

# Kvalita života drogově závislých

Bc. Michaela Jančálková

---

Diplomová práce  
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2015/2016

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Michaela Jančálková**

Osobní číslo: **H14724**

Studijní program: **N7501 Pedagogika**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Kvalita života drogově závislých**

Zásady pro vypracování:

**Zpracování rešerše a studium odborné literatury.**

**Vymezení pojmů a teoretických východisek vztahujících se ke specifikům života uživatelů drog, drogové závislosti a kvality života.**

**Příprava metodiky výzkumné části.**

**Realizace smíšeného výzkumu formou dotazníku a rozhovorů.**

**Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.**

**Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.**

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**DRAGOMIRECKÁ, Eva. SQUALA: Subjective quality of life analysis : příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA. Praha: Psychiatrické centrum, 2006, ISBN 80-85121-47-6.**

**HEŘMANOVÁ, Eva. Koncepty, teorie a měření kvality života. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2012, Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-106-0.**

**MASLOW, Abraham Harold. O psychologii bytí. Praha: Portál, 2014, ISBN 978-80-262-0618-7.**

**NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. Praha: Portál, 2011, ISBN 978-80-7367-908-8.**

**SEED, Philip a Greg LLOYD. Quality of life. Bristol, Pa.: Jessica Kingsley, 1997, ISBN 1853024139.**

Vedoucí diplomové práce:

**Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.**

Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce:

**20. listopadu 2015**

Termín odevzdání diplomové práce:

**15. dubna 2016**

Ve Zlíně dne 20. listopadu 2015

  
doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.  
ředitel ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE


Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně .....*M. 4. 2016*.....



.....

*<sup>1)</sup> zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce s názvem Kvalita života drogově závislých se pokusila zmapovat míru kvality života drogově závislých navštěvující kontaktní centrum v Uherském Hradišti. Nalezení aspektů závislosti, jež ovlivňují jejich míru kvality života.

Teoretická část se zabývá historií vzniku, vývojem a pojetím konceptu kvality života. Dále objasňuje rozdělení užívaných drog a především jejich vliv na somatické a duševní zdraví drogově závislého. Stěžejní kapitolou této diplomové práce je část zabývající se drogovou závislostí jejími příznaky a možnými příčinami jejího vzniku. Také poukazuje na objektivní aspekty, které ovlivňují míru kvality života, a jsou specifické právě pro drogově závislé, jako jsou somatické problémy, psychiatrická komorbidita a typický sociální status.

Praktická část se zabývá vyhodnocením dotazníkového šetření, které mělo zjistit kvalitu života drogově závislých, typické problémové aspekty života ale také specifika jejich drogové závislosti.

Klíčová slova: kvalita života, drogy, drogová závislost, specifika závislosti, psychiatrická komorbidita, sociální vyloučení,

## **ABSTRACT**

The thesis Quality of a life of drug addicts is trying to map a level of quality of the life of drug addicts visiting a contact center in Uherské Hradiště and finding aspects of addiction, limiting a quality of their life.

Theoretical part of the thesis is focused on the history of a concept of quality of the life and separation of different kinds of drugs. Mainly on their influence on somatic and mental health of a drug addict.

The main chapter of the thesis is focusing on a drug addiction, its symptoms and possible reasons of its beginning.

The thesis points out the objective aspects of the addiction, which has an influence on quality of the life and which are specific for drug addicts such as somatic problems, psychiatric comorbidity and typical social status.

Practical part of the thesis is focused on the evaluation of the survey about the quality of the life of drug addicts, typical problem aspects of their life and the specifics of their drug addiction.

Key words: Quality of life, drugs, drug addiction, specific addiction, psychiatric comorbidity, social exclusion

#### Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala panu Mgr. Jakubu Hladíkovi, Ph.D. za podmětné rady a odborné vedení. Dále děkuji všem respondentům, bez jejichž ochoty by nemohla praktická část mé diplomové práce vzniknout. V neposlední řadě děkuji Bc. Kateřině Novákové za trpělivost a ochotu při zodpovídání mých dotazů a Drahomíře Jančálkové za neutuchající podporu.

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně dne 11. 4. 2016

Podpis:  .....



## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 KVALITA ŽIVOTA</b> .....	<b>12</b>
1.1 DĚLENÍ KVALITY ŽIVOTA .....	13
1.2 HISTORICKÝ VÝVOJ KVALITY ŽIVOTA.....	15
<b>2 DROGY</b> .....	<b>16</b>
2.1 ROZDĚLENÍ DROG .....	17
2.2 MARIHUANA .....	19
2.3 LÁTKY SE STIMULAČNÍM ÚČINKEM .....	20
2.3.1 Pervitin ( amfetamin- metanfetamin) .....	21
2.3.2 Extáze (MDMA) .....	22
2.4 OPIUM .....	22
2.5 LYSOHLÁVKY.....	23
<b>3 DROGOVÁ ZÁVISLOST</b> .....	<b>24</b>
3.1 DROGOVÁ ZÁVISLOST A RODINA .....	26
3.1.1 Rizikové a protektivní faktory na úrovni rodiny .....	27
3.1.2 Faktory objevující se v rodinách s drogovou závislostí.....	27
3.2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY POSKYTOVÁNY DROGOVĚ ZÁVISLÝM.....	28
3.2.1 Terénní programy.....	29
3.2.2 Nízkoprahová kontaktní centra .....	30
3.2.3 Terapeutické komunity.....	30
3.3 KVALITA ŽIVOTA DROGOVĚ ZÁVISLÝCH.....	31
3.3.1 Status drogově závislých.....	33
3.3.1.1 Bezdomevctví .....	34
3.3.1.2 Nezaměstnanost .....	34
3.3.1.3 Kriminalita spojená s drogovou závislostí.....	35
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>37</b>
<b>4 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU, DÍLČÍCH OTÁZEK, ZDŮVODNĚNÍ POJETÍ VÝZKUMU</b> .....	<b>38</b>
<b>5 VÝZKUMNÝ SOUBOR</b> .....	<b>39</b>
<b>6 VÝZKUMNÝ NÁSTROJ</b> .....	<b>40</b>
<b>7 PREZENTACE A ANALÝZA VÝSLEDKŮ VÝZKUMU</b> .....	<b>41</b>
<b>8 SHRNUÍ VÝSLEDKŮ KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU</b> .....	<b>73</b>
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>77</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>78</b>
<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>81</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ</b> .....	<b>82</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>83</b>

## ÚVOD

Užívání drog patří mezi patologické jevy vyskytující se v současnosti v rozsáhlé míře i v České republice. Výskyt tohoto patologického jevu se u nás rozšířil zejména po Sametové revoluci. Jako jedna z prvních reakcí na tento problém bylo v 90. letech zavedení peer programu a to jako primární prevenci užívání drog u mladistvých. I přes tu včasnou reakci se v současnosti vyskytuje v ČR podle statistiky NMS přes 41 tisíc problémových uživatelů drog. Ač je primární prevence v naší zemi již velmi dobře rozvinuta a o zdravotních a sociálních rizicích spojených s užíváním drog, je možno se dozvědět z nesčetně různých zdrojů, ke skupině drogově závislých neustále přibývají noví jedinci.

Toto téma jsem si zvolila právě proto, že skupina drogově závislých je takto rozsáhlá a problematika kvality jejich života v jejich přirozeném sociálním prostředí není ještě příliš prozkoumána. Cílem mé práce je právě zjištění nejvíce problematických oblastí jejich života, a zda kvalitu jejich života ovlivňuje druh jejich primární drogy, délka užívání anebo to za jakých okolností drogy užívají.

Kvalita života drogově závislých je velmi specifická ač už se jedná o typické zdravotní problémy, psychické problémy ale také sociální. Často se setkáváme se sociálním vyloučením drogově závislých. V mnohých případech jsou to lidé žijící na okraji společnosti, bez přístřeší nebo pobývající v různých squatech bez možnosti hygieny, což vede k prohloubení a komplikacím jejich zdravotních problémů.

Tak by práce mohla přispět k přizpůsobení terciární prevenci lépe jejich potřebám a možnostem a tak snížit i rizika pro většinovou populaci.

Diplomová práce se skládá z teoretické a výzkumné části. Teoretická část se skládá ze tří kapitol. První se zabývá vznikem a vývojem pojmu kvalita života. Druhá se věnuje drogám jejich základnímu rozdělení, ale především tím jaký vliv má na jejich uživatele. Třetí popisuje drogovou závislost, její definice a možné příčiny vzniku a také se snaží postihnout objektivní specifika kvality života drogově závislých

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 KVALITA ŽIVOTA

Abychom mohli začít s tímto termínem pracovat, je nejprve nutné si ho vymezit. Ačkoli tento termín působí abstraktně a může se zdát velmi těžko objektivně uchopitelný, tak lze za jeho první dodnes uznávanou definici považovat definici zdraví podle WHO z roku 1948 „Zdraví je stav tělesné, duševní i sociální pohody, a nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo vady. Výhodou této definice je, že nezahrnuje jen objektivní aspekty života ale jeho subjektivní stránky. Tím se velmi přibližuje dnešnímu subjektivnímu chápání kvality života. Její hlavní nevýhoda spočívá ve velké abstraktnosti a opomenutí stavů mezi zdravím a nemocí“.(Heřmanova, 2012, str. 32).

Je samozřejmé, že kvalita života jako taková může nabývat různých subjektivních hodnot, tudíž pro každého jedince má jiný význam. Zdraví a kvalita života jsou úzce provázané pojmy. Ovšem zdraví je ve všeobecnosti považováno za nejvyšší hodnotu v lidském životě, jelikož pokud tato hodnota chybí, nemůžeme aktivně pracovat, uskutečňovat své přání a naplňovat tak své plány. Zdraví není samo cílem života, ale bez něj nemůžeme žít plnohodnotný život.

V současnosti nejde mluvit o zdraví bez toho, aby se nezmínil vliv vlastního chování jedince a jeho životního stylu. Zdraví není nyní již vnímáno, jako něco, co je nám předurčeno a čeho jsme pouhými pasivními příjemci. Svě zdraví i naopak nemoc můžeme ovlivnit svými vlastními rozhodnutími. Mezi tyto nejdůležitější rozhodnutí patří aktivní prevence, a však toto rozhodnutí není jednoduché a oproštěné od životních okolností. „Většina lidí uznává důležitost prevence a chápe, že je lepší nemocem předcházet, než jimi trpět. Uvědomují si, že preventivní opatření a preventivní prohlídky vedou ve svém důsledku ke zvýšení kvality života a k jeho prodloužení. Rozhodování člověka o jeho chování není zcela svobodné, ale je ovlivněno rodinnými zvyklostmi, tradicemi společnosti a je limitováno ekonomickou situací společnosti i vlastní a v neposlední řadě také s jeho sociální pozicí. Záleží tedy na věku, temperamentu, vzdělání, zaměstnání, příjmu, příslušnosti k rase, pohlaví, hodnotové orientace a postojích každého člověka“ (Machová, Kubátová, 2009, str. 237).

Další uznávanou definicí je podle Campbella (in Salajka, 2006, str. 11), který o kvalitě života mluví jako o rozdílu mezi chtěnými a uskutečněnými cíli- čím větší tento rozdíl je, tím nižší kvalita života.

Evropská komise OSN v roce 1974 určila 8 sociálních indikátorů kvality života a to: zdraví, kvalita pracovního prostředí, nákup zboží a služeb, možnosti trávení volného času, pocit sociální jistoty, možnosti rozvoje osobnosti, fyzikální kvalita životního prostředí, možnost účasti na společenském životě. (Halečka in Vaňurová, Muhlpačr, 2005)

I podle Dufkové, Urbana, Dubského (2008, str. 98-101) patří pojem kvality života z hlediska sociologie mezi ty nejhůře a nejrozmanitěji definovatelné. Jako jednu z příčin uvádějí složitou uchopitelnost tak obsáhlé hodnotící kategorie. Dále po tom v používání tohoto termínu v mnoha vědních oborech od ekonomie přes politiku až po marketing a v každém z nich se jeho obsah mění. Problémem také může být teprve krátká doba využívání tohoto termínu v sociologii a to od 70. let 20. Století. Ovšem existují i přístupy, které tuto neuchopitelnost vnímají jako přednost. Tuto neuchopitelnost pak vnímají jako podstatu pojmu kvality života založenou na individuálních prioritách a hodnotách každého jedince. Často je tento pojem stavěn do opozice s kvantitou a to zejména díky rozmachu konzumu a spotřeby, které jsou od 50. let na vzestupu a navzdory očekáváním a nadějím nepřinesli větší spokojenost a štěstí. Jelikož vlastnictví materiálních věcí nemůže nahradit hodnoty duševní. Část sociologů zkoumající právě problematiku kvality života na její subjektivní oblast označované také jako teorie pocíťované kvality života. Jedná se o zaměření na vlastní hodnocení jednotlivce, v němž se často pracuje s čistě subjektivními indikátory, jako je štěstí a spokojenost.

Problematika potřeb člověka je jednou ze základních otázek vztahu člověka k životu, a proto spadá do řady vědeckých disciplín. Pokud tvrdíme, že někdo žije špatně, máme na mysli, jak se subjektivně cítí, např. cítí se osamělý, nemocný, fyzicky slabý atd. Z toho vyplývá, že se kvalita života nedá definovat jako něco všeobecně závazné, je to pojem formální, hypotetický konstrukt latentní (skrytá) proměnná, kterou je možné naplnit pouze individuálním obsahem (Gurková, 2011).

## 1.1 Dělení kvality života

Pojem je, jak už jsme uvedli výše, velmi komplikovaný a jeho definice, která by byla všeobecně uznávaná, neexistuje. Ovšem aby pojem byl lépe uchopitelný, vzniklo několik dělení, které pomáhají pojem hlouběji pochopit.

V současnosti je nejčastěji kvalita života chápána na dvou hlavních rovinách:

- **Objektivní** výčet objektivních indikátorů jako je ekonomická situace a celkové životní podmínky.
- **Subjektivní** výčet subjektivních indikátorů jako je míra osobní spokojenosti, pocit úspěchu. (Ludíková a kol., 2014, str. 104)

V současné době se pojem kvality života objevuje ve velkém množství vědních oborů. Především pak v lékařství je jedním z hlavních ukazatelů při hodnocení výběru léčby. Kvalita života je multidimenzionální pojem, který se neustále vyvíjí a to umožňuje mnoho různých pojetí a definic. (Vaďurová, 2005, str. 51)

Dufková (1986, str. 153) uvádí tři elementární pojetí kvality života.

- a) Makrostrukturální pojetí je nejméně konkrétní, jelikož charakterizuje kvalitu života jako jedno z kritérií společenského pokroku. Další možný výklad makrostrukturálního pojetí se kvalita života se nevymezuje přímo pomocí kvantitativních charakteristik, ale i tak má stále významné postavení v rámci mezinárodních srovnání.
- b) Mezostrukturální pojetí je již méně obecné pokouší se o zachycení kvality života na nižší úrovni obecnosti, u menších sociálních skupin a však tato analýza nejde až na úroveň jednotlivce.
- c) Mikrostrukturální pojetí, které na problematiku kvality života nazírá subjektivistickou optikou a individuálně subjektivním přístupem, neboť operuje s pojmy, jako jsou spokojenost, štěstí, sebereflexe, individuální tvorba, individuální uspokojování potřeb atd.

## 1.2 Historicky vývoj kvality života

Jak jsme si ukázali výše je pojem kvality života je velmi komplikovaný a jeho definice různorodé a pro jeho lepší pochopení je dobré znát jeho historický vývoj. Podle Vaňurové a Muhlpackra (2005) pravděpodobně neexistuje shoda ve vědecké literatuře, co se týče začátků výzkumů kvality života. Díky tomu je možno tvrdit že zájem o kvalitu života je stejně tak starý jako lidstvo samo. Již v antické mytologii můžeme najít konstrukt kvality života v souvislosti se jmény Asclepia a Aesculapa.

Ovšem pojem jako takový byl použit až ve 20. letech 20. století v souvislosti s úvahami o ekonomickém rozvoji a úloze státu při podpoře nižších sociálních vrstev. (Hnilicová, 2005, str. 205) Po druhé světové válce se tento pojem znovu objevil v 60. letech v USA při projevu amerického prezidenta Johnsona, který označil zvyšování kvality života občanů jako jeden z cílů vnitřní politiky. (Wood - Dauphine, 1999, str. 355-363) V 70. letech byl tento termín využit německým politikem Willy Brandtem a to taky jako cíl jeho politického úsilí. Následně se uchytil i v sociologii jako nástroj pro odlišení podmínek života jako je příjem, politický systém od subjektivního prožívání lidí. V průběhu 70. let proběhl v USA vůbec první celonárodní výzkum kvality života. Jeho cílem bylo objevit subjektivní indikátory, kterými obyvatelé sami hodnotí svůj život, a tak by obohatily indikátory objektivní jako je například míra kriminality. Výsledky toho výzkumu vedly ke zjištění, že socioekonomické aspekty a naplnění životních biologických potřeb jsou relevantní jen do jisté míry a to pokud nejsou pod hranicí chudoby. Můžeme však říct, že největší rozvoj problematiky kvality života začal okolo roku 2000, kdy se na mnoho pracovištích utváří celé specializované výzkumné týmy. (Hnilicová, 2005, str. 206-207)

## 2 DROGY

Pro pochopení celkové drogové problematiky je potřeba se obeznámit s jejím vznikem a vývojem napříč stoletími. Pojem droga byl původně užíván pro sušený rostlinný a živočišný materiál, který sloužil k léčebným postupům. Jejich první využití bylo v souvislosti se šamanismem při různých magických rituálech. Při těchto obřadech se využívaly především rostliny s halucinogenním účinkem. První důkazy o těchto rituálech pochází již z před 50 000 lety v Evropě a Asii. Tento předpoklad je o to pravděpodobnější, jelikož sobi, kteří žili s člověkem lovcem později i člověkem jako chovatelem žil po desítky tisíc let, měl ve velké oblibě halucinogenní muchomorku červenou, což je skutečnost, která jen stěží mohla ujít jejich pozornosti. Semena konopí byla nalezena na neolitických nalezištích v Evropě. Příčinou jeho demystifikace bylo zřejmě stejně jako u opiových makovic výskyt jako plevele v okolí osad. Ačkoli konopí má mnoho využití (olej, tkanina) je velice pravděpodobné, že bylo též používáno jako omamná látka.

Jak jsme uvedli na začátku, drogy nejprve sloužily k léčebným postupům, ač nejprve jako součást magických rituálů později ve starověkém Egyptě, Řecku a Asýrii byly již využívány jako součást počátků klasické medicíny. První písemné záznamy pochází právě z Egypta, kde již byly dobře známy účinky opia. Uváděn byl účinek při poraněních, abscesech a při potížích s pokožkou hlavy. Známý řecký lékař a anatom Galénos jako první uvádí kromě pozitivních účinků opia také rizika spojená s jeho užíváním. Podotýká důležitost podávání v malých dávkách a připomíná, že větší dávky mohou způsobovat smrt.

První oficiální nauka o drogách se objevuje za vlády Karla Velikého. Omamné látky se zařazují mezi prostředky používané běžně v lékařských postupech. V této době se také poprvé vyskytuje první výroba omamných látek, ač v zanedbatelné míře. Tento okamžik tak můžeme označit, jako moment kdy se drogy začali šířit po Evropě. V 15. Století se významnou osobností toxikologie stal T. B. von Paracelsus díky jehož dílům se začali zkoumat nové způsoby využití omamných látek. Jeho vztah k omamným látkám nejlépe vystihuje jeho citát, který je hojně využíván i do dnes „dávka dělá jed“.

První zneužívání omamných látek přichází s koncem gotiky tedy na přelomu 15. a 16. století, kdy člověk přichází o všeobecnou jistotu prostřednictvím ztráty absolutní víry v Boha a jeho vševědounosti. Díky této zlomové události člověk začíná toužit po uspokojení a blaženosti již na tomto světě a neodkládá je až na život posmrtný. To vše doprovázeno



zrychlenou výrobou a tvorbou přebytků umožnilo vznik konzumu a tím v ruku v ruce spojený začátek zneužívání návykových látek. (policie.cz, 2015)

V současné době však český správní řád pojem droga nezná, používá pojem návyková látka, mezi něž řadí alkohol, omamné a psychotropní látky. Zákon o návykových látkách obsahuje seznam nezákonných látek, které se neustále rozšiřuje a tak je možné aktuálně reagovat na vývoj drogového trhu v České Republice. (Mahdalíčková, 2014, str. 89)

## 2.1 Rozdělení drog

Drogy můžeme rozdělit hned podle několika ukazatelů, ač už podle jejich účinků na lidskou psychiku, rizika zneužití, nebo míry tolerance populací.

### Míra tolerance drog společností

Legální drogy- nejčastěji do této skupiny bývají řazeny nikotin a alkohol, léky, kofein a organická rozpouštědla. S těmito drogami se můžeme běžně setkat, jsou společností tolerovány, ale riziko vzniku závislosti je prakticky stejné jako u drog nelegálních.

Nelegální drogy- do této skupiny řadíme například pervitin, heroin, marihuanu, extázi. Tyto drogy nejsou společností tolerovány a jejím přechováváním, prodejem či předáním se dostáváme do konfliktu se zákonem. (substitucni-lecba.cz, 2016)

### Takzvané měkké a tvrdé drogy

I když toto rozdělení není odborně správné a nebere v potaz mezinárodní kvalifikaci drog je mezi širokou veřejností často používané. Pro naši práci bude ovšem lepe využitelná právě mezinárodní kvalifikace drog.

1. Látky s návykovými vlastnostmi představující závažné riziko zneužívání – cannabis a jeho deriváty, kokain, methadon, morfin, opium, heroin- kontroly jsou velmi přísné, nesmí být povolena jejich držba bez zákonného povolení
2. Látky normálně užívané pro lékařské účely s menším rizikem zneužití- kodein- kontroly jsou méně přísné
3. Přípravky z látek v druhé skupině, přípravky z kodeinu, morfia nebo opia, které nepředstavují riziko zneužití a mezinárodní kontrola je shovívavá
4. Nejnebezpečnější látky vyjmenované v prvním seznamu, které jsou obzvláště škodlivé a jejich lékařská nebo terapeutická hodnota je velmi omezena- heroin, canna-

bis, cannabisová pryskyřice, acetorpin, aj. Konvence dává zúčastněným stranám možnost uvalit úplný zákaz na produkci, výrobu, užívání, vlastnictví a další nakládání s těmito látkami. Podléhají zvláštním kontrolním opatřením, smluvní strany jsou povinny zakázat nakládání s nimi, včetně držby. (Mahdalíčková, 2014, str. 88-89)

### **Způsob působení na lidskou psychiku**

Tlumivé látky - tyto látky způsobují uvolnění, uklidnění, zpomalení, delší reakční doba, ospalost někdy až spánek. Velmi rychle se na nich vytváří těžká fyzická závislost a při vynechání dávky se dostavuje velmi brzy abstinční syndrom. Mezi tento typ látek patří například heroin, morfin a analgetika.

Povzbuzující látky - tento typ látek má stimulační vliv na centrální nervovou soustavu. Mizí některé základní biologické potřeby jako je potřeba jíst a spát. Ztrácí se pocit únavy, výkon je na vzestupu spolu s náladou, přichází až euforie. Na tento druh látek vzniká velmi brzy psychická závislost. Mezi ně řadíme například kokain, pervitin, kofein a nikotin.

Halucinogenní látky - tyto látky způsobují výrazné změny vědomí a vnímání. Zároveň mají vliv na sílu a hloubku prožívání. Mohou způsobovat zrakové a sluchové halucinace a ovlivňují také na vnímání prostoru a barev. Jejich největší riziko spočívá v tom, že často vyvolávají touhu zkusit drogy, na kterých vzniká závislost ať psychickou nebo fyzickou. Patří mezi ně například LSD, lysohlávky a konopné drogy. (substitucni-lecba.cz,2016)

## 2.2 Marihuana

Marihuana patří mezi nejčastěji zneužívané drogy a také je nejznámější a nejoblíbenější drogou mezi mládeží. Pojem marihuana označuje drogu složenou z usušených listů a vrchních okvětních částí konopí setého (*cannabis sativa*), konopí indického (*cannabis indica*) popřípadě konopí rumištního (*cannabis ruderalis*), které je specifické obsahem THC nad 0,3 %. V našem klimatickém prostředí může konopí dorůst až několika metrů. Je možné jej vypěstovat jak venku za oknem nebo na nějakém odlehlém poli. Další možnost pěstování konopí je indoor, ve speciálním roztoku a pod umělým osvětlením. Tuto marihuanu je možno sklízet až 4x do roka a může obsahovat až 20% THC. Účinné látky jsou nejvíce obsaženy v květech a listech v menším množství potom také ve stoncích a semenech. Obsah psychotropních látek je ovlivněn pohlavím rostliny (samičí rostliny mají vyšší obsah účinné látky), vlhkostí, hnojením, teplotou mírou slunečního světla a výší zralostí. Dalším důležitým aspektem určujícím kvalitu je sušení. Nejběžnější podíl účinných látek je v rozmezí mezi 1- 15% . Nejtypičtější forma konzumace je pomocí cigaret z marihuany tzv. jointů, většinou s částí tabáku. Taková jedna cigareta může mít za následek intoxikaci až několika lidí. Marihuana také slouží jako surovina k výrobě dalších produktů například různých pokrmů, hašiše a konopného oleje.

