřní a vnější supervize, horizontální vzájemné hodnocení v odborné komunitě a rovněž mechanismy formální, typu inspekce, akreditace, certifikace, licencování apod. Historicky vznikaly standardy v profesních společenstvích, především lékařských, jejichž zájmem bylo upevnit kvalitní výkon povolání a získat prestiž navenek. Zde mají původ termíny *dobrá praxe* či *postup lege artis*. Formalizace dobré praxe, tj. standardy v dnešním slova smyslu, se objevují v medicíně v 2. polovině 20. století, v USA i dříve. V 50. a 60. letech si tento vzor osvojuje nově vznikající nelékařská profese sociálních pracovníků, především v anglicky mluvících zemích. Ve stejné době vznikají společenství institucí, např. sdružení nemocnic, a rozšiřují kritéria dobré praxe o organizační aspekty. Na světové scéně je to především WHO, která standardy propaguje s cílem přenést dobrou praxi z vyspělých zemí do méně vyspělých a přispět tak ke zlepšení zdravotního stavu obyvatel. Intervence Evropské unie do oblasti kvality služeb vyplývá z ústředních principů EU: volný pohyb služeb a osob. Cílem je zajistit pro obyvatele EU srovnatelnou a optimální úroveň služeb ve všech členských zemích. Co se týče služeb pro uživatele drog a závislé, je tématu společných standardů věnováno několik úkolů v

nynějším Akčním plánu EU. Současná iniciativa EMCDDA směřuje k jejich realizaci (Mravčík, Běláčková & Fidesová, 2010).

Standardy kvality v oblasti adiktologických služeb v ČR se dělí na několik typů. Standardy vzdělání říkají, jakou kvalifikaci má mít, co má znát a umět člověk, aby byl způsobilý “dobrou praxi” provádět. Tradičně je standardizace vzdělání nejpodrobněji propracována v medicíně soustavou vysokoškolských kurikulí a osnov postgraduálních specializací, subspecializací a mikrospecializací zakotvenou ve zdravotnické legislativě. V tom se ČR neliší od jiných vyspělých zemí. V čem se liší, a to pozitivně, je začlenění návykových poruch a jejich léčby do kurikula mediků a začínajících lékařů. ČR je rovněž jednou z mála evropských zemí, kde existuje lékařská specializace v oboru návykových nemocí, a to již od r. 1980. Zájem o ni však není příliš velký a rovněž nelze zaručit, že takto specializovaný lékař bude ovládat v praxi potřebné psychosociální intervence. To by měla kompenzovat nová zdravotnická profese adiktologa (bakalářské studium na 1.LF UK od r. 2005, navazující magisterské připravováno na rok 2010). Adiktologie v této podobě jako zdravotnická nelékařská specializace zřejmě nemá v Evropě obdobu. Předpokládá se, že v budoucnu by měl adiktolog-lékař a adiktolog-nelékař tvořit dva profesní pilíře systému adiktologických služeb v ČR (Mravčík, Běláčková & Fidesová, 2010).

Standardy pracovišť jsou v ČR značně rozvinuté a mají přímý vliv na odbornou praxi ve službách pro uživatele drog a závislé je však obtížné hodnotit. Ministerstvo zdravotnictví formuluje základní požadavky na různé formy zdravotnických zařízení v právních normách a ve svém rozsáhlém programu kvality zdravotní péče pamatuje i na standardy pro nemocnice a léčebny, které jsou prověřovány v akreditačním procesu. Tyto standardy odpovídají mezinárodně uznávaným standardům a požadavkům EU a zaměřují se na kvalitu v širším pojetí (kvalifikované personální zajištění, vedení dokumentace a jiné administrativní, manažerské a organizační parametry, hygienické a epidemiologické aspekty, zabezpečení bezpečí a práv pacientů apod.). Ministerstvo práce a sociálních věcí vytvořilo Standardy kvality sociálních služeb, závazných pro valnou nezdravotnickou část služeb pro uživatele drog a závislé, které do sociálních služeb spadají. Jejich naplnění, prokazované v inspekčním procesu, je však podmínkou finanční podpory – dotací MPSV. Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky zavedla tzv. Certifikační standardy (Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách). Standardy jsou ověřované v certifikačním procesu. Mají meziresortní charakter, pokrývají spektrum

zdravotních, zdravotně-sociálních a sociálních služeb a měly ambice překlenout mezirezortní rozhraní. Reflektují odborná specifika i širší oblasti kvality, jejich naplnění je dnes pouze podmínkou pro vstup do dotačního systému RVKPP a (některých) krajů (Mravčík, Běláčková & Fidesová, 2010).

4.2. Terénní programy

Poskytují sociální služby přímo na ulici, tvoří pomyslnou vstupní bránu do systému služeb, jde o skupinu klientů, kteří nejsou v kontaktu s žádnou sociální a zdravotní institucí, jsou to nejčastěji mladí lidé, kteří začínají s drogami experimentovat, problémoví uživatelé, pravidelní uživatelé. Pracovníci terénních programů aktivně vyhledávají uživatele v jejich přirozeném prostředí a aktivně nabízí služby na principu *Harm reduction* a je postaven na přístupu *Public health*.

4.3. Kontaktní centra

Nízkoprahová zařízení jsou zaměřená na práci s jednotlivci nebo skupinami, ti mají možnost využít služby anonymně a bezplatně. Cílovou skupinou jsou všichni klienti užívající návykové látky, i experimentálně, dlouhodobě, ale i rodinní příslušníci a blízcí. Nabízené služby směřují k minimalizaci negativních dopadů v oblastech tělesného a duševního zdraví a sociálních podmínek daného jedince, nabízí výměnný program, zdravotní, psychologické a sociálně-právní poradenství, poradenství pro rodiče a blízké osoby, krizovou intervenci a asistenci.

4.4. Ambulantní centra

Jsou státní i nestátní léčebná zařízení. Cílová skupina je velmi široká, specifické skupiny jsou osoby, kterým byla soudem uložena buď ochranná protialkoholní či protitoxikomanická léčba nebo povinnost zdržet se užívání návykových látek. V socialistickém Československu byla tato pracoviště součástí psychiatrických oddělení poliklinik a tvořila celostátní síť, která se v polovině 90. let minulého století postupně rozpadla. Některé AT ambulance se privatizovaly, jiné zanikly. Pracoviště jsou zaměřena na prevenci, vyhledávání, diagnostiku, léčbu, rehabilitaci, resocializaci a registraci osob se závislostí na alkoholu a návykových látkách, většina se zabývá alkoholismem (Marková, Venglářová & Babiaková, 2006).

4.5. Denní stacionáře

Představují zařízení intenzivní denní péče, která je na pomezí ambulantní a ústavní péče, jsou určena pro uživatele nelegálních návykových látek s dobrým sociálním zázemím, pro něž je běžná ambulantní péče nedostačující. Klienti docházejí na 4-5h denně, 5 dní v týdnu, celkem 3-6 měsíců. Cílem je dosažení nebo udržení abstinence, změnu v sebepojetí, vztazích, sociální fungování, osvojení základních dovedností každodenního života.

4.6. Detoxifikační jednotky

Slouží ke zvládnutí odvykacích stavů a intoxikací, které nevyžadují intenzivní péči, jsou samostatnými jednotkami v rámci nemocnice či součástí zařízení střednědobé, či dlouhodobé léčby.

4.7. Doléčovací programy

Jsou ambulantní zařízení následné péče. Cílovou skupinou jsou lidé s anamnézou závislosti s určitou dobou abstinence, minimálně 3 měsíce, je určena osobám, které absolvovaly ambulantní či pobytovou léčbu, osobám bez předchozí odborné pomoci. Smyslem je pomoc při stabilizování životního stylu spojené s abstinencí. Hlavní složkou jsou psychoterapie, prevence relapsu, sociální práce, pomoc při hledání zaměstnání či rekvalifikace, lékařská péče, práce s rodinou, nabídka volnočasových aktivit. Některé programy nabízejí možnost chráněného bydlení, poskytují přechodné bydlení, chráněnou práci zaměřenou na zvýšení pracovních dovedností, získání a upevnění pracovních návyků. Délka docházení je minimálně 6 měsíců.

4.8. Substituční programy

Probíhá v ambulantních zdravotnických zařízeních. Podstatou je nahrazení ilegálně získávané návykové látky (neznámé koncentrace, obsahující toxické příměsi, aplikovaná rizikovým způsobem) látkou legální (lékem, který má dlouhodobější účinek, aplikuje se ústy). Tento lék je podáván a předepisován lékařem. Metadon je dlouhodobě působící syntetická látka, která byla poprvé použita v udržovací léčbě drogově závislých v USA v 60. letech. Metadon nevytváří euforii, útlum, ani analgetický efekt. Buprenorfin je efektivní a bezpečný lék, uvolňuje, snižuje chuť a eliminuje důsledky užívání heroinu. Udržovací dávky jsou stejné jako u metadonu. Buprenorfin bývá předepisován jako Subutex nebo Suboxone, obvykle se používá denně, jako tableta rozpustná pod jazykem. Suboxone obsahuje kromě buprenorfinu i nalaxon, což je opiátová antagonistka, který může uspíšit abstinenční příznaky je-li aplikován injekčně (A Drug Policy Alliance Release, 2006). Cílovou skupinou jsou klienti s těžkou a dlouhodobou závislostí na vysokých dávkách látek opiátového typu, klienti s neúspěšnými pokusy o abstinenci a léčbou, klienti závislí na opiátech s HIV pozitivitou, těhotné ženy závislé na opiátech. Látka je podávána buď formou *udržovací* – látka je podávána dlouhodobě bez předem stanoveného termínu ukončení léčby, nebo *redukční* formou – množství podané látky se postupně snižuje, až je úplně zastaveno (Janíková, 2007).

4.9. Záchytné stanice

Záchytné stanice jsou speciální medicínská zařízení pro krátkodobý pobyt (v řádu několika hodin) a detoxikaci při akutní intoxikaci zejména alkoholem, jsou zvláštním typem zařízení na pomezí ambulantní a lůžkové péče. Jedná se o typ zařízení unikátní v Evropě i ve světě. První z nich byla založena u Apolináře v roce 1951 doc. Skálou (Skála, 2003).

V roce 1989 byly údaje o činnosti záchytných stanic součástí ročního výkazu „O činnosti psychiatrického oddělení poliklinik“. Sledovalo se personální vybavení, počet stanic a míst jak s nepřetržitým provozem, tak pouze s nočním provozem, počet ošetřených osob celkem, z toho mužů a žen, počet mladistvých, počet recidivistů a počet osob hlášených v AT ordinacích. Od roku 1993 se údaje o činnosti stanic získávaly z nově vzniklého ročního výkazu o ambulantní péči v oboru psychiatrickém a sledoval se pouze počet osob ošetřených na záchytných stanicích. V roce 1998 byly údaje o činnosti záchytných stanic převedeny z tohoto výkazu na samostatný výkaz, kde se sledoval pouze počet ošetření-vyšetření, počet léčených pacientů a počet míst. V roce 2006 se rozšířilo sledování léčených pacientů o členění na pohlaví a věkové skupiny. První informace o počtu záchytných stanic jsou k dispozici z roku 1963, kdy bylo evidováno 21 zařízení. Do roku 1989 vzrostl jejich počet v ČR na 34 zařízení, v následujícím období počet záchytných stanic klesá. V roce 1993 bylo evidováno 20 zařízení, v roce 2009 už pouze 14 zařízení. Během roku 2010 se zaevidovaly dvě záchytné stanice ve Středočeském a Olomouckém kraji. Záchytné stanice se v roce 2010 nacházely ve všech krajích kromě Ústeckého a Libereckého. Nejvíce jich je na území Středočeského a Moravskoslezského kraje, 3 stanice v každém kraji, a v ostatních krajích je vždy po jedné záchytné stanici (Nechanská, Mravčík, Šťastná & Brožová, 2011).

PZS zajistí svým klientům bezpečné vystřízlivění pod dozorem lékaře. Tato služba není hrazena ze systému veřejného pojištění (kromě zdravotních výkonů) a klienti si platí svůj pobyt sami. Ceny za noc se výrazně liší podle toho, jak a kde si zřizovatel nasmlouval tuto službu. Cena za jednu noc na záchytyce se někdy pohybuje v řádu tisíců korun, na některých ze 17 fungujících záchytných stanic se může vyšplhat až na více než 10 tisíc korun. Částku by měl zaplatit zachycený, ale často toho není schopen. Může jít o bezdomovce, který je zachycen i opakovaně. Dluh pak dotuje zřizovatel – většinou velké město, protože zdravotní pojišťovny takové zákroky nehradí (Popov, 2011).

Cílovou skupinou tohoto zařízení jsou osoby, které jsou prokazatelně pod vlivem alkoholu a nekontrolují své chování. Tyto osoby bezprostředně mohou ohrožovat sebe nebo jiné osoby. Pokud je osobou, která je umístěna na protialkoholní záchytnou stanici osoba mladší 18 let, má toto zařízení povinnost informovat o této skutečnosti zákonného zástupce. Záchytná stanice o této situaci informuje také orgán sociálně právní ochrany dítěte (Klementová, 2011).

4.10. Terapeutická komunita (TK)

Je zvláštní formou intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti, většinou různého věku, pohlaví a vzdělání, spolu určitou dobu žijí a kromě skupinových sezení sdílejí další společný program s pracovní i jinou různorodou činností, což umožňuje, aby do tohoto modelu promítali klienti problémy ze svého vlastního života, zejména své vztahy k lidem. Komunita je terapeutická proto, že kromě uvedené projekce umožňuje zpětné informace o maladaptivním chování, podněcuje získání náhledu na vlastní problémy a na vlastní podíl na vytváření těchto problémů, má umožnit korektivní zkušenost a podporuje nácvik vhodnějších, adaptivnějších způsobů chování. Všichni v TK musí dodržovat stejná pravidla, ale ne všichni mají rovná práva a povinnosti. Většinu rozhodovacích pravomocí má komunita, stejný počet hlasů mají klienti a členové týmu. Vedoucí komunity má právo veta, jak na rozhodování týmu, tak na rozhodnutí komunity. Klienti mají omezení pravomoci ve smyslu odbornosti a výjimek z pravidel. Ve skupině klientů mají rozdílná práva vzhledem k zařazení do určité fáze. Nezbytným prvkem je odpovědnost, kterou necítí jenom tým, ale i klienti vůči samotnému zařízení. Je to jeden z nejproblematictějších bodů budování komunity. Terapeutickou komunitu zde definujeme jako specializované rezidenční zařízení zaměřené na léčbu vedoucí k abstinenci a na sociální rehabilitaci. Odborná péče v TK trvá 6 až 18 měsíců. Cílovou populací tvoří osoby závislé na návykových látkách (obvykle nealkoholových) ve středním až těžkém stupni závislosti, často s kriminální anamnézou a těžším psychosociálním i somatickým poškozením. Věk klientů se ve většině komunit pohybuje v rozmezí 18-35 let. Terapeutický tým je multidisciplinární, pracovníci mají různé vzdělání (psychoterapeutické, speciálně-pedagogické, lékařské, v oblasti sociální práce), specializované výcviky (skupinové a individuální psychoterapie, v rodinné terapii, v arteterapii) a různé praktické dovednosti a zkušenosti. Doporučené etické směrnice přímo zavazují členy týmu chovat se jako vyžralý a pozitivní vzor dospělosti pro klienty (Těmínová, Kalina & Adameček, 2008).

Některé typy TK pro závislé:

- TK v zařízeních poskytující střednědobou léčbu (od několika týdnů do cca 4 měsíců).
- Modifikované TK pracujících ve specifických podmínkách (např. ve vězení) nebo se specifickými pacienty (pacienti, kteří se kromě závislosti léčí i pro jinou duševní nemoc).
- Klasické TK pracující podle amerických vzorů, kde léčba trvá jeden rok i déle a dělí se typicky na úvodní stadium (do 60 dní), stadium primární léčby (2-12 měsíců) a

stadium návratu do společnosti (13-24 měsíců vč. ambulantního doléčování) (Nešpor, 2000).

Součástí systému terapeutické komunity může být také psaní deníků, do něhož si pacienti zaznamenávají své myšlenky, pocity ve vztahu k sobě i k tomu, co se děje v psychoterapeutické skupině a komunitě. Koncepti terapeutických komunit rozvíjel zejména Maxwell Jones (1907-1990), anglický psychiatr. Svou činnost v oblasti terapie prostředím započal na sociálně rehabilitačním oddělení, v dnes Hendersonově nemocnici v Suttonu, Surey u Londýna, kde byl vedoucím lékařem. Soustředil se především na léčení psychopatů. Zde prakticky realizoval koncepti terapeutické komunity. Později se stal ředitelem venkovské psychiatrické léčebny Dingleton v Melrose, kde dále prakticky rozvinul principy terapeutické komunity u psychóz (Marková, Venglářová & Babiaková, 2006).

4.11. Ústavní léčba

4.11.1. Krátkodobá ústavní léčba

Léčení může být i krátkodobé, tj. léčba trvá do cca 2 měsíců. Smyslem detoxikace je zbavit organismus škodlivých látek a za farmakologické podpory překonat abstinenční příznaky. Detoxikace má klienta připravit na další léčbu, kam nastoupí po detoxu. Jedná se přímo o léčebnou metodu, jejímž smyslem je zastavit užívání drogy u klienta, při níž jsou minimalizovány symptomy odvykacího stavu a rizika poškození. Vhodné zařízení, kde se tato procedura provádí, je obvykle detoxifikační centrum nebo detoxifikační jednotka, která se v současnosti provádí ve speciálním lékařském zařízení, v nemocnici nebo v psychiatrické léčebně. Klient je přijat na detox ještě intoxikovaný nebo s počínajícími abstinenčními příznaky. Pokud se používá medikace, tak se předepisuje látka s podobnými účinky a podobného charakteru jako droga, kterou klient užíval. Pobyt na detoxifikační jednotce se ukončuje až po několika dnech, co odezněly abstinenční příznaky a léky jsou vysazené. Pokud je klient propuštěn dřív, detoxikace není dokončena a hrozí riziko relapsy a pokud klient vezme dávku, na kterou byl před xerozem zvyklý, může se předávkovat. Detoxifikace by měla být provázena psychoterapeutickou péčí, která je zaměřena na podporu a motivaci k další léčbě. Detoxifikace je jen počátek léčebného procesu.

4.11.2 Střednědobá ústavní léčba

Jedná se o rezidenční léčbu ve zdravotnickém zařízení (psychiatrické léčebny, oddělení pro léčbu závislostí, kde doba léčby trvá 3-6 měsíců). Tato zařízení využívají řady prvků terapeutických komunit, jako je režim a pravidla, skupinová psychoterapie, komunitní setkání, trénink odpovědnosti apod. Cílovou skupinou jsou osoby starší 15ti let – problémoví uživatelé návykových látek, vč. alkoholu. Do léčby vstupují klienti obvykle dobrovolně po absolvované detoxifikaci. Tato zařízení přijímají i klienty s nařízenou ochrannou ústavní léčbou. Základním cílem je změna životního stylu i abstinence od návykových látek, stabilizace sekundárních problémů spojených se závislostí, vybudování náhledu na svou drogovou problematiku, řešení důsledků drogové kariéry (dluhy, kriminalita, rozchody, trestní stíhání), přebudování motivace z vnější na vnitřní, zvnitřnění abstinčních norem a běžných norem chování, identifikace rizik relapsu a nalezení strategie minimalizace těchto rizik, změna sebepojetí a zlepšení prožívání.

4.11.3. Dlouhodobá ústavní léčba

Dlouhodobá léčba obvykle probíhá jako pobyt v terapeutické komunitě a hovoříme, spíše než o ústavní léčbě, o rezidenční léčbě. Pro ústavní léčbu v nemocnici či léčebně jsou indikováni klienti s vysokým potenciálem pro relapsy, rizikovým sociálním okolím a psychickými či somatickými komplikacemi.

Terapeutické komunity pro závislé na návykových látkách, které vznikly po druhé světové válce v USA, vycházely více ze zkušeností anonymních alkoholiků než z britských terapeutických komunit pro duševně nemocné. Ale i tak mají s jinými terapeutickými komunitami společné některé rysy, jako je aktivní podíl pacientů na léčbě, vytvoření dobré komunikace na všech úrovních, podíl na rozhodování, kolektivnost a využívání sociálního učení, při kterém dostává člen komunity bezprostřední zpětnou informaci o tom, jak působí jejich chování na druhé. Specifika terapeutické komunity pro závislé jsou získávání výhod a zvyšování nároků na pacienty, kteří jsou v komunitě déle a osvědčili se (Nešpor, 2000).

Principy efektivní léčby závislostí na drogách:

- Ne každá léčba se hodí pro každého. Pro pacienta je třeba zvolit takovou léčbu, která je právě pro něho nevhodnější.
- Léčba by měla být rychle dostupná
- Léčba by měla reagovat na potřeby pacienta, včetně zdravotních, psychologických, sociálních a právních.
- Léčba by měla být dostatečně pružná a reagovat na měnící se potřeby pacienta
- Pro efektivitu léčby je kriticky důležité její trvání (delší léčba přináší obvykle lepší výsledky).
- Léčba by měla obsahovat skupinové nebo individuální poradenství a kognitivně-behaviorální postupy.
- U mnoho pacientů je důležité součástí léčby podávání vhodných léků.
- Pacienti, kteří trpí kromě závislosti ještě i jinou duševní poruchou, by měli být integrovaně léčeni pro obojí.
- Detoxifikace pomáhá překonat odvykací stav, ale sama o sobě má velmi malý efekt.
- Efektivní léčba nemusí být dobrovolná. Přijetí léčby, setrvání v ní a její výsledek může často příznivě ovlivnit tlak ze strany rodiny, zaměstnavatele nebo úřadů.
- Během léčby je třeba zjišťovat, zda nedochází k porušování abstinence.
- Léčba by měla zahrnovat i vyšetření na HIV/ AIDS, žloutenku, TBC a další infekční nemoci, které jsou v populaci závislých častější.
- Překonávání závislosti může být dlouhodobý proces a může vyžadovat opakované léčby. Účast ve svépomocných skupinách po léčbě zlepšuje výsledky léčby (Nešpor, 2000).

V ČR je celkem 17 psychiatrických léčeben pro dospělé, s celkovou kapacitou 9 058 lůžek. Z tohoto počtu tvoří AT lůžka 1 314 míst. Celkem bylo v psychiatrických léčebnách v ČR hospitalizováno 3 550 osob. Psychiatrických oddělení nemocnic je v ČR celkem 31, kapacita těchto oddělení byla 1374 za rok 2010 a počet hospitalizovaných pacientů za rok 2010 bylo 1644 osob (Mravčík, Pešek & Horáková, 2011).

V psychiatrických lůžkových zařízeních bylo v r. 2010 uskutečněno celkem 15 362 hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním návykových látek, což je proti r. 2009 pokles o více než 3 %. Tento pokles jde na vrub zejména hospitalizacím pro poruchy vyvolané užíváním alkoholu, u kterých dochází od r. 2005 k výraznému poklesu. V r. 2010 bylo hlášeno 10 003 hospitalizací pro poruchy vyvolané užíváním alkoholu a 5356 hospitalizací pro poruchy vyvolané užíváním dalších psychoaktivních látek bez tabáku. Užívání kombinace látek bylo v r. 2010 opět nejčastější příčinou (46 %) hospitalizací uživatelů nelegálních drog v psychiatrických lůžkových zařízeních. Dalšími příčinami hospitalizací bylo užívání stimulancií (30 %) a opiátů/opioidů (13 %). U hospitalizací pro nelegální drogy tvořili většinu hospitalizací muži (66 %). Průměrná ošetřovací doba u hospitalizací pro užívání ilegálních drog byla 31,8 dne v psychiatrických léčebnách pro dospělé. Více než 45 % hospitalizovaných uživatelů nelegálních drog bylo ve věku 20–29 let a téměř 27 % ve věku 30–39 let, osoby ve věku do 20 let tvořily 14 % z celkového počtu hospitalizovaných uživatelů nelegálních drog. Z hlediska regionální distribuce bylo v souvislosti s ilegálními drogami hospitalizováno nejvíce pacientů s trvalým bydlištěm v Ústeckém kraji (91 hospitalizací na 100 tisíc obyvatel kraje) a v Praze (79 hospitalizací), nad celorepublikovým průměrem (50 hospitalizací) se nacházely ještě kraje Karlovarský, Liberecký a Moravskoslezský. Trendy v počtu hospitalizovaných podle jednotlivých (skupin) drog se liší. V r. 2001 a 2002 došlo k výraznému poklesu počtu hospitalizací pro poruchy způsobené opioidy, který s drobnými výkyvy přetrvával i v následujících letech. Počet hospitalizací pro poruchy způsobené kombinací látek dlouhodobě rostl, a to 2,6krát v letech 1997–2009, v r. 2010 došlo ke snížení počtu těchto hospitalizací. Počet hospitalizací pro poruchy způsobené užíváním stimulancií jiných než kokain se v období 1997–2010 zvýšil o více než 82 %, od r. 2007 mírně klesaly jejich počty až do r. 2010, kdy došlo k meziročnímu nárůstu. Počty hospitalizací pro poruchy způsobené ostatními drogami jsou řádově nižší, v r. 2010 došlo u většiny z nich k poklesu, pouze u kanabinoidů a halucinogenů počty hospitalizací mírně vzrostly (Mravčík, Pešek & Horáková, 2011).

IV. Kvalita života pacientů v ústavní psychiatrické léčbě

Psychiatrická péče musí být dostupná a komplexní a musí mít individuální charakter při maximálním respektování důstojnosti a ochraně lidských práv nemocných. Veškerá rozhodnutí týkající se léčení, přijímání a propuštění pacientů musí být v souladu s platnými zákony (Malá & Pavlovský, 2010).

1. Hospitalizace v psychiatrické léčebně

Péče poskytovaná v psychiatrických lůžkových zařízeních se dělí na akutní lůžkovou péči a následnou lůžkovou péči. Akutní lůžková péče je poskytována na otevřených nebo uzavřených lůžkových odděleních nemocnic, klinik a léčeben. Cílem je posouzení celkového stavu pacienta s návrhem plánu léčby, ochrana pacienta před poškozením sebe nebo ostatních ve všech oblastech sociálního fungování. Akutní lůžkovou péči potřebují pacienti s náhlým onemocněním nebo náhlým zhoršením chronického onemocnění. Následná lůžková péče je poskytována většinou v psychiatrických léčebnách pacientům, kteří mají již stanovenou diagnózu a u kterých pominuly důvody k poskytnutí akutní lůžkové péči. Zdravotní stav pacientů je stabilizovaný. Cílem je dosažení úplného fyzického a duševního zdraví chronicky nebo dlouhodoběji nemocných osob, nebo co nejvýraznější zmírnění následků onemocnění. Hospitalizace na psychiatrii je často chápána jako prohra, selhání, neschopnost řešit své problémy. Zdravotničtí pracovníci pracující s pacienty v prvním kontaktu, tj. lékaři, sestry a ošetřovatelé, mají těžký úkol motivovat pacienta do léčby a získat jeho důvěru pro vytvoření terapeutického vztahu nutného pro léčbu (Marková, Venglářová & Babiaková, 2006).

1.1. Přijetí

Pacienti jsou přijímáni na základě doporučení ambulantního psychiatra, eventuálně praktického lékaře či psychologa. V doporučení by měl být stručným diagnostickým posouzením a dosavadní farmakologickou léčbou jasně formulován důvod k hospitalizaci. Zde posoudí jejich stav aktuální zdravotní stav službu konající lékař. Překlady pacientů z jiných, somatických oddělení nemocnic jsou většinou doporučeny psychiatrickým konziliářem. Pacient při příjmu podepisuje *Prohlášení o dobrovolném vstupu*, pokud s hospitalizací souhlasí. Přijímající lékař rozhodne podle stavu pacienta o umístění na oddělení otevřeném, uzavřeném nebo specializovaném (oddělení pro

léčbu závislostí, gerontopsychiatrie). Je-li pacient přijat bez souhlasu, sociální pracovnice vyplní prohlášení o hospitalizaci. V případě, že lékař shledá důvody nutné pro přijetí do lůžkového zařízení, ale pacient hospitalizaci odmítá, jde o nedobrovolný vstup.

Indikace, které vymezují přijetí do ústavní péče bez souhlasu nemocného:

- Jde-li o nemoci vymezené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení (venerologické choroby, parazitární i infekční choroby; problém u alkoholismu a toxikománie – povinné ústavní léčení nařizuje soud).
- Osoba jeví známky duševní poruchy nebo intoxikace, která ohrožuje své okolí (nebezpečí musí být zjevné a aktuální, ohrožení sebe).
- Není-li možné s ohledem na stav vyžádat souhlas dané osoby (neodkladné výkony k záchraně života, je míněn kvalifikovaný souhlas – nelze získat u dementních osob, v bezvědomí, deliriu).

Lékař na základě vyšetření a rozhodnutí o nedobrovolné hospitalizaci vyplní „Hlášení o přijetí do ústavní péče bez souhlasu nemocného“ příslušnému regionálnímu nebo obvodnímu soudu. Obvykle se hlášení odesílá faxem. Musí být předáno do 24h od přijetí nemocného. Určitý pracovník soudu se v zákonem stanovené lhůtě dostaví na oddělení, na které byl pacient přijat, vyslechne pacienta a ošetřujícího lékaře a posoudí oprávněnost nedobrovolné hospitalizace. Do 7 dnů musí být vydáno usnesení soudu, které je doručeno pacientovi. Pokud soud zadržení pacienta v ústavní léčbě povolí, musí uvést datum, do kterého platí povolení. U nařízeného ochranného ústavního léčení není nutné ohlásit nedobrovolné přijetí do psychiatrického zařízení, ale je nutné oznámit, že pacient ochranné léčení zahájil. Nedobrovolné přijetí nemocného je velmi delikátní záležitost a musí být velmi zodpovědně řešeno. Nepříjemné zážitky spojené s nedobrovolným přijetím mohou negativně ovlivnit důvěru pacienta v péči na psychiatrii.

Problematika nedobrovolného přijetí pacienta se týká nejen nedobrovolné hospitalizace, ale i provádění vyšetřovacích a léčebných zákroků. Jedná se o oblast zasahující do osobních svobod člověka. Je to jedna z nejproblematictějších styčných oblastí medicíny a etiky (Marková, Venglářová & Babiaková, 2006).

1.2. Režim oddělení

Režim oddělení, nebo také režimová terapie je nedílnou součástí léčby na psychiatrických odděleních. Každý pacient má na příjmovém oddělení založenou zdravotnickou dokumentaci, ve které jsou zaznamenány denní záznamy o stavu pacienta, psychiatrická vyšetření, denní předpisy farmakologické léčby, záznamy z vizit, plánovaná vyšetření a jejich výsledky, záznamy o propustkách, ošetrovatelské záznamy, psychologické vyšetření, sociální šetření a záznamy o mimořádných událostech. Zdravotnická dokumentace je upravena zákonem a provozním řádem organizace. Oddělení na psychiatrii mají vypracované režimy oddělení, ve kterých jsou propojeny všechny aktivity, které jsou pacientům nabízeny. Oddělení se řídí denním řádem. Pacient je s ním seznámen v den přijetí. V lůžkovém psychiatrickém zařízení najdeme oddělení, která jsou trvalé uzamčena, tzv. uzavřená oddělení. Personál má universální klíč, kterým otevře dveře pavilonů, oddělení, pokojů, pracoven lékařů, sester a dalších místností. Na těchto odděleních jsou umístěni pacienti aktuálně akutně nebezpeční sobě či okolí, nebo pacienti, jejichž stav nedovoluje samostatný pohyb. Uzavřené oddělení nesmí pacient sám opustit. Na vycházku může odejít pouze v doprovodu sestry.

Některá oddělení uplatňují systém otevřených dveří. Což znamená, že pacient může se svolením personálu opustit oddělení v době, kdy neprobíhá program, a jít na procházku, může dostat propustku na různě dlouhou dobu. Dobrovolná hospitalizace se realizuje obvykle na otevřeném oddělení. Nemocný se musí podrobit léčebnému řádu na oddělení, má však právo kdykoliv ukončit hospitalizaci podle své úvahy. Pokud lékař nesouhlasí, vyžádá si takzvaný negativní revers (Marková, Venglářová & Babiaková, 2006).

1.3. Propuštění

Propuštění jsou většinou plánované. Pacienti i rodina musejí být o propuštění informováni a připraveni na ně. Cílem je úspěšný přechod z akutní lůžkové péče přes následnou péči k ambulantní, zajištění kontinuity péče a spokojenosti pacienta. Někteří pacienti jsou podle svého zdravotního stavu přeloženi na jiné oddělení. Staniční sestra na oddělení zajistí doprovod pro převoz pacienta. Nejde vždy jen o plánované propuštění, ale pacienti z psychiatrických zařízení také utečou. Pacienti utíkají převážně při pohybu mimo oddělení. Frekvence útěků je nárazová (psychické infekce, počasí, určité etnikum). Útěků se nejčastěji dopouštějí adolescenti s poruchou chování, někdy i opakovaně. O incidentu je vedena podrobná dokumentace v lékařské i ošetrovatelské části zdravotnické dokumentace. Hlásí se jako mimořádná událost a je statisticky zpracovávána. Po návratu pacienta sestry zaznamenají jeho reakci a přijatá opatření. V roce 2004 bylo hlášeno v psychiatrické léčebně v Bohnicích 450 útěků, z toho 40 z oddělení ochranných léčeb. Nejvyšší počet útěků je u pacientů, kteří se nevrátili z propustek. Pokud se jedná o pacienta s nařízenou ochrannou léčbou, nesvéprávného, mladistvého, který ohrožuje sebe nebo své okolí, nebo o pacienta, u kterého probíhá "policejní detoxifikace", vyplní sestra tiskopis "Hlášení o útěku nemocných", předá jej na centrální příjem pacientů a odtud je tiskopis odeslán faxem na policii. Pokud uteče pacient, který nesplňuje nic z výše uvedeného, je tento útek vedený pouze v knize hlášení útěků na centrálním příjmu pacientů. Příjem, hospitalizace a propuštění pacienta vyžaduje velmi dobrou koordinaci práce členů týmu terapeutického, ošetrovatelského, sociální pracovníce a dalších pracovníků (Marková, Venglářová & Babiaková, 2006).

VÝZKUMNÁ ČÁST

1. Cíle výzkumu a výzkumné otázky

1.1 Cíle výzkumu

Cílem realizovaného výzkumu bylo zjistit, jaká je úroveň kvality života u uživatelů drog před ústavní léčbou a srovnání úrovně kvality života u uživatelů drog po ústavní léčbě ve stejném ústavním zařízení. Výzkum si kladl za cíl zjistit, jaký je rozdíl v subjektivním vnímání úrovně kvality života každého klienta při nástupu do léčby, jeho postoje, smysl života a pocity. Srovnat jaké rozdíly jsou ve vnímání různých situací, pocitů a smyslu jejich života po absolvování léčby. Jak klienti sami vnímají rozdíly, pokud je vůbec vnímají.

1.2. Výzkumné otázky

- Jak uživatelé vnímali kvalitu svého života a zdraví před nástupem do léčby?
- Jak uživatelé vnímali kvalitu svého života a zdraví před skončením léčby?
- Do jaké míry v posledních čtyřech týdnech zažívali/pocítili některé popsané situace (omezování fyzickou bolestí, potřebu léčby, smysl života apod.)?
- Do jaké míry v posledních čtyřech týdnech zažívali nebo byli schopni dělat určité věci (např. dostatek energie pro běžný život, přijmout svůj fyzický vzhled, dostatek peněz pro uspokojení potřeb, dostupnost informací pro každodenní život apod.)?
- Jak často uživatelé pociťovali nebo zažívali negativní pocity (špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese) v posledních 4 týdnech?

1.3. Etické aspekty práce

V rámci výzkumného šetření byly respektovány etické náležitosti výzkumu. Dotazníky byly označeny kódem, který se skládal z číslic a písmen tak, aby si klienti nemuseli kód pamatovat, ale zároveň, aby byly kódy na obou dotaznících totožné. Respondenti nikde neuváděli své jméno, příjmení, datum narození ani rodné číslo. Všichni klienti hospitalizovaní v ústavní léčbě, kteří se výzkumného šetření zúčastnili, podepsali informovaný souhlas o poskytnutí údajů k výzkumnému šetření v rámci této diplomové práce, který je uložen v jejich dokumentaci ve zdravotnickém zařízení. Dotazníky jsem klientům dala osobně a poté je také vysbírala. Zdravotnímu personálu jsem informované souhlasy odevzdala.

2. Metody

Použitými metodami ve výzkumné části této práce k získávání dat byl anonymní standardizovaný dotazník kvality života WHOQOL-BREF. Dotazník obsahuje celkem 26 otázek na kvalitu života, který se zaměřuje na 4 dimenze kvality života a 10 otázek obsahující osobní údaje. Klienti tento dotazník vyplnili při nástupu do ústavní léčby, max. 1 týden hospitalizace a poté při propuštění z ústavní léčby.

2.1. Zdroje dat

Sběr dat probíhal od listopadu 2011 do května 2012 na oddělení léčby závislostí, Kliniky adiktologie v Praze. Dotazníky jsem dala klientům při nástupu do léčby. Spolu s dotazníkem jsem jim dala i informovaný souhlas, který klienti podepsali a tento souhlas s účastí na výzkumné studii byl založen do jejich dokumentace. Dotazník jsem označila přiděleným kódem pro zpětné spárování dotazníků. Klienti při propuštění vyplnili opět dotazník a tento dotazník byl opět označen přiděleným kódem.

Dotazník byl vytvořený v roce 1996 z původního 100 položkového dotazníku WHOQOL-100, který umožňoval podrobné hodnocení kvality života. Z WHOQOL-100 vznikla zkušební verze WHOQOL-BREF formou krátkého formuláře hodnocení kvality života. WHOQOL-BREF je k dispozici v 19 jazycích, příslušnou jazykovou verzí a povolení k použití lze získat od Světové zdravotnické organizace. Dotazník WHOQOL-BREF je rozdělen do 4 dimenzí: fyzickou doménu (obsahující aktivity denního života, závislost na lékařské pomoci nebo lécích, energii a vyčerpání, pohyblivost, bolest a

diskomfort, spánek a odpočinek, pracovní schopnosti), psychickou oblast (zahrnující tělesný vzhled a zevnějšek, negativní pocity, pozitivní pocity, sebeúctu, víru, sebevědomí, učení, paměť), sociální (osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivity) a enviromentální oblast (finanční zdroje, nezávislost, fyzická ochrana a bezpečí, zdravotní a sociální péče, domácí prostředí, příležitosti získat nové informace a dovednosti, možnosti k odpočinku, prostředí, doprava) (World Health Organization, 1996).

Podnět k vytvoření tohoto dotazníku zaměřeného na měření kvality života dal Odbor duševního zdraví Světové zdravotnické organizace v roce 1991. Později byla sestavena pracovní skupina WHOQOL, kterou tvořili zástupci 15 výzkumných center z celého světa a která se zabývala tvorbou dotazníku kvality života. Dotazník WHOQOL-100 sestává ze 100 položek. Dotazník WHOQOL-BREF sestává z 24 položek sdružených do 4 domén a dvou samostatných položek hodnotících celkovou kvalitu života a zdravotní stav (celkem tedy 26 položek). Tato zkrácená forma dotazníku vychází z dotazníku WHOQOL-100. Výběr položek byl proveden tak, aby dotazník pokrýval široké spektrum aspektů kvality života. Znění položek bylo beze změn převzato z plné verze dotazníku. Oba dotazníky slouží k sebeposouzení kvality života jedince. Respondent je vyplňuje sám, pouze v případě potřeby se předkládá formou standardizovaného rozhovoru. Oba dotazníky jsou určeny pro hodnocení kvality života skupin nebo populací. Umožňují mezinárodní nebo regionální srovnání nebo srovnání skupin s různými sociodemografickými charakteristikami. WHOQOL-100 citlivě rozlišuje mezi soubory osob s různou úrovní zdravotních potíží a také rozdíly mezi muži a ženami. Retestová reliabilita domén dotazníku WHOQOL-100 měřená v rozmezí dvou týdnů ukazuje na relativní stálost výpovědi v tomto časovém intervalu. V praxi je účelnější zkrácená verze WHOQOL-BREF (Klinika adiktologie, 2011)

2.2. Oddělení léčby závislostí

Oddělení pro léčbu závislostí je zaměřeno na léčbu závislostí na návykových látkách a patologického hráčství (gamblingu), terapie duálních poruch (kombinace závislosti na návykové látce a další duševní poruchy). Zajišťuje i rodinnou terapii návykových nemocí (VFN, 2012).

