

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Marika Pošvancová

Porovnání pervitinové a opiátové klientely nízkoprahového kontaktního centra – pilotní studie

Comparison of methamphetamine/opiate clientele in a low-threshold contact centre – a pilot study

Diplomová práce

Vedoucí práce: Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc

Praha, 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem uvedl/a všechny použité informační zdroje.

V Praze, 6. 5. 2015

Podpis

Identifikační záznam:

POŠVANCOVÁ, M. (2014). *Porovnání pervitinové a opiátové klientely nízkoprahové kontaktního centra – pilotní studie*. [Comparison of methamphetamine/opiate clientele in a low-threshold contact centre – a pilot study]. Praha. Magisterská práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika Klinika Adiktologie. Vedoucí práce Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.

Abstrakt:

Tato práce se zabývá srovnáváním pervitinových a opiátových uživatelů zejména z pohledu kontaktního centra.

Teoretická část se zabývá stimulačními drogami, opioidy a srovnáním těchto dvou skupin návykových látek. Tato část se rovněž zabývá závislostí, problémovým užíváním a nízkoprahovými zařízeními.

Výzkumná část si klade za cíl získání podrobnějších informací o rozdílech v návštěvnosti kontaktního centra mezi těmito skupinami uživatelů, získání podrobnějších informací o rozdílech využívání jednotlivých služeb nabízených kontaktním centrem mezi těmito skupinami a vytvoření základů pro další podobné studie.

Pro výzkum byla stavena nulová hypotéza: problémoví uživatelé pervitinu a uživatelé opiátů během svého prvního roku využívání služeb kontaktního centra toto centrum navštěvují ve stejné míře. V práci je položeno šest výzkumných otázek, které se ptají na poměr uživatelů opiátů a pervitinu, rozdíly ve vzdělání těchto uživatelů a na samotné rozdíly ve využívání jednotlivých služeb.

Pro řešení zvoleného problému jsem si vybrala kvantitativní design. Výzkum zpracovává data od celkem 273 problémových uživatelů pervitinu a opiátů. Respondenti pro tuto studii byli vybráni záměrným (účelovým) výběrem přes instituci a jedná se o data již zaznamenaná v databázi programu FreeBase od 1. 1. 2006 do 31. 12. 2012. Hladiny významnosti vypočítaných srovnání jsem testovala pomocí t-testu rozdílu dvou relativních hodnot a pomocí procentového z-testu v programu STATISTICA 12 CZ.

Tato studie vyvrátila nulovou hypotézu a byla přijata alternativní hypotéza: problémoví uživatelé pervitinu a opiátů během svého prvního roku využívání služeb kontaktního centra toto centrum nenavštěvují ve stejné míře a jejich návštěvnost se signifikantně liší. Srovnání jednotlivých služeb dle t-testu nevykazuje signifikantní rozdíly, ale procentový z-test signifikantní rozdíly vykazuje. Tento rozdíl poukazuje na stav, kdy celkový trend ve využívání těchto služeb je mezi oběma skupinami srovnatelný, přesto se však objevují jednotlivci, kteří službu využívají významně jiným způsobem než daný výběrový soubor.

Klíčová slova: metamfetamin (pervitin) - buprenorfin (Subutex®) - heroin - nízkoprahové kontaktní centrum - využití služeb - porovnání pervitin/opiáty

Abstract

This paper deals with comparison of methamphetamine and opiate users especially from the view of contact centers. In theoretic part reader can familiarize himself in detail with stimulative drugs, with opioids and comparison of these two groups of addictive materials. Theoretic part also deals with addiction, abuse and low - threshold establishments.

Research part of the paper aims to obtain detailed information on differences in contact center visitors rate between populations of users of pervitine and opiates, on differences of use of individual services offered by contact centers between the two user groups and to create grounds for further similar studies.

Zero conjecture for research part of the paper was thesis, that the abusers of methamphetamine and opiates during their 1st year of using services of contact centers frequent the centre to the same degree. The paper further includes six research questions that enquire on proportion of opiates and pervitine users, differences in education of the users and differences in use of individual services.

For solving the given problem I chose quantitative design. Research processes data on 273 troubleshooting users of pervitine, heroin and intravenously abused Subutex. Respondents for the study were selectively chosen (on purpose) through institution and the data is already recorded in database programme FreeBase from 1. 1. 2006 to 31. 12. 2012. Significance levels of calculated comparisons were tested by t- test difference of two relative values and by percentage z- test in programme STATISTICA 12 CZ.

This study disproved zero conjecture, whereupon alternative conjecture was adopted - abusers of methamphetamine and opiates during their 1st year of using services of contact centers do not frequent the centre to the same degree and their visit rate significantly differs. Comparison of individual services then according to t- test shows no significant differences, however percentage z-test shows significant differences. This difference points to state, when general drift in use of services is comparable between both user populations, even though individuals are found, especially in pervitine user population, who use the services in notably different way than given sample group.

Key Works: methamphetamine (pervitine) – buprenorfin (Subutex®) – heroin – low - threshold contact center – use of services – comparison pervitine/opiates

Poděkování :

Na tomto místě bych velmi ráda poděkovala panu Doc. MUDr. PhDr. Kamilu Kalinovi, Csc za odborné a vstřícné vedení mé diplomové práce, inspirující myšlenky a poskytnutí odborné literatury.

Rovněž bych ráda poděkovala organizaci Progressive o.p.s, kteří mi v mém bádání vyšli vstříc a umožnili přístup k existujícím datům, zejména pak vedoucí kontaktního centra paní Mgr. Aleně Zelinové za odborné pohledy na tuto problematiku.

Děkuji také paní PhDr. Janě Pšejové za jazykové korektury a podporu. Za podporu a odborné rady rovněž děkuji paní PhDr. Markétě Brunové Meluzínové.

Odborné rady z oblasti statistiky mi poskytl pan Bc. Jerguš Štefko a slečna Kristína Babíková, kterým rovněž patří můj velký dík.

V neposlední řadě patří dík celé mé rodině a partnerovi za podporu během tvorby této diplomové práce.

Obsah

1. Úvod.....	12
1. Všeobecná charakteristika drog.....	14
1.1. Rozdělení drog	14
1.2. Typy drog a jejich účinky.....	15
1.2.1. Opioidy a opiáty.....	16
1.2.2. Heroin.....	20
1.2.3. Subutex®	21
1.2.4. Stimulancia.....	23
1.2.5. Pervitin	26
1.2.6. Srovnání pervitinu a opiátů/opioidů.....	28
2. Všeobecná charakteristika drogové závislosti a problémového užívání	32
2.1. Definice problémového užívání	32
2.2. Definice drogové závislosti.....	33
2.3. Projevy závislosti.....	35
2.3.1. Silná touha po užití látky (craving).....	35
2.3.2. Potíže v sebekontrolě.....	35
2.3.3. Tělesný (somatický) odvykáací stav	36
2.3.4. Nárůst tolerance	37
2.3.5. Zanedbávání jiných zájmů na úkor užívání drogy	37
2.3.6. Pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků	37
2.4. Typy závislostí	38
3. Příčiny a faktory vzniku závislosti.....	39
3.1. Biologické faktory.....	39
3.2. Psychologické faktory	42
3.3. Sociální faktory.....	45

3.4.	Spirituální faktory.....	48
4.	Nízkoprahová kontaktní centra.....	49
4.1.	Vývoj nízkoprahových kontaktních center v ČR.....	49
4.2.	Principy a filozofie nízkoprahových zařízení	50
4.2.1.	Public Health	50
4.2.2.	Harm reduction.....	51
4.3.	Charakteristika nízkoprahových kontaktních center	52
4.4.	Tým kontaktního centra.....	59
5.	Výzkumná část	60
5.1.	Popis sběru a zpracování dat	60
5.1.1.	Test rozdílů dvou relativních hodnot	62
5.1.2.	Procentový z-test	63
5.2.	Etické aspekty a dilemata výzkumné práce	64
5.3.	Databáze FreeBase.....	65
5.4.	Progressive o.p.s.	66
6.	Cíle práce.....	68
7.	Hypotézy a výzkumné otázky.....	69
7.1.	Hypotézy	69
7.2.	Výzkumné otázky	69
8.	Popis výzkumného souboru	71
8.1.	Zastoupení pohlaví.....	74
8.2.	Injekční uživatelé.....	75
8.3.	Vzdělání uživatelů	77
8.4.	Zařazení na trhu práce	78
8.5.	Bytová situace klientů kontaktního centra	80
9.	Návštěvnost kontaktního centra.....	81

9.1.	Srovnání uživatelů dle počtu návštěv kontaktního centra.....	81
10.	Využívání služeb kontaktního centra	89
10.1.	Využití služby „Kontaktní práce“	89
10.2.	Využití služby „Výměnný program“	90
10.3.	Využití výkonu „Informační servis“	91
10.4.	Využití služby „Odkaz do léčebného zařízení“	93
10.5.	Využití služby „Individuální poradenství / sociální práce“	94
10.6.	Využití služby „Základní zdravotní ošetření“	96
10.7.	Využití služby „internet“	97
10.8.	Využití služby „Testy“	99
10.9.	Využití služby „asistence“	100
10.10.	Krizová intervence.....	101
11.	Zhodnocení hypotéz, odpovědi na výzkumné otázky	103
11.1.	Hypotézy	104
11.2.	Dílčí výzkumné podotázky.....	104
12.	Zhodnocení výzkumné části	108
12.1.	Silné stránky výzkumu.....	108
12.2.	Slabé stránky výzkumu.....	108
12.3.	Doporučení pro další výzkum.....	109
13.	Závěr a diskuse.....	110
13.1.	Diskuse	110
13.2.	Závěr.....	113
14.	Seznam odborné literatury	117
14.1.	Prameny a citovaná literatura.....	117
14.2.	Elektronické zdroje.....	128
15.	Seznam tabulek a grafů.....	129

16.	Přílohy	130
-----	---------------	-----

1. Úvod

Jako téma své diplomové práce jsem si zvolila srovnání pervitinové a opiátové klientely z pohledu kontaktního centra.

Toto téma jsem si vybrala, jelikož jsem měla příležitost více než dva roky profesionálně působit jako kontaktní a zdravotnický pracovník v pražském nízkoprahovém kontaktním centru. Při této práci jsem se denně setkávala s problémovými uživateli opiátů nebo pervitinu a neustále jsem se zamýšlela nad tím, jak se vlastně tyto dvě skupiny uživatelů liší a jak odlišná je práce s nimi. V čem je specifické to, jak oni sami využívají jak samotné kontaktní centrum, tak jednotlivé služby, které toto centrum nabízí. Když jsem tato srovnání začala hledat v teoretických pramenech, výzkumných pracích a studiích, zjistila jsem, že takovýto výzkum zatím proveden nebyl, ale že o potřebnosti tohoto typu srovnání se diskutuje jak v české, tak zahraniční literatuře. Příkladem je například Analýza potřeb nízkoprahových klientů (Miovská at al. 2003), která ve svých doporučeních poukazuje na potřebu provedení analýzy týkající se poskytovaných výkonů v jednotlivých kontaktních centrech a charakteru klientely navštěvující tato centra.

Pro tuto práci jsem zvolila kvantitativní design, neboť jako kontaktní a zdravotnický pracovník organizace, ve které je studie uskutečněna, jsem měla dobrý přístup ke kompletnímu množství dat, které je pro srovnávání dvou skupin výhodné. Toto centrum jsem si vybrala nejen proto,

že jsem v něm sama působila a měla jsem proto snadnější přístup k analyzovaným datům, ale také proto, že toto centrum pracuje s daty klientů tak, že jejich analýza je možná. Páruje konkrétní jednotlivé výkony s konkrétními klienty vždy k určitému datu.

Díky této práci bych ráda získala podrobnější informace o tom, jestli a jaké existují rozdíly mezi tím, jak uživatelé pervitinu a uživatelé opiátů využívají služby kontaktního centra. Rovněž bych případně ráda vytvořila základy pro další podobné studie tohoto charakteru.

1. Všeobecná charakteristika drog

Slovo droga má několik významů. Nejjobecnějším významem je lék. Léky jsou látky podléhající mezinárodní kontrole. Pro tuto práci je však důležitější jiný význam tohoto slova. Drogu tedy můžeme definovat jako psychoaktivní látku, která ovlivňuje duševní procesy, chování a jednání člověka. „Droga - je jakákoliv přírodní nebo syntetická látka, která po vpravení do živého organismu mění jednu nebo více psychických či tělesných funkcí“ (Nešpor, 1996).

Pokud se tedy budeme zabývat tímto významem slova droga, tedy drogou jako psychoaktivní látkou, je dobré zmínit její základní vlastnosti. Droga má psychoaktivní efekt, což poukazuje na její schopnost ovlivnit vnímání a prožívání reality. Droga má dále potenciál závislosti, tedy schopnost onu závislost vyvolat (Minařík, 2008)

1.1. Rozdělení drog

Literatura dělí drogy hned několika způsoby. Já bych zde ráda nastínila alespoň některé z nich.

Nejznámější dělení drog je dělení na drogy legální a nelegální. Drogy legální jsou drogy sociálně, kulturně a právně akceptovatelné. Na druhé straně stojí zmiňované drogy nelegální, které nejsou v našem sociokulturním prostředí běžné a jsou zakázány zákonem. Často můžeme rovněž slyšet, že tyto nelegální drogy se vyznačují vyšší nebezpečností než drogy legální. Toto tvrzení je

však diskutabilní. Legální drogy neznamení pro společnost menší problém nebo nebezpečí. Drogy legální jsou nebezpečné zejména tím, že jejich užívání je společností považováno za běžné a jejich nebezpečí je bagatelizováno. V rámci této práce se však budu již zabývat pouze kategorií drog nelegálních a závislostí na těchto drogách.

Drogy se dále dělí dle účinků na psychiku člověka, přičemž se bere v úvahu vždy hlavní účinek látky v běžně užívaných dávkách (Minařík, 2008). Podle účinků na centrální nervovou soustavu tedy dělíme drogy následovně:

- Tlumivé látky (narkotika) - tyto látky zpomalují psychomotorické tempo, v malých dávkách dochází ke zklidnění, vyšší dávky navozují spánek. Při předávkování těmito látkami hrozí riziko ztráty vědomí až zástavy dechového centra.
- Stimulační látky (psychomotorická stimulancia) - tyto látky mají, na rozdíl od narkotik, povzbuzující účinek. Zbavují únavy, zrychlují myšlenkové tempo, aktivují motoriku
- Halucinogeny - „tyto látky vyvolávají změnu vnímání od pouhého zostření až po stavy podobné schizofrenii“ (Minařík, 2008)

1.2. Typy drog a jejich účinky

V následující subkapitole představím konkrétní typy drog. Ačkoliv níže uvádím těchto typů šest, vzhledem zaměření

této práce se budu věnovat pouze prvním dvěma typům. Tedy opiátům a opioidům a stimulačním látkám. Představím zde jejich zástupce, charakteristiku těchto látek a jejich účinky.

- 1) Opioidy a opiáty
- 2) Stimulancia
- 3) Konopné drogy
- 4) Halucinogeny
- 5) Léky vyvolávající závislost
- 6) Těkavé látky

1.2.1. Opioidy a opiáty

Zástupci: Nejznámější a nejčastěji zneužívanou látkou této skupiny je celosvětově bezpochyby heroin (diacetylmofrin). V ČR se do roku 1994 vyskytoval pouze ojediněle, avšak v následujícím období jeho zneužívání u nás rapidně vzrostlo (Minařík, 2008). Dalším zástupcem je braun, který je někdy nazýván českým heroinem, což není zcela pravdou. Braun je směs derivátů kodeinu (hydrokodon, dihydrokodeinon). Specifikem Braunu je zcela jistě to, že je to česká droga. Vyrábí se v domácích laboratořích z léčiv obsahující kodein. Braun získal svůj název podle své barvy, která je hnědavá (Minařík, 2008). V několika posledních letech je na černém trhu hojně zneužíván Subutex. Subutex je obchodní název pro látku buprenorfin, což je syntetický opioid. Subutex© je

primárně určen jako substituční lék při závislosti na opioidech, bohužel, jak již jsem zmínila, je hojně zneužíván na černém trhu. Další látkou určenou pro substituci opioidů je například Suboxone (buprenorfin a naloxon), Ravata či metadon¹.

a) **Charakteristika:** Skupinu opiátů a opioidů tvoří látky s výrazným euforickým efektem. Napodobují účinky některých peptidů, které se přirozeně vyskytují v těle. Tyto můžeme nazvat jako „vnitřní opiáty“. Jsou to například endorfiny, enkefalin a dynorfiny. Tyto peptidy se do těla vylučují například při sexuálním styku, ale také během tělesné námahy, radosti a podobně. V lékařství se opioidy používají jako nejsilnější léky proti bolesti, nebo jako léky proti kašli, neboť tlumí kašlací reflex. Opiáty jsou podskupinou opioidů, která má strukturu blízkou morfinu². (Minařík, 2008). Na opioidech vzniká závislost fyzická i psychická. Podle poměru afinity (síly) a efektivity vazby na receptor se opioidy dělí do následujících skupin

- Agonisté - váží se přímo na receptor a plně a silně jej aktivují. Mezi agonisty patří třeba morfin, heroin a metadon

¹ Metadon je syntetický opioid, agonista. Vyrábí se legálně, pro medicínské účely, jako substituční léčba závislosti na opioidech.

² Morfin je hlavní účinnou látkou opia.

- Částeční antagonisté - stejně jako agonisté se váží na receptor, avšak aktivují jej pouze částečně. Sem patří například buprenorfin.
- Antagonisté - mají silnou afinitu, ale nulovou vnitřní aktivitu. To znamená, že blokují receptor a zabrání tak účinku jiného opioidu. Příkladem antagonistů je naloxon (Minařík, 2008).

b) **Účinky:** Na centrální nervovou soustavu působí tyto látky tlumivě. Způsobují euforii, zklidnění až ospalost. Dochází k útlumu kašlacího reflexu i dechového centra. Jak již je zmíněno výše, při předávkování pak může dojít až k zástavě dechu. Opioidy vyvolávají miózu³ a snižují také tělesnou teplotu. V souvislosti s krevním oběhem pak rozšiřují cévy, zpomalují srdeční frekvenci a snižují tlak. K dalším somatickým účinkům opioidů patří těžké zácpy, snížená produkce či zadržování moči. U žen často dochází ke sterilitě vlivem poklesu řasinkového epitelu ve vejcovodech. Opioidy rovněž vyvolávají svědění, které je často charakteristické typickým poškrabáváním po celém těle, a to i v bezvědomí⁴ (Minařík, 2008).

c) **Odvykací stav** - Odvykací stav u této skupiny drog vypadá často poměrně dramaticky. Znaky odvykacího stavu jsou často zkresleny, jelikož bývají, kvůli

³ Mióza - Zúžení zornic, při intoxikaci zornice velikosti „špendlíkové hlavičky“.

⁴ Tento jev popsal MUDr. Vondráček (1971)

silné touze závislého po droze, často přehrávány ve snaze získat silnější dávky léků. Přesto platí, že tento stav by neměl představovat akutní ohrožení života. Dle Dvořáčka (2008) je tento stav svými klinickými příznaky přirovnáván ke chřipce. Také se u tohoto stavu objevuje rozšíření zornic či husí kůže. Délka a intenzita odvykacího stavu se odvíjí od poločasu rozpadu opioidů. Opioidy s delším poločasem rozpadu mají delší a mírnější odvykací stav, což se týká například buprenorfinu, kde odvykací stav nastupuje po 1-3 dnech od posledního užití a trvá přibližně 1-3 týdny. Naopak opioidy s kratším poločasem rozpadu mají krátký, ale silnější průběh odvykacího stavu. To se týká například heroinu, kde odvykací stav nastupuje po 6 - 8 hodinách a trvá zhruba 7 - 10 dní. Dvořáček (2008) dále popisuje příznaky odvykacího stavu u opioidů dle MKN-10⁵. Jedná se o neodolatelnou touhu po opioidní látce, sekreci z nosu nebo kýčání, slzení, bolesti svalů nebo křeče, nauzea nebo zvracení, břišní křeče, průjem, rozšíření zornic, husí kůže nebo zimomřivost, tachykardie nebo hypertenze, zívání a neklidný spánek.

Smyslem samotné detoxifikace pak dle Dvořáčka (2008) je učinit odvykací stav lépe zvládnutelným a zahájení posilování motivace k dlouhodobé léčbě. V rámci detoxifikace ve zdravotnickém zařízení se nejčastěji využívá detoxifikace metadonem, detoxifikace buprenorfinem nebo detoxifikace

⁵ Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize

kombinací látek diazepam + betablokátor⁶ + spasmolytikum⁷. Dvořáček (2008) rovněž uvádí příklad detoxifikace bez medikace, takzvanou suchou cestu. Tento způsob se již dnes v rámci zdravotnické detoxifikace prakticky nepoužívá. Nicméně, pro potřeby této práce je důležité si uvědomit, že v praxi se často setkáváme s tím, že právě tuto suchou cestu nezřídka využívají sami uživatelé opiátů, kteří tuto cestu často zvolí proto, aby jim po nástupu do nemocnice už nebylo „tolik zle“. Tento způsob detoxifikace realizují většinou někde v ústraní, v partnerském páru, tam kde nemají snadný přístup k droze.

1.2.2. Heroin

Heroin byl syntetizován v roce 1874. Následně, jej v roce 1898 prodávala firma Bayer s obchodním názvem heroisch. Heroin byl podáván při léčbě závislosti na morfinu. V počátcích jeho využívání byl dokonce považován za lék, u nějž nehrozí riziko rozvoje závislosti. Chemicky se jedná o diacetylmofrin, který patří mezi polysyntetické deriváty morfinu. Morfin byl obohacen o dvě acetylové skupiny. To umožňuje snadnější průnik hematoencefalickou bariérou⁸, což má za následek rychlejší a silnější účinek (Minařík, 2008).

⁶ Léky které tlumí některé funkce sympatického nervového systému

⁷ Léky uvolňující křeče, př. algifen

⁸ Hematoencefalická bariéra odděluje krevní oběh od mozkové tkáně a zabraňuje tak prostupu některých látek do CNS.

Heroin je nejčastěji aplikován nitrožilně. Nitrožilní aplikace je samozřejmě také nejrizikovější způsob, jakým se obecně drogy aplikují. Heroin je dále také možno šňupat⁹, kouřit či inhalovat z aluminiové folie. Z počátku se množství užívané látky pohybuje okolo 100 mg denně. Tato dávka však, s narůstající tolerancí, stoupá i na 1 a více gramů denně. Tyto dávky se již snadno mohou stát smrtelnými. Pokud závislý absolvuje detoxifikaci, tolerance zase opět klesá a je nutné mít na paměti, že dávka běžně užívaná před detoxifikací by po ní mohla být smrtelná.

V moči je možno metabolity¹⁰ detekovat za 24 hodin až 3 dny.

Závislost na heroinu vzniká velmi rychle a to již po několika týdnech. Závislost vzniká jak fyzická, tak psychická. K odvykacímu stavu dochází asi 10 hodin od aplikace a trvá kolem deseti dní. Většinou se projevuje bolestmi břicha, průjmy, úzkostí a špatnou náladou. Téměř vždy se objevuje nespavost, která přetrvává ještě několik týdnů až měsíců. Rovněž však může dojít ke zvýšení tělesné teploty až k horečce, poruchám řeči, třesům, nechutenství a dehydrataci. Vzácně může dojít ke kolapsu a úmrtí (Minařík, 2008).

1.2.3. Subutex®

⁹ Tzv. Sniffing

¹⁰ Produkty látkové přeměny v živém organismu

Buprenorfin byl objeven v roce 1960 a krátce na to se začal používat jako lék proti bolesti a později k substituční léčbě při závislosti na opioidech. Chemicky je to polysyntetický derivát jednoho z alkaloidů opia - thebainu (Minařík, 2009). V letech 2002 a 2003 se Subutex stal jednou z nejužívanějších drog opiátového typu na černém trhu. Na většině drogových scén dokonce vytlačil heroin.

Subutex, tedy buprenorfin, je návyková látka s účinky podobnými heroinu nebo jiné látce ze skupiny opioidů. Subutex má potenciál pro vznik závislosti. Subutex zakoupený na černém trhu není lék, je to jen droga s menší mírou rizika, pokud není užíván injekčně. Při injekčním užívání jsou rizika srovnatelná s injekčním užíváním jakékoliv jiné drogy (Minařík, 2009). Mimo běžná rizika, která jsou známa u injekčního užívání drog, můžeme u Subutexu popsat další riziko. Tableta subutexu je primárně určena k rozpuštění v ústech, obsahuje tedy pojiva a jiné pevné a nerozpustné látky (Minařík, 2009).

Buprenorfin se velmi pevně váže na receptory. Vytlačí z vazby jiné látky, jako metadon nebo heroin. Tyto receptory však aktivuje pouze částečně, což s sebou přináší nepravděpodobnost rizika předávkování. Současně může působit jako antidotum¹¹ při předávkování např. heroinem (Minařík, 2009).

Subutex má za následek útlum centrálního nervového systému, tlumí bolest, celkově dochází ke zklidnění až k ospalosti. Dostavuje se euforie, která je ve srovnání

¹¹ Antidotum – látka s opačným účinkem k jiné látce, protilátka, protijed

s heroinem slabší. Objevuje se miosa¹². U žen, na rozdíl od pravidelného užívání heroinu, Subutex nepotlačuje ovulaci. Mnoho uživatelů je pak překvapeno těhotenstvím (Minařík, 2009). Rovněž se u uživatelů objevuje zácpa, pocení, slabost a ztráta energie.

Závislost na Subutexu je velmi podobná závislosti na jiných opioidech - fyzická i psychická. Na rozdíl od heroinu se však závislost rozvíjí o něco pomaleji. Rovněž abstinenční syndrom je podobný jiným opioidům. Objevuje se zhruba tři dny po vysazení a není životu nebezpečný. Objevuje se pocení, zimnice, neklid, průjmy, bolest břicha, úzkost a špatná nálada. Může dojít k horečce, třesu a úporné nespavosti.

1.2.4. Stimulancia

a) **Zástupci:** Nejznámější, a pro moji práci nejvýznamnější, zástupce této skupiny je pervitin (metamfetamin), kterému se budu podrobně věnovat v rámci srovnávání opioidů a pervitinu. Dále se sem řadí například amfetamin, kokain, crack. Dalším zástupcem této kategorie je i extáze (MDMA - metyldioxymetamfetamin). Extáze je však spíše atypický zástupce této skupiny, neboť mimo stimulačního účinku, má také účinky psychedelické¹³.

¹² Miosa – zúžení zornic

¹³ Zintenzivňující vjemy a prožitky.

b) **Charakteristika:** Tato skupina způsobuje povzbuzení organismu, zvyšuje výkon tělesný i duševní¹⁴. Vyšší dávky stimulancií mohou vyvolat halucinogenní efekt¹⁵. Mechanismus účinku je založen na zvýšení hladiny biogenních aminů na synapsích¹⁶ v centrální nervové soustavě. Jedná se o aminy dopaminu, noradrenalinu a serotoninu (Minařík, 2008). Látky této skupiny nevyvolávají somatickou závislost, ale závislost psychickou. Dominantním znakem této psychické závislosti je craving¹⁷. Fakt, že na těchto látkách nevzniká fyzická závislost neznamena, že by tyto drogy byly méně ohrožující než jiné. Zatímco fyzické závislosti je možno se zbavit během několika týdnů, léčba závislosti psychické vyžaduje dlouhou dobu.

c) **Účinky:** Psychostimulancia urychlují myšlení a výbavnost paměti. Zkracují spánek a zahánějí únavu. Vyvolávají uklidnění a pocit energie. Snižují chuť k jídlu (Minařík, 2008), působí jako anorektikum¹⁸. Často dochází k velmi rychlému hubnutí, často i o více než 10 kg za měsíc. Psychostimulancia vyvolávají úzkost, mohou umocnit trému. Jejich užití může vést k agresivitě, případně k přecenění hranic psychických i fyzických možností. V organismu podporují činnost sympatiku, což znamená, že stoupá

¹⁴ Vzdávající výkonnost je však často na úkor kvality.