Nejrychlejší nástup účinků je právě při kouření marihuany, ty nastupují už několik minut po požití. Trvají převážně tři až osm hodin maximálně dvanáct. V organismu můžeme najít stopy po její konzumaci i po několika týdnech. Tím se výrazně liší od ostatních drog, které jsou prokazatelné pouze do tří dnů. Ačkoli kouření marihuany je nejtypičtější způsob konzumace je i nejnebezpečnějším do plic se tak dostává spousta toxických látek.

Při pravidelném a častém užívání marihuany vzniká návyk. Na magnetické rezonanci lze pozorovat, po vykouření několika jointů, zvýšenou aktivitu v okruhu odměny v limbickém mozku. Pokud se tento návyk vyvine v závislost lze zvýšenou aktivitu vidět i pokud zkoumaný subjekt sleduje pouze video, kde je marihuana kouřena. U člověka bez závislosti lze pozorovat tuto zvýšenou aktivitu při prožívání něčeho velmi příjemného, zatímco člověk závislý prožívá tuto radost jen díky věcem spojeným s konzumací drog.

Mezi typické projevy intoxikace marihuanou je stav relaxace a spokojenosti. Součástí jejich vedlejších účinků jsou zejména hlad, problémy s koordinací a zhoršení paměťových funkcí. Mezi nejzávažnější problémy spojené s dlouhodobým užíváním marihuany, jsou nejčastěji řazeny problémy s mechanickou i logickou pamětí, poškození smyslového vní-

mání poruchy orientace v čase a prostoru někdy vedoucí až ke stavům bezvědomí, typická neobratnost, trvalé záněty spojivek, zvýšené riziko rakoviny plic, nepravidelná menstruace, možnost narušeného vývoje plodu, řídnutí vlasů, stihomamy, suicidální myšlenky a také rozvoj psychických onemocnění, které by se jinak nerozvinuly nebo ne v takové míře.

Mezi typické příznaky předávkování THC řadíme nejčastěji snížení funkcí motoriky v některých případech až bezvědomí, neschopnost percepce okolí, problémy s projevením emocí, obsedantní myšlenky, neschopnost soustředit se.

Důvod proč se v současné době mluví o závislosti v souvislosti s marihuanou, je především to, že v minulosti byl průměrný obsah THC okolo 5%, nyní je to až 21%. Tento nárůst účinné látky se projevuje především v účincích. Dříve to byla především takzvaná vysmátost a radost, oproti současné otupělosti, halucinacím a úzkostí (stavy úzkosti se mohou dostavovat i několik let potom co člověk s užíváním marihuany skončil). Současná marihuana má v podstatě stejné účinky jako silná hypnotika nebo sedativa. Problém je i v tom, že současná mládež mezi 12-18 lety začíná právě s tímto typem marihuany a je tedy u nich zvýšené riziko všech negativních účinků v plném rozsahu. Tyto všechny problematické oblasti narůstají i díky stále větší toleranci marihuany většinou populací. ( Mahdalíčková, 2014, str. 45-50)

### 2.3 Látky se stimulačním účinkem

Jedná se o látky s budivým účinkem, odstraňují únavu, při vyšších dávkách způsobují vzrušení, křeče a někdy vedou až k srdeční arytmii. Velmi rychle u nich vzniká těžká závislost a může vest až ke vzniku vážných duševních poruch. Do této kategorie řadíme především amfetamin, kokain, crack, pervitin a další syntetické halucinogeny jako jsou DOM, DOB, PCP.

Ovšem do této kategorie patří i legální látky jako káva a čaj. Ovšem s výrazně slabším účinkem. (SANANIM, 2007, str. 164)

Mezi nejčastější rizika spojena s užíváním nelegálních psychostimulačních látek patří:

**Toxická psychóza** nejčastěji vzniká díky dlouhodobé, pravidelné a intenzivní (denně nebo obden) konzumaci vysokých dávek těchto látek. Typickými projevy psychózy jsou pocity nebezpečí spojené s pronásledováním nebo také přesvědčení o hmyzích larvách v podkoží. Ze začátku si závislý svůj stav uvědomuje, časem ovšem toto povědomí mizí a psychóza nabývá intenzity. Bludy se zhoršují a jedinec ztrácí schopnost vnímat realitu na základě

předchozího učení. Psychóza je nebezpečná především tím, že jedinec pod vlivem děsivých bludů může být nebezpečný sám sobě nebo i svému okolí. Tento stav může trvale poškodit psychiku a rozvinout procesy, jež vedou k celoživotní psychiatrické péči.

**Oběhový systém** při konzumaci stimulačních látek systém neustále připraven na maximální výkony ty ovšem nepřichází, což působí zatížení na nejvyšší úrovni. Narůstá možnost výskytu cévní mozkové příhody, infarktu myokardu a dochází i k poškození cévního systému. Ve spojení se stimulačním efektem je i neurotoxicita k různým systémům centrální nervové soustavy. Poškození tímto vzniklé je morfologické a při dlouhodobé abstinenci je možné pozorovat nápravu, ovšem na výsledcích psychotestů jsou změny stále patrné.

**Epileptický paroxysmus** nejčastější je forma záchvatu křečí, který většinou do 1 minuty mizí. Nejdůležitější je odstranění nebezpečných předmětů z okolí, o které by se jedinec mohl zranit. Zásah lékaře je nutný záchvaty se mohou stávat intenzivnějšími a častějšími a vést až k zdušení.

**Hypertenzní krize** jedinec většinou prožívá velmi silnou bolest hlavy současně s nauzeou a v některých případech i zvracením. Diagnostikovat se dá pouze pomocí tlakoměru a k jeho léčbě jsou nutné léky k úpravě krevního tlaku, které vyžadují lékařský předpis. (Mahdalíčková, 2014, str. 58-59)

### 2.3.1 Pervitin ( amfetamin- metanfetamin)

Tyto látky jsou vyráběny synteticky. Poprvé se objevily v sedmdesátých až osmdesátých letech 19. století v Japonsku. První zmínky o pervitinu z Evropy pochází z třicátých let 20. století. Pervitin se začíná objevovat i v zemích, ve kterých o něj v minulosti příliš zájem nebyl. (Mahdalíčková, 2014, str. 60)

Česká Republika se stala pervitinovou velmocí hlavně díky výhodné poloze ve středu Evropy a blízkosti do zemí, kde se ještě nepodařilo zákonem upravit prodej léků obsahující pseudoefedrin (Polsko, Slovensko). Více jak 80% léčiv s obsahem pseudoefedrinu zabavených při náhodných záchytech pochází právě z Polska. Neustále narůstající poptávka ze zahraničí, je motivací, společně s vyšším ziskem spojeným s distribucí mimo ČR, vedoucí k nárůstu organizovaného drogového zločinu. (policie.cz, 2014)

Při užívání pervitinu rychle vzniká psychická závislost a také roste tolerance. Tím se může původní dávka zvýšit až několiksetkrát. To často vede akutní intoxikaci, trvalým problémům s krevním tlakem, podrážděnosti a nespavosti. Můžou se také vyskytovat halucinace,

poruchy paměti, zvýšené riziko výskytu HIV a hepatitidy, celkový kolaps organismu, který může vést až k smrti. Změny na osobnosti závislého jsou téměř nerozpoznatelné od schizofrenie. To znamená ataky paniky a ohrožení, které vedou až k agresi vůči okolí nebo naopak k suicidálnímu jednání. Někdy se pervitin označuje jako víkendová droga, což ovšem není většinou přesné pojmenování. Většinou se jedná o několika denní akce, které trvají, dokud uživatel není úplně vyčerpán. (Mahdalíčková, 2014, str. 60)

### 2.3.2 Extáze (MDMA)

Extáze také patří také mezi synteticky vyráběné drogy odvozené od amfetaminu s příměsí dalších halucinogenních a psychostimulačních látek. Pomáhá blokovat zpětné vazby neurotransmiterů serotoninu, díky tomu jeho hladina stoupá a tím pádem se zlepšuje i nálada. Mezi další účinky extáze patří výrazný nárůst aktivity po dlouhou dobu a také se zvyšuje schopnost empatie. Díky těmto pozitivním účinkům vede časté užívání k psychické závislosti. Ovšem zvýšenou aktivitou se organismus unavuje a vyčerpává, což může vést k dehydrataci a přehřátí. Jako většina drog i extáze může způsobit rozpoutání duševní nemoci a její užívání může zapříčinit chronické poškození jater. Zapříčiňuje také nevratné poškození mozku např. Parkinsonův syndrom. Mezi příznaky akutní intoxikace extází patří rozšíření zornic, zrychlený tep, žízeň, úzkost a zmatenost. (Mahdalíčková, 2014, str. 61-62)

## 2.4 Opium

Opium je droga přírodní. Jedná se o zaschlou mléčnou šťávu z nezralých makovic máku setého. Oxidací tmavne a tvrdne tento výsledný produkt, se buď dále rozpracovává anebo rovnou konzumuje. Opium je jednou z nejdéle užívaných drog, první zmínky o jejím zneužívání pochází již z druhé poloviny prvního tisíciletí před naším letopočtem. V medicíně se častou používá k tlumení bolesti. (Mahdalíčková, 2014, str. 55-56)

Opium obsahuje tři hlavní druhy alkaloidů. **Morfin** je ten nejúčinnější. V lékařství je používán k tlumení bolesti. Především díky němu je opium tak často zneužíváno. **Kodein** v medicíně slouží jako lék k tlumení kašle. Má obdobné účinky jako morfin jen několikrát slabší. **Papaverin** tlumí křeče hladkého svalstva. Při injekční aplikaci může docházet k arytmiím. (SANANIM, 2007, str. 172-173)

Nejběžnějším způsobem aplikace, u závislých konzumentů, je kouření pomocí speciálních dýmek. Část účinné látky, tedy morfinu přechází žářem do kouře, který je vdechován a tak se postupně dostavuje euforie, někdy halucinace a pocit příjemné únavy. Tento stav může

trvat i několik hodin, vždy končí spánkem, po kterém přichází tzv. kocovina. Běžný uživatel opia může za den vykouřit mezi 10 - 100 dýmkami. Opium je také typické rychlým vznikem fyzické závislosti, která má specifické abstinenční příznaky jako je bolest svalů a kloubů, slzením, pocením a průjmy. Při pravidelném užívání opia narůstá riziko zvyšování tolerance, výrazný pokles tělesné i duševní kondice a v nejzávažnějších případech může způsobit i předčasnou smrt. Mezi příznaky akutní intoxikace patří pocit celkové apatie a únavy, snížená schopnost vnímání reality a nauzea. (Mahdalíčková, 2014, str. 55-56)

## 2.5 Lysohlávky

Četnost zneužívání halucinogenních hub se v současnosti zvyšuje. Nejčastěji se jedná právě o houby z rodu lysohlávek jako je lysohlávka česká, lysohlávka kopinatá a také lysohlávka modrající. Účinnou látkou je v tomto případě psilocybin a psilocin látky velmi blízké svou molekulární strukturou serotoninu. Jako u každé přírodní drogy se jen velmi těžko určuje právě jejich obsah, který je ovlivněn především tím, odkud konkrétní houby pochází a tak může snadno dojít k předávkování. Účinky těchto hub bývají často přirovnávané k LSD. (Mahdalíčková, 2014, str. 54)

Projevy začínají 10 - 45 min po konzumaci podle toho zda jsou houby spolkyány hned nebo zda se první rozkoušou a až potom spolknou. Největší míra vstřebávání účinných látek je právě z dutiny ústní. Mezi první projevy požití lysohlávek je zívání, neklid, problémy s rovnováhou jako při opilosti. Následované změněným vnímáním reality, intenzivnějším prožíváním barev a zvuků, pocity euforie nebo právě naopak deprese. (SANANIM, 2007, str. 159)

Užívání vede ke zvýšenému riziku výskytu halucinací, rozvoji toxické psychózy, poškození jater a ledvin a ve výjimečných případech může vést až ke smrti. Typické příznaky akutní intoxikace jsou euforie, smích bez příčiny, zvýšená komunikativnost, snížená schopnost sebeovládání. (Mahdalíčková, 2014, str. 54)

### 3 DROGOVÁ ZÁVISLOST

Abychom mohli porozumět konkrétně drogové závislosti, je nejprve nutné se obeznámit, na jakých principech stojí závislost všeobecně.

„Syndrom závislosti: je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje. Definitivní diagnóza závislosti by se měla obvykle stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) Silná touha nebo pocit puzení užívat látku
- b) Potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo o množství látky
- c) Tělesný odvykací stav: látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s obdobnými účinky
- d) Průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze uvést u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo, nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance)
- e) Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku
- f) Pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím, depresivní stavy vyplývající z nadměrného užívání látek nebo toxického poškození myšlení“ (uzis.cz,2014)

Ačkoli se tato definice může zdát složitá je jednou z mála všeobecně uznávaných v odborných kruzích.



Další uznávaná definice závislosti je podle Americké psychiatrické asociace. Ta ovšem jak uvádí Nešpor (2011) je téměř stejná a navzájem se prolínající s definicí předchozí. Jediný výrazný rozdíl, který shledává, je že americká verze definice závislosti překvapivě postrádá pojem craving tedy bažení.

Nyní se blíže seznámíme s příznaky závislosti.

**Craving (touha)** jedná se o jeden ze zásadních projevů závislosti, definuje se nejčastěji jako nutkavá touha užít drogu s následovným kompulzivním užitím drogy. Jedná se o stav, který nastává při přerušení pravidelné konzumace drogy anebo v době abstinence v situacích asociujících braní drogy. Můžeme říct, že pod pojmem craving jsou skryty tři různé stavy, založeny na odlišných podstatách.

- 1) Touha po příjemných vlivech drog
- 2) Touha po zbavení se nepříjemných psychických stavů
- 3) Stav převážně obsesivního charakteru

Tento stav bývá udáván jako zlomový moment mezi užíváním drog a závislostí avšak je nutné dodat, že recidiva je možná i při jeho absenci. (Kalina a kol. 2008, str. 33-34)

Pojem craving je ovšem problematický co se týče vhodného českého ekvivalentu. Kalina (2008) uvádí jako správný ekvivalent touhou oproti Nešporovi (2011), který pracuje s pojmem bažení.

**Zhoršení sebeovládání** tento projev závislosti je silně provázán s cravingem a však není totožný. Závislí, u nichž je stav cravingu velmi intenzivní mohou mít zachované sebeovládání na velmi vysoké úrovni. To ovšem platí i naopak. Závislí, jimž se craving zcela vyhnul, mohou mít v návyku velmi snížené sebeovládání. Dá se tedy říct, že craving je záležitostí čistě vnitřního, subjektivního prožívání a zhoršené sebeovládání se odehrává na poli pozorovatelných jevů chování. (Nešpor, 2011, str. 14)

**Odvykací stav** má několik kritérií, aby mohl být diagnostikován a to nedávné přerušení nebo omezení užívání návykové látky, jeho příznaky odpovídají specifickým známkám odvykacího syndromu pro tu, kterou konkrétní drogu. Tyto příznaky nelze vysvětlit jiným onemocněním, ač tělesným nebo duševním. (Nešpor, 2011, str. 16)

Kalina (2008) ovšem o odvykacím symptomu hovoří spíše, jako o stavu vyvolávající závislost a ne jako její podmínku. Mluví o něm, jako o negativním posilování, které vede k setrvání užívání drog.

**Růst tolerance**, jak bylo uvedeno v definici z mezinárodní klasifikace nemocí, jedná se o neustále zvyšování dávek vedoucí ke stejnému účinku. Tento jev může být následkem snižující se reaktivity centrálního nervového systému na užívanou látku, nebo to také může mít příčinu v rychlejší metabolismu konkrétní látky.

**Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů** tento příznak závislosti je často dáván do souvislosti s předchozími uvedenými a tedy cravingem, sníženým sebeovládáním a někdy s odvykacími obtížemi. A to zřejmě zejména proto, jak uvádí abstinující závislí, jím zabralo většinu dne shánění a aplikace látky také následné zotavování.

**Pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků** aby tento jev mohl být označován, jako příznak závislosti je nutné, aby uživatel byl o těchto negativních vlivech informován. I tento znak závislosti je uváděn v souvislosti s předchozími uváděnými. (Nešpor, 2011, str. 19-21)

### 3.1 Drogová závislost a rodina

V této kapitole se budeme věnovat vlivu, který má drogová závislost jednoho člena rodiny na její zbytek a jak naopak může rodina ovlivnit závislost jejich jednoho člena. Jak víme rodina je primární sociální skupinou. „Podle Giddense (1998, str. 156) rodina představuje skupinu osob přímo spjatých příbuzenskými vztahy, jejíž dospělí členové jsou zodpovědní za výchovu dětí. „

Zjištění, že někdo z vašich nejbližších má problém s drogovou závislostí, většinou celou rodinu uvrhne do šoku, zmatku a hněvu, z něhož je obvykle velmi komplikované se vymáknit. Tento problém často narůstá po mnoho let. Můžeme říct, že po fázi objevení problému následují další dvě fáze a to snaha o zvládnutí problému a soužití a finální fáze, často dokonaná, snaha o vyloučení drogově závislého z nejbližšího rodinného kruhu. A však nemůžeme říct, že by tyto fáze byly jasně ohraničeny a probíhaly v každé rodině stejně. Jedná se spíše o jisté schéma, které popisuje nejčastější vývoj v rodinách, kde se potýkají s drogovou závislostí jednoho z členů. Tento drastický vývoj je odvozen od každodenních problémů spojených s drogovou závislostí. Jejich vliv je patrný na všech funkcích rodiny a tím i neudržitelného stavu soužití s drogově závislým. To dokazuje, že i v době provádění výzkumu (obsažen v této knize) žili se svou rodinou jen dva z problémových uživatelů a to i když by se to přes jejich průměrný věk 22,5 let dalo očekávat. Dále z výzkumu vyplývá, že v době

stabilizace drogové závislosti se kontakt s rodinou stal intenzivnější a objevili se i období návratu k rodině. Oproti tomu v době, kdy se závislost dostala mimo kontrolu, byl kontakt s rodinou minimální. (Barnardová, 2011, str. 30-31)

### 3.1.1 Rizikové a protektivní faktory na úrovni rodiny

Jak jsme uvedli v úvodu této kapitoly, rodina je jednou z nejdůležitějších sociálních skupin v životě člověka. Z toho vyplývá, že ho ovlivňuje ve všech zásadních životních rozhodnutích a zvratech. Výjimkou není ani vznik drogové závislosti. Rodina může mít ochranný vliv před vznikem závislosti, ale také může vytvářet takové podmínky, které vznik závislosti podpoří.

**Rizikové faktory.** Mezi nejzásadnější z nich bývá uváděna nezvládnutá závislost u jednoho z rodičů, ovšem to neznamená, že závislost na alkoholu u rodičů, způsobuje zas jen závislost na alkoholu u jejich dětí. Klidně se může objevit i závislost na drogách či hracích automatech. Vliv má i výchova bez jasných pravidel, nedostatek citových vazeb a stráveného společného času v raném dětství. Fyzické, psychické násilí a sexuální zneužívání dítěte. Spojitost se také uvádí se schvalováním návykových látek, podceňováním dítěte, špatným sociálním fungováním rodičů, duševní poruchou jednoho z rodičů. Samozřejmě riziko vzniku závislosti zásadně zvyšuje i úplná absence rodičů a život dítěte na ulici.

**Protektivní faktory** vyplývají v podstatě z opaků rizikových faktorů. Nejčastěji se hovoří o věnování dostatečného času dítěti, jasných pravidlech, spolupráce rodičů při výchově, odmítání všech návykových látek u dětí, respekt vůči dítěti, duševní zdraví rodičů. Také se uvádí, že vliv má i uspokojení potřeb dítěte, sociální začlenění rodiny, pozitivní mezigenerační vztahy a také přehled rodičů o volném čase jejich dítěte a společné hledání vhodných zájmu k jeho vyplnění. (Nešpor, 2011, 80-81)

### 3.1.2 Faktory objevující se v rodinách s drogovou závislostí

V této podkapitole budeme rozebírat situace objevující se v rodinách s drogově závislým, nejčastěji ve vztahu rodiče děti. Tyto situace však mohou být následkem drogové závislosti nebo ji mohou předcházet.

**Pseudoindividualizace,** Haley tento stav popisuje jako situaci, kdy dospívající nebo mladý dospělý již odmítá autoritu rodičů a však není schopen být samostatný a selhává ve svých životních rolích. Což zvyšuje jeho závislost na rodině a do budoucna to snižuje jeho možnosti na skutečné osamostatnění. Jako řešení této situace se nejčastěji uvádí opětovné zařa-

zení do primární rodiny a nastolení tvrdých pravidel někdy v podobě pohrožením nahlášení trestné činnosti či odeprání podpory při nedodržení nastavených pravidel. Po zvládnutí akutní fáze tohoto problému je nutná individuální práce s rodiči a řešení jejich osobních problémů, na které mohlo být zapomenuto při starostech o problémové dítě. Vytěsnění těchto kritických oblastí by mohlo vést k opětovnému ohrožení dítěte.

**Triangulace** je jev popisovaný, jako situace, kdy si drogově závislý stěžuje matce na otce, otci na matku, rodičům na terapeuta, terapeutovi na rodiče atd. Tím komplikuje spolupráci a vzájemnou komunikaci a tím ohrožuje celou léčbu. Řešení je logické zlepšení komunikace mezi dospělými a omezení předávání vzájemných vzkazů prostřednictvím závislého. Jedná se o jeden z důvodů, proč závislý odmítají rodinou terapii. Je jim nutné vysvětlit, že spolupráce celé rodiny jím umožňuje lepší vyhlídky na rehabilitaci.

**Rozmělnění meziosobních a mezigeneračních hranic** tento stav znamená nepřiměřené přebírání osobní zodpovědnosti za některého z členů rodiny. Může se projevovat jako nadměrné spojenectví mezi příliš tolerantní matkou a dítětem proti přísnému otci. Nadměrné zosobnění jednoho rodičů s problémovým dítětem vede k patologickému rozmělnění mezigeneračních hranic, jehož následkem může být potlačení vlastního života rodiče nebo upozadění a nevšímavost k ostatním členům rodiny. Tento stav může nastat i při závislosti jednoho z rodičů kdy dospívající přebírají role dospělých a závislý rodič roli neposlušného dítěte. To vše vede ke komplikovanější léčbě závislosti a prohlubování celkového problému závislosti. Řešením bývá opětovné přijetí přirozených rolí a zlepšení vzájemné komunikace.

**Umožňování** je situací, kdy blízký člen umožňuje či zlehčuje podmínky pro zneužívání návykových látek. Nejčastěji prostřednictvím poskytováním finanční hotovosti, placení dluhů závislého, poskytování bezplatného bydlení dospělému. Nejčastěji v této roli bývají rodiče či prarodiče. Řešením je tuto pomoc podmínit abstinencí nebo spoluprací při léčení. (Nešpor, 2008, 82-84)

### 3.2 Sociální služby poskytované drogově závislým

Jedná se o sociální služby designované podle specifických potřeb drogově závislých. Fungují jako samostatné sociální služby provozované neziskovými organizacemi či občanskými sdruženími.

Tyto služby by měli splňovat několik kritérií jak v kvantitativní tak v kvalitativní oblasti.