Lůžkové oddělení pro ženy se snaží pomoci ženám starším 18 let se závislostí na jakékoliv návykové látce (alkohol, návykové léky, ilegální drogy), případně v kombinaci s další psychickou poruchou (porucha příjmu potravy, afektivní a úzkostné poruchy), které mají zájem se léčit. Základní léčba trvá 17 týdnů, na návrh lékaře či žádost pacientky může být prodloužena. Po jejím dokončení doporučujeme pacientkám k udržení a rozvíjení dosažených změn zapojení do doléčovacího programu, který zahrnuje ambulantní doléčovací skupiny a týdenní opakovací pobyty v postupně se prodlužujících intervalech. V případě návratu k užívání návykových látek po ukončení léčby může být pacientka přijata k další léčbě, jejíž délka je individuální. Pacientky, které spolupracují v doléčovacím programu, jsou v případě recidivy přijímány okamžitě, bez ohledu na obsazenost oddělení. Program léčby je vystaven tak, aby za příznivých podmínek vystavil pacientky situacím, které neuměly v minulosti zvládat, pomohl jim porozumět jejich selhávání a nacvičit adaptivnější způsoby chování. Zahrnuje psychoterapii, pracovní terapii, sport, relaxační techniky, přednášky a studium odborné literatury. Léčebný režim vede pacientky k tomu, aby při vynaložení určitého úsilí za pomoci terapeuta využily léčebný program k dosažení dobrého psychického a fyzického stavu. V indikovaných případech je využívána farmakoterapie. Mužské lůžkové oddělení může pomoci mužům ve věku od 18 do 60 let se závislostí na alkoholu, nebo v kombinaci užívání alkoholu a jiných návykových látek, případně v kombinaci s další psychickou poruchou (patologické hráčství, afektivní a úzkostné poruchy), kteří ale mají zájem se léčit. Pacienti závislí na nelegálních drogách jsou do léčby přijímáni pouze v případě, že se už dříve na LOM léčili. Délka léčby je 13 týdnů. Pacienti, kteří spolupracují v doléčovacím programu, jsou v případě recidivy kratší než 2 dny přijímáni okamžitě na detoxifikační oddělení, bez ohledu na obsazenost oddělení. Pacienti, kteří v minulosti hrubým způsobem porušili léčebný řád na další léčbu přijímáni nejsou.

Mužské lůžkové oddělení pomáhá mužům ve věku od 18 do 60 let se závislostí na alkoholu, nebo v kombinaci užívání alkoholu a jiných návykových látek, případně v kombinaci s další psychickou poruchou (patologické hráčství, afektivní a úzkostné poruchy), kteří mají zájem se léčit. Pacienti závislí na nelegálních drogách jsou do léčby přijímáni pouze v případě, že se už dříve na LOM léčili. Délka léčby je 13 týdnů. Pacienti, kteří spolupracují v doléčovacím programu, jsou v případě recidivy kratší než 2 dny přijímáni okamžitě na detoxifikační oddělení, bez ohledu na obsazenost oddělení. Pacienti, kteří v minulosti hrubým způsobem porušili léčebný řád na další léčbu přijímáni nejsou. Léčba je realizovaná ve 3 tzv. uzavřených skupinách, tedy je snaha objednávat pacienty v „turnusech“.

2.3. Zpracování dat

Dotazníky byly po vyplnění nejprve rozděleny podle doby vyplnění, zda se jednalo o vyplnění dotazníku na začátku léčby či před ukončením léčby. Poté se označili jednotlivé odpovědi dotazníku, zda se jednalo o ženu či o muže. Skóre dotazníků byly počítány pomocí statistických funkcí programu Microsoft Office Excel 2003, kde byly užity statistické a matematické funkce, jako aritmetický průměr, součet, minimální a maximální hodnoty apod.

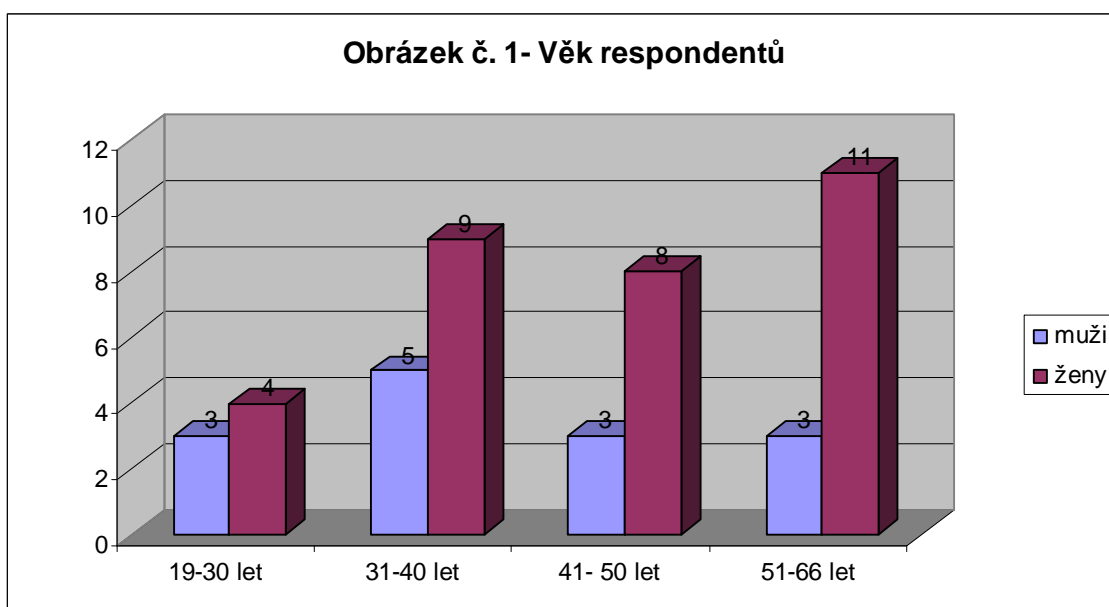
3. Výzkumný soubor

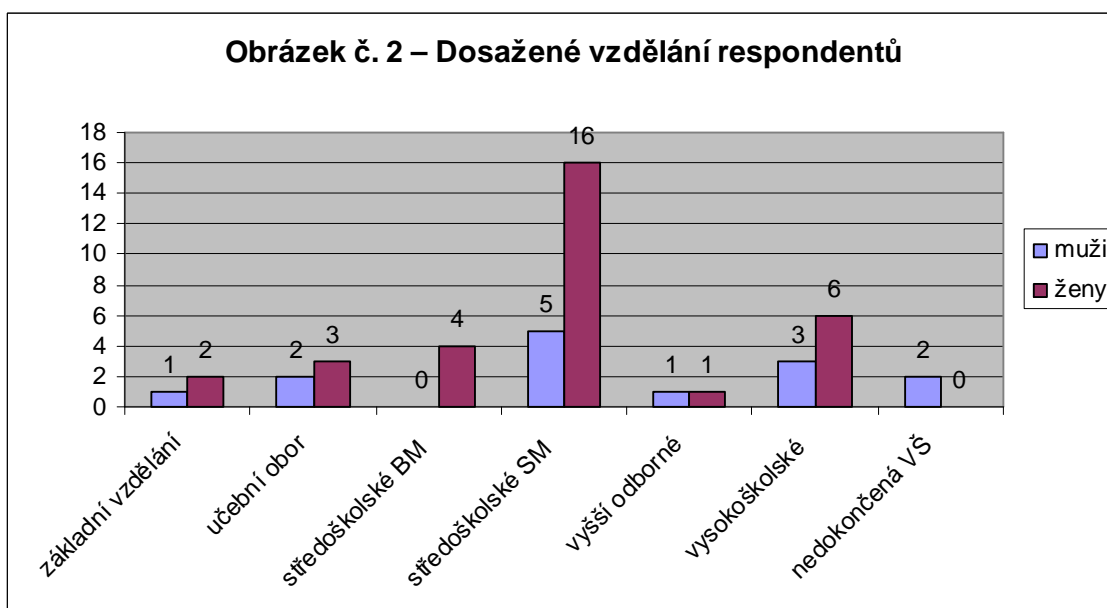
Do výzkumné studie byli zahrnuti všichni klienti, muži i ženy, kteří byli hospitalizováni toho času, tedy od listopadu 2011 do května 2012 na oddělení závislostí Kliniky adiktologie. Respondenti jsou uživatelé nelegálních návykových látek a alkoholu, bez rozdílu předchozí dokončené či neúspěšné léčby i v jiném zdravotnickém zařízení. Dotazníky byly vyplněny 61 respondenty, předčasně léčbu ukončilo 15 respondentů, kteří ji buď dobrovolně opustili, nebo byli z léčby vyloučeni za nesplněné terapeutické body. Celkem bylo vyplněno 46 párů dotazníků od 46 respondentů, kteří úspěšně dokončili ústavní léčbu na oddělení závislostí Kliniky adiktologie.

3.1. Charakteristika výzkumného souboru

Cílovou skupinu představovali pacienti hospitalizováni na oddělení léčby závislosti Kliniky adiktologie. Dotazník WHOQOL- BREF byl určen všem pacientům, mužům i ženám, s problematikou užívání alkoholu či nelegálních návykových látek. Do studie byli zahrnuti všichni pacienti, kteří s účastí na studii souhlasili a kteří vyplnili oba dotazníky, a to na začátku léčby a těsně před jejím ukončením. Celkem se tedy studie zúčastnilo 46 respondentů, z toho 32 žen a 14 mužů, jejichž průměrný věk je 43,78 let u žen a 40,5 let u mužů. Výsledky byly zpracovány do kategorií podle pohlaví (viz obrázek č. 1). Nejvíce respondentů bylo ve věkovém rozmezí 31-40 lety (30 %) a 51-66 let (30 %). Ženy byly nejčastěji ve věku 51-66 let (34 %) a muži ve věku 31-40 let (36 %).

Obrázek č. 2 ukazuje nejvyšší ukončené vzdělání respondentů, které je opět rozděleno podle pohlaví. Muži dosáhli nejčastěji středoškolské vzdělání s maturitou (11 % mužů), naopak nikdo z mužů nemá středoškolské vzdělání bez maturity. Stejně jako muži i ženy mají nejvyšší počet středoškolského vzdělání s maturitou (35 % z celkového počtu respondentů). Z žen není žádná, která má nedokončené vysokoškolské vzdělání. Celkem 46 % respondentů uvedlo nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské vzdělání s maturitou, 20 % respondentů má vysokoškolské vzdělání a nejméně (4 %) respondentů má buď vyšší odbornou školu nebo nedokončené vysokoškolské vzdělání.





Tabulka č. 3 znázorňuje statut každého respondenta. Ve skupině mužů převládá spíše status pracujícího nebo nezaměstnaného, hledajícího práci, u kterých se domnívám, že díky své závislosti o práci ve většině případů přišli (13 %). U žen je nejvíce pracujících (30 %) respondentek a nejméně studentek (2 %). Z celkového počtu 46 respondentů převládá status pracující (44 %), kterou tvoří ženy a 28 % respondentů nestuduje, ani nepracuje. Nejméně respondentů je studentů, kdy i tuto skupinu tvoří pouze ženy. Do skupiny nestudujících ani nepracujících spadá i skupina respondentů, kteří jsou již v důchodu.

Tabulka č. 3 – Statut respondentů

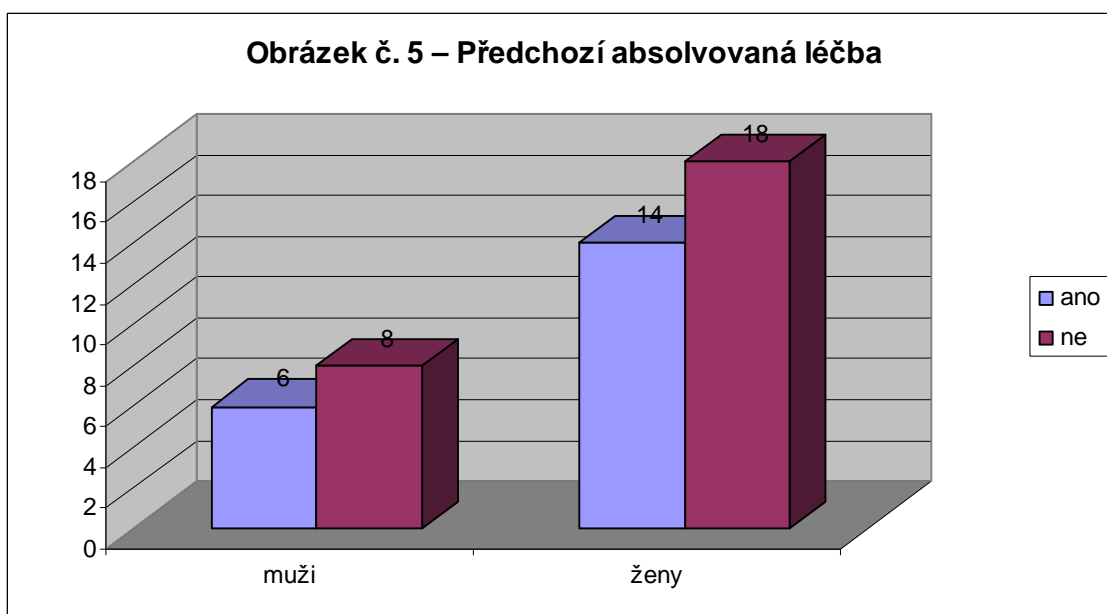
	muži	ženy
student	0	1
pracující	6	14
nezaměstnaný, hledající práci	6	6
nestudují ani nepracují	2	11
celkem	14	32

Tabulka č. 4 vykazuje rodinný stav respondentů. Nejvíce respondentů je rozvedených (12 % mužů a 25 % žen). Druhý nejvyšší počet u mužů je 10 % svobodných a u žen převládá 15 % vdaných. Nikdo z mužů neoznačil odpověď: mám partnerku, ale nežijeme spolu a žádná z žen neuvědomila, že je vdovou.

Tabulka č. 4 – Rodinný stav respondentů

	svobodný	ženatý/vdaná	rozvedený/á	žiji s partnerem	ovdovělý/á	mám partnera, ale nežijeme spolu	celkem
muži	5	3	6	1	1	0	16
muži %	10%	6%	12%	2%	2%	0%	31%
ženy	6	8	13	3	0	6	36
ženy %	12%	15%	25%	6%	0%	12%	69%

Obrázek č. 5 vypovídá o předchozí prodělané ústavní léčbě ve zdravotnickém zařízení z důvodu užívání drog. Z toho většina žen uvedla, že současná hospitalizace je jejich první tzv. základní léčbou (39 %) a 17 % mužů, kteří jsou také v základní léčbě. Celkem je tedy 57 % respondentů v základní léčbě a 43 % respondentů absolvovali již v minulosti ústavní léčbu pro svou závislost na návykových látkách.

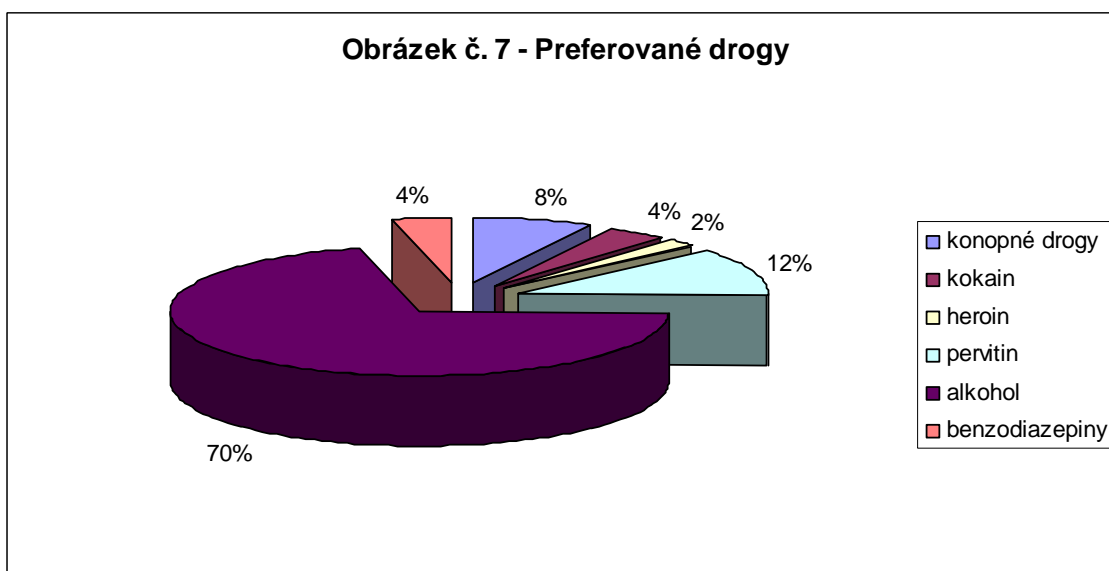


Tabulka č. 6 navazuje na předchozí obrázek o dřívější prodělané ústavní léčbě ve zdravotnickém zařízení a to kolikrát respondenti ústavní léčbu absolvovali. Muži uvedli jako nejčastější odpověď 1x a 2x, oproti ženám, které uvedli nejčastěji 1x. Celkem absolvovalo 1x léčbu 45 % respondentů, 30 % respondentů uvedlo 2x, 10 % respondentů uvedlo 3x a 4x a pouze ženy (5 %) uvedly více než 5x.

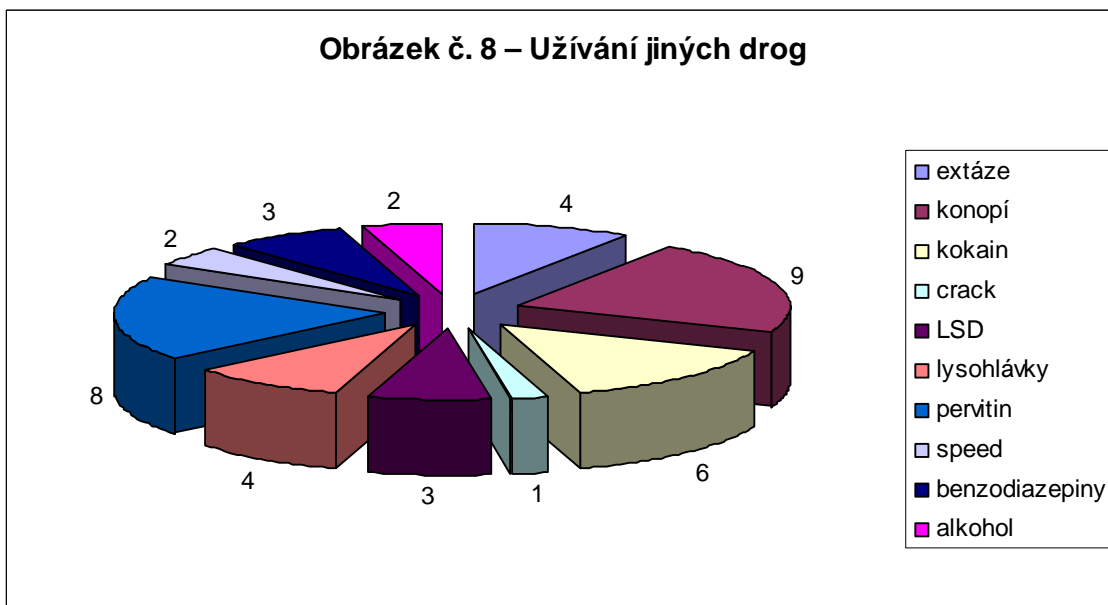
Tabulka č. 6 – Počet absolvovaných léčeb

	1x	2x	3x	4x	5x	více než 5x	celkem
muži	3	3	0	0	0	0	6
muži %	15%	15%	0%	0%	0%	0%	30%
ženy	6	3	2	2	0	1	14
ženy %	30%	15%	10%	10%	0%	5%	70%

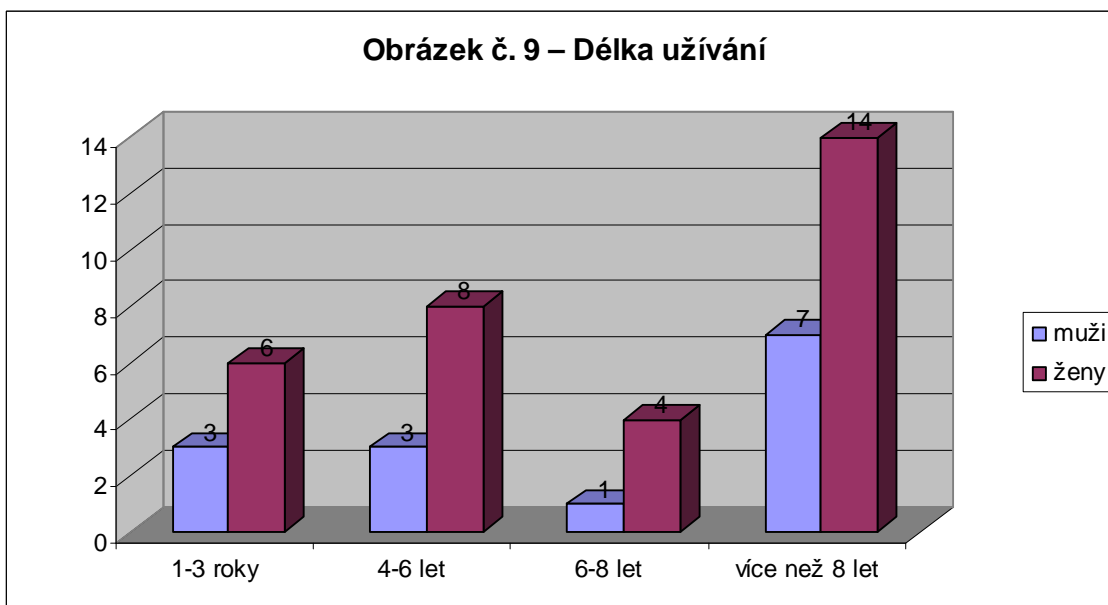
Obrázek č. 7 vykazuje četnost preferované drogy mezi respondenty. U obou pohlaví respondentů převládala jako preferovaná droga – alkohol. U mužů pak dále konopí a kokain s pervitinem, u žen pak kromě alkoholu a pervitin i benzodiazepiny. Celkem 71 % respondentů uvedlo nejčastěji užívanou látku alkohol, 8 % konopí, 4 % kokain a benzodiazepinů a 2 % respondentů uvedlo heroin. Nikdo z respondentů nevedl extázi, LSD, lysohlávky, speed ani organická rozpouštědla.



Obrázek č. 8 také navazuje na předchozí obrázek, který zobrazuje i jiné drogy, které respondenti užívali. Nejvíce (21 %) mužů uvedlo konopí, 17 % mužů uvedlo kokain a pervitin, nejméně pak crack (3 %) a speed (7 %). Nikdo z mužů nevedl benzodiazepiny nebo alkohol, jako druhotnou látku. Oproti mužům, 23 % žen uvedlo konopí, pervitin a benzodiazepiny jako jinou užívanou drogu, 8 % žen extázi a kokain, a 15 % žen uvedlo alkohol jako nepreferovanou drogu. Celkem je druhotnou nejužívanější látkou konopí (21 %), dále pak pervitin (19 %) a nejméně crack (2 %).



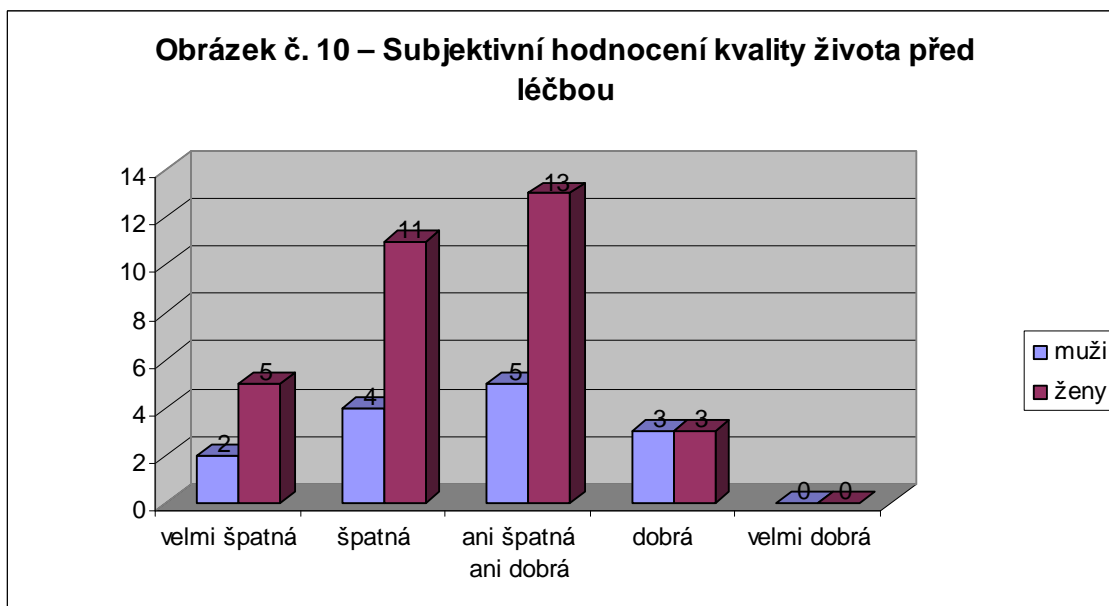
Obrázek č. 9 vypovídá o délce užívání drog u respondentů. Muži uvedli jako nejčastější odpověď délku svého užívání drog déle než 8 let (50 %). 21 % mužů pak uvedlo 1-3 roky a 4-6 let. Stejně tak i ženy (44%) uvedly délku více než 8 let, 25 % žen 4-6 let, 19 % 1-3 roky a 13 % žen 6-8 let. Téměř polovina respondentů (45 %) uvedla délku svého užívání návykové látky déle než 8 let.



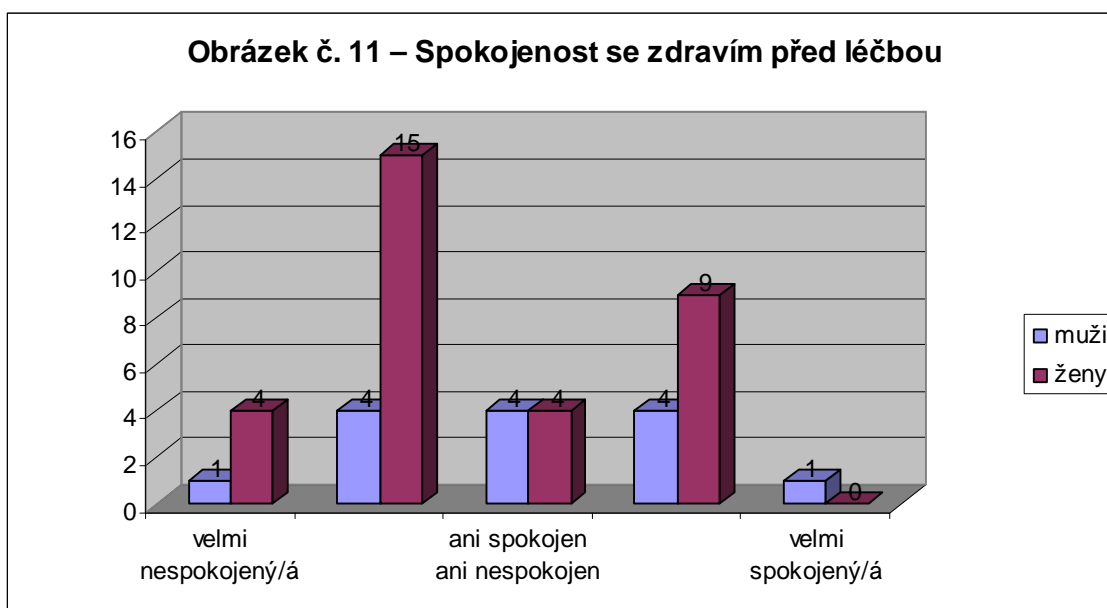
4. Výsledky šetření

4.1. Výsledky šetření kvality života před léčbou

Kvalitu svého života ohodnotilo celkem 39 % respondentů jako *ani špatnou ani dobrou*, 33 % respondentů uvedlo svou kvalitu života jako *špatnou*, nikdo z respondentů neohodnotil úroveň kvality svého života jako *velmi dobrou* a 15 % respondentů (nejčastěji ženy) uvedlo jako *velmi špatnou*. Ženy oproti mužům více uvedly odpověď *velmi špatně* (16 %) a muži uvedli častěji odpověď *dobrá* (21 %) (viz obrázek č. 10).



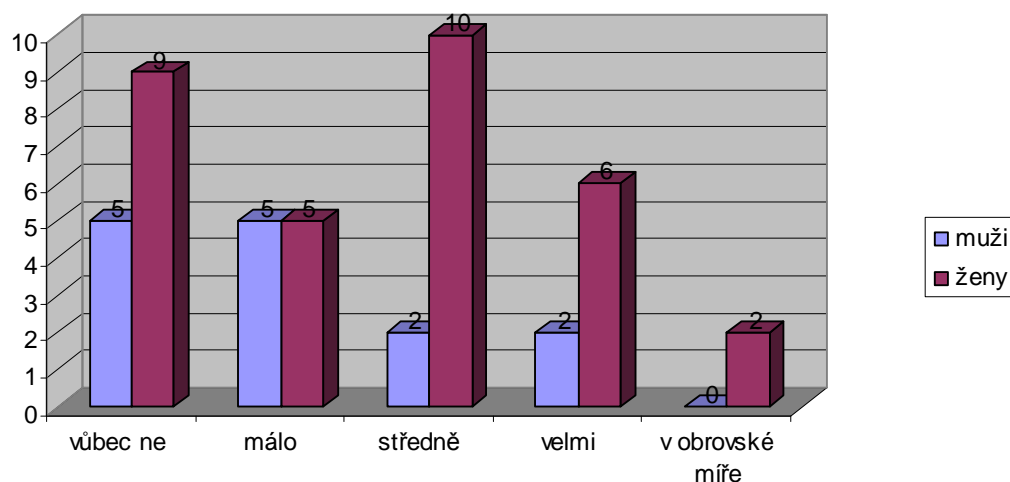
Celkem 41 % respondentů uvedla nespokojenost se svým zdravím a tuto odpověď uvedly většinou ženy. Pouze 1 respondent byl se svým zdravím velmi spokojen. 28 % mužů i žen uvedlo spokojenost se svým zdravím. *Velmi nespokojených* respondentů bylo pouze 11 % respondentů a to převážně ženy. Ani jedna žena neuvédla, že by se svým zdravím byla *velmi spokojena* (viz obrázek č. 11).



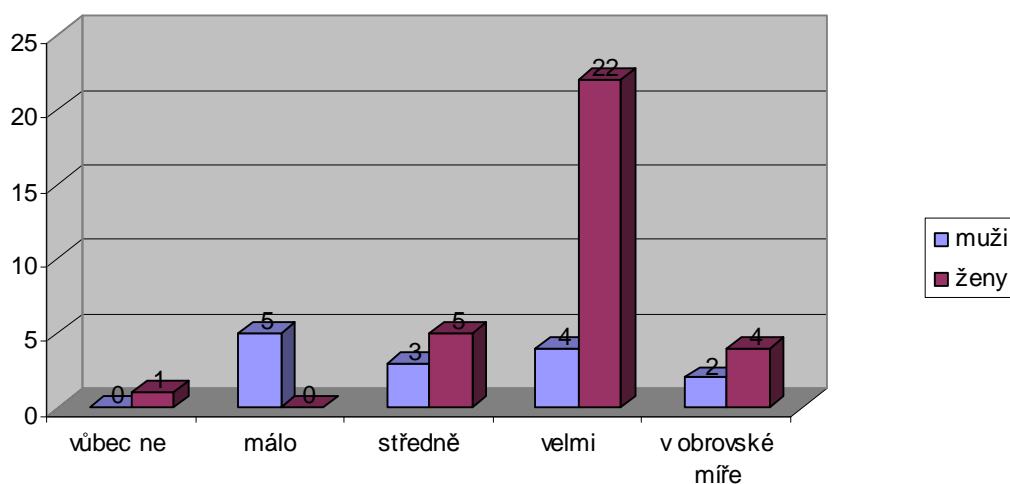
Obrázek č. 12 ukazuje do jaké míry respondentům fyzická bolest bránila dělat to, co potřebují. Celkem 30 % respondentům fyzická bolest nebránila vůbec, dělat to co potřebují. 36 % mužů odpovědělo *málo a vůbec ne*, za to 31 % žen odpovědělo *středně*. Celkem 26 % respondentů uvedlo, že jim fyzická bolest brání *středně* a pouze 2 % respondentů, tuto skupinu tvořily ženy, uvedla odpověď *v obrovské míře*.

Respondenti také odpovídali na otázku *jak moc potřebují léčbu, aby fungovali v běžném životě* (obrázek č. 13). Celkem 57 % respondentů odpovědělo, že potřebují léčbu *velmi* (častěji tuto odpověď zvolily ženy). Ale byla to také žena, která uvedla, že léčbu nepotřebuje *vůbec*. Nikdo z mužů neodpověděl *vůbec ne*, 36 % mužů odpovědělo, že léčbu potřebuje *málo* a pouze 14 % mužů uvedlo, že potřebují léčbu *v obrovské míře*. 22 % žen uvedlo, že *velmi* potřebují léčbu, aby mohly v běžném životě fungovat.

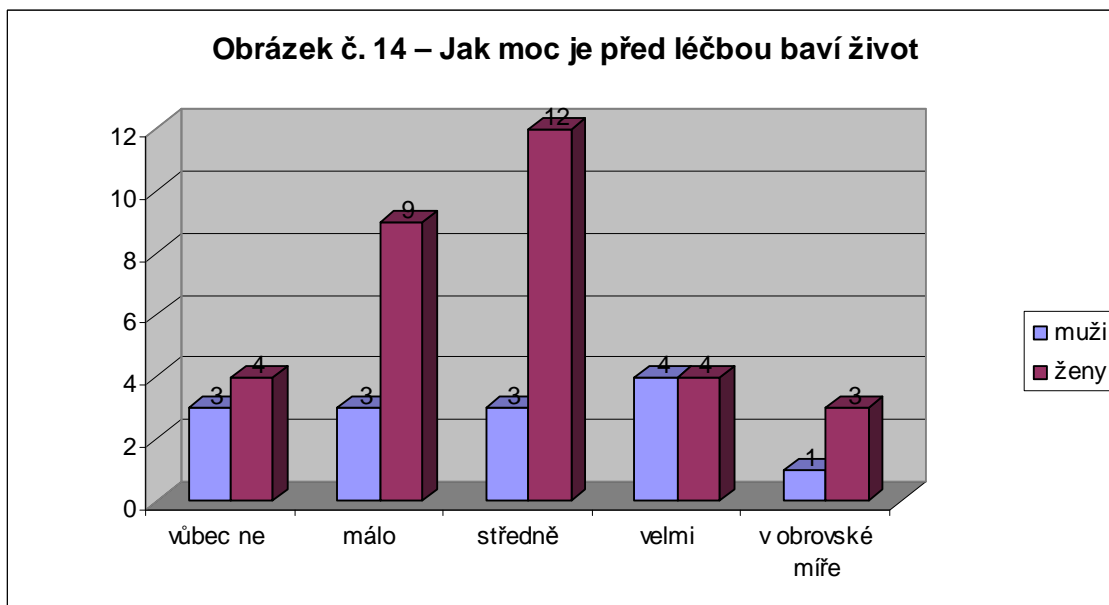
Obrázek č. 12 – Míra omezení fyzickou bolestí před léčbou



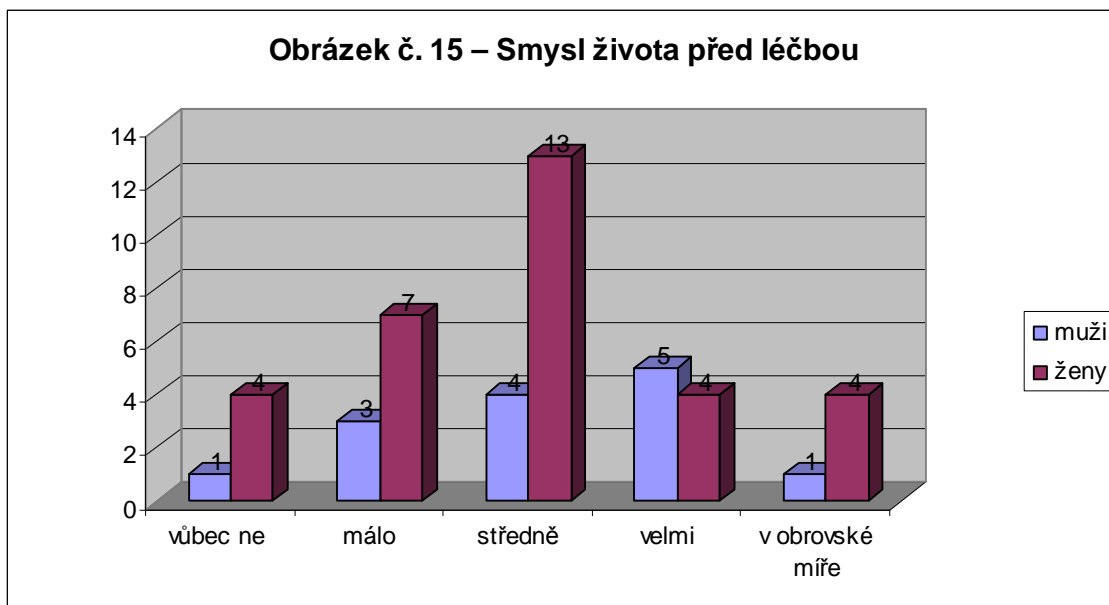
Obrázek č. 13 – Subjektivní míra potřeby léčby (před léčbou)



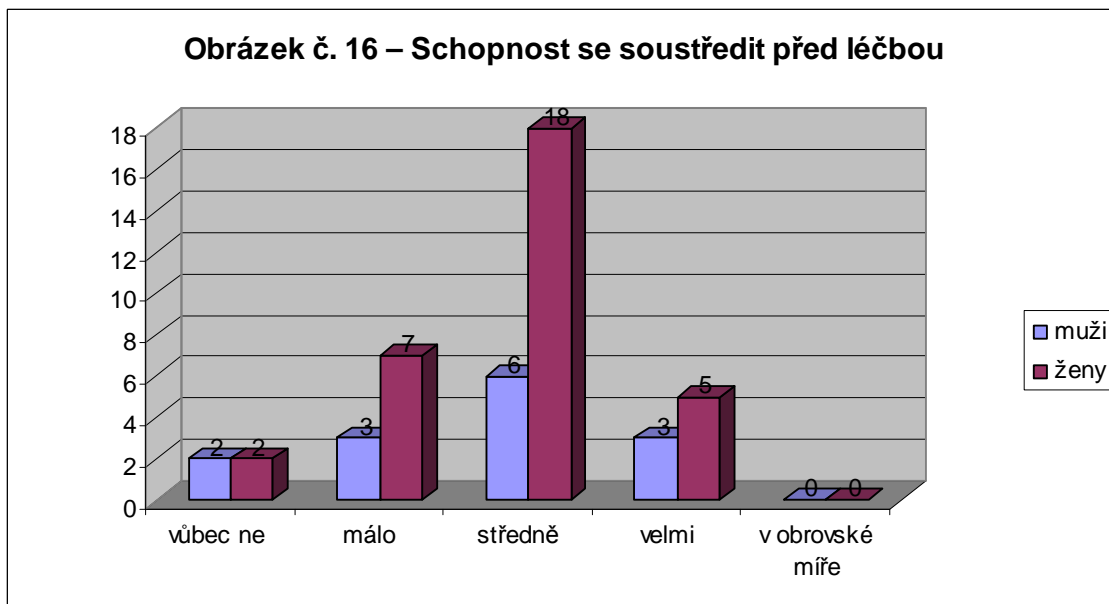
Celkem 33 % respondentů v dotazníkovém šetření uvedlo, že je život baví ve střední míře. 15 % respondentů uvedlo, že je život nebaví *vůbec*, tuto odpověď zvolili spíše muži. 28 % žen uvedly, že je život baví *málo* a 9 % žen baví život *velmi*, pouze 7 % mužů zvolilo tuto odpověď. (obrázek č. 14).