¹⁵ Halucinace – vjem bez vnějšího podnětu.

¹⁶ Vzájemné spojení neuronů.

¹⁷ Bažení – touha po droze, respektive po jejím účinku.

¹⁸ Anorektika – látky, potlačující chuť k jídlu, snižující pocit hladu.

krevní tlak a zrychluje se srdeční činnost. Po vyprchání účinků těchto látek dochází k celkovému vyčerpání organismu, bolesti kloubů. Pokud byla droga užívána opakovaně, několikrát po sobě¹⁹, zpravidla se dostavuje několikadenní spánek přerušovaný krátkými epizodami bdění s konzumací obrovského množství jídla²⁰ (Minařík, 2008). Dlouhodobé užívání těchto látek může vyvolat toxické psychózy. Toxickou psychózu však může vyvolat i jednorázová, vysoká dávka. Tento stav většinou vypadá jako paranoidní²¹ či paranoidně-halucinatorní syndrom. Tomuto stavu se slangově říká „stíha“. Toxická psychosa často odezní sama při vysazení drogy. Při vážnějším průběhu se používají neuroleptika²² (Minařík, 2008).

- d) **Odvýkací stav** - dle Dvořáčka (2008) jsou odvykací stavy po vysazení stimulancií obecně méně nepříjemné než například stavy po odnětí opioidů. Obecně lze říci, že odvykací stavy u stimulancií nejsou somatické, ale psychické. Mezi hlavní příznaky tohoto odvykacího stavu patří úzkosti, rozlady, únava, bolesti hlavy, noční běsy, poruchy spánku a hlad. Tyto příznaky vrcholí kolem 2. - 4. dne po posledním užití drogy a odezní zpravidla do týdne.

Příznaky odvykacího stavu po odnětí stimulancií odezní i bez farmakologické medikace. Pokud se

¹⁹ Tzv. „jízda“ typická zejména pro začátek drogové kariéry.

²⁰ Tzv. „vlčí“ hlad.

²¹ Paranoia – psychická porucha vyznačující se bludy a podezíravostí.

²² Neuroleptika – léčiva s antipsychotickým účinkem

objeví těžší deprese, je na místě ji medikovat vhodnou terapií. Dvořáček (2008) upozorňuje na případy, kdy uživatelé stimulancií často užívají benzodiazepiny ke konci „jízdy“.

1.2.5. Pervitin

Pervitin²³ řadíme mezi budivé aminy. První zástupce z této skupiny byl amfetamin, který byl syntetizován v roce 1887. Ještě však do roku 1939 se mělo za to, že návyk na něj není možný. Krátce na to však bylo popsáno zneužívání amfetaminu v USA. Tyto látky se v historii hojně využívaly jako léčiva, například proti únavě, narkolepsii²⁴, nadměrné chuti k jídlu (Minařík, 2008). Tyto látky byly rovněž zneužívány armádou pro vyšší výkon bojových jednotek (Kudrle, 2003). Pervitin (metamfetamin) má vyšší účinek než amfetamin. V čisté formě má podobu bílého prášku. Je hořké chuti a bez zápachu. Na černém trhu však bílý nebývá. Pouliční pervitin je zbarven většinou do fialové nebo žluté barvy, což je způsobeno zbytky látek používaných při domácí výrobě pervitinu²⁵. Užití pervitinu je možné několika způsoby - ústy, šňupáním²⁶, nitrožilně (Minařík, 2008) či inhalací z aluminiové folie. Nejčastější a současně nejrizikovější

²³ Slangově perník, péčko, piko, peří...

²⁴ Narkolepsie – chorobná spavost, projevující se krátkými záchvaty spánku

²⁵ Tzv. „varu“

²⁶ Tzv. Sniffing

je užívání nitrožilní. Běžná dávka se pohybuje od 50 do 250 mg, avšak nejen literatura, ale i samotní klienti nízkoprahového kontaktního centra se kterými jsem měla možnost o tomto tématu mluvit, popisují užívání dávek vyšších, často i v dávce nad 1 g denně. Hlavní příznaky intoxikace mizí za 8 - 24 hodin. Z těla se vylučují močí po řadu dní, což znamená, že průkaz užití pervitinu laboratorními metodami v moči je možný po 2 - 14 dnech (Minařík, 2008). Účinky pervitinu jsou podobné účinkům stimulancií obecně. Jeho užití vede ke zlepšení nálady až euforii, snižuje únavu, odstraňuje pocit potřeby spánku, způsobuje anorexii²⁷. Pervitin zvyšuje výkonnost celého organismu, urychluje psychomotorické tempo a způsobuje psychomotorický neklid²⁸ (Minařík, 2008). Na očích můžeme pozorovat mydriázu²⁹. Organismus pracuje jako při výkonu vrcholového sportu až do vyčerpání všech sil. Pervitin zvyšuje pozornost a soustředění. Zvyšuje schopnost empatie a odstraňuje zábrany. Naproti tomu však může navodit strach a úzkost (Minařík, 2008).

Akutní intoxikace pervitinem se projevuje neklidem, hyperaktivitou, bolestí hlavy, mydriázou, zrychlením srdečního rytmu s arytmiemi³⁰. V případě předávkování člověk pociťuje bolet na hrudi, hrozí křeče, delirium a upadnutí do bezvědomí (Minařík, 2008).

Chronická intoxikace je stav chronického užívání návykové látky, v tomto stavu je již rozvinutá závislost.

²⁷ Anorexie – nechutenství.

²⁸ Tzv. „vykroucenost“ typická pro intoxikaci pervitinem.

²⁹ Mydriáza – rozšíření zornic

³⁰ Arytmie – porucha srdečního rytmu.

Následkem tohoto dlouhodobého užívání může docházet k poškození mozku (vznik mozkové demence). Chronický uživatel - závislý - bývá neklidný, úzkostný a podrážděný. Typické jsou pro něj spánkové poruchy, nevolnost, suchost v ústech. Vzhled závislého je celkově sešlý, závislý je podvyživený. Popisuje bolesti u srdce, bolesti kloubů. Závislí na pervitinu rovněž mívají velmi špatný chrup.

Na pervitinu vzniká závislost psychická. Krátce po vynechání dávky se objevuje únava, deprese a mohou se dostavit sebevražedné myšlenky. Po této fázi se dostavuje silná touha po užití drogy, což je často fáze, kdy dochází k relapsu. Abstinující je v této fázi stále depresivní, podrážděný. Často se objevují přechodné poruchy spánku. Následně depresivní prožívání postupně odeznívá, stejně tak slábnou chutě po užití drogy.

1.2.6. Srovnání pervitinu a opiátů/opioidů

Jelikož byly obě kategorie popsány v předchozích kapitolách, rozhodla jsem se pro konkrétní srovnání použít několik tabulek, které pomohou k názornému pohledu na obě skupiny uživatelů „vedle“ sebe. Zatímco tabulky č. 3 a 4. jsou volně zpracovány dle Minaříka (2008) a použity z nich údaje o pervitinu a opiátech (pro srovnání u údaje o alkoholu), tabulky č. 1 a 2 byly vytvořena pro potřeby této práce a souhrnně srovnává působení těchto drog, způsoby jejich užití a rovněž také uvádí pohled kontaktního pracovníka na tyto uživatele a meze práce s nimi.

Tabulka č. 1 – srovnání opiátů/opioidů a pervitinu

	OPIÁTY/OPIOIDY	PERVITIN
závislost	Psychická i somatická	psychická
nárůst tolerance	ANO	ANO
příznaky intoxikace	Útlum, zklidnění, ospalost, tlumení bolesti, útlum dechového centra, mioza, ↓TT, ↓P, ↓TK, zácpa, retence moči, sterilita u žen, svědění celého těla	Povzbuzení, zvýšení fyz. a psych. Výkonu, odstranění spánku a únavy, mydriaza, ↑P, ↑TK, agresivita, přecenění hranic, odstranění zábran riziko rozvoje toxické psychozy
způsoby užití	<ul style="list-style-type: none"> • Intravenózní • Sniffing • Inhalace z aluminiové folie • Rozpuštění v ústech (buprenorfin) 	<ul style="list-style-type: none"> • Intravenozní • Sniffing • Inhalace z alu. folie • Ústy (př. v želatinových kapslích)
odvykáací stav	Dramatický, 7-10 dní heroin, 1-3 týdny buprenorfin Carving Bolesti svalů, nevolnosti – zvracení, břišní křeče, průjem, ↑P, ↑TK, neklidný spánek	Úzkost, únava, bolesti hlavy Carving Hlad, noční běsy, poruchy spánku

Tabulka č. 2 - srovnání uživatelů opiátů/opioidů a pervitinu

	<i>OPIÁTY/OPIOIDY</i>	<i>PERVITIN</i>
<i>Z pohledu pracovníka KC (subjektivní pohled)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Klidnější komunikace, posedávají, spí, zamrzání a usínání během rozhovoru • Časté odkazování do substitučních programů, pro získání Subutexu na předpis • Odjezdy na maková pole v létě, tam zanedbávání péče o sebe, nutnost více zdravotních ošetření po návratu • Oblíbenost u romské populace (heroin) <ul style="list-style-type: none"> • Velký strach z odvykacích příznaků – z intenzity i délky • Usínání u zdravotního ošetření, ale méně cítí bolest • Usínání a snížené vnímání v akutní intoxikaci často znemožňuje orientační testování na infekční onemocnění 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>zrychlené a chaotické pohyby</i> • <i>nesouvislá řeč, odbíhání během hovoru</i> • <i>strach ze zdravotního ošetření, strach z bolesti</i> • <i>toxické psychozy</i> • <i>potřeba mít vše hned, vyžadování po pracovníkovi mnoho věcí naráz, i nad rámec jeho kompetencí a možností služby</i> • <i>testování hranic, snaha je překračovat</i>

Tabulka č.3 – Rozdělení drog dle účinků na psychiku

Látka	Psychická závislost	Somatická závislost	Vzestup tolerance
Stimulancia	silná	nevzniká	silný
Pervitin	+ +	-	+ +
Kokain	+ +	-	+ +
Tlumivé látky	silná	silná	silný
Opiáty	+ +	+ +	+ +
Alkohol	+ +	+ +	+ +

Tabulka č.4 – Rozdělení drog podle míry rizika (Minařík, 2008)

Míra rizika	"Tvrdost" drog	Zástupci
Vysoká	Tvrdé	heroin, morfin
vysoká až střední	Tvrdé	pervitin
Střední	Tvrdé	alkohol

2. Všeobecná charakteristika drogové závislosti a problémového užívání

Základní terminologie z oboru adiktologie popisuje úzus drogy, což je jednorázové užití, nebo i opakované užívání, které ale nevede k žádnému poškození, dalším termínem je škodlivé užívání. Škodlivé užívání se dá rovněž nazvat jako abúzus, problémové či rizikové užívání. V rámci tohoto stavu již dochází k poškození jedince, a to nejen na tělesné úrovni, ale dochází také k poškození na úrovni mezilidských vztahů a v rámci psychiky jedince. Samotnou závislost pak Kudrle (2003) definuje jako: *„vyústění abúzu, a to na základně pozitivní zpětné vazby spočívající v subjektivně ceněné změně prožívané po požití psychoaktivní látky. Závislý jedinec posléze změni změnu prožívání reality za změnu reality samotné, čímž se celá záležitost fixuje. Dojde k izolaci od autentického prožívání a k masivnímu posílení osobních obran. Závislost postupně progreduje a chronifikuje a získává svůj vlastní dynamismus a zákonitosti“.*

2.1. Definice problémového užívání

EMCDDA definuje problémové užívání jako *„užívání drog nitrožilně nebo dlouhodobé/pravidelné užívání opiátů, kokainu anebo amfetaminů“*

2.2. Definice drogové závislosti

V mezinárodní klasifikaci nemocí 10 revize (MKN-10) je závislost označena kódem F1_.2. (namísto podtržítka je doplňován kód látky, na niž závislost vznikla). Současně ji můžeme definovat jako *„skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost, než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více“* (Nešpor, 2007).

Diagnózu závislosti lze stanovit tehdy, pokud během jednoho roku došlo ke třem a více z následujících kritérií:

- craving - bažení - silná touha nebo puzení užívat látku
- potíže v sebeovládání při užívání látky
- tělesný odvykací stav
- nárůst tolerance k účinku látky
- postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů
- pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků

Závislost nedefinuje pouze MKN-10, ale také Diagnostický a statický manuál Americké psychiatrické asociace (DSM-IV). Tato definuje následující kritéria:

- růst tolerance (zvyšování dávek, aby se dosáhlo stejného účinku, nebo pokles účinku, nebo pokles návykové látky při stejném dávkování)
- odvykací příznaky po vysazení látky
- přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu
- dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky
- trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejich účinků
- zanedbávání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky, nebo jejich omezení
- pokračující užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a které jsou působeny nebo zhoršovány užíváním látky.

Jak již jsem zmínila, kritéria DSM-IV jsou velmi podobná kritériím dle MKN-10. Některá kritéria, jako například nárůst tolerance, odvykací stav, či pokračování užívání přes jasné problémy, jsou zcela shodná. Zajímavé je, že mezi kritérii DSM-IV se neobjevuje craving (bažení).

2.3. Projevy závislosti

2.3.1. Silná touha po užití látky (craving)

V roce 1955 se komise WHO³¹ shodla na definici bažení. Bažení je tedy: „*touha pocítovat účinky psychoaktivní látky, s níž měla osoba dříve zkušenosti*“.

Uživatelé prožívají bažení jak tělesné, tak psychické. Tělesné bažení vzniká při odeznívání účinků látky, kdežto bažení psychické provází abstinujícího ještě dlouho po vysazení drogy (Nešpor, 2003). Bažení zvyšuje riziko recidivy. Při bažení na úrovni psychiky se aktivují centra související se emocemi a pamětí. Bažení zhoršuje paměť a vede k dennímu snění zaměřenému na návykovou látku a odvádí pozornost od normálního života (Nešpor, 2003).

2.3.2. Potíže v sebekontrolě

Zatímco bažení je spíše subjektivní příznak, potíže se sebeovládáním se zcela jasně týkají chování. Nešpor (2003) přirovnává problematiku bažení a sebeovládání k metafoře autobusu. V autobusu se veze mnoho cestujících, mezi nimi i pan X. Pokud pan X začne vykřikovat, že chce řídit, je to bažení. Jeho touha po tom, řídit autobus. Jestliže řízení autobusu převezme

³¹ WHO – světová zdravotnická organizace

namísto řidiče, jedná se již o ztrátu sebeovládání. Tato je samozřejmě nebezpečnější, než „pouhé“ bažení.

2.3.3. Tělesný (somatický) odvykací stav

Pro odvykací stav musí být splněny následující body

- Nedávné vysazení či omezení látky po opakovaném nebo dlouhodobém užívání.
- Příznaky jsou v souladu se známými známkami odvykacího syndromu
- Příznaky nejsou vysvětlitelné tělesným onemocněním nezávislým na užívání látky a nejsou lépe vysvětlitelné jinou psychickou či behaviorální³² poruchou.

Diagnostická kritéria dle MKN-10

Opioidy - alespoň 3 příznaky z následujících příznaků:

- slzení, zívání, výtok z nosu, bolesti svalů či křeče, husí kůže, opakované pocení, zrychlený tep nebo vyšší krevní tlak, křeče v břiše, nevolnost či zvracení, neklidný spánek, rozšíření zornic, silná touha po opiátu

Stimulancia - aspoň 2 z následujících příznaků:

- letargie a únava, bizarní nebo nepříjemné sny, zvýšená chuť k jídlu, zpomalení psychomotoriky či

³² Behaviorální – týkající se chování

neklid, silná touha po droze, nespavost a nadměrná spavost.

2.3.4. Nárůst tolerance

Toto kritérium se projevuje tím, že k dosažení stejného účinku je třeba vyšších dávek látek, nebo to, že stejná množství látky mají nižší účinek (Kolovecká 2010).

2.3.5. Zanedbávání jiných zájmů na úkor užívání drogy

Život závislého člověka je poměrně jednotvárný. Intoxikace, zotavení se z ní, shánění prostředků na drogu, shánění drogy, další intoxikace a tak pořád dokola. Právě toto je důvod postupného zanedbávání až vymizení původních zájmů člověka, stejně tak i práce, rodiny a dalších sociálních vztahů.

2.3.6. Pokračování v užívání i přes jasný důkaz škodlivých následků

Tento bod se zabývá vztahem jedince k návykové látce, který bývá extrémně silný a závislý je nucen v užívání pokračovat i přes jasná a prokazatelná rizika. Závislý si většinou ani poškození na zdraví a kvalitě životě nepřipouští, nebo připouští pouze okrajově.

2.4. Typy závislostí

V již výše zmiňované Mezinárodní klasifikaci nemoci 10. revize jsou kódovány následující závislosti (diagnozy).

- F10.2 - závislost na alkoholou
- **F101.2 - závislost na opioidech**
- F12.2 - závislost na kanabinoidech
- F13.2 - závislost na sedativech a hypnotikách
- F14.2 - závislost na kokainu
- **F15.2 - závislost na jiných stimulanciích, včetně kofeinu a pervitinu**
- F16.2 - závislost na halucinogenech
- F17.2 - závislost na tabáku
- F18.2 - závislost na organických rozpouštědlech
- F19.2 - závislost na několika látkách, nebo jiných psychoaktivních látkách

3. Příčiny a faktory vzniku závislosti

Příčiny vzniku závislosti jsou komplexní. Nebylo zatím potvrzeno nic, co by jednoznačně prokazovalo predispozici pro vznik závislosti (Kudrle, 2003). Nejčastěji se jedná o kombinaci více faktorů. Často se například kombinují faktory fyziologické s psychologickými nebo sociokulturními. Návykové zneužívání alkoholu či jiných drog vede k vytváření stavů, o kterých by se dalo říct, že jsou nevědomé, nedobrovolné a mají sebesilující charakter. Tímto se vytváří jakýsi bludný kruh závislosti (Kudrle, 2003).

3.1. Biologické faktory

Kudrle (2003) poukazuje na to, že se již od 60. let 20. století hledají biologické příčiny, které by co nejpřesvědčivěji postihly etiopatogenezi závislosti.

Za biologické faktory je možno považovat například některé okolnosti během těhotenství matky dítěte. K těmto okolnostem může patřit například to, je-li matka sama závislá na alkoholu nebo jiných návykových látkách a plod se tak tedy s účinky těchto látek setkává již během svého prenatálního vývoje. K biologickým faktorům rovněž patří okolnosti samotného porodu, což může být třeba použití psychotropních, nebo tlumivých látek v době porodního stresu (Kudrle 2003).

Tyto výše zmiňované okolnosti ovlivňují neurobiologii člověka, ale také celý psychomotorický vývoj dítěte

v poporodním období, přítomnost traumat, nemocí a dalších omezujících a traumatizujících faktorů.

Dle Kudrleho (2003) se zdá, že zatím jedinou ověřenou genetickou souvislostí je vrozená vyšší tolerance vůči alkoholu u potomků rodičů alkoholiků. Tuto souvislost popsal již Royce (1989). Tato dispozice se projevuje již od prvních zkušeností s alkoholem a projevuje se již zmíněnou tolerancí k většímu množství alkoholu. Tento faktor bývá občas, mylně, vykládán jako pozitivní, a to z toho důvodu, že takovýto člověk snese více alkoholu, nebývá mu zle v intoxikaci a nemívá závažnější problémy po odeznění této intoxikace. Toto vše je však významný rizikový faktor. Jelikož totiž takovýto člověk je schopen konzumovat více alkoholu než jeho okolí začne se poměrně rychle sdružovat spíše s těmi, kteří také pijí alkohol ve větším množství. To je právě okamžik, kdy se z tohoto biologického faktoru, spolu individuální potřebou a potřebou sociální interakce, stává komplexní rizikový faktor (Kudrle, 2003).

Celkově však není možné rozvoj epidemických vln drogové závislosti ve světě vztahovat pouze na biologické faktory, neboť genofond a další biologické dispozice se rozhodně v populaci člověka nemění takto rychle. Za tyto jevy je dle Kudrleho (2003) zodpovědná spíše vyšší dostupnost a sociokulturní faktory, kterými je například popularizace, reklama, módní trendy, absence duchovních hodnot a podobně.

Ještě bych na tomto místě ráda velmi stručně zmínila některé neurobiologické souvislosti - účinky některých návykových látek na úrovni mozku. Stimulancia, tedy

například metamfetamin, zvyšují vyplavení dopaminu³³, což má za následek pocity euforie vzrušení a bdělosti. Zároveň brání jeho zpětnému vychytávání, což následně vede k vyčerpání tohoto účinku a ke změně v pocity opačné, které pak vyvolávají potřebu další stimulace. To je základem cravingu. Toto se následně projevuje také jako depresivní nálady a odvykací stav. Opiáty pak působí s tělu vlastními opioidy, tedy s endorfiny³⁴ a enkefaliny³⁵. Opiáty zesilují účinek na opiátových vazebných místech, zároveň ale utlumují působky tělu vlastní. I tento mechanismus je později zodpovědný za vznik cravingu (Kudrle 2003).

V souvislosti s přístupem harm reduction můžeme na biologickou úroveň nahlížet jako na základní péči o zdraví uživatelů drog. Zejména jde o předcházení vážným přednostním onemocněním. Tomuto předcházíme nejen výměnným programem jehel a stříkaček, ale také poskytováním informací o možných zdravotních komplikacích jakou jsou třeba abscesy³⁶, flebitidy³⁷ a trombózy³⁸ žilního systému, včetně léčby těchto komplikací. Kudrle (2008) uvádí, že u problémových uživatelů se významně zlepšuje zdravotní stav díky zprostředkování cílené zdravotnické pomoci.

³³ Monoamin. Prekurzor při syntéze adrenalinu. V nervovém systému funguje jako neurotransmitter.

³⁴ Opioidní polypeptidy. V mozku se váží na receptory exogenních opiátů. Tlumí bolest a působí pozitivně na náladu.

³⁵ Endogenní opiáty srov. endorfiny

³⁶ Chorobná dutina vzniklá zánětem a vyplněná hnisem

³⁷ Zánět žil

³⁸ Ucpání cévy trombem, který vznikl na místě ucpání

3.2. Psychologické faktory

Tato kategorie se zaměřuje na vliv psychogenních vlivů a faktorů pro rozvoj závislosti. Tyto faktory můžeme rovněž pozorovat již v prenatálním období a v období porodu. Na rozdíl od předchozí, biologické úrovně nejde o samotná poškození, ale o souvislosti psychických zážitků, tedy prožívání toho, co eventuelně způsobilo nějaké biologické poškození (Kudrle, 2003). Pokud například, z jakýchkoliv důvodů žena prožívá své těhotenství jako stresovou záležitost, tato informace o stresu se přenáší i na plod. Pakliže matka začne vlivem této situace užívat nějaké látky, které mají za úkol stres tlumit, i tato informace je následně přenesena na plod a vytváří informaci o efektu působení tlumivých látek při prožívání stresu. Tato informace pak pouze čeká na své oživení v období postnatálním. Pokud tedy takovýto jedinec tlumivou látku užije, zažije již dávno poznaný efekt této látky. Pozitivní zpětná vazba pak může rychleji posilovat vznik závislosti (Kudrle, 2003). Dalšími faktory jsou například harmonický vývoj dítěte a uspokojování jeho potřeb s respektem k hranicím. Další roli také hraje průběh dospívání – podpora během krize hledání identity nebo také adekvátní pomoc v případech objevující se patologie nejrůznějších duševních poruch a chorob. Při absenci této adekvátní pomoci často dochází k sebemedikaci, která později často vede k rozvoji vzniku závislosti (Kudrle, 2003).

Z pohledu terciární prevence³⁹ pak Kudrle (2003) jako pomoc na úrovni psychologických faktorů uvádí komplex

³⁹ Předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog (Hajný, 2008)

doléčovacích aktivit, individuální a skupinové poradenství, motivační trénink, prevenci relapsu, rodinné poradenství a edukaci rodiny. Za významnou zde Hajný považuje také podporu v terminálních fázích vývoje závislosti, kdy medicínská podpora již selhává nebo není jedincem akceptována.

O psychologických faktorech a mechanismech užívání a závislosti píše rovněž Hajný (2008), který uvádí několik psychologických faktorů, jako jsou například:

- **Teorie o fixaci v orálním stádiu vývoje** - tato teorie hovoří o závislosti jako o uvíznutí ve velmi rané vývojové fázi dítěte. Teorie vychází z toho, že chování a prožívání závislého je v mnoha ohledech podobné chování a prožívání kojence (péče z vnějšku, citlivé vnímání nedostatečné či špatně načasované péče, nedokáže čelit vnějšímu ohrožení ani vnitřním konfliktům. Výzkum (Vaillant, 1980) sice potvrdil, že mezi závislými je možné najít mnoho prvků orality, ale nepotvrdil, že by děti s větší tendencí k orálnímu chování a k závislosti na matce, měly tendenci stávat se v dospělosti závislými.
- **Drogy jako náhradní prostředek při zvládnání psychických stavů** - Dle autorů této teorie, kterými jsou Khantzian (1993) a Winnicott (1953) tyto tendence vznikají v období raného dětství, kdy si dítě v interakci s matkou zvnitřňuje některé prvky této péče a učí se základní důvěře. V optimálním případě si dítě odnáší zkušenost, že se může spolehnout na člověka vedle sebe, sdílet své emoce a získat podporu. Takovýto jedinec dokáže zvládat

zvýšené napětí, strach, úzkost a silné emoce a vědět, že se o ně podělí s ostatními a že je unese a nemusí se jich zbavovat (Hajný, 2008).