Kvalitativní kritéria:

- Komplexnost - systém by měl odrážet specifické potřeby jednotlivých cílových skupin, míru a závažnost způsobenou závislostí a také míru jejich motivace. Jen tak je možné spojit konkrétního klienta s vhodnou službou.
- Provázanost - znamená, že jednotlivé služby na sebe navazují, jsou si rovny. Takový systém umožňuje klientovi překonávat překážky mezi jednotlivými zařízeními.
- Efektivita - každá služba by měla mít vytvořeny nástroje, které zajišťují její nejvyšší stupeň. Mezi tyto nástroje řadíme standardy odborné péče, certifikační a akreditační systém, jež je podmínkou pro zařazení do systémů a také kontrola kvality a efektivity poskytované služby.

Kvantitativní kritéria:

- Rozsah systému péče závisí na výskytu drogové závislosti v dané lokalitě
- Dostupnost pro klienty místem i časem s ohledem na potřeby klientů a specifika konkrétní služby (Richterová, Těminová in Kalina, 2008, str. 369-375)

### 3.2.1 Terénní programy

Jedná se o první článek systému péče pro drogově závislé. Je specifický především místem, kde se tato služba poskytuje, což jsou veřejná prostranství v rámci otevřené drogové scény a byty a budovy kde se sdružují drogově závislí, co se týče uzavřené drogové scény. Dalším specifikem je přístup pracovníka terénního programu ke klientovi, sám ho vyhledává a nečeká, až bude osloven. Tato služba je poskytována anonymně. Základními principy terénního programu je ochrana veřejného zdraví a snižování zdravotních rizik spojených s užíváním návykových látek čili harm reduction.

Cílovou skupinou této služby jsou:

- jedinci na začátku drogové kariery, pro jejich potřeby je dostačující právě terénní program
- jedinci žijící na ulici, squatech, nebo drogových bytech pro ně je tato služba nejpohodlnější
- uživatelé drog, jež nejsou dostatečně motivováni pro spojení se s jinou pomáhající službou

- jedinci, jejichž závislost dosáhla již takového stupně, který jim neumožňuje kontakt s jinou službou
- uživatelé, spatřující v kontaktu s jinou institucí, přílišné riziko a také uživatelé, jimž v kontaktu jiné služby brání jazyková bariéra

Základními úkoly této služby je už zmiňovaný harm reduction, sledování vývoje drogové scény z důvodu aktualizace strategií na pomoc drogově závislým, a jejich motivace k léčbě a řešení jejich životní situace. (Richterová Těminová in Kalina, 2008, str. 370-371)

### 3.2.2 Nízkoprahová kontaktní centra

Tato služba opět pracuje na principech harm reduction a ochraně veřejného zdraví. Nabízí svým klientům včasnou intervenci a sociální, zdravotnické a poradenské služby ale i krizovou intervenci. Pracuje na základě teorie, že každý člověk má v sobě potenciál vedoucí k pozitivní změně.

Cílovou skupinou služby jsou:

- Uživatelé drog bez ohledu na míře motivace ke změně, fázi užívání a stadiu závislosti
- Příbuzní a blízcí uživatelů drog hledající pomoc a podporu

Mezi základní úkoly této služby patří harm reduction a motivace k léčbě a abstinenci. Aby tato služba mohla fungovat na potřebné úrovni, je nutné vytvořit důvěrný vztah mezi klienty a pracovníky kontaktního centra. Poskytnutí podmínek k zajištění uspokojení základních životních potřeb (potravinový a hygienický servis, základní zdravotní ošetření). Šíření informací mezi odbornou i laickou veřejností. (Richterová Těminová in Kalina, 2008, str. 372-373)

### 3.2.3 Terapeutické komunity

Terapeutické komunity jsou založeny na aktivním podílu klientů na léčení, vytvoření kvalitní komunikační sítě, podíl na rozhodnutích mají všichni členové komunity, využívání zpětné reakce. Člen komunity okamžitě dostává zpětnou vazbu o tom, jak jeho chování ovlivňuje druhé. Specifikací terapeutické komunity je vnitřní hierarchie. To znamená, že členové, jež jsou v komunitě již dlouho a bez problémů, dostávají jisté výhody a s tím spojenou větší zodpovědnost.

Cílovou skupinou služby jsou:

- Uživatelé drog, jejichž závislost dosáhla jisté úrovně
- Uživatelé, jež jsou na jisté úrovni fyzické a duševní kondice, která jím umožní komunitu zvládnout
- Uživatelé bez dobré sociální podpory, u nichž je kratší léčba spojena s vyšším rizikem recidivy
- Uživatelé s dostatečnou motivací setrvat v komunitě po celou dobu léčby (Nešpor, 2011, str. 96-97)

### 3.3 Kvalita života drogově závislých

Ačkoli kvalita života drogově závislých je hlavním tématem tohoto výzkumu, již nyní jsou jasné některé specifika, které nejčastěji ovlivňují jejich život. Především můžeme hovořit o psychiatrické komorbiditě, tak i o typických somatických komplikacích v závislosti na užívání drog. Jak jsme uvedli na začátku, je právě zdraví jednou ze základních podmínek pro budování spokojeného života. Tyto problémy se nemusí objevit u každého drogově závislého a však je pravděpodobné, že se tyto problémy při dlouhodobém užívání drog objeví.

**Psychiatrická komorbidita** jedná se o výskyt dvou nebo více psychiatrických onemocnění u jednoho pacienta. Tomuto tématu je v současnosti v odborných kruzích věnována velká pozornost i přesto je jeho diagnostika neustále velmi problematická a náročná na zkušenosti a znalosti psychologa nebo psychiatra. Přitom je tato diagnostika zásadní pro určení celého plánu léčby. Je nutné, pro správné nastavení léčby, zjistit zda pacient nejprve trpěl depresemi a důsledkem toho bylo užívání tlumících léků bez předpisu, často v kombinaci s alkoholem. Tento stav nazýváme tzv. automedikací kdy člověk zvládá projevy svého psychiatrického onemocnění díky návykovým látkám. Nebo naopak trpí depresemi díky užívání tlumících léků a alkoholu. I zde se však objevuje problém s definicí a správným vymezením tohoto pojmu respektive diagnózy. V tomto případě není jasné, zda se dá psychiatrickou komorbiditou nazývat i kombinace diagnóz F. 10 - F. 18 tedy kombinace závislostí navzájem. (Miovská, Miovský in Kalina, 2008, str. 75-76).

Tato nejistota může podle Zábranského (2007) pramenit zejména z existence faktoru všeobecné náchylnosti k užívání návykových látek, který odkazuje na existenci jednoho spo-

lečného faktoru podílející se z etiologického hlediska na všech dalších vztazích k návykovým látkám. Podle Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost je psychiatrická komorbidita u psychiatricky léčených pacientů mezi 30-50%. Zejména v kombinaci závislosti na marihuaně, alkoholu či látkách se sedativním účinkem. Jak už jsme uvedli na začátku diagnóza je velice komplikovaná a náročná ovšem existuje několik zásad, které napomáhají k jejímu správnému určení.

1. profesionálně odvedené celkové psychologické vyšetření
2. celkové zhodnocení stavu a situace pacienta
3. abstinence trvající alespoň 1 měsíc
4. znalost všech dostupných anamnéz a zdravotnické dokumentace
5. ochota pacienta ke spolupráci (Kalina, 2008, str. 75-81)

**Somatické komplikace** jedná se o stejnorodou skupinu onemocnění, které vznikly právě díky užívání drog. Někdy jsou tyto onemocnění závažnější než samotná závislost například HIV- AIDS nebo se jedná o chorobu, která má zhoršující se tendenci právě díky užívání návykových látek. Komplikovaná je také jejich léčba. Závislí většinou odmítají spolupráci s lékaři a také mají problém s pravidelným režimem, který bývá spojen s každou léčbou.

Příčina vzniku těchto onemocnění může být fyzická, chemická nebo infekční. Často se u nich, jako faktor vzniku udává životní styl většinou spojený s rizikovým chováním uživatelů. U dlouhodobě závislých specifická toxicita látky, která může ovlivnit celé orgánové systémy a tak vést ke vzniku patologie. Vliv má i styl užívání, frekvence a velikost dávky. Častější příčinou však bývá druh aplikace. Injekční aplikace bývá označována, jako nejrizikovější, dochází při ní k narušení integrity kůže a tím i organismu a tak může dojít k vpravení bakterií do organismu a tím k rozšíření infekce. Při intranasální aplikaci často dochází k poškození sliznice a ztrátě čichu. Inhalace zase k poškození plic a perorální užití může způsobit patologie gastrointestinálního traktu.

Podle typu somatických obtíží můžeme uživatele drog rozdělit do 3 skupin:

- 1) Experimentátoři a neinjekční uživatelé drog s kratší drogovou historií – málo kdy se objevují somatické obtíže, a když ano jedná se většinou o problémy akutního rázu a to většinou v souvislosti se specifickým účinkem drog anebo špatně zvoleným způsobem aplikace.



- 2) Injekční uživatelé drog dosud bez vážných zdravotních potíží – kratší doba užívání nebo dodržování zásad takzvané bezpečné aplikace, i tak oproti předchozí skupině vyšší riziko infekce a lokálních obtíží způsobených injekčním užíváním.
- 3) Dlouhodobí injekční uživatelé drog se závažnějším zdravotním poškozením – několikaleté užívání a s tím spojené infekce, podvýživa, hepatitidy, poruchy imunity a poškození orgánů.

Mezi nejčastější somatické onemocnění lokálního charakteru patří absces, což je dutina vzniklá zkapalněním tkáně, která je jasně ohraničená, vzniká hnis, který může spontánně vytékat. Dále potom flegmóna, což je naopak neohraničený zápal šířící se do okolí pacienta může ohrožovat na životě, někdy je jediná možná léčba amputace poškozené končetiny. Také se objevuje již zmíněné poškození nosní sliznice spočívající v jejím vysušení a tvorbě krvavých krust, které mohou vest až k poškození čichu.

Pokud budeme hovořit o postižení orgánů a systémů tak nejčastěji bývá zasažen kardiovaskulární systém a to konkrétně ve formě zánětu hlubokých žil na dolních končetinách, což vede k zamezení odtoku krve z postižené nohy, při utržení trombu pak k plicní nebo srdeční embolii. Potom se také vyskytuje méně častá bakteriální endokarditida, která může být smrtelná a také infarkty myokardu a srdeční arytmie. (Minařík, Řehák in Kalina, 2008 str. 89-91)

### 3.3.1 Status drogově závislých

Kromě zdravotních problémů se drogově závislí potýkají i s negativním statutem. Často jsou i sociálně vyloučení a žijí na okraji společnosti. Drogová závislost bývá často doprovázena dalšími sociálně patologickými jevy, jako je bezdomovectví, nezaměstnanost a kriminální činnost.

Abychom se mohli zabývat dalšími sociálně patologickými jevy spojenými s užíváním drog, je nutno nejprve se obeznámit se základními pojmy.

**Status** určuje umístění daného jedince vůči ostatním členům společnosti v okruhu určitého sociálního systému. Od statusu se odvíjí práva a povinnosti jeho nositele vzhledem k okolní společnosti, udává také to, co od něj okolí očekává a tak se status stává základem sociálních rolí. (Keller, 2010, str. 195)

**Sociální vyloučení.** Jedná se o stav, kdy je jedinec bez možnosti přístupu k sítí sociálních služeb a má nedostatek sociálních kontaktu vymykající se sociálnímu vyloučení. Nejčastějšími důvody tohoto vyloučení jsou nezaměstnanost, nemoc, insolvence a další. V průběhu tohoto propadu je čím dál tím těžší určit, co je jeho důsledkem a co jeho příčinou. Lidé žijící takto na okraji společnosti, se vyloučení přizpůsobují tím, že často přijímají odlišné normy, pravidla a hodnoty od většinové společnosti. Tím se ještě více oddalují od středostavovské společnosti. Kruh sociálního vyloučení se tak uzavírá a lidé, jež se v něm nacházejí, se z něj nejsou schopni dostat bez pomoci. (www.socialni-zaclenovani.cz, 2010)

### **3.3.1.1 Bezdomovectví**

Pojem bezdomovectví české právo nezná a v kontextu práva evropské je bezdomovec ten, který se pohybuje na území cizího státu bez příslušných povolení. Odborná mluva používá označení občan bez přístřeší a označuje osobu postrádající domov. U nás se tento jev rozmohl především po roce 1989 spolu s dalšími sociálně patologickými jevy. Uvádí se, že počet osob bez přístřeší je okolo sto tisíc a toto číslo každým rokem stoupne o deset procent. Při takových vysokých číslech se již nedá říct, že se jedná o neúspěch jednotlivců ale o celospolečenský problém.

Mezi nejčastější problémy bezdomovců bývá uváděna především nezaměstnatelnost. Důvod tohoto problému bývá často spojován se ztrátou dokladů, zájem zaměstnance o adresu žadatele o práci a délka doby strávené na ulici a tím způsobená ztráta schopnosti pracovat. Jako další problém lidí bez přístřeší bývá označován vysoký výskyt různých onemocnění, nízká úroveň hygieny, nekvalitní strava. To završeno nesplněním podmínek pro podpory v nezaměstnanosti. (<http://www.nicm.cz>, 2014)

Zde můžeme vidět mnoho prolínajících se oblastí právě s drogově závislými.

### **3.3.1.2 Nezaměstnanost**

Podle definice mezinárodní organizace práce (ILO) musí osoba, jež je označována jako nezaměstnaná splňovat tři kritéria. Prvním z nich je způsobilost vykonávat pracovní aktivitu vzhledem k věku, zdravotnímu stavu a soukromé situaci. Dalším z nich je zájem o to být zaměstnán v odpovídající pracovní pozici. Poslední kritérium je, že i přes přiměřenou snahu zůstanou bez zaměstnání.

### **Důsledky nezaměstnanosti**

Nezaměstnanost má vliv na většinu oblastí lidského života od osobnosti nezaměstnaného přes jeho duševní zdraví až po zdraví fyzické. Podle Freuda dlouhodobá absence pravidelné pracovní aktivity vede ke ztrátě kontaktu s realitou, snížení sebevědomí, ztrátě vědomí vlastní užitelnosti, depresím a stavům úzkosti. Tento vliv na duševní zdraví se projevuje i na zdraví fyzickém a to nejčastěji poruchami spánku, bolestmi hlavy, zvýšením krevního tlaku a tvorbou žaludečních vředů. Nezaměstnanost má vliv i na zdraví sociální a to prostřednictvím stereotypního společenského chování, které často vede k rezignaci, nezdravému životního stylu. Permanentní napětí nezaměstnaného způsobuje omezení sociálních kontaktů. Dlouhodobá nezaměstnanost může mít za následek až ztrátu získaných znalostí a pracovních návyků. (Jusko in Kraus, Hroncová, 2007, str. 262-266)

#### **3.3.1.3 Kriminalita spojená s drogovou závislostí**

S drogovou závislostí je spojováno hned několik typů kriminální činnosti. Především se jedná o organizovaný zločin spojený s výrobou drog a jejich distribucí, trestná činnost páchaná pod vlivem drog, trestná činnost páchaná za účelem získání drogy, trestná činnost páchaná na samotných drogově závislých.

Za organizovaným zločinem spojeným s distribucí a výrobou návykových látek většinou stojí seriózně vyhlížející společnost, která zároveň slouží k „praní“ peněz pocházejících z této aktivity. Existují však i gangy, které se svou činností vůbec netají ty, však pro náš region nebyly dlouho typické a však v poslední době se stále častěji objevují specializované laboratoře především na výrobu pervitinu.

Mezi nejčastější trestné činnosti páchané pod vlivem drog řadíme vandalismus, výtržnictví a trestní činy mravnostní. Je pravdou, že u mnoha pachatelů trestné činnosti, najdeme zneužívání drog buď v současnosti, nebo jejich minulosti. Je však nutné nepokládat si jen otázku, zda byl daný jedinec během trestné činnosti pod vlivem drogy ale i zda by tuto trestnou činnost páchal, kdyby pod vlivem drogy nebyl.

Statistiky uvádí, že až 75 % trestných činů spáchaných drogově závislými je konáno právě za účelem získání finančních prostředků na nákup drog. Nejčastěji se jedná o nenásilnou majetkovou trestnou činnost, jako jsou loupeže a krádeže a však výjimkou nejsou ani násilné trestné činy a to vraždy a přepadení.

Drogově závislý bývají nejčastěji obětí sexuálního zneužívání, vydírání a nucení k prostituci. Tyto jevy se dají právně postihnout, jelikož naplňují podstatu trestného činu. Problém nastává v případě, kdy se jedná o výměnu tzv. něco za něco. Nejčastěji jde o poskytnutí drogy za jednu z výše uvedených trestných činností. V tomto případě je trestní postih složitější.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 FORMULACE VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU, DÍLČÍCH OTÁZEK, ZDŮVODNĚNÍ POJETÍ VÝZKUMU

Cílem výzkumného šetření je zjistit, jaká je míra kvality života drogově závislých navštěvujících kontaktní centrum v Uherském Hradišti. Konkrétně nás zajímá, jak se mění míra kvality života v závislosti na délce užívání drogy a jejím typu, jaké jsou nejproblematičtější oblasti kvality života drogově závislých.

**Výzkumný problém:** Jaká je míra kvality života drogově závislých v závislosti na specifických jejich abusu?

**Dílčí otázky:** Ve výzkumné práci se jako první zaměříme na otázky zabývající se kvalitou života a specifiky drogové závislosti uživatelů. Po té se zaměříme na typicky problematické oblasti kvality života drogově závislých.

Jaká je droga, se kterou drogově závislý nejčastěji začínají?

Jaké drogy nejčastěji, kromě své primární drogy, závislí užívají?

Za jakých okolností jsou drogy nejčastěji užívány?

Jaké jsou nejproblematičtější aspekty kvality života drogově závislých?

### Zdůvodnění pojetí výzkumu

Na základě stanovení výzkumného problému volíme metodu kvantitativní výzkumné analýzy.

Kvantitativní výzkum: Zjištění problémové oblasti kvality života u drogově závislých a zjistit zda je nějaká problematická oblast typická pro drogově závislé, zjištění zda délka užívání návykových látek ovlivňuje kvalitu života a zda typ primární návykové látky ovlivňuje kvalitu života.

## 5 VÝZKUMNÝ SOUBOR

**Základní výzkumný soubor** se skládá z klientů kontaktního centra Uherské Hradiště. Jde o 321 respondentů ve věku od 17 do 48 let. Tyto údaje vyplivají z dokumentace kontaktního centra. Toto kontaktní centrum bylo zvoleno na základě žádosti pracovníků kontaktního centra, výsledky výzkum budou sloužit k přesnějšímu designu služeb poskytovaných kontaktním centrem. Kontaktní centrum bylo vybráno také kvůli dlouhodobé spolupráci a získání důvěry u klientů kontaktního centra, což je časově velmi náročný úkol.

**Výběrový soubor kvantitativní výzkum** na základě výrazných specifik tohoto výzkumu byl zvolen záměrný výběr a to na základě splnění několika požadavků. Prvním požadavkem je drogová závislost v aktivní fázi. Druhým požadavkem byla taková míra drogové závislosti, která ovlivňuje kvalitu života tak že uživatelé jsou schopní uspokojovat své potřeby jen prostřednictvím kontaktního centra. Celý výzkum je stavěn na individualitě výsledků, jež se budu moct vztahovat pouze na zkoumanou skupinu. Z principu problematiky kvality života vyplívá jedinečnost vnímání uspokojování životních potřeb a z toho vyplívající zaměření se výzkumu na jednu konkrétní skupinu. Výběrový soubor čítal 40 respondentů ve věku 17-43 let, kteří v době od listopadu 2015 do ledna 2016 navštívili kontaktní centrum v Uherském Hradišti a byli ochotni spolupracovat.

## 6 VÝZKUMNÝ NÁSTROJ

Dotazník se skládá z otázek především uzavřených a dvou otevřených dohromady dotazník obsahuje 57 položek. Výzkumný nástroj se skládá ze dvou dotazníků tvořící dohromady jeden celek. První část je tvořena tak aby postihla historii a specifika závislosti klienta kontaktního centra. Zabývá se především druhem užívaných návykových látek, délkou užívání návykových látek, četností užívání návykových látek a okolnostmi užívání návykových látek.(otázky 1-6)

Druhá část je upravený standardizovaný dotazník SQUALA (Zannotti, 1992) pro zjištění kvality života. První část dotazníku SQUALA se zabývá demografickými údaji: věk, pohlaví, vzdělání, zaměstnání, hmotné zabezpečení, rodinný stav a počet dětí.(otázky 7-11 ) Dále se dotazník SQUALA skládá ze škálové tabulky zaměřené na hodnocení důležitosti životních potřeb zabývající se oblastmi zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, prostředí a domov, spánek, rodina, mezilidské vztahy, dětí, péče o sebe, láska, sex, politika, víra, odpočinek, záliby, bezpečí, práce, spravedlnost, svoboda, krása a umění, pravda, peníze, jídlo obsažených ve 23 položkách. Následuje druhá škálová tabulka, která hodnotí míru spokojenosti s naplněním těchto potřeb na identických 23 položkách. Výsledky se vyjadřují formou parciálního skóru a celkového skóru kvality života. Parciální skór pro určitou oblast života (např. zdraví) se rovná součinu skóru důležitosti (hodnoceno na pětibodové škále od 0 = bezvýznamné po 4 = nezbytné) a skóru spokojenosti (hodnoceno na pětibodové škále od 1 = velmi zklamán po 5 = zcela spokojen) a nabývá tedy hodnot od 0 do 20. Parciální skóry se zobrazují ve formě profilu kvality života: celkový skór je dán součtem všech parciálních skóru. (Dragomirecká, str. 11, 2006)



## 7 PREZENTACE A ANALÝZA VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Pomocí výpočtu průměrné hodnoty kvality života můžeme porovnat dosažený výsledek podle určených parametrů v tom případě tedy délky užívání drog, typu primární drogy, zaměstnanosti, okolností užívání, četnosti užívání a míry vzdělání.

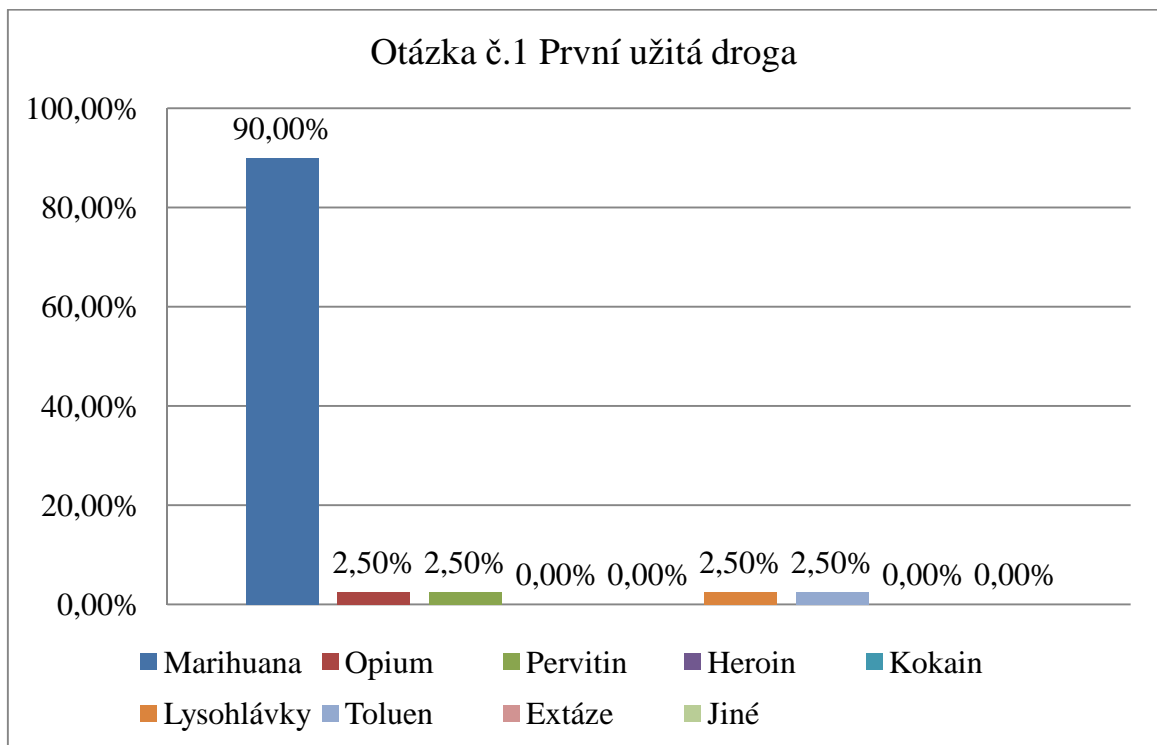
Pomocí popisné statistiky vyhodnotíme typickou problematickou oblast života drogově závislých. Dotazník SQUALA dělíme do 5 oblastí tzv. jednotlivých SQUAL. SQUALA 1 je oblast abstraktních hodnot, SQUALA 2 zdraví, SQUALA 3 blízké vztahy, SQUALA 4 volný čas, SQUALA 5 abstraktní hodnoty. Každou tuto oblast vyhodnotíme zvlášť. Popisnou statistiku také použijeme při vyhodnocení těchto dílčích výzkumných otázek.

