

**Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií**

**Prediktory úspěšnosti ústavní odvykací léčby závislosti na
metamfetaminu**

Bc. Veronika Gazdová

**Diplomová práce
2009**

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra ošetrovatelství
Akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Veronika GAZDOVÁ**
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech**

Název tématu: **Prediktory úspěšnosti ústavní odvykací léčby závislosti na metamfetaminu**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací, studium literatury a popis problematiky závislosti na metamfetaminu.
2. Stanovení podmínek, metod, cílů a výzkumných otázek práce.
3. Prokonzultování výběru metod výzkumu a respondentů s vedoucím práce.
4. Stanovení vhodné metodiky a sestavení dotazníků.
5. Výběr vhodných respondentů a rozdání dotazníků.
6. Analýza a interpretace získaných dat.
7. Kritické zhodnocení a doporučení.

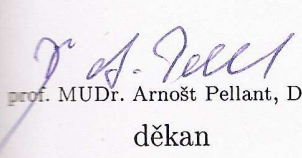
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná**

Seznam odborné literatury:

1. KALINA K. A KOLEKTIV Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN. 80-86225-51-8.
2. KALINA K. A KOLEKTIV Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN. 80-86734-05-6.
3. RAHN E.; MAHNKOPF A. Psychiatrie. Učebnice pro studium i praxi. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2000. ISBN. 80-7169-964-0.
4. ŠLAISOVÁ I.; HOSÁK L.; MICHÁLKOVÁ V. Ošetřovatelství v psychiatrii pro bakalářské studium. 1. vyd. NUCLEUS HK, 2004. ISBN. 80-86225-51-8
5. VÁGNEROVÁ M. Psychopatologie pro pomáhající profese : variabilita a patologie lidské psychiky. 2. vyd. Praha : Portál, 2000 ISBN. 80-7178-496-6


Vedoucí diplomové práce: **doc. MUDr. Ladislav Hosák, Ph.D.**
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání diplomové práce: **30. listopadu 2008**
Termín odevzdání diplomové práce: **17. dubna 2009**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.

děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková
vedoucí katedry

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 15.3. 2009

Bc. Veronika Gazdová

Veronika Gazdová

Poděkování

Za cenné rady a připomínky, které pomohly k vypracování této diplomové práce, děkuji vedoucímu práce doc. MUDr. Ladislavu Hosákovi, Ph.D. Dále bych chtěla velmi poděkovat primářce PL Jihlava MUDr. Janě Bartesové a sestřičce Radce Maixnerové z PL Nechanice za rozdání dotazníků a také respondentům za jejich vyplnění. Mé velké díky patří statističce RNDr. Evě Čermákové a v neposlední řadě Ing. Haně Sedlaté, která mi byla velkou oporou.

Anotace

Tato diplomová práce se zabývá tématem: Prediktory úspěšnosti ústavní odvykací léčby závislosti na metamfetaminu. Jedná se o teoreticko-výzkumnou diplomovou práci.

Teoretická část se zabývá příčinami vzniku, průběhem, prognózou a terapií drogové závislosti. Součástí práce je pojednání o genech a závislosti. Dále tato práce seznamuje s problematikou zneužívání pervitinu.

V praktické části zjišťuji prediktory, které vedou k úspěšné ústavní odvykací léčbě závislosti na metamfetaminu.

Výsledkem výzkumu je zpracování získaných dat, jejich zhodnocení a z toho vyvozená doporučení pro praxi.

Klíčová slova

droga, drogová závislost, metamfetamin, pervitin, ústavní odvykací léčba

Title

Predictors of effectiveness of in-patient treatment methamphetamine dependence.

Annotation

This diploma work is concerned with the subject: Predictors of effectiveness of in-patient treatment methamphetamine dependence. It is a theory and research diploma work.

Theoretical part is concerned with causes of beginning, progress, prognosis and therapy of drug addiction. Part of the work is an essay about genes and addiction. Furthermore this work introduces us to the problematic of methamphetamine abuse.

In the practical part I investigate predictors which lead to successful inpatient treatment of addiction to methamphetamine.

The result of research is the processing of gathered data, data evaluation and from these sources deducted recommendations for practice.

Keywords

drug, drug addiction, methamphetamine, pervitin, inpatient treatment

Obsah

Úvod.....	10
Cíle práce	11
I. Teoretická část.....	12
1 Droga.....	12
2 Závislost	13
3 Drogová závislost (dependence).....	14
3.1 Kritéria závislostí podle MKN 10	14
3.2 Diferencování tříd návykových látek podle MKN 10.....	15
4 Příčiny vzniku drogové závislosti.....	16
4.1 Faktory vzniku a rozvoje závislosti související s účinkem drogy.....	16
4.2 Osobnost.....	16
4.3 Sociální prostředí.....	18
4.4 Provokující a vyvolávající činitele.....	19
5 Průběh a prognóza.....	20
5.1 Stadia závislosti	20
5.1.1 Euforické počáteční stadium.....	20
5.1.2 Kritické stadium navykání.....	20
5.1.3 Stadium návyku, respektive závislosti.....	21
5.1.4 Chronické stadium rozkladu	21
6 Terapie.....	22
6.1 Motivace závislých k terapii.....	22
6.2 Cíle terapie.....	22
6.3 Místa léčby	23
6.3.1 Ambulantní terapie.....	23
6.3.2 Pobytová léčba (rezidenční léčba, ústavní léčba).....	23
6.3.3 Terapeutická komunita	24
6.4 Průběh léčby	24
6.4.1 Detoxifikační léčba	25
6.4.2 Farmakoterapie	25
6.4.3 Psychoterapie	25
6.4.3.1 Individuální psychoterapie.....	26
6.4.3.2 Skupinová psychoterapie	26
6.4.3.3 Behaviorální psychoterapie.....	27
6.4.3.4 Ostatní psychoterapeutické směry.....	27
6.5 Třináct principů efektivní léčby závislosti na drogách.....	27
7. Metamfetamin.....	29
7.1 Historie	29
7.2 Charakteristika pervitinu	29
7.3 Epidemiologie.....	29
7.4 Aplikace, dávkování pervitinu	30
7.5 Mechanismus účinku.....	30
7.6 Účinky	30
7.7 Akutní intoxikace.....	30
7.8 Chronická intoxikace.....	31
7.9 Toxická psychóza.....	31
7.10 Odvykací syndrom	31
8 Geny a závislost.....	32
8.1 Závislá osobnost.....	32
8.1.1 „Iniciace“	32
8.1.2 „Udržování“	32
8.1.3 „Ukončování“	33
8.2 Mozek pod vlivem drog.....	33
8.3 Geny závislosti.....	34
9 Pojmosloví.....	36

9.1 Abstinenční příznaky.....	36
9.2 Akutní intoxikace.....	36
9.3 Droga.....	36
9.4 Návyk.....	36
9.5 Návyková látka.....	36
9.6 Odvykací syndrom.....	36
9.7 Škodlivé užívání (abúzus).....	37
9.8 Toxikomanie (závislost).....	37
9.9 Účelové zneužívání určité látky.....	37
9.10 Zvyšování tolerance.....	37
II. Výzkumná část.....	38
10 Cíle výzkumu a výzkumné otázky.....	38
10.1 Hlavní cíl.....	38
10.2 Dílčí cíle.....	38
10.3 Výzkumné otázky.....	38
11 Metodika výzkumu.....	39
11.1 Metoda výzkumu.....	39
11.2 Studium elektronické databáze.....	39
11.3 Dotazník WHOQOL-BREF.....	39
11.4 Vyhodnocení dotazníku WHOQOL-BREF.....	39
11.4.1 Doména 1 - Fyzické zdraví.....	39
11.4.2 Doména 2 - Prožívání.....	40
11.4.3 Doména 3 - Sociální vztahy.....	40
11.4.4 Doména 4 - Prostředí.....	40
11.5 Zkoumaný vzorek.....	41
11.6 Vlastní výzkum.....	41
11.7 Vysvětlivky absolutní a relativní četnosti.....	42
12 Výsledky výzkumu a jejich analýza.....	43
12.1 Elektronická databáze.....	43
12.1.1 Úspěšnost.....	43
12.1.2 Pohlaví.....	44
12.1.3 Věk.....	46
12.1.4 Vzdělání.....	47
12.1.5 Psychologická vlastnost "vyhledávání nového".....	49
12.1.6 Dokončení ústavní odvykací léčby.....	50
12.1.7 Vztah mezi dokončením léčby a abstinencí.....	51
12.2 Vyhodnocení dotazníku WHOQOL-BREF.....	52
12.2.1 Úspěšnost.....	52
12.2.2 Pohlaví.....	53
12.2.3 Věk.....	55
12.2.4 Diagnóza.....	56
12.2.5 Délka pobytu.....	58
12.2.6 Kvalita života - domény.....	59
12.2.7 Q1 - Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?.....	60
12.2.8 Q2 - Jak jste spokojen/a se svým zdravím?.....	62
13 Diskuze.....	64
13.1 Výzkumná otázka číslo 1: Je úspěšnost ústavní odvykací léčby závislosti na metamfetaminu ovlivněna pohlavím?.....	64
13.2 Výzkumná otázka číslo 2: Je úspěšnost ústavní odvykací léčby závislosti na metamfetaminu ovlivněna věkem?.....	64
13.3 Výzkumná otázka číslo 3: Je úspěšnost ústavní odvykací léčby závislosti na metamfetaminu ovlivněna vzděláním?.....	65
13.4 Výzkumná otázka číslo 4: Je jednoroční abstinence predikována dokončením ústavní odvykací léčby závislosti na metamfetaminu?.....	65
13.5 Výzkumná otázka číslo 5: Ovlivňuje psychologická vlastnost "vyhledávání nového" jednoroční abstinenci?.....	65

13.6 Výzkumná otázka číslo 6: Jak souvisí kvalita života s úspěšným dokončením ústavní odvykací léčby?.....	66
14 Závěr.....	67
Soupis bibliografických citací.....	68
Přílohy.....	70

Úvod

Jedním z největších problémů současnosti je zneužívání návykových látek. Většina lidí se domnívá, že se jich tento problém netýká, ale kdo z nás může říct, že nezná někoho, kdo užívá nelegální drogy alespoň příležitostně. Pervitin je často označován jako „tradiční“ česká droga a v České republice patří mezi nejvíce zneužívané stimulační drogy. V roce 2006 bylo v ČR přibližně 20 000 uživatelů této drogy.

Cílem práce je seznámení s problematikou drogové závislosti, možnými příčinami vzniku, průběhem, terapií. Tato diplomová práce je sice zaměřena na zneužívání pervitinu, ale teoretická část se zabývá drogovou závislostí obecně. V teoretické části se pokouším o celostní popis této problematiky. Myslím si, že znalost příčin vzniku drogové závislosti a také informovanost o působení drogy na mozek by měla pomoci k lepšímu pochopení osob, které jsou závislé na drogách. Doufám, že tato práce pomůže nejen zdravotnickým pracovníkům, ale také laikům pochopit, jak obtížné je vyléčit se ze závislosti a jak důležitou roli hraje podpora okolí. Také věřím, že si čtenáři uvědomí, jaké důsledky může užívání drog mít.

V praktické části zjišťuji, čím je predikováno úspěšné ukončení ústavní odvykací léčby závislosti na metamfetaminu. Ráda bych zjistila, zda se úspěšnost léčby liší u žen a u mužů, jestli je ukončení ústavní odvykací léčby ovlivněno vzděláním a věkem. Také mě zajímá, kolik osob abstínuje jeden rok po ukončení léčby a jak souvisí léčba s kvalitou života.