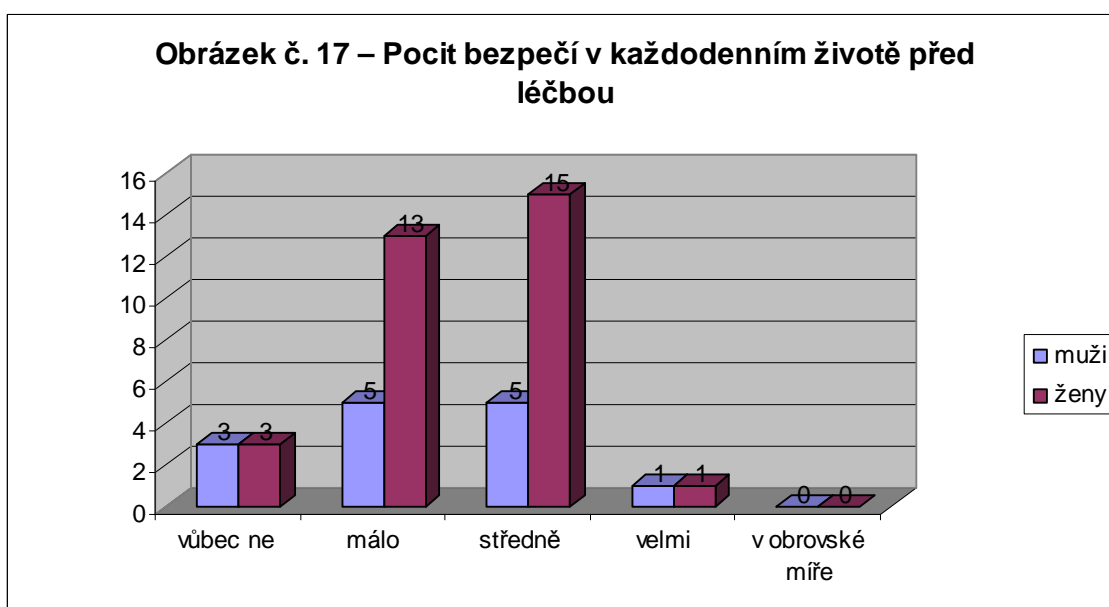
Obrázek č. 15 zobrazuje odpovědi respondentů, do jaké míry má jejich život smysl. 37 % respondentů uvedlo odpověď *středně*. 22 % respondentů uvedlo *málo* a 11 % respondentů uvedlo odpověď *vůbec ne* a *v obrovské míře*. Muži a ženy se shodli, že má život smysl ve střední míře. Celkem 13 % žen zvolily odpověď *vůbec ne*, *velmi* i *v obrovské míře*. Muži volili častěji odpověď *velmi* (36 %).



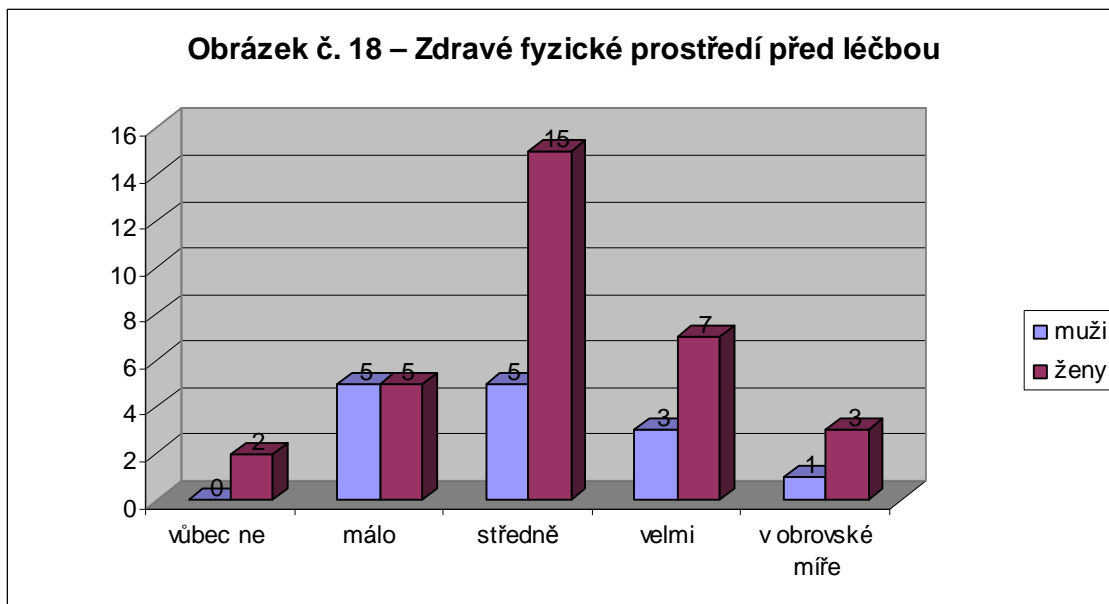
Nikdo z respondentů nevedl, že je schopen se soustředit *v obrovské míře*. 52 % respondentů uvedlo, že je schopno se soustředit středně, 22 % respondentů málo a 17 % respondentů *velmi*. Nejčastější odpovědí mužů i žen byla střední schopnost se soustředit. Druhou nejčastější odpovědí žen byla malá schopnost se soustředit (22 %) a muži zvolili *málo* i *velmi* (21 %) (obrázek č. 16).



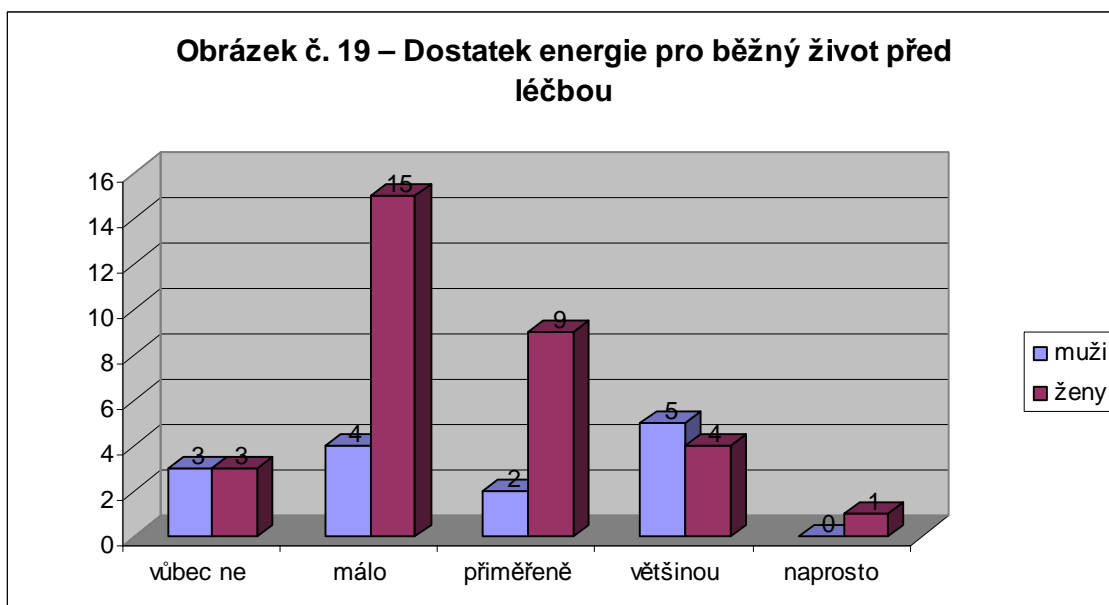
Obrázek č. 17 ukazuje, jak se muži i ženy cítí bezpečně ve svém každodenním životě. Ženy v 47 % uvedly, že se v každodenním životě cítí *středně* bezpečně a 41 % žen se cítí *málo* bezpečně v každodenním životě. Za to 21 % mužů se necítí v každodenním životě *vůbec* bezpečně. Nikdo z respondentů se necítí bezpečně v každodenním životě v obrovské míře.



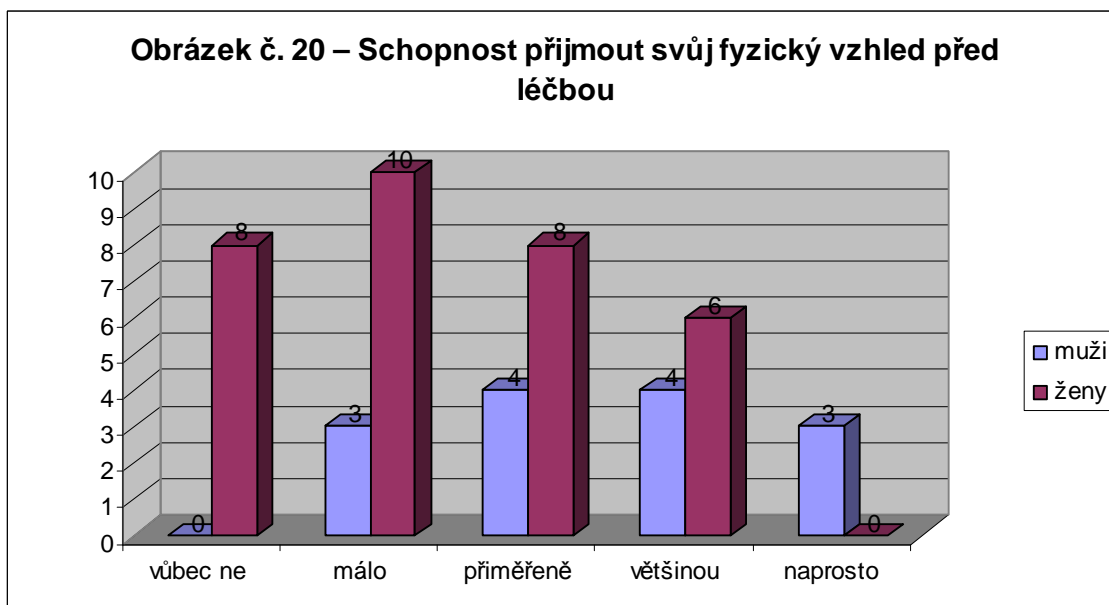
Obrázek č. 18 poukazuje, jak zdravé je fyzické prostředí respondentů, ve kterém se pohybují a žijí. Nejčastější odpovědí respondentů bylo *středně* (43 %). Tuto odpověď zvolilo 46 % žen a 36 % mužů. 36 % mužů také uvedlo odpověď *málo*. Nikdo z mužů neuvedl odpověď *vůbec ne*. 22 % žen i mužů uvedlo odpověď *velmi*.



Jednou z otázek, která byla respondentům položena také, byla otázka, zda mají dostatek energie pro běžný život (viz obrázek č. 19). Muži nejčastěji uvedli odpověď *většinou* (36 %) a *málo* (29 %), u žen to byla nejčastější odpověď, uvedlo ji 47 % žen a 28 % žen uvedlo *přiměřeně*. Nikdo z mužů neuvedl odpověď *naprosto*, u žen to byla jen 3 %. Celkem tedy byla nejčastější odpovědí respondentů *málo* (41 %) a pouze 2 % respondentů uvedla *naprosto*.



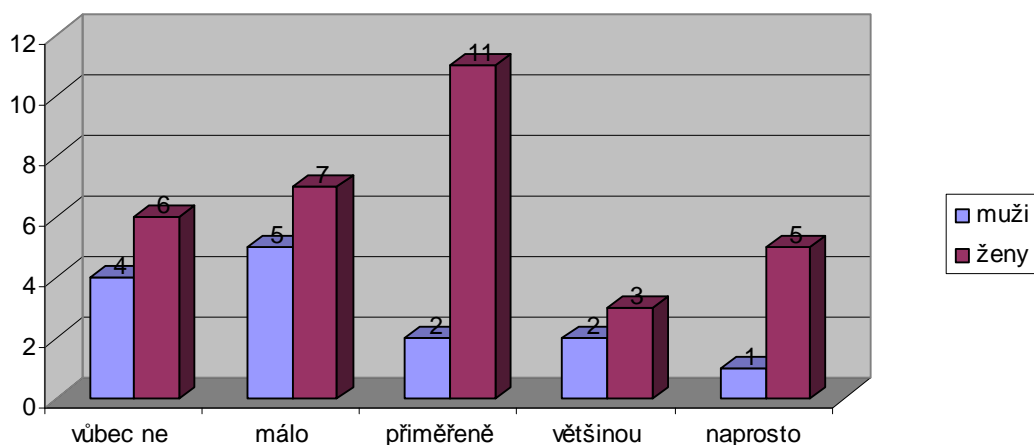
Obrázek č. 20 vykazuje, jak jsou respondenti schopni přijmout svůj fyzický vzhled, to jak vypadají. U této otázky byly velmi shodné odpovědi. Nejvíce byla respondenty zvolena odpověď *málo* (28 %), poté *přiměřeně* (26 %) a *většinou* (22 %). 17 % respondentů není schopna vůbec přijmout svůj fyzický vzhled a tuto odpověď zvolily pouze ženy. 7 % respondentů uvedlo odpověď *naprosto* a tuto odpověď uvedli pouze muži. Většina žen se shodla na odpovědi *málo* 31 % a muži se shodli na odpovědi *přiměřeně* a *většinou* v 29 %.



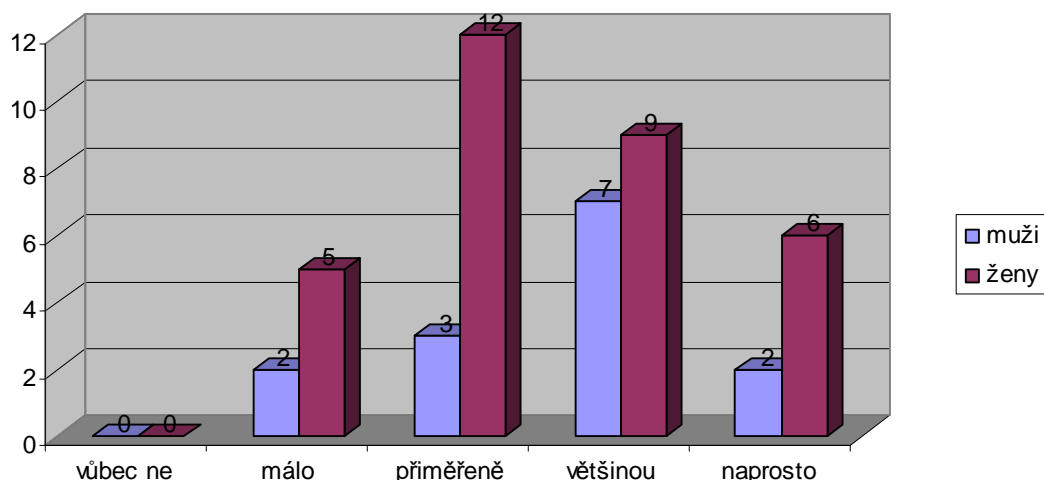
Obrázek č. 21 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, zda mají respondenti dost peněz, aby uspokojili své potřeby. I u této otázky byly odpovědi procentuelně téměř shodné. 28 % respondentů uvedlo *přiměřeně*, 26 % *málo* a 22 % respondentů uvedlo, že *vůbec ne*. Muži nejčastěji uvedli odpověď *málo* (36 %) a ženy odpověděly *přiměřeně* (34 % žen).

Otázku: „Jak dostupné jsou pro Vás informace, které potřebujete pro svůj každodenní život?“, znázorňuje obrázek č. 22. Nejčastější odpovědí respondentů byla odpověď *většinou* (35 %) a *přiměřeně* (33 %). Nikdo z respondentů neuvedl odpověď *vůbec ne*. Ženy nejčastěji zvolily odpověď *přiměřeně* (38 % žen) a polovina mužů, tedy 50 %, odpověděla *většinou*.

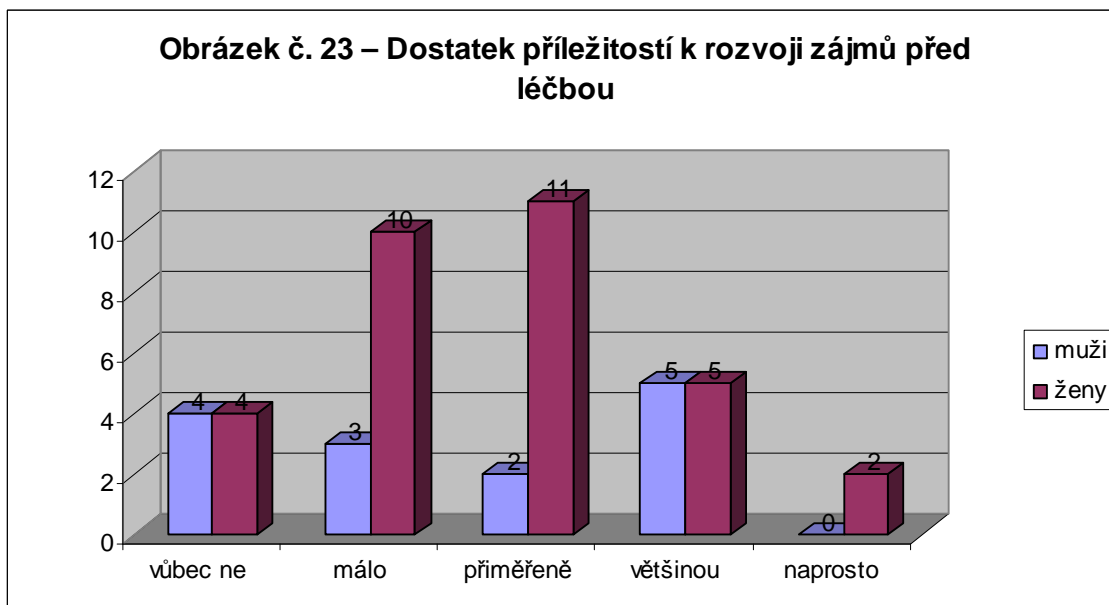
Obrázek č. 21 – Dostatek financí na uspokojení svých potřeby před léčbou



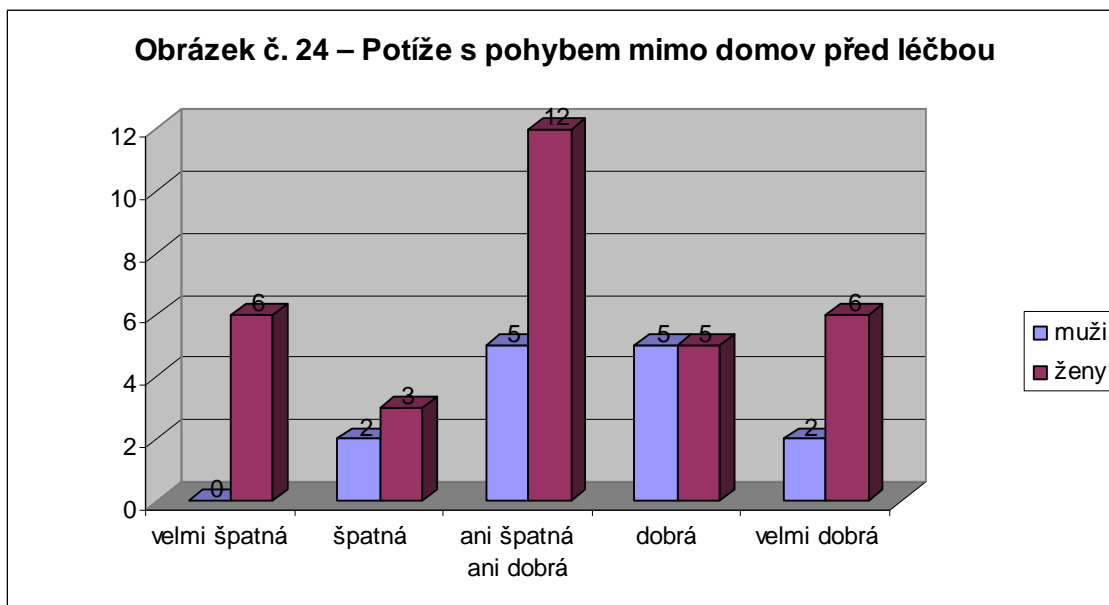
Obrázek č. 22 – Dostupnost informací před léčbou



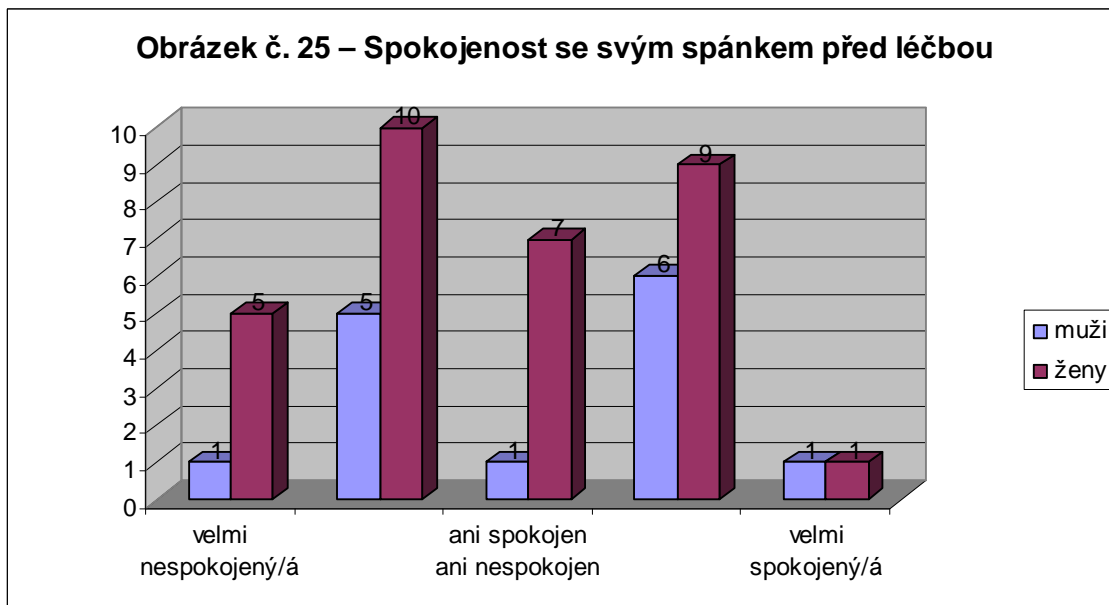
Zda mají respondenti dostatek příležitostí rozvíjet své zájmy znázorňuje obrázek č. 23. U této otázky bylo nejčastější odpovědi *přiměřeně* i *málo*, v obou případech tuto odpověď zvolilo 28 % respondentů. Druhou nejčastější odpovědí bylo *většinou* (22 %). Právě odpověď *většinou* uvedlo 36 % mužů, ženy zvolily jako nejčastější odpověď *přiměřeně* v 34 %. Nikdo z mužů neodpověděl *naprosto*, 6 % žen zvolila tuto odpověď.



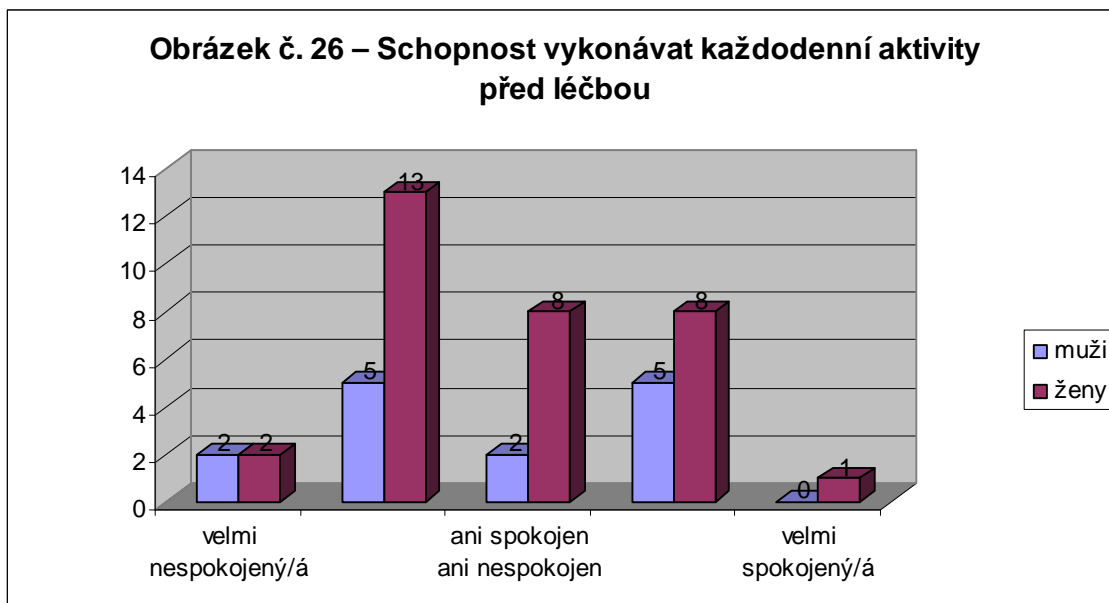
Obrázek č. 24 ukazuje nejčastější odpovědi respondentů na otázku, jak velké potíže jim dělá pohybovat se mimo domov. Celkem 37 % respondentů uvedlo, že *ani špatně ani dobře* a nejméně respondentů uvedlo *špatně* (11 %). Z toho 36 % mužů odpovědělo *ani špatně ani dobře* a *dobře*. Nikdo z mužů neodpověděl *velmi špatně*. I ženy uvedly odpověď *ani špatně ani dobře* (38 %) a pouze 9 % žen uvedlo *špatně*.



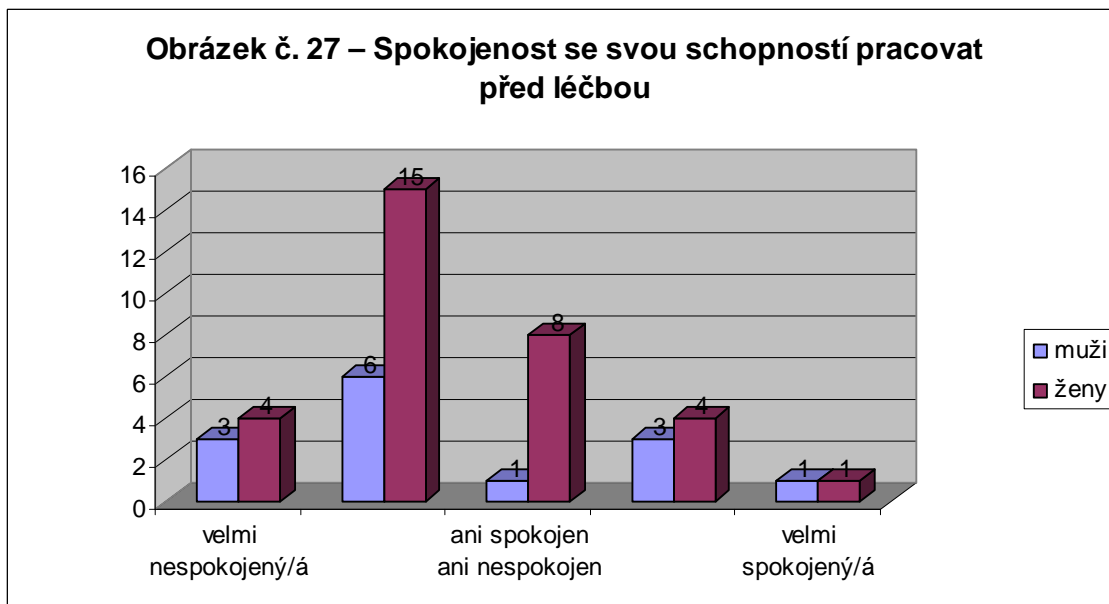
Jak spokojeni jsou respondenti se svým spánkem, je znázorněno v obrázku č. 25. U této otázky dosáhlo stejný počet procent, tedy 33 %, odpovědi *spokojený/á* i *nespokojený/á*. 31 % žen jsou *nespokojených* a 43 % mužů jsou *spokojeni*. Pouze 3 % žen jsou *velmi spokojeny* se svým spánkem a 7 % mužů je *velmi nespokojeno*, ani *nespokojeno* ani *spokojeno* a *velmi spokojeno*. *Spokojených* žen se svým spánkem je 28 %.



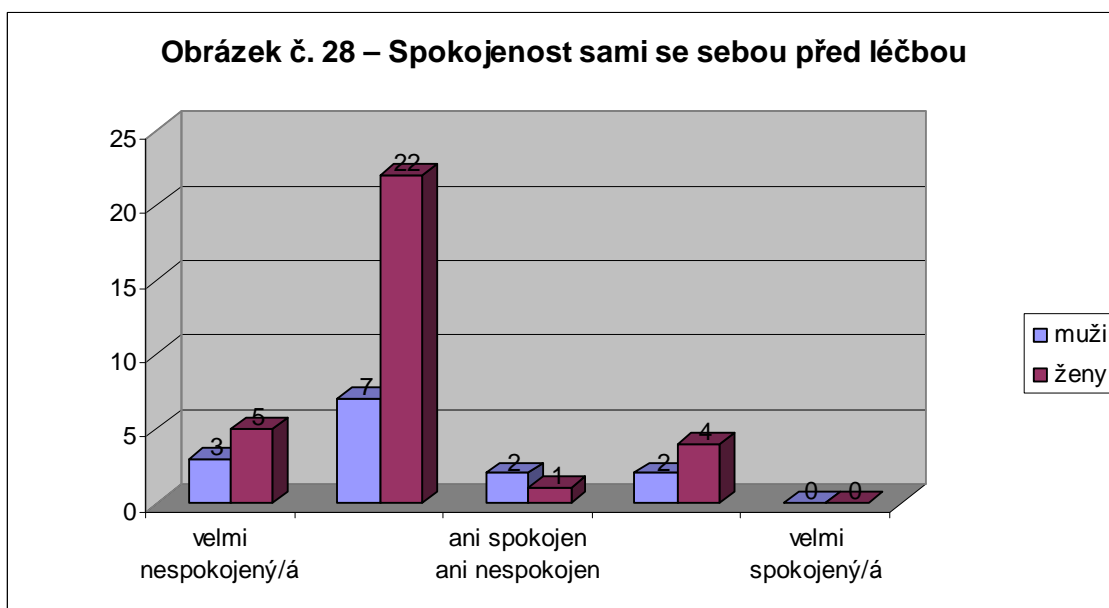
Obrázek č. 26 vypovídá o spokojenosti respondentů vykonávat každodenní aktivity. Z celkového počtu 46 respondentů uvedlo 39 % *nespokojenost* a 28 % respondentů *spokojenost*. Z toho 41 % žen je *nespokojených* a 25 % *ani spokojených ani nespokojených* a *spokojených*. Za to 36 % mužů uvedlo obě odpovědi – *spokojený* a *nespokojený*.



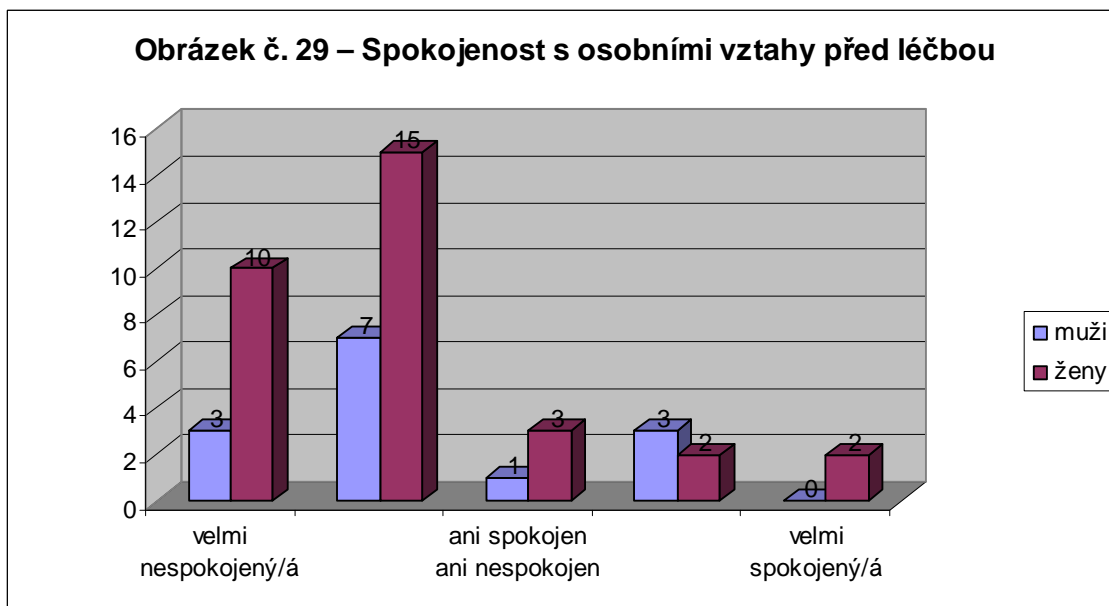
I u otázky spokojenosti se schopností pracovat převažovala odpověď respondentů *nespokojen* (46 %). 20 % respondentů uvedlo *ani nespokojen ani spokojen*. U žen převládala odpověď *nespokojený/á* (47 % žen), pouze 3 % žen uvedla *velmi spokojená*. I muži uvedli nejčastější odpověď *nespokojený* v 43 %. A 7 % mužů uvedlo *velmi spokojen* a *ani nespokojen ani spokojen* (viz obrázek č. 27).



Jak spokojeni sami se sebou respondenti jsou, ukazuje obrázek č. 28. Celkem uvedlo 63 % respondentů *nespokojený/á*. 17 % respondentů *velmi nespokojen* a nikdo z respondentů nevedl *velmi spokojený/á*. Téměř 70 % žen uvedlo *nespokojen* a polovina (50 %) mužů tuto odpověď zvolilo také. 16 % žen a 21 % mužů byla *velmi nespokojena* sama se sebou.



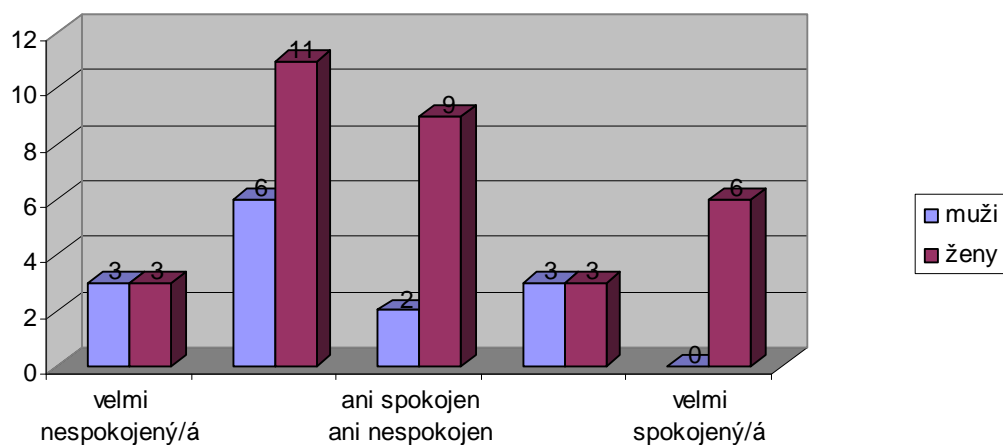
Obrázek č. 29 poukazuje na spokojenost respondentů se vztahy v osobní rovině. Nejčastější odpovědí bylo opět *nespokojený/á* (48 %). 28 % respondentů uvedlo *velmi nespokojený/á* a pouze 4 % respondentů uvedlo *velmi spokojený*, kde tuto odpověď uvedly pouze ženy. Téměř polovina žen a mužů uvedlo *nespokojenost* se svými osobními vztahy a 21 % mužů zvolilo zároveň odpovědi: *velmi nespokojený i spokojený*.



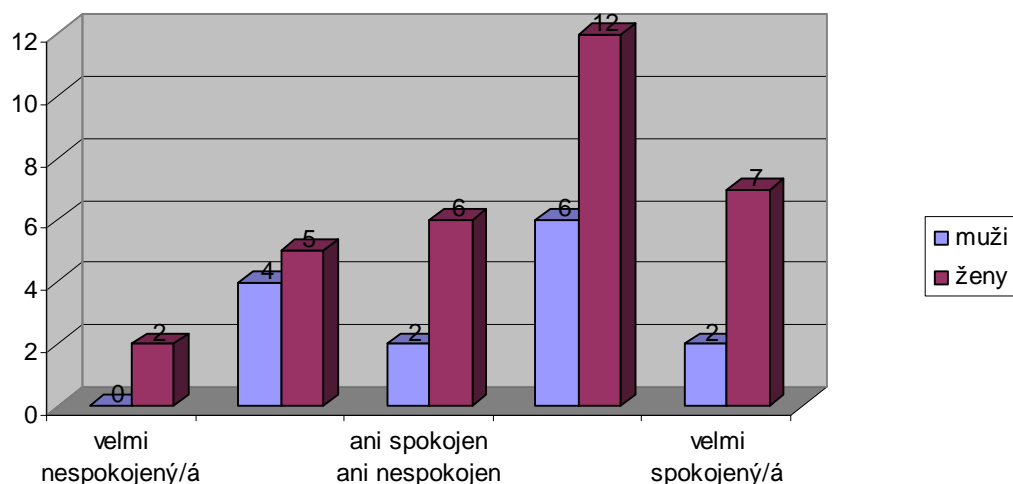
Obrázek č. 30 poukazuje na spokojenost respondentů v oblasti sexuálního života. Respondenti jsou v 35 % *nespokojeni* a 26 % *ani nespokojeni ani spokojeni*. Tyto otázky nejčastěji zvolily ženy. Pouze v 13 % jsou respondenti buď *spokojeni* nebo *spokojeni velmi*. Odpověď *nespokojený/á* zvolilo 34 % žen a 43 % mužů, 28 % žen uvedlo *ani nespokojená ani spokojená* a nikdo z mužů nezvolil odpověď *velmi spokojen*. *Velmi spokojených* žen se sexuálním životem je 19 % žen.

Obrázek č. 31 vypovídá o spokojenosti respondentů s podporou, kterou jim poskytují přátelé. Necelých 40 % respondentů jsou s podporou ze strany přátel *spokojených* a 20 % respondentů je *velmi spokojených*, ale i *nespokojených*. Ve všech těchto zmíněných procentech převládají ženy. Pouze 6 % žen uvedlo *velmi nespokojená*, tuto odpověď z mužů nikdo nezvolil. 14 % mužů uvedlo *ani nespokojen ani spokojen* spolu s *velmi spokojen*.