Jaká je droga, se kterou drogově závislý nejčastěji začínají?

Jaké drogy nejčastěji kromě své primární drogy drogově závislých užívají?

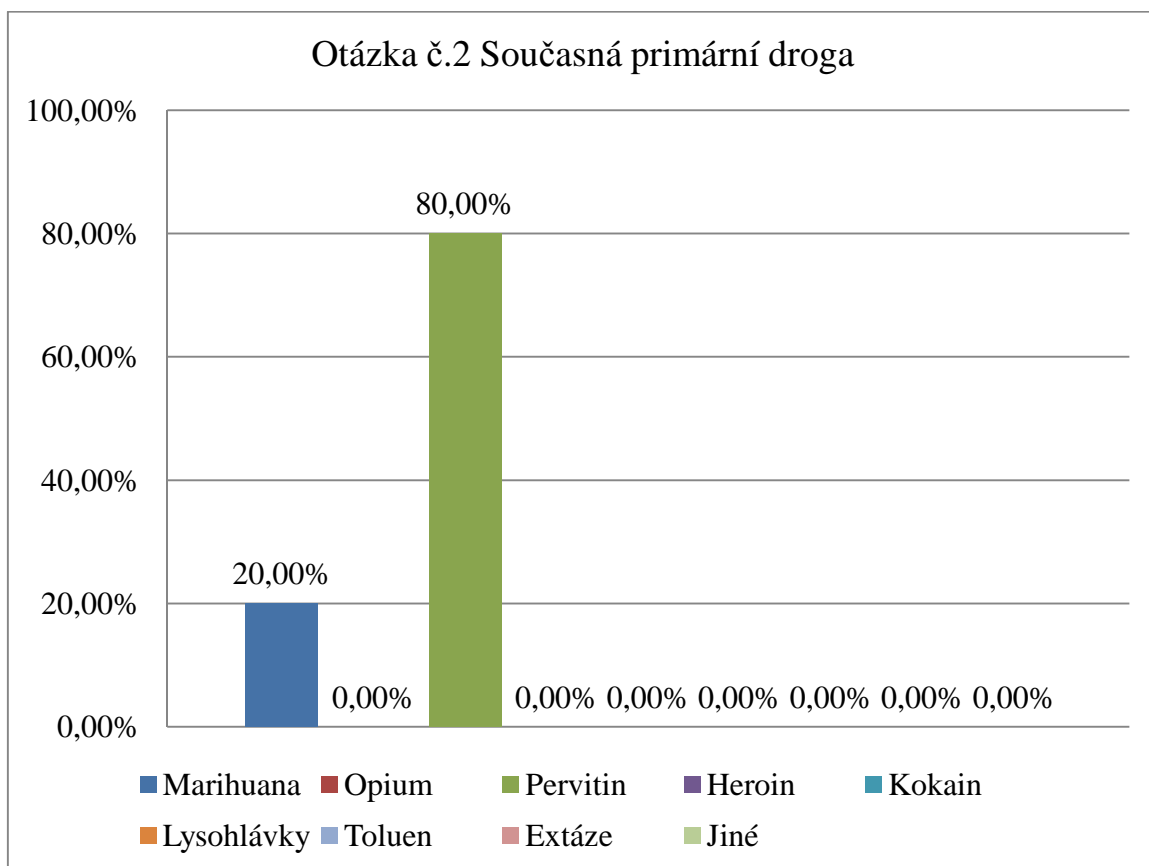
Za jakých okolností jsou drogy nejčastěji užívány?

Jaké jsou nejproblematičtější aspekty kvality života drogově závislých?



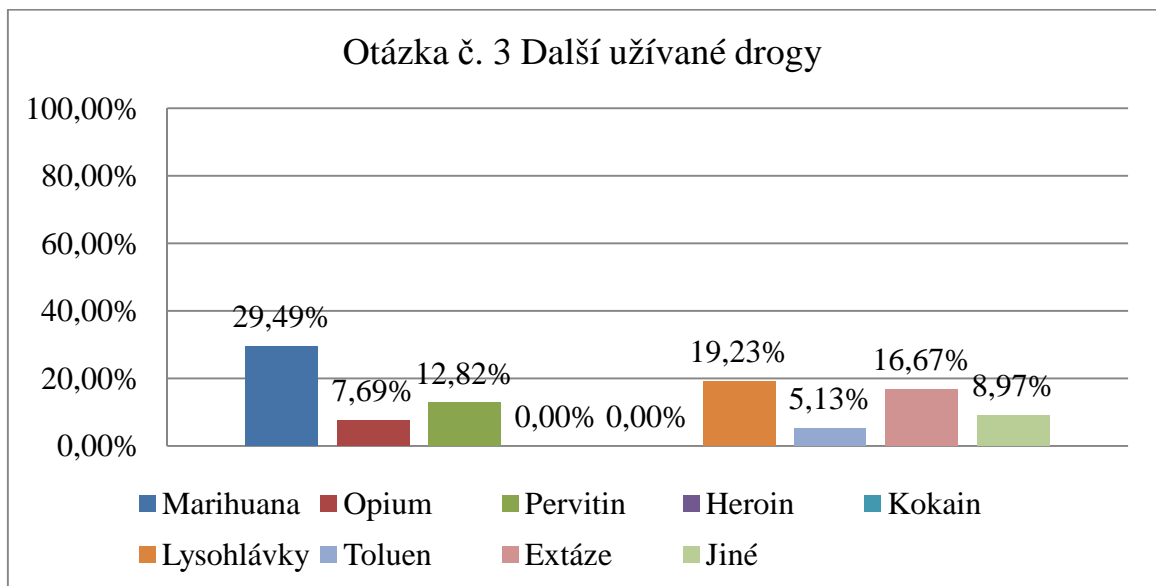
Graf 1: První užitá droga

V této otázce jsme zjišťovali, s jakou drogou uživatelé začínali při prvních experimentech. Je evidentní, že silnou převahu má odpověď a) marihuana, kterou označilo 90% dotázaných. Dále bylo zastoupeno opium, pervitin, lysohlávky a toluen každé po 2,5 %. Značná převaha marihuany je zřejmě způsobena její snadnou dostupností a velkou mírou tolerance ve společnosti. Marihuana bývá také často označována, jako startovací droga což je dle mého názoru matoucí označení. Takto vysoký výskyt marihuany jako první užití drogy u drogově závislých je pravděpodobně dán především vysokým procentem celkové populace, jež má zkušenosti právě s marihuanou. Jak uvádí výroční zpráva monitorovacího centra EMCDDA v České Republice má zkušenosti s marihuanou přes 27% populace, což nás řadí na první místo v evropském žebříčku.



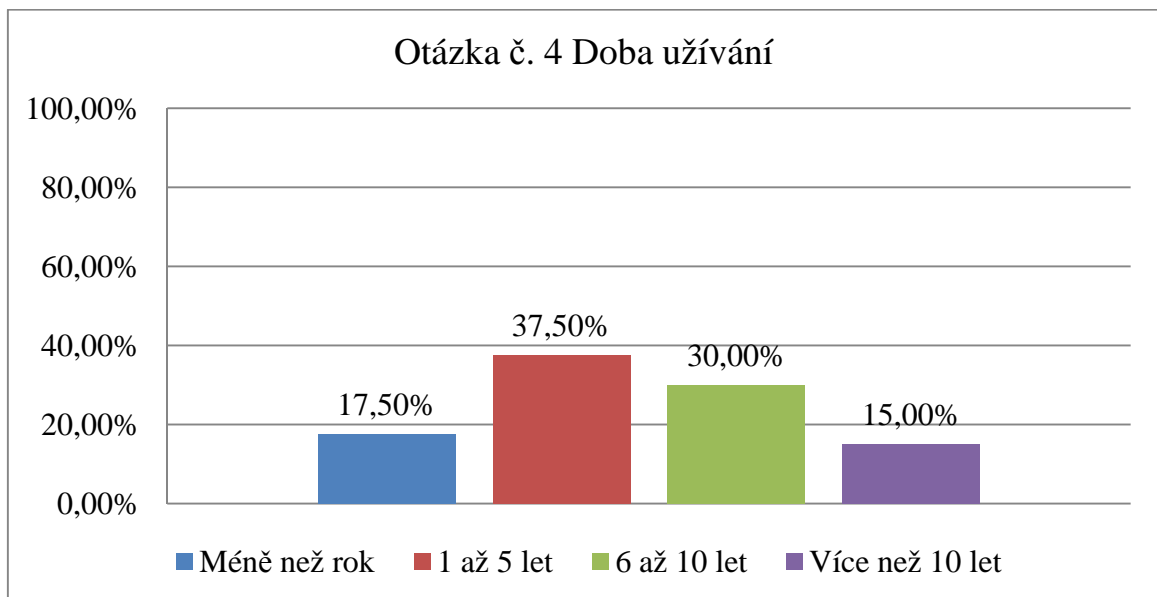
Graf 2: Současná primární droga

Touto otázkou jsme zjišťovali, jaká je v současnosti primární droga uživatelů. Graf jasně ukazuje výskyt jen dvou primárních drog, jež jsou marihuana a pervitin. Dále z grafu vyplívá výrazná převaha pervitinu jako primární drogy. Což odpovídá drogové situaci ve Zlínském kraji. U uživatelů, jež označili za svou primární drogu marihuanu, se však pervitin vyskytl v dalších užívaných látkách. Tudíž lze říct, že 100% dotazovaných užívá pervitin.



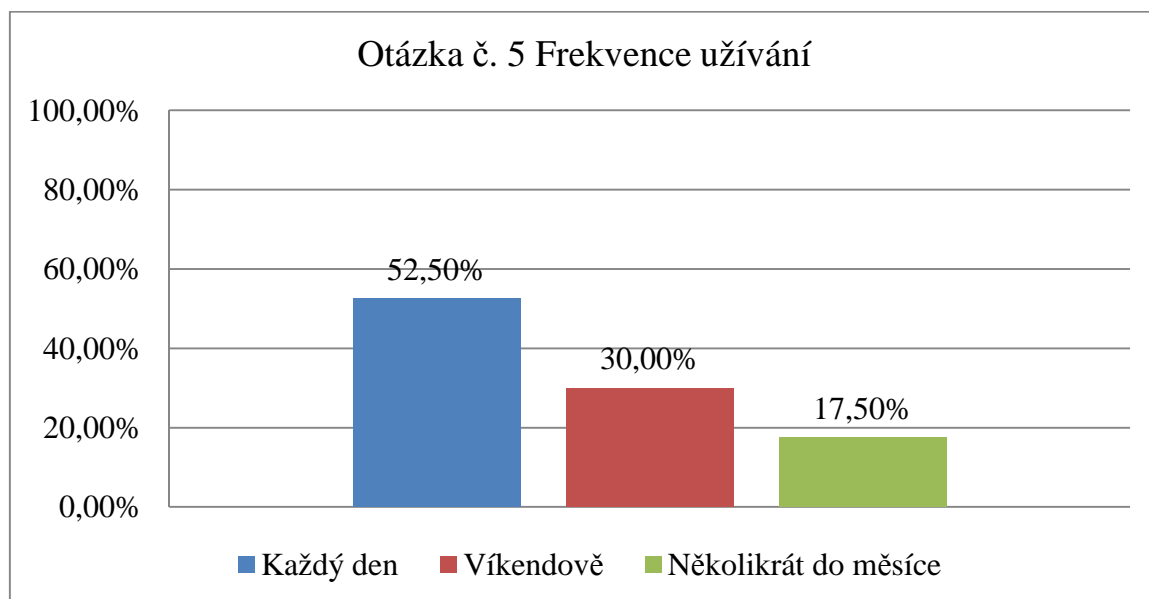
Graf 3: Další užívané drogy

U této otázky jsme zjišťovali, jaké další drogy uživatelé konzumují. Jako u jediné otázky mohli uživatelé zvolit více jak jednu odpověď. Odpovědi k této otázce nebyly nijak překvapující. Opět se vyskytovala hojně marihuana a to u téměř 30% dotazovaných. Dále se objevovaly lysohlávky (19,23%) extáze (16,67%) pervitin (12,82%) jiné (8,97%) opium (7,69%) a toluen (5,13%). Většina zmíněných drog se vyznačuje lehkou dostupností a nízkou cenou. Vysoký výskyt opia a lysohlávek je zřejmě dán především možností jejich výskytem v přírodě a tudíž nulovou pořizovací cenou.



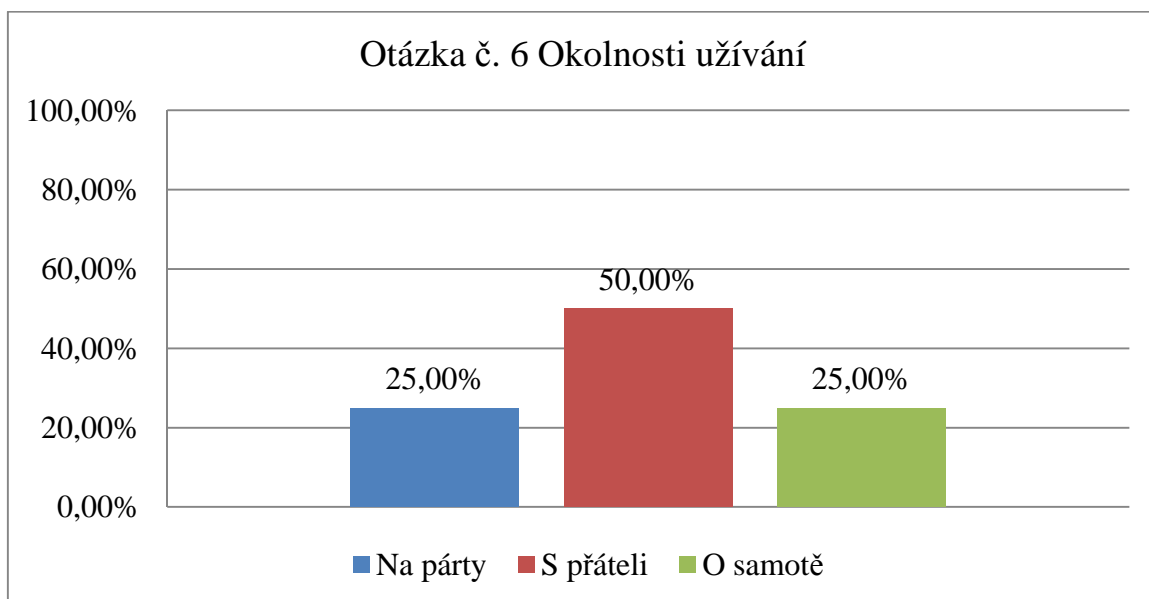
Graf 4: Doba užívání

V této otázce jsme se zaměřili na dobu užívání návykových látek u klientů kontaktního centra. Z tohoto grafu vyplívá, že nejvíce klientů kontaktního centra užívá návykové látky 1 až 5 let (37,5%) dále 6 až 10 let (30%) méně než rok (17,5%). Nejméně je zastoupena odpověď více jak 10let (15%) což je pravděpodobně dáno neudržitelností životního stylu spojeného s užíváním drog a s ním spojené četné zdravotní komplikace.



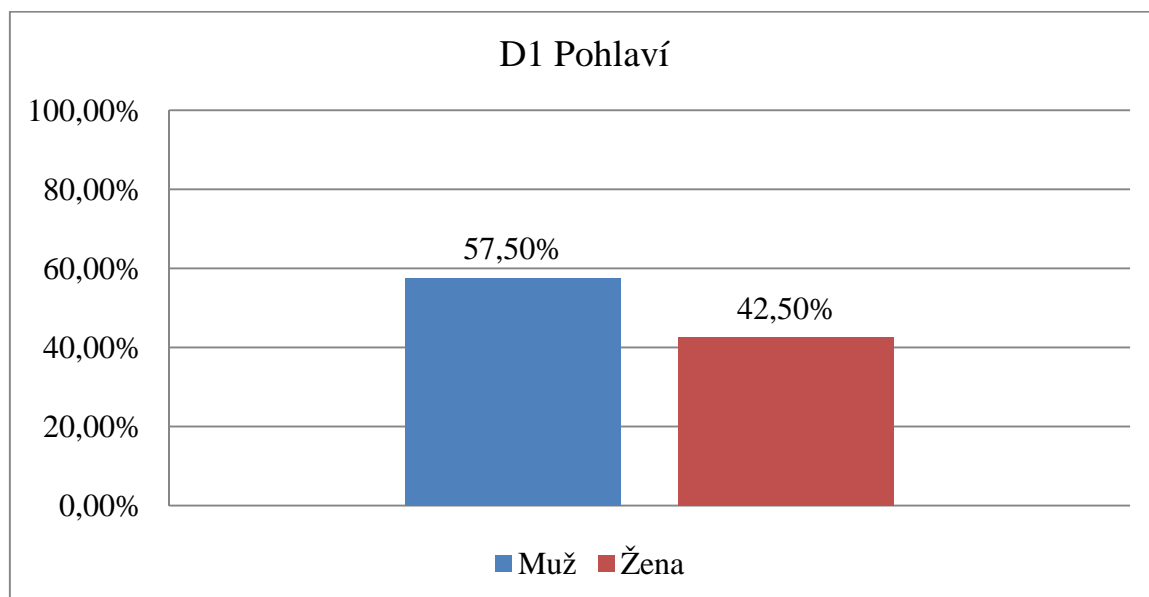
Graf 5: Frekvence užívání

V této otázce jsme zjišťovali, jak často uživatelé drogy konzumují. Z grafu vyplývá, že nejvíce mezi zastoupenou odpovědí je možnost a) každý den (52 %) dále pak b) víkendově (30 %) a nejméně pak c) několikrát do měsíce (17,5 %). Tento poměr odpovědí lze vysvětlit především, že častější aplikace, vede k častějším návštěvám kontaktního centra a výměně aplikačních pomůcek.



Graf 6: Okolnosti užívání

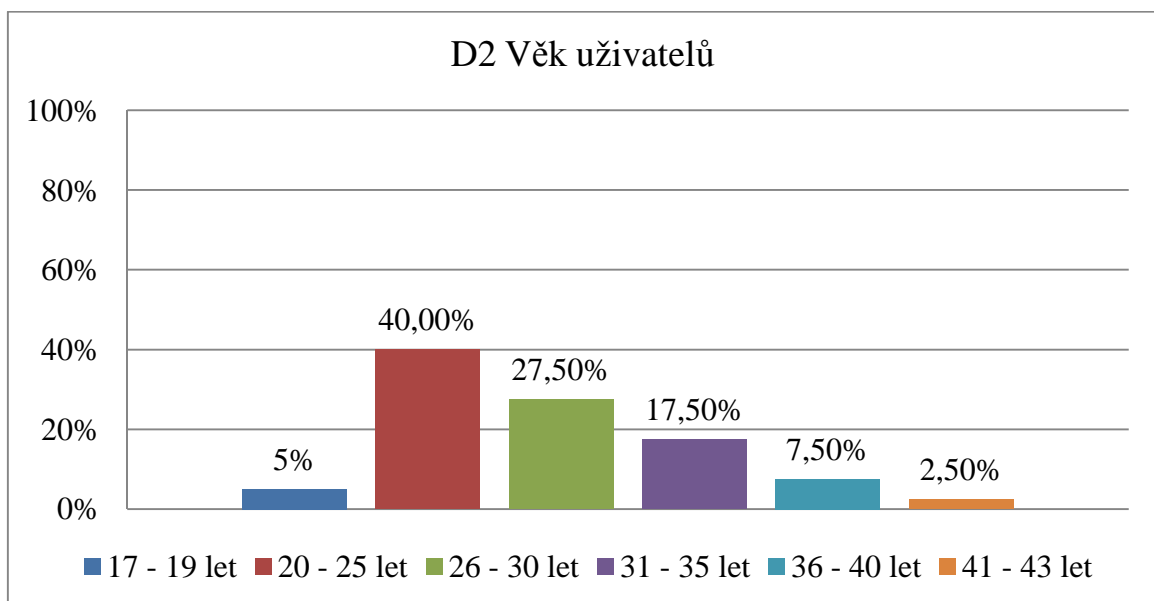
Touto otázkou jsme zjišťovali, za jakých okolností uživatelé drogy konzumují. Z grafu je evidentní, že nejčastějšími okolnostmi aplikace je pobyt s přáteli a to z 50 % dále je rozložení rovnoměrné nejčastěji jsou drogy aplikovány na párty 25% uživatelů a o samotě drogy užívá také 25 %. Z toho vyplývá, že tři čtvrtiny uživatelů, konzumuje drogy nejčastěji v nějaké sociální skupině. Můžeme se jen domnívat, jaký má tato skupina vliv na míru konzumace drog. Ovšem mezi jedno z doporučení pro úspěšnou abstinenci je právě změna těchto sociálních skupin, kde se drogy konzumují.



Graf 7: Pohlaví

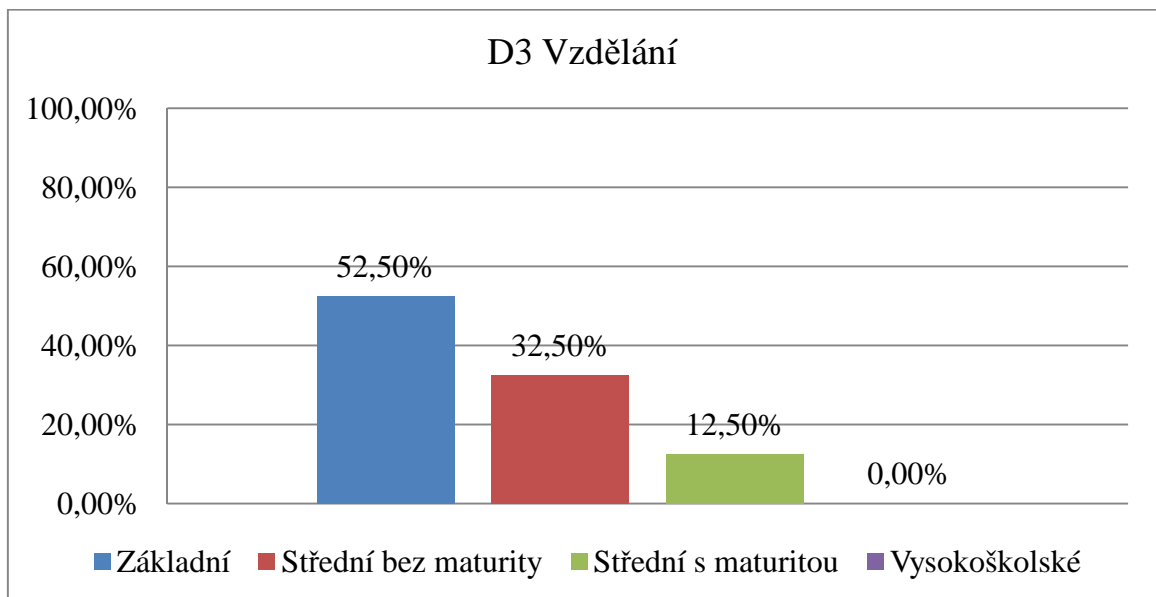
V otázkách označených písmenem D jsme zjišťovali základní demografické údaje o uživateli. Tyto otázky jsou již součástí standardizovaného dotazníku SQUALA. V první z těchto otázek jsme se zaměřili na rozložení pohlaví mezi uživateli. S grafu je patrná mírná převaha mužů (57,5 %) nad ženami (42,5 %).