- **Bludný kruh účinku drogy** - tato teorie pojednává o potřebě měnit svůj stav myslí. Pokud dojde k selhání či neúspěchu, jedinec prožívá pocity prázdnoty, smutku, zklamání, zlosti na sebe i na druhé. Pokud se tento stav a nálada prohlubuje, dochází ke zhroucení zralých způsobů vyrovnávání a objevuje se snaha najít něco, co pomůže. V tomto hledání dochází k odosobnění. Po nalezení přichází pocit naplnění, uvolnění, štěstí, klid a pocit celistvosti. Tento stav je však dočasný. Účinek netrvá dlouho, skutečné zdroje problému existují dál. K nim se přidává ještě pocit viny, studu a vědomí opravdového nezvládnutí situace. Celý kruh se pak opakuje (Hajný, 2008).
- **Attachment a závislost** - Attachment je vrozený systém v mozku, který se vyvíjí způsobem ovlivňujícím a organizujícím motivační, emoční a paměťové procesy ve vztahu k důležitým pečujícím osobám. Attachment vede dítě k vyhledávání blízkosti rodičů a navazování komunikace s nimi a tím zvyšuje jeho šanci na přežití. Dítě vlastně používá své rodiče ke zpracování negativních stavů „já“ a jejich přeměnu na stavy pozitivní. Autor této teorie, Bowlby, rozlišoval čtyři druhy attachmantu. Bezpečný, úzkostný, vyhýbavý a dezorganizovaný. Bezpečný attachmant umožňuje zvládnout běžné i extrémní zátěžové emocionální situace díky vnitřní schopnosti je unést, přenést pozornost, nebo se o ně

podělit s druhými. Ostatní modely jsou v tomto deficitní (Hajný, 2008)

3.3. Sociální faktory

Tato úroveň se zaměřuje na kontext, ve kterém se vše děje. Tedy sleduje vliv okolí a vztahů, které mají vliv na vývoj jedince a na jeho formování. Sem spadá velmi široká škála faktorů od rasové příslušnosti, společenského statutu rodiny, úrovně sociální zajištěnosti a prostředí, ve kterém jedinec žije až po podstatně specifitější a konkrétnější faktory (Kudrle, 2003). Do této kategorie spadá taky vliv rodiny. Současná literatura se často zmiňuje o rozpadu rodiny, absenci rituálů a pozitivních vzporů v rodině. Kudrle (2003) píše o hledání identifikačních vzorů mladistvými mimo rodinu. O hledání pocitu přijetí, sounáležitosti a směřování k nezávislosti. Kudrle na tomto místě rovněž hovoří o absenci rituálů, jejichž síla a moc však nezaniká, nýbrž se tyto rituály objevují v narušené podobě. Namísto složitých, ale celým společenstvím sdílených a podporovaných iniciačních a přechodových rituálů se vytvářejí spíše rituály ponižující, nebo rituály kolem jehly a braní drog, které prolamují zbytky bezpečných hranic, ale nemají nic společného s rituálním užitím některých halucinogenů v rámci léčebného nebo šamanského obřadu. Stejně tak dospívání s osobou závislou, jako je například rodič, je jednoznačně považováno za rizikové, neboť dospívající jedinec začne považovat braní drog, nebo pití alkoholu za normu. Ve spoustě takovýchto rodin je závislost skrývána a tabuizovaná. Hovoří se o ní

například jako o únavě a přepracování, o kocovině jako o nemoci. Kudrle (2003) popisuje život se závislým jako život v dysfunkčním vztahu, vystavování prudkým změnám nálad a postojů. V takovém životě je jedinec neustále vystaven slibům, které nemají naplnění, a žije v nepředvídatelném světě. Jedinec žijící se závislým bývá často vystaven zneužívání jak na fyzické, tak na psychické úrovni. Takovýto jedinec se často dostává do stavu vlastní závislosti, což je pro něj považováno za možnost, jak dočasně mírnit vlastní utrpení. V rámci sociálních faktorů hraje důležitou roli také kolektiv vrstevníků.

O rodinných faktorech se podrobně rozepisuje Hajný (2008). Popisuje závislost jako jev, který není izolovaný, ale vyskytuje se v systému vztahů člověka. Takový proces bývá zřetelný v rodinách, kde je závislý například jeden z rodičů. V takovýchto rodinách je možné se setkat s tím, že se, zejména pití alkoholu, stává součástí kultury a zajišťujícím prvkem, bez kterého to nejde. Většinou se jedná o proces interakcí, které se vzájemně posilují. Toto úzce souvisí s termínem kodependence⁴⁰, kterou Hajný (2008) označuje jako souhrn motivů, postojů, komunikace a chování, kterým rodina či partner(ka) závislost spíše podporují a rozvíjejí, nebo sabotují a zlehčují snahu o vyléčení. Model kodependence předpokládá, že partner nebo rodina závislé chování vlastně umožňují. Takovýto spoluzávislý člověk necítí právo na své výhrady, je stále nejistý v tom, zda může něco opravdu potřebovat nebo vyžadovat. Někdy má z problémů závislého člena rodiny určité „zisky“.

⁴⁰ Kodependence - spoluzávislost

Kodependence pak souvisí se specifickou rolí, kterou může v rodině mít jakékoliv problémové chování jednoho z členů. Hajný (2008) popisuje tento mechanismus následujícím příkladem: „*Principem tohoto mechanismu je to, že rodiče soustředí pozornost na problémové užívání svého dospívajícího dítěte. Rodiče s tímto problémem však zacházejí nekonzistentně, občas nadměrně zlostně nebo přísně, jindy liberálně - a výsledek? Nic se nemění. Takovéto řešení může mít snad jen jediný smysl, a to ten, že samotné „řešení“ tohoto problému je lepší než zabývat se něčím jiným, co by pro ně mohlo být mnohem těžší nebo bolestivější*“. Hajný pak popisuje ještě další rodinné faktory vzniku závislosti, jako je například falešná separace, hyperprotektivní matka, nebo otec vzdálený či nepřítomný. Rovněž uvádí některé problémy v rodinných vztazích, které je možné považovat za možné faktory vzniku, nebo častěji udržování závislého chování dítěte či rodičů. Je to například již výše zmiňované užívání některého z rodičů a jejich trestná činnost, nedostatečná či přehnaná péče o dospívající děti, špatná komunikace v rodině, nedostatek jasných pravidel a jejich rozporuplné uplatňování a nedostatečná pozornost vůči vrstevnickým vztahům dítěte a jeho zájmům (Hajný, 2008).

Na úrovni terciární prevence je sociální úroveň stavěna do popředí. K sociální práci patří pomoc při hledání zaměstnání a bydlení, pomoc v kontaktu s úřady či zdravotními pojišťovnami, ale i chráněné bydlení, pomoc rodně či chráněná pracovní aktivita (Kudrle, 2008).

3.4. Spirituální faktory

Dle Kudrleho (2003) „*spiritualita je vztah k tomu, co nás přesahuje, k čemu se vztahujeme jako k nejvyšší autoritě, řádu, idejí. Jde o osobní oblast přímého prožitku toho, co je za každodenním úsilím, co dává smysl tohoto úsilí, co dává smysl životu vůbec.*“

Tato úroveň se nejvíce dostala do povědomí ve spojitosti s Anonymními alkoholiky, kteří ve svých 12. krocích k uzdravě hovoří o vztahu k Vyšší moci. Je důležité si uvědomovat, že pojem spirituální se odlišuje od pojmu náboženství v tradičním pojetí. Dle Kudrleho (2003) je „*kladen důraz právě na přímý prožitek Božství, nikoliv účast v nějaké konkrétní církvi a sdílení její věrouky*“.

Tématem této úrovně je práce na vzdání se svého závislého „Já“, sebestředného pojetí, pocitů sebelítosti. Patří sem rovněž učení se pokornému naslouchání a přijetí reálných možností, které život nabízí. Často však existenciální prázdno, deprese či ztráta smyslu bytí zůstávají i po stabilizaci člověka či v jeho abstinenci. Proto je důležité tuto úroveň nevypouštět z programů. Otevřenost pracovníka či terapeuta pro tyto otázky je hlavním předpokladem pro uzdravu na existenciální úrovni (Kudrle, 2003).

Na úrovni terciární prevence Kudrle (2008) rovněž popisuje zvláštní úlohu spirituální úrovně v práci se závislým v terminálním stádiu nemoci AIDS a s umírajícími. V tomto aspektu se spirituální pojetí propojuje s psychologickou pomocí a její snahou je najít smíření se s fyzickou smrtí.

4. Nízkoprahová kontaktní centra

4.1. Vývoj nízkoprahových kontaktních center v ČR

Obor návykových nemocí se do podoby, v jaké jej známe dnes, začal formovat v průběhu druhé poloviny 20. století (Libra, 2003). V těchto dobách se původní systém léčebné péče začal rozšiřovat o nestátní a nezdravotnická zařízení. V této době se také začala objevovat potřeba časného kontaktu s nově vznikající generací problémových uživatelů a závislých (Libra, 2003). V naší zemi již před začátkem těchto změn existovala zařízení, která fungovala otevřeně a komplexně⁴¹. V 90. letech však začalo docházet k nárůstu těchto zařízení. Národní strategie (2001) vyjmenovává mezi základními pilíři přístupu k problematice aktivity zaměřené na snižování zdravotních a sociálních rizik. Byl vysloven požadavek zajistit pro závislé základní zdravotní péči, definována potřeba včasné intervence, poradenství, krizové intervence, terénní práce a propojenosti s léčebnými programy a programy resocializace (Libra, 2003). Byl definován princip nízkoprahovosti. Dnes již mají vedoucí pracovníci nízkoprahových center k dispozici Standardy odborné způsobilosti, podle kterých mohou programy koncipovat, provádět a hodnotit (Libra, 2003).

⁴¹ Středisko drogových závislostí.

4.2. Principy a filozofie nízkoprahových zařízení

V této kapitole se budu zabývat principy, ze kterých nízkoprahová centra vycházejí a které jsou základními pilíři pro jejich práci.

4.2.1. Public Health

Přístup Public Health vychází z epidemiologie, sociologie a veřejné politiky (Kalina, 2003). Tento princip nesleduje zájem klienta, problémového uživatele, ale ochranu populace jako celku. Ochranu zejména před šířením infekčních onemocnění jako jsou HIV/AIDS a virové hepatitidy typu B a C. Vývoj tohoto principu přišel jako odpověď na problematiku šíření viru HIV. Soustředil se na sdílení injekčního materiálu a na rizikový sexuální styk. Z tohoto se odvinuly metodické postupy jako výměna jehel a stříkaček, distribuce kondomů, orientační testy na HIV a virové hepatitidy a očkování drogové populace proti hepatitidám A a B (Kalina, 2003).

Kalina (2003) rovněž upozorňuje na fakt, že dominance tohoto přístupu může vést k přehlížení individuálních potřeb a perspektiv problémových uživatelů jako jednotlivců, k rezignaci na jejich léčení, sociální opatření apod.

4.2.2. Harm reduction

Hlavním principem nízkoprahového zařízení je harm reduction⁴². Ačkoliv je tento termín používán v mnoha spojeních, jedná se především o přístup, kterým na protidrogovou problematiku nahlížíme. V rámci užšího pojetí uvádí Janíková (2014) definici harm reduction dle IHRA (2010) jako „koncepce, programy a činnosti směřující primárně k minimalizaci nepříznivých zdravotních, sociálních a ekonomických dopadů užívání legálních a nelegálních psychoaktivních látek, aniž by nutně docházelo ke snižování jejich spotřeby. Harm reduction je prospěšné pro uživatele drog, pro jejich rodiny a pro celou společnost“. Janíková (2014) upozorňuje na to, že tato definice se zaměřuje na všechna rizika a je možné zde najít paralelu s výše zmiňovaným bio-psycho-sociálně-spirituálním modelem rozvoje závislosti. Dle této definice by pracovník v drogové službě, jakou je například kontaktní centrum, neměl upozorňovat klienta pouze na rizika spojená s přenosem infekčních chorob, ale také informovat o rizicích neplacení dluhů, možnosti získání sociálního bydlení, sociálních dávek apod. Janíková (2014) rovněž uvádí, že ačkoliv je termín harm reduction nejvíce spojován s programy výměny jehel a snahou o zastavení šíření infekčních chorob, neměli bychom zapomínat, že tento termín označuje zejména přístup a je tedy především „jakousi optikou, skrze kterou bychom měli na drogovou problematiku nahlížet“.

⁴² Harm reduction – doslovně možno přeložit jako snižování poškození/škod. Termín Harm reduction již u nás zdomácněl a jeho překlad není nutný.

Janíková (2014) pak uvádí spektrum služeb harm reducitin, které definuje UNODC (2009) jako služby širokospektré, zahrnující různé intervence v odlišných prostředích, či se zaměřením na specifickou cílovou skupinu.

4.3. Charakteristika nízkoprahových kontaktních center

Nízkoprahová kontaktní centra jsou zakotvena v zákoně č. 379/2006 Sb. (tzv. protikuřácký zákon)⁴³. Toto je první zákon v České republice, který takovéto služby pojmenovává. Rovněž tuto služby definuje zákon č. 108/2006 Sb. O sociálních službách. V tomto zákoně jsou upraveny cíle této služby, cílové skupiny a druhy poskytovaných služeb s důrazem na řešení sociální problematiky. Komplexně pak náplň služby a náležitosti pro splnění požadavků na minimální kvalitu služeb stanovuje dokument „Standardy odborné způsobilosti služeb pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách“. Tyto standardy vydal v roce 2003 Úřad vlády ČR (Janíková, 2014).

Kontaktní centra jsou určena k včasné krizové intervenci, poradenství a zdravotní a sociální pomoci lidem s nízkou či žádnou motivací k zapojení do léčebného programu (Libra, 2003). Těmínová (2008) je charakterizuje jako „zařízení, která jsou dostupná místně i časově v daném regionu. Poskytují včasnou intervenci, poradenství,

⁴³ Zákon o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů

krizovou intervencí, zdravotní a sociální poradenství, služby harm reduction (i anonymně) uživatelům návykových látek." Těminová rovněž popisuje kontaktní centra jako zařízení, která vycházejí z přístupu public health a harm reduction a současně z humanistických přístupů orientovaných na člověka.

Klient, který vyhledá služby tohoto zařízení, nemusí abstinovat. I klientovi, který se zatím nerozhodl abstinovat, může nízkoprahové centrum nabídnout odbornou péči a pomoc v souladu s jeho aktuálním nastavením. Tuto službu mohou klienti využívat anonymně. Nejdůležitější cílová skupina kontaktních center jsou závislí a problémoví uživatelé nealkoholových drog, zejména s vysoce rizikovým scénářem (především i.v. uživatelé, klienti s nízkým stupněm osobnostní a sociální autonomie, klienti ohrožení trestnou činností, prostitucí apod.) (Hrdina, 2003). Tito uživatelé se vyznačují různou motivací ke změně a různou fází rozvoje závislosti. Jelikož jsou tyto služby anonymní, vznikla potřeba kódování klientů. K těmto účelům se používá univerzální, anonymní kód, který je u klienta vytvořen následujícím způsobem. První tři písmena křestního jména jeho matky, den kdy se narodil, první tři písmena jeho křestního jména a měsíc kdy se narodil. Pokud se tedy například klient jmenuje Petr, narodil se 1. 12. a jeho matka se jmenuje Marie, kód tohoto klienta je takovýto: Mar01Pet12. Nutnost kódování klientů vznikla z potřeby identifikovat co nejvíce klientů. V současné době jsou již tyto kódy běžnou praxí a většina klientů je na ně zvyklá, často i sami vyžadují jejich vytvoření. Přesto však u některých přetrvává nedůvěra.

Jako obecné cíle kontaktních center uvádí Těmínová (2008) následující:

- Minimalizace zdravotních a sociálních rizik u populace uživatelů drog, a tím současně ochrana populace drogami nezasážené.
- Motivace klientů ke změně životního stylu s výhledem abstinence.

Jako cíle specifické pak Těmínová (2008) uvádí:

- Navazování kontaktu se skrytou populací uživatelů drog a vytvoření vzájemné důvěry mezi ní a pracovníky kontaktních center.
- Minimalizace rizikového chování.
- Prohloubení navázaného kontaktu zaměřujícího se především na změnu rizikových vzorců chování klientů (sdílení náčiní používaného k aplikaci drog, nechráněný sex apod.).
- Pomoc klientům získat, udržet a pokud možno posílit motivaci k dalšímu postupu v léčbě (směrem k abstinenci).
- Podpora klientů při změně životního stylu.
- Příprava klientů na spolupráci s institucemi návazné léčebné péče, snaha o minimalizaci neúspěšných či nedokončených léčebných pobytů.
- Zajištění podmínek potřebných k „přežití“ (zabezpečení základního zdravotního, hygienického a potravinového servisu apod.).

- Sociální stabilizace klientů.
- Pomoc v krizi.
- Pomoc rodinám či jiným blízkým osobám uživatelů.
- Zvýšení informovanosti a vzdělávání klientů.
- Zvýšení informovanosti odborné i laické veřejnosti.

Nyní bych ráda popsala služby kontaktního centra. Služeb, které kontaktní centra poskytují je více. Já zde popíšu ty, se kterými pracuji v teoretické části své bakalářské práce. Popis služeb vychází z metodiky „Seznam a definice výkonů drogových služeb“ vydaný národním monitorovacím střediskem pro drogy a drogové závislosti (2006).

Kontaktní práce - Jedná se o vytvoření základního pracovního rámce potřebného pro realizaci konkrétní služby, který vychází z aktuální situace klienta a jeho potřeb. Cílem je vytvoření vzájemné důvěry a podmínek potřebných pro poskytování dalších služeb. Jsou hledány a upevňovány hranice komunikace s klientem a kultivovány jeho schopnosti vyjádřit své potřeby a naučit se využívat existující nabídky služeb. Neoddělitelnou součástí kontaktní práce je i získávání údajů o místní drogové scéně a mapování rizikového chování klienta.

Výměnný program - Výkon zahrnuje vlastní akt výměny injekčního materiálu, nebo jeho součástí - samostatný výdej čistého nebo příjem použitého injekčního materiálu. Nedílnou součástí výměnného programu je i nabídka standardního vybavení potřebného k bezpečné aplikaci (např. tampony, dezinfekční materiál apod.), včetně poučení o bezpečné likvidaci použitého materiálu. Dále

může být podle potřeby vydán i jiný harm reduction materiál (např. prezervativy, alobal, kapsle atd.). Součástí výkonu je i mapování rizikového chování klienta. Množství vydaného a přijatého materiálu je evidováno.

Hygienický servis - Cílem výkonu je pomoci obnovovat základní hygienické návyky klientů. Do tohoto výkonu patří poskytnutí prostředků pro využití sprchy (umývárny) - použití WC a omytí rukou je nedílnou součástí hygienických pravidel provozu kontaktního centra, nelze je samo o sobě vykazovat jako hygienický servis. Poskytnutí obnošeného šatstva, poskytování možnosti vyprání prádla. Poskytnutí možnosti základní hygieny.

Individuální poradenství - Rozlišujeme tyto základní typy:

- a) Obecné poradenství, jež se zaměřuje na řešení aktuálních problémů a zvyšování kompetence klienta tyto problémy řešit.
- b) Strukturované poradenství, jehož cílem je pomoci klientovi efektivněji jednat a dosahovat svých cílů. Probíhá strukturovaně na základě plánu, jenž je průběžně modifikován. Jedná se o poradenství s prvky psychoterapie. O průběhu jednotlivých sezení je vedena dokumentace.
- c) Garantský rozhovor, individuální konzultace klienta s jeho garantem týkající se průběhu naplňování léčebného plánu klienta. Rozhovor je vysoce strukturován, obsahuje méně prvků psychoterapie a je zaměřen spíše prakticky na rozvoj konkrétních schopností a dovedností klienta.

Informační servis - Informace jsou podávány výhradně na základě vyjádření zájmu klienta. Odpovídají povaze situace, stavu klienta a možnostem pracovníka. Pracovník může poskytnutí určité informace odmítnout, bude-li v rozporu s jeho přesvědčením o vhodnosti dané informace a její užitečnosti pro klienta. Zpravidla jsou podávány informace:

- o bezpečnějším užívání drog a bezpečnějším sexu
- o zdravotní a sociálně-právní oblasti
- o literatuře pro vzdělávání
- jiné specifické informace, které nelze zařadit do žádné z předcházejících kategorií

Krizová intervence - diagnosticko-terapeutický přístup přispívající ke zvládnutí psychické krize. Může jít o opakovaná setkání, pozorování chování klienta s důrazem na posouzení aktuálního psychického stavu, rozhovor směřovaný k základní orientaci v příčinách krizového stavu, cílenou intervenci zaměřenou na zvládnutí potíží, diagnosticko-terapeutickou rozvahu atd. Intervence obsahuje také návrh opatření, založení dokumentace (nejedná-li se o klienta s již založenou dokumentací v daném programu či zařízení). O rozsahu a provedení intervence se pořídí zápis v rozsahu potřebném pro evidenci, kontrolu a supervizi.

Potravinový servis - výkonem je poskytnutí potravin a nápojů, které jsou součástí nabídky kontaktního centra (nezávisle na finanční účasti klienta), ke konzumaci v prostorách zařízení. Výdej vitaminů spojený s instrukcí k jejich užití bez ohledu na to, zda dojde ke konzumaci

v prostorách kontaktního centra. Nabídkou základních potravin a vitamínů je částečně sníženo zdravotní a sociální poškození klientů. Je vedena evidence vydaných potravin a vitamínů.

Sociální práce - aktivity zaměřené na sociální situaci klienta a jeho schopnosti řešit běžné sociální problémy. Jedná se o pomoc v oblasti sociálně - právní (např. pomoc při vyřizování sociálních dávek, dokladů, přídavků na děti, kontakt s oddělením péče o dítě, pomoc při řešení problémů s bydlením, splátkové kalendáře). Dále zprostředkování dalších služeb v jiných zařízeních, asistenční služba (doprovod klienta) a probační dohled.

Testování infekčních nemocí - cílem výkonu je zjištění možnosti výskytu infekčního onemocnění u klienta. Neoddělitelnou součástí testování je předtestové poradenství, zmapování chování klienta vzhledem k přenosu infekčních onemocnění, předání informací o infekčních nemocech, o průběhu a limitech prováděného testu. Následuje odběr biologického materiálu, samotné provedení testu a potestové poradenství, jehož součástí je zajištění konfirmačního⁴⁴ testu a potřebné následné lékařské péče v případě pozitivního výsledku, záruky a reference. Test smí být proveden výhradně se souhlasem klienta za dodržení všech hygienických norem pro tento způsob práce s biologickým materiálem, včetně zásad bezpečnosti práce a etických norem.

Základní zdravotní ošetření - je zákrok provedený v případě onemocnění či poranění bez závislosti na tom, jestli se jednalo o ošetření onemocnění či poranění

⁴⁴ Konfirmace - ověření

způsobených injekční aplikací drog (abscesy apod.), včetně neodkladné první pomoci. Dále se za základní zdravotnické ošetření považují úkony nahrazující laickou domácí péči (výdej předepsaných léků, aplikace mastí, obklady apod.), realizované podle instrukcí ošetřujícího lékaře (jde o činnosti vztažené ke klientům bez domova). Cílem je ošetřit základní poranění a poskytnout nejnutnější pomoc v kombinaci se snahou přimět klienta, aby využil odbornou pomoc lékaře. O každém zákroku je veden zápis do „knihy zdravotních ošetření“ (nelze nahradit běžnou dokumentací programu).

4.4. Tým kontaktního centra

V současné době je kladen důraz na multidisciplinaritu týmu. Součástí těchto týmů bývají adiktologové, sociální pracovníci, pedagogové, zdravotničtí pracovníci a psychologové. Velký důraz je kladen na osobnost pracovníka, jeho flexibilitu, tvořivost a ohraničenost (Těmínová, 2008). Jelikož se jedná o psychicky velmi náročnou práci, je nutno zajistit týmu kvalitní supervizi. Rovněž je kladen důraz na vzdělávání zaměstnanců prostřednictvím kurzů (motivační rozhovory, krizová intervence apod.) či účastí na konferencích. Není již dnes výjimkou, že mnoho pracovníků v kontaktních centrech má dokončený, nebo započatý psychoterapeutický výcvik.

5. Výzkumná část

Ve výzkumné části této práce se budu již konkrétně zabývat srovnáváním dvou skupin uživatelů. Uživatelů pervitinu a uživatelů opiátů/opioidů (dále jen opiátů).

5.1. Popis sběru a zpracování dat

Pro tuto kvantitativní analýzu dat bylo použito záměrného (účelového) výběru. Při této metodě výzkumník cíleně vyhledává účastníky výzkumu podle určitého kritéria, které si sám stanoví. Specifičtěji lze říci, že se jednalo o „prostý záměrný výběr a záměrný výběr přes instituce“ (Miovský, 2006). Data byla následně upravena pomocí redukce I. a II. řádu.

Data, která jsem použila pro tuto diplomovou práci, byla zaznamenána v databázi programu FreeBase (viz kapitola 6.3) od 1. 1. 2006 do 31. 12. 2012, tedy v průběhu šesti let. Data nejsou analyzována od všech klientů kontaktního centra. Mnoho klientů je zcela anonymních, tedy bez unikátního kódu. U takových klientů není možné sledovat jejich konkrétní vývoj a využívané služby, neboť neexistuje unikátní kód, se kterým by tato data byla párována. Do studie také nemohli být zařazeni klienti, kteří sice kód mají a využívají, ale nevyplnili IN-COME (viz. příloha č.1) dotazník v tomto konkrétním centru. U takových klientů chybí základní údaje o klientovi jako pohlaví, bydlení, vzdělání, postavení na trhu práce a primární droga, kterou klient využívá. U těchto klientů

bych tedy nebyla schopna určit, do které ze dvou posuzovaných skupin uživatelů patří, a proto jsou tato data pro potřeby této práce nepoužitelná.

Data, která jsem použila, jsou **veškerá zaznamenaná data klientů s unikátním kódem a správně vyplněným IN-COME dotazníkem**. Vždy je podrobně monitorován celý první rok každého klienta od vstupu do služby - založení kódu. Kódovaných klientů s vyplněným IN-COME dotazníkem bylo celkem 320, ale 47 klientů bylo ze studie vyřazeno z důvodu nekompletně vyplněného IN-COME dotazníku nebo proto, že jejich primární droga byla jiná než pervitin, heroin či Subutex.

Pracuji s daty sesbíranými v průběhu běžné činnosti v kontaktním a poradenském centru závislostí v hlavním městě Praze - Stage5, které je projektem organizace Progressive - o.p.s. (viz Kapitola 6.4) a kde jsem jako kontaktní a zdravotnický pracovník pracovala více než dva roky. Toto centrum poskytuje služby zejména problémovým uživatelům drog, kterým je více než 18 let a většinou nejsou v kontaktu s jinými zdravotnickými a sociálními institucemi. Do tohoto centra mohou přicházet klienti bez doporučení, z vlastního rozhodnutí a přímo z ulice. Služby kontaktního centra jsou poskytovány klientům bezplatně, pouze některé položky z potravinového servisu jsou klientům zpoplatněny. Toto je například instantní polévka, káva nebo sušenka. Služby v kontaktním centru jsou zajištěny kvalifikovaným multidisciplinárním týmem, který se skládá z adiktologů, zdravotní sestry, sociálního pracovníka, lékaře - infektologa, psychologa a právníka.

Data jsem zpracovávala jako výstupy z databáze FreeBase a následně je fixovala v programu Microsoft Excel 2010. Zde jsem párovala jednotlivé klienty, jimi využívané služby a množství kontaktů den po dni během jejich prvního roku navštěvování kontaktního centra. Data jsem dále u všech sečetla a rozdělila dle jednotlivých měsíců od 1. měsíce až po 12. měsíc využívání služeb. Následně jsem již pomocí programu STATISTICA 12 CZ zpracovávala využití jednotlivých služeb vždy s ohledem na odlišný počet uživatelů v obou skupinách. Z tohoto důvodů jsou konečná a srovnávaná data převáděna na průměrné využití služby uživatelem, či na procentuelní využití služby v dané skupině.

Abych mohla určit, zda jsou rozdíly mezi využíváním služeb statisticky významné, použila jsem statistické testy pro určení hladin významnosti.