Obrázek č. 30 – Spokojenost se sexuálním životem před léčbou

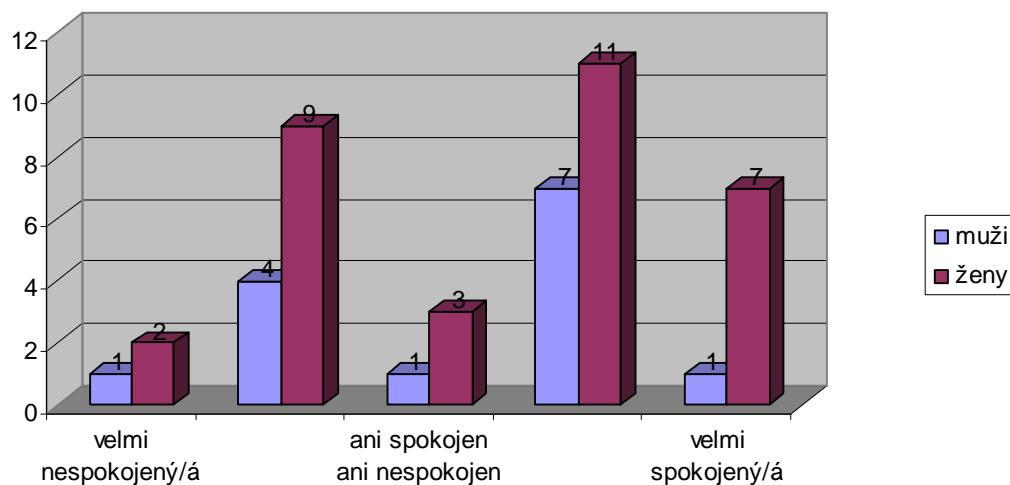


Obrázek č. 31 – Spokojenost s podporou přátel před léčbou



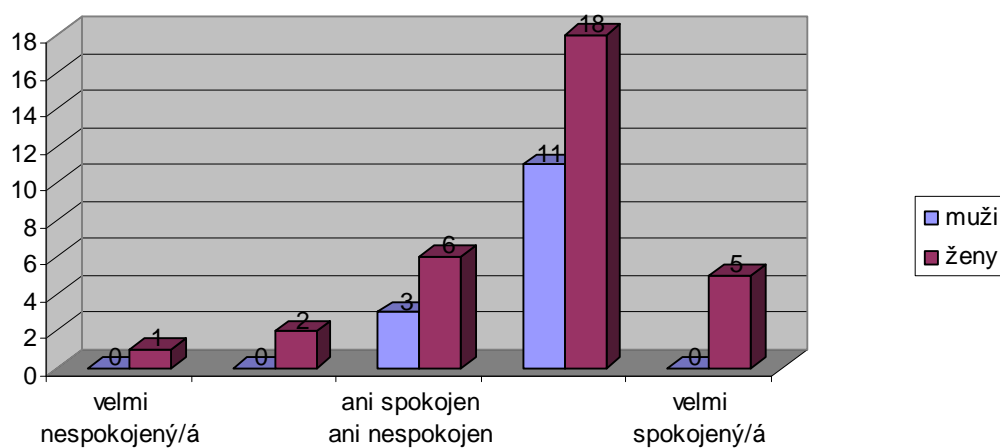
Další obrázek znázorňuje spokojenost respondentů se svým současným bydlením mimo ústavní léčbu. 39 % respondentů je *spokojených* a 28 % je *nespokojených* se svým bydlením. Spokojenost s bydlením převládá spíše na straně mužů (50 %) a nespokojenost je téměř vyrovnaná u obou pohlaví (29 %). Pouze 6 % žen je *velmi nespokojených* se svým současným bydlením (viz obrázek č. 32).

Obrázek č. 32 – Spokojenost se svým bydlením před léčbou

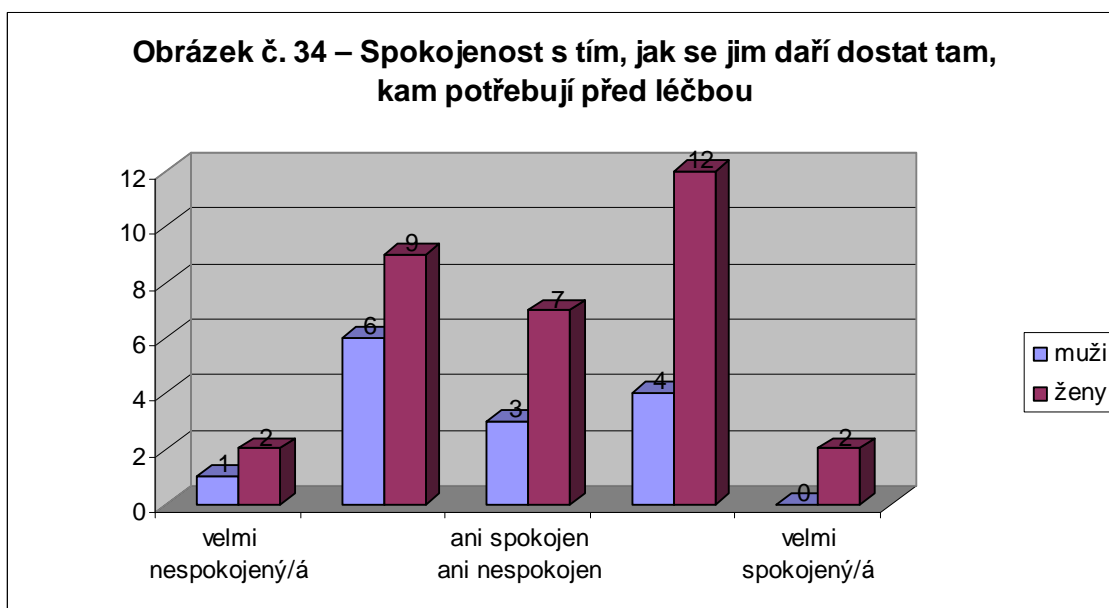


Více než polovina respondentů, tedy 63 % je spokojena s dostupností zdravotní péče. 20 % respondentů není ani nespokojená ani spokojená a pouze 2 % respondentů je velmi nespokojená a tuto odpověď uvedly ženy. Nikdo z mužů neurčil odpověď nespokojen a velmi nespokojen. Naopak téměř 80 % mužů je s dostupností zdravotní péče spokojena, u žen je to 56 % (viz obrázek č. 33).

Obrázek č. 33 – Spokojenost s dostupností zdravotní péče před léčbou

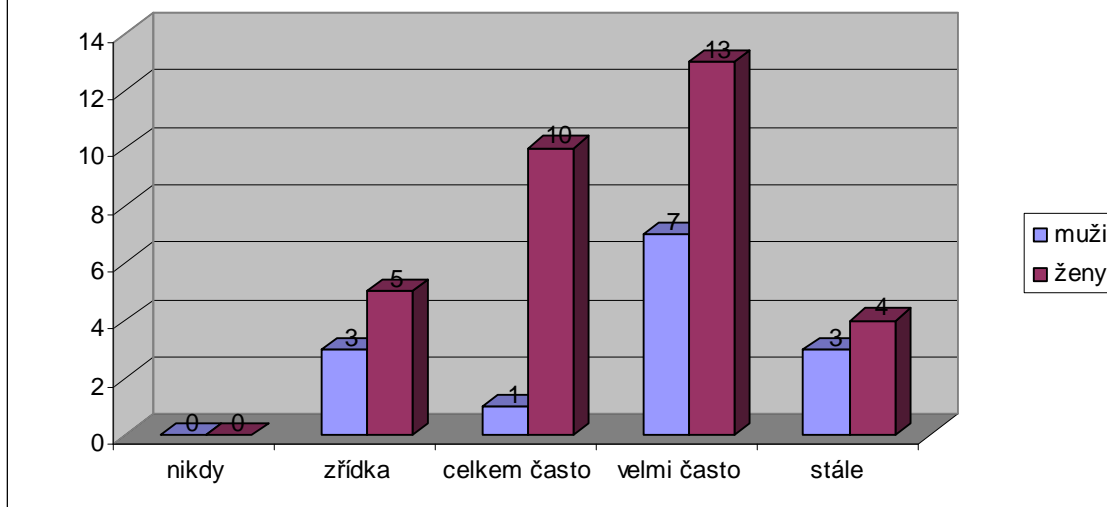


Obrázek č. 34 vyznačuje, jak spokojeni jsou respondenti s tím, jak se jim daří dostat tam, kam potřebují, tedy splnění vytyčeného cíle. 35 % respondentů uvedlo *spokojený/á* a 33 % respondentů uvedlo *nespokojený/á*. Pouze 4 % respondentů uvedlo *velmi spokojený* a tuto odpověď opět uvedly pouze ženy. 43 % mužů je se schopností dostat se tam, kam potřebuje, *nespokojených* a 29 % *spokojených*. Naopak ženy jsou více *spokojené* s touto schopností oproti mužům (38 %) a v 28 % jsou *nespokojené*.



Poslední obrázek (č. 35) je zaměřen na negativní pocity, jako špatná nálada, zoufalství, úzkost a deprese, které respondenti zažívali a jak často tyto pocity zažívali. *Většinou* tyto pocity zažívalo 43 % respondentů, 24 % respondentů zažívalo tyto pocity *přiměřeně* a nikdo z respondentů nevedl, že by tyto pocity *vůbec* nezažíval. Ženy tyto pocity zažívaly *většinou* (41 %) a polovina mužů (50 %). 21 % mužů zažívalo *málo* i *naprosto* tyto pocity. U žen pouze 13 % zažívalo tyto pocity *naprosto*.

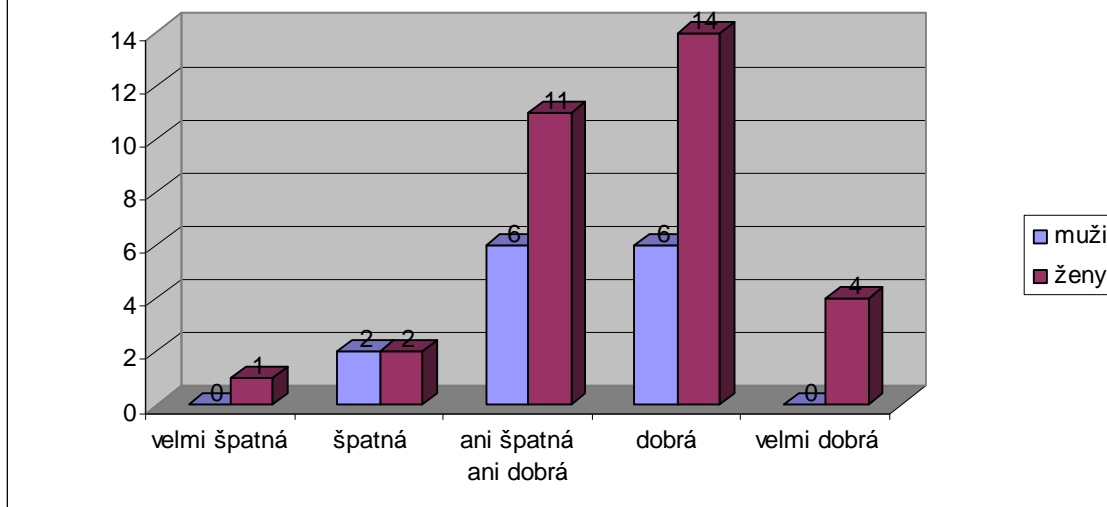
Obrázek č. 35 – Frekvence negativních pocitů před léčbou



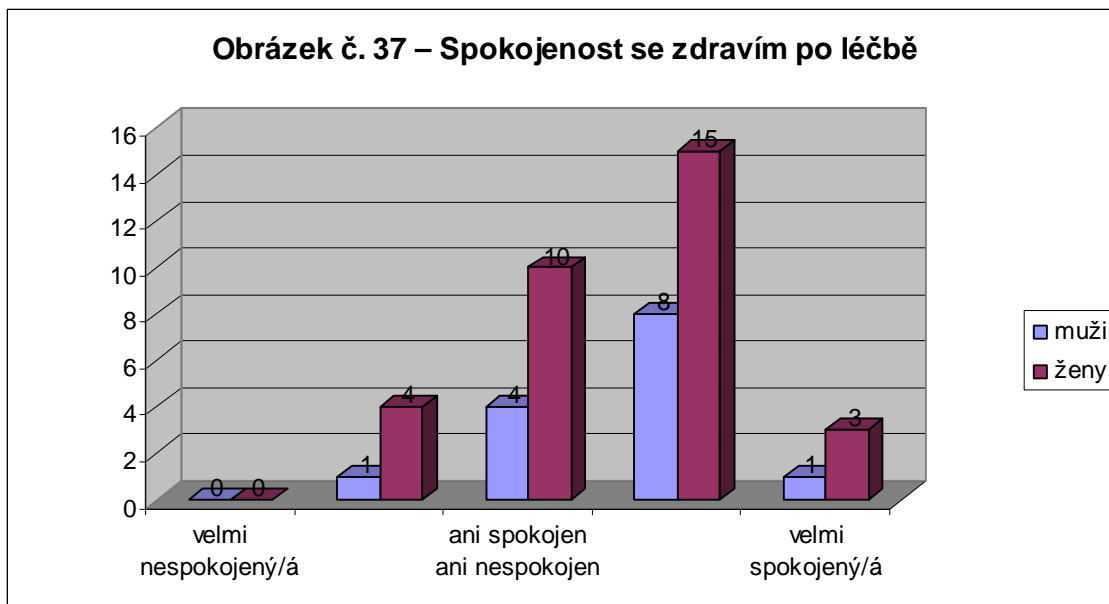
4.2. Výsledky šetření kvality života po léčbě

Kvalitu života po léčbě hodnotilo 43 % respondentů jako *dobrou*. 37 % respondentů *ani dobrou ani špatnou* a pouze 2 % respondentů jako *velmi špatnou*. 44 % žen hodnotilo kvalitu svého života jako *dobrou* a 37 % žen jako *ani dobrou ani špatnou*. 3 % žen uvedlo *velmi špatnou* kvalitu svého života po léčbě a 6 % žen jako *špatnou*. 43 % mužů uvedlo odpověď *dobrou a ani dobrou ani špatnou*. Nikdo z mužů neohodnotil svou kvalitu života jako *velmi špatnou* (viz obrázek č. 36).

Obrázek č. 36 - Subjektivní hodnocení kvality života po léčbě



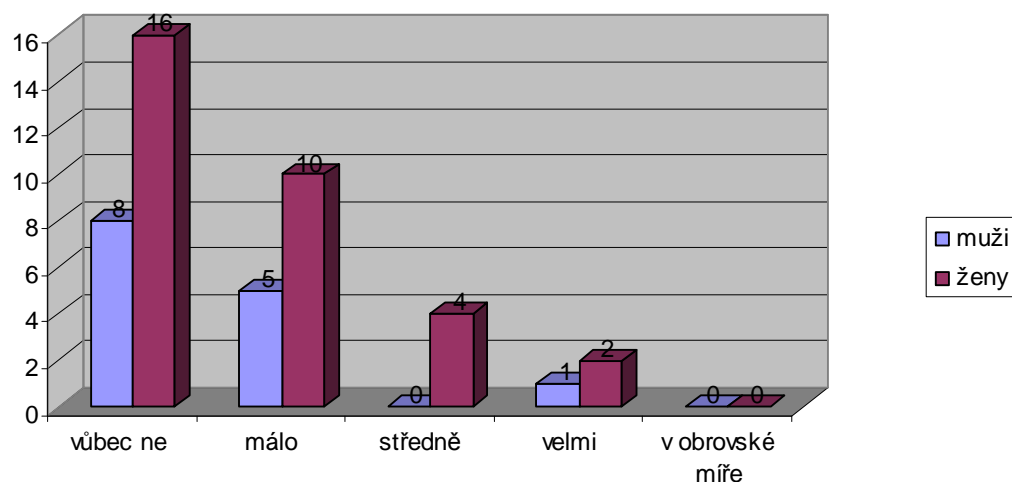
Polovina respondentů (50 %) uvedla spokojenost se svým zdravím, více tuto odpověď volili muži a 30 % respondentů uvedla *ani spokojen ani nespokojen* a tuto odpověď zvolily častěji ženy. Nikdo z respondentů neoznačil odpověď *velmi nespokojen* a pouze 9 % respondentů označilo odpověď *velmi spokojen*, kde tato odpověď převládala spíše u žen (viz obrázek č. 37).



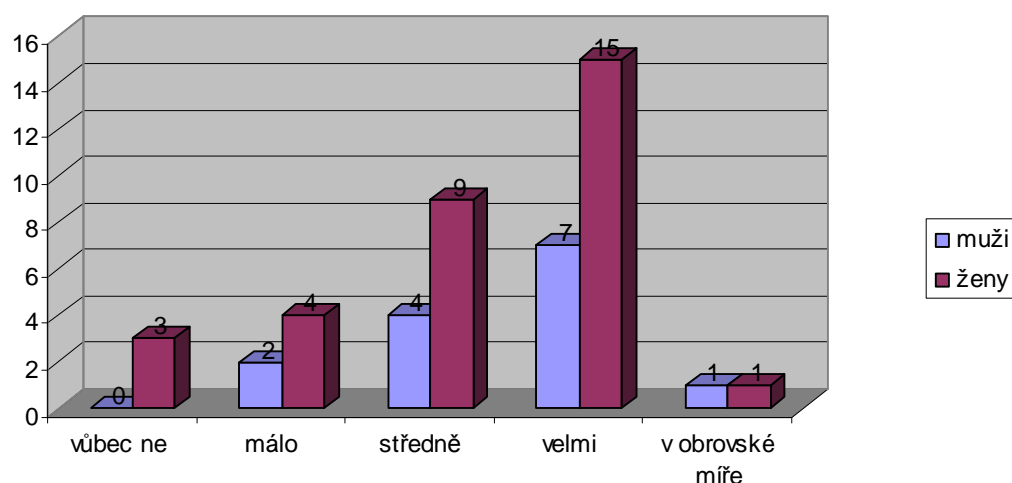
Obrázek č. 38 ukazuje hodnocení respondentů, do jaké míry jim fyzická bolest brání dělat to, co potřebují. Polovina (52 %) respondentů uvedla, že jim fyzická bolest *vůbec* nebrání dělat to, co potřebují, a tuto odpověď většinou uvedli muži ve více než polovině případů (57 % mužů). 33 % respondentů uvedla odpověď *málo*. Nikdo z mužů neuvedl, že by jim fyzická bolest bránila *středně* nebo *v obrovské míře* a ani ženy nezvolily odpověď *v obrovské míře*. Pouze 7 % respondentů brání bolest *velmi*.

Obrázek č. 39 vyznačuje, jako moc respondenti subjektivně vnímají nutnost léčby, aby mohli fungovat v běžném životě. A téměř polovina respondentů (48 %) uvedla odpověď *velmi* a tuto odpověď zvolilo 50 % mužů a 47 % žen. 28 % respondentů uvedla *středně* a i zde bylo procentuální zastoupení obou pohlaví téměř stejné (29 % muži a 28 % žen). Pouze 7 % respondentů uvedla *vůbec ne* a tuto odpověď zvolily pouze ženy.

Obrázek č. 38 – Míra omezení fyzickou bolestí po léčbě

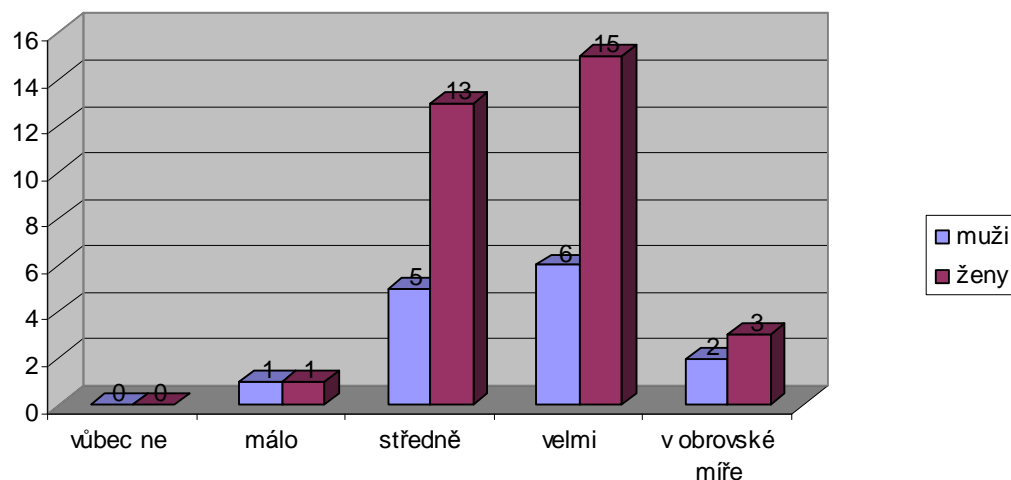


Obrázek č. 39 – Subjektivní míra potřeby léčby (po léčbě)



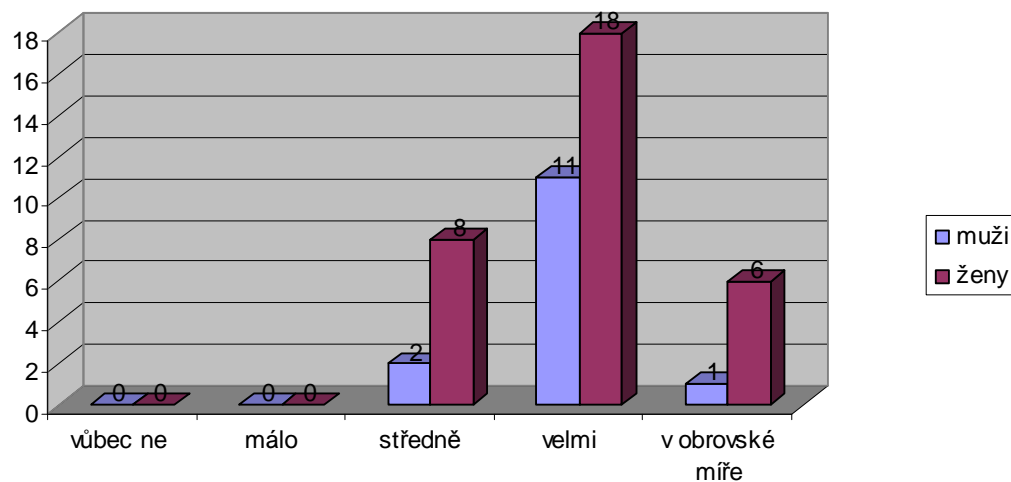
Obrázek č. 40 poukazuje na to, jak respondenty baví život. 46 % respondentů uvedlo odpověď *velmi*, z toho bylo 43 % mužů a 47 % žen. 39 % respondentů uvedlo odpověď *středně*, nejčastěji tuto odpověď uvedly ženy (41 %). Nikdo z respondentů neodpověděl *vůbec ne*. Pouze 3 % žen uvedla odpověď *málo* a 14 % mužů uvedlo *v obrovské míře*.

Obrázek č. 40 – Jak moc je před léčbou baví život po léčbě

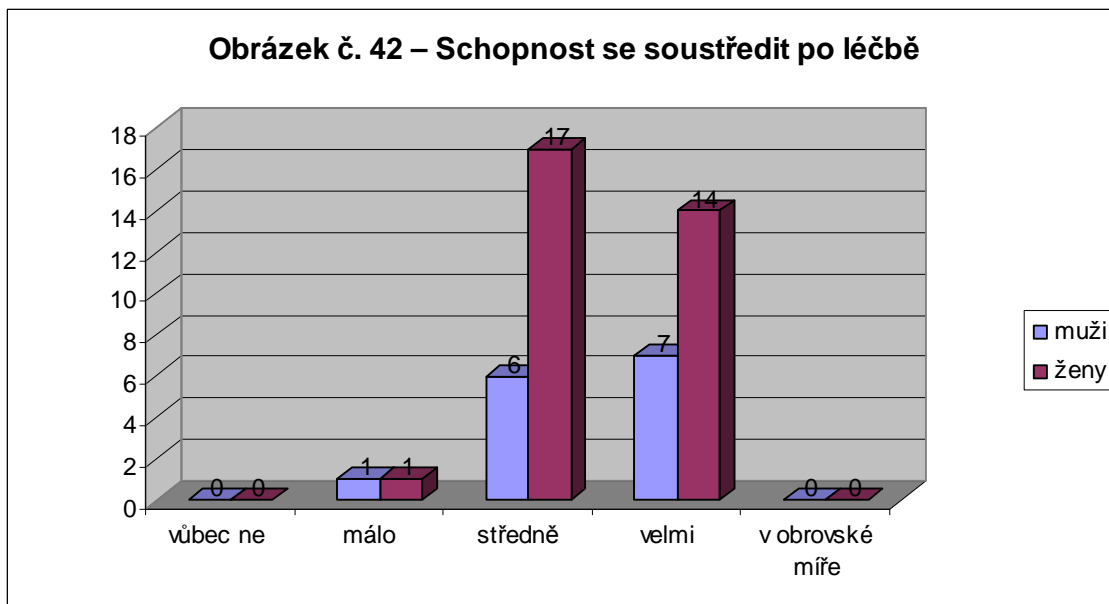


Obrázek č. 41 vyznačuje odpovědi respondentů na otázku: Do jaké míry má Váš život podle Vás smysl? Více než polovina, tedy 63 % respondentů označila odpověď *velmi*, 22 % respondentů uvedla *středně* a 15 % respondentů *v obrovské míře*. Nikdo z respondentů neoznačil odpověď *málo* ani *vůbec ne*. Odpověď *velmi* označilo 79 % mužů a 56 % žen.

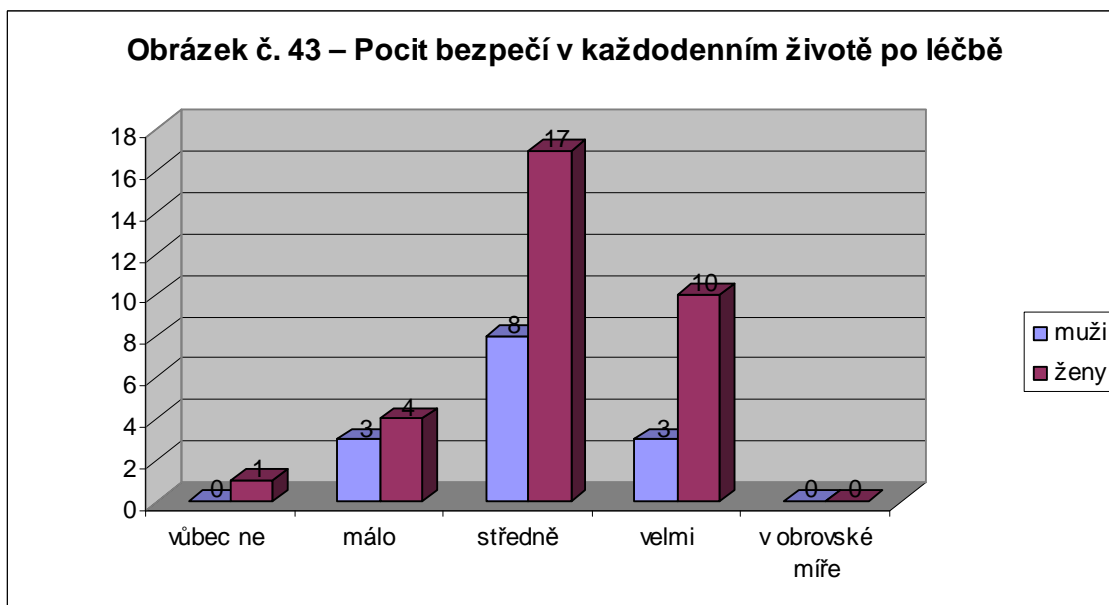
Obrázek č. 41 – Smysl života po léčbě



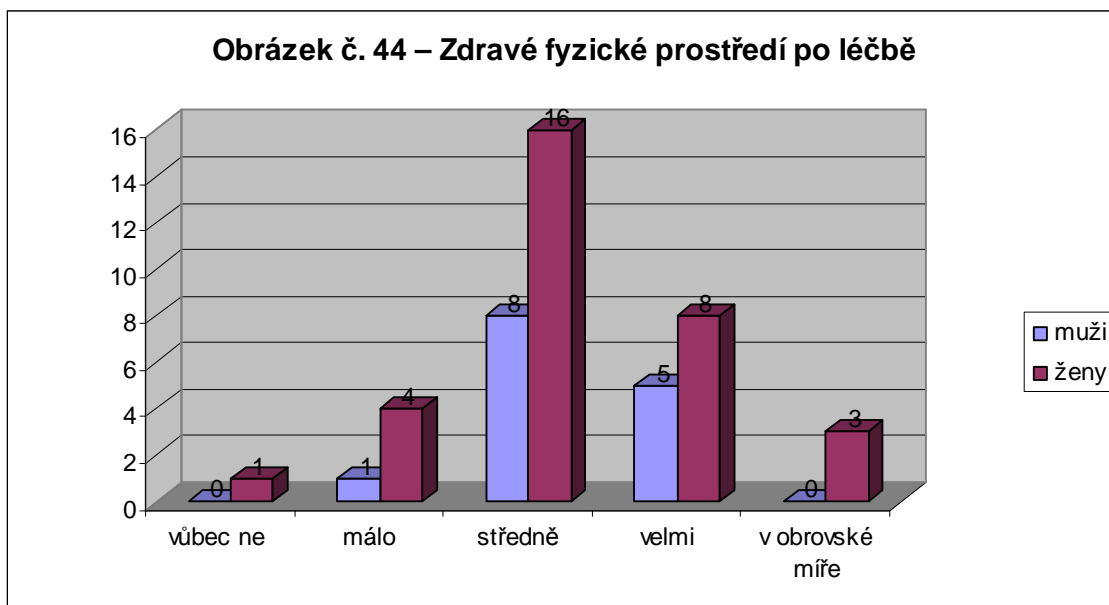
Celkem 50 % respondentů uvedlo, že je schopno se soustředit ve *střední míře*. Necelá polovina (46 %) respondentů označila odpověď *velmi*. Nikdo z respondentů nevedl *vůbec* nebo *v obrovské míře*. 53 % žen označily nejčastěji odpověď *středně* a 50 % mužů, tedy polovina, označili nejčastěji odpověď *velmi*. 3 % žen a 7 % mužů uvedli odpověď *málo* (viz obrázek č. 42).



Respondenti uvedli, že se cítí bezpečně v každodenním životě ve *střední míře* (54 %). 28 % respondentů uvedlo odpověď *velmi*. Pouze 2 % respondentů uvedla, že *vůbec ne* a tuto odpověď zvolily pouze ženy. Nikdo z respondentů neoznačil odpověď *v obrovské míře*. 21 % mužů se cítí *málo* bezpečně (viz obrázek č. 43).

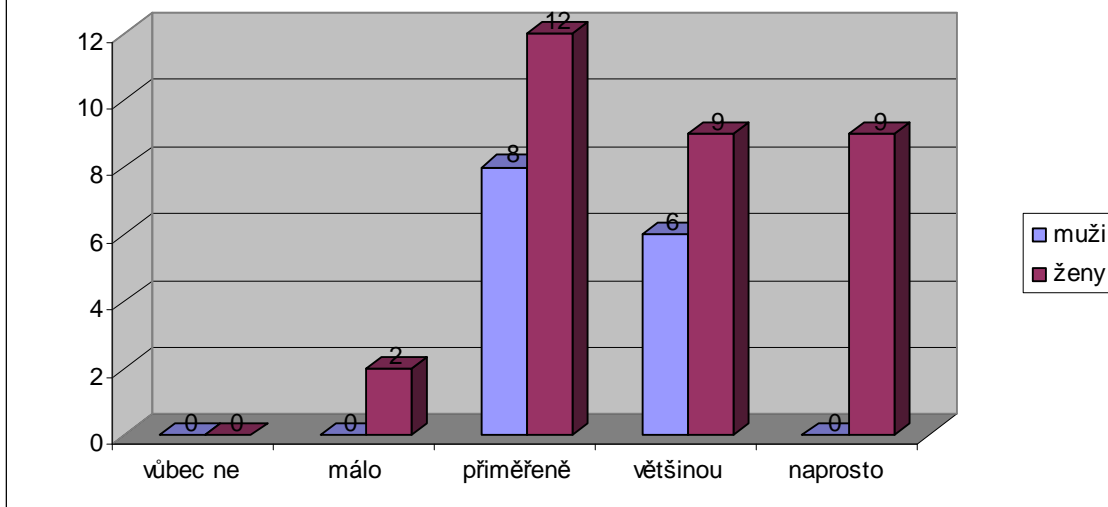


Obrázek č. 44 vyznačuje, jak zdravé je fyzické prostředí respondentů, ve kterém žijí. Polovina respondentů (52 %) ohodnotila své fyzické prostředí jako *středně* zdravé, z toho 50 % žen a 57 % mužů. 28 % respondentů uvedla odpověď *velmi* a i tuto odpověď volili častěji muži (36 %). Nikdo z mužů neuvedl odpověď *vůbec ne* či *v obrovské míře*. Pouze 3 % žen označila odpověď *vůbec ne*. Muži nejméně označili odpověď *málo* (7 %).



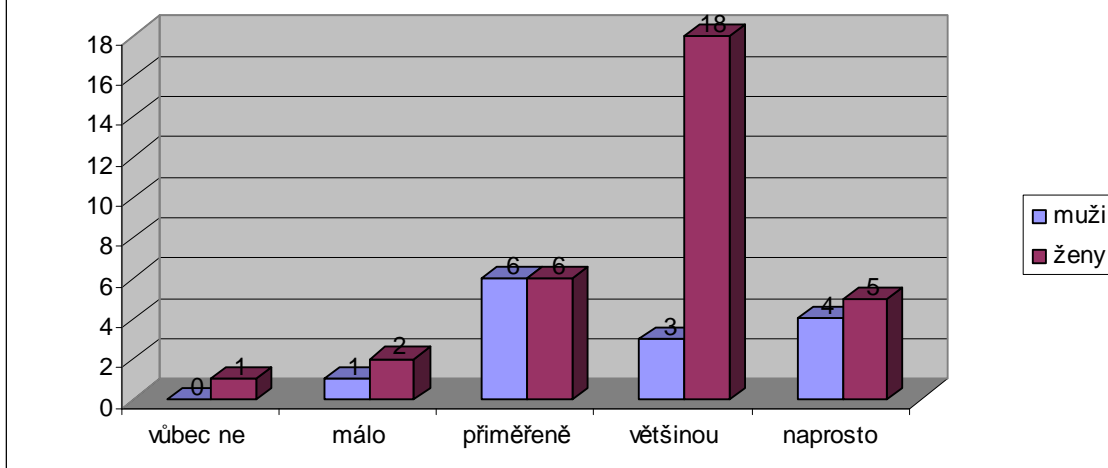
Obrázek č. 45 vykazuje, zda mají respondenti dostatek energie. 43 % respondentů ohodnotilo, že mají energie pro běžný život *přiměřeně*, většinou tuto odpověď označili muži (57 %), ženy v 38 %. Celkem 33 % respondentů uvedlo odpověď *většinou*, více tuto odpověď uvedli muži (43 %) a 28 % žen. Nikdo z mužů neuvedl odpověď *naprosto* nebo *málo*. Nikdo z respondentů neoznačil odpověď, že nemá *vůbec* dostatek energie pro běžný život. Celkem 28 % žen označilo také odpověď *naprosto*.

Obrázek č. 45 – Dostatek energie pro běžný život po léčbě

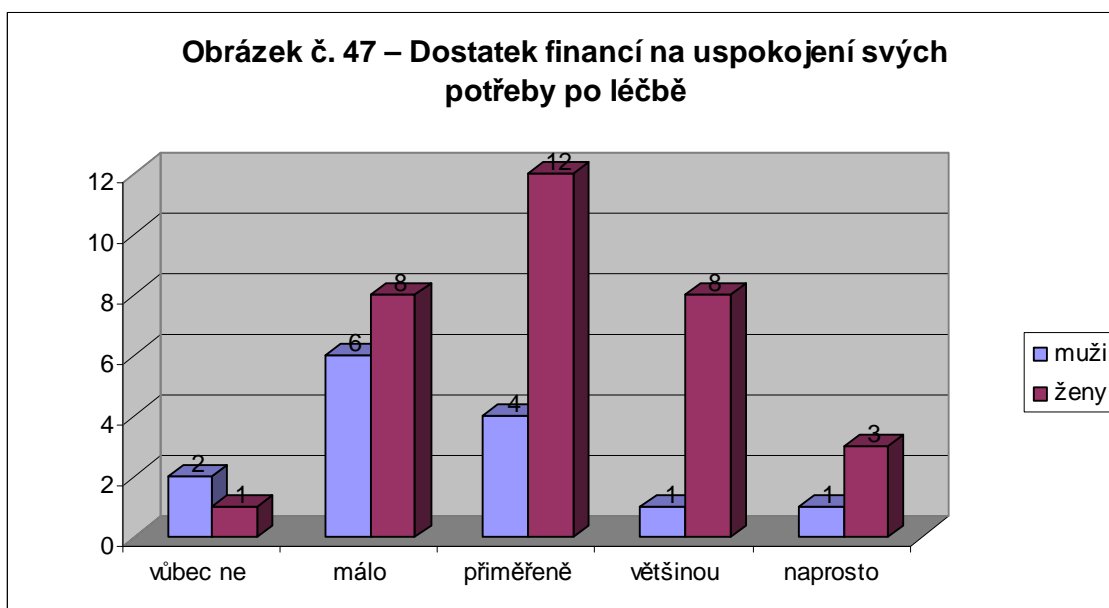


Obrázek č. 46 znázorňuje, jak jsou respondenti schopni přijmout svůj fyzický vzhled po léčbě. Celkem 46 % respondentů uvedlo odpověď *většinou* a tuto odpověď zvolily v 56 % žen a 21 % mužů. Druhou nejčastější odpovědí respondentů byla odpověď *přiměřeně* (26 %) a odpověď *naprosto* (20 %). Nikdo z mužů neuvedl odpověď *vůbec ne* a pouze 7 % mužů uvedla odpověď *málo*.

Obrázek č. 46 – Schopnost přijmout svůj fyzický vzhled po léčbě

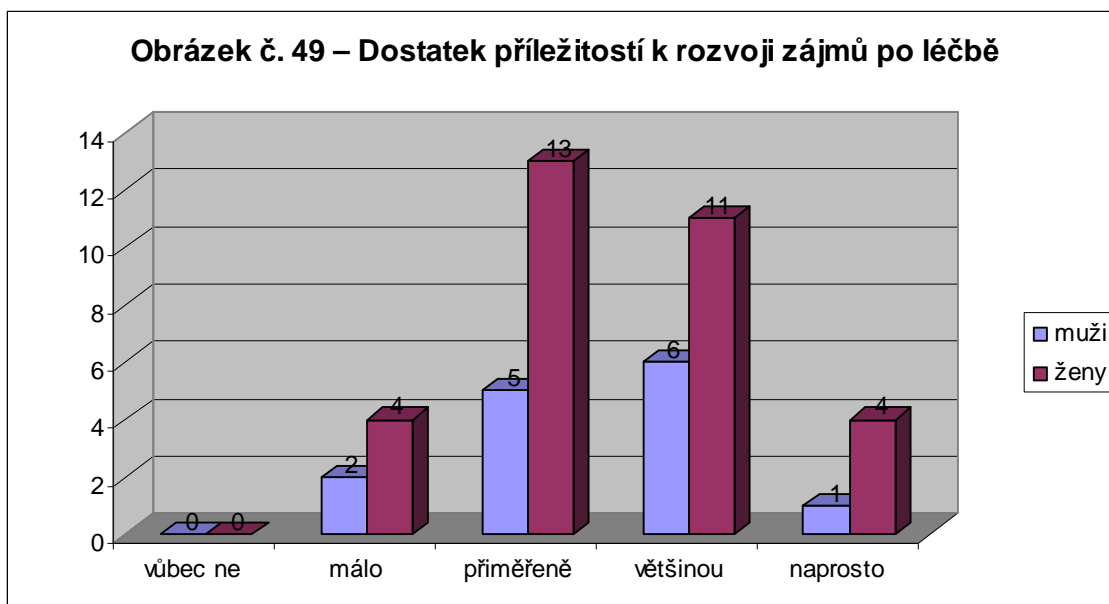
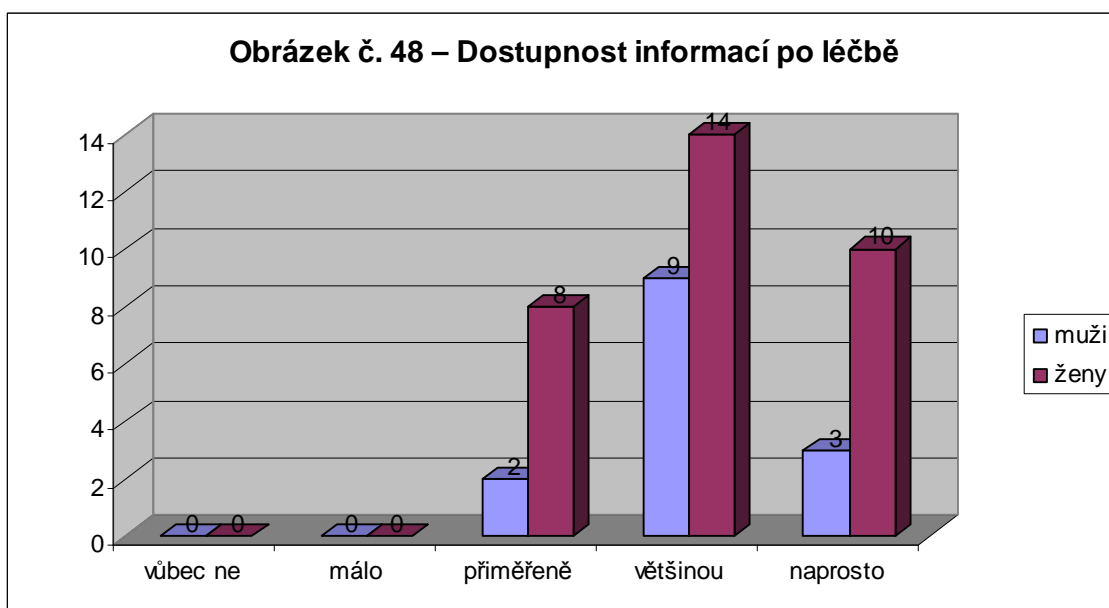


Obrázek č. 47 vypovídá o dostatku financí na uspokojení potřeb respondentů po léčbě. Nejčastější odpověď respondentů bylo přiměřeně (35 %). Nejčastěji tuto odpověď uvedly ženy (38 %) a 29 % mužů. 30 % respondentů uvedlo odpověď málo, kdy tuto odpověď uvedli častěji muži (43 %) a 25 % žen. 20 % respondentů označila odpověď většinou, tuto odpověď označilo 25 % žen a pouze 7 % mužů. Odpověď naprosto označily 3 % žen a 1 % mužů. Odpověď vůbec neoznačili většinou muži (14 %) a pouze 3 % žen.