Cíle práce

1. Podrobné teoretické zpracování tématu drogové závislosti.
2. Seznámení s problematikou zneužívání metamfetaminu.
3. Zjistit prediktory, které vedou k úspěšné ústavní odvykací léčbě.

I. Teoretická část

1 Droga

Termín droga je východního původu. Dostal se k nám prostřednictvím španělštiny – droga, kam přešel od Arabů – durawa, kteří jej převzali z Persie. V perštině ve tvaru „dárů“ znamená to samé, co náš termín „lék“. Pravdou je , že mnohé drogy jsou v malých dávkách skutečně léky. Přesáhne-li však jejich užití určitou hranici, setkáváme se s jejich negativním vlivem.

(11)

2 Závislost

Latinský termín pro závislost je „addictus“. Tento termín původně znamenal předávání zboží mezi obchodníky, buď prodejem nebo soudním rozhodnutím. U soudu tak např. dlužníci vraceli svým věřitelům. Odtud se význam slova přenesl k předávání i jiných látek.

V současné době rozlišujeme dva druhy závislostí :

- 1, Substanční závislost (ingestivní závislost) – závislost na přijímaných látkách (drogách), jako je alkohol, nikotin, halucinogenní, psychoaktivní, psychedelické a jiné drogy.
- 2, Procesuální závislost – závislost na určitém druhu činnosti. Např. závislost na hazardních hrách, závislost na pracovní činnosti tzv. workoholismus atd.

(11)

3 Drogová závislost (dependence)

Pro drogovou závislost se také používá termín toxikomanie nebo narkomanie.

Světová zdravotnická organizace charakterizovala závislost na droze jako stav tělesné nebo psychické závislosti nebo kombinaci obou závislostí na droze, která se objevuje u lidí požívajících kontinuálně nebo periodicky tuto drogu.

Psychická závislost – pod tímto pojmem rozumíme zvláštní ladění psychiky, které nutí jedince k periodickému nebo soustavnému požívání látky. Uživatel tak činí proto, aby se zbavil nepříjemných pocitů nebo si navodil příjemný psychický stav.

Somatická závislost - znamená adaptaci organismu na požívanou látku. Užívaná látka se stane nutnou součástí metabolismu a její vynechání pak vede ke vzniku abstinenčních příznaků.

(8)

3.1 Kritéria závislostí podle MKN 10

- Silná touha nebo druh nutkání konzumovat psychotropní látku.
- Snížená schopnost kontroly chování ohledně začátku, ukončení a množství konzumace.
- Vznik tělesného abstinenčního syndromu při ukončení nebo redukci konzumace, dokázaný odvykacími symptomy specifickými pro látku nebo příjmem stejné nebo blízké příbuzné látky ke zmírnění nebo vymizení odvykacích symptomů.
- Průkaz tolerance k účinku látky. Aby se vyvolaly účinky psychotropní látky dosažené původně nízkými dávkami, jsou nutné stále vyšší dávky (jasné příklady pro to jsou např. denní dávky alkoholiků a závislých na opiátech, které by u konzumentů bez rozvoje tolerance vedly k těžkým poškozením nebo dokonce ke smrti).
- Postupné zanedbávání jiných aktivit nebo zájmů na úkor konzumace látky, více času vynaloženého na obstarání látky, konzumaci nebo na zotavení se z následků.
- Trvalá konzumace látky přes důkazy jasných škodlivých následků, např. poškození jater nadměrným pitím. Přitom by mělo být zjištěno, že konzumentovi byl skutečně jasný druh a rozsah škodlivých následků nebo že je přinejmenším možno z toho vycházet. Zúžení možností chování při zacházení s psychoaktivními látkami je také popisováno jako charakteristický rys (např. tendence konzumovat alkohol v pracovní době nebo o víkendu bez ohledu na běžný úzus). Podstatnou charakteristikou syndromu závislosti je aktuální užívání látky a touha po užívání látky. Vnitřní nutkání užívat látku se stává vědomé především během pokusů o ukončení nebo kontrolování užívání látky.

(12, 15)

3.2 Diferencování tříd návykových látek podle MKN 10

F 10 Alkohol

F 11 Opioidy

F 12 Kanabinoidy

F 13 Sedativa a hypnotika

F 14 Kokain

F 15 Jiná stimulancia včetně kofeinu

F 16 Halucinogeny

F 17 Tabák

F 18 Organická rozpouštědla

F 19 Užívání více drog a jiných psychoaktivních látek

(15)

4 Příčiny vzniku drogové závislosti

S růstem zneužívání návykových látek je nutné zabývat se otázkami příčin vzniku drogové závislosti. Závislost na drogách má kořeny nejen v droze, ale i v osobnosti člověka a v dalších společenských činitelích, jako je např. užší sociální prostředí, jeho kulturní úroveň a dostupnost drogy. Bezvýznamné nejsou ani vyvolávající faktory, mezi které počítáme zátěžové situace tělesného i duševního původu.

Faktory podmiňující vznik drogové závislosti :

1. Látka samotná
2. Osobnost
3. Sociální prostředí
4. Provokující a vyvolávající činitele

(8)

4.1 Faktory vzniku a rozvoje závislosti související s účinkem drogy

Základním faktorem, který vyvolává návyk je droga. Aby se droga mohla stát předmětem zneužívání, musí splňovat určité předpoklady, tzn. že musí mít takové vlastnosti, které jsou schopny uspokojit požadavky toxikomana. Výzkumy zjistily, že lidé berou drogy a stávají se na nich závislími hlavně pro jejich účinky, které buď pomáhají řešit stávající stav (např. pocity odcizení, nemilovanosti, selhání, bezmoci, tenze, deprese, apatie, nejistoty, samoty) nebo nabízí něco, po čem jedinec touží (např. odvaha, sex, moc, únik, uvolnění). Někdy mohou být drogy užívány z pouhé příležitosti spojené s ignorancí.

(8, 9)

Můžeme mluvit o šesti základních nabídkách, kterými drogy disponují:

- „Umožňují dosažení větší kontroly, moci nad sebou či nad druhými.
- Urychlují a zkvalitňují vlastní vývoj, umožňují zažít zvláštní poznání a tím si uvědomit víc sám sebe či smysl svého života.
- Zbavují nepříjemného stavu, akutního či permanentního, např. pocitů neschopnosti, méněcennosti nebo stavů, které doprovázejí fyzické nemoci či jiné duševní poruchy.
- Vyvolávají slast, příjemný stav, zintenzivňují smyslové zážitky.
- Umožňují lépe se cítit uprostřed těch, kteří drogu běžně používají, usnadňují přizpůsobení.
- Pomáhají při asociálním životním stylu, kdy droga posiluje agresivitu a drogou posílená sebestřednost potírá empatii a potlačuje sebezpytování s případnými nepříjemnými výčitkami svědomí.“¹

4.2 Osobnost

Osobnost představuje individuální spojení duševních i tělesných vlastností člověka, které se

¹KALINA K. a kol. Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup. s.124

vytvářejí v průběhu individuálního vývoje a projevují se ve společenských vztazích. Vrozené a získané vlastnosti tvoří strukturu osobnosti, která je pro každého jedince svérázná a má dynamický charakter. Osobnost se vytváří na základě vrozených dispozic a v dalším průběhu ji dotvářejí získané vlastnosti. O osobnosti nelze hovořit krátce po narození člověka. Ta se vytváří až v průběhu jeho vývoje výchovou a učením. Vývoj člověka bez sociálních interakcí není možný.

V průběhu vývoje má člověk určité potřeby, které musí uspokojovat. Zpočátku jsou to jen základní potřeby, jako je spánek a potrava. Postupně se ale potřeby stávají náročnějšími a složitějšími - potřeby individuální a citové, sociální, kulturní, pracovní a další. Důležitými obdobími přestavby osobnosti jsou puberta a klimakterium, tato období mají význam při vzniku závislostí.

V průběhu vývoje každého člověka vznikají situace s kterými se osobnost musí vyrovnávat. Schopnost vyrovnávat se, přizpůsobovat se a na základě toho se dál rozvíjet se označuje jako kompenzace osobnosti. Člověk se obvykle dovede s takovými situacemi vyrovnávat, jsou však jedinci, kteří místo řešení sahají po droze.

Řecký lékař Hippokrates rozdělil lidi do typů dle temperamentu. Temperament vystihuje způsob emočních projevů jednotlivce, kterými se projevuje v určité situaci a do jisté míry i ustálený způsob těchto projevů a reakcí. Hippokrates dělil lidi do čtyř skupin:

- Sanquinici – lidé živí, emočně vyrovnaní, poněkud nestálí, přístupní citům a rychlým změnám.
- Cholericí – lidé vášniví, fanatičtí, zapálení, vytrvalí.
- Flegmaticí – lidé klidní, nevýbušní, nepodléhají citům, jdou přímo za svým cílem.
- Melancholici – lidé uzavření, pesimističtí, reagují příliš citlivě, o všem moc přemýšlí.

Ve skupině flegmatiků je vznik závislosti méně pravděpodobný než v jiných skupinách.

Vztah k psychotropním látkám mají spíše lidé psychicky narušení. Nemusí jít vždy o výrazné psychické poruchy, stačí i lehčí abnormality. Závislost se častěji vyskytuje u lidí se specifickou poruchou osobnosti. Tuto poruchu zařazujeme mezi duševní poruchy s malou schopností adaptace, jejich podstatou je disharmonicky vyvinutá osobnost. Některé vlastnosti osobnosti jsou mimořádně zvýrazněny, jiné potlačeny nebo zcela scházejí. Vlivem takto utvářených charakterových vlastností se často lidé s touto poruchou dostávají do konfliktu, potom je zřejmé, že častější konfliktnost vede ke častějšímu výskytu závislosti.

Jinou skupinou jsou lidé mentálně retardovaní, u kterých také můžeme zaznamenat různé formy závislosti. U těchto lidí vzniká návyk obvykle z hyperkompenzace, kdy se postižení jedinci chtějí siláckým vystupováním vyrovnat okolí. Jindy z nedostatku soudnosti a z neschopnosti rozeznat správné od špatného.

Závislost se často vyskytuje u neurotiků. Neuróza je psychická porucha, u které hraje důležitou roli úzkost, která úzce souvisí s problematikou konfliktu. Úzkost je velice nepříjemná, proto každý, kdo tyto stavy prožívá, hledá prostředky, jak ji potlačit nebo odstranit. Takovým prostředkem se lehce může stát droga.

I některé krátkodobé situační nebo psychogenní reakce (např. reaktivní deprese) mohou být prvotní příčinou vzniku závislosti.

Poruchy osobnosti ovlivňují vznik závislosti. Ovšem i dlouhodobé užívání drog může působit na osobnost, měnit její charakterové vlastnosti, vést k jejímu rozpadu. Postupně se rozvíjí tzv. toxikomanická charakteropatie, která se projevuje především v oblasti sociálních vztahů.

(8)

4.3 Sociální prostředí

Existenci člověka si nemůžeme představit bez jeho vztahu k sociálnímu prostředí. Toto prostředí utváří osobnost člověka, ale může zapříčinit i její poruchy. Člověk se narodí do určitého prostředí, ve kterém vyrůstá. Běžně je to rodina, v některých případech různá sociální zařízení. Jedinci, kteří jsou od narození vychováni v dětských domovech trpí výraznější citovou deprivací, než ti kteří vyrůstali v rodině a až později se dostali do dětského domova. Do podobné situace se mohou dostat i osoby, které žijí v rodině, která je v rozkladu nebo se dítěti nevěnuje dostatečná pozornost.