5.1.1. Test rozdílů dvou relativních hodnot

Tímto testem je možné odpovědět na otázku, zda se určitý jev vyskytuje v jednom výběru častěji než ve druhém. Údaje jsou uváděny formou relativních hodnot. Ptáme se tedy, zda je ve výskytu nějakého jevu ve dvou výběrech statisticky významný rozdíl.

$$f_1 = \frac{m_1}{n_1} \quad ; \quad f_2 = \frac{m_2}{n_2} \quad ; \quad \hat{f} = \frac{m_1 + m_2}{n_1 + n_2}$$

$$t = \frac{|f_1 - f_2|}{\sqrt{\hat{f}(1 - \hat{f})\left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}\right)}}$$

Výsledek „t“ je poté porovnávám s kritickými hodnotami $z_{\alpha}=1,96$ (pro $\alpha=0,05$) a $z_{\alpha}=2,58$ (pro $\alpha=0,01$).

Jestliže $t > z_{\alpha}$ tvrdíme, že výskyt sledovaného jevu ve dvou výběrech se statisticky významně liší a vzorek není homogenní.

V této diplomové práci byl tento test vypočítán u všech testovaných služeb a byl zadán do programu STATISTICA 12 CZ, rovněž byl vypočítán pro ověření hladiny významnosti u celkového počtu kontaktů během prvního roku využívání služeb kontaktního centra. Výsledky tohoto testu jsou uvedeny konkrétních služeb, které jím byly testovány.

5.1.2. Procentový z-test

Tento test se používá pro stanovení signifikantnosti rozdílu mezi dvěma procenty výskytu jevu u dvou výběrových souborů.

$$z = \frac{|P_1 - P_2|}{\sqrt{\frac{P_1 Q_1}{n_1} + \frac{P_2 Q_2}{n_2}}}$$

Vypočítaná hodnota „z“ se porovnává se standardizovanou hodnotou z_{α} : $z_{0,05}=1,96$; $z_{0,01}=2,58$; $z_{0,001}=3,29$. Jeli $z \geq z_{\alpha}$, pak je rozdíl mezi procenty sledovaného jevu ve dvou výběrech signifikantní.

Tento test byl rovněž zadán do programu STATISTICA 12 CZ a byl proveden u služeb, kde výsledky t-testu vyšly jako homogenní i přes velký procentuelní rozdíl mezi využitím

služby. I zde platí, že výsledky tohoto testu jsou v této diplomové práci uvedeny u služby, pro kterou byl počítán.

5.2. Etické aspekty a dilemata výzkumné práce

- a) Etickým problémem téměř každého výzkumu je zajištění **anonymity respondentů** výzkumu. Vzhledem k tomu, že data byla v rámci standardní činnosti kontaktního centra zaznamenávána do databáze FreeBase, v mém případě se již jedná pouze o sekundární analýzu a výklad těchto dat. K datům jsem se dostala přímo v této databázi, kde jsem si vyhledala klienty, kteří mají založen IN-COME dotazník za určité časové období. Pracovala jsem již pouze s kódy klientů, nikoliv s klienty samotnými. Tato data jsou tedy zcela anonymní, neexistuje tedy způsob, jakým by bylo možné párovat mnou zpracovaná data se skutečnými identitami klientů.
- b) Jako další etickou otázku výzkumné práce vnímám **objektivitu dat**, která by u problémových uživatelů, kteří docházejí do kontaktního centra, které neklade nároky na abstinenci, mohla být sporná. Data se kterými pracuji, vznikají konkrétně tak, že klient je při svém vstupu do kontaktního centra požádán o sdělení svého unikátního kódu, pokud jej má, a dále jsou k tomuto jeho kódu zaznamenávány služby, které v rámci tohoto kontaktu využil. Tyto záznamy jsou objektivní, neboť je zapisuje pracovník kontaktního centra na základně skutečně využitých služeb. K možnému zkreslení dat by mohlo dojít během vyplňování IN-COME dotazníku, který s klientem sice vyplňuje pracovník, ale je na samotném klientovi,

jak pravdivé údaje o sobě uvede. Tyto údaje není možné, vzhledem k anonymitě služby nijak ověřovat. V potaz je také nutno vzít, že se jedná o údaje, které se mohou v průběhu času měnit. Pokud tedy klient v IN-COME dotazníku uvádí, že má pravidelnou práci, uvádí toto většinou při jedné ze svých prvních návštěv kontaktního centra, jelikož je klient problémový uživatel, jeho pracovní situace se může velmi snadno změnit a za několik dní již může být bez zaměstnání. Stejně tak je tomu i v případě bydlení a dokonce i v případě informace o tom, zda je klient injekčním uživatelem či nikoliv. Tyto proměnné se mohou měnit i několikrát v průběhu roku.

- c) V neposlední řadě bych do možných etických dilemat této práce zařadila **možné dopady na samotnou organizaci a zařízení**, ve které byla studie prováděná a jejíž data byla analyzována. Zejména chyby ve zpracování dat či špatná interpretace těchto dat by mohly práci tohoto zařízení ukázat v nesprávném světle a kontextu. Tomuto se pokusím vyhnout právě pečlivým zpracováním dat a jejich interpretací.

5.3. Databáze FreeBase

Tento systém nabízí možnost identifikovat jednotlivé klienty s ohledem na nízkoprahovost služby a tedy maximalizovat možnou míru anonymity klienta. Dále umožňuje sledování počtu klientů a výkonů, kterým jim byly poskytnuty. Umožňuje zkvalitnění mapování drogové

scény a změn, které se na ní odehrávají. Díky tomuto programu je možné mapování jednotlivých osob, nikoliv pouze samotného počtu výkonů. Díky programu je možné zmapování charakteristiky klientů a posouzení přiměřenosti poskytovaných služeb. Program umožňuje kdykoliv vykázat množství poskytnutých výkonů během konkrétního časového období, které se vztahuje ke konkrétnímu klientovi nebo skupině klientů. Není tedy problém, aby výstupem statistik této databáze byla data rozlišena dle libovolných kategorií.

5.4. Progressive o.p.s.

Progressive o.p.s. je organizace založena v r. 2003, která poskytuje služby v oblasti terciární prevence drogových závislostí zejména na území hl. m. Prahy. Služby této organizace jsou zaměřeny jak směrem k ochraně veřejného zdraví, tak na poskytování kvalitních a odborných služeb osobám ohroženým užíváním návykových látek formou specifických programů v oblasti harm reduction. Organizace se také zaměřuje na péči o děti a mladistvé formou odborné služby v oblasti diagnostiky, metodické podpory a poradenství v rámci projektu CROSS OVER. Zařízení této organizace jsou sociální službou dle zákona 108/2006 Sb.

Tato organizace je také známá tím, že instalovala první dva prodejní automaty harm reduction materiálu na území MČ Praha 5. Toto proběhlo v rámci projektu NONSTOP 24 v roce 2008. Automaty byly na svém místě šest měsíců a

poté byly odstraněny kvůli vyžádané evaluaci, již se zpět na místa nevrátily.

Progressive je rovněž známý programem instalace sběrných kontejnerů na injekční materiál - FIXPOINT. Tyto kontejnery jsou umístovány ve veřejném prostoru a pravidelně kontrolovány peer pracovníky v rámci stabilizačního programu pro uživatele drog, který má stejný název. V současné době má program kapacitu čtyři pracovníky.

6. Cíle práce

Cílem této výzkumné práce by mělo být:

- Získání podrobnějších informací o rozdílech v návštěvnosti kontaktního centra mezi skupinami uživatelů pervitinu a opiátů
- Získání podrobnějších informací o rozdílech využívání jednotlivých služeb nabízených kontaktním centrem mezi skupinami uživatelů pervitinu a opiátů
- Potvrzení či vyvrácení nulové hypotézy
- Získání odpovědí na výzkumné otázky
- Vytvoření základů pro další podobné studie, zejména kvantitativní povahy

7. Hypotézy a výzkumné otázky

Na začátku výzkumné části mé diplomové práce bych ráda stanovila několik výzkumných otázek, na které se v průběhu své práce budu snažit nalézat odpovědi.

7.1. Hypotézy

- Nulová hypotéza - Problémoví uživatelé pervitinu a uživatelé opiátů během svého prvního roku využívání služeb kontaktního centra toto centrum navštěvují ve stejné míře.
- Alternativní hypotéza - Problémoví uživatelé pervitinu a uživatelé opiátů během svého prvního roku využívání služeb kontaktního centra toto centrum nenavštěvují ve stejné míře a jejich návštěvnost se signifikantně liší.

7.2. Výzkumné otázky

- Výzkumná otázka č. 1 - Jaký je poměr uživatelů opiátů a pervitinu mezi kódovanými uživateli s vyplněným IN-COME dotazníkem mezi klienty kontaktního centra?
- Výzkumná otázka č. 2 - Liší se vzdělání uživatelů opiátů a pervitinu?

- Výzkumná otázka č. 3 - Do jaké míry se liší využití služby „Výměnný program“ uživateli opiátů a uživateli pervitinu?
- Výzkumná otázka č. 4 - Do jaké míry se liší využití služby „Odkaz do léčebného zařízení“ uživateli opiátů a uživateli pervitinu?
- Výzkumná otázka č. 5 - DO jaké míry se liší využití služby „Zdravotní ošetření“ uživateli opiátů a uživateli pervitinu?
- Výzkumná otázka č. 6 - DO jaké míry se liší využití služby „Testování“ uživateli opiátů a uživateli pervitinu?

8. Popis výzkumného souboru

Do této studie byla zařazena data od 273 problémových uživatelů pervitinu, heroinu, nebo nitrožilně zneužívaného Subutexu. Uživatelů opiátů/opiodů, zařazených do studie je celkem 110, uživatelů pervitinu celkem 163. Z celkového počtu kódovaných uživatelů s vyplněným IN-COME dotazníkem, kteří navštěvují kontaktní centrum Stage5 je 40% uživatelů opiátů a 60% uživatelů pervitinu (viz graf č. 1).

Pro porovnání s kompletními údaji kontaktního centra, které jsou uvedeny jako kvalifikované odhady a jsou do nich zahrnuti všichni klienti kontaktního centra (KC), budu během následujících řádků citovat ze závěrečné zprávy kontaktního centra. Závěrečné zpráva za rok 2013 uvádí: „ **44 %** klientů uvedlo jako svou primární drogu **Subutex** (v roce 2012 37 %), **Pervitin** uvedlo jako svou primární drogu **35 %** klientů (v roce 2012 42 %). **9 %** klientů užívá primárně **heroin** (v roce 2012 13 %)“ V předchozí závěrečné zprávě z roku 2011 je uvedeno: „ I nadále významně stoupá počet uživatelů pervitinu a subutexu na úkor počtu uživatelů heroinu. Jako svou primární drogu uvedlo **pervitin 65 %** klientů (v roce 2010 47 %) **asubutex 35 %** klientů (v roce 2010 25 %), zatímco **heroin 8 %** klientů (v roce 2010 15%)“

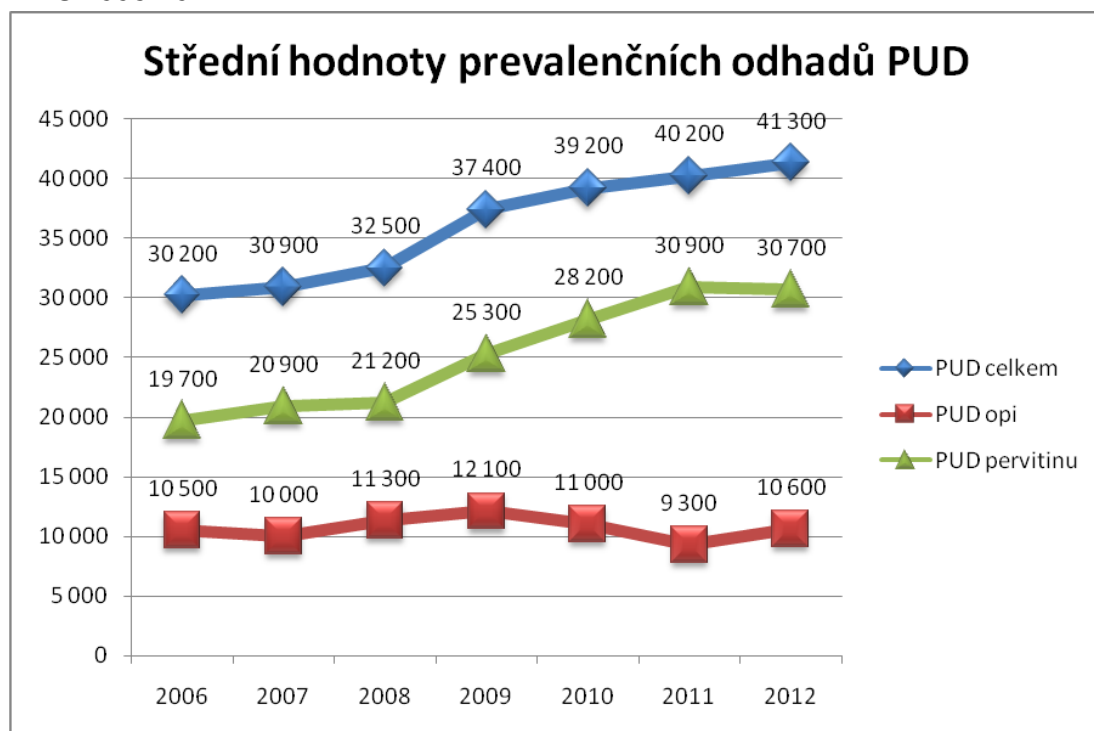
Rovněž zde, také pro porovnání s celkovým počtem problémových uživatelů v České republice a Praze, příkládám grafy vytvořené dle údajů z výročních zpráv o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006 – 2012. V letech 2006 – 2012 proto, neboť to jsou roky, ze

kterých pochází i data, která jsem použila pro výzkumnou část své diplomové práce.

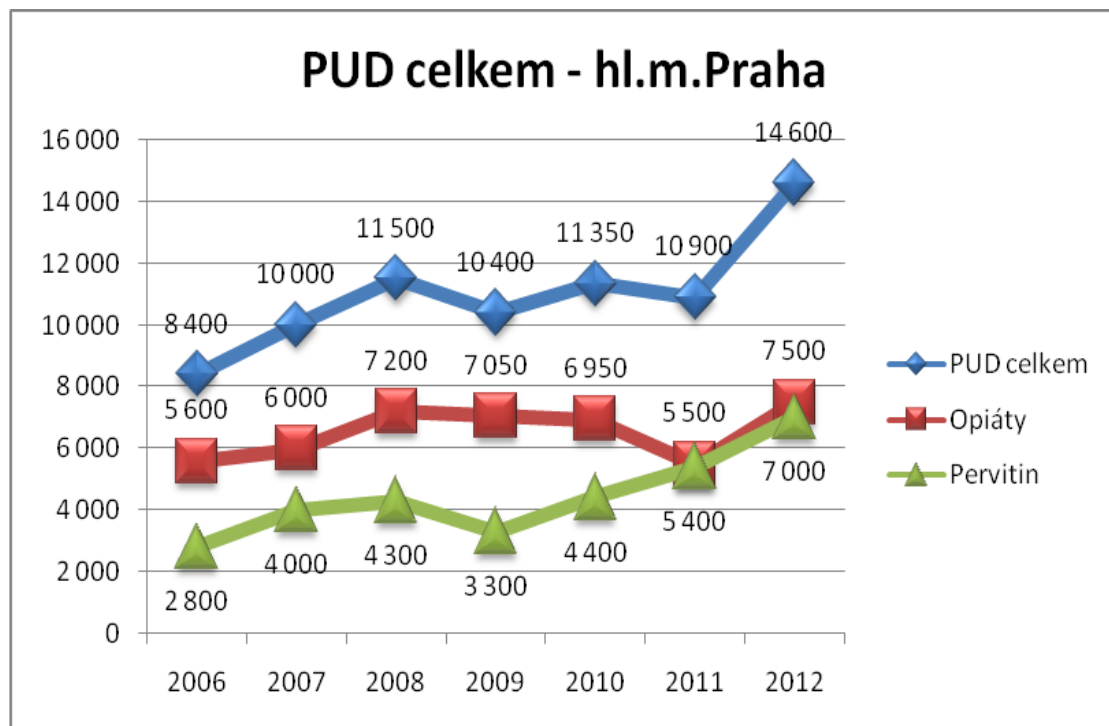
Graf č. 1 znázorňuje procentuelní zastoupení uživatelů opiátů a pervitinu, kteří byli zařazeni do této studie



Graf č. 2 Střední hodnoty prevalenčních odhadů problémových uživatelů drog dle NMS 2006-2012



Graf č. 3 Odhad počtu problémových uživatelů drog na území hl. m. Praha dle NMS 2006-2012

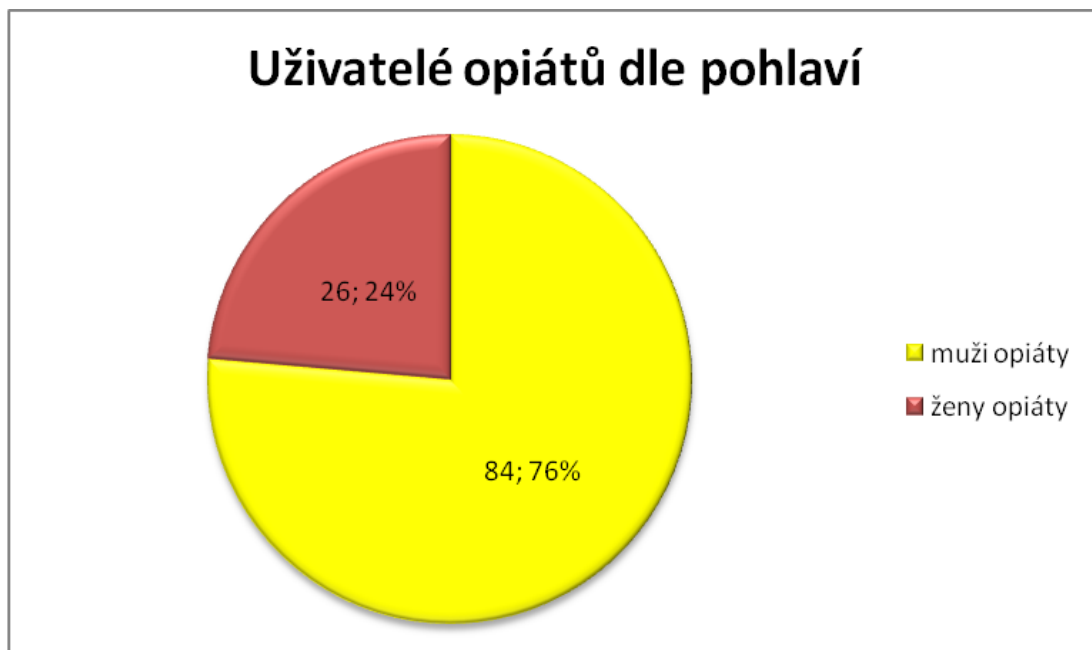


8.1. Zastoupení pohlaví

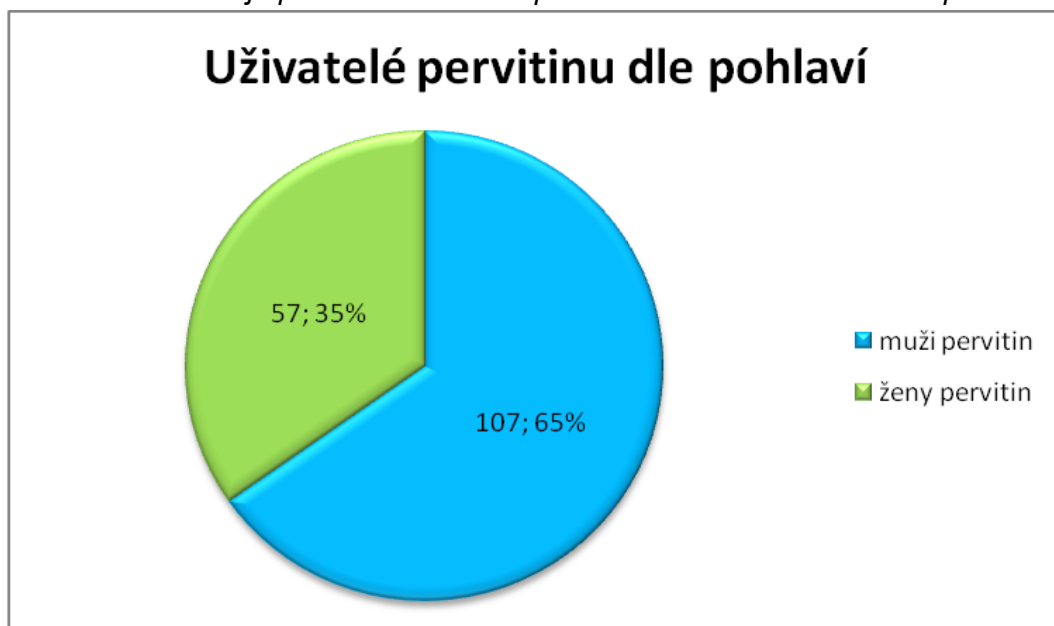
Ze 110 uživatelů opiátů je v této studii zapojeno 84 mužů a 26 žen. Žen je tedy 24 % (viz graf č. 2). U uživatelů pervitinu je poměr žen o něco vyšší. Z celkového počtu 163 je 107 mužů a 57 žen. Žen je 35 % (viz graf č. 3), což je o více než 10 % více než u uživatelů opiátů.

I zde pro porovnání uvádím informaci ze závěrečných zpráv kontaktního centra Stage5. Ve zprávě za rok 2013 Zelinová uvádí: „podíl **žen** tvoří **28 %** (v roce 2012 21 %)“ a ve zprávě z roku 2011 uvádí: „podíl **žen** tvoří **23 %** (v roce 2010 21 %).“

Graf č. 4 znázorňuje procentuelní zastoupení mužů a žen mezi uživateli opiátů



Graf č. 5 znázorňuje procentuelní zastoupení mužů a žen mezi uživateli pervitinu



8.2. Injekční uživatelé

Zastoupení injekčních uživatelů je v obou skupinách velmi podobné. U uživatelů opiátů jsou to 104 ze 110 uživatelů, tedy 95 % (viz graf č. 4). U uživatelů pervitinu to je 151 injekčních uživatelů z celkového počtu 163 uživatelů pervitinu, což odpovídá 93 % (viz graf č. 5).

Graf č. 6 znázorňuje procentuální zastoupení injekčních uživatelů ve skupině uživatelů opiátů



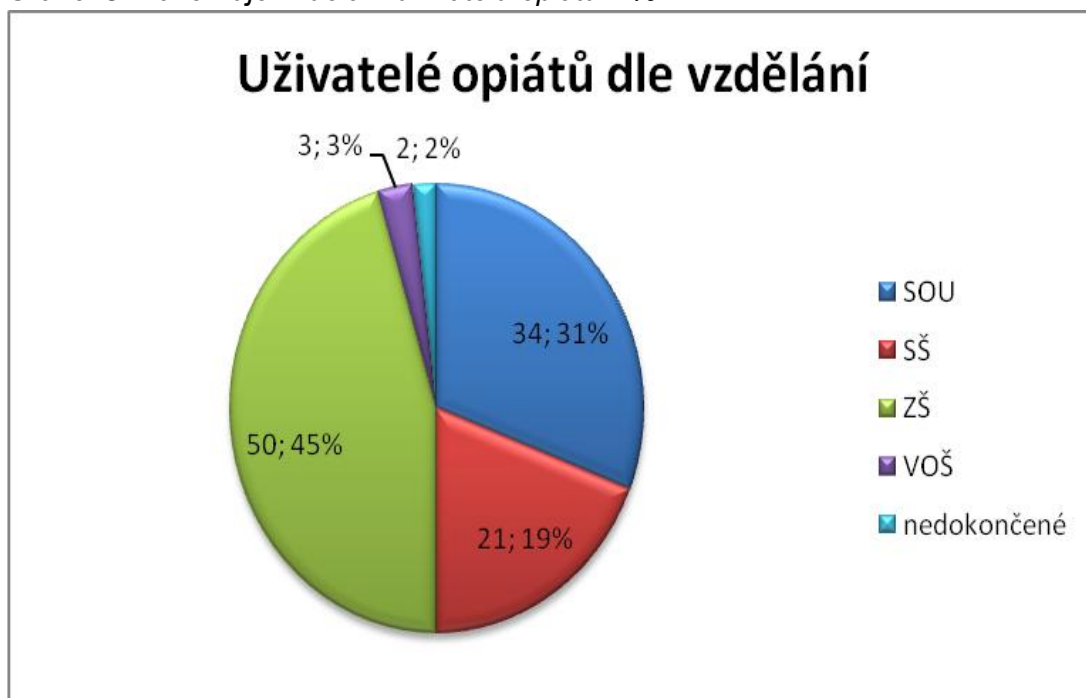
Graf č. 7 znázorňuje procentuální zastoupení injekčních uživatelů ve skupině uživatelů pervitinu



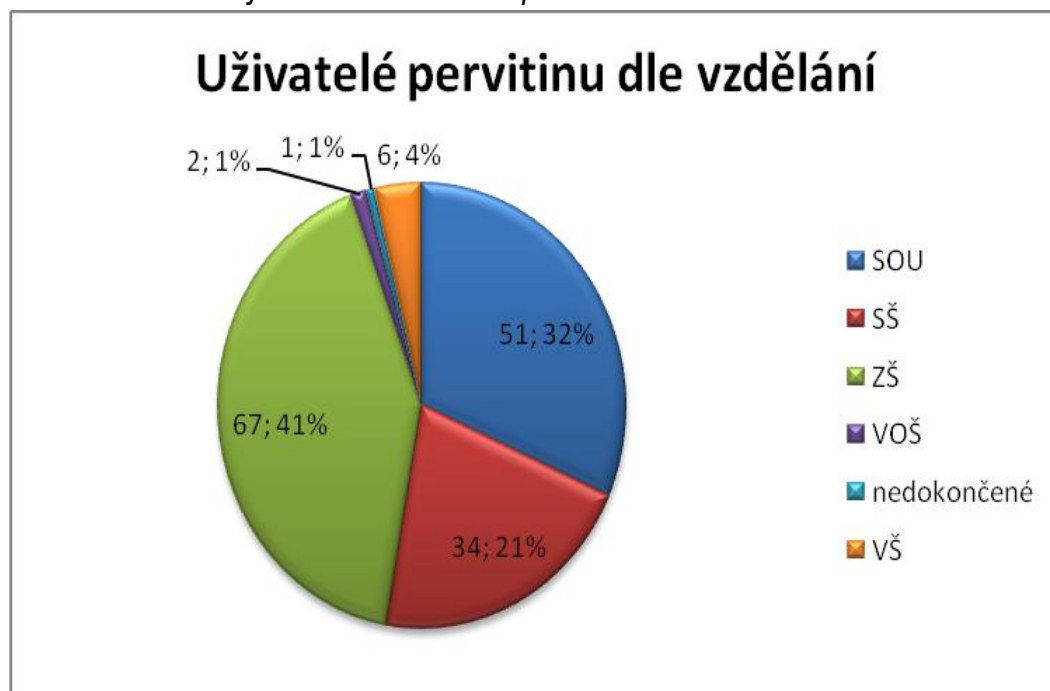
8.3. Vzdělání uživatelů

Následující grafy poukazují na rozdíly ve vzdělání mezi uživateli opiátů a pervitinu. Tyto rozdíly nejsou nijak markantní. Ráda bych však na jeden rozdíl poukázala. Ve skupině uživatelů pervitinu se vyskytují 4 % vysokoškolsky vzdělaných uživatelů, kdežto ve skupině uživatelů opiátů se takovýto nevyskytuje žádný. Další stupně vzdělání mají v obou skupinách srovnatelné zastoupení. Nejčastějším druhem dokončeného vzdělání je v obou skupinách vzdělání základní. U uživatelů opiátů je to 45 % a u uživatelů pervitinu je to 41 %. V obou skupinách pak následuje vzdělání odborné s vyučným listem (v grafech označované jako SOU), které je u uživatelů opiátů 31 % a uživatelů pervitinu 32 %.