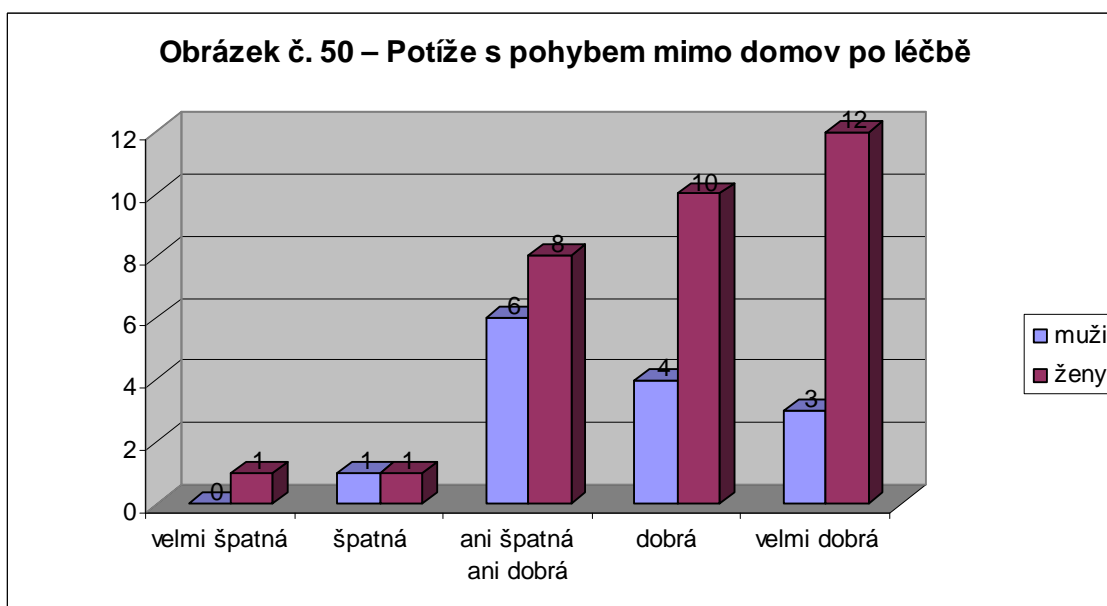


Obrázek č. 48 vykazuje, jak dostupné jsou pro respondenty informace, které potřebují pro svůj každodenní život po léčbě. Polovina respondentů (50 %) označili odpověď *většinou*. 28 % respondentů uvedli odpověď *naprosto* a 22 % respondentů uvedli odpověď *přiměřeně*. Odpověď *naprosto* uvedly spíše ženy (31 %) a 21 % mužů. 64 % mužů uvedlo odpověď *většinou* a 44 % žen. Nikdo z respondentů nevedl odpověď *vůbec ne* a *málo*.

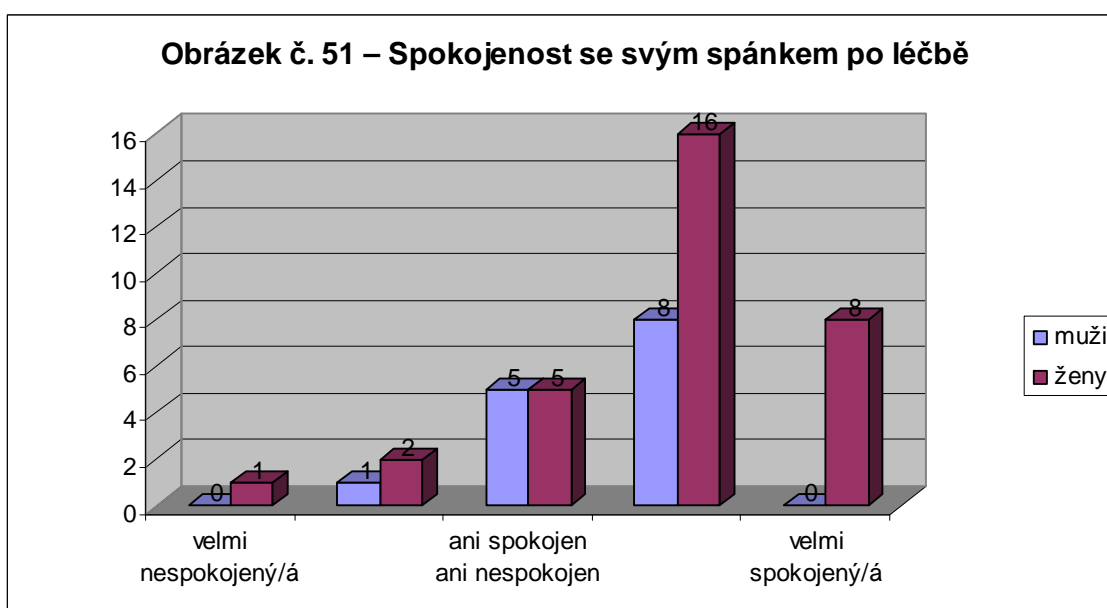
Otázku dostatku příležitostí pro rozvíjení zájmů znázorňuje obrázek č. 49. Celkem 39 % respondentů označilo odpověď *přiměřeně* a 37 % respondentů uvedlo odpověď *většinou*. Odpověď *přiměřeně* volily častěji ženy, a to 41 % žen, oproti 36 % mužů. Naopak odpověď *většinou* volili častěji muži, a to 43 % oproti 34 % žen. Odpověď *naprosto* zvolily opět častěji ženy (13 %) a pouze 7 % mužů. Nikdo z respondentů nevedl odpověď *vůbec ne*.



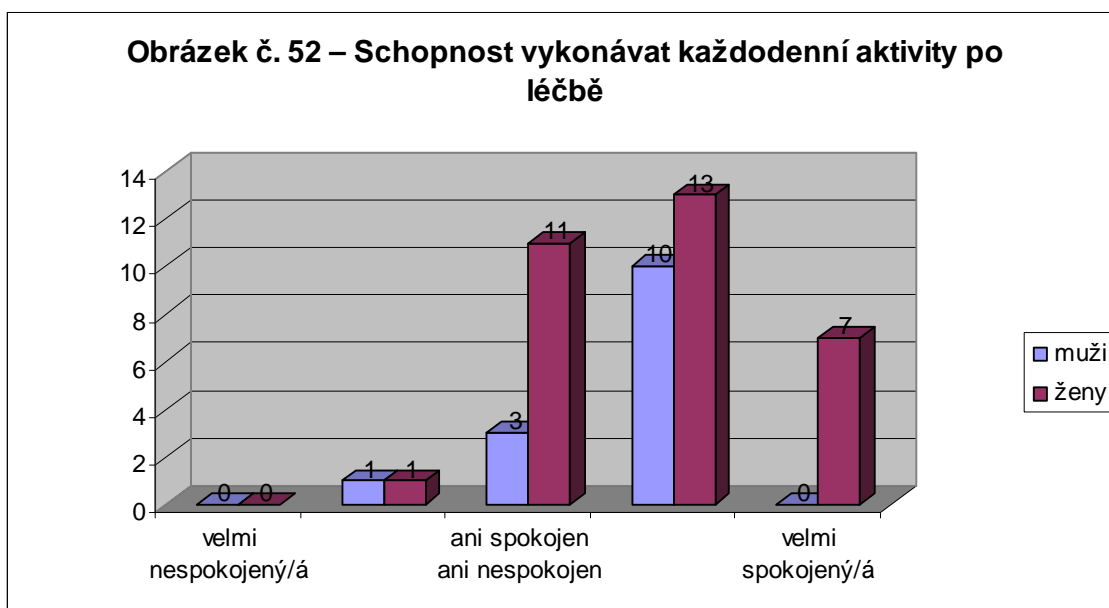
Obrázek č. 50 znázorňuje, jak respondentů činí potíže pohybovat se mimo domov. Nejčastější odpověď na tuto otázku byla téměř vyrovnaná: 30 % respondentů označilo odpověď *ani špatně ani dobře* a *dobrá*, 33 % respondentů uvedla odpověď *velmi dobrá*. Častější odpovědi pro muže byla odpověď *ani špatná ani dobrá* (43 % mužů) a 25 % žen, ženy naopak více volily odpovědi *dobrá* (31 % žen) a *velmi dobrá* (38 % žen). Nikdo z mužů nevedl odpověď *velmi špatná*. Pouze 3 % žen zvolila odpověď *velmi špatná* a *špatná*.



Obrázek č. 51 vykazuje spokojenost respondentů se svým spánkem. Polovina respondentů (52 %) je *spokojena* se svým spánkem. 22 % respondentů není *ani nespokojena ani spokojena* a 17 % respondentů je *velmi spokojených* se svým spánkem. *Spokojenost* se spánkem uvedlo 50 % žen a 57 % mužů. 25 % žen je *velmi spokojených* se spánkem a pouze 3 % žen je *velmi nespokojených* a 6 % žen *nespokojených*. Oproti tomu muži nejsou *ani nespokojeni ani spokojeni* (36 %) častěji než ženy a *nespokojených* se spánkem je pouze 7 % mužů. Nikdo z mužů neoznačil odpověď *velmi nespokojen* nebo *velmi spokojen*.

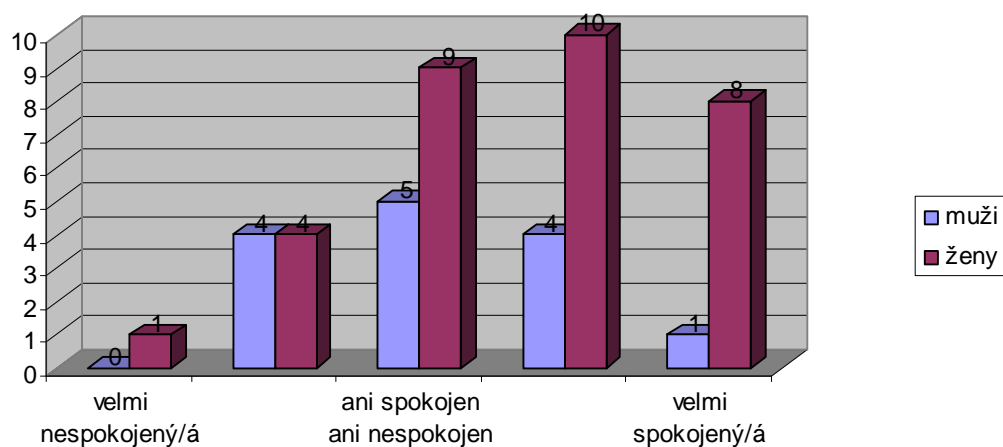


Schopnost vykonávat každodenní aktivity po léčbě znázorňuje obrázek č. 52. Celkem polovina respondentů označila odpověď *spokojen*. 30 % respondentů odpověděl *ani nespokojen ani spokojen* a pouze 15 % respondentů uvedla *velmi spokojen*. Nikdo z respondentů neodpověděl *velmi nespokojen*. Na odpovědi *spokojen* se shodlo 71 % mužů a 41 % žen. 22 % žen uvedla odpověď *velmi spokojen*, z mužů tuto odpověď nevedl nikdo. *Ani spokojených ani nespokojených* bylo 21 % mužů a 34 % žen. 3 % žen uvedla *nespokojenost* a tuto odpověď také označilo 7 % mužů.



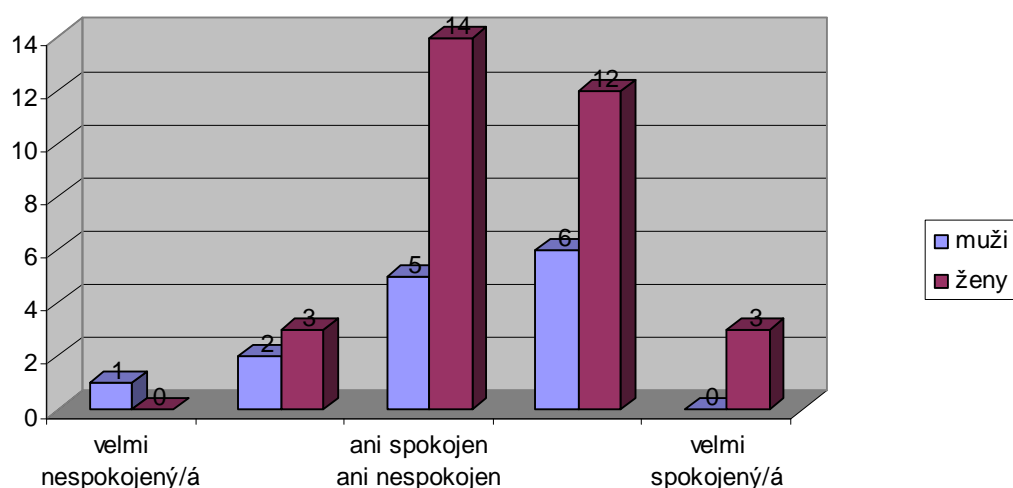
Obrázek č. 53 znázorňuje, jak jsou respondenti spokojeni se svou schopností pracovat. Celkem 30 % respondentů se shodlo na odpovědích *ani spokojen ani nespokojen* a *spokojen*. *Spokojeny* jsou spíše ženy (31 %) než muži (29 %), muži volili častěji odpověď *ani nespokojen ani spokojen* (36 %) než ženy (28 %). Ženy také častěji volily odpověď *velmi spokojen* (25 %), muži tuto odpověď zvolili pouze v 7 %. Muži byli *nespokojeni* se svou schopností pracovat ve 29 %, pouze 13 % žen označilo tuto odpověď. Nikdo z mužů nevedl odpověď *velmi nespokojen*, ženy tuto odpověď však označily (3 %).

Obrázek č. 53 – Spokojenost se svou schopností pracovat po léčbě

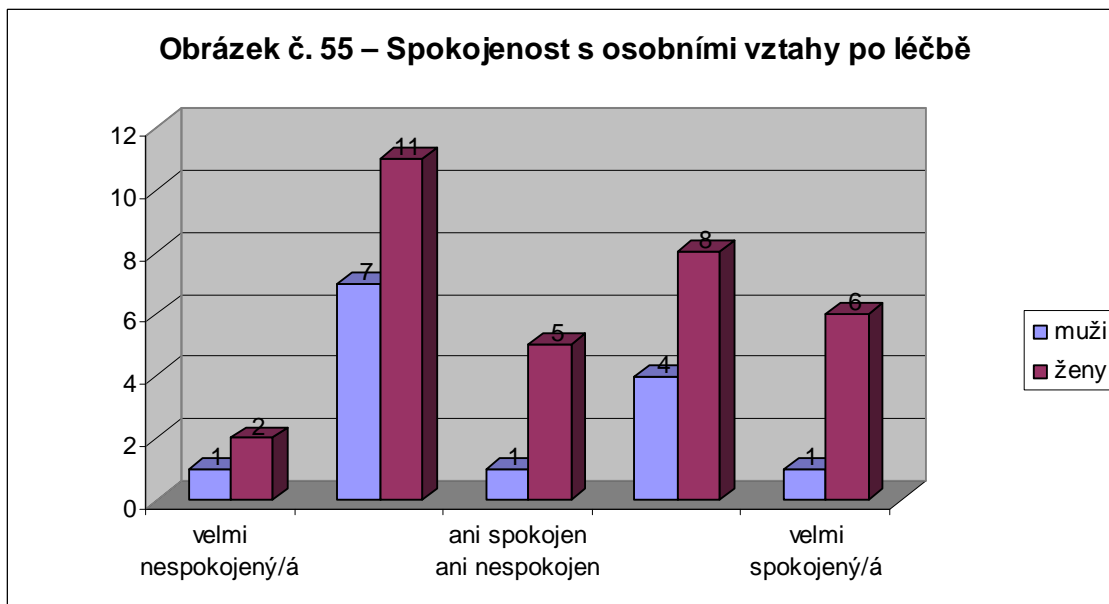


Obrázek č. 54 je o spokojenosti respondentů sami se sebou. 41 % respondentů označila odpověď *ani spokojen ani nespokojen* a 39 % respondentů je *spokojena*. 11 % respondentů je *nespokojených* a 7 % respondentů je *velmi spokojených* a 2 % respondentů *velmi nespokojených*. Celkem 9 % žen je *velmi spokojených*, muži tuto odpověď neoznačili vůbec. Naopak *spokojených* je 43 % mužů a 38 % žen. *Ani nespokojených ani spokojených* je více žen (44 %) a 36 % mužů. *Nespokojení* jsou spíše muži 14 % oproti 9 % žen a *velmi nespokojených* je 7 % mužů, z žen tuto odpověď žádná neoznačila.

Obrázek č. 54 – Spokojenost sami se sebou po léčbě



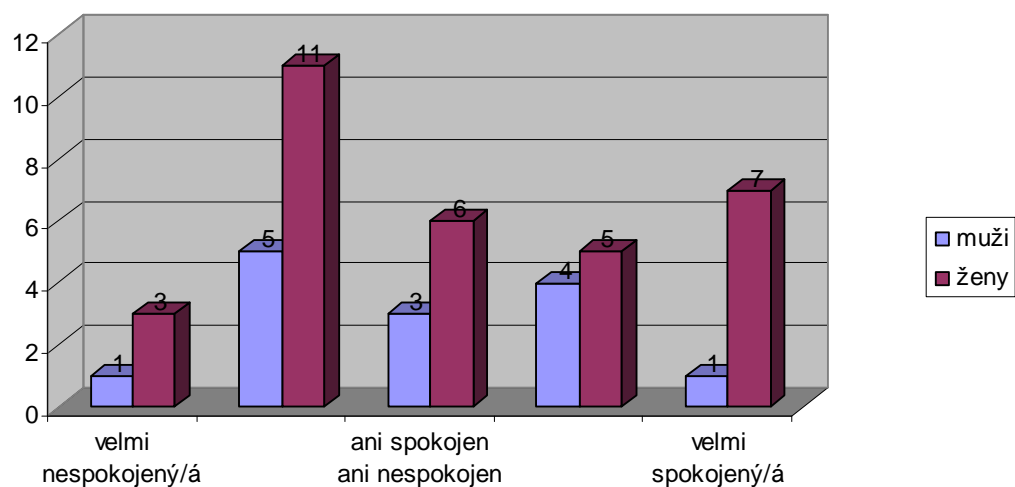
Obrázek č. 55 – Spokojenost s osobními vztahy po léčbě. Celkem 39 respondentů označilo odpověď *nespokojen* a spíše *nespokojeni* jsou muži (50 %) než ženy (34 %). 26 % respondentů je *spokojených*, a to opět více muži (29 %) než ženy (25 %). Pouze 7 % respondentů je *velmi nespokojených*, muži (7 %) a ženy (6 %). *Velmi spokojené* jsou převážně ženy (19 %), muži označili tuto odpověď pouze v 7 %.



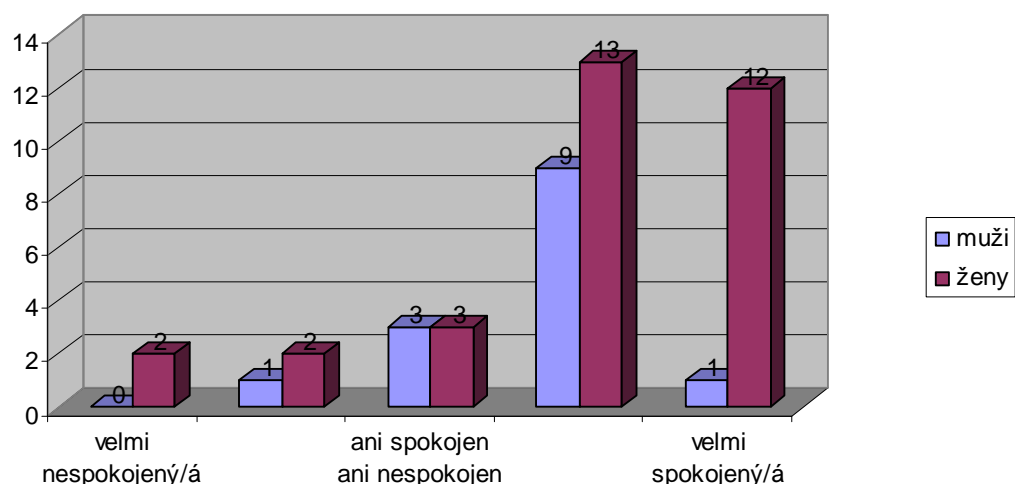
Obrázek č. 56 vykazuje spokojenost respondentů se svým sexuálním životem. Celkem 35 % respondentů se shodlo na odpovědi *nespokojen*. Tuto odpověď označilo 36 % mužů a 34 % žen. *Ani spokojených ani nespokojených a spokojených* bylo 20 % respondentů. Tyto odpovědi volili spíše muži. 29 % mužů je *spokojených* a 21 % mužů je *ani spokojených ani nespokojených*. Žen je *spokojených* pouze 16 % a *ani spokojených ani nespokojených* je 19 % žen. Ženy častěji uvedly odpověď *velmi spokojený* (22 %), muži tuto odpověď uvedli výrazně méně (7 %).

Obrázek č. 57 znázorňuje, jak spokojeni jsou respondenti s podporou přátel po léčbě. Celkem 48 % respondentů uvedla odpověď *spokojen*. 28 % respondentů je dokonce *velmi spokojena*. 13 % respondentů jsou *ani spokojených ani nespokojených*. *Spokojených* je 64 % mužů a 41 % žen. *Velmi spokojené* jsou převážně ženy, a to 38 %, pouze 7 % mužů uvedlo tuto odpověď. *Nespokojených* s podporou přátel je 7 % mužů a 6 % žen. *Ani spokojených ani nespokojených* je 21 % mužů, oproti 9 % žen. *Velmi nespokojených* je 6 % žen, z mužů tuto odpověď nikdo neuvedl.

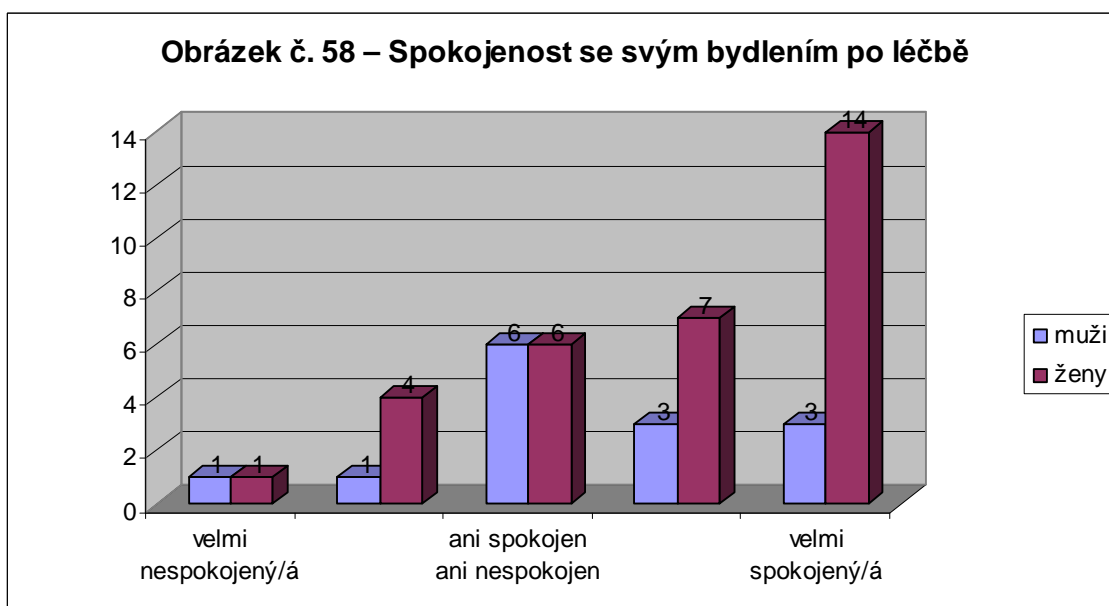
Obrázek č. 56 – Spokojenost se sexuálním životem po léčbě



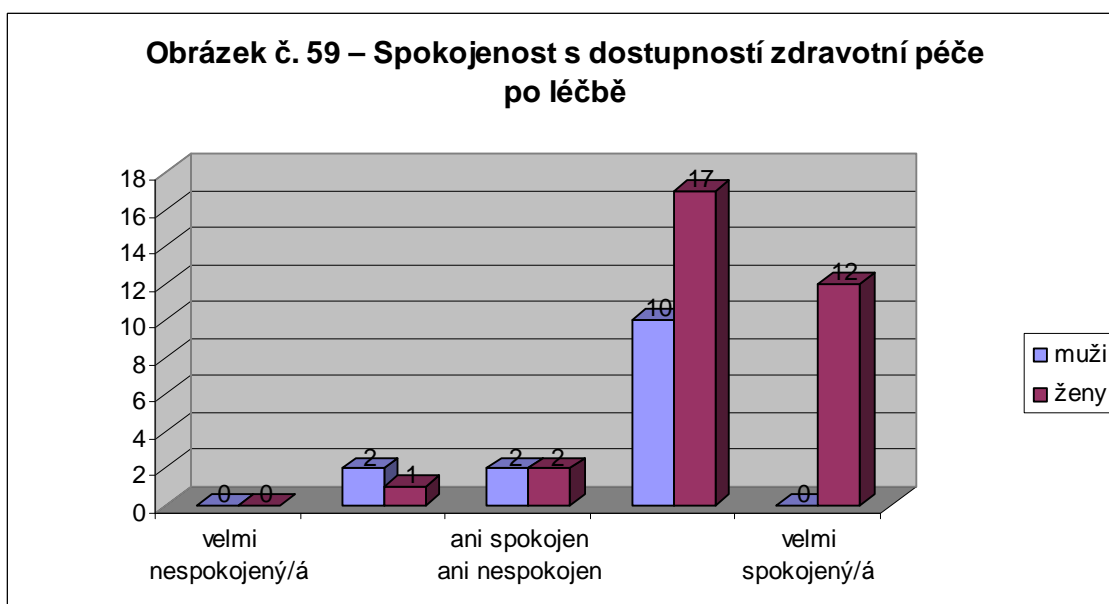
Obrázek č. 57 – Spokojenost s podporou přátel po léčbě



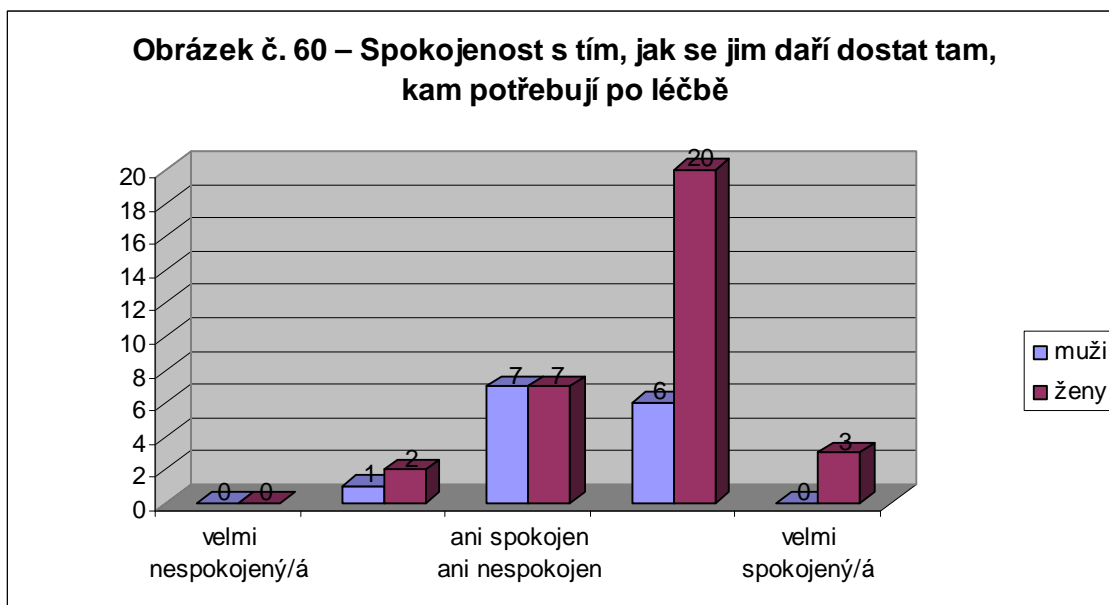
Obrázek č. 58 vypovídá o hodnocení respondentů o jejich spokojenosti se svým bydlením po léčbě. Celkem 37 % respondentů je se svým bydlením velmi spokojena. Druhou nejčastější odpovědí je ani spokojen ani nespokojen, kterou uvedlo 26 % respondentů a spokojených respondentů je 22 %. 11 % respondentů je nespokojených se svým bydlením a dokonce 4 % je velmi nespokojených. Velmi spokojených je 44 % žen a 21 % mužů. Ani spokojených ani nespokojených je 43 % mužů a 19 % žen. Nespokojené jsou spíše ženy, 13 % žen a 7 % mužů, naopak velmi nespokojení jsou spíše muži, pouze 7 % mužů a 3 % žen.



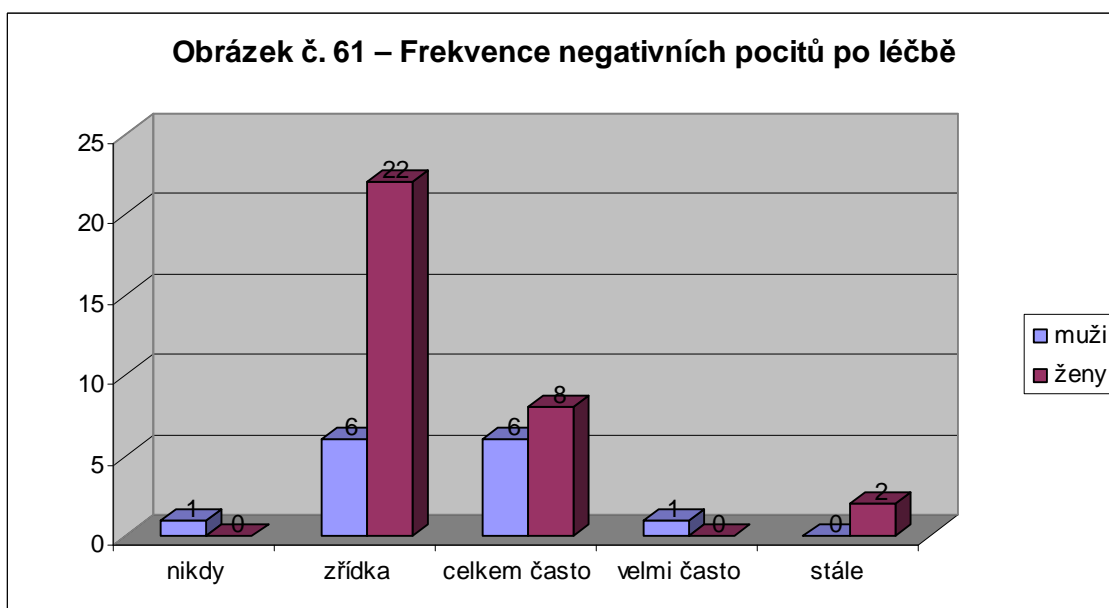
Obrázek č. 59 vykazuje spokojenost s dostupností zdravotní péče po léčbě. Celkem 59 % respondentů uvedla odpověď *spokojen*. 26 % respondentů je s dostupností péče dokonce *velmi spokojena*. *Spokojených* s dostupností péče je 71 % mužů a 53 % žen. *Velmi spokojené* jsou pouze ženy (38 %), nikdo z mužů tuto odpověď neuvědl. Také nikdo z respondentů není *velmi nespokojen*. Odpověď *ani spokojený ani nespokojený* označilo 14 % mužů, stejně tak i odpověď *nespokojen*. Ženy odpověď *ani spokojen ani nespokojen* označily pouze v 6 % a *nespokojených* jsou pouze 3 % žen.



Obrázek č. 60 ukazuje spokojenost respondentů s tím, jak se jim daří dostat tam, kam potřebují. Celkem 57 % respondentů označili odpověď spokojen, nejčastěji tuto odpověď označily ženy (63 %) a 43 % mužů. Druhou nejčastěji uvedenou odpovědí je ani spokojen ani nespokojen (30 %) a tuto odpověď označili častěji muži (50 %) a 22 % žen. 7 % respondentů je buď nespokojených, nebo velmi spokojených. Nikdo z respondentů neuvedl odpověď velmi nespokojen. Velmi spokojené jsou opět pouze ženy, a to 9 %. Nespokojeni jsou více muži, tuto odpověď uvedlo pouze 7 % mužů a 6 % žen.

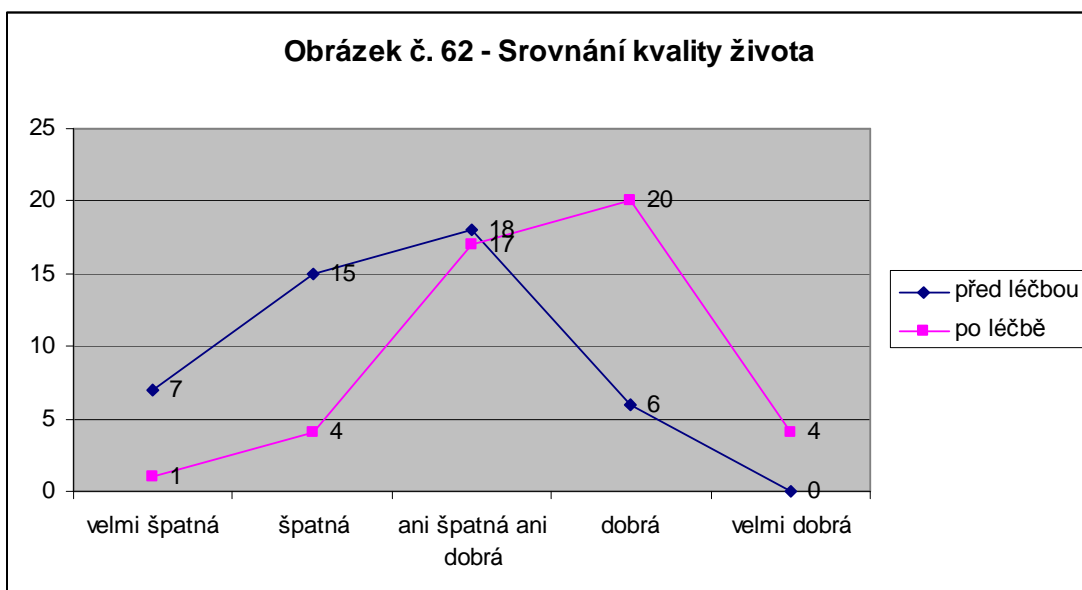


Obrázek č. 61 poukazuje na to, jak často respondenti zažívali negativní pocity po léčbě. 61 % respondentů uvedla, že zažívá tyto pocity málo, ale pouze 2 % respondentů označila odpověď vůbec ne a tuto odpověď označili pouze muži. 30 % respondentů označilo odpověď přiměřeně a 4 % respondentů naprosto. Odpověď naprosto uvedly pouze ženy (6 %) a pouze odpověď většinou označili muži (7 %). Prožívání negativních pocitů v přiměřené míře uvedli častěji muži (43 %) a 25 % žen.

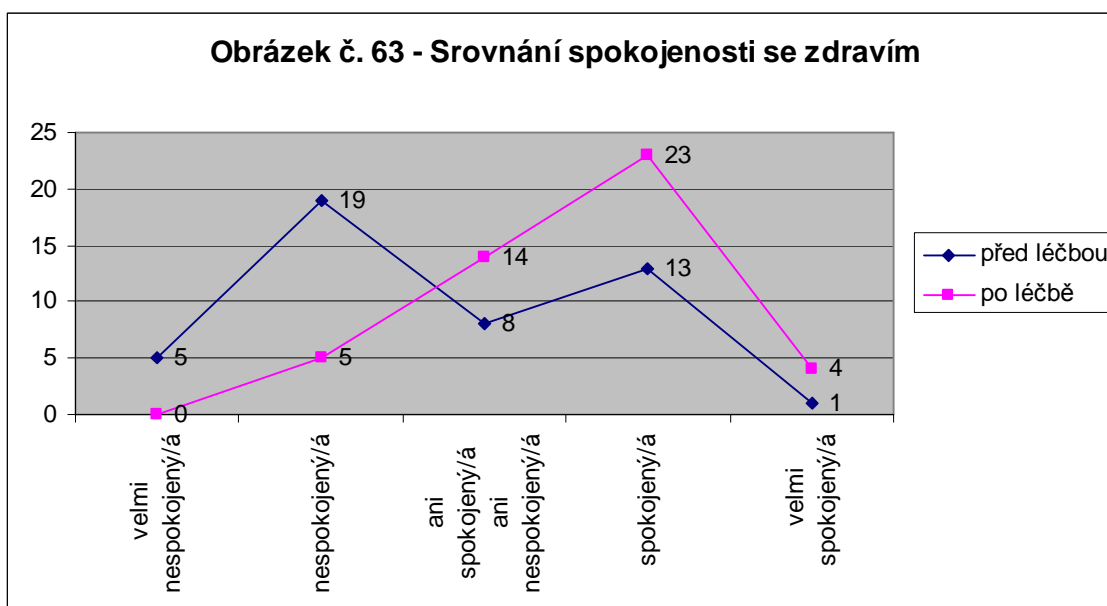


4.3. Srovnání výsledků kvality života před a po léčbě

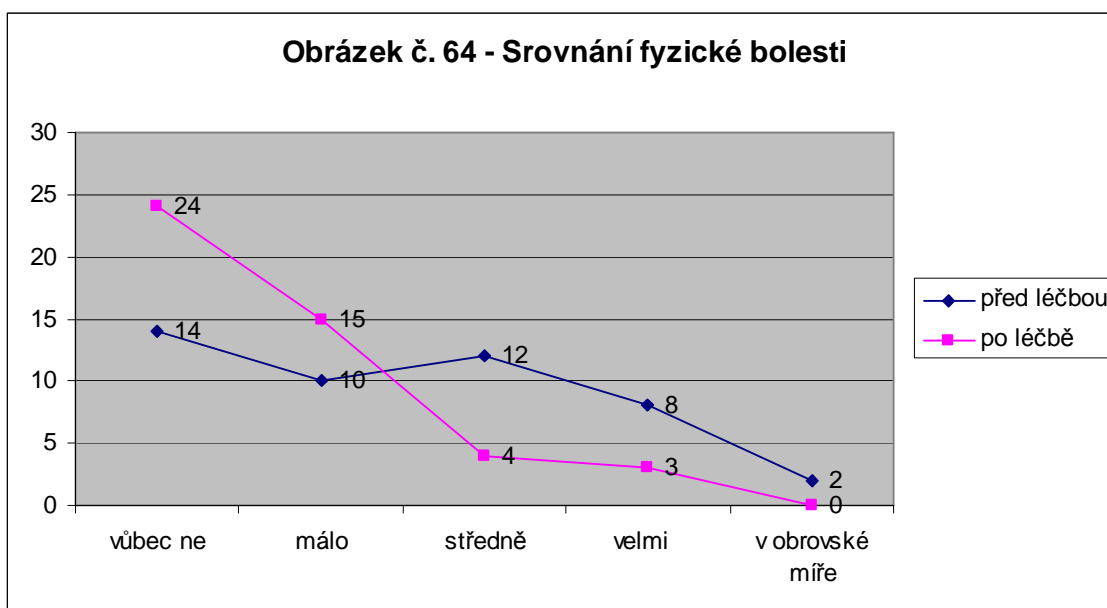
Celkem 41 % žen a 36 % mužů svou kvalitu života před léčbou hodnotily jako *ani dobrou ani špatnou* nebo 34 % žen a 29 % mužů ohodnotili kvalitu života jako *špatnou*. Nikdo z respondentů nebyl se svojí kvalitou života před léčbou *velmi spokojen*. Muži ohodnotili kvalitu života i jako *dobrou* (21 %). Po léčbě hodnotily spíše pozitivně kvalitu svého života ženy. Ty hodnotily svou kvalitu života jako *dobrou* (44 %) i *ani špatnou ani dobrou* (34 %). Pouze ženy ohodnotily kvalitu svého života jako *velmi dobrou* (13 %). U mužů se hodnocení kvality života po léčbě příliš nezměnilo (obrázek č. 62). Lze tedy shrnout, že dle hodnocení respondentů se kvalita života po léčbě mírně zlepšila a toto zlepšení vnímají spíše ženy. Představuje to velmi dobrý základ a motivaci pro další práci respondentů na léčbě. Domnívám se, že ženy hodnotí svou kvalitu života po léčbě lépe také proto, že se nejen cítí lépe psychicky, vnímají své zlepšení ve fyzickém vzhledu, ale cítí, že mají více energie a jsou více spokojené s podporou, kterou jim poskytují jejich přátelé a blízcí.