Dalším důležitým činitelem je škola. Stejný význam má i zaměstnání. Konflikty na pracovišti a jejich nevhodné řešení, narušené vztahy mezi spolupracovníky, vysoká náročnost zaměstnání mohou člověka vést k užívání drog.

Vojtík, který se zabýval otázkou toxikomanie tvrdí, že příčiny které vedly jedince k droze, byly často velmi prosté – zvědavost, touha prožít něco neobvyklého, snaha o uniknutí nepříjemným stavům a samotě, protest proti autoritě atd. Další příčinou byla snaha dostat se do společnosti lidí s podobnými názory. Uvedeny jsou i další vlivy – např. stoupající požadavky na výkonnost, zvýšené nároky na přizpůsobivost.

Mladí lidé často začínají se zneužíváním drog z pouhé zvědavosti, jindy napodobují nějaký vzor nebo jsou k tomu svedeni. První zážitky vedou ke sblížení s partou, která se stává oporou a útočištěm. Postupně se užívání drog stává potřebou až nevyhnutelností a mění se v závislost.

Sociální rizikové faktory:

- Městské prostředí, kde je větší pravděpodobnost nabídky drog.
- Porucha funkce rodiny, kde dítě není citově akceptováno ani vhodně vychovááno.
- Rodiče, kteří nadměrně užívají léky nebo alkohol vytvářejí sociální model způsobu řešení potíží.

- Nižší úroveň vzdělání.
- Zvýšený vliv party, která má své vlastní hodnoty a normy.

(8, 16)

4.4 Provokující a vyvolávající činitele

Krize jakéhokoli charakteru mohou vyprovokovat vznik závislosti: těžká tělesná onemocnění, bolestivé stavy, vývojové krize a krize zrání, krize identity a hodnot, osamění, přetížení nebo podcenění, konkurence a rivalita, krize rolí a stavu, nezaměstnanost či jiná ekonomická nouze - individuální nebo kolektivní krize konjunktury.

(1)

5 Průběh a prognóza

V současné době neexistují spolehlivé údaje o časovém průběhu závislosti. Z dosavadních šetření vyplývá, že asi třetina závislých se stane natrvalo abstinenty. Ostatní závislí si odnášejí více nebo méně silné sociální, tělesné a psychické škody. Předčasná úmrtnost je u závislých vysoká. Závislosti mají tudíž v protikladu k jiným psychickým poruchám spíše horší prognózu.

Proces překonání závislosti spočívá zjevně v negativních důsledcích závislosti. Teprve, když jsou motivy utrpení silnější než motivy k užívání látky a očekávání účinku, dostává se do pohybu uzdravovací proces, který je úzce spojen s motivací postiženého.

(15)

5.1 Stadia závislosti

Vývoj návyku můžeme rozdělit do čtyř fází: euforické počáteční stadium, kritické stadium navykání, stádium návyku a chronické stadium rozkladu.

(3)

5.1.1 Euforické počáteční stadium

V tomto stadiu se s drogou volně nakládá, účinek je téměř jen pozitivní. Ze stran okolí umožňuje konzum drogy snadný přístup ke skupině stejného smýšlení. Postižený se zbavuje úzkosti, prožívá uvolnění, omámení a vzrůstající pocit sebehodnocení. V euforii se často objevuje zvýšené sebevědomí. Problémy se dají potlačit.

(3)

5.1.2 Kritické stadium navykání

Účinek drogy ustupuje, stává se nutností zvyšování dávek a častější konzum. K tomu přistupuje již zmíněné zvyšování tolerance, což znamená, že je potřeba konzumovat více látky. Tato fáze je nebezpečná, protože po ní není cesty zpět bez pozdních následků. Tělo přestaví svou látkovou výměnu a hledá možnosti, jak se látek opět zbavit. Orgány jsou po této fázi vždy nějak poškozeny. Nejprve je postižen mozek, dostávají se poruchy koncentrace, pozornosti a schopnosti zapamatování. Typickým znakem jsou "poruchy najít slova", nápadné to je nevhodnými přestávkami v řeči a odpovědích. V této fázi mohou nastávat první konflikty v zaměstnání a ve škole. Všechny styky se zužují stále více na ostatní konzumenty drog. Dochází k finančním potížím, dluhům a začátku obchodování s drogami. U jednotlivců se zvětšuje propast mezi ideálním a reálným obrazem sebe sama. Také ubývá schopnosti snášet nepříjemné pocity,

jako je napětí, úzkost nebo bolest.

(3)

5.1.3 Stadium návyku, respektive závislosti

Na základě ještě většího vývoje tolerance dochází ke značnému zvyšování dávek. Nastává ztráta kontroly nad užíváním narkotik. Vztahy v okolí se vždy rozpadají. Ve škole a v zaměstnání to jde z kopce. Závislí často dostávají výpovědi v práci. Jednotlivec vykazuje psychické a tělesné abstinenci symptomy. Nic už není tak důležité jako droga. Nápadné jsou změny osobnosti, jako náladovost, podrážděnost, agresivita, sebelítost. Dochází k úbytku tělesné i duševní výkonnosti. Dále dochází k úbytkům na váze. Se ztrátou váhy je spojeno i snížení imunity, což může vést k mnoha onemocněním.

(3)

5.1.4 Chronické stadium rozkladu

Snášlivost na drogu značně ubývá. Dochází k poškození orgánů - játra už nemohou odbourávat jedovaté substance, ledviny je nemohou vylučovat. Projevují se postupující procesy tělesného rozkladu jako cirhózy jater, žaludeční vředy nebo poškození centrální nervové soustavy. Následuje rozpad osobnosti, postižený se stává lhostejným, povrchním, neumí se už radovat, dochází k duševnímu úpadku. Okolí člověkem v tomto stadiu pohrdá.

(3)

6 Terapie

V drogové problematice se pojem léčba (terapie) užívá v širším významu pro odbornou práci s klientem. Léčebný proces je směřovaný k abstinenci klienta. Léčení používá různých metod od farmakoterapie přes poradenství, sociální práci až po individuální či skupinovou psychoterapii.

Závislosti na užívání drogy se nemůže narkoman zbavit sám, potřebuje pomoc odborníků. Radu i pomoc poskytují střediska pro drogově závislé. Pro léčbu závislých existuje možnost léčby na specializovaném oddělení psychiatrické léčebny, dále v různých terapeutických komunitách atd. Nejdůležitější podmínkou k úspěšné léčbě je motivace závislého člověka.

(16, 18)

6.1 Motivace závislých k terapii

Postiženému zůstává závislost dlouhou dobu skrytá. Iluze kontroly však v průběhu onemocnění kolísá, zvláště pokud se vyskytne krizové vyhocení v sociální nebo tělesné oblasti (např. rozbití rodiny, ztráta zaměstnání, vznik onemocnění v důsledku užívání drogy). V této situaci může závislý vytušit, že něco není v pořádku. Právě v této době je důležité nemocnému nabídnout přiměřenou pomoc, která nesmí spočívat v nápravě sociálních nebo somatických škod, ale v informaci, že tyto potíže jsou důsledkem závislosti a řešení je možné pouze v případě, pokud je postižený připraven něco se závislostí dělat.

Závislí jsou vůči terapii ambivalentní, neboť podněty utrpení a očekávání změn musí být vyvážené s odřeknutím si psychoaktivní látky a vysazení s důsledky abstinence. Nepostačí tedy podnět k tomu, aby závislý omezil nebo se vzdal psychoaktivní látky, ale musí se přidat další podněty ke změně, jako jsou např.:

- Poznání a uznání nutnosti změny.
- Uznání potřeby pomoci.
- Akceptování nabízené pomoci.
- Náhled na nutnost všeobecné změny života.

Motivace k terapii může být chápána jako proces. V terapeutickém procesu je ústředním prvkem podpora motivace ke změně.

(15)

6.2 Cíle terapie

Cíle terapie můžeme rozdělit do následujících stupňů:

- Detoxifikace.

- Motivace a příprava dalších terapeutických kroků.
- Budování alternativních životních plánů (odvykání).
- Modifikace sociálních a tělesných důsledků závislosti (harm reduction).

(15)

6.3 Místa léčby

Podle typu rozlišujeme léčbu ambulantní a rezidenční (pobytovou). Podle délky může být léčba krátkodobá, střednědobá a dlouhodobá. Na základní léčebný program by měla navazovat následná péče, která pomůže klientovi obstát v životě po léčbě a zvyšuje efekt léčby.

(18)

6.3.1 Ambulantní terapie

Jedná se o léčbu, která probíhá bez vyčlenění klienta z původního prostředí. Podstatná část léčby závislých probíhá v odborných ambulancích, kam klient pravidelně dochází. Délka léčby a frekvence docházení se může v různých typech zařízení lišit. V ČR nabízí ambulantní péči AT poradny, jsou to ambulantní psychiatrická zařízení, která se zaměřují na alkoholové a drogové závislosti. Klient dochází po dohodě s lékařem dvakrát či třikrát týdně do poradny na pohovor, v případě krizové intervence může být kontakt častější. Existují také ambulantní skupiny, které se jednou týdně (i častěji) schází. Tyto skupiny fungují buď v rámci některého terapeutického zařízení nebo jako svépomocné skupiny. V současnosti v ČR probíhají skupiny Anonymní alkoholici (AA) a Anonymní narkomani (AN). Další podobou ambulantní léčby je denní stacionář, kde klient navštěvuje každý den léčebný program, který je od rána do odpoledne. Klient tráví v léčebně část dne, kdy se účastní skupinové terapie, individuálních pohovorů atd. Na rozdíl od pobytové léčby se večer vrací domů. Ambulantní terapie je vhodná pro klienty, kteří mají dobré rodinné a sociální zázemí. Úkolem odborné ambulance je vedle poradenství, zvyšování motivace pro hospitalizační léčbu a navrhování nucené léčby, také nabízení ambulantní léčby. Na počátku terapie by se měl navázat vztah s dostatkem důvěry k terapeutovi. Později může pacient navštěvovat i skupinovou terapii, která se jeví zvláště vhodná. Do skupinové terapie je vhodné zahrnout rodinné příslušníky. Za úspěšnou se považuje léčba až od délky tří měsíců.

(15, 18)

6.3.2 Pobytová léčba (rezidenční léčba, ústavní léčba)

Jde o léčebné programy, při nichž žije klient v chráněném prostředí léčebného zařízení. Tento typ léčby se snaží vytvořit pozitivní prostředí bez drog, vytváří jasný režim a pravidla pobytu a využívá různé terapeutické metody např. skupinovou a individuální psychoterapii, pracovní

terapii, součástí jsou i aktivity pro volný čas a poradenství v sociálně právních problémech. Tento typ léčby je vhodný pro klienty, kteří nejsou schopni abstinovat v původním prostředí a je pro ně nezbytné na nějakou dobu toto prostředí opustit a stabilizovat se.

Krátkodobá hospitalizace: probíhá na psychiatrickém oddělení nemocnice nebo v psychiatrické léčebně. Vedle intenzivní péče u stavů ohrožujících na životě je nutné specializované oddělení pro alkoholiky, toxikomany a závislé na lécích, které slouží k motivování pro dlouhodobější terapii a ke krátkodobé terapii na skupinové bázi v trvání čtyř až osmi týdnů. Dá se tak předejít ztrátě kontaktu s rodinou a ztrátě zaměstnání. Je zde nutná následná ambulantní péče.

Střednědobá hospitalizace: probíhá na odborném oddělení pro závislosti v příslušných léčebnách v délce šesti měsíců.