Graf č. 8 znázorňuje vzdělání uživatelů opiátů v %.



Graf č. 9 znázorňuje vzdělání uživatelů pervitinu v %.

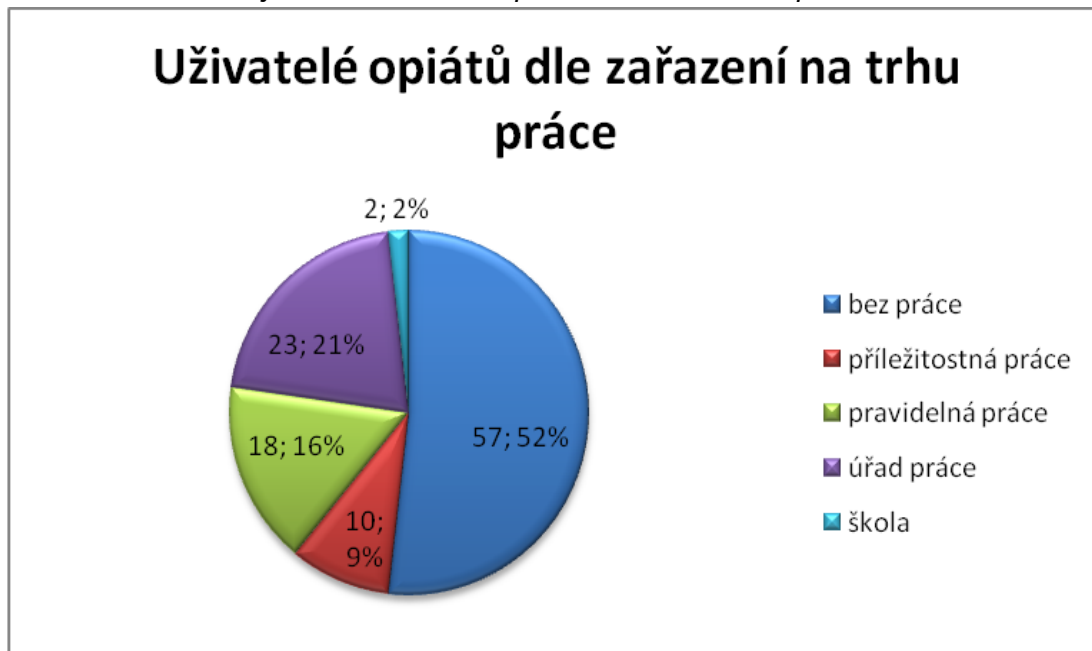


8.4. Zařazení na trhu práce

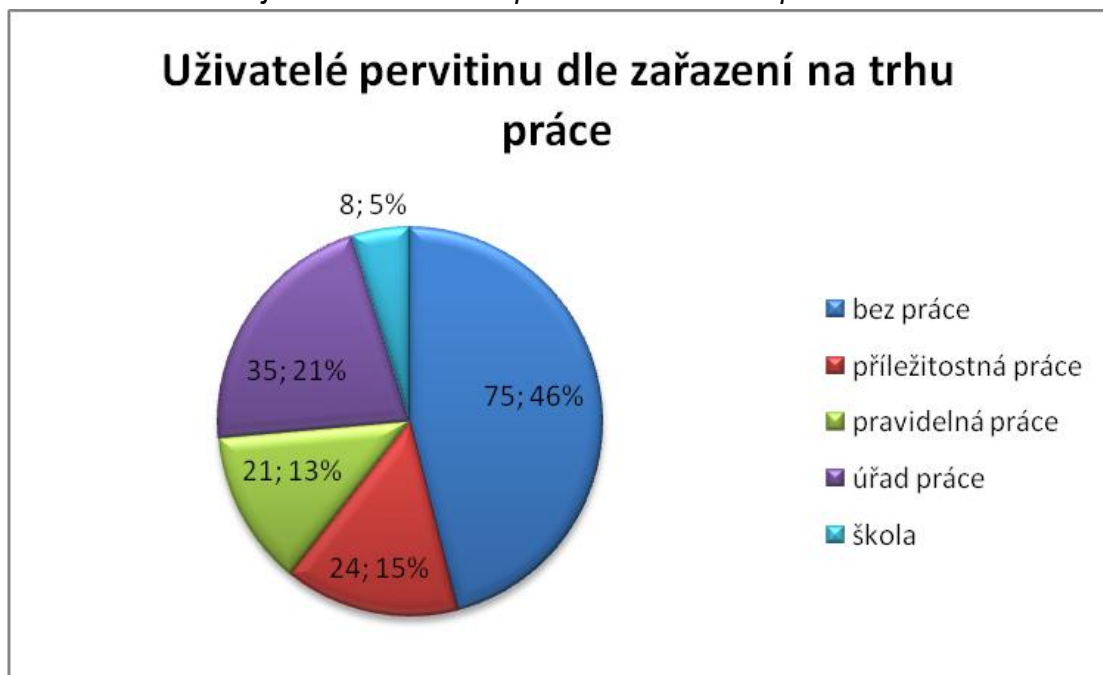
Následující grafy srovnávají uživatele opiátů a pervitinu z pohledu zařazení na trhu práce. Stejně jako v předchozím srovnání se tyto údaje výrazně neliší. Jak by se dalo předpokládat, v obou skupinách převažují uživatelé bez práce a nejsou registrovaní na úřadu práce. U uživatelů pervitinu je bez práce 46 % a u uživatelů opiátů je to dokonce 52 %. Následují uživatelé, kteří jsou registrovaní na úřadu práce (uživatelé opiátů i uživatelé pervitinu 21 %). U uživatelů opiátů pak následují uživatelé s pravidelnou (16 %) prací a za nimi s prací příležitostnou (9 %). U uživatelů pervitinu je

toto pořadí opačné. 15 % uživatelů má práci příležitostnou a 13 % práci pravidelnou.

Graf č. 10 znázorňuje zařazení na trhu práce mezi uživateli opiátů v %.



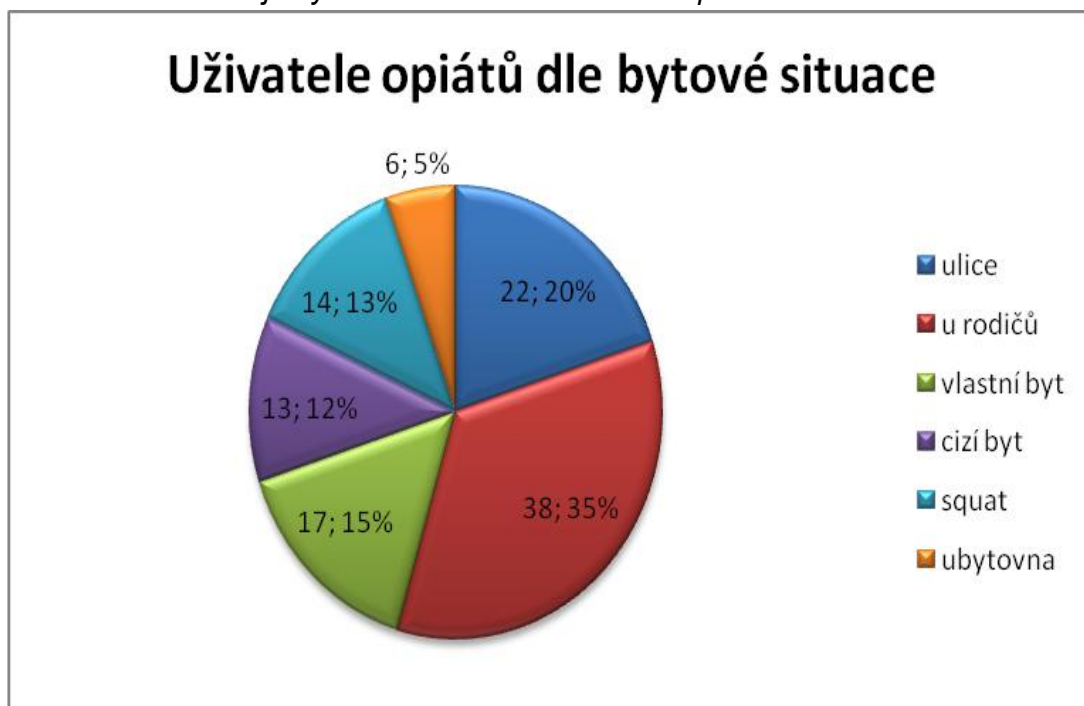
Graf č. 11 znázorňuje zařazení na trhu práce mezi uživateli pervitinu v %.



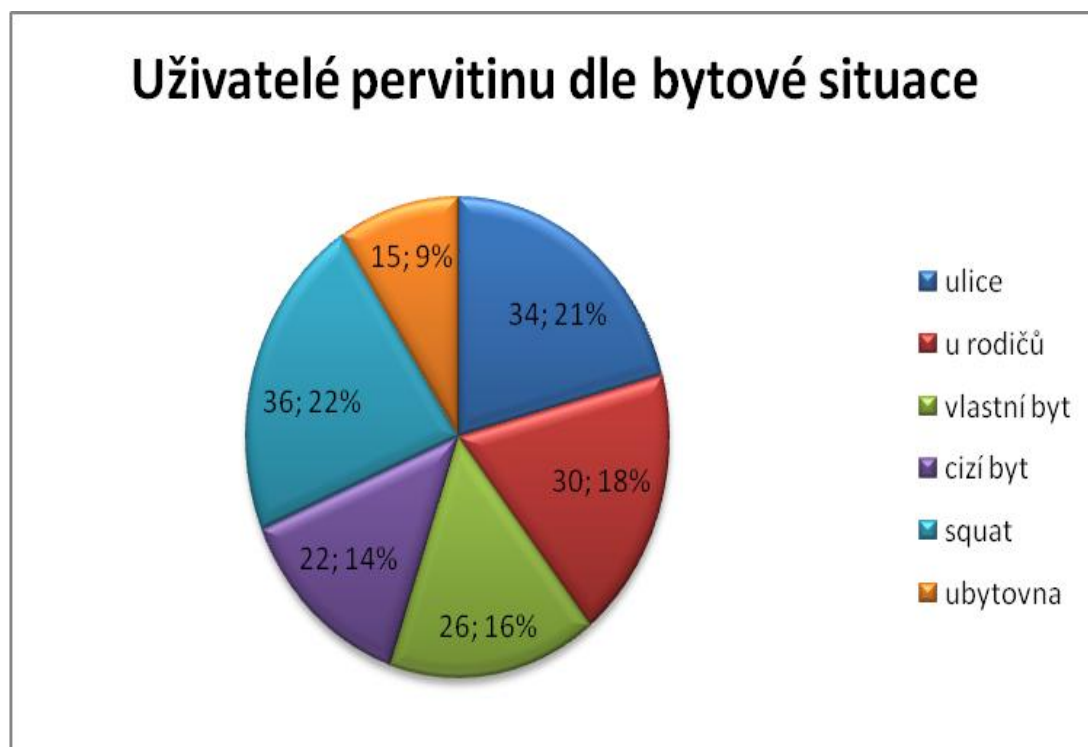
8.5. Bytová situace klientů kontaktního centra

Tyto grafy nám poukazují na rozdíly v bytové situaci uživatelů opiátů a pervitinu. Zatímco u uživatelů opiátů je jako nejčastější bydlení udáváno bydlení „u rodičů“ (35 %), mezi uživateli pervitinu je nejčastější bydlení na squatu (22 %), pouze o procento méně uživatelů bydlí na ulici (21 %) a bydlení u rodičů je u uživatelů pervitinu až na třetím místě (18 %).

Graf č. 12 znázorňuje bytovou situaci mezi uživateli opiátů v %.



Graf č. 13 znázorňuje bytovou situaci mezi uživateli pervitinu v %.



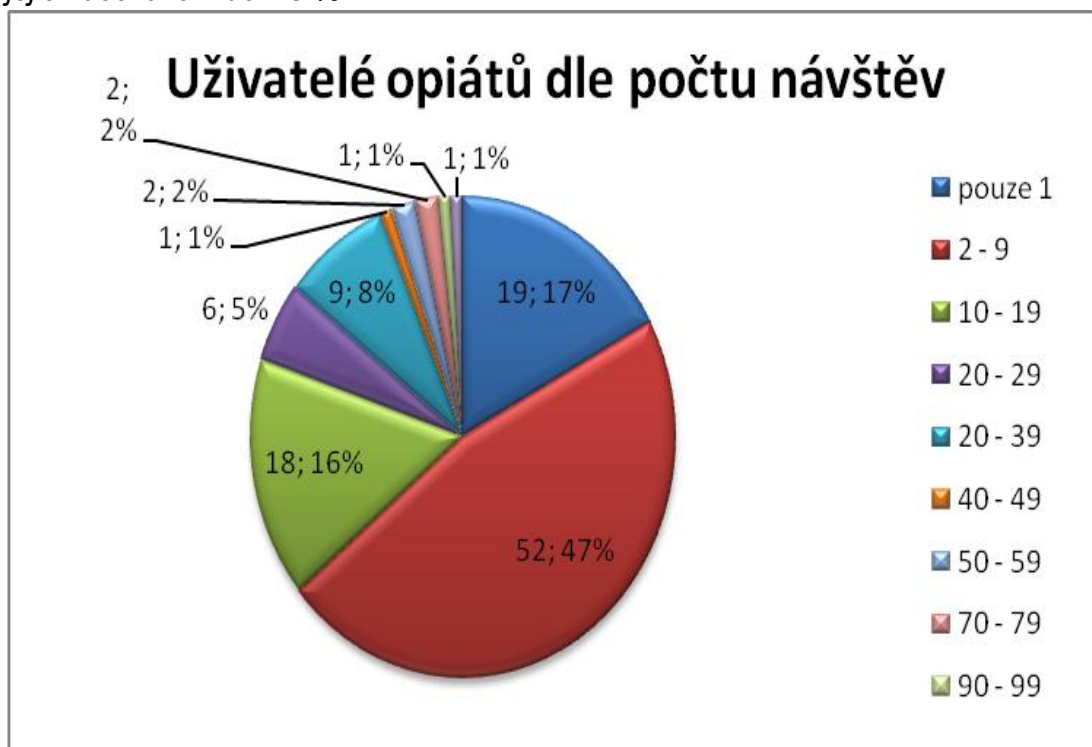
9. Návštěvnost kontaktního centra

9.1. Srovnání uživatelů dle počtu návštěv kontaktního centra

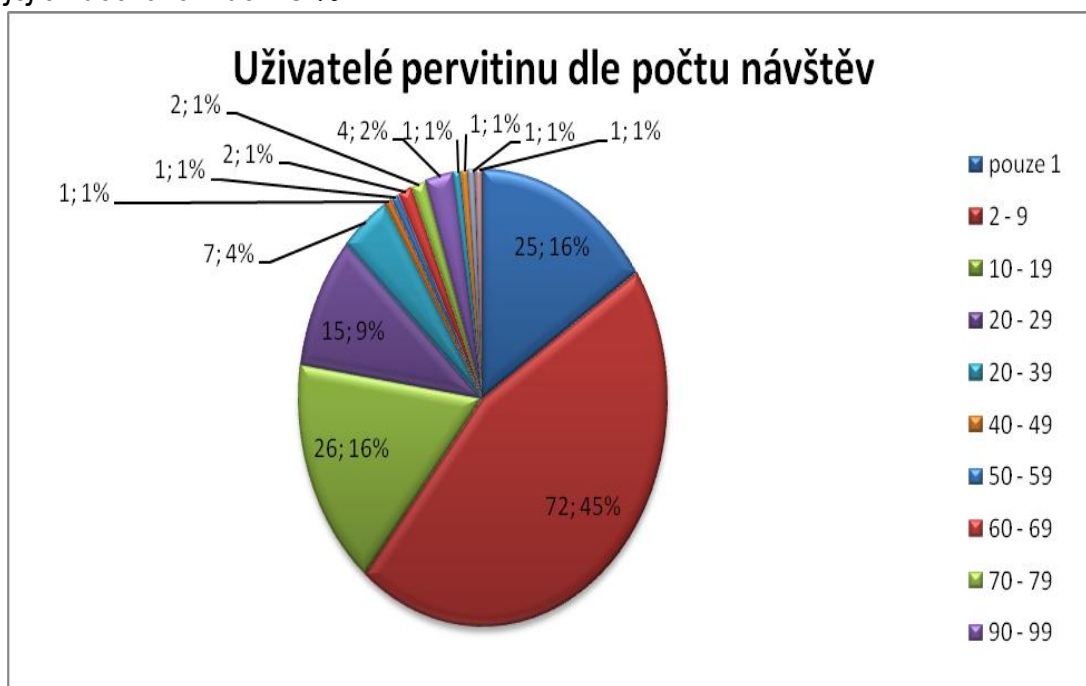
V následujících grafech můžeme vidět srovnání pervitinových a opiátových uživatelů dle toho, kolikrát během svého prvního roku využívání služeb kontaktního centra toto centrum vyhledali a využili nějakou z jeho služeb. Nejpočetněji jsou zastoupeni ti uživatelé, kteří během celého prvního roku službu vyhledali v rozmezí dvou až devíti návštěv. Tento počet návštěv využila v obou

skupinách téměř polovina uživatelů (uživatelé opiátů 47 %, uživatelé pervitinu 45 %). Téměř srovnatelné jsou pak skupiny uživatelů, kteří službu využili pouze jednou, nebo v rozmezí deset a devatenáct návštěv.

Graf č. 14 znázorňuje celkový počet návštěv uživatelů opiátů během prvního roku jejich docházení do KC %.



Graf č. 15 znázorňuje celkový počet návštěv uživatelů pervitinu během prvního roku jejich docházení do KC %.



„Rekordmanem“ v počtu návštěv je skupině uživatelů opiátů klient, který za svůj první rok kontaktní centrum navštívil 102x. Tento uživatel je muž, ve věkovém rozmezí 21 - 27 let. Je to injekční uživatel, který při svém prvním kontaktu při vyplnění dotazníku INCOME uvádí že má pravidelnou práci, bydlí v cizím bytě a jeho vzdělání je základní. Tento klient využíval služby kontaktního centra během svého prvního roku poměrně pravidelně. V kontaktu se službou nebyl vůbec během 8., 11. a 12. měsíce. Tento klient nejvíce využíval službu „výměnný program“. V 6. měsíci návštěvování kontaktního centra byl klient odkázán do léčebného zařízení.

Ve skupině uživatelů opiátů je nejen rekordman této slupiny, ale také celého výzkumu. Tento uživatel byl

v kontaktu se službou celkem 246x. Je to muž, ve věkovém rozmezí 40 - 44 let. Během prvního kontaktu v INCOME uvádí, že není injekční uživatel, čemuž odpovídá i charakter jeho kontaktů. Službu „výměnný program“ tento klient využil za celý první rok pouze jednou a to bez samotné výměny injekčního materiálu. Dále uvádí že jeho vzdělání je základní, je bez práce a bez bydlení - tedy bydlí na ulici. Službu navštěvoval zcela pravidelně, mimo posledního měsíce, kdy službu nevyužil ani jednou. Jelikož je to 12. měsíc, tedy poslední, který tato studie mapuje, je těžko doložit, zda se jednalo pouze o krátkodobý výpadek na jeden měsíc, který by mohl být způsobený třeba hospitalizací ve zdravotnickém zařízení z důvodu somatických komplikací, nebo zda-li se jednalo o výpadek dlouhodobý nebo trvalý, způsobený třeba výkonem trestu odnětí svobody, nebo nástupem klienta do léčebného zařízení a jeho následnou abstinencí. Během svého

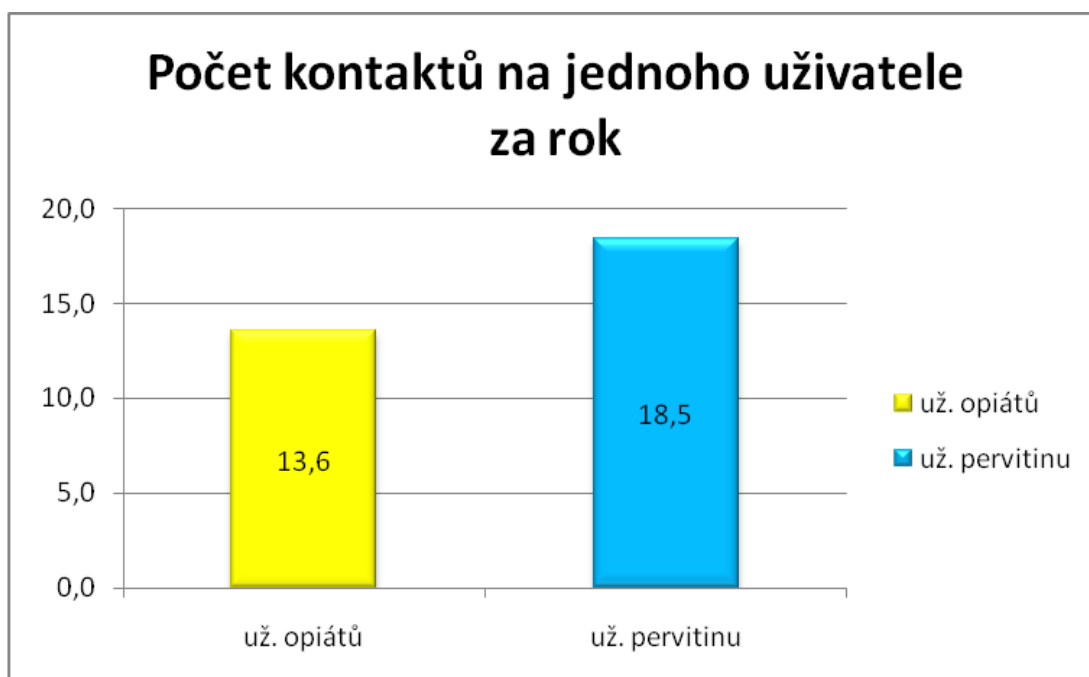
navštěvování kontaktního centra klient mimo služeb „kontaktní práce“, „potravinový servis“ a „hygienický servis“ častou využíval službu „základního zdravotního ošetření“, „individuálního poradenství“ a „internetu“. Do léčebného zařízení určeného pro léčbu závislosti byl tento klient odkázán během prvního roku minimálně 2x.

Podobně si obě tyto skupiny stojí ve srovnání průměrného počtu kontaktů. Průměrně totiž vychází na každého jednoho uživatele opiátů během jeho prvního roku téměř 14 kontaktů, na jednoho uživatele pervitinu toto vychází na 19 kontaktů během prvního roku využívání služby kontaktního centra.

U tohoto porovnání byl proveden **t-test** rozdílu dvou relativních hodnot, jakožto základní test zaměřující se na celkové využívání služeb sledovanými skupinami.

Provedený t-test jasně ukázal, že pozorované skupiny uživatelů pervitinu a opiátů nejsou homogenní, a rozdíl mezi celkovým využíváním služeb těchto dvou skupin je **signifikantí** a je důležité se tímto tématem dále zabývat.

Graf č. 16 názorně ukazuje, kolikrát průměrně každý jeden uživatel opiátů a každý jeden uživatel pervitinu navštívil kontaktní centrum během svého prvního roku využívání služeb.

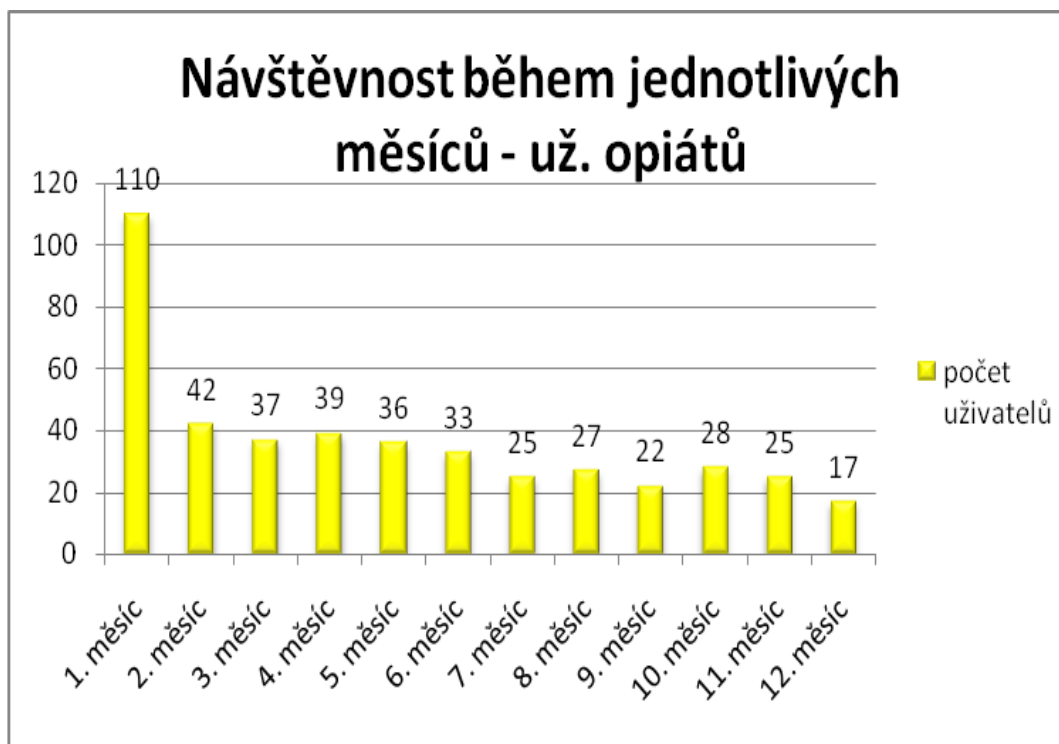


Na tomto místě je také možné porovnat tyto dvě skupiny vzhledem k návštěvnosti kontaktního centra v průběhu jednotlivých měsíců. Následující grafy mapují počet uživatelů kteří během prvního až dvanáctého měsíce

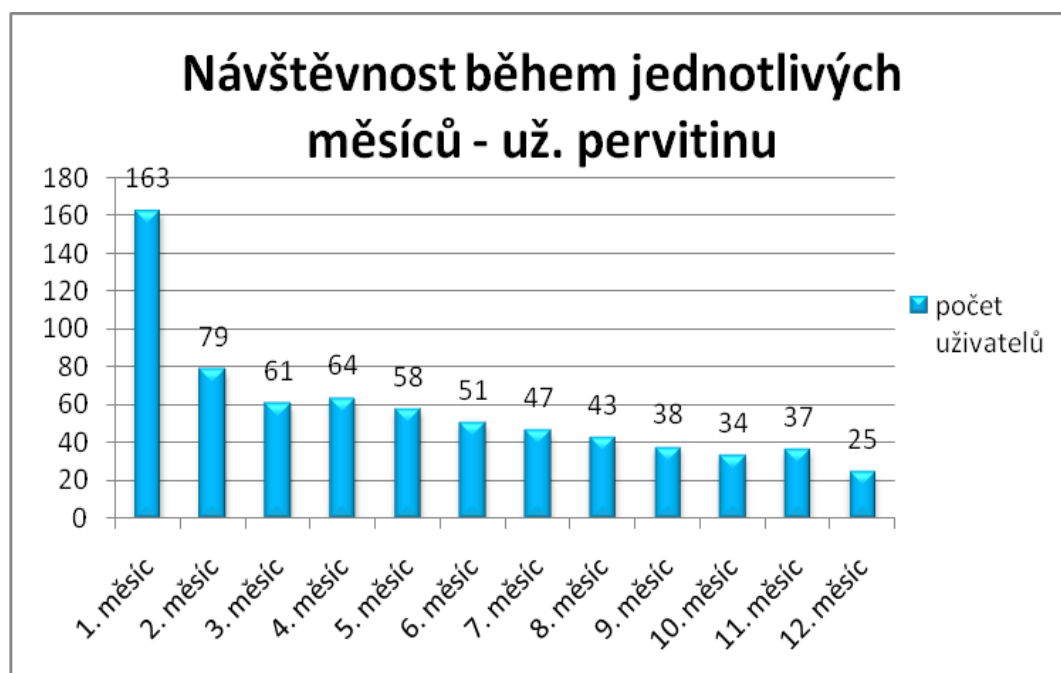
navštívili kontaktní centrum. U obou těchto skupin má počet uživatelů během roku klesající tendenci. Během prvního měsíce navštíví službu všichni uživatelé minimálně 1x. Od druhého měsíce však již službu navštíví méně než 50 % původních uživatelů. Klesající tendence je u obou skupin uživatelů srovnatelná.