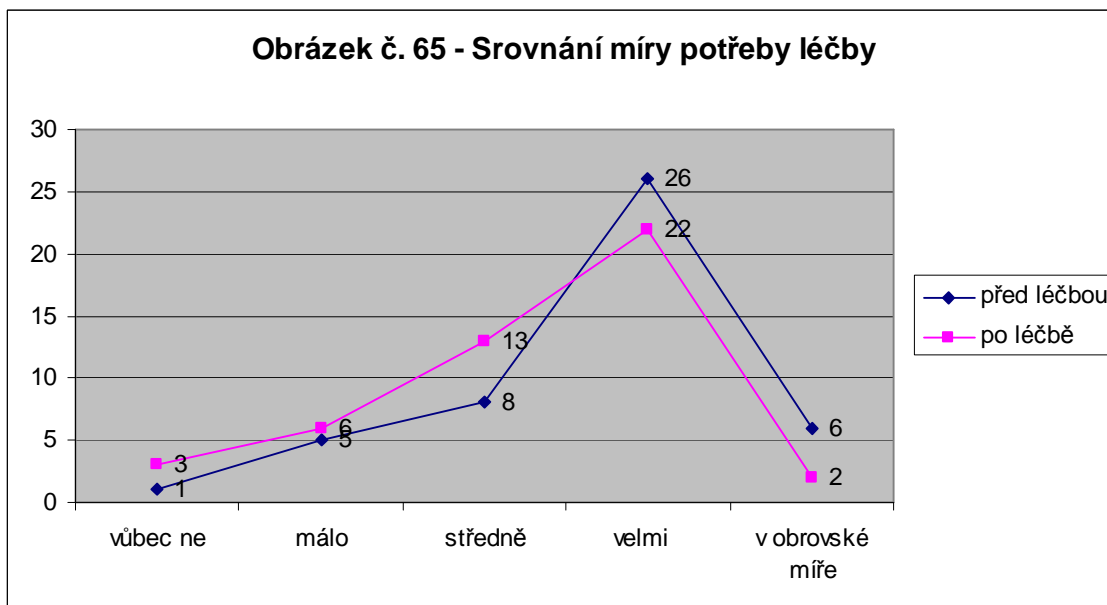
Respondenti před léčbou nebyli příliš spokojeni se svým zdravím (41 %). Muži před léčbou se svým zdravím *nebyli spokojeni* nebo byli *ani spokojeni ani nespokojeni* (29 %). Ženy se svým zdravím byly spíše *nespokojeny*. Po léčbě byli respondenti se svým zdravím *spokojeni* (47 %). A ženy (9 %) byly dokonce *velmi spokojeny* se svým zdravím (obrázek č. 63). Domnívám se, že na začátku léčby u respondentů přetrvávaly následky z užívání drog, které se během léčby podařilo vyléčit nebo alespoň omezit. Nikdo z respondentů nebyl na konci léčby velmi nespokojen se svým zdravím. Vzhledem k tomu, že muži více experimentovali s užíváním více typů drog než ženy, proto se domnívám, že jejich zdravotní úroveň byla horší nebo ji alespoň hůře muži vnímali. Ženy naopak spíše uvedly konzumaci alkoholu, než experimentování či užívání jiných drog, a proto se domnívám, že neměly více zdravotních postižení. Lze tedy shrnout, že respondenti na konci léčby byli se svým zdravím spokojenější oproti začátku léčby, došlo u nich dle jejich hodnocení ke zlepšení spokojenosti se zdravím.



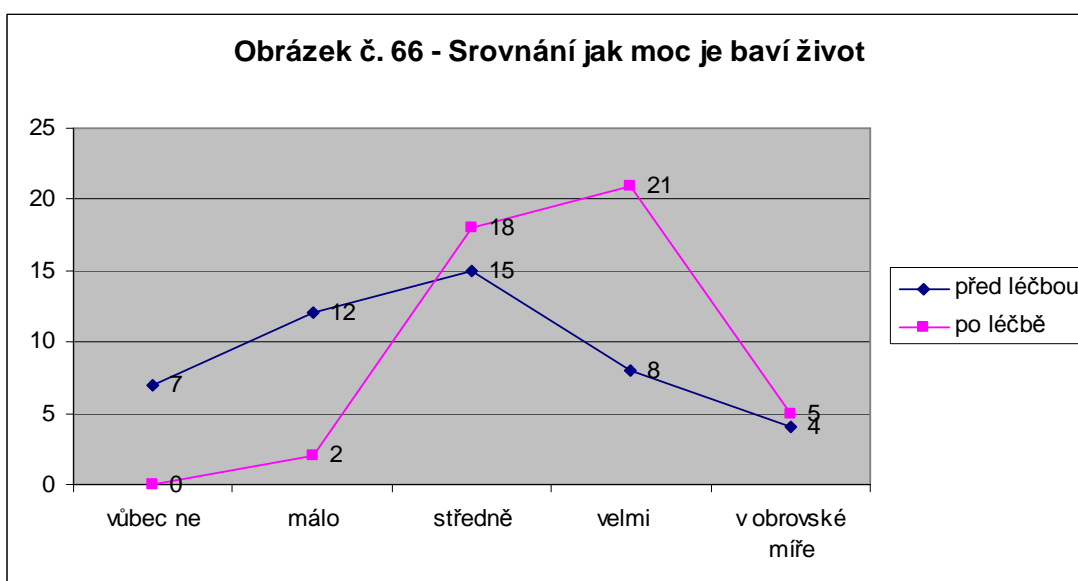
Na začátku léčby respondentům fyzická bolest nebránila *vůbec* dělat to, co potřebují (30 %), *málo* (22 %) nebo *středně* (26 %). Muže fyzická bolest neomezovala *vůbec* nebo *málo* (36 %), ženám fyzická bolest buď nebránila *vůbec* (28 %) nebo *středně* (31 %) dělat to, co potřebují. Dokonce 2 respondentky uvedly, že jim fyzická bolest brání dělat to, co potřebují *v obrovské míře*. Po léčbě však respondenti spíše uvedli, že jim fyzická bolest nebrání *vůbec* dělat to, co potřebují (52 %). Po léčbě nikdo z respondentů nevedl, že by jim fyzická bolest bránila *v obrovské míře* (obrázek č. 64). Domnívám se, že na začátku léčby se respondenti celkově fyzicky necítili dobře, právě z důvodu užívání drog, z nedostatku spánku a celkového vyčerpání organismu respondenti uvedli, že jim fyzická bolest bránila dělat to, co potřebují. Během léčby byl respondentům nastolen pravidelný režim, který respondenti museli dodržovat (pravidelná strava, spánek a odpočinek, relaxace, užívání medikace, přiměřená fyzická aktivita apod.), což vedlo ke zlepšení fyzické kondice a energie. U respondentů tedy došlo dle jejich hodnocení ke zlepšení, tedy vymizení fyzické bolesti.



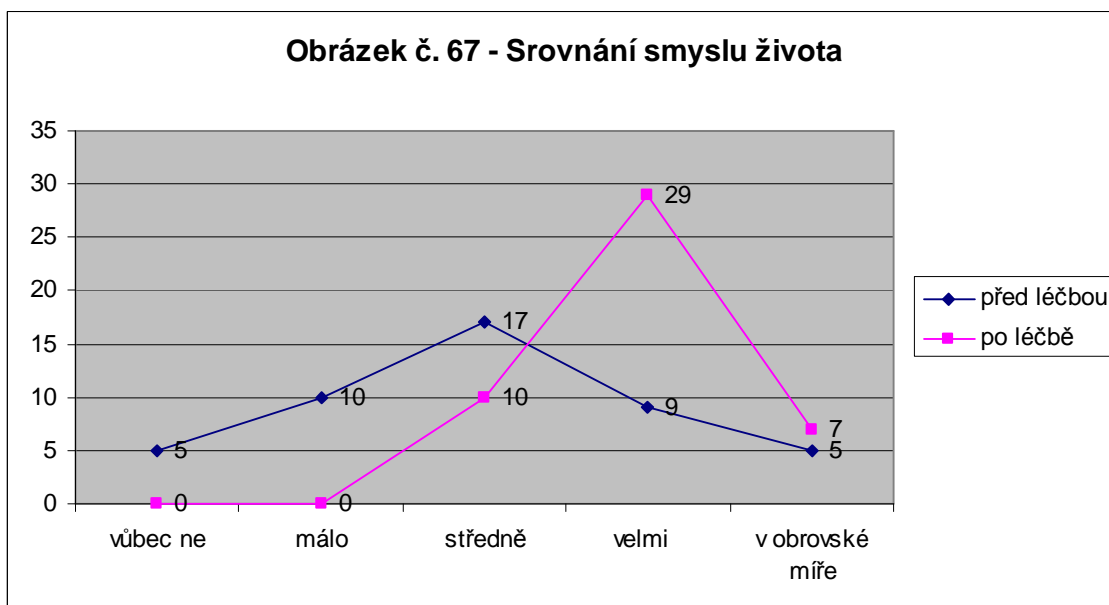
Respondenti uvedli, že *velmi* potřebují léčbu, aby mohli fungovat v běžném životě. Muži (36 %) před léčbou ohodnotili, že léčbu příliš *nepotřebují*, naopak ženy si nutnost léčby uvědomovaly *velmi* (69 %). Některé ženy uvedly, že léčbu potřebují *v obrovské míře* (13 %). U žen stejné hodnocení potřeby léčby přetrvávalo i po léčbě, naopak muži po léčbě více hodnotili potřebu další léčby (obrázek č. 65). Dle mého názoru se domnívám, že ženy si více uvědomovaly, že svou závislost nemohou samy ovlivnit a zvládat bez odborné pomoci. Naopak se domnívám, že muži na počátku léčby věřili, že by svou závislost zvládli sami a že právě u mužů převažuje více vnější tlak ze strany přátel a blízkých. Pro muže je velmi těžké si přiznat, že tento problém nemohou sami zvládnout, neradi mluví o svých pocitech a dávají je neradi najevo. Lze tedy shrnout, že si respondenti uvědomují, jak je léčba pro ně samotné důležitá, aby mohli nejen fungovat v běžném životě, ale aby jejich závislost vůbec zvládli.



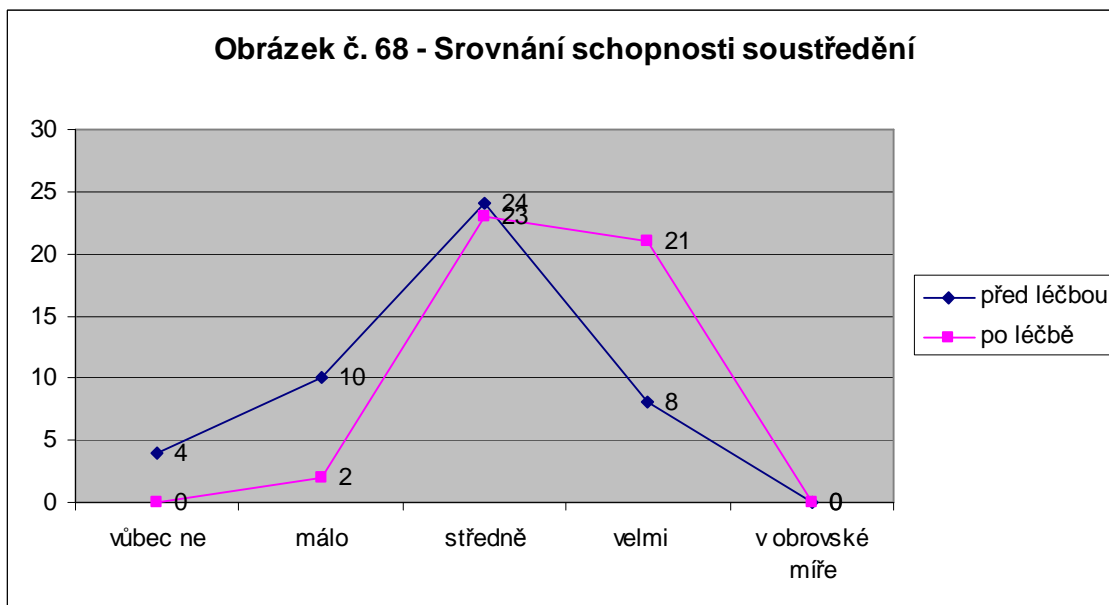
Většinou *málo* (26 %) nebo *ve střední míře* (33 %) respondenty před léčbou bavil život. Muži spíše uvedli, že je život *velmi* baví (29 %), jeden respondent dokonce uvedl, že jej život baví *v obrovské míře*. Ženy před léčbou uvedly, že je život baví *středně* (38 %) nebo *málo* (28 %). Naopak po léčbě respondenty baví život *velmi* (46 %) nebo alespoň *středně* (39 %) (obrázek č. 66). Odhaduji, že se jejich hodnocení odráží od toho, zda jsou respondenti podporováni ze strany přátel a blízkých, zda mají rodinu nebo děti. Ti respondenti, kteří uvedli, že je život nebaví vůbec (tuto odpověď zvolil 1 muž a 1 žena), jsou svobodní, užívali drogu déle než 8 let, nejsou sami se sebou spokojeni a jsou nespokojeni s osobními vztahy a podporou ze strany přátel a rodiny. Celkem lze tedy shrnout, že u respondentů došlo dle jejich odpovědí ke zlepšení, na konci léčby respondenty život baví.



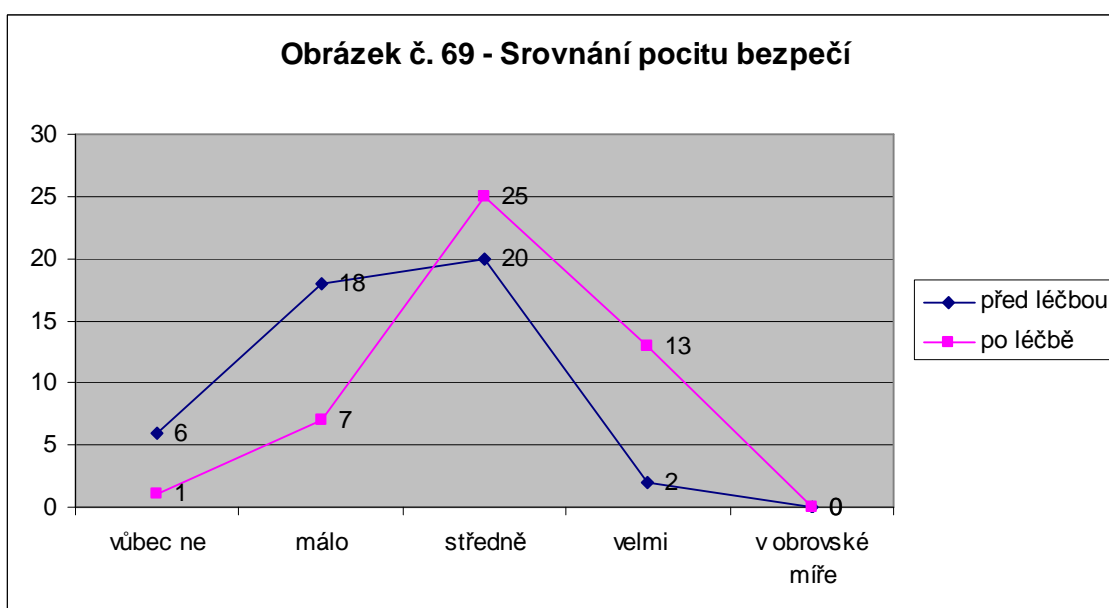
Před léčbou respondenti nacházeli svůj smysl života *ve střední míře* (37 %). Pro muže měl život smysl *velmi* (36 %), pro ženy pouze *ve střední míře* (41 %). Naopak po léčbě měl jejich život smysl *velmi* (63 %). Pro 7 respondentů měl život dokonce smysl *v obrovské míře* (tuto odpověď zvolil jeden muž a 6 žen) (obrázek č. 67). Smysl života u respondentů po léčbě je velmi dobrý. Domnívám se, že smysl života respondenti nacházejí zejména v rodině a v dětech. Nikdo z respondentů neuvedl, že by jejich život neměl smysl *vůbec* nebo *málo*. U respondentů, kteří jsou rozvedení nebo nemají děti, odhaduji jako hlavní smysl jejich života práci, nového partnera, či rodinu. Pro zjištění smyslu jejich života by bylo potřeba položit další otázky nebo vést s respondenty rozhovor.



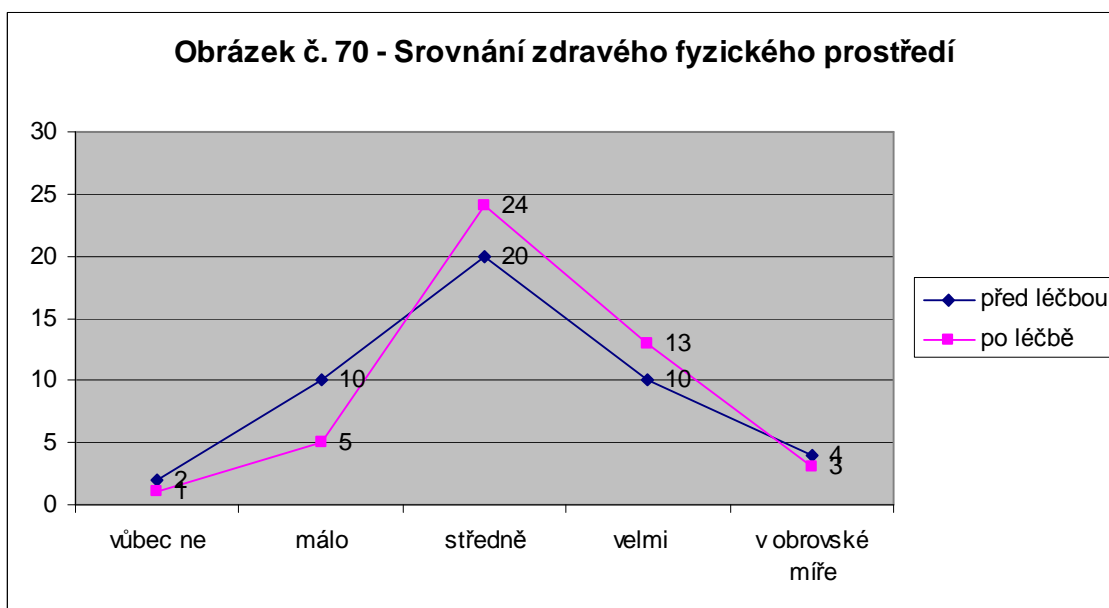
Většina respondentů byla schopna se před léčbou soustředit *ve střední míře* (52 %). Tato odpověď se nezměnila ani po léčbě. Ženy uvedly, že se dokázaly soustředit spíše *středně* (53 %). Muži zase uvedli, že se dokázali soustředit *velmi* (50 %) (obrázek č. 68). Míra soustředění po léčbě se mírně zvýšila. Domnívám se, že je to právě díky léčebnému režimu a nutnosti získání kladných terapeutických bodů, které respondenty motivovaly k práci a soustředění. Jejich soustředění bylo podporováno právě abstinencí, dostatkem spánku, odpočinku a relaxací, kterým by se respondenti během léčby měli naučit.



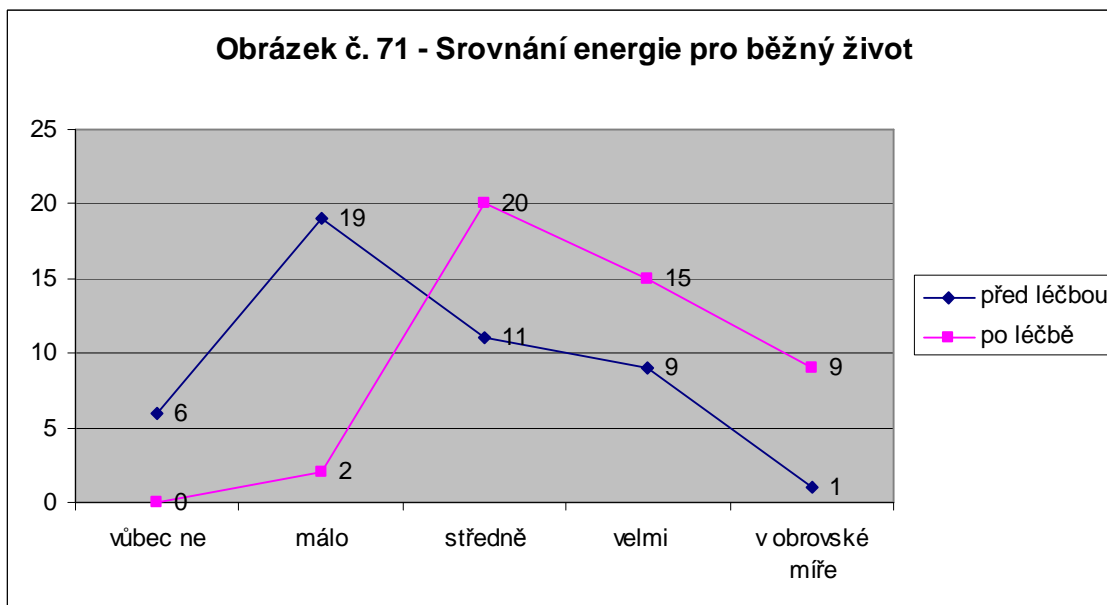
Bezpečně v každodenním životě se respondenti nejčastěji cítili *ve střední míře* (43 %), ale také *v malé míře* (39 %). Což se nezměnilo ani po léčbě, ale mnohem častěji také respondenti uvedli, že se cítili *velmi* (28 %) bezpečně v každodenním životě (obrázek č. 69). Míra bezpečí v každodenním životě byla po léčbě stejná, možná mírně vyšší. Domnívám se, že míra bezpečí byla v každodenním životě stejná po léčbě proto, že záleží na samotných respondentech, zda-li budou abstinovat, vyhýbat se rizikovým místům, osobám a situacím či nikoliv, a také na rodině, zda jim v tom pomůže a podpoří je. Bezpečné prostředí si musí respondenti vytvořit po léčbě sami.



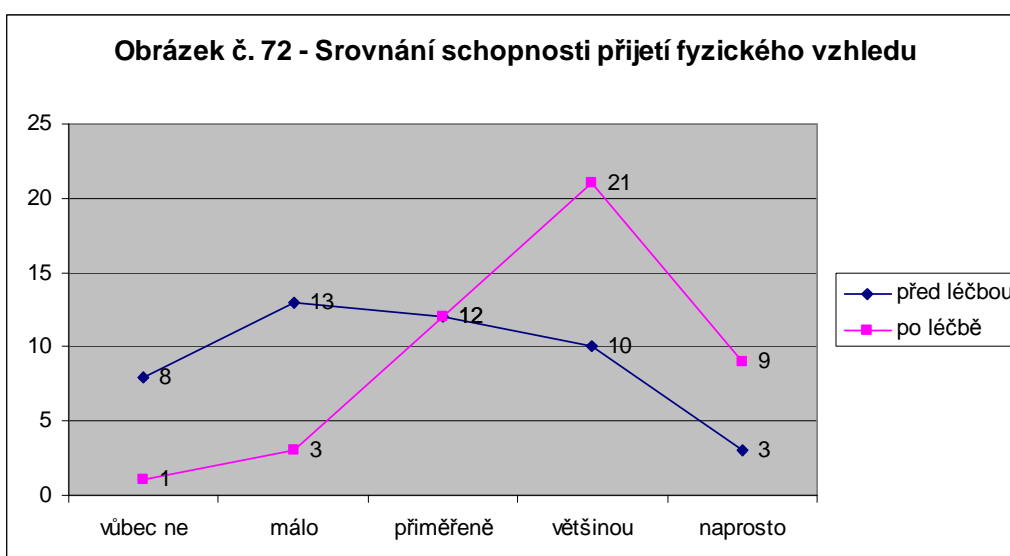
I fyzické prostředí, ve kterém respondenti žijí bylo pro ně zdravé dle jejich hodnocení ve *střední míře* (43 %) a tato odpověď se nezměnila ani po léčbě. Muži před léčbou hodnotili své fyzické prostředí za *málo* zdravé (36 %), ženy zase hodnotily své fyzické prostředí zdravé jako *středně* zdravé (47 %). U žen se hodnocení po léčbě nezměnilo, muži po léčbě ohodnotili své fyzické prostředí také jako *středně* zdravé (57 %), což závisí pouze na samotných respondentech, zda-li se budou vyhýbat rizikovým situacím, místům a osobám, a jak dlouho budou abstinovat (obrázek č. 70).



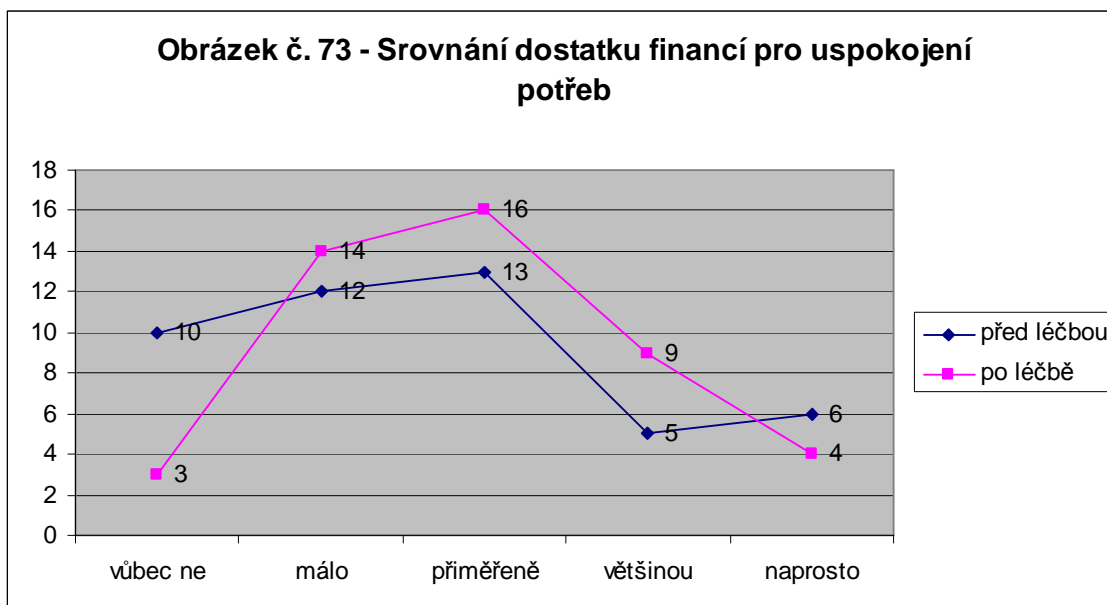
Respondenti ohodnotili, že měli *málo* energie pro běžný život (41 %). Muži uvedli, že *většinou* měli energii pro běžný život (36 %), ženy ale uvedly, že měly *málo* energie pro život (47 %). Po léčbě ženy uvedly, že měly *přiměřeně* (38 %) a *většinou* energii pro běžný život (28 %), některé ženy dokonce uvedly odpověď *naprosto* (28 %). Muži ohodnotili, že měli *přiměřeně* energie po léčbě (57 %) (obrázek č. 71). Domnívám se, že je to opět dáno léčebným režim a tím, že dodržují pravidelně tento režim. Díky tomu, že už během léčby respondenti řeší své osobní, finanční a jiné problémy se domnívám, že nabývají na sebevědomí a většina respondentů si během léčby vyřeší základní problémy, což je motivuje k další akci a jednání.



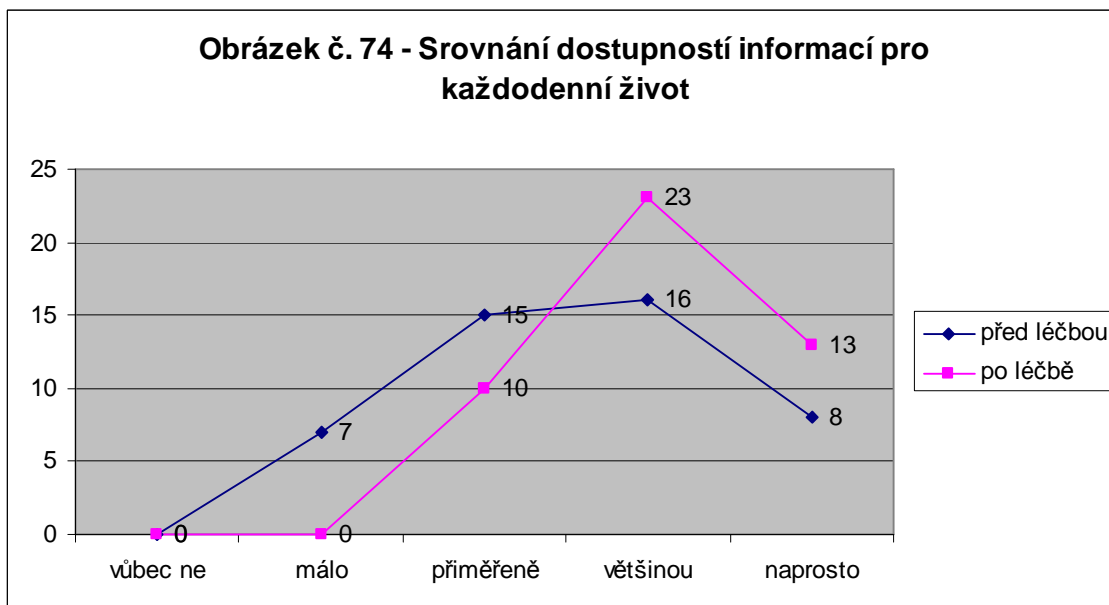
Před léčbou většina respondentů nebyla schopna přijmout svůj fyzický vzhled (28 %), ženy svůj vzhled hodnotily velmi negativně a pouze ženy uvedly, že nebyly schopné přijmout svůj fyzický vzhled *vůbec* (25 %). Za to muži byli se svým vzhledem *přiměřeně* spokojeni (29 %) a někteří muži byli se svým vzhledem spokojeni *naprosto* (21 %). Po léčbě byli respondenti se svým vzhledem *většinou* spokojeni (46 %), nejčastěji to byly ženy (56 %). U mužů se názor na fyzický vzhled nezměnil (obrázek č. 72). Lze tedy říci, že změnu ve fyzickém vzhledu vnímaly spíše ženy. Domnívám se, že je to také proto, že ženy si na fyzickém vzhledu zakládají více než muži a jsou to také ženy, u kterých se abstinence odráží na jejich fyzickém vzhledu. Díky abstinenci se ženy začínají o sebe více starat, protože se dříve zanedbávaly. I zdravotní personál změnu k lepšímu u žen reflektuje více než u mužů a ženy tak nabývají na sebevědomí a jsou pak i více motivované. U mužů k velké změně vzhledu během abstinence nedochází.



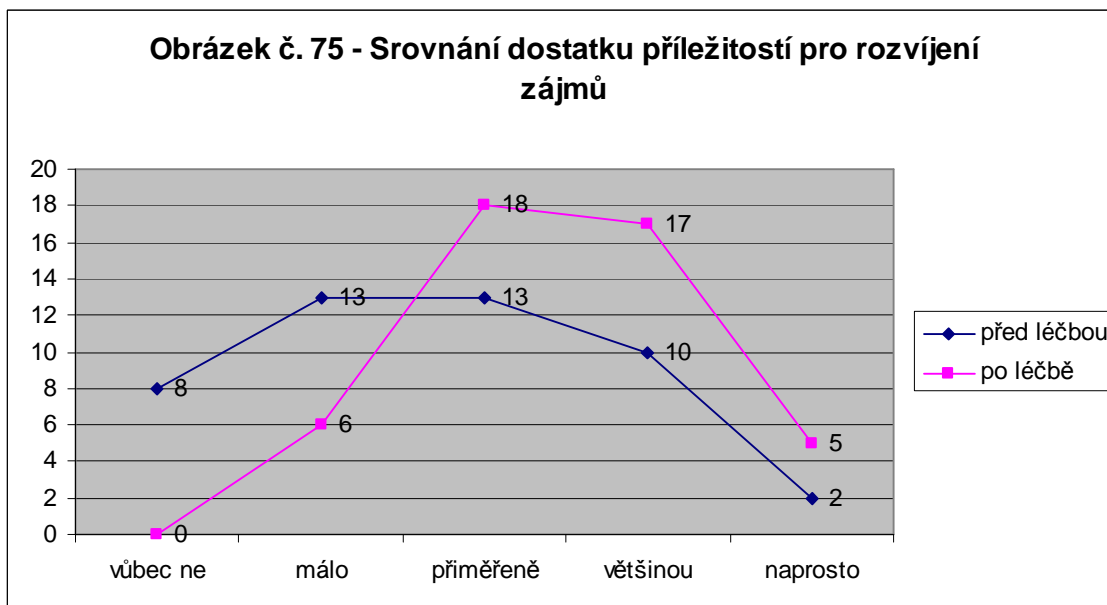
Oblast financí byla po léčbě stejná. Před léčbou respondenti uvedli, že měli buď *přiměřené* množství financí (28 %) nebo *málo* (26 %). Muži uváděli spíše *málo* (36 %) a ženy uvedly, že měly *přiměřené* množství financí (34 %) a jsou to právě ženy, které uvedly, že měly *naprostý* dostatek financí (7 %). U mužů ani u žen se hodnocení v oblasti financí po léčbě nezměnilo. Domnívám se, že je to hlavně proto, že většina žen i přes svou závislost měla práci. Většina mužů byla spíše nezaměstnaná, hledající práci (obrázek č. 73).



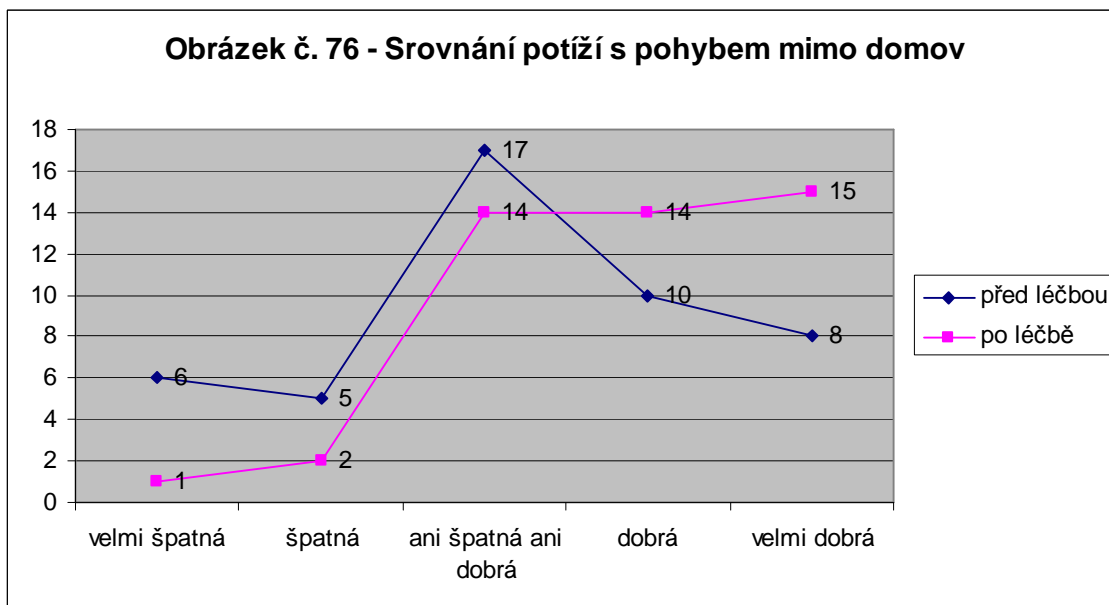
Před léčbou respondenti uvedli, že *většinou* měli dostatek informací (35 %), které potřebují pro svůj každodenní život, nebo alespoň *přiměřeně* (33 %). Muži častěji uvedli, že měli *většinou* dostatek informací (50 %), ženy měly *přiměřené* množství informací (38 %). Po léčbě se respondenti shodli na *většinovém* množství informací (50 %). Častěji ženy uvedly, že měly *naprostý* dostatek informací (31 %) (obrázek č. 74). Domnívám se, že je to proto, že již v průběhu léčby měli respondenti přednášky a k dispozici různé studijní materiály, které si museli nastudovat. Také si museli respondenti sami před ukončením léčby zajistit doléčovací program a bylo jim umožněno hledat si práci a tedy i přístup na internet, kde si veškeré informace museli respondenti vyhledat a zajistit, což je vedlo k samostatnosti a rozvoji jejich dovedností.



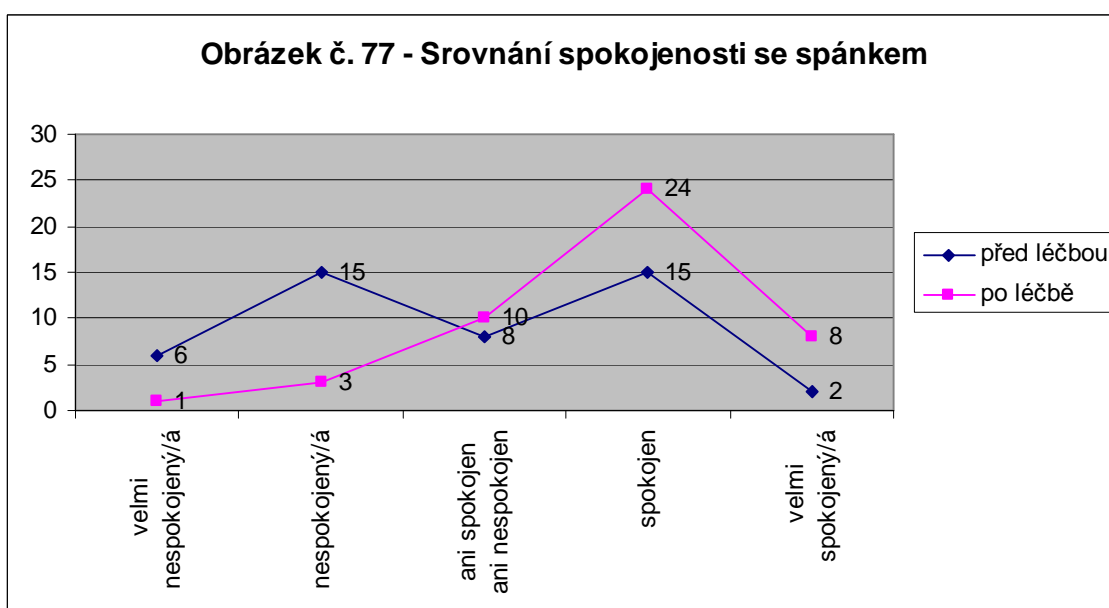
Respondenti měli před léčbou *málo* i *přiměřené* příležitosti k rozvoji svých zájmů (28 %). Ženy měly spíše *přiměřeně* příležitostí (34 %) a muži měli *většinou* dostatek příležitostí pro rozvíjení svých zájmů (36 %). Dle mého názoru je to proto, že většina žen byla buď vdaná nebo rozvedená a měli děti. Proto kromě závislosti, která jim zabírala většinu času, se musely postarat ještě o děti, popř. manžela, a tedy jim nezbývalo příliš mnoho času na své zájmy, pokud vůbec před léčbou kromě své závislosti nějaké zájmy měly. Ani po léčbě nedošlo k výraznému zlepšení. Po léčbě měla většina mužů dostatek příležitostí pro rozvíjení svých zájmů (43 %). Většina mužů byla rozvedených, nemají děti v péči a byli nezaměstnaní (obrázek č. 75). Proto také měli dostatek volného času pro rozvíjení svých zájmů, ale neměli dostatek finančních prostředků. Také se domnívám, že před léčbou byla jejich závislost zároveň také jejich koníčkem. Během léčby se respondenti zaměřují na své záliby, zájmy a koníčky, popř. na to, co by je bavilo, aby po léčbě vyplnili svůj volný čas, nenudili se, nezačali opět užívat nebo se nestali závislími na jiné návykové látce. Proto se i u žen po léčbě mírně zvýšily příležitosti pro rozvíjení jejich zájmů.