Dlouhodobá hospitalizace: každá léčebna potřebuje dlouhodobé rehabilitační zařízení pro nemocné se závislostí, protože znovuzачlenění do společnosti je možné i po letech.

(15, 18)

6.3.3 Terapeutická komunita

Tyto komunity vznikaly v USA po druhé světové válce. Komunity poskytují střednědobou léčbu (od několika týdnů do zhruba čtyř měsíců) a jejich součástí je aktivní podíl pacientů na léčení, vytvoření dobré komunikace na všech úrovních, podíl na rozhodování, kolektivnost a využívání sociálního učení, při kterém dostává člen komunity bezprostřední informaci o tom, jak působí jeho chování na druhé.

Podle Kratochvíla je terapeutická komunita zvláštní formou intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti, většinou různého věku, pohlaví a vzdělání, spolu určitou dobu žijí a kromě skupinových sezení sdílejí další společný program, s pracovní a jinou různorodou činností, což umožňuje, aby do tohoto malého modelu společnosti promítali problémy ze svého vlastního života, zejména své vztahy k lidem. Komunita je terapeutická proto, že kromě uvedené projekce umožňuje též zpětné informace o maladaptivním chování. Komunita má umožnit korektivní zkušenost a podporuje nácvik vhodnějších adaptivnějších způsobů chování. V terapeutické komunitě se klade důraz nejen na problematiku závislosti, ale léčba se zaměřuje také na řešení dalších problémů klienta, se kterými se v průběhu léčby vyrovnává a řeší, zdůrazněna je odpovědnost a samostatnost klienta.

(12, 15, 18)

6.4 Průběh léčby

Ústavní léčení probíhá ve dvou stupních. První stupeň zahrnuje detoxifikaci, která by měla trvat zpravidla čtrnáct dní. Doplnkem k tělesné detoxifikaci je motivace k terapii. Kvalifikovaná

odvykací léčba neslouží pouze tělesné detoxifikaci, ale je také ve službách harm reduction jako:

- prevence HIV a dalších infekcí stejně jako léčba již stávajících infekcí
- pomoc k osvobození se z drogové kriminality a prostituce
- podpora při psychosociální integraci

(15)

6.4.1 Detoxifikační léčba

Probíhá převážně na specializovaných odděleních velkých psychiatrických klinik. Na detoxifikační léčbu navazuje v jednotlivých případech odvykací léčba, která se většinou protáhne na více měsíců. Jejím cílem je příprava na trvalou abstinenci. Většinou se přitom využívá kromě prvků edukace a podílu na svépomocných skupinách řada terapeutických metod.

(15)

6.4.2 Farmakoterapie

Medikamentózní léčba návykových nemocí by měla být nedílnou součástí celkové léčebné intervence. Farmakoterapii lze rozdělit následujícím způsobem:

- 1, medikace cílená k závislosti
- 2, medikace podávaná k mírnění škod vzniklých při užívání návykové látky

Farmakoterapie se jeví jako nejpřínosnější v kombinaci s psychoterapií či jiným léčebným přístupem.

Farmakoterapie u stimulancí

Akutní intoxikace málokdy vyžaduje farmakologický zásah. Pouze v případě kardiovaskulárních komplikací, především tachykardie, se podávají léky ze skupiny b-blokátorů (např. Trimepranol, Tenormin). Při výrazném neklidu se kromě observace doporučují ke zklidnění benzodiazepinové preparáty (např. Diazepam, Rivotril). U vlastní závislosti ani u většiny doprovodných psychopatologických stavů nemůžeme počítat s větší podporou medikace. Výjimečně lze podpůrně podávat antidepresiva či hypnotika. U psychotické poruchy jsou indikována neuroleptika.

(10)

6.4.3 Psychoterapie

Psychoterapie je odborné užívání psychologických postupů a prostředků při prevenci, léčbě a rehabilitaci poruch zdraví. Je součástí bio-psycho-sociálního přístupu ke zdraví a často zahrnuje do péče nejen klienta samotného, ale i rodinu.

(10)

6.4.3.1 Individuální psychoterapie

Je zaměřená na práci s jednotlivcem, probíhá ve dvou a jejím hlavním prostředkem je rozhovor. Individuální terapie se odehrává v rámci série sezení, délka sezení se liší podle toho jaké psychoterapeutické směry jsou využívány. Rozeznáváme dvě různá zaměření terapeutické práce. Prvním je terapie zaměřená na symptom, jejímž cílem je ovlivnění symptomu. Druhým přístupem je terapie zaměřená na osobní růst. U tohoto přístupu se vychází z předpokladu, že symptom je projevem nerovnováhy a proto je potřeba zaměřit se na celou osobnost a pracovat na jejím růstu. Předpokládá se, že v rámci procesu růstu dojde také k řešení původní symptomatiky. Rozlišujeme několik typů individuální psychoterapie:

- 1, Krizová intervence - má odlišný cíl a setting, jedná se o extrémní formu individuální psychoterapie.
- 2, Podpurná psychoterapie - je zaměřena především na bezprostřední zvládnání zátěže, např. v průběhu pobytu na detoxifikační jednotce. Hlavním cílem je pomoci zvládnout klientovi vysoce zatěžující situace.
- 3, Motivační psychoterapie - hlavním cílem je vhodně připravit a motivovat klienta pro další léčbu.
- 4, Systematická dlouhodobá individuální psychoterapie - způsob práce a přístup je dán psychoterapeutickou školou, ve které má psychoterapeut vzdělání a dále jeho zkušenostmi a schopnostmi.

Individuální psychoterapie je indikována v situaci, kdy je z nějakého důvodu vážně ohroženo zvládnutí standardního léčebného programu u klienta jinak motivovaného tento program podstoupit. Další indikací je zralost a motivovanost klienta, který vstupuje do terapie za účelem osobního růstu.

(10)

6.4.3.2 Skupinová psychoterapie

Jedná se o léčebné působení psychologickými prostředky ve skupině osob, které využívá v různé míře skupinovou dynamiku. Skupinová dynamika je souhrnem skupinového dění a skupinových interakcí, které jsou vytvářeny interpersonálními vztahy a interakcemi členů skupiny spolu s existencí skupiny a silami z vnějšího prostředí. Léčebné působení je cílené na nemoc, poruchu či anomálii osobnosti a má odstranit nebo zmírnit obtíže a podle možnosti odstranit její příčiny. Kratochvíl rozlišuje deset základních účinných faktorů, které se uplatňují ve skupinové psychoterapii. Vedle členství ve skupině je to emoční podpora, moment pomoci druhým, sebeexplorace a sebeprojevování, odreagovávání, zpětná vazba a konfrontace, náhled,

korektivní emoční zkušenost, zkoušení a nácvik nového chování, získání nových informací a sociálních dovedností.

Skupinová psychoterapie je indikována tam, kde je problém klienta spojen s mezilidskými vztahy. Skupinová terapie zaručuje větší nezávislost na terapeutovi a posiluje spíše svépomocnou složku. Člověk je založen sociálně, takže skupina více odpovídá jeho přirozenému prostředí.

(10)

6.4.3.3 Behaviorální psychoterapie

Behaviorální a kognitivně-behaviorální přístupy představují dominantní přístup v léčbě závislostí. Pod pojem behaviorální terapie lze zařadit široké spektrum psychoterapeutických postupů zaměřených na změnu chování klienta. Tyto přístupy vycházejí z předpokladu, že naše chování je naučené v procesu interakce s prostředím. V psychoterapeutickém procesu pak jde o odhalování naučených vzorců chování, hledání mechanismů jakými jsou udržovány, aby následně bylo možné nalézt možnosti a způsoby jak je změnit. Obecně můžeme říci, že cílem terapeutických postupů je změna konkrétního chování, které brání nezávislému fungování člověka. Změna může být na úrovni fyziologické, emocionální, kognitivní i motorické. Kognitivně-behaviorální terapie v sobě integruje ovlivňování myšlení s ovlivňováním chování. Behaviorální postupy jsou dnes využívány poměrně často v různých léčebných systémech a zařízeních pro drogově závislé.

(1, 10)

6.4.3.4 Ostatní psychoterapeutické směry

V současné době u nás patří k nejvíce rozšířeným směrům: hlubinná a dynamicky orientovaná psychoterapie, humanistická psychoterapie, rodinná a systemická psychoterapie, hypnotické a relaxační postupy, integrativní přístup.

(10)

6.5 Třináct principů efektivní léčby závislosti na drogách

„1, Ne každá léčba se hodí pro každého. Pro pacienta je třeba zvolit právě takovou léčbu, která je právě pro něho nejvhodnější.

2, Léčba by měla být rychle dostupná.

3, Léčba by měla reagovat na různé potřeby pacienta, včetně zdravotních, psychologických, sociálních a právních.

4, Léčba by měla být dostatečně pružná a reagovat na měnící se potřeby pacienta.

5, Pro efektivitu léčby je kriticky důležité její trvání (delší léčba přináší obvykle lepší výsledky).

6, Léčba by měla zahrnovat individuální nebo skupinové poradenství a kognitivně-behaviorální postupy.

7, U mnoha pacientů je důležitou součástí léčby podávání vhodných léků.

8, Pacienti, kteří trpí kromě závislosti i jinou duševní chorobou, by měli být integrovaně léčeni pro obojí.

9, Detoxifikace, která pomáhá překonat odvykací stav, je pouze prvním stadiem léčby, avšak sama o sobě

má malý efekt.

10, Efektivní léčba nemusí být dobrovolná. Přijetí léčby, setrvání v ní a její výsledek může často ovlivnit tlak ze strany rodiny, zaměstnavatele nebo úřadu.

11, Během léčby je třeba zjišťovat, zda nedochází k porušování abstinence.

12, Léčba by měla zahrnovat i vyšetření na HIV/AIDS, žloutenku, tuberkulózu a další infekční nemoci, které jsou v populaci závislých častější.

13, Překonávání závislosti může být dlouhodobý proces a může vyžadovat opakované léčby. Účast ve svépomocných skupinách po léčbě zlepšuje výsledky léčby.²

² NEŠPOR K. Návykové chování a závislost : současné poznatky a perspektivy léčby. s. 97-98

7. Metamfetamin

Metamfetamin (pervitin, perník, péčko, piko, peří) patří mezi budivé aminy, do skupiny psychostimulancií.

(9)

7.1 Historie

K objevení této látky došlo při hledání prostředku pro snížení chuti k jídlu. První zástupce – amfetamin byl syntetizován v roce 1887 chemikem Edeleanu, roku 1898 byl získán silnější metamfetamin. Jeho působení bylo popsáno počátkem 20. století. Roku 1910 si britští fyziologové Barger a Dale všimli podobných vlastností amfetaminu a adrenalinu. Ve 30. letech se v Americe používal amfetamin jako prostředek zvyšující bdělost. V roce 1939 byl považován návyk za vyloučený, za necelý rok poté bylo popsáno zneužívání amfetaminu v USA. Ve druhé světové válce nasazovaly všechny armády tento druh látek, které svým účinkem povzbuzovaly aktivitu a potlačovaly bolest a hlad.

(3, 9, 15)

7.2 Charakteristika pervitinu

Pervitin, genericky metamfetamin, chemicky pravotočivý fenylmethylaminopropan je účinnější než amfetamin. Čistý má formu mikrokrytalického bílého prášku bez zápachu, hořké chuti. Na černém trhu je často zbarven do žluta nebo do fialova, protože obsahuje zbytky látek používaných při domácí výrobě. Výchozí látkou je efedrin, k výrobě se používá louh, červený fosfor.