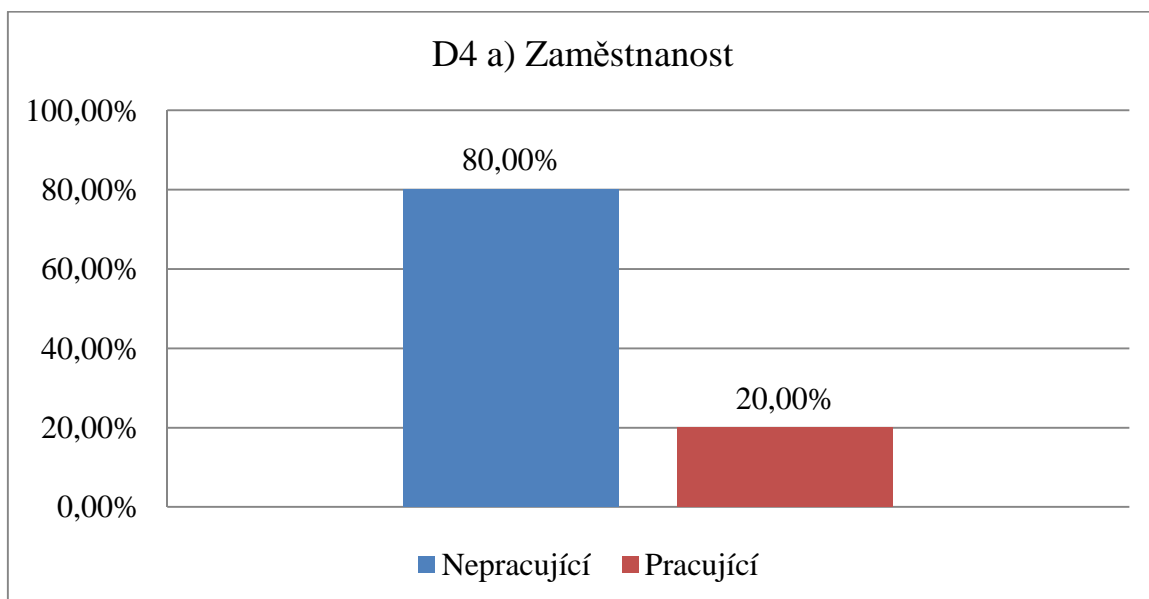
Graf 8: Věk uživatelů

Tato otázka zjišťovala, jaký je věk uživatelů. Na grafu vidíme největší zastoupení věkové kategorie 20- 25 let (40 %) po té 26-30 let (27,5 %) následované věkovou kategorií 31-35 let (17,5 %) a 36-40 let (7,5 %), 17-19 let (5 %) a nejméně zastoupenou věkovou skupinou je 41-43 let (2,5 %). Toto věkové rozložení se dá vysvětlit zejména nejčastějším začátkem užívání drog v mladém věku v kombinaci s dlouhodobě neudržitelným životním stylem a četnými zdravotními komplikacemi.



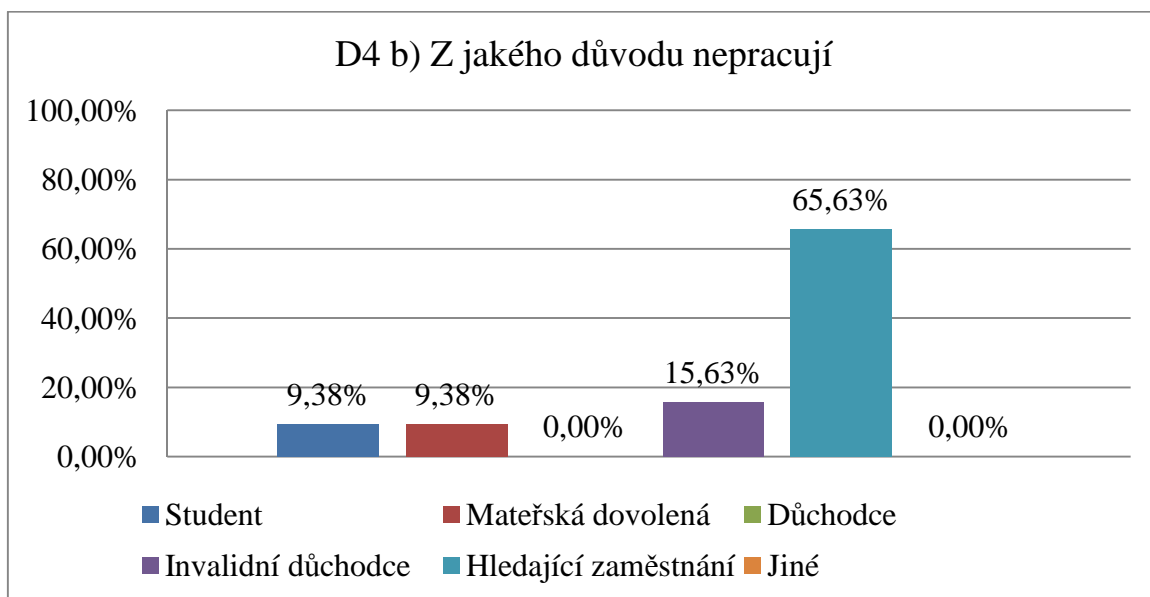
Graf 9: Vzdělání

Tato otázka se zaměřila na dosažené vzdělání uživatelů. Z grafu vyplývá, že nadpoloviční většina má dokončené jen základní vzdělání (52,5 %) dále následuje střední bez maturity (32,5 %) střední s maturitou (12,5 %) a nejméně zastoupeno bylo nedokončené základní vzdělání (2,5 %). Vůbec se nevyskytovalo vysokoškolské vzdělání. Toto rozložení vzdělání je pravděpodobně způsobeno začátkem drogové závislosti v mladé dospělosti což způsobilo přerušení školní docházky.



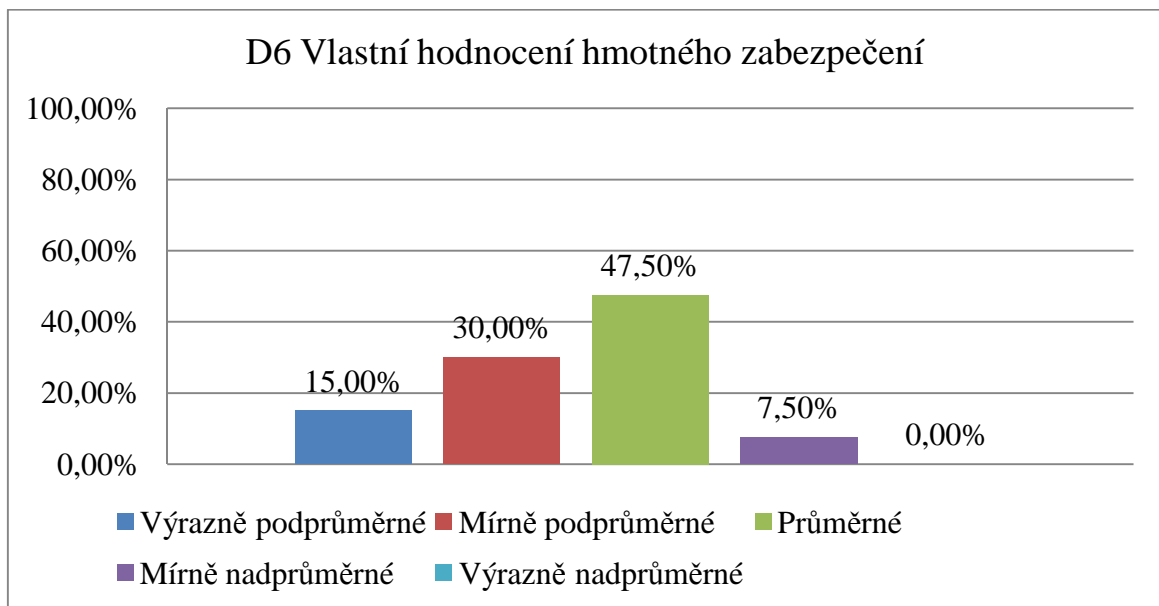
Graf 10: Zaměstnanost

Tato otázka se zaměřila na míru zaměstnanosti u uživatelů návykových látek. Lze vidět markantní rozdíl v poměru mezi pracujícími a nepracujícími. Celých 80% nepracuje oproti pouze 20% pracujících. Tento nepochopitelný poměr je opět dán zřejmě specifickým životním stylem drogově závislých, který není příliš kompatibilní s pravidelnou pracovní dobou, která je typická pro pracovní pozice odpovídající jejich vzdělání.



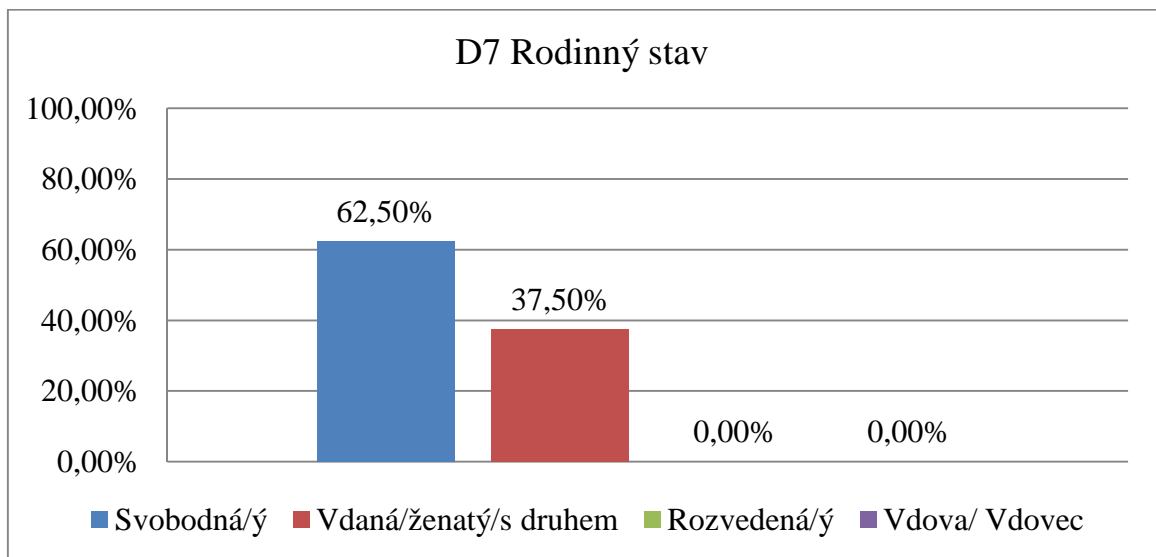
Graf 11: Z jakého důvodu nepracují

Tato otázka je doplňující k otázce předchozí a zjišťuje, z jakého důvodu uživatelé návykových látek nepracují. Výrazně převažuje možnost hledající si zaměstnání (65,63 %) následuje možnost invalidní důchodce (12,50 %) z blíže nespecifikovaných důvodů ovšem nejčastěji se vyskytují psychická onemocnění. Na stejné úrovni se pak umístili možnosti student a mateřská dovolená (9,38 %).



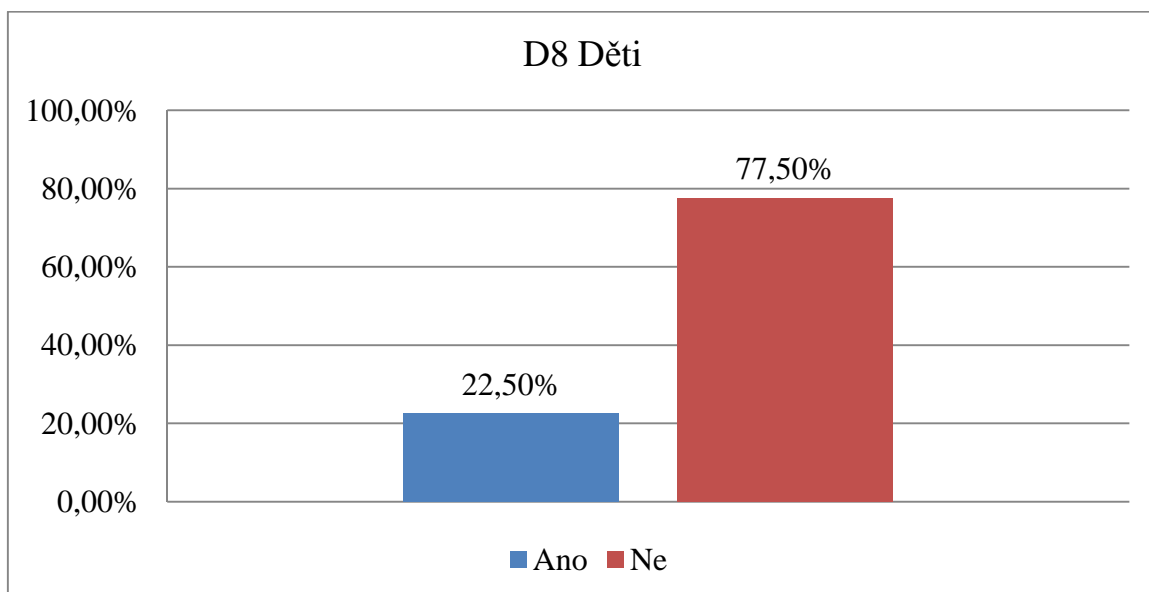
Graf 12: Vlastní hodnocení hmotného zabezpečení

V této otázce uživatelé návykových látek subjektivně hodnotili své hmotné zabezpečení v porovnání s ostatní populací. Nejčastěji své hmotné zabezpečení hodnotili jako průměrné (47,50 %) následované hodnocením mírně podprůměrné (30 %) dále výrazně podprůměrné (15%). Pouze 7,5 % hodnotilo své hmotné zabezpečení jako mírně nadprůměrné. Nikdo z uživatelů nehodnotil své zabezpečení jako výrazně nadprůměrné. Toto hodnocení může být v souvislosti s vysokým procentem nezaměstnaných a jen velmi nízkým podílem pracujících a tím pádem i tomu odpovídajícím nižším příjmům převážně ze sociálních dávek.



Graf 13: Rodinný stav

Tato otázka zjišťovala rodinný stav uživatelů návykových látek. Z grafu je patrné že, se vyskytovaly pouze dvě možnosti. Výrazně vyšší zastoupení má rodinný stav svobodný (62,50 %). Následovaný rodinným stavem zadaný (37,50 %). Tato odpověď zahrnovala možnosti vdaný/ ženatý/ s druhem. Možnosti rozvedená/ý a vdova /vdovec se nevyskytují vůbec. Vyšší zastoupení svobodných je možné dát do souvislosti s výraznými psychickými výkyvy a promiskuitou spojenou s užíváním návykových látek.



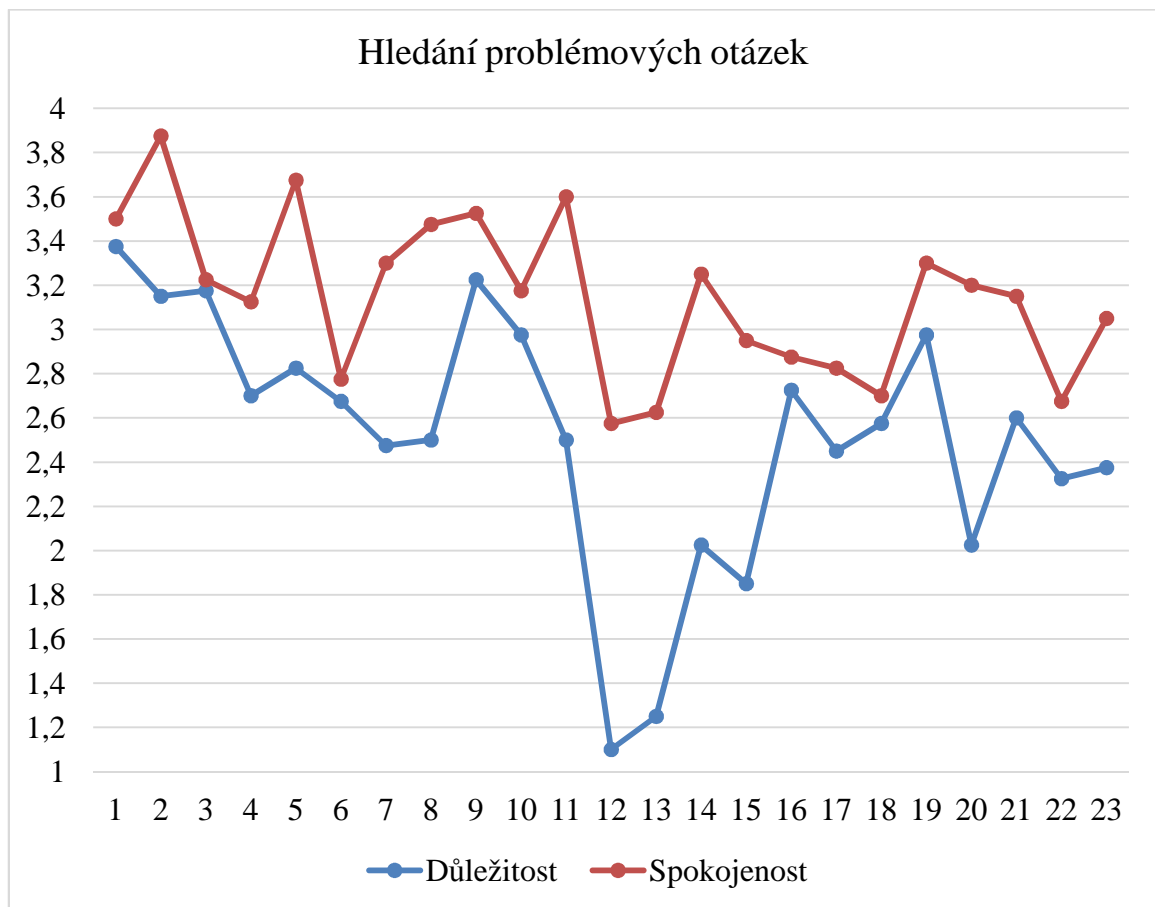
Graf 14: Děti

Tato otázka zjišťovala, zda uživatelé mají či nemají děti. Výrazná převaha je bezdětných (77,50 %). Děti má méně než čtvrtina uživatelů návykových látek (22,50 %). Může to být zapříčiněno nestálostí jejich milostných vztahů a vysokou dostupností bariérové antikoncepce v rámci poskytovaných služeb kontaktního centra.

											<b>Celkem</b>
Děti	1	2	1	1	1	1	1	4	1		<b>13</b>
Žijící ve společné domácnosti	1	2	1	0	1	0	1	4	1		<b>11</b>

Tabulka 1: Děti

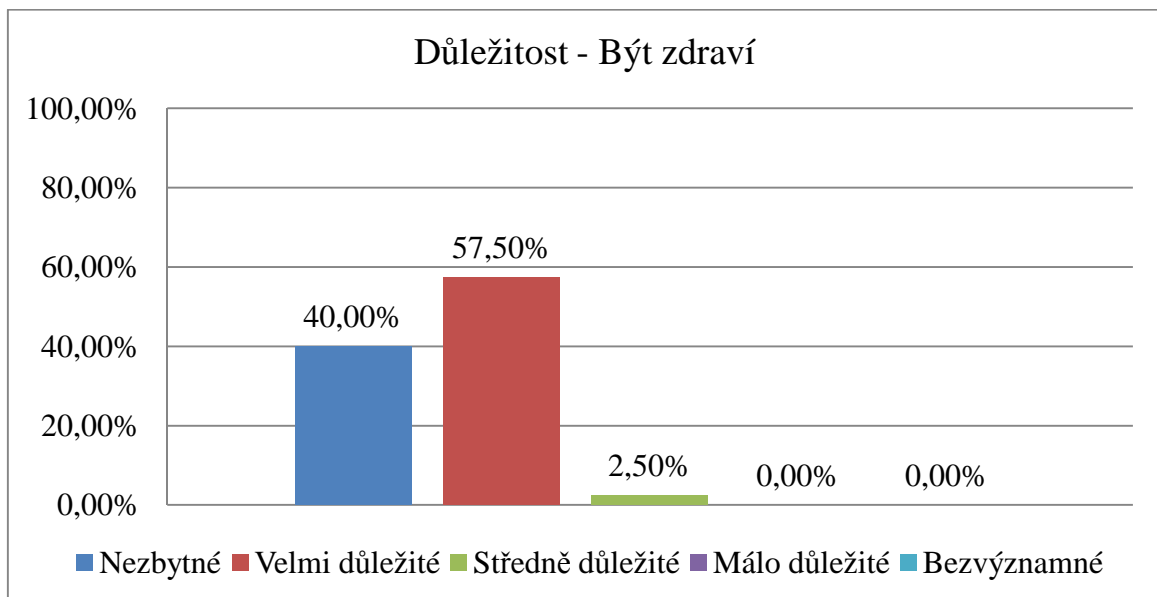
Tato tabulka ukazuje počet dětí, jež uživatelé mají, a zda s nimi žijí ve společné domácnosti. Tabulka je shrnutím výsledků z doplňkové otázky č. D8. Jak je vidět většina uživatelů, kteří mají děti, s nimi žije ve společné domácnosti.



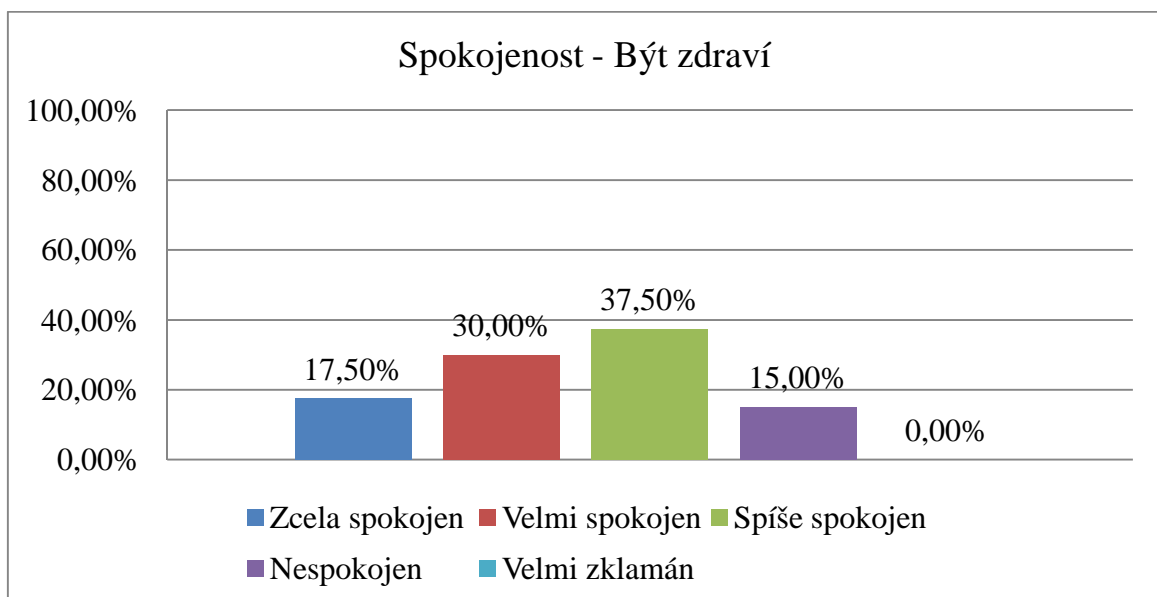
Graf 15: Hledání problémových otázek

Tento graf ukazuje nejproblematictější otázky z dotazníku SQUALA. Srovnává průměrné hodnoty u jednotlivých otázkách. Nejproblematictější jsou ty otázky, kde jsou si přímky nejbližší, z důvodu nastavení hodnocení u důležitosti 4-0 a u spokojenosti 5-1. Z grafu je tedy patrné, že mezi nejkritičtější oblasti života drogově závislých patří otázka č. 3, což je „cítit se psychicky dobře“ s rozdílem jen 0,05 což může být způsobeno psychickými problémy, které jsou typickým projevem užívání drog. Po té otázka č. 6 „rodinné vztahy“ s rozdílem 0,1. Narušení rodinných vztahů je typickým projevem drogové závislosti. Následuje otázka č. 1 oblast zdraví s rozdílem 0,125 což je předpokládaný výsledek, jelikož drogová závislost je provázána mnoha somatickými komplikacemi. Stejně je na tom otázka č. 18 „spravedlnost“. Následovaná otázkou č. 16 „pocit bezpečí“, což vyplývá z četných trestných činů, které se objevuje právě ve skupině drogově závislých.