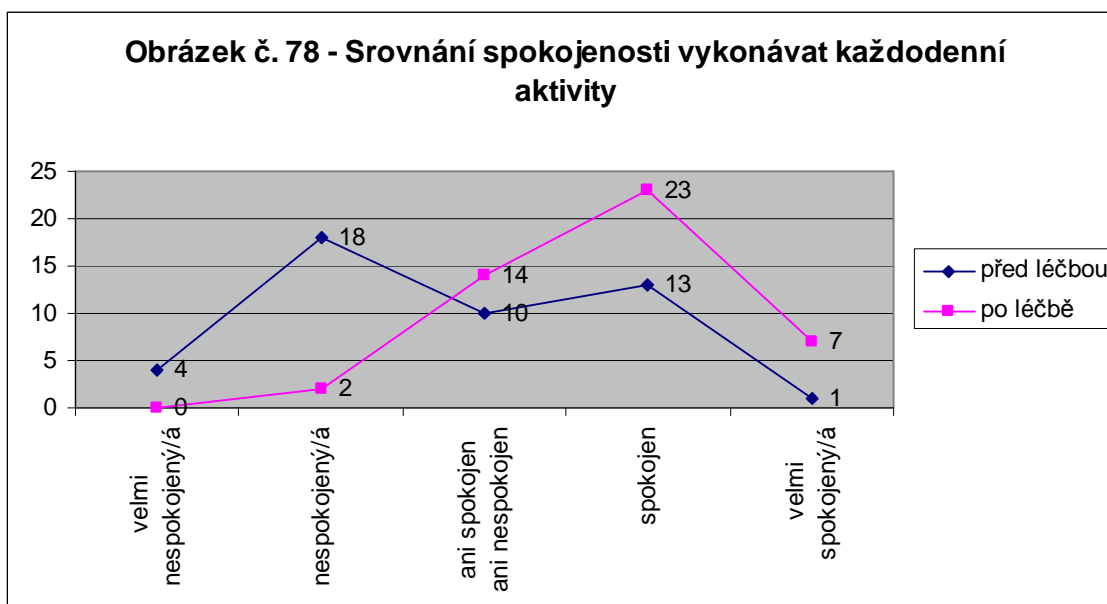
Ani dobře ani špatně se respondentům nepohybovalo mimo domov (37 %) před léčbou. Ženy se při pohybu mimo domov necítily *ani dobře ani špatně* (38 %), ale byly i ženy, kterým se pohybovat mimo domov činilo velké potíže (19 %) před léčbou. Za to muži neměli potíže se pohybovat mimo domov (36 %). Díky léčbě k velké změně nedošlo. Muži se necítily při pohybu mimo domov *ani dobře ani špatně* (43 %), naopak ženy se cítily *velmi dobře* při pohybu mimo domov (38 %) po léčbě (obrázek č. 76). Domnívám se, že ženy ohodnotily hůře tuto oblast proto, že ženy spíše pijí potají o samotě doma, aby je děti nebo manžel neviděl, a proto jim činilo větší potíže pohybovat se na veřejnosti a kontrolovaně pít. Naopak muži pijí častěji na veřejnosti, a proto jim pohyb mimo domov nečinil také problémy. Po léčbě respondentům nečinilo příliš velké potíže pohybovat se mimo domov, pokud se budou respondenti vyhýbat rizikovým místům a budou pracovat na prevenci relapsu.



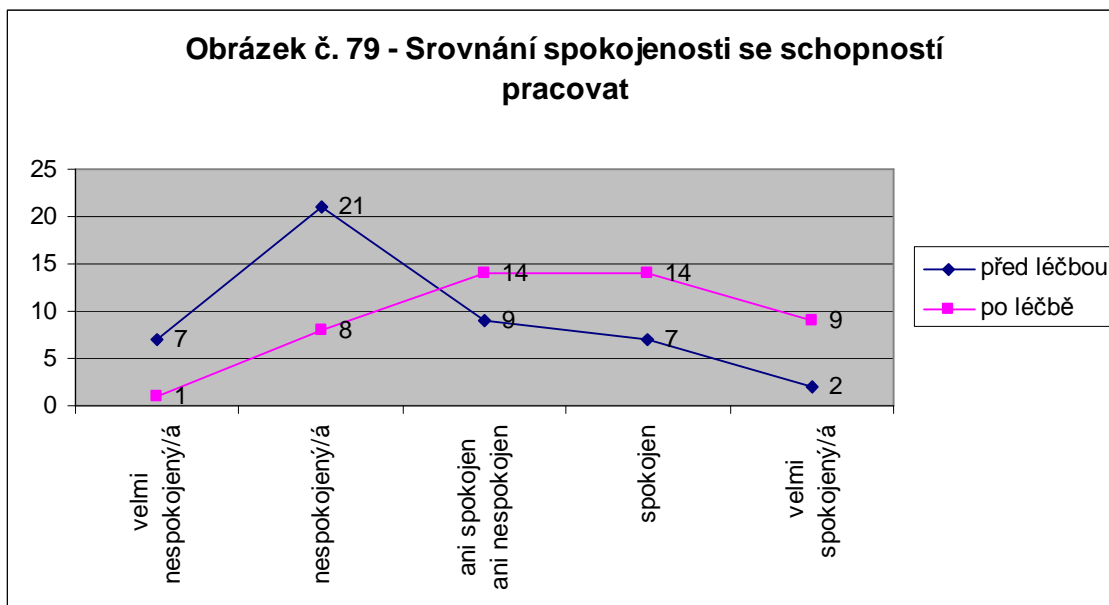
Část respondentů byla *spokojena* a část respondentů byla *nespokojena* se svým spánkem před léčbou (33 %). Ženy byly spíše *nespokojeny* (31 %) se spánkem před léčbou a muži byli naopak *spokojeni* se spánkem před léčbou (43 %). Po léčbě však byla většina respondentů se spánkem *spokojena* (52 %). Některé ženy byly dokonce po léčbě se svým spánkem *velmi spokojeny* (25 %). Nikdo z mužů nebyl po léčbě *velmi nespokojen* ani *velmi spokojen* se svým spánkem (obrázek č. 77). Spokojenost se spánkem připisují pravidelnému režimu, přiměřené tělesné aktivitě, dostatku spánku, relaxace a odpočinku, který respondenti dodržovali během léčby.



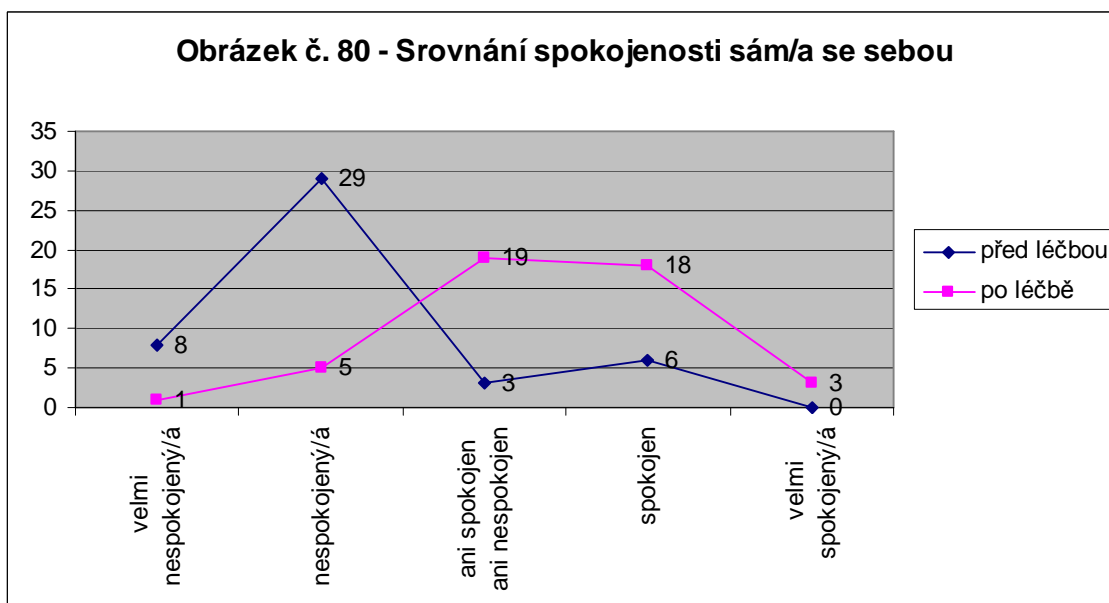
Většina respondentů byla na počátku léčby *nespokojena* se schopností vykonávat každodenní aktivity (39 %). Většina žen byla před léčbou *nespokojena* se svou schopností vykonávat každodenní aktivity (41 %), muži byli i *spokojeni* i *nespokojeni* (36 %). Nikdo z mužů nebyl *velmi spokojen* se svou schopností každodenních aktivity před léčbou (obrázek č. 78). Domnívám se, že nespokojenost respondentů s vykonáváním každodenních aktivit pramení z obtížného vykonávání jakýchkoliv jiných aktivit kromě pravidelně opakujícího se užívání návykových látek, vzhledem k tomu, že postupně závislost na návykové látce vede k jejímu užívání třeba i v zaměstnání. Postupem času není člověk schopen čehokoliv jiného, kromě samotného užívání. Po léčbě byla polovina respondentů (50 %) *spokojena* se svou schopností vykonávat každodenní aktivity, díky abstinenci respondentů a již zmíněnému pravidelnému režimu ústavní léčby. Nikdo z respondentů nebyl *velmi nespokojen* se schopností vykonávat každodenní aktivity.



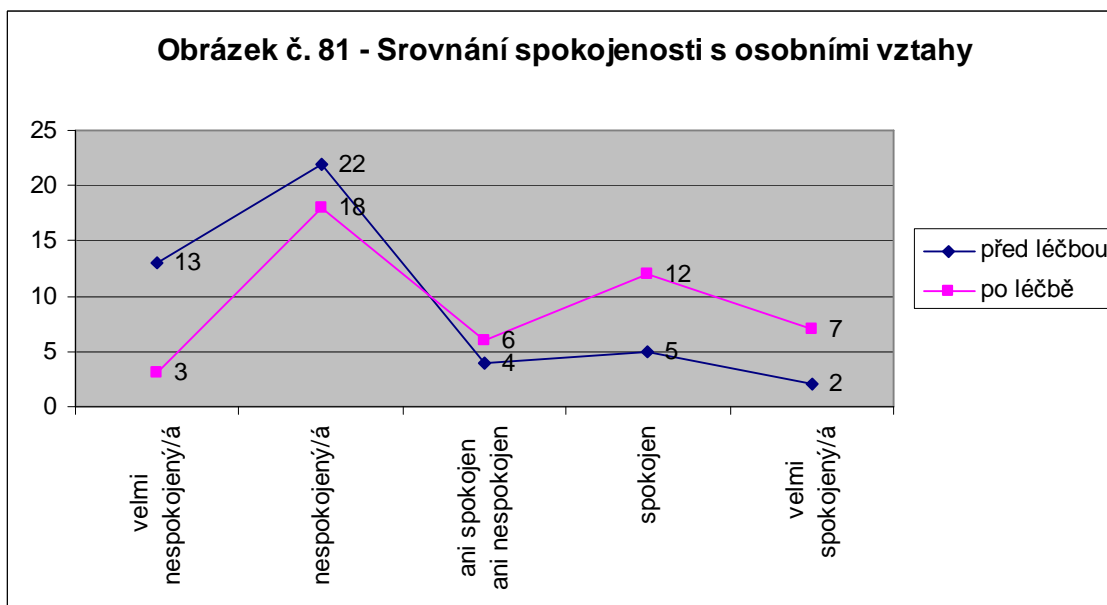
Před léčbou byli respondenti *nespokojeni* se svou schopností pracovat (46 %). Po léčbě byla část respondentů *spokojena* se svou schopností pracovat a část respondentů *ani spokojena ani nespokojena* (30 %). Ženy byly po léčbě spíše *spokojeny* (31 %) a muži *ani spokojeni ani nespokojeni* se schopností pracovat (36 %) (obrázek č. 79). Jak již bylo zmíněno výše, respondenti před léčbou nebyli schopni téměř žádné aktivity kromě závislosti samotné a tedy ani docházení do zaměstnání, soustředění na práci apod. Respondenti, kteří byli spokojeni se svou schopností pracovat, jsou buď pracující nebo důchodci. Respondenti, kteří nebyli ani spokojeni ani nespokojeni se svou schopností pracovat, jsou většinou nezaměstnaní, kteří buď práci nehledají, nebo naopak hledají práci.



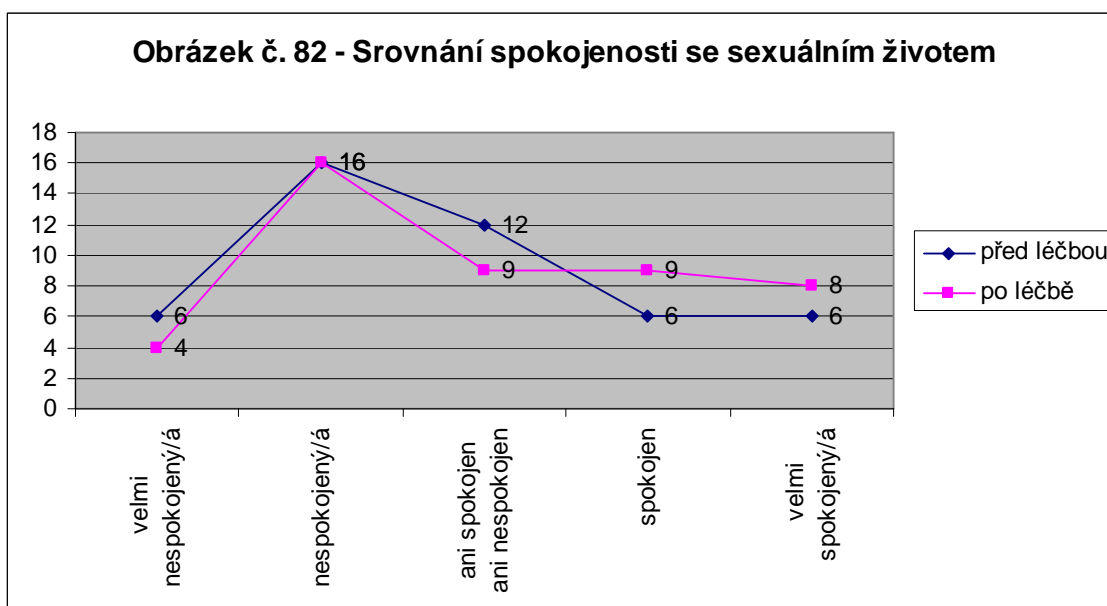
Většina respondentů byla se sebou před léčbou *nespokojena* (63 %). Po léčbě byli respondenti se sebou *spokojeni* (39 %) nebo *ani spokojeni ani nespokojeni* (41 %). Muži byli se sebou většinou *spokojeni* po léčbě (43 %). Ženy se sebou byly *ani spokojeny ani nespokojeny* (44 %) (obrázek č. 80). Lze tedy shrnout, že se po léčbě spokojenost se sebou samotným u respondentů mírně zlepšila. Domnívám se, že nespokojenost respondentů před léčbou se sebou samotným může pramenit ze závislosti samotné, zanedbávání rodiny, neschopnost pracovat nebo ztráta zaměstnání a nedostatek financí, pokud nebyli respondenti se sebou nespokojeni již před samotným užíváním. Pro zjištění příčiny a délky trvání nespokojenosti se sebou by bylo potřeba položit ještě další doplňující otázky. Po léčbě byli sami se sebou spokojeni zejména respondenti, kteří měli práci a podporu ze strany rodiny a blízkých.



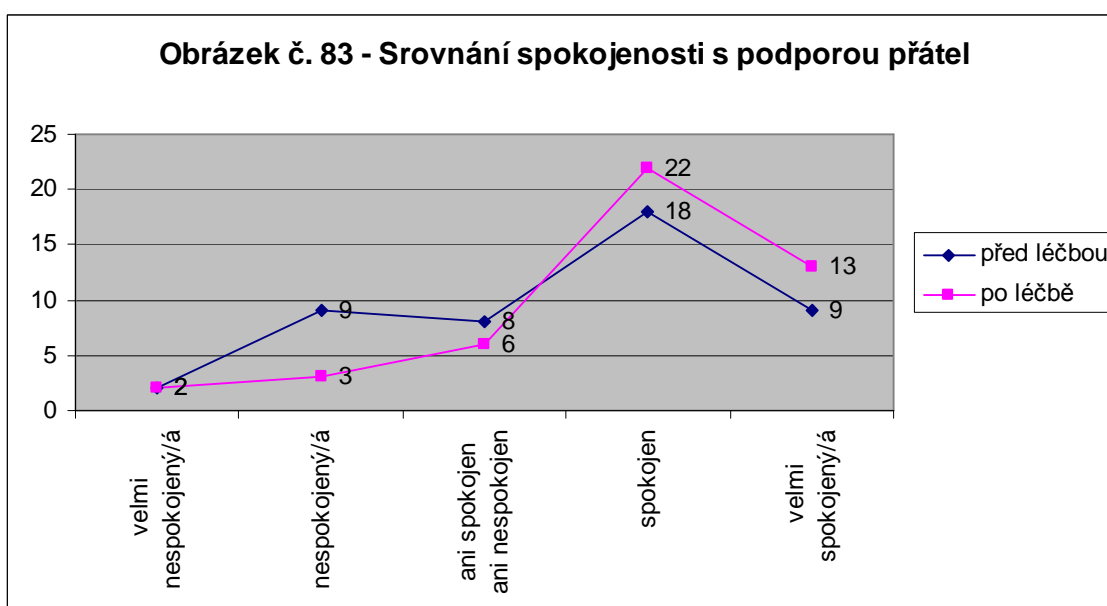
Před léčbou také převažovala *nespokojenost* respondentů s osobními vztahy (48 %). Nespokojenost v této oblasti uvedli jak muži (50 %), tak i ženy (47 %) (obrázek č. 81). Příčinou nespokojenosti u obou pohlaví může být opět samotná závislost respondentů a zanedbávání nebo úplný rozpad rodiny. Ke změně v této oblasti nedošlo ani po léčbě (39 %) i přesto, že respondenti kromě soustředění se na sebe, měli také možnost a prostor k řešení rodinných problémů, vzájemných vztahů a postojů v nich v rámci např. rodinné terapie či skupinové terapie. *Spokojených* s osobními vztahy bylo 26 % respondentů (29 % mužů a 25 % žen).



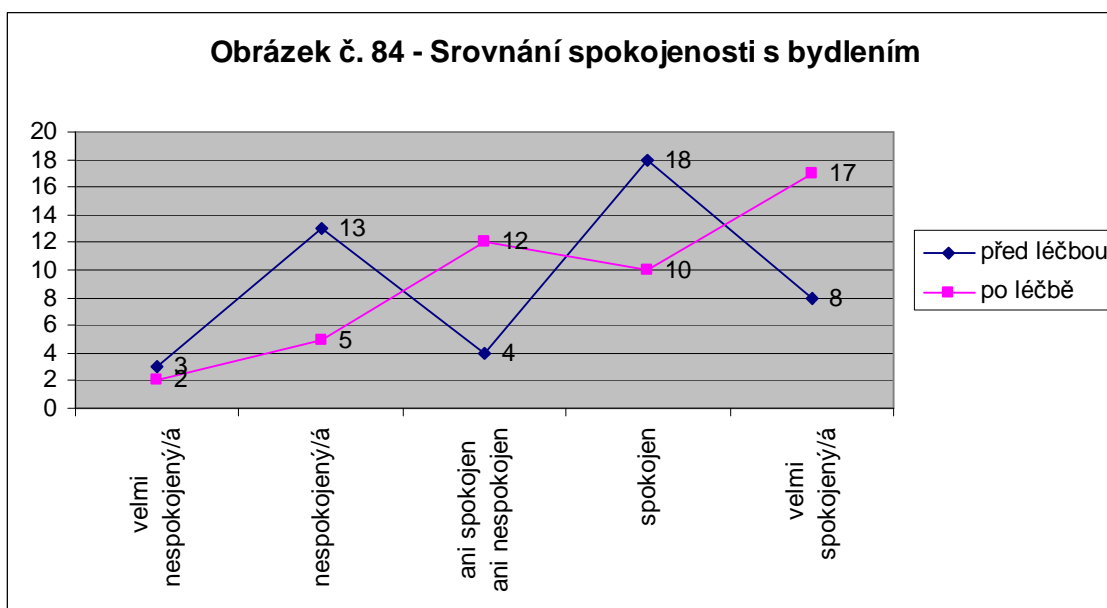
Stejně tak, jak převažovala nespokojenost respondentů s osobními vztahy, převažovala i *nespokojenost* respondentů se sexuálním životem před léčbou (35 %). A ke změně nedošlo ani po léčbě. Některé ženy uvedly *naprostou spokojenost* (19 %) se sexuálním životem před léčbou i po léčbě. V této oblasti ke změně nedošlo (obrázek č. 82). Domnívám se, že ke změně v této oblasti nedošlo zejména proto, že i když respondentům nebyly odepřeny návštěvy, nedocházelo u většiny respondentů k uspokojení těchto potřeb. Navázání vztahů mezi muži a ženami bylo zakázáno, navázání erotických vztahů bylo sankcionováno předčasným ukončením hospitalizace.



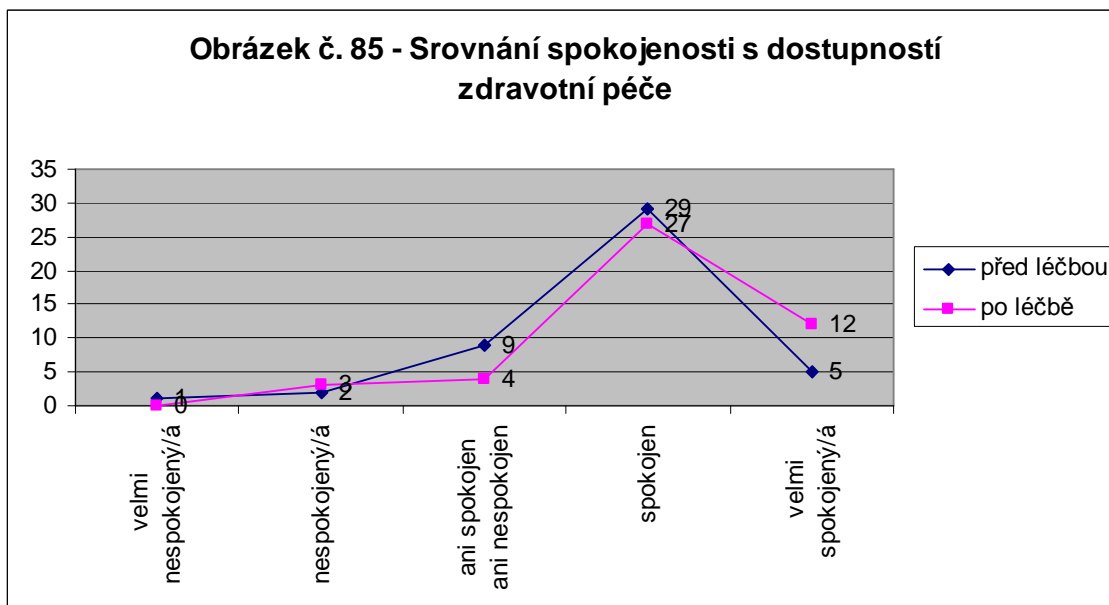
S podporou ze strany přátel byli respondenti před léčbou *většinou* spokojeni (39 %). Po léčbě byli s podporou přátel respondenti *spokojeni* (48 %) a někteří dokonce *velmi spokojeni* (28 %). Stejný počet žen byl po léčbě *spokojen* (41 %) i *velmi spokojen* (38 %), muži byli s podporou přátel po léčbě pouze *spokojeni* (64 %). Nikdo z mužů nevedl, že by nebyl s podporou přátel před i po léčbě spokojen *vůbec* (obrázek č. 83). Domnívám se, že respondenti, kteří s podporou přátel byli před i po léčbě nespokojeni, měli přátele a blízké pouze v okruhu rizikových míst své závislosti, tedy také uživatele. Pro tyto respondenty je důležité, aby si našli přátele mezi neuživateli a navázali sociální vztahy i na jiných místech. Podpora ze strany přátel, blízkých a rodiny je velmi důležitá pro další léčbu a motivaci respondentů, která jim umožní lehčí průběh abstinence. Pro zjištění příčiny nespokojenosti s podporou ze strany přátel by bylo potřeba položit další doplňující otázky týkající se této oblasti.



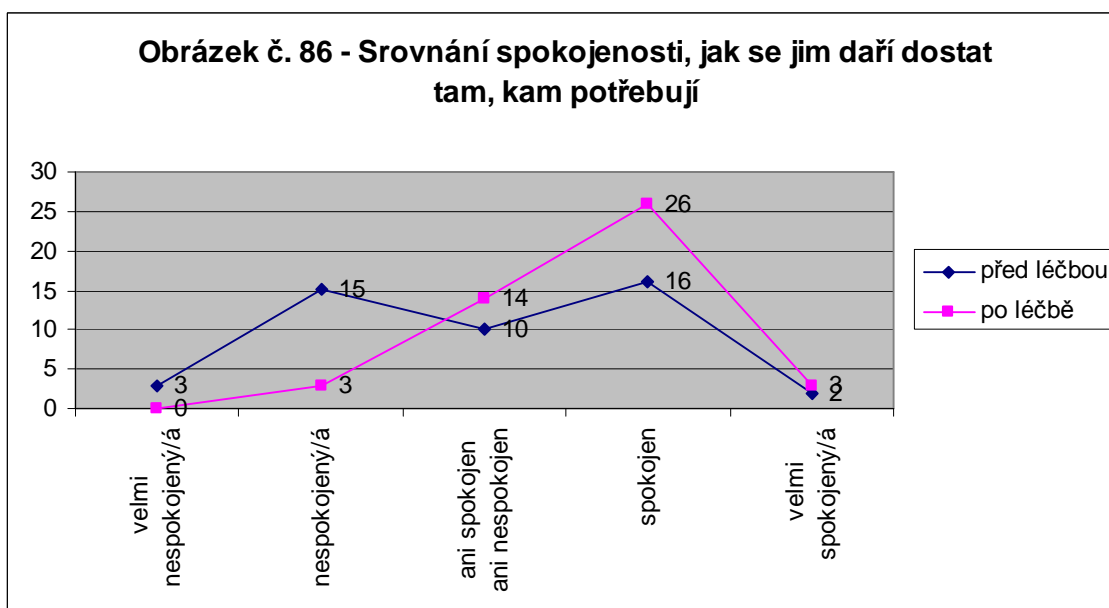
Většina respondentů byla před léčbou *spokojena* se svým bydlením (39 %). Pouze ženy byly před léčbou se svým bydlením dokonce *velmi spokojené* (22 %). Po léčbě byli muži *ani nespokojeni ani spokojeni* (43 %) a ženy byly po léčbě *velmi spokojené* se svým bydlením (44 %) (obrázek č. 84). Domnívám se, že spokojenost mužů se svým bydlením před léčbou byla proto, že většinu mužů úroveň svého bydlení příliš nezajímala, a proto po léčbě nebyli respondenti *ani spokojeni ani nespokojeni*. Předpokládám, že muži domácnost více zanedbávali, než ženy, které se většinou musely starat o rodinu.



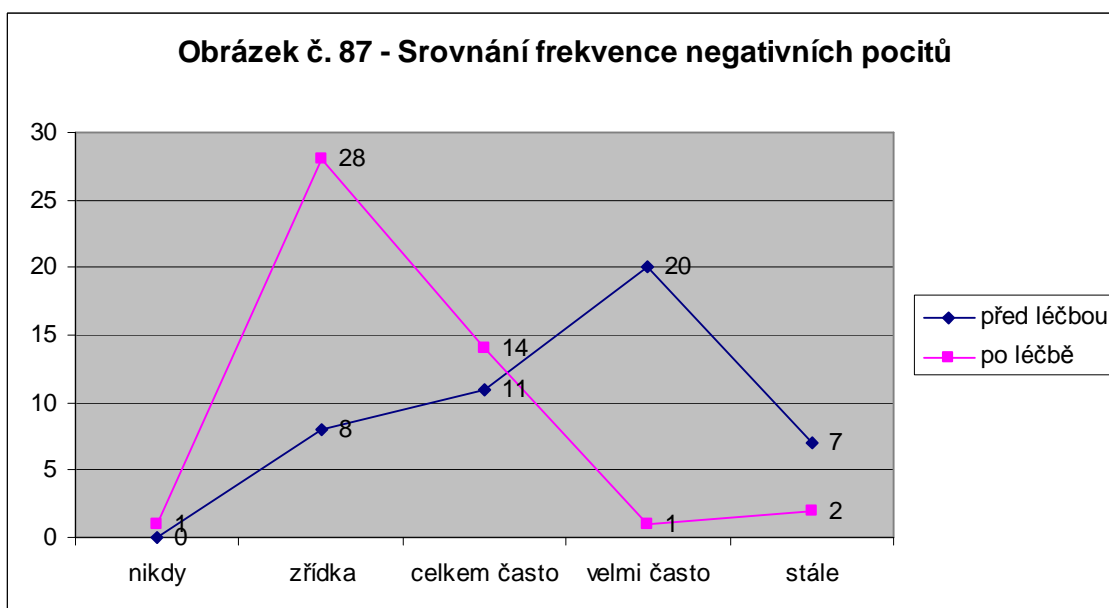
Spokojenost s dostupností zdravotní péče převažovala u obou pohlaví i před léčbou i po léčbě (63 %). Muži byli po léčbě *spokojeni* s dostupností zdravotní péče (71 %), ženy byly většinou *spokojené* (53 %), ale byly i ženy, které byly *velmi spokojené* s dostupností zdravotní péče po léčbě (38 %). Nikdo z respondentů nebyl *velmi nespokojen* (obrázek č. 85). Domnívám se, že vyšší spokojenost s dostupností zdravotní péče byla díky vyšší informovanosti respondentů o možnostech a typech léčby, ze které si respondenti mohli vybrat nejen doléčovací programy.



Se schopností dostat se tam, kam potřebují, byli respondenti před léčbou *spokojeni* (35 %) i *nespokojeni* (33 %). Muži byli před léčbou spíše *nespokojeni* (43 %) a ženy naopak *spokojeny* (38 %). Po léčbě byli respondenti se schopností dostat se tam, kam potřebují, výrazně *spokojeni* (57 %). Ženy byly *spokojeny* (63 %) stejně jako muži (43 %), ale pouze ženy uvedly, že byly *velmi spokojeny* (9 %) (obrázek č. 86). Lze tedy shrnout, že respondenti byli po léčbě více spokojeni se svými schopnostmi než na začátku. Což je opět dobrý základ pro další akci a odhodlanost se svou závislostí bojovat a zvýšit sebedůvěru každého respondenta.



Před léčbou měli respondenti negativní pocity, jako špatnou náladu, pocity zoufalství, úzkost a deprese *velmi často* (43 %). Po léčbě respondenti uvedli, že tyto pocity měli *zřídka* (61 %). Muži po léčbě zažívali negativní pocity *zřídka* (43 %) i *celkem často* (43 %), ženy ve většině případů zažívaly po léčbě negativní pocity *zřídka* (69 %) (obrázek č. 87). Domnívám se, že většina respondentů na počátku léčby kvůli pravidelnému a přísnému režimu chtěla dobrovolně hospitalizaci ukončit, ať už kvůli již zmíněnému přísnému režimu, nízké sebedůvěře nebo nedostatečné podpoře ze strany přátel a rodiny. Ke konci léčby respondenti nabyli sebevědomí, byli více odhodlaní a uvědomili si i nutnost léčby, bez které by to sami nezvládli. Další motivací pro respondenty byly úspěchy a podpora ze strany respondentů, kteří v léčbě byli déle a měli úspěšně ukončenou léčbu.



5. Souhrn výsledků

Tato kapitola shrnuje výsledky práce vzhledem ke stanoveným výzkumným otázkám. *Výzkumná otázka 1.* Jak uživatelé vnímali kvalitu svého života a zdraví před nástupem do léčby? Ženy svou kvalitu života před léčbou hodnotily jako ani dobrou ani špatnou nebo špatnou (41 %). Nikdo z respondentů nebyl se svojí kvalitou života před léčbou velmi spokojen. Muži svou kvalitu života ohodnotili před léčbou jako ani špatnou ani dobrou (36 %). Respondenti před léčbou nebyli příliš spokojeni se svým zdravím (41 %). Muži před léčbou se svým zdravím nebyli spokojeni (29 %) nebo nebyli ani spokojeni ani nespokojeni (29 %). Ženy se svým zdravím byly spíše nespokojeny. Předpokládala jsem, že respondenti ohodnotí svou kvalitu života spíše jako špatnou.

Výzkumná otázka 2. Jak uživatelé vnímali kvalitu svého života a zdraví před skončením léčby? Po léčbě hodnotily spíše pozitivně kvalitu svého života ženy. Ty hodnotily svou kvalitu života jako dobrou (44 %). Pouze ženy ohodnotily kvalitu svého života jako velmi dobrou (13 %). U mužů se hodnocení kvality života po léčbě příliš nezměnilo. Hodnocení kvality života se po léčbě mírně zlepšilo a toto zlepšení vnímají spíše ženy. Po léčbě byli respondenti se svým zdravím spokojeni (47 %). A některé ženy byly dokonce velmi spokojeny se svým zdravím (9 %). Nikdo z respondentů nebyl na konci léčby velmi nespokojen se svým zdravím. Respondenti na konci léčby byli se svým zdravím spokojeni, došlo u nich ke zlepšení.

Výzkumná otázka 3. Do jaké míry v posledních čtyřech týdnech zažívali/pocítili některé popsané situace (omezování fyzickou bolestí, potřebu léčby, smysl života apod.)? Na začátku léčby respondentům fyzická bolest nebránila vůbec (30 %). Muže fyzická bolest neomezovala vůbec (36 %) nebo málo (36 %), ženám fyzická bolest bránila středně dělat to, co potřebují (31 %). Po léčbě však respondenti spíše uvedli, že jim fyzická bolest nebrání vůbec dělat to, co potřebují (52 %). Po léčbě nikdo z respondentů neuvedl, že by jim fyzická bolest bránila v obrovské míře. U respondentů tedy došlo ke zlepšení, tedy vymizení fyzické bolesti. Respondenti uvedli, že velmi potřebují léčbu (57 %), aby mohli fungovat v běžném životě, hodnocení před léčbou a po léčbě bylo stejné. Muži před léčbou ohodnotili, že léčbu příliš nepotřebují (36 %), naopak ženy si nutnost léčby uvědomovaly velmi (69 %). Některé ženy také uvedly, že léčbu potřebují v obrovské míře (13 %). U žen stejné hodnocení potřeby léčby přetrvávalo i po léčbě, naopak muži po léčbě více hodnotili potřebu další léčby. Většinou ve střední míře respondenty před léčbou bavil život (33 %). Muži spíše uvedli,

že je život velmi baví (29 %). Ženy před léčbou uvedly, že je život baví středně (38 %). Naopak po léčbě respondenty baví život velmi. U respondentů došlo ke zlepšení, na konci léčby respondenty baví život (46 %). Před léčbou respondenti nacházeli svůj smysl života ve střední míře (37 %). Pro muže měl život smysl velmi (36 %), pro ženy pouze ve střední míře (41 %). Naopak po léčbě měl jejich život smysl velmi (63 %). Smysl života u respondentů po léčbě je velmi dobrý. Většina respondentů byla schopna se před léčbou soustředit ve střední míře (52 %). Tato odpověď se nezměnila ani po léčbě. Ženy uvedly, že se dokázaly soustředit spíše středně (53 %). Muži zase uvedli, že se dokázali soustředit velmi (50 %). Míra soustředění po léčbě se mírně zvýšila. Bezpečně v každodenním životě se respondenti nejčastěji cítili ve střední míře (43 %). Což se nezměnilo ani po léčbě, ale mnohem častěji také respondenti uvedli, že se cítili velmi bezpečně v každodenním životě (28 %). Míra bezpečí v každodenním životě byla stejná, možná mírně vyšší. Bezpečné prostředí si musí respondenti vytvořit po léčbě sami. I fyzické prostředí, ve kterém respondenti žili před léčbou, bylo pro ně zdravé dle jejich hodnocení ve střední míře (43 %) a tato odpověď se nezměnila ani po léčbě. Muži před léčbou hodnotili své fyzické prostředí za málo zdravé (36 %), ženy zase hodnotily své fyzické prostředí zdravé jako středně zdravé (47 %). U žen se hodnocení po léčbě nezměnilo, muži po léčbě ohodnotili své fyzické prostředí také jako středně zdravé (57 %).