$p = 0,501$; $t = 0,673$; při hladině významnosti = 0,05

Graf č. 17 názorně ukazuje, kolik uživatelů opiátů využije službu během jednotlivých měsíců svého prvního roku využívání služeb kontaktního centra.

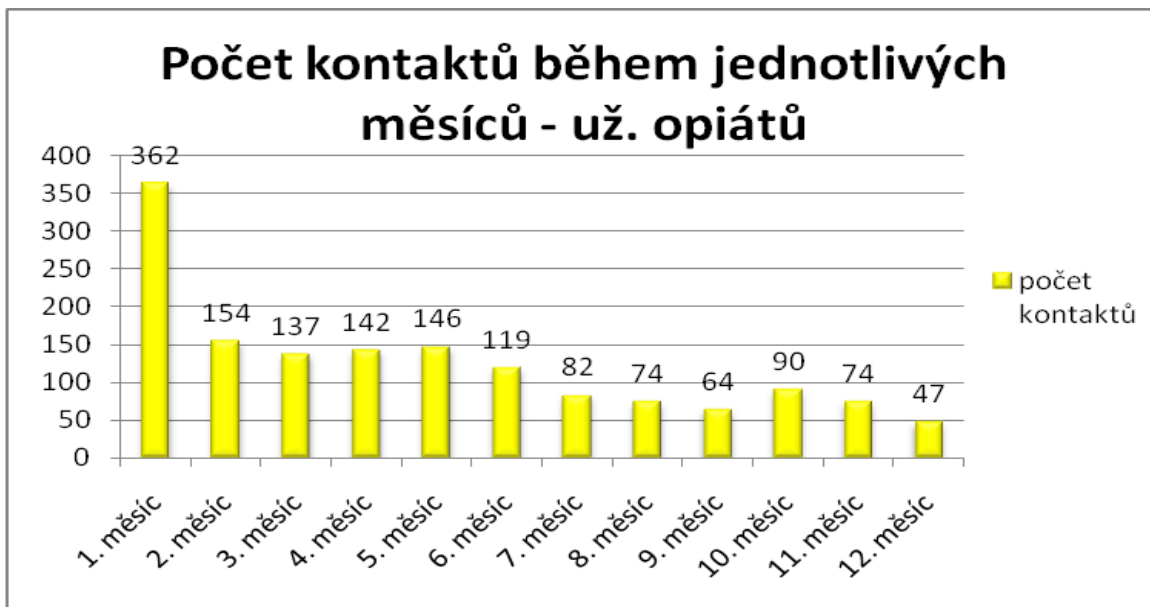


Graf č. 18 názorně ukazuje, kolik uživatelů opiátů využije službu během jednotlivých měsíců svého prvního roku využívání služeb kontaktního centra.

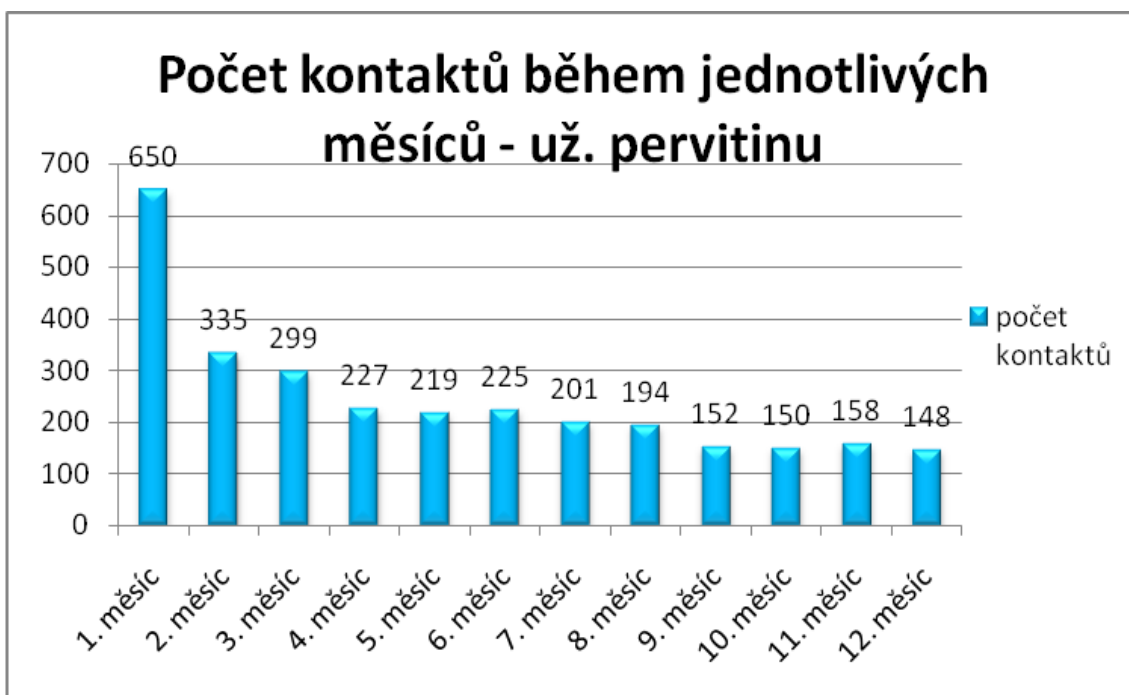


Následující dva grafy poukazují na celkový počet kontaktů všech těchto uživatelů během jejich prvního roku navštěvování kontaktního centra. Stejně jako u předchozích grafů znázorňujících návštěvnost kontaktního centra, i zde je možné pozorovat sestupnou tendenci. Největší rozdíl je opět možné zaznamenat ihned po prvním měsíci, kdy u uživatelů opiátů počet kontaktů klesl o více než 50 %, u uživatelů pervitinu byl zaznamenán pokles o necelých 50 %. Údaje o počtu kontaktů víceméně korespondují s údaji o uživatelích navštěvujících službu.

Graf č. 19 názorně ukazuje, množství kontaktů, které v součtu využili všichni uživatelé opiátů, během jednotlivých měsíců svého prvního roku využívání služeb kontaktního centra.



Graf č. 20 názorně ukazuje, množství kontaktů, které v součtu využili všichni uživatelé pervitinu, během jednotlivých měsíců svého prvního roku využívání služeb kontaktního centra.



10. Využívání služeb kontaktního centra

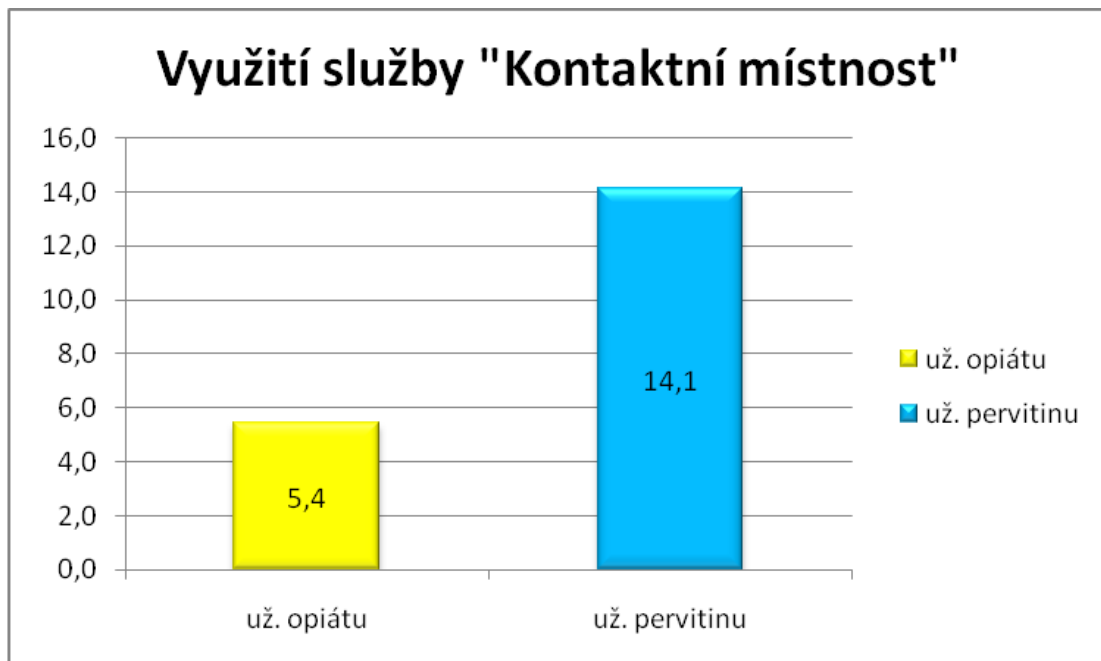
Následující řádky a grafy srovnávají perivitnové a opiátové uživatele z pohledu toho, v jakém množství využívají služby nabízené kontaktním centrem.

10.1. Využití služby „Kontaktní práce“

Služba kontaktní práce (nebo kontaktní místnost v kombinaci s potravinovým a hygienickým servisem) byla v této době u těchto klientů zaevidována celkem 2899x. U opiátových uživatelů (kterých je celkem 110) to bylo 597x a u uživatelů pervitinu 2302x. Což tedy znamená, že uživatelé pervitinu využívají tuto službu takřka 3x více, než uživatelé opiátů. Jeden uživatel opiátů totiž službu využije průměrně 5x za rok, kdežto uživatel pervitinu ji průměrně využije 14x za rok.

Pro určení hladiny významnosti u této služby byl použit **t-test rozdílu dvou relativních hodnot**, který při hodnotě $p=0,379$ a hladině významnosti $=0,05$ vykazuje **signifikantní** rozdíl mezi skupinami uživatelů ve využívání služby kontaktní místnost.

Graf č. 21 názorně ukazuje, kolikrát průměrně službu využil každý jeden uživatel opiátů a každý jeden uživatel pervitinu během svého prvního roku docházení do kontaktního centra.

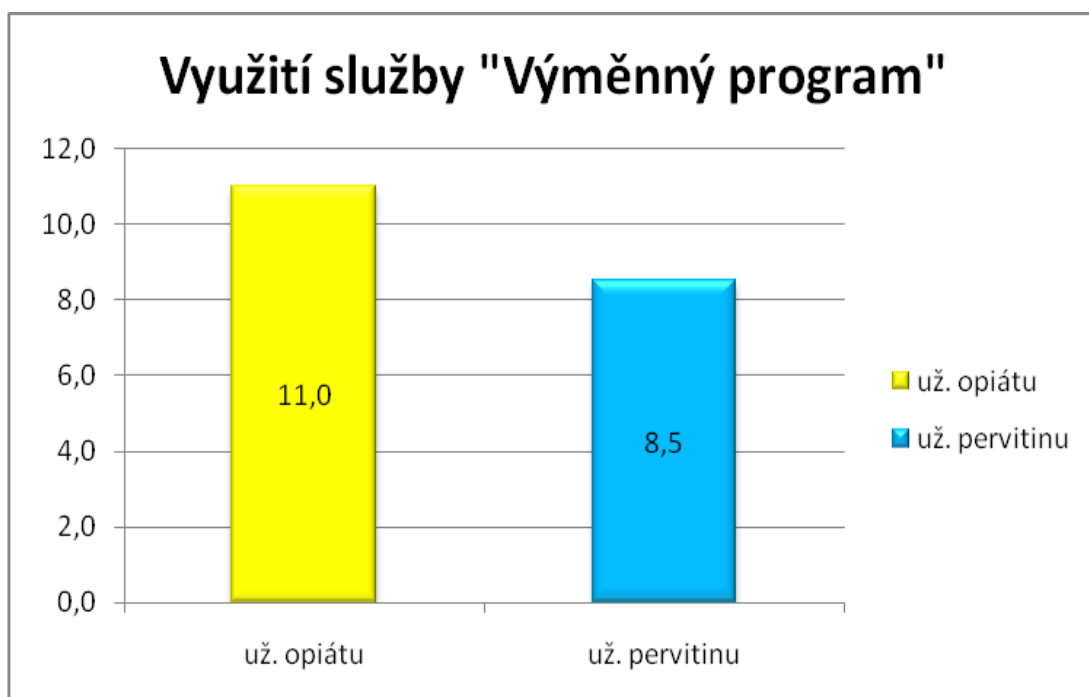


10.2. Využití služby „Výměnný program“

Služba „Výměnný program“ byla u těchto klientů během jejich prvního roku navštěvování kontaktního centra uskutečněna celkem 2598x. U opiátových uživatelů to bylo 1211x u uživatelů pervitinu 1387x. Průměrně tedy tuto službu využije jeden uživatel opiátů 11x během svého prvního roku a uživatel pervitinu asi 9x během tohoto roku. Obě tyto skupiny tedy službu využívají v podobné intenzitě.

t-test rozdílu dvou relativních hodnot při hodnotě $p=0,0025$ a hladině významnosti $=0,05$ i $0,01$ nevykazuje **signifikantní** rozdíl ve využívání této služby.

Graf č. 22 názorně ukazuje, kolikrát průměrně službu využil každý jeden uživatel opiátů a každý jeden uživatel pervitinu během svého prvního roku docházení do kontaktního centra.



10.3. Využití výkonu „Informační servis“

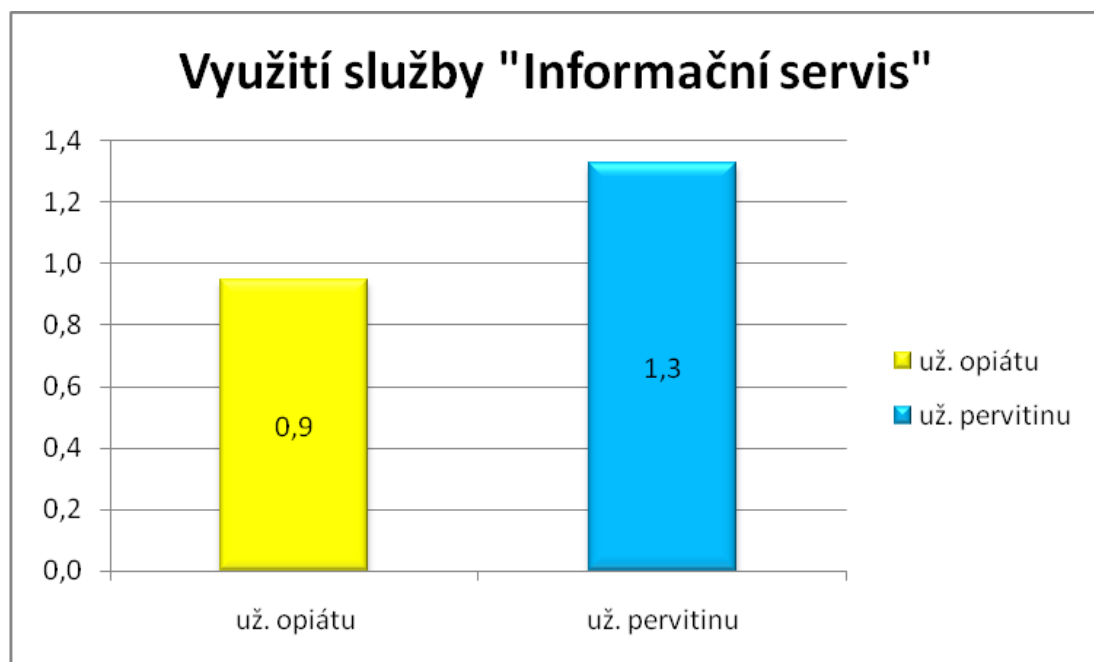
Výkonu služby „Informační servis“ bylo u klientů zapojených do studie během jejich prvního roku využívání služeb kontaktního centra provedeno celkem 320. U opiátových uživatelů to bylo 104 výkonů a u uživatelů pervitinu 216 výkonů. Průměrně v přepočtu na uživatele to

znamená, že tuto službu využije téměř každý uživatel opiátů a každý uživatel pervitinu. Tento ji využije o něco málo častěji než jednou.

t-test rozdílu dvou relativních hodnot vykazuje hodnotu $p=0,0000$, což při hladině významnosti 0,05 i 0,01 znamená **nesignifikantní** rozdíl ve využívání této služby těmito dvěma skupinami.

Procentový z-test vykazuje hodnotu $z=6,296$, což při hladině z_{α} : $z_{0,001}$ vykazuje **signifikantní** rozdíl ve využívání této služby.

Graf č. 23 názorně ukazuje, kolikrát průměrně službu využil každý jeden uživatel opiátů a každý jeden uživatel pervitinu během svého prvního roku docházení do kontaktního centra.



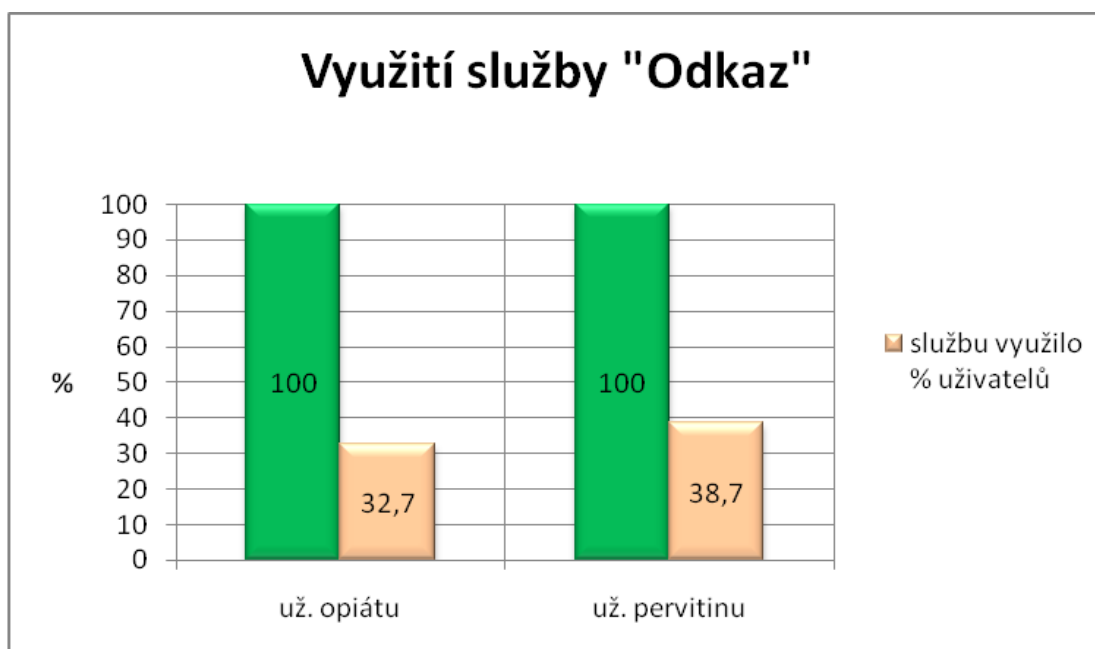
10.4. Využití služby „Odkaz do léčebného zařízení“

Odkazem do léčebného zařízení se pro potřeby této diplomové práce rozumí doporučení klienta do střednědobé nebo dlouhodobé rezidentní léčby. Těchto výkonů bylo u těchto klientů během jejich prvního roku využívání služeb kontaktního centra provedeno celkem 99 výkonů. U opiátových uživatelů to bylo 36 výkonů, u uživatelů pervitinu 63 výkonů. Průměrně tedy tuto službu využije každý třetí uživatel (32,7 %) opiátů a téměř každý třetí uživatel (38,7 %) pervitinu. Využití této služby je tedy v porovnání těchto dvou skupin srovnatelné.

t-test rozdílu dvou relativních hodnot vykazuje hodnotu $p=0,0000$, což při hladině významnosti 0,05 i 0,01 znamená **nesignifikantní** rozdíl ve využívání této služby těmito dvěma skupinami.

Procentový z-test vykazuje hodnotu $z=1,020$, což při každé standardizované hodnotě hladiny z_{α} vykazuje **nesignifikantní** rozdíl ve využívání této služby.

Graf č. 24 názorně ukazuje procentuelní zastoupení uživatelů opiátů a pervitinu, kteří během svého prvního roku navštěvování kontaktního centra využili tuto službu.



10.5. Využití služby „Individuální poradenství / sociální práce“

Výkony individuální poradenství a sociální práce jsem pro potřeby této diplomové práce spojila do jedné kategorie.

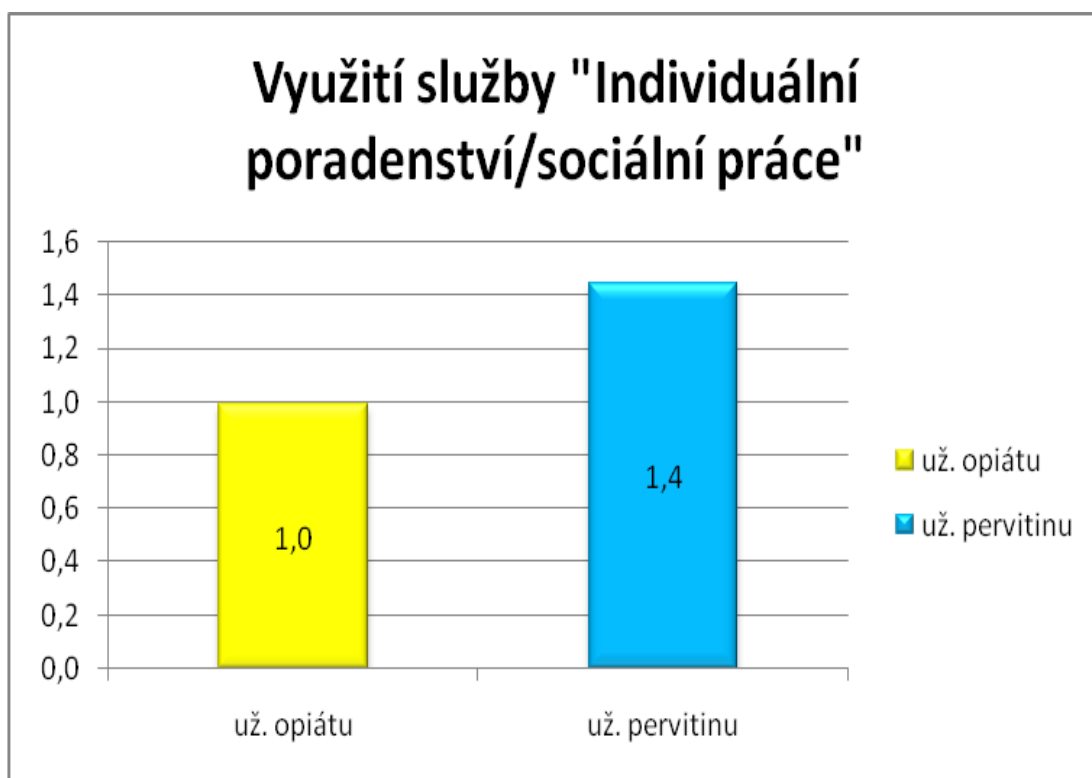
Těchto výkonů bylo u těchto klientů během jejich prvního roku využívání služeb kontaktního centra provedeno celkem 344. U opiátových uživatelů to bylo 109 výkonů a u pervitinových 235. Průběrně tedy tuto službu využije téměř každý uživatel opiátů. Každý uživatel pervitinu tuto službu využije téměř v 1,5 případě.

t-test rozdílu dvou relativních hodnot vykazuje hodnotu $p=0,0000$, což při hladině významnosti 0,05 i 0,01 znamená

nesignifikantní rozdíl ve využívání této služby těmito dvěma skupinami.

Procentový z-test vykazuje hodnotu $z=7,616$, což při hladině z_{α} : $z_{0,001}$ vykazuje **signifikantní** rozdíl ve využívání této služby.

Graf č. 25 názorně ukazuje, kolikrát průměrně službu využil každý jeden uživatel opiátů a každý jeden uživatel pervitinu během svého prvního roku docházení do kontaktního centra.



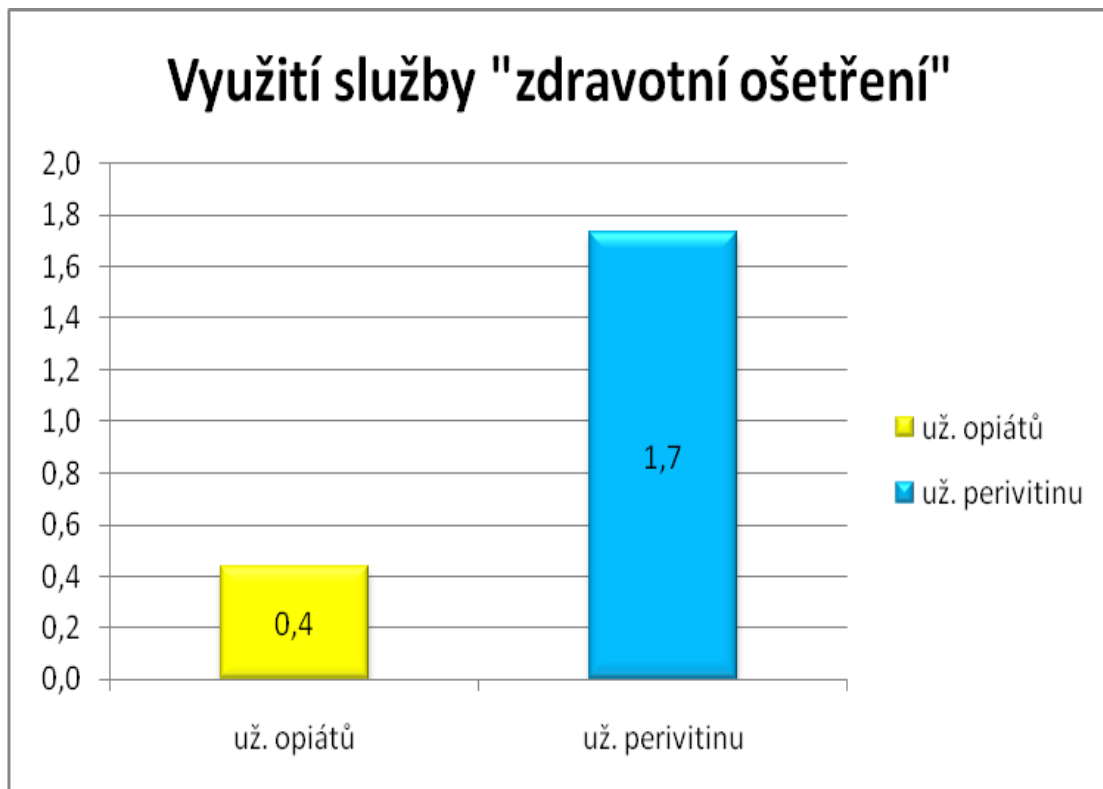
10.6. Využití služby „Základní zdravotní ošetření“

Využití tohoto výkonu je mezi uživateli pervitinu a opiátů nesrovnatelně rozdílné. Těchto výkonů bylo celkem v této době u všech klientů provedeno 331. Zatímco u uživatelů pervitinu bylo těchto výkonů 283, u uživatelů opiátů to bylo pouze 48 výkonů. V přepočtu to znamená, že tuto službu využije zhruba každý druhý uživatel opiátů jednou za rok, kdežto každý jeden uživatel pervitinu tuto službu využije téměř 2x.

t-test rozdílu dvou relativních hodnot vykazuje hodnotu $p=0,000001$, což při hladině významnosti 0,05 i 0,01 znamená **nesignifikantní** rozdíl ve využívání této služby těmito dvěma skupinami.