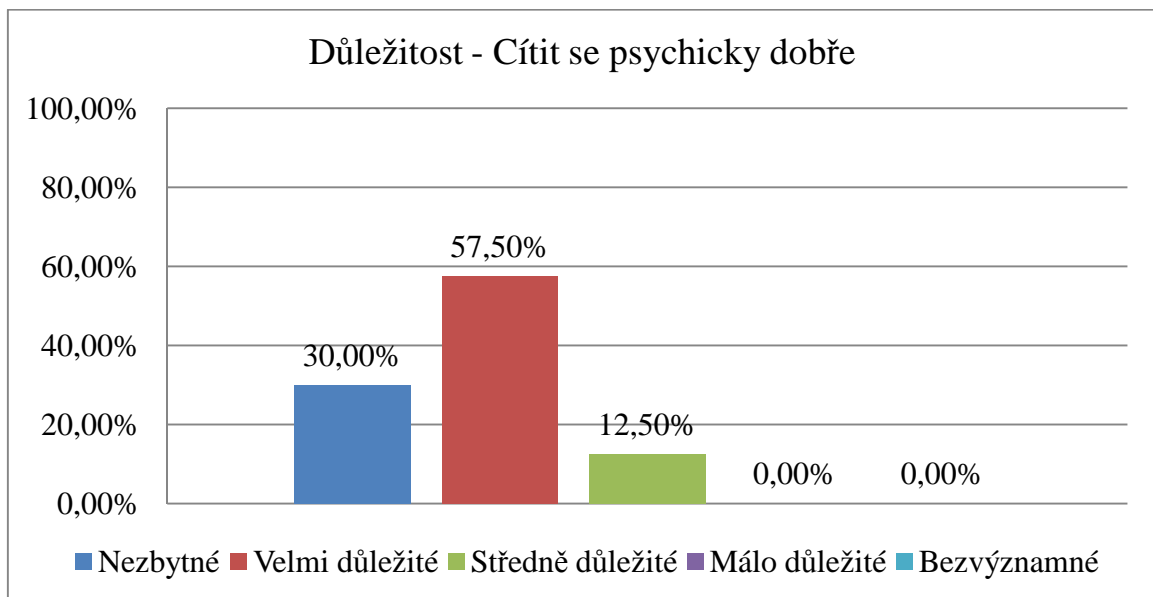


Graf 16: Důležitost - Být zdraví

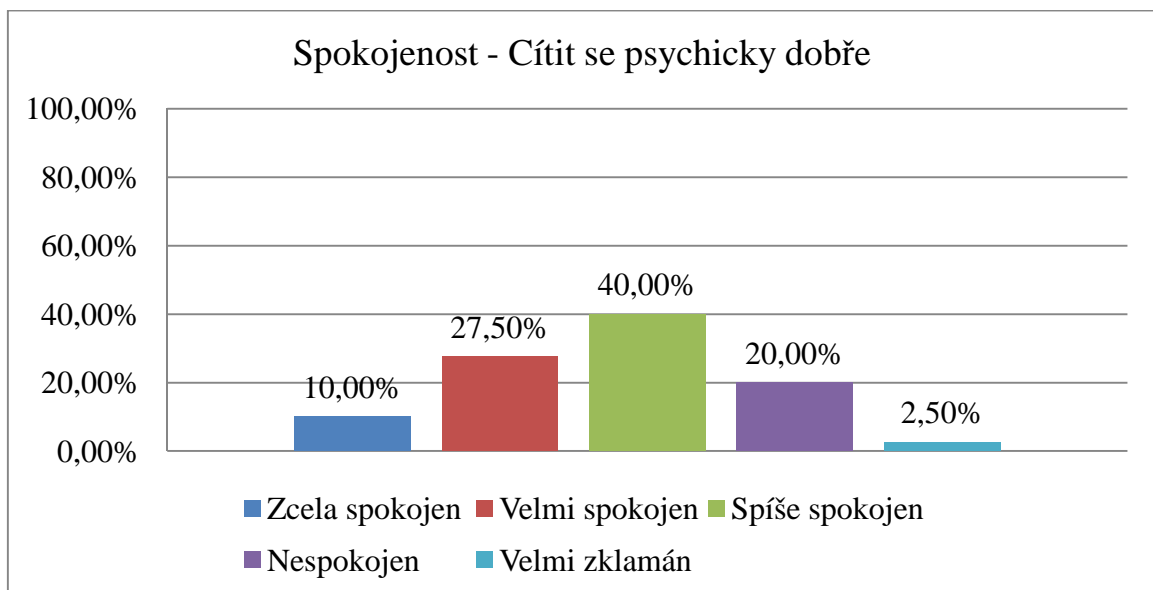


Graf 17: Spokojenost - Být zdraví

Na těchto grafech vidíme procentuální vyjádření u problémové otázky zdraví. Můžeme na nich velmi dobře vidět, že ač je zdraví pro 40 % drogově závislých nezbytné zcela spokojeno je s ním jen 17,5 %. Nadpoloviční většina a to 57,5% považuje zdraví za velmi důležité ale velmi spokojeno je s ním jen 30 %. Nejvíce drogově závislých ohodnotilo spokojenost se svým zdravím jako spíše spokojen a to 37 %.

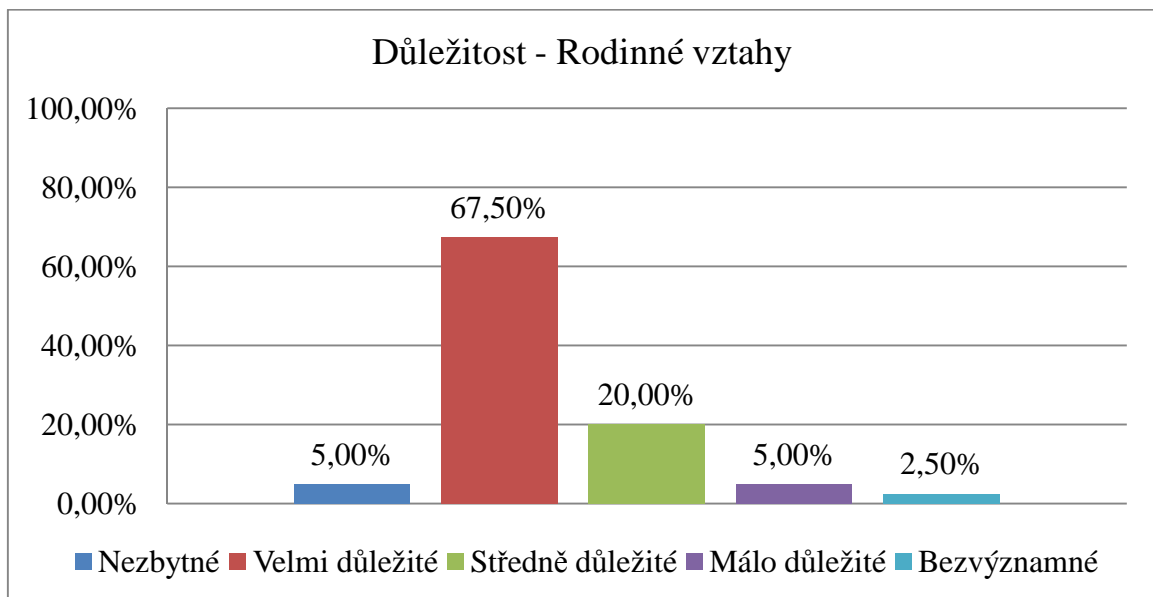


Graf 18: Důležitost - Cítit se psychicky dobře

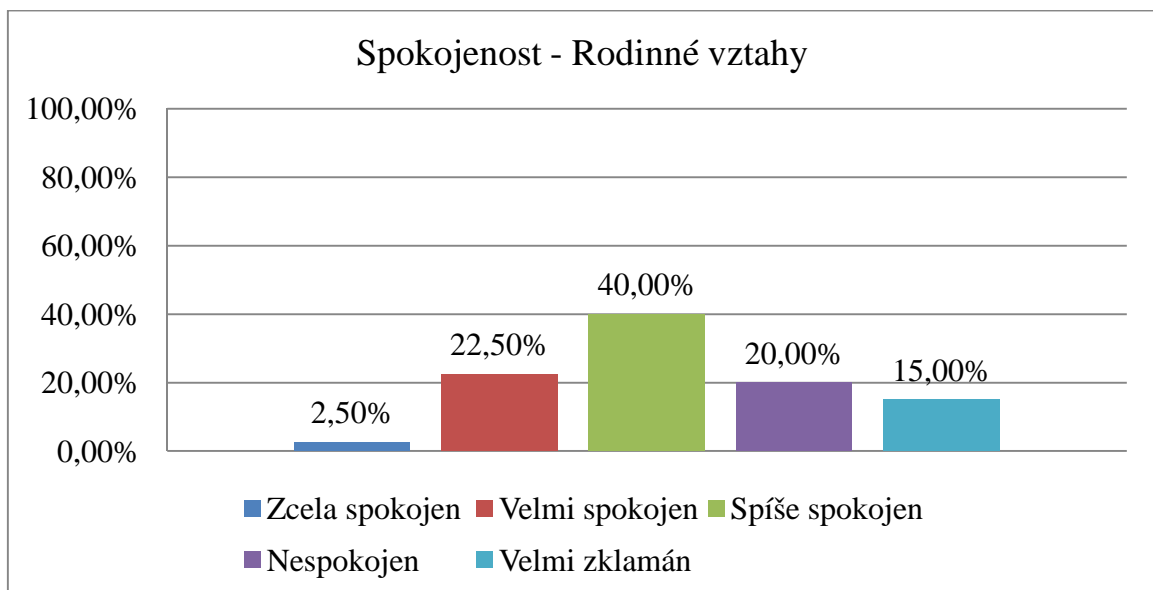


Graf 19: Spokojenost - Cítit se psychicky dobře

Na těchto grafech vidíme procentuální vyjádření u problémové otázky cítit se psychicky dobře. Z grafu je patrné, že jako nezbytné hodnotí tuto položku 30% závislých, ale jen 10% je s ní zcela spokojeno. Nadpoloviční většina závislých a to 57,5% hodnotí cítit se psychicky dobře jako velmi důležité ale jen 27,5% je se svým psychickým stavem velmi spokojen.

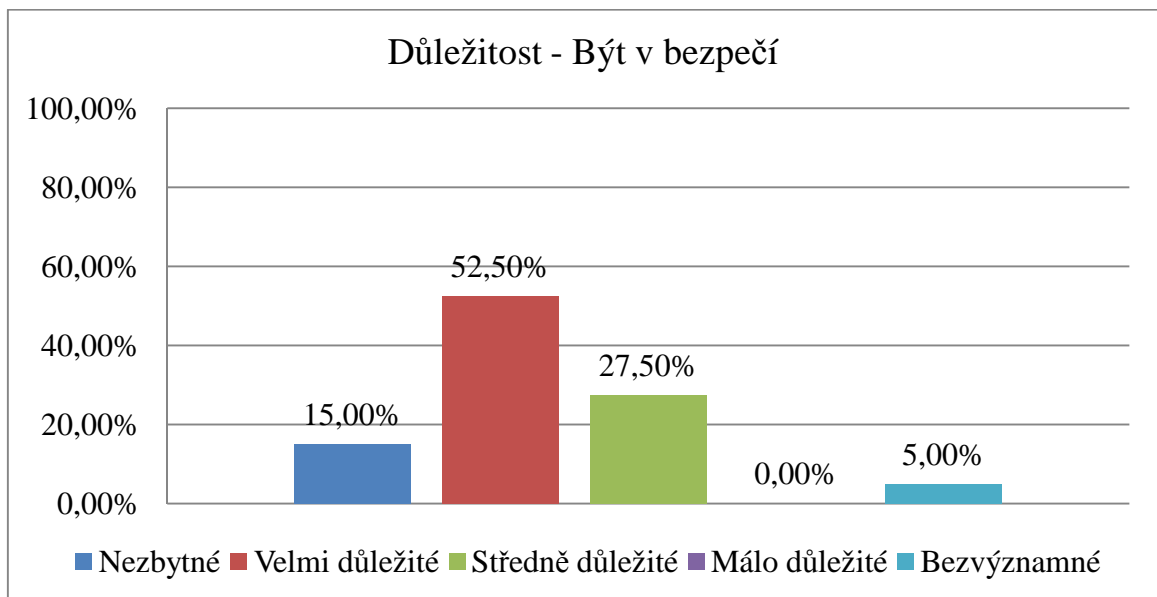


Graf 20: Důležitost - Rodinné vztahy

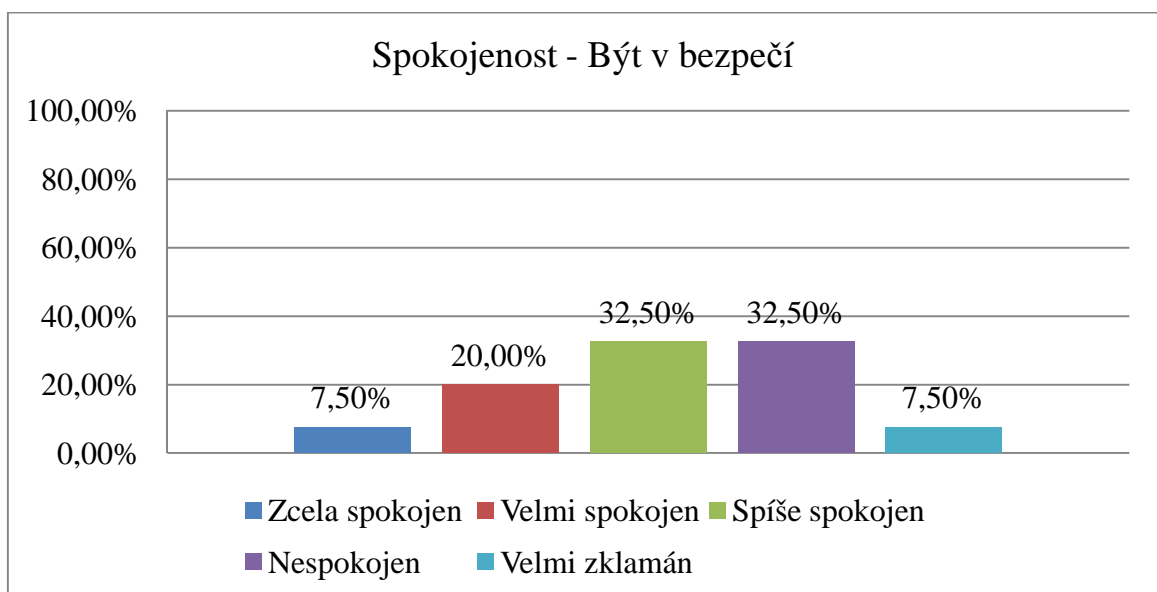


Graf 21: Spokojenost - Rodinné vztahy

Na těchto grafech vidíme procentuální vyjádření u problémové otázky rodinné vztahy. Můžeme na nich vidět, že jen 5% drogově závislých, je shledává nezbytnými a jen 2,5% je s nimi zcela spokojeno. Nejvíce drogově závislých hodnotí rodinné vztahy jako velmi důležité a to 67,5 % ale velmi spojen je s nimi jen 22,5 %. Nejvíce se u drogově závislých objevilo hodnocení rodinných vztahů jako spíše spokojen a to 40 %.

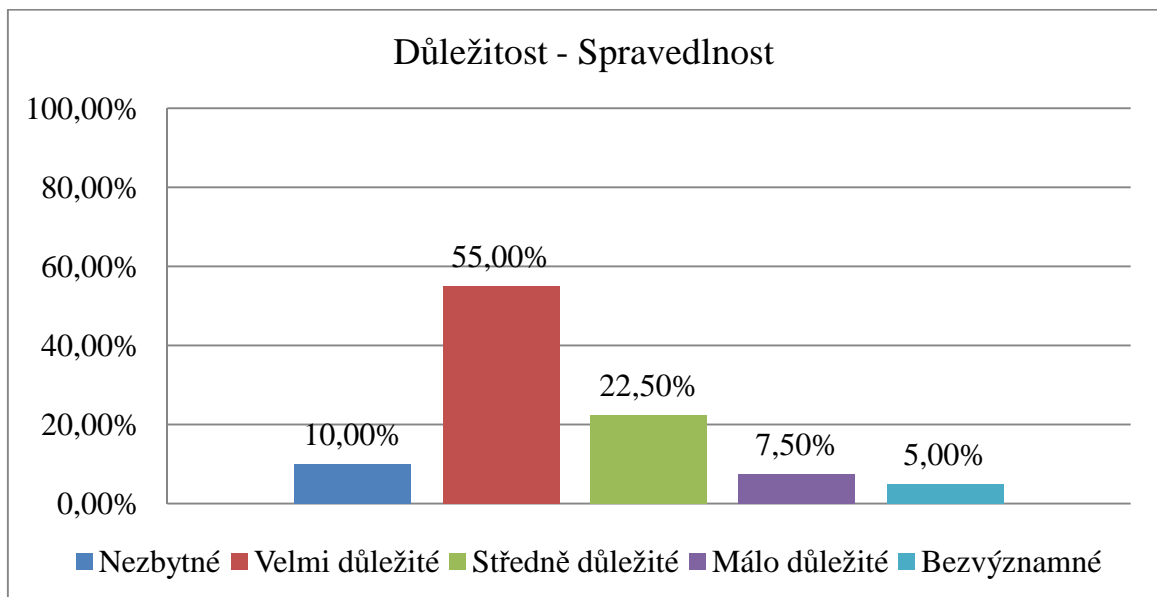


Graf 22: Důležitost - Být v bezpečí

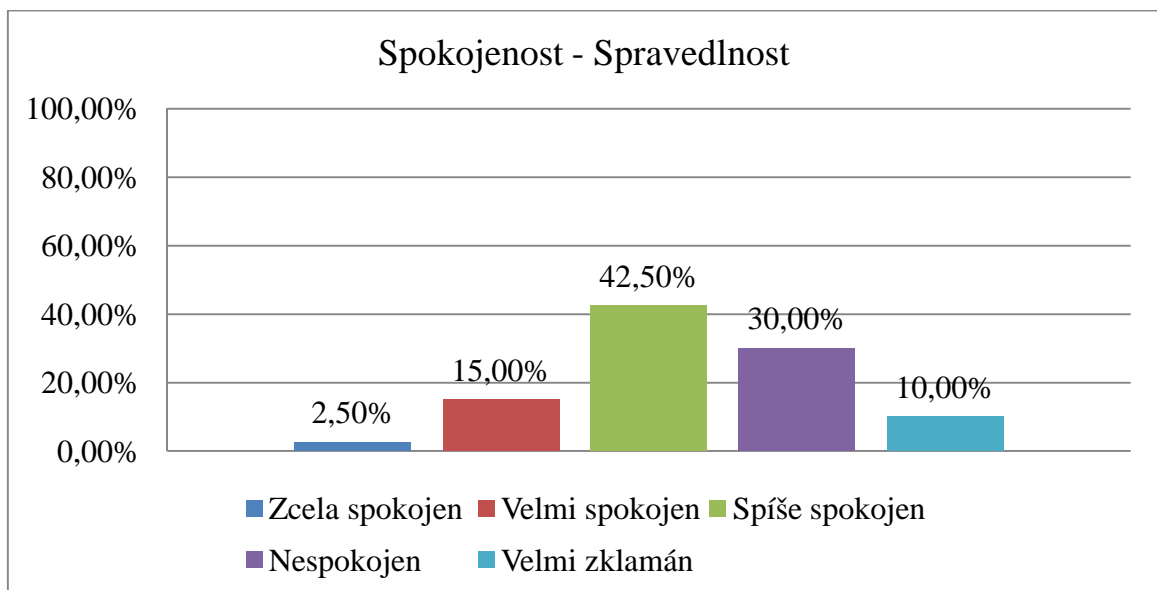


Graf 23: Spokojenost - Být v bezpečí

Na těchto grafech vidíme procentuální vyjádření u problémové otázky bezpečí. Na grafech můžeme vidět, že být v bezpečí hodnotí 52,5% jako velmi důležité ale jen 20 % je s touto oblastí velmi důležité. Výrazný nepoměr je též patrný mezi těmi co ohodnotili pocit bezpečí, jako málo důležité a to 0% a těmi, co s pocitem bezpečí byli píše nespokojeni 32,5 %.

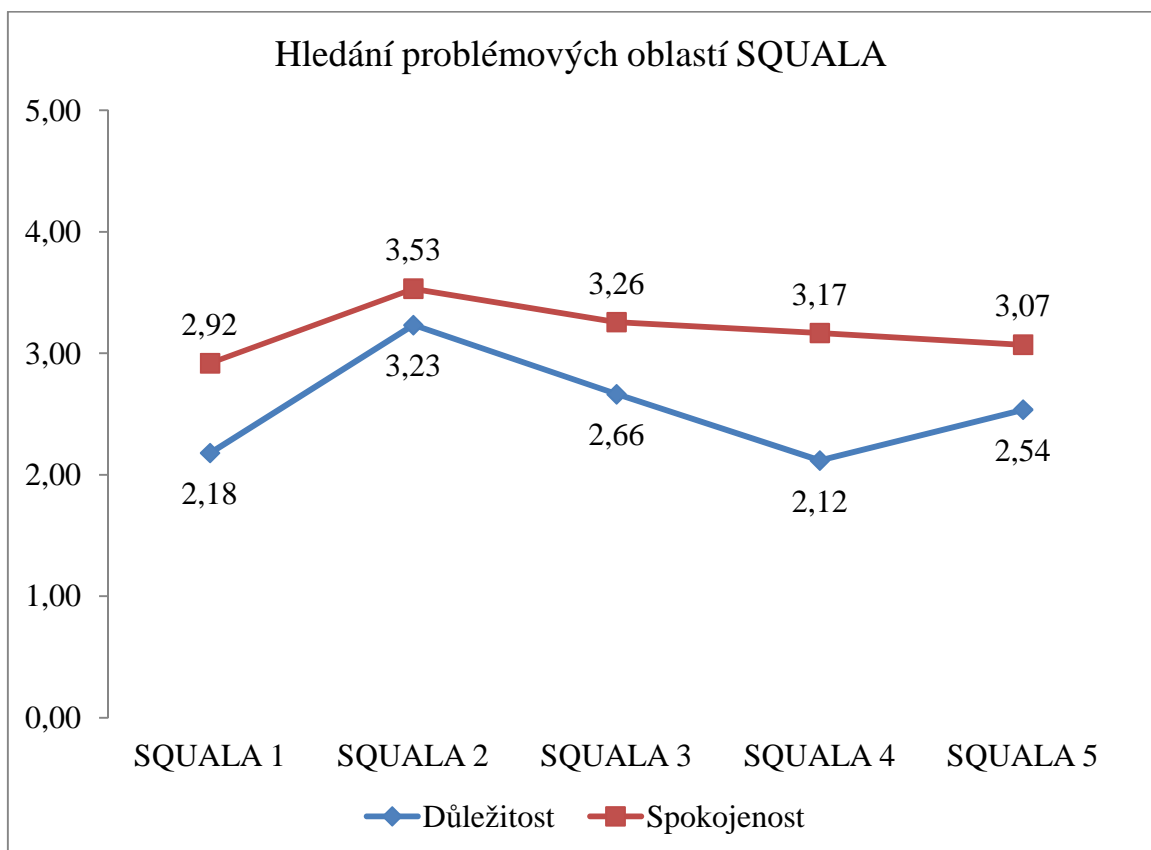


Graf 24: Důležitost - Spravedlnost



Graf 25: Spokojenost - Spravedlnost

Na těchto grafech vidíme procentuální vyjádření u problémové otázky spravedlnost. Na grafech vidíme, že nadpoloviční většině a to 55 % drogově závislých se spravedlnost jeví jako velmi důležitá. Ovšem jen 15 % je s ní velmi spokojeno. Nejvíce z dotázaných hodnotilo svoji spokojenost s touto oblastí, jako spíše spokojen a to 42,50 %.