(9)

7.3 Epidemiologie

V současné době je zneužívání metamfetaminu rozšířeno zejména v Japonsku a dalších státech Jihovýchodní Asie, v Austrálii, na Novém Zélandu, v oblasti Tichého oceánu, v Jižní Africe a dále pak na západním pobřeží Spojených států. Na celém světě metamfetamin nebo amfetamin pravidelně zneužívá 35 miliónů lidí oproti 15 miliónům osob zneužívajících kokain nebo 10 miliónům lidí, kteří si aplikují heroin. Výroba metamfetaminu je relativně levná a jednoduchá, chemikálie pro jeho přípravu jsou všeobecně dostupné. V České republice v roce 2006 bylo přibližně 20 000 problémových uživatelů metamfetaminu.

(6)

7.4 Aplikace, dávkování pervitinu

Pervitin se aplikuje ústy, šňupáním, nitrožilně (v České republice nejčastější způsob aplikace). Běžné dávky se pohybují od 50 do 250 mg. U nitrožilní aplikace nastupuje účinek ihned, u šňupání za 5 -10 minut, při užití per os (úst) do 1 hodiny. Hlavní příznaky intoxikace zmizí za 8 – 24 hodin. Z těla se vylučuje močí po řadu dní. Biologický poločas je 12 – 24 hodin. Průkaz v moči laboratorními metodami je možný po 2. – 14. dnech.

(9)

7.5 Mechanismus účinku

V centrální nervové soustavě pervitin zvyšuje koncentraci mediátorů – monoaminů (serotoninu, noradrenalinu a dopaminu) v interneuronálních synapsích. Dochází k jejich zvýšenému vylučování, dále pak ke snížení zpětného vychytávání monoaminů. Psychostimulancia také blokuje jejich biotransformaci a podílí se na vytváření p-hydroxynorefedrinu, který působí jako falešný mediátor. Po odeznění efektu dochází k nedostatku neuromediátorů a to je příčinou nepříjemného stavu, tzv. „dojezdu“.

(9)

7.6 Účinky

Metamfetamin je psychomotorické stimulant. Zřetelně ovlivňuje motoriku, ale i psychické funkce – užití vede k euforii, snižuje únavu, navozuje stereotypní chování, působí nechutenství, uvolňuje v těle zásoby energie, zvyšuje výkonnost celého organismu. Urychluje psychomotorické tempo, způsobuje motorický neklid. Zvyšuje krevní tlak a tep, stoupá dechová frekvence. Zorničky jsou rozšířené. Zvyšuje pohotovost ke křečím. Ustupuje pocit únavy, organismus pracuje s vypětím sil až do úplného vyčerpání.

Pervitin urychluje tok myšlenek, často však na úkor kvality. Zvyšuje pozornost a soustředěnost. Odstraňuje zábrany a zlepšuje schopnost empatie. Nastupuje euforie, pocit sebejistoty a rozhodnost. Není potřeba spánku. Působí anxiogenně – může navodit pocit strachu a úzkosti. Po odeznění účinku se dostavuje fáze deprese s pocitem vyčerpání a celkovou únavou.

(9)

7.7 Akutní intoxikace

Při prvním požití často bolest v čele, úzkost. Akutní intoxikace se projevuje silným drážděním sympatiku, neklidem, hyperaktivitou, bolestí hlavy, mydriázou, tachykardií s arytmiemi, hyperreflexií, vzestupem tělesné teploty, někdy křečemi a deliriem. Předávkovaný pociťuje silné

bolesti na hrudi, může na několik hodin upadnout do bezvědomí.

(9)

7.8 Chronická intoxikace

Jako následek chronického užívání mohou vznikat organické mozkové psychosyndromy doprovázené demencí. Závislý je neklidný, pociťuje napětí, předrážděnost, poruchy spánku, úzkost, panikaření, nevolnost, zvracení, sucho v ústech. Při dlouhodobém užívání se dostavuje celková sešlost z podvýživy, třes, bolesti u srdce, bolesti kloubů, zvýšení šlachových a okosticových reflexů, široké nereagující zorničky, krvácení v plicích, játrech, ve slezině.

Psychické komplikace: halucinace, strach, neklid, vztahovačnost, deprese, sebevražedné tendence, podezíravost, chorobná žárlivost, stavy zmatenosti, poruchy paměti, neschopnost koncentrace.

(9)

7.9 Toxická psychóza

Dlouhodobé užívání psychostimulancií může vést k toxické psychóze. Může ji však vyvolat i jednorázová vysoká dávka. Stav se objevuje pod obrazem paranoidního nebo paranoidně-halucinatorního syndromu („stíha“). Psychóza se rozvíjí pozvolna, začíná senzitivní vztahovačností, zpočátku je přítomný náhled, který později mizí. Hlavní rysy rozvinuté toxické psychózy jsou: zřetelné paranoidní myšlenky, že klientovi chce někdo ublížit, zřetelné postižení nálady, zrakové, sluchové a taktilní halucinace. Klinický obraz je mnohdy neodlišitelný od schizofrenie. Rozvinutá toxická psychóza je indikací k hospitalizaci, velmi dobře reaguje na antipsychotickou léčbu.

(9)

7.10 Odvykací syndrom

Odvykací syndrom je pouze psychický. Zdravotní a sociální rizika: riziko vzniku závislosti je značné. Má následující rysy – rychle vznikající psychický návyk, nepřítomnost fyzické závislosti, rychlý vzestup tolerance. Uživatel pervitinu může mít delší dobu dojem, že má drogu pod kontrolou.

(9)

8 Geny a závislost

U lidí, stejně jako u zvířat, jsou všechny aspekty užívání nejrůznějších látek způsobující závislost ovlivňovány geneticky. Geny mohou ovlivnit zda člověk bere drogy a také to, jak na něj drogy působí.

(4)

8.1 Závislá osobnost

Mnozí odborníci jsou dnes přesvědčeni, že něco takového jako „závislá osobnost“ je mýtus. V určitém smyslu mají pravdu, protože neexistuje jeden osobnostní profil, který by se hodil na všechny druhy závislosti. Ve skutečnosti má větší vliv droga na osobnost než osobnost na drogu. Jsou však určité základní rysy osobnosti, které se u závislých znovu projevují. Pozorováním těchto rysů lze poznat, že závislost je proces, který má svůj vlastní řád a logiku. Různé osobnostní rysy hrají důležitou roli v různých stádiích závislosti.

(4)

8.1.1 „Iniciace“

Prvním krokem ke vzniku závislosti je začít – dát si první skleničku, pilulku, zapálit si první cigaretu atd. Odborníci nazývají tento první nezbytný krok „iniciace“. Osobnostní rys, který se s největší pravděpodobností podílí na tom, že někdo poprvé užije drogu, je vyhledávání nového.

Vyhledávání nového (NS, novelty seeking) je termín použitý psychiatrem Robertem Cloningerem. Je to geneticky podmíněný povahový rys, který zahrnuje touhu po něčem novém, nesnášení monotónnosti a nedostatek zábran. Jedná se o vrozenou tendenci směrem k intenzivnímu vzrušení při odpovědi na nové podněty. Vysoký skór se vysvětluje jako excitabilita, explorativnost, zvědavost, impulzivita, netolerance k monotónnosti. Nízký skór jako rezervovanost, oddanost, přemýšlivost a pomalé tempo. Studie zjistily, že NS není závislé na náladě a úzkosti. Vysoké NS v dětství ve spojení s nízkým harm avoidance (vyhýbání se nebezpečí) a reward dependence (závislost na odměně) předikuje alkoholovou a drogovou závislost. Tento povahový rys je nejsilnější pohnutkou pro první požití návykových látek.

(4, 13)

8.1.2 „Udržování“

Další stadium závislosti spočívá v neustálém užívání drogy a nazývá se „udržování“. Když někdo vyzkouší drogu, neznamená to, že ji bude užívat stále. Otázkou je, proč lidé stále užívají

látky, které jsou nezdravé a do určité míry společností zavrhané. Zdá se, že zde hraje důležitou roli úzkost a deprese. Úzkost a deprese jsou aspekty geneticky ovlivňovaného povahového rysu zvaného vyhybání se ohrožení. Úzkostliví lidé mohou pravidelně užívat alkohol a drogy, aby zamaskovali nebo utlumili své negativní pocity. Když poznají, že např. amfetaminy zlepšují jejich náladu, mohou pak tyto drogy užívat stále. Paradoxně mohou brát tyto látky i tehdy, kdy je jejich užívání samo zdrojem deprese nebo úzkosti.

(4)

8.1.3 „Ukončování“

Poslední fází procesu závislosti je skoncování, nebo eventuálně neskoncování s drogou. Této fázi se říká „ukončování“. Znamená to úmyslné a cílevědomé skoncování s vžitým návykem nebo závislostí, je to něco jiného než pouhé přerušování. Úmyslně ukončit návyk je obtížné, daří se to jen malému procentu závislých na návykových látkách, kteří to zkusí. Nejdůležitější osobnostní vlastností pro skoncování se závislostí je sebezaměření., což je spíše naučený charakterový rys než vrozená povahová vlastnost. Sebezaměření znamená rozvíjet dobré návyky, mít jasné životní plány, jednat v souladu s nimi a umět si odepřít okamžité potěšení. Souvisí se svědomitostí, ta vyžaduje umět zacházet s vlastní touhou a ovládat nutkání. Se svědomitostí je spojeno rozvažování, tendence důkladně promýšlet své jednání..

(4)

8.2 Mozek pod vlivem drog

Závislost nemusí být znakem bezcharakternosti, psychopatologie nebo nemoci související se společenskými a ekonomickými faktory. Závislost je spíše mozkovou poruchou způsobenou chemickými látkami, které ovlivňují chování. Lidé se stanou závislími na drogách z toho důvodu, že drogy změň jejich mozek.

Asi nejspolehlivější důkazy o fungování závislosti poskytují výzkumy zvířat. Když byli potkani postaveni před dvě krmítka, v nichž byl v jednom kokain a v dalším voda a potrava, chodili nejprve potkani k oběma krmítkům. Po krátkém čase, ale začali potkani krmítko s potravou ignorovat a chodili už jen přímo ke kokainu. Dělalí to tak dlouho, dokud nezemřeli. Stejně jako závislí lidé obětovali zájem o svůj život za slast, kterou přinášela droga jejich mozku.

Přestože jednotlivé drogy působí na mozek různě, u většiny se projevuje stejný mechanismus, aktivují nucleus accumbens, oblast spojenou s limbickým systémem, sídlem emocí. Drogy působí na spoje mezi středním a předním mozkiem, což je ideální místo na spojení příjemných pocitů s určitým způsobem chování. Psychoaktivní látky měň funkci tzv. systému odměny, tento

neuronální systém vystupuje z černé substance a středního mozku. Vlákna neuronů této oblasti směřují do spodní přední části bazálních ganglií, která se jmenuje nucleus accumbens. Hlavním nervovým přenašečem této části je dopamin. Přirozenými, evolucí danými podněty jsou pro živočichy např. vzduch, potrava sexuální partner, bezpečí atd. Jakmile získá např. žíznivý živočich vodu, je funkcí tohoto systému „odměněn“, objeví se přechodný pocit blaha. Chemické látky vyvolávající závislost tento systém aktivují, často výrazněji než přirozené podněty. Mění jeho činnost na systémové, buněčné i molekulární úrovni. Opatří přechodný pocit blaha.