Procentový z-test vykazuje hodnotu $z=27,389$, což při hladině z_{α} : $z_{0,001}$ vykazuje **velmi signifikantní** rozdíl ve využívání této služby.

Graf č. 26 názorně ukazuje, kolikrát průměrně službu využil každý jeden uživatel opiátů a každý jeden uživatel pervitinu během svého prvního roku docházení do kontaktního centra.



10.7. Využití služby „internet“

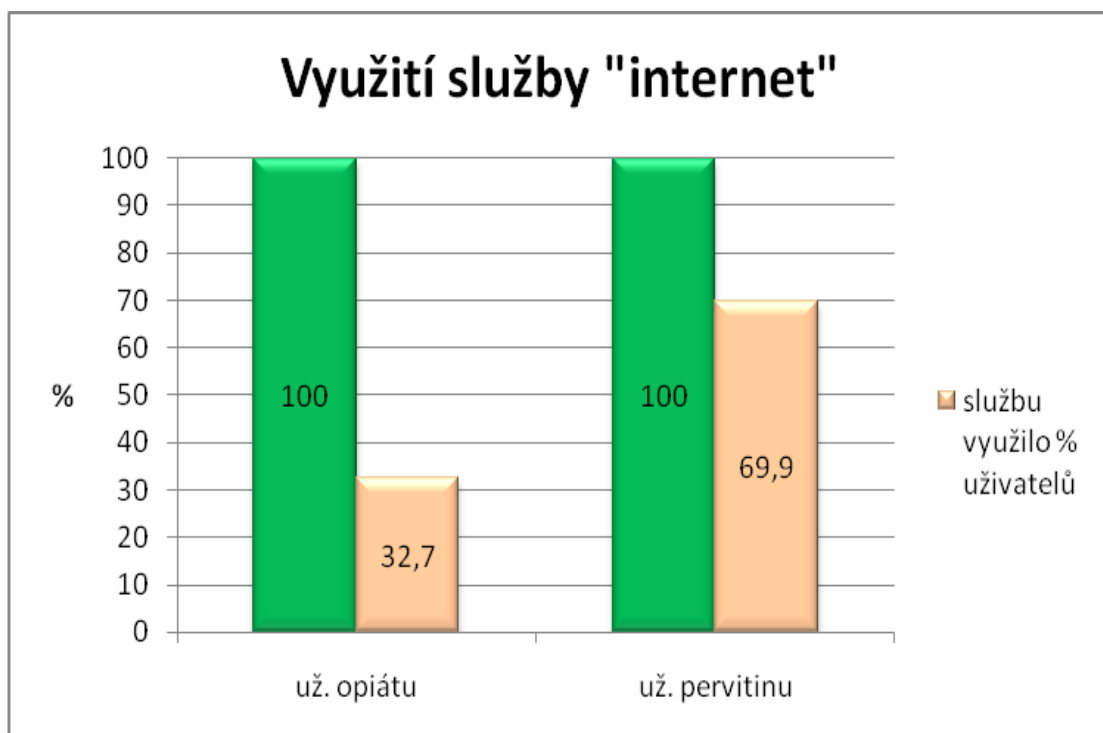
Tímto výkonem se rozumí využití počítače připojeného k internetu pro účel hledání práce, bydlení či vyhledávání věcí sloužících k těmto nebo jiným úředním důvodům. Tato služba byla provedena celkem 150x. U opiátových uživatelů byl tento výkon proveden 36x, u uživatelů pervitinu to bylo 114x. Z celkového počtu uživatelů opiátů tedy tuto službu během svého prvního roku využilo 33 % uživatelů. U uživatelů pervitinu je

toto procento vyšší. Tuto službu během svého prvního roku využilo 70 % uživatelů.

t-test rozdílu dvou relativních hodnot vykazuje hodnotu $p=0,0000$, což při hladině významnosti 0,05 i 0,01 znamená **nesignifikantní** rozdíl ve využívání této služby těmito dvěma skupinami.

Procentový z-test vykazuje hodnotu $z=6,484$, což při hladině z_{α} : $z_{0,001}$ vykazuje **signifikantní** rozdíl ve využívání této služby.

Graf č. 27 názorně ukazuje procentuelní zastoupení uživatelů opiátů a pervitinu, kteří během svého prvního roku navštěvování kontaktního centra využili tuto službu.



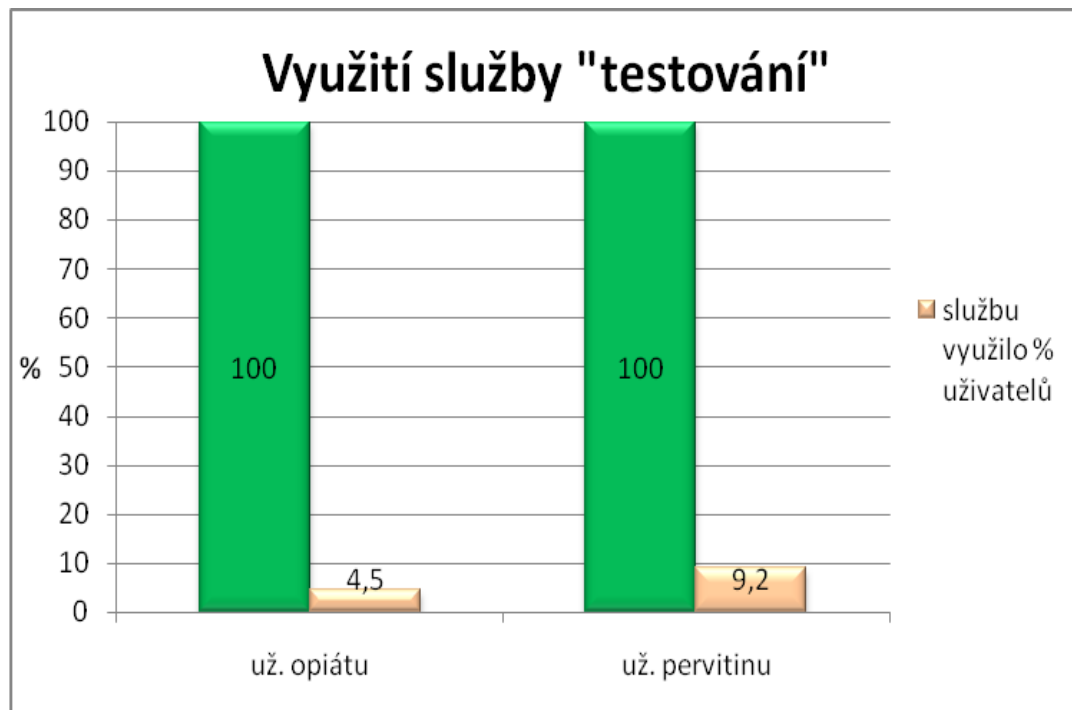
10.8. Využití služby „Testy“

Do služby „testy“ pro potřeby této diplomové práce řadím orientační testování z kapilární krve na infekční onemocnění přenosné krví nebo sexuálním stykem. Konkrétně se jedná o onemocnění HIV, syfilis, virovou hepatitidu typu C a B. I u této služby můžeme pozorovat velmi rozdílná data. Celkem tato služba byla vykonána u těchto uživatelů během jejich prvního roku využívání služby kontaktního centra celkem 20x. U uživatelů opiátů to bylo 5 výkonů, u uživatelů pervitinu 15 výkonů. V přepočtu na množství respondentů v těchto skupinách službu testování využije každý 22. (4,5 %) klient opiátů, kdežto u uživatelů pervitinu je to každý 11. klient (9,2 %).

t-test rozdílu dvou relativních hodnot vykazuje hodnotu $p=0,0000$, což při hladině významnosti 0,05 i 0,01 znamená **nesignifikantní** rozdíl ve využívání této služby těmito dvěma skupinami.

Procentový z-test vykazuje hodnotu $z=1,563$, což při jakékoli standardizované hodnotě hladiny z_{α} vykazuje **nesignifikantní** rozdíl ve využívání této služby.

Graf č. 28 názorně ukazuje procentuelní zastoupení uživatelů opiátů a pervitinu, kteří během svého prvního roku navštěvování kontaktního centra využili tuto službu.



10.9. Využití služby „asistence“

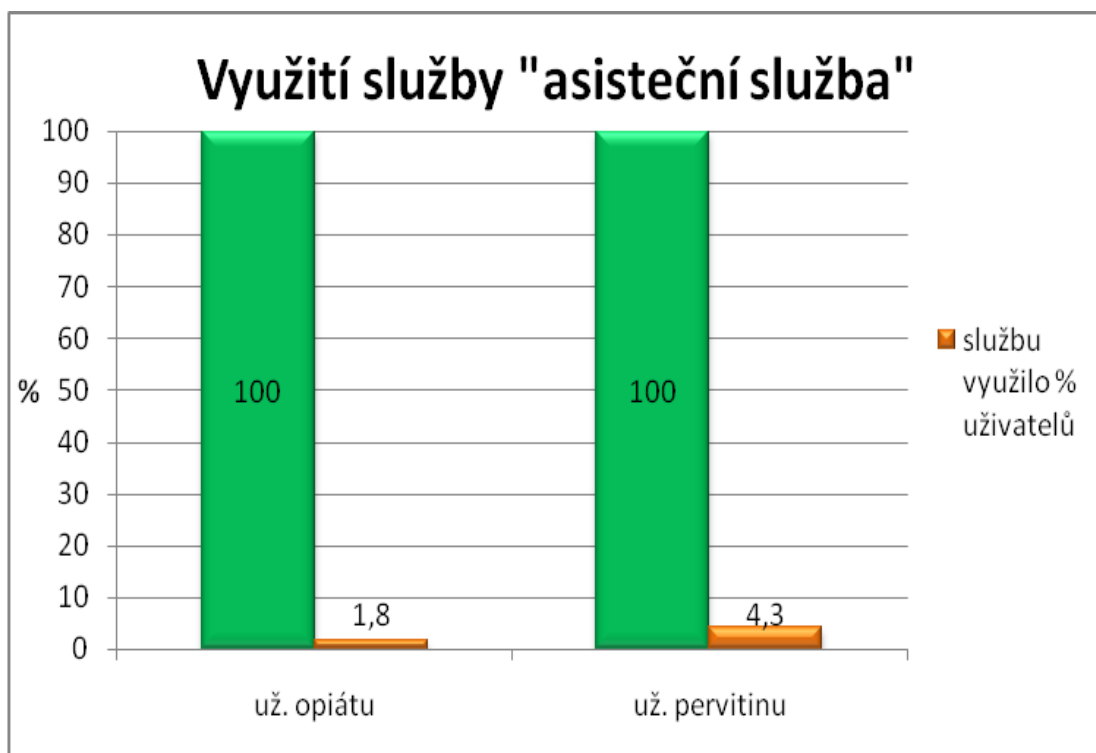
I ve vztahu k využívání této služby se tyto dvě skupiny uživatelů odlišují. Celkem byla služba u těchto uživatelů během jejich prvního roku využívání služeb kontaktního centra vykonána 9x. U uživatelů opiátů to bylo 2x, tedy tuto službu využije pouze každý 55. uživatel (1,8 %), kdežto u uživatelů pervitinu, kde to bylo 7x, je to každý 23. uživatel (4,3 %).

t-test rozdílu dvou relativních hodnot vykazuje hodnotu $p=0,0000$, což při hladině významnosti 0,05 i 0,01 znamená

nesignifikantní rozdíl ve využívání této služby těmito dvěma skupinami.

Procentový z-test vykazuje hodnotu $z=1,229$, což při jakékoliv standardizované hodnotě hladiny z_α vykazuje **nesignifikantní rozdíl** ve využívání této služby.

Graf č. 29 názorně ukazuje procentuelní zastoupení uživatelů opiátů a pervitinu, kteří během svého prvního roku navštěvování kontaktního centra využili tuto službu.



10.10. Krizová intervence

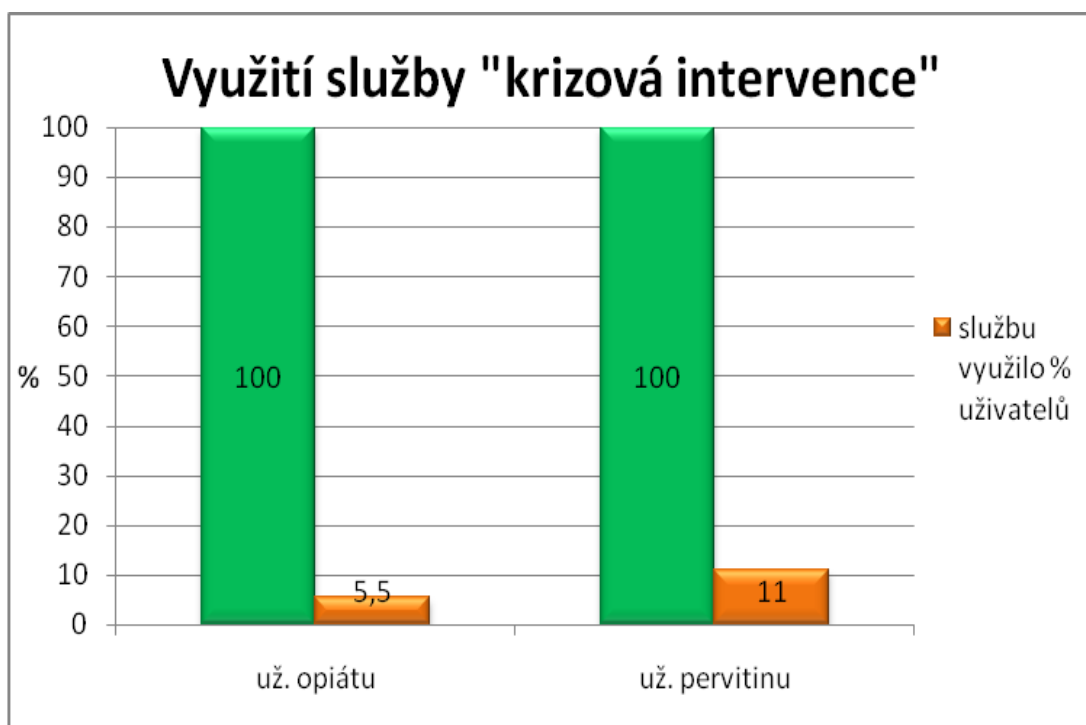
Stejně jako u předešlých dvou služeb, i zde zaznamenáváme rozdíly mezi těmito dvěma skupinami uživatelů. Tato

služba byla u těchto uživatelů během jejich prvního roku využívání služeb kontaktního centra vykonána celkem 24x. U uživatelů opiátů to bylo 6x, tedy tuto službu využije během svého prvního roku 5,5 % uživatelů opiátů a 11 % uživatelů pervitinu.

t-test rozdílu dvou relativních hodnot vykazuje hodnotu $p=0,0000$, což při hladině významnosti 0,05 i 0,01 znamená **nesignifikantní** rozdíl ve využívání této služby těmito dvěma skupinami.

Procentový z-test vykazuje hodnotu $z=1,678$, což při jakékoliv standardizované hodnotě hladiny z_α vykazuje **nesignifikantní** rozdíl ve využívání této služby.

Graf č. 30 názorně ukazuje procentuelní zastoupení uživatelů opiátů a pervitinu, kteří během svého prvního roku navštěvování kontaktního centra využili tuto službu.



11. Zhodnocení hypotéz, odpovědi na výzkumné otázky

Nyní se pokusím zhodnotit nulovou hypotézu a odpovědět na výzkumné otázky, které jsem si stanovila na začátku výzkumné části své diplomové práce. Pro přehledné zhodnocení významnosti rozdílů mezi využíváním jednotlivých služeb jsem sestavila přehlednou tabulku, která obsahuje výsledky prováděného t-testu rozdílu dvou relativních hodnot a procentového z-testu.

Tabulka č. 5 výsledky statistických testů

Testovaná služba	t-test	z - test
Celkový počet kontaktů během prvního roku	signifikantní	netestováno
Služba Kontaktní místnost	signifikantní	netestováno
Služba Výměnný program	signifikantní	netestováno
Služba Informační servis	nesignifikantní	signifikantní
Služba Odkaz	nesignifikantní	nesignifikantní
Služba Individuální poradenství	nesignifikantní	signifikantní
Služba Zdravoní ošetření	nesignifikantní	signifikantní
Služba Internet	nesignifikantní	signifikantní
Služba Testování	nesignifikantní	nesignifikantní
Služba Asistence	nesignifikantní	nesignifikantní
Služba Krizová intervence	nesignifikantní	nesignifikantní

11.1. Hypotézy

- **Nulová hypotéza** - Problémoví uživatelé pervitinu a uživatelé opiátů během svého prvního roku využívání služeb kontaktního centra toto centrum navštěvují ve stejné míře.
- **Alternativní hypotéza** - Problémoví uživatelé pervitinu a opiátů během svého prvního roku využívání služeb kontaktního centra toto centrum nenavštěvují ve stejné míře a jejich návštěvnost se signifikantně liší.
- **Vyhodnocení** - Vzhledem k výsledku t-testu rozdílu dvou relativních hodnot, který vykazuje při hladině významnosti 0,05 hodnoty $p=501$, $t=637$ nulovou hypotézu zamítám a potvrzuji hypotézu alternativní. Platí tedy, že problémoví uživatelé pervitinu a opiátů během svého prvního roku využívání služeb kontaktního centra toto centrum nenavštěvují ve stejné míře a jejich návštěvnost se tak **velmi signifikantně liší**.

11.2. Dílčí výzkumné podotázky

- **Výzkumná otázka č. 1** - Jaký je poměr uživatelů opiátů a pervitinu mezi kódovanými uživateli s vyplněným IN-COME dotazníkem mezi klienty kontaktního centra?

- **Odpověď** - Uživatelé pervitinu a opiátů, kteří mohli být zařazeni do studie, jsou v poměru 3:2. Tedy uživatelů pervitinu, kteří mají kód a vyplněný IN-COME dotazník je v kontaktním centru Stage5 60 %, uživatelů pervitinu je 40 %.
- **Výzkumná otázka č. 2** - Liší se vzdělání uživatelů opiátů a pervitinu?
- **Odpověď** - Vzdělání uživatelů opiátů a pervitinu zařazených do studie se příliš neliší. U obou skupin převažuje vzdělání základní (45 % u uživatelů opiátů, 41 % u uživatelů pervitinu). Následují výuční obory (31 % u uživatelů opiátů, 32 % u uživatelů pervitinu). Odlišnost je možné pozorovat u vysokoškolsky vzdělaných uživatelů, kterých jsou mezi uživateli pervitinu 4 %, kdežto u uživatelů opiátů nebyl v této studii žádný uživatel s vysokoškolským vzděláním.
- **Výzkumná otázka č. 3** - Do jaké míry se liší využití služby „Výměnný program“ uživateli opiátů a uživateli pervitinu?
- **Odpověď** - Službu „Výměnný program“ o něco častěji využívají uživatelé opiátů. Každý jeden uživatel opiátů během svého prvního roku využívání služeb kontaktního centra tuto službu využije průměrně 11x, uživatel pervitinu tuto službu využije průměrně 8,5x.

Také na tuto otázku odpovím také výsledkem **t-testu** rozdílu dvou relativních hodnot. I zde test vykazuje

signifikantní rozdíl mezi skupinami, které tuto službu využívají.

- **Výzkumná otázka č. 4** - Do jaké míry se liší využití služby „Odkaz do léčebného zařízení“ uživateli opiátů a uživateli pervitinu?
- **Odpověď** - Obě skupiny uživatelů službu „Odkaz do léčebného zařízení“ využívají ve srovnatelné míře. Tuto službu využije během svého prvního roku 32,7 % uživatelů opiátů a 38,7 % uživatelů pervitinu.

Dle **t-testu** rozdílu dvou relativních hodnot, stejně tak dle procentového **z-testu** **nevykazuje** **signifikantní** rozdíl ve využití této služby. To znamená, že obě skupiny využívají tuto službu s podobnou intenzitou a v podobné míře.

- **Výzkumná otázka č. 5** - Do jaké míry se liší využití služby „Zdravotní ošetření“ uživateli opiátů a uživateli pervitinu?
- **Odpověď** - Ve využívání této služby můžeme pozorovat významný rozdíl mezi těmito skupinami uživatelů. Zatímco každý uživatel pervitinu tuto službu využije průměrně 1,7x během svého prvního roku, uživatel opiátů tuto službu využije průměrně méně než 0,5x.

Pro testování této služby byly využity obě statistické metody, tzn. **t-test** rozdílu dvou relativních hodnot a procentuelní **z-test**. Dle t-test vykazuje **nesignifikantní** rozdíl i přesto, že dle průměrného využití je rozdíl mezi těmito dvěma skupinami poměrně velký. Naproti tomu procesorový z-

test poukazuje na **velmi signifikantní** rozdíl. Tento jev je možné vysvětlit tím, že t-test testuje obecně homogenitu celého vzorku. To znamená, zabývá se tím, do jaké míry všichni tuto službu využívají. Z tohoto hlediska je rozložení využití rovnoměrné. Rozdíly v procentech, které se ukazují v průměrném využití služby a v procentovém z-testu jsou způsobeny jednotlivci, kteří sami službu během svého prvního roku využili v podstatně větší míře, než všichni ostatní. Z pohledu t-testu, tedy z pohledu obecného, je trend takový, že služba je využívána stejným způsobem u obou skupin uživatelů a tedy není nutné se tímto rozdílem dále zabývat. Procentuelní z-test doplňuje poukázáním na to, že i přes to, se v jedné skupině, v tomto případě u uživatelů pervitinu, vyskytují výrazné odchylky, které však jsou způsobeny spíše jednotlivci než celou skupinou.

- **Výzkumná otázka č. 6** - Do jaké míry se liší využití služby „Testování“ uživateli opiátů a uživateli pervitinu?
- **Odpověď** - Ze 100 % uživatelů pervitinu zařazených do studie službu využilo 9,2 % uživatelů, u uživatelů opiátů to bylo 4,5 % uživatelů, kteří službu využili.

t-test dvou relativních hodnot i procentový **z-test** vyhodnocují rozdíl ve využívání služby jako **nesignifikantní**.

12. Zhodnocení výzkumné části

12.1. Silné stránky výzkumu

Do silných stránek tohoto výzkumu bych jich zařadila fakt, že byla analyzována data od všech kódovaných klientů se správně vyplněným IN-COME dotazníkem, tedy data od téměř 300 klientů a analyzována všechna data byla párována s těmito kódy den po dni během celého prvního roku každého tohoto klienta. Práce tedy pečlivě mapuje toto využívání služby.

Za zajímavý přínos této práce, ač nebyl samotným cílem, je ukázka možností využití kvalitního sběru dat při práci s klienty v kontaktních centrech, což bylo možné díky pečlivému párování využitých služeb ke kódům jednotlivých klientů.

12.2. Slabé stránky výzkumu

- a) Jako slabou stránku této práce vnímám zejména to, že všechna data pocházejí pouze z jednoho jediného zařízení, což ve skutečnosti nemusí korespondovat s celkovým trendem ve využívání služeb kontaktních center. Nízkoprahová centra se totiž určitým způsobem profilují a podléhají určitým stereotypům spojenými s charakterem prováděných intervencí. Toto centrum je například v Praze, kde je kontaktních center několik, což je poměrně „žádoucí“, neboť se klienti do těchto center mohou rozprostřít dle svých

potřeb. Pokud však tyto rozdíly nejsou podrobeny pozorování a zkoumání není možné stanovit komplexní závěry.

- b) Ačkoliv by bylo příhodné v rámci takovéto práce podrobněji zmapovat vypadnutí klienta ze služby, s dostupnými to daty to není zcela možné, neboť nelze určit, zda uživatel ze služby vypadnul v důsledku jakési nespokojenosti s nabízenou službou, či z důvodu nástupu do výkonu trestu odnětí svobody, nástupu ke střednědobé či dlouhodobě léčbě nebo například z důvodu stěhování. Stejně tak se může stát, že klient z nějakého důvodu přestane používat svůj kód.

12.3. Doporučení pro další výzkum

V rámci dalšího zkoumání by bylo vhodné zaměřit se i na další kontaktní centra v Praze a zpracování stejné struktury dat, výsledek by mohl objasnit, zda výstupy této výzkumné práce mapují celkový trend ve využívání služeb kontaktního centra nebo se využívání služeb mezi jednotlivými zařízeními liší. Rovněž by bylo zajímavé takovouto analýzu dat provést mimo pražská kontaktní centra, kde by trend ve využívání služeb mohl být odlišný oproti Praze. V neposlední řadě by toto srovnávání by bylo užitečné i v rámci dalších služeb léčebného systému.

13. Závěr a diskuse

13.1. Diskuse

Výzkumný soubor 273 klientů pouze z jednoho pražského nízkoprahového kontaktního centra není reprezentativní. Výsledky tedy nemůžeme považovat za všeobecně platné.

Místem výběru pro tuto studii bylo zvoleno hlavní město Praha, a to pro její specifickou drogovou scénu a poměrně srovnatelný výskyt obou skupin uživatelů. V dané době se jako nejvýhodnější pro tuto studii jevila organizace Progressive o. p. s. pro velmi podrobné vykazování služeb. Tady párování konkrétního kódu uživatele s využitím služeb organizace.

Na tomto místě je vhodné zamyslet se nad otázkou, čím jsou tyto výsledky vlastně způsobeny? Jsou služby daného kontaktního centra nastaveny tak, aby vyhovovaly potřebám všech problémových uživatelů bez ohledu na jejich primární drogu, nebo zda by byly zapotřebí nějaké specifické přístupy s ohledem na různé typy návykových látek? Existují nějaké bariéry, které uživatelům opiátů, kteří dle výsledků dat využívají službu celkově v menší míře, brání ve využívání služeb? Já osobně se domnívám, vzhledem k detailní znalosti prostředí tohoto centra, že v zásadě jsou služby nastaveny tak, aby vyhovovali potřebám všech klientů. Současně by bylo možné se zamyslet nad profilací tohoto centra. Pracovníci tohoto centra mají snahu se svými klienty navázat nejen kontakt, ale i vztah pracovník - klient. Klienti v tomto centru

mohou být jen hodinu denně a pracovníci do kontaktní místnosti mezi klienty velmi aktivně chodí, často tam s nimi sedí a pracují s nimi i v rámci kontaktní místnosti. Nabízí se tedy myšlenka, že uživatelům opiátům by možná více vyhovovala možnost svou hodinu prospat v křesle a s nikým nemluvit, což jim spíše umožněno nebývá.