Graf 26: Hledání problémových oblastí SQUALA

SQUALA 1	Abstraktní hodnoty	12, 13, 16, 18, 19, 20, 21
SQUALA 2	Zdraví	1, 2, 3, 9
SQUALA 3	Blízké vztahy	6, 8, 10, 11
SQUALA 4	Volný čas	7, 14, 15
SQUALA 5	Základní potřeby	4, 5, 17, 22, 23

Tabulka 2: SQUALY

- 1- Být zdravý
- 2- Být fyzicky soběstačný
- 3- Cítit se psychicky dobře
- 4- Příjemné prostředí a bydlení
- 5- Dobře spát
- 6- Rodinné vztahy
- 7- Vztahy s ostatními lidmi
- 8- Mít a vychovávat děti
- 9- Postarat se o sebe

- 10- Milovat a být milován
- 11- Mít sexuální život
- 12- Zajímat se o politiku
- 13- Mít víru (např. náboženství)
- 14- Odpočívat ve volném čase
- 15- Mít koníčky ve volném čase
- 16- Být v bezpečí
- 17- Práce
- 18- Spravedlnost
- 19- Svoboda
- 20- Krása
- 21- Pravda
- 22- Peníze
- 23- Dobré jídlo

Tento graf popisuje nejproblematictější oblasti kvality života drogově závislých podle rozdělení do SQUAL 1-5 uvedené v příručce pro uživatele dotazníku SQUALA a upravené na původní verzi dotazníků. Tak jako u minulého grafu jsou nejproblematictější oblasti, tam kde je vzdálenost mezi body nejmenší. Z toho vyplývá, že nejkritičtější oblastí u drogově závislých je SQUALA 2 tedy zdraví což odpovídá otázkám být zdravý, být fyzicky soběstačný, cítit se psychicky dobře a postarat se o sebe. V této kategorii vyšel rozdíl mezi hodnocením důležitosti a spokojenosti jen 0,3 bodu, což je v souladu se značnými zdravotními komplikacemi, jejichž příčinou je právě drogová závislost. Další problémovou oblastí je SQUALA 5 základní potřeby, sem patří otázky příjemné prostředí a bydlení, dobře spát, práce, peníze dobré jídlo. V této SQUALA byl rozdíl mezi hodnocením důležitosti a spokojenosti 0,53 bodu. Tento výsledek není nijak překvapující vzhledem tomu, že 80% respondentů je nezaměstnaných tím pádem jsou jejich finanční příjmy značně omezeny, tudíž nemají kapitál na to, aby uspokojovali své základní potřeby do takové úrovně, jakou by si představovali. Dále následuje SQUALA 3 blízké vztahy s otázkami rodinné vztahy, mít a vychovávat děti, milovat a být milován, mít sexuální život. Zde je rozdíl 0,6 bodu což odpovídá krizi ve vztazích, která nastává při propuknutí závislosti. S druhým největším rozdílem mezi hodnocením důležitosti a spokojenosti vyšla SQUALA 1 abstraktní hodnoty, do níž řadíme otázky zajímat se o politiku, mít víru (např. náboženství), být v bezpečí,

spravedlnost, svoboda, krása, pravda. Tyto položky byly většinou hodnoceny, jako nedůležité a byli s nimi spokojeni na jim vyhovující úrovni. Výjimkou ovšem byla spravedlnost, kterou označovali za důležitou a nebyli s touto oblastí spokojeni a tato konkrétní položka patří mezi nejproblémovější vůbec. Nejlépe vyšla SQUALA 4 volný čas jež obsahuje otázky vztahy s ostatními lidmi, odpočívát ve volném čase a mít koníčky ve volném čase. Zde byl rozdíl v grafu mezi důležitostí a spokojeností 1,05 bodu.

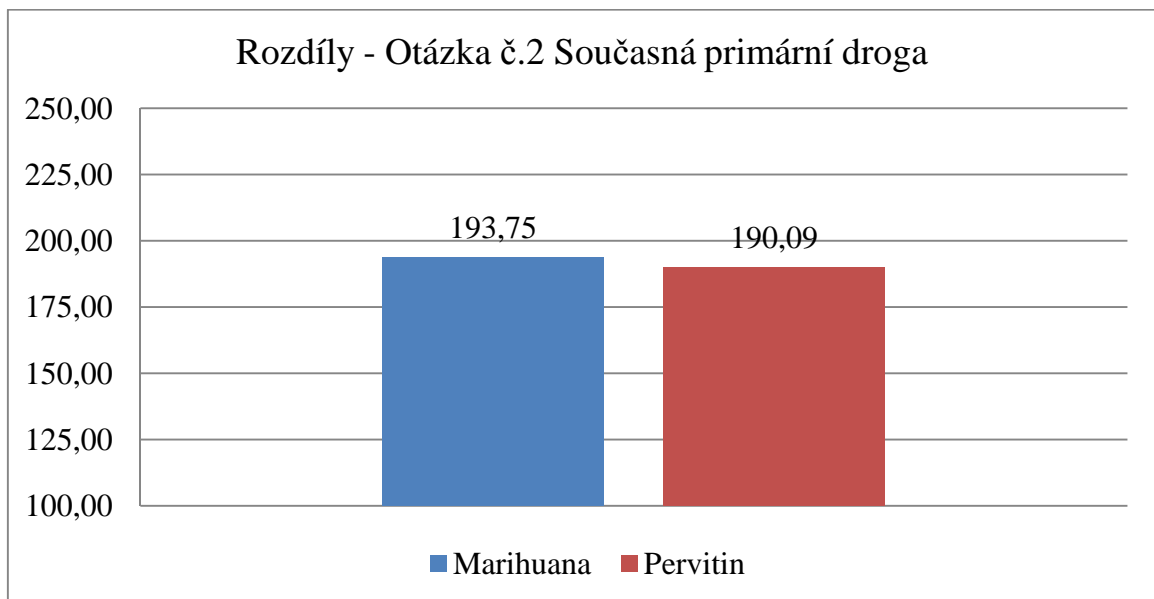
	nezbytné	velmi důležité	středně důležité	málo důležité	bezvýznamné
1)být zdravý	40,00%	57,50%	2,50%	0,00%	0,00%
2)být fyzicky soběstačný	35,00%	45,00%	20,00%	0,00%	0,00%
3)cítit se psychicky dobře	30,00%	57,50%	12,50%	0,00%	0,00%
4)příjemné prostředí a bydlení	12,50%	50,00%	32,50%	5,00%	0,00%
5)dobře spat	12,50%	60,00%	25,00%	2,50%	0,00%
6)rodinné vztahy	5,00%	67,50%	20,00%	5,00%	2,50%
7)vztahy s ostatními lidmi	5,00%	47,50%	37,50%	10,00%	0,00%
8)mít a vychovávat děti	15,00%	45,00%	22,50%	10,00%	7,50%
9)postarat se o sebe	27,50%	67,50%	5,00%	0,00%	0,00%
10)milovat a být milován	20,00%	62,50%	15,00%	0,00%	2,50%
11)mít sexuální život	17,50%	40,00%	27,50%	5,00%	10,00%
12)zajímat se o politiku	0,00%	10,00%	20,00%	40,00%	30,00%
13)mít víru(např. náboženství)	0,00%	10,00%	27,50%	40,00%	22,50%
14)odpočívát ve volném čase	5,00%	22,50%	50,00%	15,00%	7,50%
15)mít koníčky ve volném čase	2,50%	22,50%	37,50%	32,50%	5,00%
16)být v bezpečí	15,00%	52,50%	27,50%	0,00%	5,00%
17)práce	2,50%	57,50%	27,50%	7,50%	5,00%
18)spravedlnost	10,00%	55,00%	22,50%	7,50%	5,00%
19)svoboda	35,00%	37,50%	22,50%	0,00%	5,00%
20)krása	2,50%	32,50%	40,00%	15,00%	10,00%
21)pravda	12,50%	42,50%	40,00%	2,50%	2,50%
22)peníze	10,00%	37,50%	32,50%	15,00%	5,00%
23)dobré jídlo	10,00%	32,50%	47,50%	5,00%	5,00%

Tabulka 3: Důležitost - Shrnutí



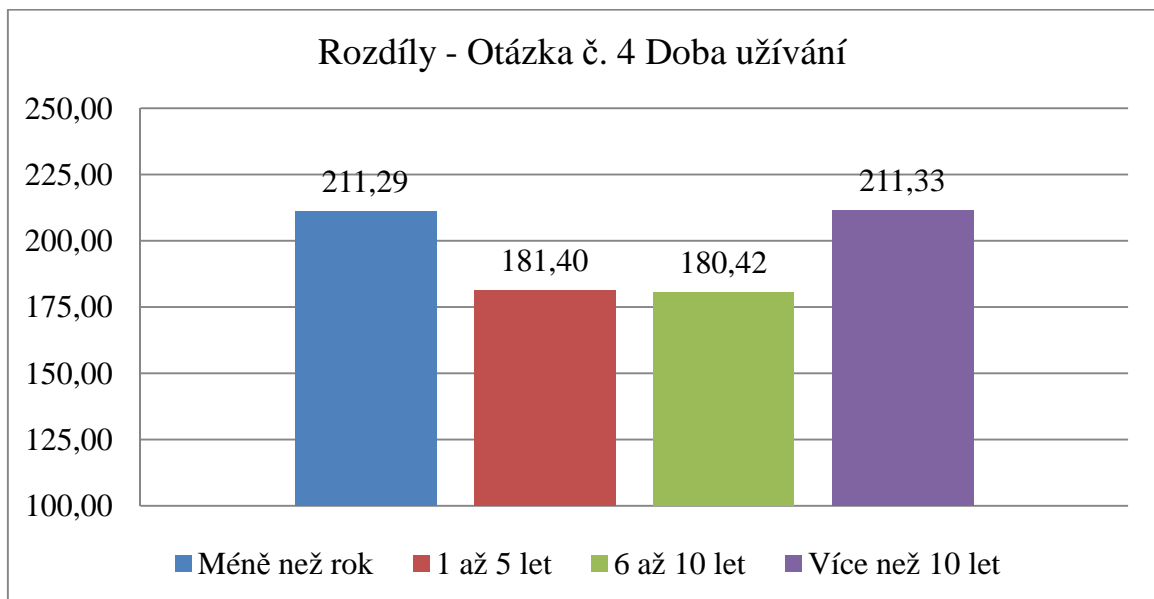
	zcela spokojen	velmi spokojen	spíše spokojen	nespokojen	velmi zklamán
24)zdraví	17,50%	30,00%	37,50%	15,00%	0,00%
25)fyziická soběstačnost	22,50%	42,50%	35,00%	0,00%	0,00%
26)psychická pohoda	10,00%	27,50%	40,00%	20,00%	2,50%
27)prostředí bydlení	5,00%	25,00%	47,50%	22,50%	0,00%
28)spánek	12,50%	52,50%	25,00%	10,00%	0,00%
29)rodinné vztahy	2,50%	22,50%	40,00%	20,00%	15,00%
30)vztahy s ostatními	7,50%	37,50%	42,50%	2,50%	10,00%
31)děti	5,00%	47,50%	40,00%	5,00%	2,50%
32)péče o sebe sama	7,50%	45,00%	40,00%	7,50%	0,00%
33)láska	10,00%	27,50%	35,00%	25,00%	2,50%
34)sexuální život	30,00%	30,00%	20,00%	10,00%	10,00%
35)účast v politice	2,50%	12,50%	42,50%	25,00%	17,50%
36)víra	0,00%	17,50%	42,50%	25,00%	15,00%
37)odpočinek	5,00%	32,50%	47,50%	12,50%	2,50%
38)koníčky	10,00%	10,00%	55,00%	15,00%	10,00%
39)pocit bezpečnosti	7,50%	20,00%	32,50%	32,50%	7,50%
40)práce	7,50%	20,00%	32,50%	27,50%	12,50%
41)spravedlnost	2,50%	15,00%	42,50%	30,00%	10,00%
42)svoboda	5,00%	52,50%	15,00%	22,50%	5,00%
43)krása a umění	2,50%	37,50%	45,00%	7,50%	7,50%
44)pravda	7,50%	30,00%	40,00%	15,00%	7,50%
45)peníze	2,50%	22,50%	25,00%	40,00%	10,00%
46)jídlo	2,50%	25,00%	52,50%	15,00%	5,00%

Tabulka 4: Spokojenost - Shrnutí



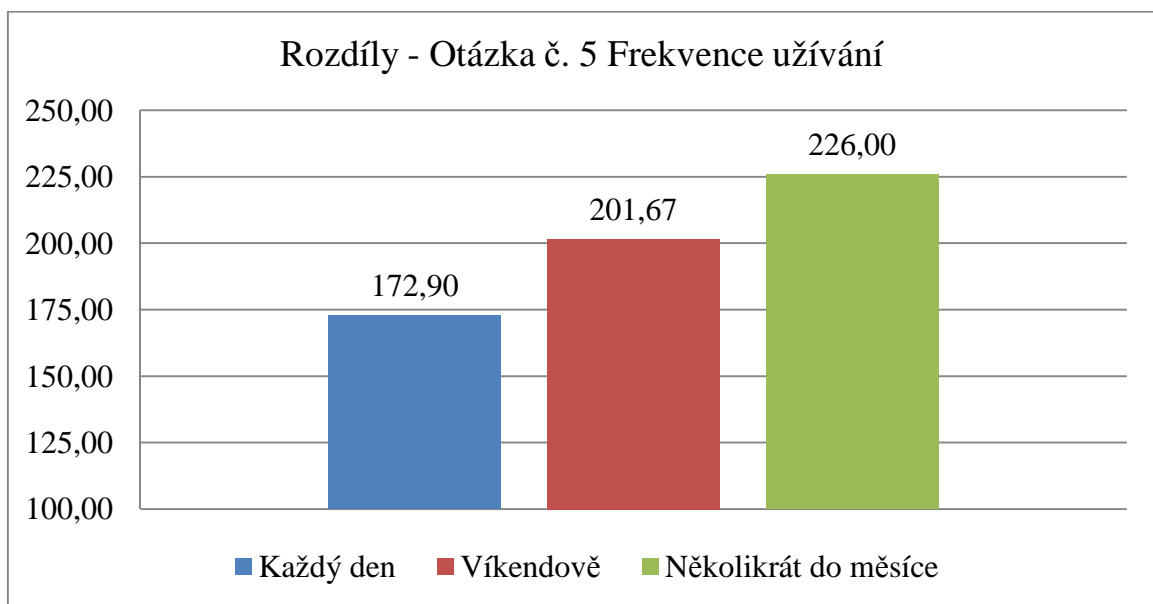
Graf 27: Rozdíly – Primární droga

Tento graf ukazuje vliv primární drogy na kvalitu života. Jelikož se jako primární droga vyskytovala jen marihuana a pervitin, porovnávají jsou jen dvě hodnoty. Z grafu je patrný mírný rozdíl. Míra kvality živote je vyšší u primární drogy marihuany (193,75) oproti pervitinu (190,09). Jedná se o porovnání průměrných hodnot uživatelů jednotlivých primárních drog.



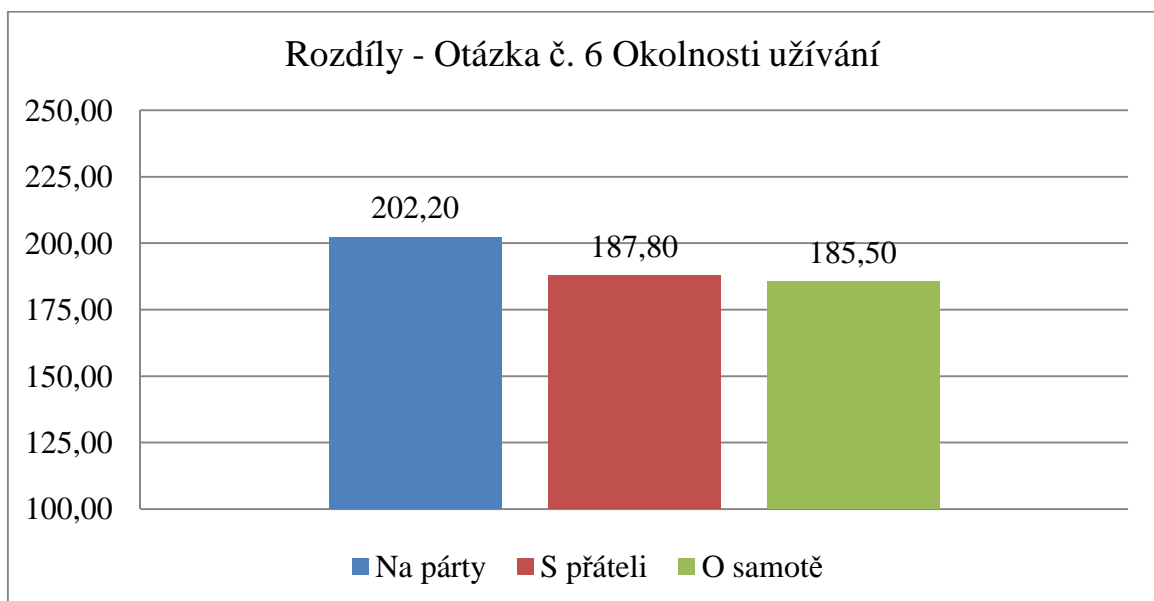
Graf 28: Rozdíly – Doba užívání

Tento graf srovnává kvalitu života podle doby užívání návykových látek. Nejvíce je patrný rozdíl mezi mírou kvality života uživatelů, kteří konzumují drogy méně než jeden rok (211,9) a více než 10 let (211,33) a těmi, kteří užívají drogy 1 až 5 let (181,40) a 6 až 10 let (180,42). U skupiny uživatelů méně než rok může být vyšší kvalita života způsobena tím, že závislost je teprve v začátcích a zatím nestihla zasáhnout všechny aspekty života. V této fázi uživatelé mají ještě většinou trvalé bydlení, práci nebo ještě navštěvují některou z typu středních škol. Dá se říct, že svoji závislost mají pod kontrolou. U uživatelů konzumujících drogy více než 10 let může být vysoká kvalita života způsobena změnou žebříčku hodnot a přivyknutím na alternativní životní styl. Výrazně nižší míra kvality života v kategoriích 1 až 5 let a 6 až 10 let, může být daná přirozeným vývojem závislosti, tedy jejím plným propuknutím a zásahem závislosti do všech aspektů života od hmotných až po emocionální.



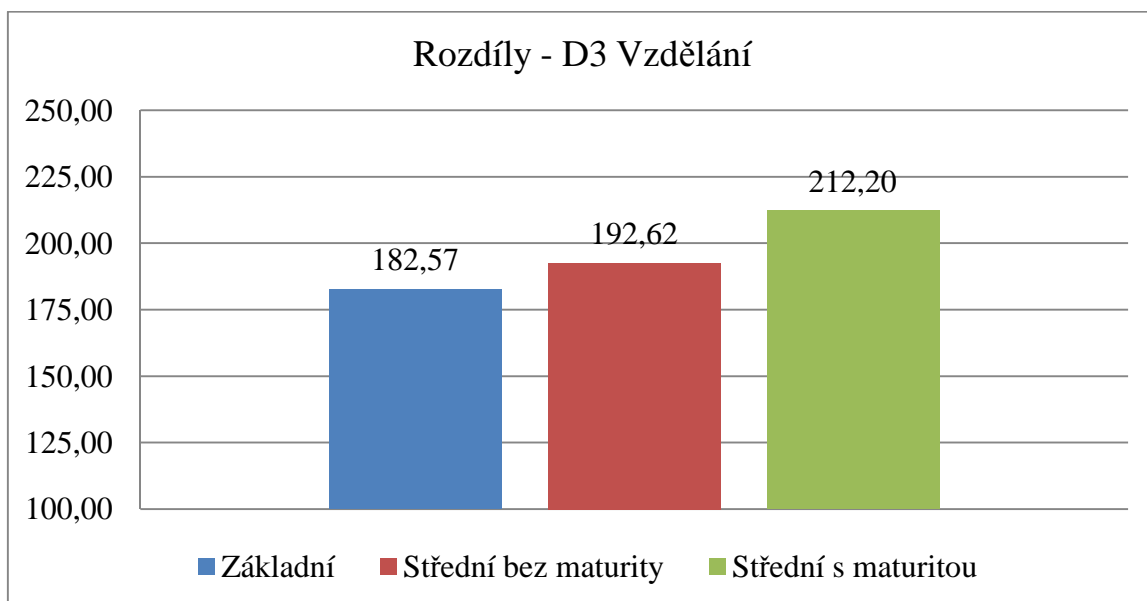
Graf 29: Rozdíly – Frekvence užívání

Tento graf srovnává průměrnou míru kvality života uživatelů návykových látek podle frekvence užívání. Z grafu je patrné, že se stoupající frekvencí užívání drog se výrazně snižuje míra kvality života. Uživatelé, jež konzumují návykové látky každý den. Mají nejnížší míru kvality života (172,90). Ti co užívají drogy jen o víkendu, už mají míru kvalitu života výrazně vyšší (201,67). U uživatelů, co drogy konzumují jen několikrát do měsíce, mají míru kvality života evidentně nejvyšší (226,00). To může být způsobeno, tím že vyšší frekvence užívání značí intenzivnější závislost, která ovlivňuje více aspektů života a zasahuje více do jejich podstaty.



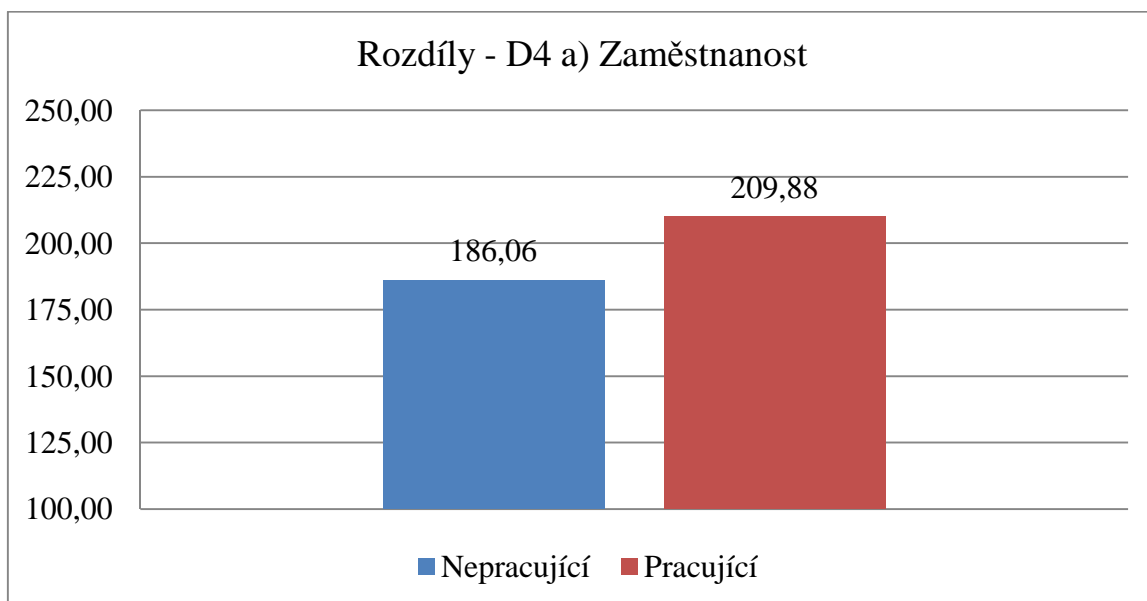
Graf 30: Rozdíly – Okolnosti užívání

Tento graf srovnává míru kvality života v závislosti na okolnostech užívání návykové látky. Patrný je zejména rozdíl mezi užíváním na párty, kde je míra kvality života nejvyšší (202,20), následuje aplikace s přáteli (187,80), za níž jen s malým rozdílem je užívání o samotě (185,50). Výrazný rozdíl v míře kvality života při užívání na party může být způsobena nahodilostí aplikace návykových látek, jež značí menší vliv na život a jeho aspekty. Užívání drog s přáteli značí vytvoření sociální skupiny, pro niž je společným zájmem právě konzumace návykových látek, což svědčí o ovlivnění předchozích vztahů a vzniku nových na základě tohoto společného faktoru.



Graf 31: Rozdíly – Vzdělání

Tento graf srovnává míru kvality života na základě získaného vzdělání. Z grafu vyplývá, že nejvyšší míry kvality života dosahují uživatelé s neukončeným základním vzděláním (234), což se vymyká očekáváním a je to překvapivé zjištění. A však výskyt této odpovědi byl tak nízký, že se jedná spíše o výjimku. Další vývoj grafu již je očekávatelný s dokončeným vyšším stupněm vzdělání se míra kvality života zvyšuje. Dokončené základní vzdělání má vůbec nejnižší míru kvality života (182,57). Následované ukončeným středoškolským vzděláním bez maturity (192,62). Druhou nejvyšší míru kvalitu života mají uživatelé s ukončeným středoškolským vzděláním s maturitou (212,20). Tento vývoj je zřejmě dán možností lepšího uplatnění na trhu práce, díky vyššímu dosaženému vzdělání a tím pádem možným lepším finančním zajištěním.



Graf 32: Rozdíly – Zaměstnanost

Tento graf srovnává míru kvality života u uživatelů návykových látek pracujících a nepracujících. Z grafu jasně vyplývá vyšší míra kvality života u pracujících (209,88) oproti nepracujícím (186,06). Tento nepoměr může být způsoben lepším finančním zajištěním a tedy lepším zajištěním hmotných potřeb v kombinaci s tím, že závislost uživatele ještě neovlivnila jeho život natolik, aby nemohl pravidelně docházet do práce.