Anna Rose Childres a její kolegové na pensylvánské univerzitě zkoumali lidi, kteří se léčili ze závislosti na kokainu. Když závislí drželi v ruce dýmku na crack, jejich mozky byly snímány pozitronovým tomografem. Zvýšenou aktivitu prokazovala mezolimbická dopaminová oblast procházející prefrontální oblastí dolů skrze amygdalu. Je známo, že nucleus accumbens je součástí této mozkové oblasti. Pouhá představa stačila závislým k tomu, aby byl vzrušen jejich drogou pozměněný mozek.

Když závislí nebrali zhruba po dobu jednoho měsíce drogu, jejich mozek se změnil. Dopaminová oblast zchladla, nebyla zde rozpoznatelná téměř žádná aktivita. Buňky byly po dlouhou dobu zaplavovány velkým množstvím dopaminu a ztratily svoji normální citlivost. Znamenalo to, že i když hladina dopaminu v mozku byla normální, závislí pociťovali jeho nedostatek, protože jejich mozek byl znečitlivělý. Mozek potřeboval více dopaminu, aby bylo dosaženo normálních pocitů, proto se závislí lidé stále dožadují drog. Mozek se cítí normálně jen pokud je chemicky pozměněn. Změny v mozku naštěstí nejsou obvykle trvalé. Tak jako droga může změnit strukturu mozku a vytvořit závislost, tak může i vysazení drogy vrátit mozek do původního stavu.

(4, 17)

8.3 Geny závislosti

Každý mozek se může stát závislým, ale některé mozky jsou k tomu z genetických důvodů náchylnější. Neexistuje pouze jediný „gen závislosti“. Geny neovládají závislost, ale spíše reakce na určitou látku, jaké množství látky se dá snést a do jaké míry ovlivňuje chování jedince.

K. Blum, J. G. Cull, E. R. Braverman a D. E. Comings našli souvislost mezi výskytem určité genetické varianty a poruchami chování, jako je např. nadužívání alkoholu, drogová závislost, kouření, nutkavé přejídání, patologické hráčství apod. Autoři jsou přesvědčeni, že tyto poruchy mají společného biologického jmenovatele: „hardwarový“ systém v mozku, který je původně určen k potěšení z odměny, které se dostává při určitém chování.

Živočich pozitivně reaguje na bezpečí, teplo a plný žaludek. Jestliže jsou tyto potřeby ohroženy nebo se jich nedostává, pociťuje úzkost a nepohodu. Vrozená chemická nerovnováha,

kteřá naruší mezibuněčné předávání signálů v mozku právě při tomto procesu „odměny“, může vyústit v pocity hněvu, úzkosti či lačnění po něčem, co může zmírnit tyto negativní emoce. Tato chemická nerovnováha je na pozadí jedné nebo několika poruch chování, kterým Blum říká syndrom narušené závislosti na odměně (RDS, reward deficiency syndrom). Tento syndrom se může vyskytovat od mírné až po těžkou formu a může být důsledkem biochemicky dané neschopnosti jednotlivce prožít uspokojení z běžných každodenních činností. Blum a spol. jsou přesvědčeni, že objevili alespoň jednu genetickou odchylku, která vede ke změně těchto libostních okruhů v mozku. Je to variantní podoba genu pro receptor D2 (pro neuropřenašeč dopamin), která se označuje alela A1. Autoři původně zjistili vysoký výskyt této alely u lidí, kteří měli problémy s alkoholem. Později zjistili, že tato alela je spojena s celou škálou impulzivního, kompulzivního a adiktivního chování (impulzivní můžeme chápat jako nevypočitatelné, kompulzivní jako vtíravě rituální a adiktivní jako závislostní na látkách). Koncept RDS sdružuje tyto poruchy a poskytuje vysvětlení, jak jednoduchá genetická anomálie může podnítit poměrně složité odchýlné chování.

(7)

9 Pojmosloví

9.1 Abstinenční příznaky

Dostavují se při náhlém vysazení drogy a projevují se opačnými účinky, než jaké přísluší droze.

(14)

9.2 Akutní intoxikace

O akutní intoxikaci mluvíme tehdy, dají-li se prokázat jasné známky aplikace látky v blízké minulosti. Příznaky intoxikace musí být v souladu se známým účinkem látek a nelze je vysvětlit tělesným onemocněním nezávislým na užití látky. Akutní intoxikace je přechodný stav po užití látky vedoucí k poruchám na úrovni vědomí, poznávání, vnímání, emotivity, chování nebo jiných psychofyzilogických funkcí a reakcí.

(5, 12)

9.3 Droga

Je to souhrnný pojem pro látky, které ovlivňují mozkové funkce, respektive jednání.

(1)

9.4 Návyk

Tvoří jej farmakologicko-fyziologický proces spolu s uvolňujícím psychosociálním procesem tvorby zvyku.

(1)

9.5 Návyková látka

Jde o označení pro látky s rizikem vzniku závislosti.

(14)

9.6 Odvykací syndrom

Ke stanovení této diagnózy je nutné nedávné vysazení či redukce látky po opakovaném nebo dlouhodobém užívání a to, aby byly příznaky v souladu se známými známkami odvykacího syndromu. Příznaky by neměly být vysvětlitelné jinou organickou poruchou nebo psychickým onemocněním.

(12)

9.7 Škodlivé užívání (abúzus)

Škodlivé užívání je požívání drogy v nadměrných dávkách, je to předstupeň závislosti. Jde o vzorec užívání, který poškozuje tělesné nebo duševní zdraví.

(5, 12)

9.8 Toxikomanie (závislost)

Je to stav chorobného lpění na opakovaném kontinuálním přijímání centrálně působící euforizující látky.

(14)

9.9 Účelové zneužívání určité látky

Svědčí o přechodu k závislosti, např. analgetika pro vyvolání euforie.

(1)

9.10 Zvyšování tolerance

Je podmíněno návykem na buněčné úrovni, zrychlením enzymatického odbourávání, zpomalením resorpce ve střevě a ukládáním látky v tkáních. Organismus získá schopnost snést vzrůstající dávky jedu. Tolerance je postupné snižování účinku stejně vysokých dávek drogy aplikovaných opakovaně. Pro dosažení účinků původní intenzity je nutné dávky drogy zvyšovat.

(1 ,14)

II. Výzkumná část

10 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

10.1 Hlavní cíl

Zjistit prediktory, které vedou k úspěšné ústavní odvykací léčbě závislosti na metamfetaminu.

10.2 Dílčí cíle

1. Zjistit, zda demografické údaje (pohlaví, věk a vzdělání) ovlivňují úspěšnost ústavní odvykací léčby.
2. Zjistit, zda je jednoroční abstinence predikována dokončením odvykací léčby.
3. Zjistit, zda souvisí jednoroční abstinence s psychologickou vlastností „vyhledávání nového“.
4. Zjistit, zda kvalita života souvisí s úspěšností odvykací léčby.

10.3 Výzkumné otázky

1. Je úspěšnost ústavní odvykací léčby závislosti na metamfetaminu ovlivněna pohlavím?
2. Je úspěšnost ústavní odvykací léčby závislosti na metamfetaminu ovlivněna věkem?
3. Je úspěšnost ústavní odvykací léčby závislosti na metamfetaminu ovlivněna vzděláním?
4. Je jednoroční abstinence predikována dokončením ústavní odvykací léčby závislosti na metamfetaminu?
5. Ovlivňuje psychologická vlastnost „vyhledávání nového“ jednoroční abstinenci?
6. Jak souvisí kvalita života s úspěšným dokončením ústavní odvykací léčby?

11 Metodika výzkumu

11.1 Metoda výzkumu

Výzkum má dvě části. V první části výzkumu jsem zkoumala údaje, které jsem získala z databáze uživatelů pervitinu Psychiatrické kliniky v Hradci Králové.

Druhou částí je hodnocení kvality života. K hodnocení kvality života jsem použila dotazník WHOQOL-BREF (viz. příloha A).

11.2 Studium elektronické databáze

V první části výzkumu jsem hodnotila souvislost úspěšně ukončené ústavní odvykací léčby s demografickými údaji, psychologickou vlastností „vyhledávání nového“ a jednoroční abstinencí. Podklady jsem získala v databázi uživatelů pervitinu. V této databázi jsou shromážděné údaje o uživatelích metamfetaminu od roku 2005 do současnosti. Údaje jsou získány z Léčebny návykových nemocí Nechanice.

11.3 Dotazník WHOQOL-BREF

Druhou část výzkumu jsem prováděla za pomoci dotazníku WHOQOL-BREF. Tento dotazník se skládá z šestadvaceti otázek, z nichž čtyřadvacet zastupuje facety a dvě položky jsou samostatným hodnocením celkové kvality života a celkového zdravotního stavu. Všechny otázky jsou uzavřené, respondent kroužkuje u každé otázky číslo stupnice (1-5), které nejvíce vyhovuje jeho odpovědi.

V úvodu dotazníku jsem se představila a ujistila respondenty, že dotazník je anonymní. Dotazník jsem doplnila o identifikační údaje – věk, pohlaví respondentů, diagnózu a délku pobytu v léčebně.

11.4 Vyhodnocení dotazníku WHOQOL-BREF

Výsledky WHOQOL-BREF se vyjadřují v podobě čtyř doménových skórá a průměrných hrubých skórá dvou položek hodnotících celkovou kvalitu života (Q1) a zdravotní stav (Q2).

Q1 odpovídá otázce: Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?

Q2 koresponduje s otázkou: Jak jste spokojen/a se svým zdravím?

Průměrné hrubé skóry domén jsou standardizované průměrné hodnoty položek příslušných ke každé doméně.

11.4.1 Doména 1 – Fyzické zdraví

Průměrný hrubý skór se počítá ze sedmi položek (q3, q4, q10, q15, q16, q17 a q18), kdy q3 je otázka: Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?

q4 odpovídá otázce: Jak moc potřebujete lékařskou péči abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?

q10 je otázka: Máte dost energie pro každodenní život?

q15 je otázka: Jak se dokážete pohybovat?

q16 odpovídá otázce: Jak jste spokojen/a se svým spánkem?

q17 je otázka: Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?

q18 je otázka: Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?

Vzorec pro výpočet: $=\text{PRŮMĚR}((6-C2);(6-D2);J2;O2;P2;Q2;R2)*4$

11.4.2 Doména 2 - Prožívání

Průměrný hrubý skór se počítá ze šesti položek (q5, q6, q7, q11, q19 a q26).

q5 se shoduje s otázkou: Jak moc Vás těší život?

q6 odpovídá otázce: Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?

q7 je otázka: Jak se dokážete soustředit?

q11 koresponduje s otázkou: Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?

q19 je otázka: Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?

q26 odpovídá otázce: Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?

Vzorec pro výpočet: $=\text{PRŮMĚR}(E2;F2;G2;K2;S2;(6-Z2))*4$

11.4.3 Doména 3 – Sociální vztahy

Průměrný hrubý skór se počítá ze tří položek (q20, q21 a q22).

q20 je otázka: Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?

q21 odpovídá otázce: Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?

q22 odpovídá otázce: Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?

Vzorec pro výpočet: $=\text{PRŮMĚR}(T2;U2;V2)*4$

11.4.4 Doména 4 - Prostředí

Průměrný hrubý skór se počítá z osmi položek (q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24 a q25).

q8 odpovídá otázce: Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?

q9 je otázka: Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?

q12 je otázka: Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?

q13 koresponduje s otázkou: Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?

q14 je otázka: Máte možnost věnovat se svým zálibám?

q23 se shoduje s otázkou: Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?

q24 je otázka: Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?

q25 odpovídá otázce: Jak jste spokojen/a s dopravou?