Dále se pak nabízí otázka, zda mohou výsledné rozdíly souviset s odlišným účinkem užívané drogy a/nebo s životním stylem těchto uživatelů? Zde bych sama za sebe odpověděla, že zcela jistě to souviset může. Původně mě větší návštěvnost uživatelů pervitinu překvapila, protože já osobně, ze své praxe, vnímám uživatele opiátů jako ty, kteří potřebují více ošetřovat, více se umýt a podobně. Když se nad tím však hlouběji zamyslím, uvědomuji si, že uživatelé opiátu, na rozdíl od uživatelů pervitinu mají podstatně menší potřebu o sebe pečovat. Uživatelé pervitinu často do kontaktního centra sami přicházejí s tím, že se potřebují umýt, protože sami sobě „smrdí“. Podstatně dříve si všimají nějakého tělesného zranění, nemoci či nepohody a podstatně dříve to přicházejí řešit. Naproti tomu uživatelé opiátů se svými somatickými komplikacemi často přicházejí ve fázi, kdy základní zdravotní ošetření poskytované kontaktním centrem již není možné, neboť přesahuje rámec tohoto výkonu. Uživatelé pervitinu dříve přicházejí řešit potíže ze sociální sféry, jako ztracené doklady apod. Uživatelé pervitinu, ve své intoxikaci, mají také podstatně větší potřebu kontaktu a rozhovoru, než uživatelé opiátů. Naproti tomu, signifikantní rozdíl vykazuje využití služby „výměnný program“ tak, že službu více využívají uživatelé opiátů. Toto odpovídá specifikům dané drogy.

Zejména pak uživatelé injekčně zneužívaného Subutexu potřebují podstatně větší množství HR materiálu, než uživatelé pervitinu, neboť příprava Subutexu k injekční aplikaci je poměrně náročný proces, který tuto spoustu materiálu vyžaduje.

V předchozích dvou odstavcích jsem se pohybovala ve sféře vlastních úvah, myšlenek a spekulací. Pro validní odpovědi na tyto otázky by zřejmě bylo vhodné tuto studii obohatit kvalitativním přístupem u obou skupin uživatelů, například semistrukturovanými rozhovory, které by poskytly podrobnější vhled na způsob využívání služeb jednotlivými skupinami uživatelů.

V práci jsou analyzovány již existující údaje z databáze FreeBase. Výhodou této metody byla dostupnost již existujících dat s vysokou validitou. Tato data není možné subjektivně ovlivnit. Na druhou stranu nevýhodou této metody je nemožnost ovlivnit charakter sbíraných dat, jejich oblasti a rozsah.

Jelikož výzkum srovnávající uživatele opiátů a pervitinu a rozdílnosti ve využívání jim dostupných služeb nebyl dosud publikován, není možno porovnání těchto výsledku v jejich kontextu. Pro podrobnější srovnání těchto dvou skupin uživatelů by bylo vhodné výzkum rozšířit na všechny organizací v rámci hlavního města Prahy, současně by bylo vhodné studii provést i na celorepublikové úrovni. Rovněž by bylo potřebné srovnání uživatelů opiátů a pervitinu i v rámci dalších složek léčebného systému. Dále by bylo vhodné detailnější zpracování dat se zaměřením na jednotlivé věkové skupiny a taktéž i pohlaví respondentů.

13.2. Závěr

Uživatelé pervitinu a opiátů se zdají být natolik odlišnými skupinami, ať již z důvodů účinků dané látky a/nebo životního stylu s ní související, že považují za důležité zabývat se srovnáváním těchto dvou skupin uživatelů.

Základem pro tuto práci jsou podrobné znalosti stimulancí a opiátů/opioidů, jako jsou charakteristiky, účinky, průběh odvykacího stavu, ale také znalost konkrétních zástupců těchto skupin, zejména pak pervitinu, heroinu a Subutexu a jejich konkrétních specifik. Důležité je pak srovnání těchto dvou skupin látek. Jelikož se práce zabývá srovnáváním těchto dvou skupin uživatelů z pohledu kontaktního centra, je také důležitá znalost jak prostředí, principů a přístupů těchto zařízení, tak i charakteristik konkrétních služeb, které tato nízkoprahová centra svým klientům nabízejí.

Tento výzkum si stanovil své **cíle**: **a)** získání podrobnějších informací o rozdílech v návštěvnosti kontaktního centra mezi skupinami uživatelů pervitinu a opiátů, **b)** získání podrobnějších informací o rozdílech využívání jednotlivých služeb nabízených kontaktním centrem mezi skupinami uživatelů pervitinu a opiátů, **c)** potvrzení či vyvrácení nulové hypotézy a získání odpovědí na výzkumné otázky a **d)** vytvoření základů pro další podobné studie, zejména kvantitativní povahy.

Pro tuto práci byl zvolen **kvantitativní design** a **výzkumný soubor** tvořilo 273 klientů konkrétního

nízkoprahového kontaktního centra v Praze, kteří byli vybráni metodou záměrného (účelového) výběru přes instituci. Data použitá pro tento výzkum jsou veškerá zaznamenána data v databázi FreeBase klientů s unikátním kódem a správně vyplněným IN-COME dotazníkem. U každého klienta je podrobně monitorován celý jeho první rok počínaje vstupem do služby, respektive založením IN-COME dotazníku a vytvořením unikátního kódu. Tato data jsou sesbírána v průběhu běžné činnosti kontaktního centra v době od 1. 6. 2006 do 31. 12. 2012. Podrobně je u každého klienta monitorována nejen celková návštěvnost tohoto centra během prvního roku, ale také využití jednotlivých služeb. Pro porovnání rozdílů mezi dvěma zkoumanými skupinami uživatelů, tedy pro určení hladiny významnosti těchto rozdílů, jsem použila dva statistické testy a to t-test rozdílu dvou relativních hodnot, který podává odpověď na otázku, zda se určitý jev vyskytuje v jednom výběru častěji než v druhém a dále procentový z-test, který stanovuje signifikantnosti rozdílu mezi dvěma procenty výskytu jevu u dvou výběrových skupin. Obě tyto testové metody byly počítány pomocí programu STATISTICA 12 CZ.

Na začátku práce byla stanovena **nulová hypotéza**, a to tvrzení, že problémoví uživatelé pervitinu a uživatelé opiátů během svého prvního roku využívání služeb kontaktního centra toto centrum navštěvují ve stejné míře. Tato hypotéza byla vzhledem k rozdílu t-testu dvou relativních hodnot zamítnuta a přijata **hypotéza alternativní**, tedy že problémoví uživatelé pervitinu a opiátů během svého prvního roku využívání služeb kontaktního centra toto centrum nenavštěvují ve stejné míře a jejich návštěvnost se tak velmi signifikantně

liší. Práce rovněž přinesla odpovědi na **výzkumné otázky.**

1. Jaký je poměr uživatelů opiátů a pervitinu mezi kódovanými klienty kontaktního centra? Uživatelé

pervitinu a opiátů, kteří mohli být zařazeni do studie,

jsou v poměru 3:2. **2. Liší se vzdělání uživatelů opiátů a pervitinu?** Vzdělání uživatelů opiátů a pervitinu

zařazených do studie se příliš neliší. U obou skupin

převažuje vzdělání základní - 45 % u uživatelů opiátů,

41 % u uživatelů pervitinu. Odlišnost je možné pozorovat

u vysokoškolsky vzdělaných uživatelů, kterých jsou mezi

uživateli pervitinu 4 %, kdežto u uživatelů opiátů nebyl

v této studii žádný uživatel s vysokoškolským vzděláním.

3. Do jaké míry se liší využití služby „Výměnný program“ uživateli opiátů a uživateli pervitinu? Tuto službu o

něco častěji využívají uživatelé opiátů. Dle t-testu

rozdílu dvou relativních hodnot hovoříme o signifikantním

rozdílu mezi těmito skupinami. **4. DO jaké míry se liší**

využití služby „Odkaz do léčebného zařízení“ uživateli opiátů a pervitinu? Obě skupiny tuto službu využívají ve

srovnatelné míře. T-test rozdílů dvou relativních hodnot,

ani procentový z-test nevykazuje signifikantní rozdíly.

5. Do jaké míry se liší využití služby „Zdravotní ošetření“ uživateli opiátů a uživateli pervitinu? T-test

rozdílů dvou relativních hodnot, který poskytuje pohled

obecný a vykazuje nesignifikantní rozdíl v celkovém

trendu využívání této služby mezi těmito skupinami i

přesto, že dle průměrného využití je rozdíl mezi těmito

dvěma skupinami poměrně velký. Procentový z-test, který

vykazuje velmi signifikantní rozdíl tak poukazuje na

vyskytující se výrazné odchyly způsobené jednotlivci ve

skupině uživatelů pervitinu. **6. Do jaké míry se liší**

využití služby „Testování“ uživateli opiátů a uživateli

pervitinu? Dle obou statistických testových metod nejsou signifikantní rozdíly mezi využíváním této služby.

Nyní, na konci práce lze konstatovat, že existují signifikantní rozdíly v celkovém využití služeb kontaktního centra mezi uživateli pervitinu a uživateli opiátů. Z tohoto kvantitativního výzkumu však není možné objektivně určit, z čeho tyto rozdíly pramení. Zda tyto rozdíly můžeme přičíst odlišným účinkům užívané drogy a/nebo životnímu stylu uživatelů drog, nebo jestli jsou služby daného kontaktního centra nastaveny tak, aby vyhovovaly potřebám všem uživatelů bez ohledu na jejich primární drogu. Pro získání podrobnějšího pohledu na tuto stránku problematiky bych považovala za vhodné doplnění práce o kvalitativní studii, například formou semistrukturovaného rozhovoru. Stejně tak bych za vhodné považovala podrobnější zpracování dat se zaměřením na věkové skupiny a pohlaví uživatelů daných skupin.

Jelikož práce na toto téma doposud nebyly publikovány, práci celkově hodnotím jako přínosnou s poukazem na fakt, že obsahuje data respondentů pouze jednoho kontaktního centra. Proto považuji za nezbytné toto téma dále rozvíjet a pokračovat v dalším srovnávání těchto dvou skupin uživatelů, a to nejen v dalších nízkoprahových kontaktních centrech v Praze. Na základě výsledků by pak bylo možno reálně říci, zda je trend ve využívání služeb stejný napříč těmito centry, či zda se zde projevuje profilace konkrétních center. Srovnání uživatelů pervitinu a opiátů by však bylo potřebné i v dalších regionech a v neposlední řadě pak v dalších složkách léčebného systému.

14. Seznam odborné literatury

14.1. Prameny a citovaná literatura

BERGERET, J. (1995). *Toxikomanie a osobnost*. Praha: Victoria Publishing, ISBN 80-7187-003-X.

BRADLEY, K. A., BUSH, K. R., MCDONELL, M. B., MALONE, T. & FIHN, S. D. (1998). Screening for problem drinking: Comparison of CAGE and AUDIT. *Journal of General Internal Medicine*, 13, 379-388.

BROŽA, J. (2009). *Supervize v adiktologické praxi*. Vyd. 1. Praha: Triton, 156 s. ISBN 978-80-7387-209-0.

Case, P. (2005). The history of methamphetamine: An epidemic in context, First National Conference on Methamphetamine, HIV and Hepatitis, The Harm Reduction Project, Salt Lake City, August.

DARKE, S. (2011). *life of the heroin user: typical beginnings, trajectories and outcomes*. 1st publ. Cambridge: Cambridge University Press, xv, 188 s. International research monographs in the addictions. Medicine. ISBN 978-1-107-00063-6.

DRTIL, J. (1978). *Aktuální drogové závislosti*. Praha: Avicenum, ISBN 80-215-0274-6.

DVOŘÁČEK, J. (2008). *Zvládání akutní intoxikace a odvykacích stavů*. KALINA, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1411-0

EDS. TIM RHODES (2010). Eds. Dagmar Hedrich. *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. ISBN 978-929-1684-199.

EMCDDA (2007-08). *Drug profiles*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles>

EMCDDA (2008a). *Annual report 2008: The state of the drugs problem in Europe*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report>

EMCDDA (2008b). *Statistical bulletin 2008*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/statistical-bulletin>

EMCDDA (2009). *Statistical bulletin 2009*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/statistical-bulletin>

EMCDDA (2008). *Annual report on the state of the drugs problem in Europe 2008*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2008>

EMCDDA (2009). Annual report on the state of the drugs problem in Europe 2009, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2009>

EMCDDA (2010). Annual report on the state of the drugs problem in Europe 2010, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010>

EMCDDA (2011). Annual report on the state of the drugs problem in Europe 2011, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2011>

EMCDDA (2012). Annual report on the state of the drugs problem in Europe 2012, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2012>

GÖHLERT, F. CH., KÜHN, F. (2001). *Od návyku k závislosti*. Praha: Euromedia Group. ISBN 80-7202-950-9.

HAJNÝ, M. et al. (1999). *Akta Y: drogový problém versus rodina: praktická příručka pro rodiče*. Olomouc: Votobia. ISBN 80-7220 -22-4.

HEATHER, Nick, ed. et al. (1999). *Psychoactive drugs and harm reduction: from faith to science*. London: Whurr Publishers, dotisk. xix, 345 s. ISBN 1-870332-19-9.

HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. (1996). *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-277-8.

HUNT, N. (2005), *Pokrokové zmyšľanie o drogách: prehľad prístupov "Harm reduction" k užívaniu drog založený na dôkazoch*. 1. vyd. Bratislava: Nadácia otvorenej spoločnosti. 76 s. ISBN 80-969271-0-8.

CHARVÁT, M. et Gabrhelík R. (2004). *Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení ve Středočeském kraji. Závěrečná zpráva č. 3 projektu Evaluace protidrogových opatření a programů realizovaných ve Středočeském kraji*. Liberec: NTI-consulting s.r.o,

IHRA. (2010). *What is Harm Reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association*. London, United Kingdom: IHRA.

INCIARDI, James A., ed. a HARRISON, Lana D., ed. (2000). *Harm reduction: national and international perspectives*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications, Inc. 224 s. ISBN 0-7619-0688-6.

Interakce mezi léky při substituční léčbě opioidy: zaostřeno na buprenorfin a metadon. 1. vyd. v českém jazyce. [Praha]: Národní monitorovací středisko pro drogy

a drogové závislosti, 2009. 96 s. Metodika; no. 7. ISBN 978-80-87041-69-7.

JANÍK, A., DUŠEK, K. (1990). *Drogy a společnost*. Praha: Avicenum. ISBN 80-201-0087-3.

JANÍKOVÁ, B. (2008). *Harm Reduction: Časné intervence v nízkoprahových službách*. KALINA, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, str. 99-110. ISBN 978-80-247-1411-0.

Janíková, B. (2014). *Harm Reduction*. In: Kalina, K., a kol. (v tisku). *Klinická adiktologie*. Kapitola 13. Praha: Grada Publishing.

JEŘÁBEK, P. (2008). *Psychopatologie závislosti*. KALINA, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, str. 53-74. ISBN 978-80-247-1411-0.

KALINA, K. (2000). *Léčba drogově závislých*. Sborník „Drogy ze všech stran II.“ Praha: Institut FILIA.

KALINA, K. et al. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova. ISBN 80-238-8014-4.

KALINA, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup 1*. Praha: Úřad vlády ČR.

KALINA, K. et al. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1411-0.

KALINA, K. (1999). *Psychosociální terapie a moderní trendy v léčbě drogových závislostí*. Hradec Králové: Konfrontace, č. 3/4: str. 15-19.

KONEČNÝ, M. (2000). *Drogy a osobnost*. Praha: PP II.

KHALSA, Jag H. et al. (2006). *Buprenorphine and HIV primary care: new opportunities for integrated treatment*. Chicago: University of Chicago Press. 169-257 s. *Clinical infectious diseases*, vol. 43, suppl. 4, December 2006.

KOLOVECKÁ, P. (2010). *Motivační rozhovor: Práce na změně s uživateli nealkoholových drog v nízkoprahovém zařízení*. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce PhDr. Miroslav Čedík.

KUDRLE, S. (2003). *Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti*. In Kalina et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, str. 91-95. ISBN 80-86734-05-6.

KUDRLE, S. (2008). *Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci a kvalifikované pomoci*. KALINA, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1411-0

KUDRLE, S. (2003). *Historie užívání a zneužívání psychotropních látek*. In Kalina et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, str. 91-95. ISBN 80-86734-05-6.

LARNEY, S. (2007). *Orientation on harm reduction: three-hour training course. Participant manual* [online]. Manila, Philippines: WHO, Western Pacific Region, [cit. 2014-04-19]. Dostupné z: <http://site.ebrary.com/lib/natl/Doc?id=10252490>.

LIBRA, J. (2003). *Nízkoprahová kontaktní centra*. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2:*

Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR, str. 165-171. ISBN 80-86734-05-6.

MATOUŠEK, O. et al. (2005). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.

MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ 10. REVIZE (1996). *Duševní poruchy a poruchy chování. Diagnostické kritéria pro výzkum*, Psychiatrické centrum, Praha.

MILLER, W. R., HEATHER, N. (1998). *Treating Addictive Behaviors*. New York/London: Plenum Press.

MILLER, Geraldine A. (2011). *Adiktologické poradenství*. 1. české vyd. Praha: Galén. 461 s. ISBN 978-80-7262-765-3.

MINAŘÍK, J. (2008). *Přehled psychotropních látek a jejich účinků*. In KALINA, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, str. 339-367. ISBN 978-80-247-1411-0.

MINAŘÍK, J. (2003). *Opioidy a opiáty*. In Kalina et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, str. 91-95. ISBN 80-86734-05-6.

MINAŘÍK, J. (2003). *Stimulancia*. In Kalina et al. *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, str. 91-95. ISBN 80-86734-05-6.

MIOVSKÝ, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada. 332 s. Psyché. ISBN 80-247-1362-4.

MIOVSKÁ, L. (2005). *Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze v roce 2003*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 79 s. ISBN 80-867-3444-7.

MRAVČÍK, V et al. (2008). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007*. Praha: Úřad vlády České republiky. 134 s. ISBN 978-80-87041-46-8.

MRAVČÍK, Viktor et al. (2009). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008*. Praha: Úřad vlády České republiky. 123 s. ISBN 978-80-87041-99-4.

MRAVČÍK, Viktor et al. (2011). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2010*. Praha: Úřad vlády České republiky. 160 s. ISBN 978-80-7440-056-8.

MRAVČÍK, Viktor et al. (2012). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011*. Praha: Úřad vlády České republiky. 174 s. ISBN 978-80-7440-067-4.

MRAVČÍK, V., LEJČKOVÁ, P. & KORČIŠOVÁ, B. (2005). Prevalenční odhady problémových uživatelů drog v ČR - souhrnný článek. *Adiktologie*, 5(1), 13-20.

MRAVČÍK, V. & SOPKO, B. (2013). Prevalenční odhad problémových uživatelů drog v ČR v letech 2006 a 2007 metodou zpětného záchytu. *Epidemiologie, Mikrobiologie, Imunologie*, 62(2), 74-82.

NEŠPOR, K., CSÉMY, L. (1996). *Léčba a prevence závislostí*. Příručka pro praxi. Praha: Psychiatrické centrum.

NEŠPOR, K. (2003). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-831-7.

NEŠPOR, K. (2007). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-267-6.

NEŠPOR, K. (2003). *Detoxifikační jednotky*. In KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR. ISBN 80-86734-05-6.

ONDREJKOVIČ, P. (1999). et al. *Protidrogová výchova*. Bratislava: Veda, vydavateľstvo Slovenskej Akadémie vied. ISBN 80-2240-553-1.

PLATT, Jerome J. a LABATS, Ch. (1976). *Heroin addiction: theory, research, and treatment*. New York: J. Wiley & Sons. 14, 417 s. Wileyseries on personality processes.

POČAROVSKÝ, O. (1997). *Motivační trénink jako zásadní metoda práce s toxikomany 90 v nízkoprahovém zařízení*. Hradec Králové: Konfrontace, č. 5: str. 42-45.

POKORNÝ, V., TELCOVÁ, J., TOMKO, A. (2000). *Patologické závislosti*. Brno: Nakladatelství a vydavatelství Ústavu psychologického poradenství a diagnostiky.

PRESL, J. (1995). *Drogová závislost: může být ohroženo i vaše dítě?* Praha: Maxdorf. ISBN 80-85800-25-X.

Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe: selected issue 2010. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2010. 35 s. ISBN 978-92-9168-450-2.

PROGRESSIVE o.s. HMP (2014). - *Závěrečná zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v r. 2013: Kontaktní a poradenské centrum závislostí v hl. m. Praze*. Praha. Nепublikováno

PROGRESSIVE o.s. HMP (2013). - Závěrečná zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v r. 2012: Kontaktní a poradenské centrum závislostí v hl. m. Praze. Praha. Nepublikováno

PROGRESSIVE o.s. HMP (2012). - Závěrečná zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v r. 2011: Kontaktní a poradenské centrum závislostí v hl. m. Praze. Praha. Nepublikováno

PROGRESSIVE o.s. HMP (2011). - Závěrečná zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v r. 2010: Kontaktní a poradenské centrum závislostí v hl. m. Praze. Praha. Nepublikováno

REITEROVÁ, E. (2003). *Základy statistiky pro studenty psychologie. 2., uprav. vyd.* Olomouc: Univerzita Palackého, Filozofická fakulta. 101 s. ISBN 80-244-0654-3.

RIES, R, ed. (2009). *Principles of addiction medicine.* 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins. 1570 s. ISBN 978-0-7817-7477-2.

ROTGERS, F. et al. (1999). *Léčba drogových závislostí.* Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-836-9.

ROTGERS, F., KELLER, S., MORGENSTERN, J. (1999). Úvod. In ROTGERS, F. et al., *Léčba drogových závislostí.* Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-836-9.

ROYCE, E. J. (1989). *Alcohol Problems and Alcoholism.* The Free Press, New York.

Seznam a definice výkonů drogových služeb. (2006). 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky. 88 s. Metodika; no. 5. ISBN 80-86734-81-1.

ŠTEFUNKOVÁ, M., ed. (2010). *Dobrá praxe v harm reduction*. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF UK v Praze a VFN v Praze. 68 s. Učební texty. ISBN 978-80-86620-25-1.

ŠTEFUNKOVÁ, M, ed. (2010). *Metamfetamin (pervitin): situace v EU a její globální kontext*. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze. 40 s. Učební texty. ISBN 978-80-86620-24-4.

ŠTEFUNKOVÁ, M, ed. (2010). *Přehled studií o zvládnutí závislosti na návykových látkách: systematický přehled o léčbě potíží spojených s amfetaminem*. Praha: Centrum adiktologie, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze. 44 s. Učební texty. ISBN 978-80-86620-28-2.

ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální práce*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. ISBN 80-85850-69-9.

URBAN, E. (1973). *Toxikománie*. Praha: Avicenum.

VANDERPLASSCHEN, W. (2010). *Provádění a hodnocení case managementu pro uživatele návykových látek s komplexními a mnohočetnými problémy*. Vyd. 1. Praha: Sdružení SCAN. 238 s.

VAVRINČÍKOVÁ, L., MRAVČÍK, V., BUREŠOVÁ, Z., KIŠŠOVÁ, L., NEČAS, V. & VOPRAVIL, J. (2013). *Mapování dostupnosti a charakteru sítě služeb oboru Adiktologie. Analytická zpráva pro Ministerstvo zdravotnictví ČR - program Národní akční plány a koncepce 2012*. Praha: Klinika adiktologie VFN a 1. LF UK v Praze.

VOJTÍK, V., BŘICHÁČEK, V. (1987). *Mládež ohrožená toxikománií*. Praha: VÚPs, sv. 80.

14.2. Elektronické zdroje

<http://ar2005.emcdda.europa.eu/cs/page058-cs.html>

<http://www.drogy-info.cz/>

<http://www.ihra.net/>

MINAŘÍK, Jakub (2009). Subutex. *Drogová poradna* [online].
[cit. 2014-03-31]. Dostupné z:

[http://www.drogovaporadna.cz/opiaty/subutex-reg;-\(buprenorfin\).html](http://www.drogovaporadna.cz/opiaty/subutex-reg;-(buprenorfin).html)

<http://www.progressive-os.cz/>

15. Seznam tabulek a grafů

Seznam grafů

Graf č. 1	Rozdělení pervitinových a opiátových uživatelů	str. 72
Graf č. 2	Střední hodnoty prevencčních odhadů PUD	str. 73
Graf č. 3	PUD celkem - hl.m.Praha	str. 73
Graf č. 4	Uživatelé opiátů dle pohlaví	str. 74
Graf č. 5	Uživatelé pervitinu dle pohlaví	str. 75
Graf č. 6	Uživatelé opiátů - injekční uživatelé	str. 76
Graf č. 7	Uživatelé pervitinu - injekční uživatelé	str. 76
Graf č. 8	Uživatelé opiátů dle vzdělání	str. 77
Graf č. 9	Uživatelé pervitinu dle vzdělání	str. 78
Graf č. 10	Uživatelé opiátů dle zařazení na trhu práce	str. 79
Graf č. 11	Uživatelé pervitinu dle zařazení na trhu práce	str. 79
Graf č. 12	Uživatelé opiátů dle bytové situace	str. 80
Graf č. 13	Uživatelé pervitinu dle bytové situace	str. 81
Graf č. 14	Uživatelé opiátů dle počtu návštěv	str. 82
Graf č. 15	Uživatelé pervitinu dle počtu návštěv	str. 83
Graf č. 16	Počet kontaktů na jednoho uživatele za rok	str. 85
Graf č. 17	Návštěvnost během jednotlivých měsíců - už. opiátů	str. 86
Graf č. 18	Návštěvnost během jednotlivých měsíců - už. pervitinu	str. 87
Graf č. 19	Počet kontaktů během jednotlivých měsíců - už. opiátů	str. 88
Graf č. 20	Počet kontaktů během jednotlivých měsíců - už. pervitinu	str. 88
Graf č. 21	Využití služby "Kontaktní práce"	str. 90
Graf č. 22	Využití služby "Výměnný program"	str. 91
Graf č. 23	Využití služby "Informační servis"	str. 92
Graf č. 24	Využití služby "Odkaz"	str. 94
Graf č. 25	Využití služby "Individuální poradněti/sociální práce"	str. 97
Graf č. 26	Využití služby "Zdravotní ošetření"	str. 95
Graf č. 27	Využití služby "Internet"	str. 98
Graf č. 28	Využití služby "Testování"	str. 100
Graf č. 29	Využití služby "Asistenční služba"	str. 101
Graf č. 30	Využití služby "Krizová intervence"	str. 102

Seznam tabulek

Tabulka č. 1	Srovnání opiátů/opioidů a pervitinu	str. 29
Tabulka č. 2	Srovnání uživatelů opiátů/opioidů a pervitinu	str. 30
Tabulka č. 3	Rozdělení drog dle účinků na psychiku	str. 31
Tabulka č. 4	Rozdělení drog podle míry rizika	str. 31
Tabulka č. 5	Výsledky statistických testů	str. 103

16. Přílohy

Příloha č. 1 - dotazník IN-COME