*Jaká je droga, se kterou drogově závislí nejčastěji začínají?*

Podle grafu č. 1 je patrné, že drogově závislí nejčastěji začínají s marihuanou a to v 90 % dotázaných.

*Jaké drogy nejčastěji, kromě své primární drogy, závislí užívají?*

Graf č. 3 ukazuje, že nejčastěji drogově závislí užívají kromě své primární drogy ještě tyto další marihuanu, pervitin, opium, lysohlávky, toluen, extáze a jiné.

*Za jakých okolností jsou drogy nejčastěji užívány?*

Podle grafu č. 6 drogově závislí nejčastěji užívají drogy s přáteli.

*Jaké jsou nejproblematičtější aspekty kvality života drogově závislých?*

Výzkum odhalil, že mezi nejproblematičtější aspekty života drogově závislých patří cítit se psychicky dobře, být zdraví, rodinné vztahy, spravedlnost a pocit bezpečí.



## 8 SHRnutí VÝSLEDKŮ KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU

Výzkum se zaměřoval na uživatele návykových látek navštěvující kontaktní centrum v Uherském Hradišti. Hlavním cílem této práce bylo zjištění kvality života drogově závislých, jaké jsou nejčastější problémové oblasti jejich života a zda jsou rozdíly v míře kvality života v souvislosti na specifických závislosti jako je doba užívání, četnost užívání, okolností užívání, primární droga, zaměstnanost.

Jak již jsme uvedli v teoretických východiscích, je kvalita života drogově závislých ovlivněna mnohými negativními jevy vyplývající právě z jejich závislosti. Ač jsme již uvedli, tento výzkum je založen na čistě subjektivním hodnocení, které je vysoce individuální a výsledky se vztahují jen na konkrétní zkoumanou skupinu i přesto můžeme pozorovat shodu s uváděnou teorií. To lze pozorovat především v nejproblematictějších kategoriích, jež vyšla SQUALA 2, což odpovídá oblasti zdraví, do něž jsou řazeny otázky být zdravý, být fyzicky soběstačný, cítit se psychicky dobře a postarat se o sebe. Druhá nejhůře hodnocena oblast byla SQUALA 5 základní potřeby, sem patří otázky příjemné prostředí a bydlení, dobře spát, práce, peníze, dobré jídlo. Následovala SQUALA 3 blízké vztahy s otázkami rodinné vztahy, mít a vychovávat děti, milovat a být milován, mít sexuální život. Jako druhá nejlépe hodnocena vyšla SQUALA 1 abstraktní hodnoty, do níž řadíme otázky zajímat se o politiku, mít víru (např. náboženství), být v bezpečí, spravedlnost, svoboda, krása, pravda. Výjimkou této kategorie je otázka hodnotící pocit bezpečí, jež se stala jednou s nejlépe hodnocených otázek vůbec. To může být způsobeno jak stavy paranoie, jež většina drog při dlouhodobém užívání způsobuje anebo také tím že drogově závislý se často pohybují v sociálních kruzích, kde se trestná činnost vyskytuje výrazně častěji než u běžné populace. Možností je také kombinace obou zmíněných jevů. Nejlépe hodnotili SQUALA 4 volný čas, do které se řadí otázky vztahy s ostatními lidmi, odpočívat ve volném čase a mít koníčky ve volném čase.

Co se týče konkrétních nejproblémovějších otázek, ty byly vybírány na základě největšího rozdílu mezi hodnocením důležitosti a spokojenosti. Pomocí grafu tak bylo vyhodnoceno 5 nejkritičtějších položek v dotazníku. Nejhůře vyšla položka č. 3 cítit se psychicky dobře, což opět odpovídá teoretickým východiskům. Vysoký výskyt psychiatrické komorbidity bez odpovídající dlouhodobé léčby prakticky znemožňuje udržitelnou psychickou pohodu. Navíc je nutné přičíst účinky drog na psychiku doprovázející akutní intoxikaci ale i jejich dlouhodobý negativní vliv na duševní zdraví. Jako druhá nejvíce problémová položka vy-

šla rodinné vztahy. To opět odpovídá teoretickým východiskům. Při vzniku závislosti a jejím propuknutím prochází rodinné vztahy krizí a jistou transformací, jež může vést k omezení a někdy až k úplnému přerušení vztahu mezi rodinnými příslušníky. Z praxe můžeme konstatovat, že jen velmi málo aktivních uživatelů návykových látek je v pravidelném kontaktu se svou rodinou ač už se jedná o rodinu orientační nebo rodinu reprodukční, která vznikla ještě před vznikem závislosti. Tyto vztahy bývají často velmi hluboce narušeny a jejich obnova je velmi problematická a v drtivé většině případů podmíněná abstinencí a léčbou drogově závislého. Dále se jako problematická položka dotazníku objevila položka být zdraví. Stejně jako u položky cítit se psychicky dobře můžeme tento jev odůvodnit psychickou komorbiditou a vlivem pravidelného užívání na duševní zdraví. U této kategorie můžeme uvést jako příčinu i časté somatické problémy, které jsou důsledkem aktivního užívání drog. Co se týče somatických problémů spojených s užíváním nealkoholových návykových látek, se nejčastěji uvádějí abscesy flegmony, hnisavé komplikace, poškození cévního systému, zánět hlubokých žil, bakteriální endokarditida, poškození plic, zápal plic, poškození ledvin a centrálního nervového systému. S drogovou závislostí se také často spojují krví a pohlavně přenosné choroby, jako je většina typů žloutenek, HIV/AIDS. Ty jsou ovšem spojeny spíše s nezodpovědným chováním drogově závislých, jako je o dělení se injekční jehlu a promiskuita spojená se sexem bez použití bariérové ochrany, než s užíváním drog jako takových. Tyto zdravotní problémy se však nemusí objevit u každého ovšem pravděpodobnost, že se objeví, se zvyšuje s četností užívání, prodlužující se dobou trvání závislosti. Další problematickou položkou v dotazníku byla určení spravedlnost. Ačkoli mezi teoretickými východisky jsme neobjevili žádné, které by tuto skutečnost vysvětlovalo, až na zmínku o stigmatizaci drogově závislých většinou společností a výskyt specifické trestné činnosti páchané právě na drogově závislých což předpokládáme, nevysvětluje tuto skutečnost v celém jejím rozměru. V praxi ovšem můžeme tuto skutečnost velmi často pozorovat. Většina klientů často hovoří o nespravedlnostech, jež se na nich dopouští stát, rodina a velmi často i členové jejich současné sociální skupiny. Souvislost můžeme ovšem hledat i narušeném psychickém zdraví a výskytem paranoie. Poslední vyhodnocenou problematickou položkou je č. 16 být v bezpečí. Tento výsledek jsme opět schopni spojit s použitými teoretickými východisky a to zejména s vyšším výskytem trestné činnosti mezi drogově závislými oproti většinové populaci, častými nevhodnými podmínkami k bydlení, které neumožňují zajištění pocitu bezpečí na potřebné

úrovni. To podpořeno pocity paranoie buď jako projev užívání návykových látek nebo jako příznak duševního onemocnění.

Rozdíly v míře kvality života v závislosti na délce užívání jsou patrné. Z výsledků je jasné, že míra kvality života klesá s prodlužující se dobou užívání. Největší pokles je právě mezi uživateli, kteří jsou závislí méně než rok a těmi, jež jsou závislí 1 až 5 let a to téměř o 30 bodů. Tomuto vývoji se ovšem vymyká skupina uživatelů, již jsou závislí více než 10 let. Jejich míra kvality života odpovídá míře kvality života závislých méně než jeden rok. Tuto skutečnost je možné si vysvětlit zvyknutím si na zhoršené životní podmínky, změně hodnot, pravidel a priorit právě díky dlouhodobé závislosti. Ačkoliv je nutno upozornit, že skupina užívající drogy déle než 10 let tvořila jen 15 % výzkumného vzorku a byla tak nejméně početná a tudíž je málo oprávněný předpoklad potvrzení tohoto trendu na větším výzkumném vzorku.

Rozdíly v míře kvality života v závislosti na primární užívané droze jsou minimální a to jen 3,66 bodu. V tomto případě byly porovnávány jen dvě drogy a to marihuana a pervitin. Důvod tohoto minimálního rozdílu vidím především v tom, že většina drogově závislých, kteří označili za primární drogu marihuanu, uvedlo pervitin jako další užívanou drogu. Tudíž užívání pervitinu ovlivňoval i jejich kvalitu života, i když jej neuváděli jako primární drogu.

Rozdíly v míře kvality života v závislosti na četnosti užívání. V tomto případě byly porovnávány tři skupiny drogově závislých a to každodenní uživatelé, ti co užívají víkendově a ti co užívají několikrát do měsíce. Tady jsou rozdíly dobře patrné. Jde vidět klesající tendence kvality života v souvislosti s častějším užíváním návykové látky. Rozdíl mezi závislými, jež užívají každý den a závislými, co užívají drogy jen víkendově je téměř 30 bodů. Vysoký rozdíl je i mezi víkendovými uživateli a závislými, jež užívají několikrát do měsíce je téměř 25 bodů. Tento výsledek se jeví jako logický, častější aplikace vede k častějším zdravotním a psychickým problémům, častějším abstinčním příznakům a větším finančním nákladům na uspokojení závislosti. Z toho vyplývá značné omezení uspokojení v některých oblastech života.

Rozdíly v míře kvality života v závislosti na okolnostech užívání. V této oblasti se porovnávaly tři skupiny drogově závislých. Jednalo se o skupiny závislých, kteří užívají nejčastěji na párty, s přáteli anebo o samotě. Nejvyšší kvalitu života měla skupina závislých, jež užívají nejčastěji drogy na párty. Míra kvality života jejich byla o 14,40 bodu vyšší oproti

těm, co užívají drogy s přáteli a o 16,70 bodu vyšší oproti těm, co užívají o samotě. Tento rozdíl může být způsoben především tím, že užívání drog především na párty, ukazuje na celkově nižší frekvenci aplikace drog a tím pádem i nižší míru závislosti.

Rozdíly míry kvality života v závislosti na dosaženém vzdělání. V této oblasti jsou posuzovány tři skupiny drogově závislých. Jednalo se o závislé se základním vzděláním, se střední školou bez maturity a se střední školou s maturitou. Rozdíly v míře kvality života v této oblasti nebyly nijak překvapivé. S vyšším ukončeným stupněm vzdělání se míra kvality života zvyšovala, tudíž nejvyšší míra kvality se objevila u skupiny drogově závislých se střední školou s maturitou, jež byla téměř o 20 bodů vyšší než u skupiny drogově závislých se střední školou bez maturity a téměř o 30 bodů vyšší než u závislých, kteří měli jen základní vzdělání. Tyto výsledky je možné odůvodnit lepším uplatněním na trhu práce a tím pádem lepším finančním zajištěním, které umožňuje lépe uspokojit základní životní potřeby. Ovšem opět je nutno podotknout, že skupinu závislých se střední školou s maturitou tvořilo jen 12,50% tudíž nelze předpokládat potvrzení tohoto trendu na větším výzkumném vzorku.

Rozdíly v míře kvality života v závislosti na zaměstnanost jsou dobře viditelné. Rozdíl v kvalitě života mezi pracujícími a nepracujícími je více než 20 bodů. Lepší míra kvalita života se vyskytuje u pracujících, ovšem těch bylo ve výzkumném vzorku jen 20 %. Vyšší kvalita života bude zřejmě dána lepšími finančním zajištěním. Tím pádem tato skupina má více prostředků uspokojit své životní potřeby. Také se může jednat o skutečnost nižší míry závislosti, která jim ještě umožňuje chodit pravidelně práce a není tak intenzivní, aby ovlivnila všechny oblasti života na takové úrovni, jako u uživatelů, jimž závislost neumožňuje vykonávat pravidelnou pracovní aktivitu.

## ZÁVĚR

Drogová závislost je v dnešní době velmi častý jev, a jak ukazují poslední výzkumy, začíná se rozšiřovat i mezi čím dál tím mladší věkové skupiny. Tento jev se nevyhýbá nikomu a nikdo neví, zda se někdo z jeho blízkých s tímto problémem nebude potýkat. V současné době, plné permanentního stresu, lidé častěji hledají možnost úniku právě i touto formou. Proto je nutné prozkoumat všechny aspekty drogové závislosti, jako je i kvalita života drogově závislých

V kapitolách teoretické části práce byly představeny různé pojetí pojmu kvality života, historie vzniku tohoto konceptu a jeho vývoj. Dále byly popsány vybrané typy drog, jejich účinky na lidský organismus a lidskou psychiku. Stěžejní kapitolou této práce byla kapitola zabývající se drogovou závislostí, jejími příznaky, možnými příčinami vzniku. V této kapitole byly také popsány objektivní faktory ovlivňující kvalitu života drogově závislých, jako jsou zdravotní komplikace, psychické problémy způsobeny užíváním drog a sociální status drogově závislých.

Výzkum se zabýval mírou kvality života drogově závislých, kteří navštěvují kontaktní centrum v Uherském Hradišti. Cílem výzkumu bylo zjištění míry kvality jejich života, objevení problematických oblastí. Nalezení rozdílů v míře kvality života na základě specifík drogové závislosti, jako je doba užívání, typ primární drogy, okolnosti užívání. Dalším úkolem výzkumu bylo zodpovězení výzkumných otázek. Výzkum splnil své cíle prostřednictvím popisu kvality života a zodpovězením na výzkumné otázky.

Výzkum ukázal nejproblémovější oblasti v životě drogově závislých a to psychickou pohodu, být zdraví, rodinné vztahy, spravedlnost a pocit bezpečí. Výzkum též ukázal na to, že podle specifík závislosti, se liší míra kvality života.

Z výsledků vyplývá potřeba se v práci s drogově závislými, v kontaktním centru Uherské Hradiště, pokusit více zaměřit na zásady tzv. bezpečného braní, využití alternativní aplikace a tím omezení negativních vlivů na osobu závislého. Co se týče individuálního poradenství, vidím možnost se rychleji zaměřit na problematické oblasti života drogově závislých.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] BARNARD, Marina. *Drogová závislost a rodina*. Vyd. 1. Překlad Jiří Bareš. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2011, ISBN 978-80-7387-386-8.
- [2] DRAGOMIRECKÁ, Eva. *SQUALA: Subjective quality of life analysis :příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-47-6.
- [3] *Drogy: otázky a odpovědi: [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, Rádci pro zdraví, ISBN 978-80-7367-223-2.
- [4] DUFKOVÁ, J. (1986): Pojetí kvality života v současné nemarxistické sociologii. Sociologický časopis, 22, č. 2, Praha, ISSN 0038-0288.
- [5] DUFFKOVÁ, Jana, Lukáš URBAN a Josef DUBSKÝ. *Sociologie životního stylu*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2008. Vysokoškolské učebnice (Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk), ISBN 978-80-7380-123-6.
- [6] GIDDENS, Anthony. *Sociologie*. Vyd. 1. Praha: Argo, 1999, ISBN 80-7203-124-4.
- [7] GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.
- [8] HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2012, Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-106-0
- [9] KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada), ISBN 978-80-247-1411-0.
- [10] KELLER, Jan. *Úvod do sociologie*. 5. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2004 Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-39-3.
- [11] KRAUS, Blahoslav a Jolana HRONCOVÁ. *Sociální patologie*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007, ISBN 978-80-7041-896-3.
- [12] LUDÍKOVÁ, Libuše. *Výzkum kvality života vybraných skupin osob se speciálními potřebami*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014, ISBN 978-80-244-4296-9.

- [13] MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, Pedagogika (Grada), ISBN 978-80-247-2715-8.
- [14] NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.
- [15] PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2005, ISBN 80-7254-657-0
- [16] SOCHŮREK, Jan. *Úvod do sociální patologie*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2009, ISBN 978-80-7372-448-1.
- [17] VAĎUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. *Kvalita života: Teoretická a metodologická východiska*, 2005, Brno: MSD Brno. ISBN 80-210-3757-7

**ONLINE ZDROJE:**

- [1] *Nicm.cz* [online]. 2006 [cit. 2016-04-11]. Dostupné z:  
<http://www.nicm.cz/bezdomovectvi-charakteristika>
- [2] *Policie.cz* [online]. 2014 [cit. 2016-03-21]. Dostupné z:  
<http://www.policie.cz/clanek/vyrocni-zpravy-annual-reports-jahresbericht.aspx>
- [3] *Socialni-zaclenovani.cz* [online]. 2010 [cit. 2016-04-11]. Dostupné z:  
<http://www.socialni-zaclenovani.cz/co-je-socialni-vyloucení>
- [4] *Substitucni-lecba.cz* [online]. 2016 [cit. 2016-03-21]. Dostupné z:  
<http://www.substitucni-lecba.cz/rozdeleni-drog>
- [5] *Uzis.cz* [online]. 2014 [cit. 2016-03-21]. Dostupné z:  
<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>



**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1: Děti .....	55
Tabulka 2: SQUALY .....	62
Tabulka 3: Důležitost - Shrnutí.....	64
Tabulka 4: Spokojenost - Shrnutí .....	65

**SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1: První užitá droga .....	42
Graf 2: Současná primární droga .....	43
Graf 3: Další užívané drogy .....	44
Graf 4: Doba užívání.....	45
Graf 5: Frekvence užívání.....	46
Graf 6: Okolnosti užívání .....	47
Graf 7: Pohlaví.....	48
Graf 8: Věk uživatelů.....	49
Graf 9: Vzdělání.....	50
Graf 10: Zaměstnanost.....	51
Graf 11: Z jakého důvodu nepracují .....	52
Graf 12: Vlastní hodnocení hmotného zabezpečení .....	53
Graf 13: Rodinný stav .....	54
Graf 14: Děti .....	55
Graf 15: Hledání problémových otázek.....	56
Graf 16: Důležitost - Být zdraví .....	57
Graf 17: Spokojenost - Být zdraví .....	57
Graf 18: Důležitost - Cítit se psychicky dobře .....	58
Graf 19: Spokojenost - Cítit se psychicky dobře .....	58
Graf 20: Důležitost - Rodinné vztahy .....	59
Graf 21: Spokojenost - Rodinné vztahy.....	59
Graf 22: Důležitost - Být v bezpečí .....	60
Graf 23: Spokojenost - Být v bezpečí.....	60
Graf 24: Důležitost - Spravedlnost .....	61
Graf 25: Spokojenost - Spravedlnost.....	61
Graf 26: Hledání problémových oblastí SQUALA .....	62
Graf 27: Rozdíly – Primární droga .....	66
Graf 28: Rozdíly – Doba užívání.....	67
Graf 29: Rozdíly – Frekvence užívání.....	68
Graf 30: Rozdíly – Okolnosti užívání.....	69
Graf 31: Rozdíly – Vzdělání.....	70
Graf 32: Rozdíly – Zaměstnanost .....	71

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha P I: Dotazník k diplomové práci na téma: Kvalita života drogově závislých

Příloha P II: Žádost o výzkum

## **PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK K DIPLOMOVÉ PRÁCI NA TÉMA: KVALITA ŽIVOTA DROGOVĚ ZÁVISLÝCH**

Dobrý den, jmenuji se Michaela Jančálková, jsem studentkou fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, oboru Sociální pedagogika. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění mého dotazníku k diplomové práci, jejíž téma je: **Kvalita života drogově závislých**. Výsledky dotazníku budou sloužit výhradně pro účely mé diplomové práce a jsou zcela **anonymní**.

Děkuji Vám předem za poskytnuté informace a ochotu spolupracovat.

1) Jakou drogu jste poprvé zkusili?

- |              |               |
|--------------|---------------|
| a) Marihuana | e) Kokain     |
| b) Opium     | f) Lysohlávky |
| c) Pervitin  | g) Toluen     |
| d) Heroin    | h) Extáze     |
|              | ch) Jiné      |

2) Jaká je v současnosti vaše primární droga?

- |              |               |
|--------------|---------------|
| a) Marihuana | e) Kokain     |
| b) Opium     | f) Lysohlávky |
| c) Pervitin  | g) Toluen     |
| d) Heroin    | h) Extáze     |
|              | ch) Jiné      |

3) Jaké další drogy užíváte?

- |              |               |
|--------------|---------------|
| a) Marihuana | e) Kokain     |
| b) Opium     | f) Lysohlávky |
| c) Pervitin  | g) Toluen     |
| d) Heroin    | h) Extáze     |
|              | ch) Jiné      |

4) Jak dlouho užíváte pravidelně drogy?

- a) Méně než rok
- b) 1- 5 let
- c) 6-10 let
- d) Více než 10 let



D6) Hmotné zabezpečení: Jak byste v porovnání s ostatními rodinami (popř. jednotlivci v případě, že žijete sám/sama) hodnotil/a svou finanční situaci a hmotné zabezpečení:

výrazně podprůměrné	mírně podprůměrné	průměrné	mírně nadprůměrné	výrazně nadprůměrné
------------------------	----------------------	----------	----------------------	------------------------

D7) Rodinný stav

svobodný/á	ženatý/vdaná/s druhem	rozvedený/á	vdovec/vdova
------------	-----------------------	-------------	--------------

D8) Máte děti?

ano – ne

pokud ano, pak počet dětí žijících s vámi

## Hodnocení důležitosti

V této tabulce zaznamenejte důležitost, kterou ve svém životě přisuzujete zde uvedeným oblastem.

	nezbytné	velmi důležité	středně důležité	málo důležité	bezvýznamné
1)být zdravý					
2)být fyzicky soběstačný					
3)cítit se psychicky dobře					
4)příjemné prostředí a bydlení					
5)dobře spát					
6)rodinné vztahy					
7)vztahy s ostatními lidmi					
8)mít a vychovávat děti					
9)postarat se o sebe					
10)milovat a být milován					
11)mít sexuální život					
12)zajímat se o politiku					
13)mít víru(např. náboženství)					
14)odpočívát ve volném					
15)mít koníčky ve volném čase					
16)být v bezpečí					
17)práce					
18)spravedlnost					
19)svoboda					
20)krása					
21)pravda					
22)peníze					
23)dobré jídlo					

Je ještě něco jiného, co považujete v životě za důležité?

## Hodnoceni spokojenosti

Posuďte, do jaké míry se cítíte v uvedených oblastech života spokojen/a a zaškrtněte příslušné okénko.

	zcela spokojen	velmi spokojen	spíše spokojen	nespokojen	velmi zklamán
24)zdraví					
25)fyziká soběstačnost					
26)psychická pohoda					
27)prostředí bydlení					
28)spánek					
29)rodinné vztahy					
30)vztahy s ostatními					
31)děti					
32)péče o sebe sama					
33)láska					
34)sexuální život					
35)účast v politice					
36)víra					
37)odpočinek					
38)koníčky					
39)pocit bezpečnosti					
40)práce					
41)spravedlnost					
42)svoboda					
43)krása a umění					
44)pravda					
45)peníze					
46)jídlo					



## PŘÍLOHA P II: ŽÁDOST O VÝZKUM

### Žádost o výzkum

Na základě dlouhodobé spolupráce s Michaelou Jančálkovou, studentkou FHS UTB ve Zlíně, obor sociální pedagogika jsme dospěli k dohodě, že pro nás vypracuje výzkum v oblasti "Kvalita života drogově závislých". Tento výzkum zároveň použije jako praktickou část své diplomové práce. Michaela působí v našem zařízení jako dlouhodobá stážistka, která se v dané problematice orientuje a se službou je dobře obeznámena. Díky tomu si myslíme, že dokáže dané téma kreativně uchopit a výstup z praktické části její diplomové práce bude pro naše zařízení přínosem.

Bc. Jakub Mořický


zástupce vedoucího služby

Společnost Podané ruce o. p. s.

Kontaktní centrum v Uherském Hradišti

Šromova 136

686 01 Uherské Hradiště

 Společnost Podané ruce o.p.s.  
Kontaktní centrum v Uh. Hradišti  
Šromova 136, 686 01 Uh. Hradiště  
IČO: 60557621



Společnost Podané ruce o.p.s., Videňská 3, 639 00 Brno, korespondenční adresa: Svatoplukova 84, 615 00 Brno.  
T: +420 545 247 535, M: +420 777 916 285, E-mail: info@podaneruce.cz, zapsaná v rejstříku obecně prospěšných společností vedeném u Krajského soudu v Brně v oddílu O, vložce č. 674, IČ: 60557621, DIČ: CZ60557621.  
Bankovní spojení: Oberbank AG, číslo účtu: 2231107576/8040, www.podaneruce.cz