Vzorec pro výpočet: $=\text{PRŮMĚR}(H2;I2;L2;M2;N2;W2;X2;Y2)*4$

Skóry byly tvořeny za pomoci počítačové aplikace EXCEL.

U položek q3, q4 a q26, bylo nutné ve výpočtu otočit škály, proto jsou ve vzorci odečteny od čísla šest.

Rozpětí hrubého skóru u domén se pohybuje od minima 4 do maxima 20, přičemž vyšší hodnota poukazuje na lepší kvalitu života.

(2)

11.5 Zkoumaný vzorek

Zkoumaný vzorek tvořili klienti, kteří během výzkumu podstupovali nebo v minulosti podstoupili ústavní odvykací léčbu závislosti na metamfetaminu. Věk ani pohlaví respondentů nemělo vliv. Rozhodující byla diagnóza – klienti, kteří vyplňovali dotazník měli diagnózu F15 – užívání jiných stimulancií včetně kofeinu nebo F19 - užívání více drog a jiných psychoaktivních látek (kdy mezi užívanými drogami musel být i pervitin). Klienti z databáze uživatelů pervitinu měli všichni diagnózu F15.

Z databáze uživatelů pervitinu jsem získala informace o 43 klientech. Z toho je 30 mužů a 13 žen. Průměrný věk je 24 let.

Dotazník kvality života vyplnilo 13 mužů a 8 žen. Průměrný věk respondentů byl 26 let.

11.6 Vlastní výzkum

Z databáze uživatelů pervitinu jsem získala údaje o třiačtyřiceti klientech.

Dvacet dotazníků kvality života jsem dala v říjnu roku 2008 do Léčebny návykových nemocí Nechanice personálu, který jsem poprosila o rozdání dotazníků klientům. V půlce února roku 2009 jsem si dotazníky vyzvedla. Dotazníků se mi vyplněných vrátilo pouze osm.

Vzhledem k malé návratnosti dotazníků jsem ještě v únoru třicet dotazníků rozdala v psychiatrické léčebně v Jihlavě. V Jihlavě jsem získala dalších třináct vyplněných dotazníků.

Celkem se mi z padesáti dotazníků vrátilo vyplněných jednadvacet, tedy návratnost byla 42%. Myslím si, že důvodem nedostatečné návratnosti je především nízký počet klientů léčených pro

závislost na pervitinu a neochota některých klientů dotazníky vyplňovat. Všechny vrácené dotazníky byly vyplněny správně, nemusela jsem tedy žádný vyřadit.

11.7 Vysvětlivky absolutní a relativní četnosti

n_isymbol pro vyjádření absolutní četnosti

f_isymbol pro vyjádření relativní četnosti

Suma (Σ).....celkový součet

Vzorec pro výpočet relativní četnosti vyjádřené v procentech:

f_i (%) = počet n_i * 100 / výzkumný vzorek

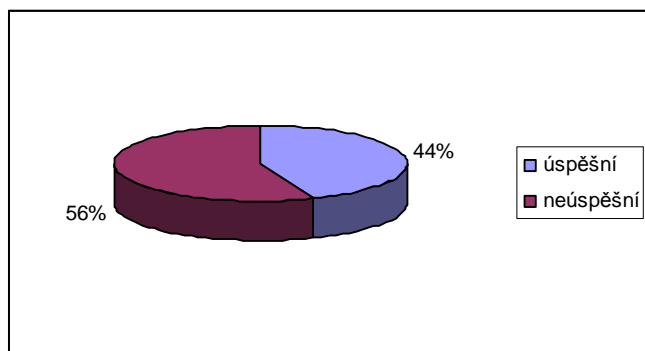
12 Výsledky výzkumu a jejich analýza

12.1 Elektronická databáze

12.1.1 Úspěšnost

Tab. 1 Úspěšnost

	n_i	f_i (%)
úspěšní	19	44
neúspěšní	24	56
Σ	43	100



Obr. 1 Graf úspěšnosti

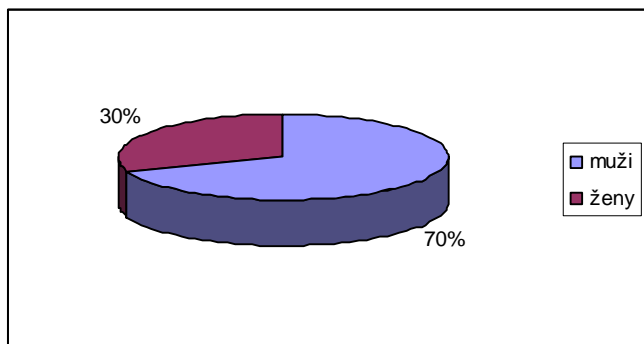
Kritériem úspěšnosti je roční abstinence po ukončení léčby. Z celkového počtu 43 osob je úspěšných 19 (44 %). 24 (56 %) klientů nelze považovat za úspěšné. (viz. tab. a obr. č. 1)

Zda klienti abstínují, se zjišťuje pomocí dotazníku.

12.1.2 Pohlaví

Tab. 2 Pohlaví

	n_i	f_i (%)
muži	30	70
ženy	13	30
Σ	43	100



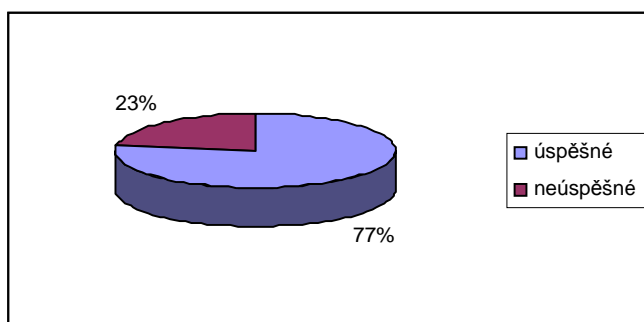
Obr. 2 Graf - pohlaví

Ve výzkumu jsem hodnotila údaje 43 klientů, z toho většinu tvořili muži. Muži tvořili 70 %, 30 % jsou ženy. (viz. tab. a obr. č. 2)

Ženy

Tab. 3 Ženy

	n_i	f_i (%)
úspěšné	10	77
neúspěšné	3	23
Σ	13	100



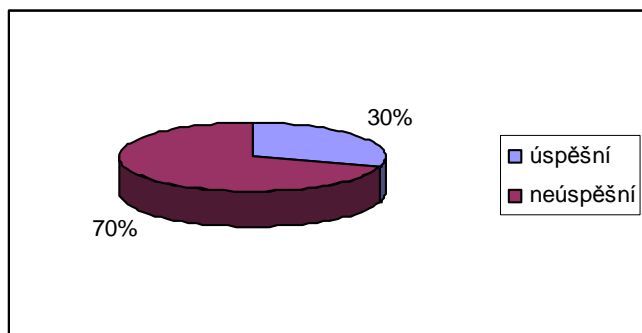
Obr. 3 Graf - ženy

Ze 13 žen úspěšně dokončilo ústavní odvykací léčbu 77 %. Pouze 23 % klientek bylo neúspěšných. (viz. tab. a obr. č. 3)

Muži

Tab. 4 Muži

	n_i	f_i (%)
úspěšní	9	30
neúspěšní	21	70
Σ	30	100



Obr. 4 Graf - muži

Úspěšných mužů bylo 9 (30 %), neúspěšných 21 (70 %). (viz. tab. a obr. č. 4)

Pomocí statistického testu chí-kvadrát byla stanovena statisticky významná odchylka, $p = 0,004$.

12.1.3 Věk

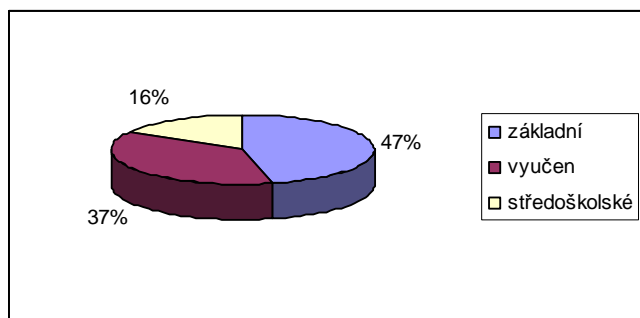
Úspěšní klienti	23,9 let (směrodatná odchylka 4,9 roku)
Neúspěšní klienti	24,1 roku (směrodatná odchylka 4,0 roku)

Průměrný věk všech klientů je 24 let. U úspěšných klientů je průměrný věk 23,9 let, u neúspěšných 24,1 let.

12.1.4 Vzdělání

Tab. 5 Vzdělání

	n_i	f_i (%)
základní	20	47
vyučen	16	37
středoškolské	7	16
Σ	43	100



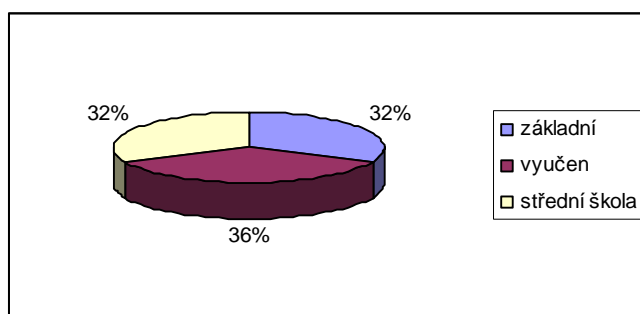
Obr. 5 Graf - vzdělání

20 (47 %) osob má základní vzdělání, 16 (37 %) je vyučených a 7 (16 %) má středoškolské vzdělání. (viz. tab. a obr. č. 5)

Úspěšní

Tab. 6 Vzdělání (úspěšní)

	n_i	f_i (%)
základní	6	32
vyučen	7	36
středoškolské	6	32
Σ	19	100



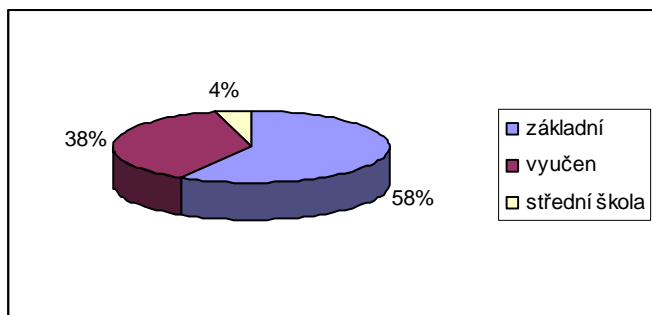
Obr. 6 Graf – vzdělání (úspěšní)

Základní vzdělání má 32 % klientů, vyučeno je 36 % a středoškolské vzdělání má 32 % osob, které úspěšně dokončili ústavní odvykací léčbu. (viz. tab. a obr. č. 6)

Neúspěšní

Tab. 7 Vzdělání (neúspěšní)

	n_i	f_i (%)
základní	14	58
vyučen	9	38
střední škola	1	4
Σ	24	100



Obr. 7 Graf – vzdělání (neúspěšní)

U klientů, kteří byli v léčbě neúspěšní, převažuje základní vzdělání, které tvoří 58 %. 38 % osob je vyučených a pouze 4 % jsou středoškoláci. (viz. tab. a obr. č. 7)

Pomocí statistického testu chí- kvadrát byla zjištěna statisticky významná odchylka, kdy $p = 0,048$.