Výzkumná otázka 4. Do jaké míry v posledních čtyřech týdnech zažívali nebo byli schopni dělat určité věci (např. dostatek energie pro běžný život, přijmout svůj fyzický vzhled, dostatek peněz pro uspokojení potřeb, dostupnost informací pro každodenní život apod.)? Respondenti ohodnotili, že měli málo energie pro běžný život (41 %). Muži uvedli, že většinou měli energii pro běžný život (36 %), ženy ale uvedly, že měly málo energie pro život (47 %). Po léčbě muži i ženy uvedli, že měli přiměřeně energie pro běžný život (38 %). Respondenti uvedli na konci léčby více energie než na počátku léčby. Před léčbou většina respondentů nebyla schopna přijmout svůj fyzický vzhled (28 %). Ženy svůj vzhled hodnotily velmi negativně a pouze ženy uvedly, že nebyly schopné přijmout svůj fyzický vzhled vůbec (25 %). Za to muži byli se svým vzhledem přiměřeně spokojeni (29 %) a někteří muži byli se svým vzhledem spokojeni naprosto (21 %). Po léčbě byli respondenti se svým vzhledem většinou spokojeni (46 %), nejčastěji to byly ženy (56 %). U mužů se názor na fyzický vzhled nezměnil. Oblast financí byla po léčbě stejná. Před léčbou respondenti uvedli, že měli přiměřené množství financí (28 %). Muži uváděli spíše málo (36 %) a ženy uvedly, že měly přiměřené množství financí (34 %). U mužů ani u žen se hodnocení v oblasti financí po léčbě nezměnilo. Před léčbou respondenti uvedli, že většinou měli dostatek informací,

které potřebují pro svůj každodenní život (35 %). Muži častěji uvedli, že měli většinou dostatek informací (50 %), ženy měly přiměřené množství informací (38 %). Po léčbě se respondenti shodli na většinovém množství informací (50 %). Respondenti měli před léčbou málo (28 %) i přiměřené příležitosti k rozvoji svých zájmů (28 %). Ženy měly spíše přiměřeně příležitostí (34 %) a muži měli většinou dostatek příležitostí pro rozvíjení svých zájmů (36 %). Ani po léčbě nedošlo k výraznému zlepšení. Po léčbě měla většina mužů dostatek příležitostí pro rozvíjení svých zájmů (43 %). I u žen se po léčbě mírně zvýšily příležitosti pro rozvíjení svých zájmů. Ani dobře ani špatně se respondentům nepohybovalo mimo domov před léčbou (37 %). Ženy se při pohybu mimo domov necítily ani dobře ani špatně před léčbou (38 %). Za to muži neměli potíže se pohybovat mimo domov (36 %). Příliš k velké změně nedošlo. Muži se necítily při pohybu mimo domov ani dobře ani špatně (43 %), naopak ženy se cítily velmi dobře při pohybu mimo domov po léčbě (38 %). Část respondentů byla spokojena (33 %) a část respondentů byla nespokojena se svým spánkem před léčbou (33 %). Ženy byly spíše nespokojeny se spánkem před léčbou (31 %) a muži byli naopak spokojeni (43 %) se spánkem před léčbou. Po léčbě však byla většina respondentů se spánkem spokojena. Některé ženy byly dokonce po léčbě se svým spánkem naprosto spokojeny (25 %). Nikdo z mužů nebyl po léčbě naprosto nespokojen, ani naprosto spokojen se svým spánkem. Většina respondentů byla na počátku léčby nespokojena se schopností vykonávat každodenní aktivity (39 %). Většina žen byla před léčbou nespokojena (41 %) se svou schopností vykonávat každodenní aktivity, muži byli i spokojeni i nespokojeni (36 %). Po léčbě byla polovina respondentů (50 %) spokojena se svou schopností vykonávat každodenní aktivity. Nikdo z respondentů nebyl velmi nespokojen se schopností vykonávat každodenní aktivity. Před léčbou nebyli respondenti spokojeni se svou schopností pracovat (46 %). Po léčbě byla část respondentů spokojena (30 %) se svou schopností pracovat a část respondentů ani spokojena ani nespokojena (30 %). Ženy byly po léčbě spíše spokojeny (31 %) a muži ani spokojeni ani nespokojeni (36 %) se schopností pracovat. Většina respondentů byla se sebou před léčbou nespokojena (63 %). Po léčbě byli respondenti se sebou ani spokojeni ani nespokojeni. Muži byli se sebou většinou spokojeni (39 %) po léčbě. Ženy se sebou nebyly ani spokojeny ani nespokojeny (44 %). Po léčbě se spokojenost se sebou samotným u respondentů mírně zlepšila. Před léčbou také převažovala nespokojenost respondentů s osobními vztahy (48 %). Nespokojenost v této oblasti uvedli jak muži (50 %), tak i ženy (47 %). Stejně tak, jak převažovala nespokojenost respondentů s osobními vztahy, převažovala i nespokojenost respondentů se sexuálním životem před léčbou (35 %). A ke změně nedošlo ani po léčbě. Některé ženy uvedly naprostou spokojenost (19 %) se sexuálním životem před léčbou i po

léčbě. V této oblasti ke změně nedošlo. S podporou ze strany přátel byli respondenti před léčbou většinou spokojeni (39 %). Po léčbě byli s podporou přátel respondenti spokojeni (48 %). Stejný počet žen byl po léčbě spokojen (41 %), muži byli s podporou přátel po léčbě pouze spokojeni (64 %). Nikdo z mužů nevedl, že by nebyl s podporou přátel před i po léčbě spokojen vůbec. Většina respondentů byla před léčbou spokojena se svým bydlením (39 %). Pouze ženy byly před léčbou se svým bydlením dokonce velmi spokojené (22 %). Po léčbě byli muži ani nespokojeni ani spokojeni (43 %) a ženy byly po léčbě velmi spokojené se svým bydlením (44 %). Spokojenost s dostupností zdravotní péče převažovala u obou pohlaví i před léčbou i po léčbě (63 %). Muži byli po léčbě spokojeni s dostupností zdravotní péče (71 %), ženy byly většinou spokojené (53 %). Nikdo z respondentů nebyl velmi nespokojen. Se schopností dostat se tam, kam potřebují, byli respondenti před léčbou spokojeni (35 %) i nespokojeni (33 %). Muži byli před léčbou spíše nespokojeni (43 %) a ženy naopak spokojeny (38 %). Po léčbě byli respondenti se schopností dostat se tam, kam potřebují, výrazně spokojeni (57 %). Ženy byly spokojeny (63 %) stejně jako muži (43 %), ale pouze ženy uvedly, že byly velmi spokojeny (9 %). Respondenti byli po léčbě více spokojeni se svými schopnostmi než na začátku.

Výzkumná otázka 5. Jak často uživatelé pociťovali nebo zažívali negativní pocity (špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese) v posledních 4 týdnech? Před léčbou měli respondenti negativní pocity jako špatnou náladu, pocity zoufalství, úzkost a deprese velmi často (43 %). Po léčbě respondenti uvedli, že tyto pocity měli zřídka (61 %). Muži po léčbě zažívali negativní pocity zřídka (43 %) i celkem často (43 %). Ženy ve většině případů zažívaly po léčbě negativní pocity zřídka (69 %).

6. Diskuze

Výzkumná studie probíhala od listopadu 2011 do května 2012 na oddělení léčby závislostí Kliniky adiktologie v Praze. Studie se zúčastnilo celkem 46 respondentů, kteří vyplnili dotazník WHOQOL-BREF při nástupu do léčby a před ukončením léčby. Cílem realizovaného výzkumu bylo zjistit, jaká je úroveň kvality života u drogově závislých klientů před ústavní léčbou a srovnání úrovně kvality života u drogově závislých klientů po ústavní léčbě ve stejném ústavním zařízení, tedy subjektivní vnímání úrovně kvality života každého klienta při nástupu do léčby, jeho postoje, smysl života a pocity. Srovnat jaké rozdíly jsou ve vnímání různých situací, pocitů a smyslu jejich života po absolvování léčby. Pojem kvality života je stále zahalena definiční i koncepční nejednotností. Existuje mnoho různých dotazníků na kvalitu života a dalších pomocných nástrojů.

Výzkumná studie ukázala, že úroveň kvality života před léčbou nebyla ani špatná ani dobrá, po léčbě byla úroveň kvality života dobrá. Kvalita života se po ústavní léčbě mírně zlepšila. Úroveň kvality života vyplývá zejména ze spokojenosti v ostatních oblastech (zdravotní, psychické, sociální a duchovní oblasti). Kvalita života každého respondenta závisí na jeho abstinenci, jeho dodržování a vyhýbání se rizikovým místům, vyhledáním pomoci a podpory ze strany rodiny. Zdravotnický tým se snažil vytvořit klientům co nejlepší podmínky k nastolení jejich změny ve vnímání sebe, okolí, možnost rozvoje a případné řešení jejich vnějších i vnitřních konfliktů. Domnívám se, že ke snížení kvality života v ústavní léčbě přispívá nezaměstnanost nebo ztráta zaměstnání, nedostatek financí a horší uplatnění na trhu práce. V žádné oblasti nedošlo po léčbě u respondentů ke zhoršení. Ke zlepšení došlo v oblastech spokojenosti se zdravím, kdy na začátku léčby byli respondenti se zdravím nespokojeni a po léčbě uvedli spokojenost se svým zdravím. Během ústavní léčby byli respondenti pod zdravotnickým dohledem, pravidelně u nich probíhali zdravotní prohlídky včetně různých vyšetření a nastolení adekvátní léčby. Před léčbou respondenty život příliš nebavil, ale po léčbě respondenti uvedli, že je život baví velmi. To, že respondenty baví život souvisí také s jejich smyslem života. Smysl života respondenti nacházeli ve střední míře, naopak po léčbě došlo k mírnému zlepšení, kdy respondenti uvedli, že má jejich život smysl velmi. Domnívám se, že respondenti, kteří mají rodinu a děti, případně i práci, nacházeli svůj smysl života. Ti respondenti, kteří byli nezaměstnaní, nacházeli smysl života v jiných oblastech, jako hledání práce, zájmy a koníčky, hledání partnera, splnění si životních snů apod. Pro zjištění hlavního důvodu smyslu jejich

života by byla potřeba položit respondentům další otázky. Také respondenti uvedli, že před léčbou měli málo energie pro svůj běžný život a po léčbě došlo k mírnému zlepšení, kdy respondenti uvedli, že mají přiměřeně energie pro běžný život. Během ústavní léčby byl klientům nastaven pravidelný léčebný režim, který by si i po léčbě měli klienti sestavit a dodržovat. Pravidelné vstávání, strava, čas na odpočinek a relaxaci, přiměřená aktivita a pravidelná doba spánku vedla u respondentů k získání dostatečné energie a k nevyčerpání. Před léčbou byli respondenti málo schopni přijmout svůj vzhled a po léčbě byli většinou se svým vzhledem spokojeni. Také po léčbě došlo mírně ke zlepšení v oblasti příležitostí pro rozvíjení zájmů, kdy před léčbou uvedli respondenti, že měli málo i přiměřené příležitosti k rozvíjení svých zájmů. Během léčby se respondenti soustředili pouze na sebe a pracovali na svém rozvoji a mohli se věnovat i svým zájmům nebo se naučit i novým dovednostem. Po léčbě měli respondenti přiměřeně i většinou dostatek příležitostí k rozvíjení zájmů. Před léčbou respondentům průměrně činilo problém pohybovat se mimo domov, po léčbě jim však pohyb mimo domov nečinil výrazné potíže. Během léčby měli respondenti povinné 3 víkendové vycházky, na které, než odešli, si museli sestavit plán, co budou ten víkend s rodinou dělat a tento plán dali k nahlédnutí zdravotnímu personálu. V případě zjištění jakýchkoliv potíží se klienti mohli obrátit na zdravotní personál. Před léčbou byli respondenti se svým spánkem i spokojeni i nespokojeni, spokojenost se spánkem převažovala na straně mužů. Naopak po léčbě byli se spánkem spokojeni. Také nebyli respondenti spokojeni se svými schopnostmi vykonávat každodenní aktivity a po léčbě byli respondenti s těmito schopnostmi spokojeni. A právě těmito každodenním aktivitám se klienti učili již během léčby. Klienti se v léčbě učili dodržovat povinnosti, které, když nesplnili, byli sankcionováni terapeutickými body. Před léčbou byli respondenti nespokojeni se svou schopností pracovat a sami se sebou. Po léčbě stejný počet respondentů uvedl ani spokojenost ani nespokojenost i spokojenost. Před léčbou byli respondenti se svým bydlením spokojeni a po léčbě byli naprosto spokojeni. Co se týče negativních pocitů, které respondenti před léčbou zažívali velmi často, se po léčbě také zlepšilo. Na konci léčby respondenti uvedli, že negativní pocity zažívali zřídka. Naopak vůbec k žádné změně po léčbě nedošlo ve výskytu fyzické bolesti, kdy na začátku léčby respondenti uvedli, že jim fyzická bolest nebránila vůbec dělat to, co potřebují. Většina respondentů uvedla závislost na alkoholu a většinou muži experimentovali i s jinými nelegálními látkami. Stejně jako potřebu léčby si respondenti uvědomovali velmi i na začátku i léčby i na konci léčby. Jedním z doporučení, než ukončí klienti léčbu, bylo, aby si klienti zajistili doléčovací program v místě bydliště, což většina respondentů udělala. Respondenti uvedli, že měli středně schopnost se soustředit. Schopnost soustředit se respondentům činilo zpočátku léčby potíže, za což byli ze

strany zdravotního personálu často upozornění. Ve střední míře se také respondenti cítí v každodenním životě bezpečně a i fyzické prostředí ohodnotili jako středně zdravé. I zde záleží na dodržování abstinence samotného klienta a udržení si tzv. suchého domu. I po léčbě mají respondenti přiměřené množství financí a většinou dostatek informací, které potřebují pro svůj každodenní život, i přesto, že si pobyt v ústavní léčbě musí hradit sami. Také má většina respondentů různé dluhy a půjčky a opomenout nelze ani dnešní cena za alkoholické nápoje, většina respondentů uvedla závislost na alkoholu. Nespokojeni byli respondenti zejména v oblasti osobních vztahů a sexuálního života, které byly v ústavní léčbě omezené na minimum. Navázání osobních i erotických vztahů v ústavní léčbě bylo zakázáno a sankcionováno předčasným ukončením hospitalizace. Také je třeba neopomenout fakt, že většina respondentů byla rozvedená a byli sami bez partnera. Zato s podporou přátel byli respondenti většinou spokojeni, stejně tak jako s dostupností zdravotní péče. Většinou byli respondenti také spokojeni s tím, jak se jim dařilo dostat tam, kam potřebují. Většina respondentů uvedla, že jim ústavní léčba připadala jako jízda na horské dráze, chvíli se připadali, že všechno zvládnou a chvíli je stahovala úzkost, deprese a touha ukončit léčbu. Nejdůležitějším faktorem vyšší kvality života klientů spočívá ve vlastní abstinenci, motivaci k abstinenci a další léčbě, která motivaci podpoří. Stejně tak je důležitá podpora ze strany rodiny, blízkých, partnera a přátel, kteří usnadní a podpoří klienta v abstinenci. Také přikládám důležitost k nalezení nebo obnovení zájmů a vyplnění volného času aktivitami, aby nedošlo k porušení abstinence nebo k rozvoji jiné závislosti.

ZÁVĚR

V teoretické části této práce jsem se stručně snažila popsat kvalitu života, její definici a historický vývoj, rozdělení a účinek návykových látek včetně epidemiologie a léčbu, jako farmakoterapii, modely psychoterapie, sociální práce a systém péče. Průzkum ukázal, že kvalita života je po ústavní léčbě mírně zlepšená. K nejmenším změnám došlo v oblasti osobních vztahů a sexuálního života a v oblasti financí. Je potřeba stálá motivace klientů k abstinenci, podpora ze strany rodiny, nepřerušování kontaktu se zdravotnickými službami a využití volnočasových aktivit. Svůj podíl na aktuálním hodnocení kvality života klientů v ústavní léčbě má její prostředí, které je v porovnání s běžnou realitou bezpečné. Klade na klienta jasné a splnitelné nároky, jasně vymezuje jejich práva a povinnosti, kompetence, které se postupně zvyšují a postupné přebírání odpovědnosti. Přijímají klienty takové, jací jsou, vytváří důvěrný vztah k terapeutům i k ostatním klientům. Omezení práce vnímám v nedostatečně velkém výzkumném souboru také v tom, že data pocházejí pouze z jednoho zařízení a v délce provedené studie. Doporučovala bych opakovat tuto studii ve více zařízeních v Praze, nejlépe v zařízeních po celé České republice a na větším výzkumném souboru. Také bych doporučovala delší časové odstupy ve vyplnění dotazníků, a to například při nástupu do ústavní léčby, při skončení ústavní léčby a s odstupem 6 a 12 měsíců od ústavní léčby. Uvědomuji si, úskalí spojená s 6 a 12 měsíčním odstupem k získání výsledků souboru. Podnětné by také bylo zaměřit kvalitu života také na rodinné příslušníky drogově závislých, poněvadž tato problematika prorůstá celým rodinným systémem a ovlivňuje tak kvalitu života celé rodiny. Potřeba je také zintenzivnit zdravotně preventivní programy a informovanosti veřejnosti o této problematice. Závislost na návykových látkách má velké zdravotní, sociální i materiální důsledky pro celou společnost.

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

- Obrázek č. 1 – Věk respondentů
- Obrázek č. 2 – Dosažené vzdělání respondentů
- Tabulka č. 3 – Statut respondentů
- Tabulka č. 4 – Rodinný stav respondentů
- Obrázek č. 5 – Předchozí absolvovaná léčba
- Tabulka č. 6 – Počet absolvovaných léčeb
- Obrázek č. 7 – Preferované drogy
- Obrázek č. 8 – Užívání jiných drog
- Obrázek č. 9 – Délka užívání
- Obrázek č. 10 – Subjektivní hodnocení kvality života před léčbou
- Obrázek č. 11 – Spokojenost se zdravím před léčbou
- Obrázek č. 12 – Míra omezení fyzickou bolestí před léčbou
- Obrázek č. 13 – Subjektivní míra potřeby léčby (před léčbou)
- Obrázek č. 14 – Jak moc je před léčbou baví život
- Obrázek č. 15 – Smysl života před léčbou
- Obrázek č. 16 – Schopnost se soustředit před léčbou
- Obrázek č. 17 – Pocit bezpečí v každodenním životě před léčbou
- Obrázek č. 18 – Zdravé fyzické prostředí před léčbou
- Obrázek č. 19 – Dostatek energie pro běžný život před léčbou
- Obrázek č. 20 – Schopnost přijmout svůj fyzický vzhled před léčbou
- Obrázek č. 21 – Dostatek financí na uspokojení svých potřeby před léčbou
- Obrázek č. 22 – Dostupnost informací před léčbou
- Obrázek č. 23 – Dostatek příležitostí k rozvoji zájmů před léčbou
- Obrázek č. 24 – Potíže s pohybem mimo domov před léčbou
- Obrázek č. 25 – Spokojenost se svým spánkem před léčbou
- Obrázek č. 26 – Schopnost vykonávat každodenní aktivity před léčbou
- Obrázek č. 27 – Spokojenost se svou schopností pracovat před léčbou
- Obrázek č. 28 – Spokojenost sami se sebou před léčbou
- Obrázek č. 29 – Spokojenost s osobními vztahy před léčbou
- Obrázek č. 30 – Spokojenost se sexuálním životem před léčbou
- Obrázek č. 31 – Spokojenost s podporou přátel před léčbou
- Obrázek č. 32 – Spokojenost se svým bydlením před léčbou
- Obrázek č. 33 – Spokojenost s dostupností zdravotní péče před léčbou

Obrázek č. 34 – Spokojenost s tím, jak se jim daří dostat tam, kam potřebují před léčbou

Obrázek č. 35 – Frekvence negativních pocitů před léčbou

Obrázek č. 36 - Subjektivní hodnocení kvality života po léčbě

Obrázek č. 37 – Spokojenost se zdravím po léčbě

Obrázek č. 38 – Míra omezení fyzickou bolestí po léčbě

Obrázek č. 39 – Subjektivní míra potřeby léčby (po léčbě)

Obrázek č. 40 – Jak moc je před léčbou baví život po léčbě

Obrázek č. 41 – Smysl života po léčbě

Obrázek č. 42 – Schopnost se soustředit po léčbě

Obrázek č. 43 – Pocit bezpečí v každodenním životě po léčbě

Obrázek č. 44 – Zdravé fyzické prostředí po léčbě

Obrázek č. 45 – Dostatek energie pro běžný život po léčbě

Obrázek č. 46 – Schopnost přijmout svůj fyzický vzhled po léčbě

Obrázek č. 47 – Dostatek financí na uspokojení svých potřeby po léčbě

Obrázek č. 48 – Dostupnost informací po léčbě

Obrázek č. 49 – Dostatek příležitostí k rozvoji zájmů po léčbě

Obrázek č. 50 – Potíže s pohybem mimo domov po léčbě

Obrázek č. 51 – Spokojenost se svým spánkem po léčbě

Obrázek č. 52 – Schopnost vykonávat každodenní aktivity po léčbě

Obrázek č. 53 – Spokojenost se svou schopností pracovat po léčbě

Obrázek č. 54 – Spokojenost sami se sebou po léčbě

Obrázek č. 55 – Spokojenost s osobními vztahy po léčbě

Obrázek č. 56 – Spokojenost se sexuálním životem po léčbě

Obrázek č. 57 – Spokojenost s podporou přátel po léčbě

Obrázek č. 58 – Spokojenost se svým bydlením po léčbě

Obrázek č. 59 – Spokojenost s dostupností zdravotní péče po léčbě

Obrázek č. 60 – Spokojenost s tím, jak se jim daří dostat tam, kam potřebují po léčbě

Obrázek č. 61 – Frekvence negativních pocitů po léčbě

Obrázek č. 62 – Srovnání kvality života

Obrázek č. 63 – Srovnání spokojenosti se zdravím

Obrázek č. 64 – Srovnání fyzické bolesti

Obrázek č. 65 – Srovnání míry potřeby léčby

Obrázek č. 66 – Srovnání jak moc je baví život

Obrázek č. 67 – Srovnání smyslu života

Obrázek č. 68 – Srovnání schopnosti soustředění

Obrázek č. 69 – Srovnání pocitu bezpečí

- Obrázek č. 70 – Srovnání zdravého fyzického prostředí
- Obrázek č. 71 – Srovnání energie pro běžný život
- Obrázek č. 72 – Srovnání schopnosti přijetí fyzického vzhledu
- Obrázek č. 73 – Srovnání dostatku financí pro uspokojení potřeb
- Obrázek č. 74 – Srovnání dostupností informací pro každodenní život
- Obrázek č. 75 – Srovnání dostatku příležitostí pro rozvíjení zájmů
- Obrázek č. 76 – Srovnání potíží s pohybem mimo domov
- Obrázek č. 77 – Srovnání spokojenosti se spánkem
- Obrázek č. 78 – Srovnání spokojenosti vykonávat každodenní aktivity
- Obrázek č. 79 – Srovnání spokojenosti se schopností pracovat
- Obrázek č. 80 – Srovnání spokojenosti sám/a se sebou
- Obrázek č. 81 – Srovnání spokojenosti s osobními vztahy
- Obrázek č. 82 – Srovnání spokojenosti se sexuálním životem
- Obrázek č. 83 – Srovnání spokojenosti s podporou přátel
- Obrázek č. 84 – Srovnání spokojenosti s bydlením
- Obrázek č. 85 – Srovnání spokojenosti s dostupností zdravotní péče
- Obrázek č. 86 – Srovnání spokojenosti, jak se jim daří dostat tam, kam potřebují
- Obrázek č. 87 – Srovnání frekvence negativních pocitů

POUŽITÁ LITERATURA

Csémy, L. & Sovinová, H. (2011). *Kouření cigaret, pití alkoholických nápojů a užívání marihuany mezi českými dětmi školního věku (HBSC)*. Praha: Úřad vlády ČR.

Csémy, L. & Chomynová, P. (2011). *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD)*. Praha: Úřad vlády ČR.

Čevela, R., Čeledová, L., & Dolanský, H. (2009). *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada.

Doležalová, P. (2006). Kvalita života u drogově závislých v terapeutických komunitách. *Adiktologie*, (6)1, 14-22.

A Drug Policy Alliance Release (2006). *About Methadone and Buprenorphine*. United States of America.

Ehrmann, J., & Hůlek, P. (2010). *Hepatologie*. Praha: Grada.

EMCDDA (2004). *Komorbidita: užívání drog a duševní poruchy*. Lisabon:

EMCDDA. Staženo dne 11. 6. 2012, Z:

<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index36329EN.html>

EMCDDA (2007). *Drug use and related problems among very young people*. Office for Official Publications of the European Communities.

EMCDDA (2010). *2010 Annual report on the state of the drugs problem in Europe*.

Office for Official Publications of the European Communities. Staženo dne 9. 6.

2012, Z: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010>

EMCDDA (2011). *2011 Annual report on the state of the drugs problem in Europe*.

Office for Official Publications of the European Communities. Staženo dne 29. 6.

2012, Z: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2011>

EMCDDA (2011). *Volatile Substance..* Office for Official Publications of the European Communities. Staženo dne 9. 6. 2012, Z:

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/volatile>

Fischer, S., & Škoda, J. (2009). *Sociální patologie: Analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada.

Gurková, E. (2011). *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada.

Hampl, K. (2003). *Léky vyvolávající závislost*. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 1* (s. 187 - 190). Praha: Grada.

Hampl, K. (2003). *Těkavé látky*. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 1* (s. 193 - 198). Praha: Grada.

Holcnerová, P. (2010). *Vzorce užívání alkoholu ve vybraných kulturách*. *Adiktologie*, (10)3, 154-162.

Hosáková, J. (2007). *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. Opava: Slezská universita v Opavě.

Hudáková, A, & Magurová, D. (2011). *Chronický alkoholizmus žien versus kvalita ich života*. *Adiktologie*, (11)3, 148-154.

Janíková, B. (2007). *Učební texty ke kurzu: Úvod do adiktologie*. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. Lékařské fakulty a VFN.

Kalina, K. & Frouzová, M. (2008). *Rodinná terapie a práce s rodinou*. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie* (s. 187 - 196). Praha: Grada.

Kalina, K., & Radimecký, J. (Eds.) (2003). *Drogy a drogové závislosti 2 - mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR.

Kalina, K. & Vobořil, J. (2003). *Svépomocné programy*. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 2* (s. 84 - 88). Praha: Grada.

- Klementová, E. (2011). *Systém pomoci osobám závislým na alkoholu v Moravskoslezském kraji*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita.
- Kuda, A. (2008). *Sociální rehabilitace a následná péče*. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie* (s. 215 - 222). Praha: Grada.
- Machová, J., & Kubátová, D. (2009). *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada.
- Malá, E., & Pavlovský, P. (2010). *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Marková, E., Venglářová, M., & Babiáková, M. (2006). *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada.
- Mastiliaková, D. (2007). *Teorie ošetrovatelství II*. Pracovní (testovací) verze, Opava: Slezská universita v Opavě.
- McGovern, T.F., Manning, S., & McMahon, T. (2011). Globální strategie SZO pro omezování škodlivého užívání alkoholu (2010): Vize a výzvy. *Adiktologie*, (11)1, 16-17.
- Minařík, J. (2003). *Opioidy a opiáty*. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 1* (s. 158 - 162). Praha: Grada.
- Minařík, J. (2003). *Stimulancia*. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 1* (s. 164 - 167). Praha: Grada.
- Minařík, J. & Gabrhelík, R. (2011). Farmakoterapie závislosti na metamfetaminu. *Adiktologie*, 11(Suppl.),49-50.
- Minařík, J. & Páleníček, T. (2003). *MDMA a jiné drogy „technoscény“*. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 1* (s. 200 - 203). Praha: Grada.
- Minařík, J. & Řehák, V. (2008). *Somatické komplikace a komorbidita*. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie* (s. 89 - 95). Praha: Grada.

Miovská, L. (2006). *Seznam a definice výkonů drogových služeb*. Praha: Úřad vlády ČR.

Miovská, L., Miovský, M. & Kalina, K. (2008). *Psychiatrická komorbidita*. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie* (s. 75 - 77). Praha: Grada.

Miovský, M. (2003). *Halucinogenní drogy*. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 1* (s. 169 - 172). Praha: Grada.

Miovský, M. (2003). *Konopné drogy*. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 1* (s. 174 - 178). Praha: Grada.

Mravčík, V., Běláčková, V., Fidesová, H., Pešek, R., Horáková, M., Nečas, V., Skařupová, K., Šťastná, L., Škrdlantová, E., Kiššová, L., Nechanská, B., Vopravil, J., Kalina, K., Gabrhelík, R. & Zábanský, T. (2010). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009*. [Annual Report on Drug Situation 2009 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky, Staženo dne 10. 6. 2012, Z: <http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/vyrocnizpravy/vyrocnizpravaostavuvevecchdrogvcrvr2009>

Mravčík, V., Pešek, R., Horáková, M., Nečas, V., Chomynová, P., Šťastná, L., Grolmusová, L., Kiššová, L., Fidesová, H., Nechanská, B., Vopravil, J., Prestová, I., Doležalová, P. & Koňák, T. (2011). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010*. [Annual Report on Drug Situation 2010 – Czech Republic]. Praha: Úřad vlády České republiky, Staženo dne 15. 6. 2012, Z: <http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/vyrocnizpravy/vyrocnizpravaostavuvevecchdrogvcrvr2010>

Nechanská, B., Mravčík, V., Šťastná, L., & Brožová, J. (2011). *Uživatelé alkoholu a jiných drog ve zdravotnické statistice od roku 1959*. Praha: Úřad vlády ČR.

Nešpor, K. (2000). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.

Němeček, V. (2011). *Trendy vývoje a výskyt HIV/AIDS v ČR v roce 2011*. Praha: Státní zdravotní ústav. Staženo dne 10. 6. 2012, Z: http://www.szu.cz/uploads/documents/CeM/HIV_AIDS/rocnizpravy/2011/tiskovazprava_30.1.2012_HIV_AIDS_v_CR_2011.pdf

- Payne, J. (2005). *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton.
- Popov, P. (2003). *Alkohol*. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti 1* (s. 151 - 157). Praha: Grada.
- Popov, P. (2008). *Farmakoterapie poruch vyvolaných účinkem návykových látek a substituční léčba*. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie* (s. 145 – 157). Praha: Grada.
- Popov, P. (2011). *Před 60 lety vznikla první česká záchytka*. Staženo dne 16. 11. 2011. Z: <http://www.rozhlas.cz/zpravy/veda/zprava/892601>.
- Presl, J. (1994). *Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě?* Praha: Maxdorf.
- Raboch, J., & ZVOLSKÝ, P. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.
- Raboch, J., Pavlovský, P., & Janotová, D. (2006). *Psychiatrie: minimum pro praxi*. Praha: Triton.
- Raboch, J., & Pavlovský, P. (2008). *Klinická psychiatrie v denní praxi*. Praha: Galén.
- Rahn, E., & Mahnkopf, A. (2000). *Psychiatrie. Učebnice pro studium i praxi*. Praha: Grada.
- Řehan, V. (2007). *Adiktologie*. Olomouc: Universita Palackého v Olomouci.
- Skála, J. (2003). *Historie léčby závislosti v České republice*. In: K. Kalina, & J. Radimecký (Eds.) *Drogy a drogové závislosti - mezioborový přístup 2*, (s. 91–96). Praha: Úřad vlády ČR.
- Svoboda, M (Ed.) (2006). *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál.
- Šejvl, J. (2011). Kokain (2. část). *Adiktologie*, (11)2, 82-90.
- Šídová, M., & Šťastná, L. (2010). Kvalita života v léčbě hepatitidy C uživatelů nelegálních návykových látek v nestátním zdravotnickém zařízení REMEDIS. *Adiktologie*, (10)2, 118-128.

Šťastná, L. (2011). *Dotazník kvality života WHOQOL-BREF a WHOQOL- 100*. Staženo dne 3. 6. 2012. Z: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/379/904/Dotaznik-kvality-zivota-WHOQOL-BREF-a-WHOQOL-100>

Těmínová, R., M. (2008). *Systém péče a jeho složky*. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie* (s. 369 - 384). Praha: Grada.

Těmínová, R., M., Kalina, K. & Adámeček, D. (2008). *Terapeutická komunita a její aplikace*. In K. Kalina (Ed.), *Základy klinické adiktologie* (s. 199 - 210). Praha: Grada.

Urbánek, P. (2010). *Virová hepatitida C*. *Adiktologie*, (10)2, 103-108.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2011). *Infekční nemoci 2010*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Staženo dne 9. 6. 2012, Z: <http://www.uzis.cz/publikace/infekcni-nemoci-2010>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2004). *Psychiatrická péče 2003*. Praha: ÚZIS.

Venglářová, M., & Mahrová, G. (2006). *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada.

Vymětal, J. (2006). *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada.

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

Všeobecná fakultní nemocnice (2012). *Klinika adiktologie*. Staženo dne 13. 5. 2012. Z: <http://www.vfn.cz>

World Health Organization (1996). *WHOQOL-BREF: Introduction, Administration, Scoring and Generic version of the assessment*. Staženo dne 1. 6. 2011. Z: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/czech_whoqol.pdf

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Dotazník

Příloha č. 2 – Informovaný souhlas

Příloha č. 1 – Dotazník

Osobní údaje

1. Jakého jste pohlaví?
 - žena
 - muž

2. Kolik je Vám let?

.....

3. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?
 - Základní vzdělání
 - Učební obor
 - Středoškolské vzdělání bez maturity
 - Středoškolské vzdělání s maturitou
 - Vyšší odborné vzdělání
 - Vysokoškolské vzdělání
 - Nedokončené vysokoškolské vzdělání

4. Jaký máte status?
 - Student
 - Pracující
 - Nezaměstnaný, hledající práci
 - Nestuduji ani nepracuji

5. Váš rodinný stav je?
 - Svobodný/á
 - Ženatý/ vdaná
 - Rozvedený/á
 - Žiji s partnerem
 - Ovdovělý/ á
 - Mám partnera/rku, ale nežijeme spolu
 - Jsem ženatý/ vdaná, ale žijeme odděleně

6. Prodělal/ a jste již v minulosti ústavní léčbu ve zdravotnickém zařízení z důvodu užívání drog?
 - Ano
 - Ne

7. Pokud jste na otázku č. 6 odpověděla NE, přeskočte tuto otázku. Kolikrát jste prodělala ústavní léčbu ve zdravotnickém zařízení z důvodu užívání drog?
 - 1x
 - 2x
 - 3x
 - 4x
 - 5x
 - Více než 5x

8. Jaký typ drogy jste preferoval/a?

- Extáze
- Konopné drogy
- Kokain
- Crack
- Heroin
- LSD
- Lysohlávky
- Pervitin
- Speed
- Organická rozpouštědla
- alkohol
- Jiné

9. Jaké jiné drogy jste užíval/a?

- Extáze
- Konopné drogy
- Kokain
- Crack
- Heroin
- LSD
- Lysohlávky
- Pervitin
- Speed
- Organická rozpouštědla
- Jiné

10. Jak dlouho jste ne/legální návykové látky užíval/a?

- 1-3 roky
- 4-6 let
- 6-8 let
- Více než 8 let

DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA (WHOQOL)

Následující otázky se ptají na to, jak jste vnímal/a kvalitu svého života, zdraví a jiných oblastí Vašeho života. Vyberte prosím odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější. Pokud si nejste jistá/ý, jak na otázku odpovědět, obvykle je nejlepší ta odpověď, která Vás napadne jako první.

11. Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?

- Velmi špatná
- Špatná
- Ani špatná, ani dobrá
- Dobrá
- Velmi dobrá

12. Jak spokojený/á jste se svým zdravím?

- Velmi nespokojený/á
- Nespokojený/á
- Ani spokojený/á, ani nespokojený/á
- Spokojený/á
- Velmi spokojený/á

Následující otázky se ptají na to, do jaké míry jste v posledních 4 týdnech zažil/a či pocítil/a některé situace.

13. Do jaké míry máte pocit, že Vám fyzická bolest brání dělat to, co potřebujete?

- Vůbec ne
- Málo
- Středně
- Velmi
- V obrovské míře

14. Jak moc potřebujete nějakou léčbu, abyste fungoval/a v běžném životě?

- Vůbec ne
- Málo
- Středně
- Velmi
- V obrovské míře

15. Jak moc Vás baví život?

- Vůbec ne
- Málo
- Středně
- Velmi
- V obrovské míře

16. Do jaké míry má Váš život podle Vás smysl?

- Vůbec ne
- Málo
- Středně
- Velmi
- V obrovské míře

17. Jak dobře jste schopen/a se soustředit?

- Vůbec ne
- Málo
- Středně
- Velmi
- V obrovské míře

18. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?

- Vůbec ne
- Málo
- Středně

- Velmi
- V obrovské míře

19. Jak zdravé je Vaše fyzické prostředí, ve kterém žijete?

- Vůbec ne
- Málo
- Středně
- Velmi
- V obrovské míře

Následující otázky se ptají na to, do jaké míry jste v posledních 4 týdnech zažíval/a nebo byl/a schopen/na udělat určité věci.

20. Máte dost energie pro běžný život?

- Vůbec ne
- Málo
- Přiměřeně
- Většinou
- Naprosto

21. Jste schopen/a přijmout svůj fyzický vzhled (to jak vypadáte)?

- Vůbec ne
- Málo
- Přiměřeně
- Většinou
- Naprosto

22. Máte dost peněz na to, abyste uspokojil/a své potřeby?

- Vůbec ne
- Málo
- Přiměřeně
- Většinou
- Naprosto

23. Jak dostupné jsou pro Vás informace, které potřebujete pro svůj každodenní život?

- Vůbec ne
- Málo
- Přiměřeně
- Většinou
- Naprosto

24. Máte dostatek příležitostí pro rozvíjení svých zájmů?

- Vůbec ne
- Málo
- Přiměřeně
- Většinou
- Naprosto

25. Jak velké potíže Vám dělá pohybovat se mimo domov?
- Velmi špatně
 - Špatně
 - Ani špatně, ani dobře
 - Dobře
 - Velmi dobře
26. Jak spokojený/á jste se svým spánkem?
- Velmi nespokojený/á
 - Nespokojený/á
 - Ani spokojený/á, ani nespokojený/á
 - Spokojený/á
 - Velmi spokojený/á
27. Jak spokojený/á jste s tím, jak jste schopen/a vykonávat každodenní aktivity?
- Velmi nespokojený/á
 - Nespokojený/á
 - Ani spokojený/á, ani nespokojený/á
 - Spokojený/á
 - Velmi spokojený/á
28. Jak spokojený/á jste se svou schopností pracovat?
- Velmi nespokojený/á
 - Nespokojený/á
 - Ani spokojený/á, ani nespokojený/á
 - Spokojený/á
 - Velmi spokojený/á
29. Jak spokojený/á jste sám/a se sebou?
- Velmi nespokojený/á
 - Nespokojený/á
 - Ani spokojený/á, ani nespokojený/á
 - Spokojený/á
 - Velmi spokojený/á
30. Jak spokojený/á jste se svými osobními vztahy?
- Velmi nespokojený/á
 - Nespokojený/á
 - Ani spokojený/á, ani nespokojený/á
 - Spokojený/á
 - Velmi spokojený/á
31. Jak spokojený/á jste se svým sexuálním životem?
- Velmi nespokojený/á
 - Nespokojený/á
 - Ani spokojený/á, ani nespokojený/á
 - Spokojený/á
 - Velmi spokojený/á

32. Jak spokojený/á jste s podporou, kterou Vás poskytují přátelé?
- Velmi nespokojený/á
 - Nespokojený/á
 - Ani spokojený/á, ani nespokojený/á
 - Spokojený/á
 - Velmi spokojený/á
33. Jak spokojený/á jste se svým bydlením?
- Velmi nespokojený/á
 - Nespokojený/á
 - Ani spokojený/á, ani nespokojený/á
 - Spokojený/á
 - Velmi spokojený/á
34. Jak spokojený/á jste s dostupností Vaší zdravotní péče?
- Velmi nespokojený/á
 - Nespokojený/á
 - Ani spokojený/á, ani nespokojený/á
 - Spokojený/á
 - Velmi spokojený/á
35. Jak spokojený/á jste s tím, jak se Vám daří dostat se tam, kam potřebujete?
- Velmi nespokojený/á
 - Nespokojený/á
 - Ani spokojený/á, ani nespokojený/á
 - Spokojený/á
 - Velmi spokojený/á

Následující otázka se zajímá o to, jak často jste pocí'toval/a nebo zažíval/a určité věci/pocí'ty v posledních 4 týdnech.

36. jak často jste měl/a negativní pocí'ty jako špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese?
- Nikdy
 - Zřídka
 - Celkem často
 - Velmi často
 - Stále

Máte nějaké připomínky/ chcete ještě k hodnocení něco říct?

.....

.....

.....

.....

Děkuji za vyplnění dotazníku.

Příloha č. 2 – Informovaný souhlas

Vážený pane/ paní,

velice si vážím Vaši ochoty účastnit se výzkumné části mé diplomové práce. Dotazník této studie obsahuje celkem 36 otázek, zaměřující se na hodnocení kvality života, včetně otázek osobních údajů. Hlavním cílem studie je zjištění kvality života před nástupem do ústavní léčby a po absolvování ústavní léčby.

Pokud budete s účastí souhlasit, vyplníte dotazník před nástupem do léčby a před ukončením léčby vyplníte opět nový dotazník. Před vyplněním dotazníku Vám bude přidělen kód, pod kterým budou data shromažďovány a analyzovány a tím se zajistí Vaše anonymita. Údaje nebudou sdíleny mimo výzkumný tým provádějící studii.

Vaše účast ve studii je zcela dobrovolná a anonymní, stejně tak můžete z jakéhokoli důvodu účast přerušit (nevyplnit celý dotazník).

Rozumím, že s informacemi, které poskytnu, bude nakládáno důvěrně, data budou shromažďována a analyzována výše popsáním způsobem, a to výhradně k účelům této studie.

Svým podpisem stvrzuji, že souhlasím s účastí na studii.

Datum.....

.....

(podpis)