12.1.5 Psychologická vlastnost „vyhledávání nového“

Úspěšní klienti 28,7 (směrodatná odchylka 4,3)

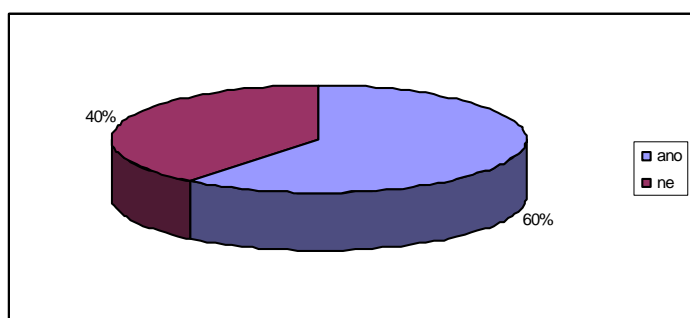
Neúspěšní klienti 26,4 (směrodatná odchylka 4,3)

Průměrná hodnota psychologické vlastnosti „novelty seeking“ je u úspěšných klientů 28,7, u neúspěšných 26,4.

12.1.6 Dokončení ústavní odvykací léčby

Tab. 8 Dokončení odvykací léčby

Dokončení odvykací léčby	n_i	f_i (%)
ano	26	60
ne	17	40
Σ	43	100



Obr. 8 Graf – dokončení odvykací léčby

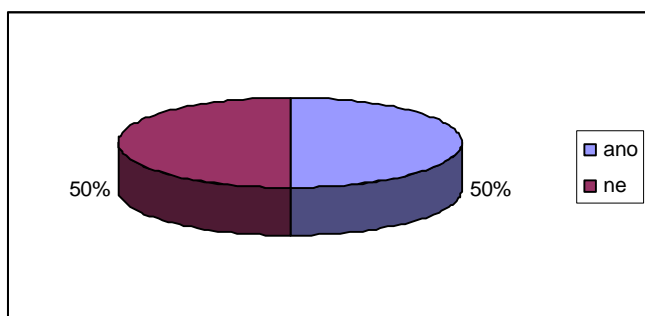
60 % klientů dokončilo ústavní odvykací léčbu, 40 % ji nedokončilo. (viz. tab. a obr. č. 8)

12.1.7 Vztah mezi dokončením léčby a abstinencí

Dokončení odvykací léčby

Tab. 9 Dokončená léčba a abstinence

abstinuje	n_i	f_i (%)
ano	13	50
ne	13	50
Σ	26	100



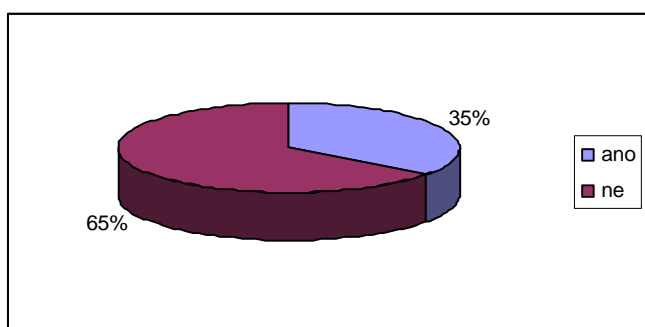
Obr. 9 Graf – dokončená léčba a abstinence

Z osob, které léčbu dokončily po jednom roce abstinovalo 50 %, 50 % neabstinovalo. (viz. tab. a obr. č. 9)

Nedokončení odvykací léčby

Tab. 10 Nedokončená léčba a abstinence

abstinuje	n_i	f_i (%)
ano	6	35
ne	11	65
Σ	17	100



Obr. 10 Graf – nedokončená léčba a abstinence

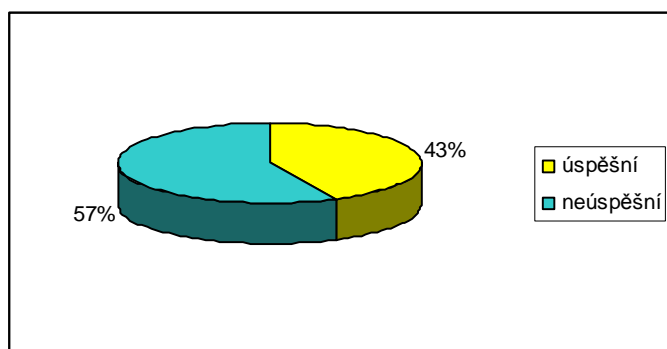
35 % klientů, kteří nedokončili ústavní odvykací léčbu abstinuje, 65 % ne. (viz. tab. a obr. č. 10)

12.2 Vyhodnocení dotazníku WHOQOL-BREF

12.2.1 Úspěšnost

Tab. 11 Úspěšnost

	n_i	f_i (%)
úspěšní	9	43
neúspěšní	12	57
Σ	21	100



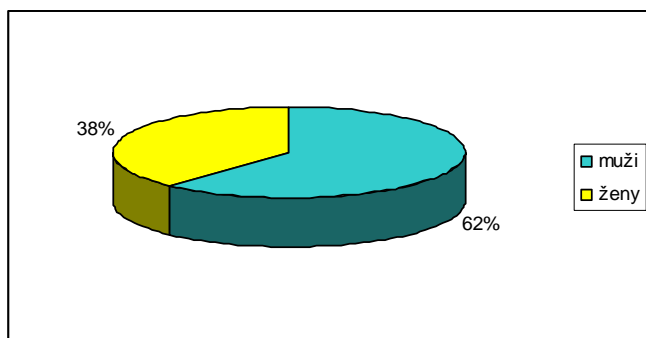
Obr. 11 Graf úspěšnosti

Dotazník vyplnilo 21 respondentů. Jako kritérium úspěšnosti jsem si stanovila pobyt v léčebně po dobu deseti týdnů a déle. 9 (43 %) respondentů je považováno za úspěšné, 12 (57 %) za neúspěšné. (viz. tab. a obr. č. 11)

12.2.2 Pohlaví

Tab. 12 Pohlaví

	n_i	f_i (%)
muži	13	62
ženy	8	38
Σ	21	100



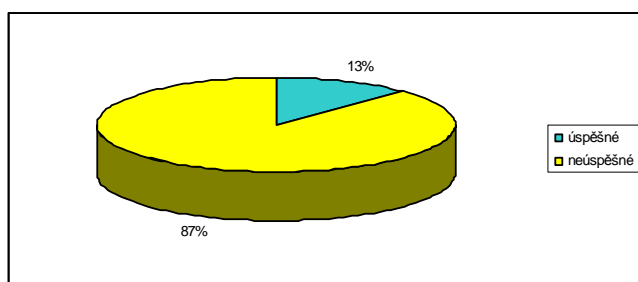
Obr. 12 Graf – pohlaví

Dotazník vyplnilo 13 (62%) mužů a 8 (38%) žen. (viz. tab. a obr. č. 12)

Ženy

Tab. 13 Ženy

	n_i	f_i (%)
úspěšné	1	13
neúspěšné	7	87
Σ	8	100



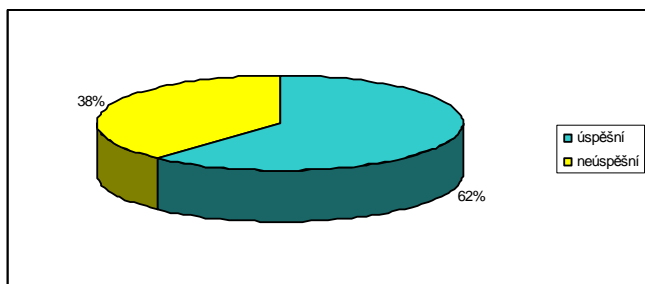
Obr. 13 Graf – ženy

Z 13 žen je 7 neúspěšných a 1 úspěšná. (viz. tab. a obr. č. 13)

Muži

Tab. 14 Muži

	n_i	f_i (%)
úspěšní	8	62
neúspěšní	5	38
Σ	13	100



Obr. 14 Graf – muži

8 mužů můžeme považovat za úspěšné, 5 mužů za neúspěšné. (viz. tab. a obr. č. 14)

12.2.3 Věk

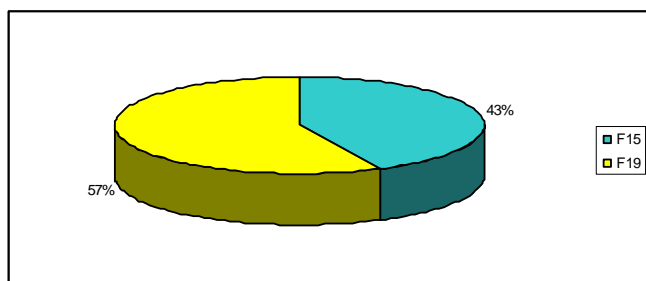
Úspěšní klienti	28,7 let (směrodatná odchylka 6,1 roku)
Neúspěšní klienti	23,4 let (směrodatná odchylka 3,1 roku)

Průměrný věk respondentů je 26 let. Úspěšní klienti jsou průměrně staří 29 let, neúspěšní 23 let.

12.2.4 Diagnóza

Tab. 15 Diagnóza

	n_i	f_i (%)
F15	9	43
F19	12	57
Σ	21	100



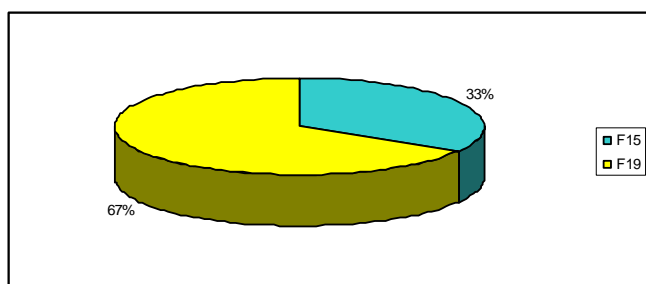
Obr. 15 Graf – diagnóza

Z 21 respondentů má 9 (43 %) diagnózu F15, tzn. že jsou závislí pouze na metamfetaminu. 12 (57 %) respondentů je závislých i na jiných drogách, tedy mají diagnózu F19. (viz. tab. a obr. č. 15) Jako nejčastější drogy, které závislí užívali spolu s pervitinem, respondenti uváděli alkohol, marihuanu, LSD a heroin.

Úspěšní

Tab. 16 Diagnóza (úspěšní)

	n_i	f_i (%)
F15	3	32
F19	6	67
Σ	9	100



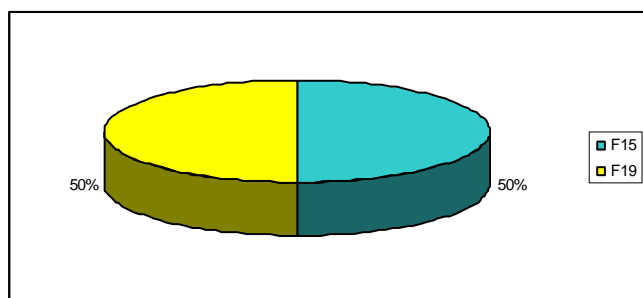
Obr. 16 Graf – diagnóza (úspěšní)

Z úspěšných pacientů má 32 % dg. F15 a 67 % dg. F19. (viz. tab. a obr. č. 16)

Neúspěšní

Tab. 17 Diagnóza (neúspěšní)

	n_i	f_i (%)
F15	6	50
F19	6	50
Σ	12	100



Obr. 17 Graf - diagnóza (neúspěšní)

Úspěšní pacienti mají z 50 % dg. F15 a z 50 % dg. F19. (viz. tab. a obr. č. 17)

12.2.5 Délka pobytu

Úspěšní	12,6 týdne (směrodatná odchylka 2,7 týdne)
Neúspěšní	4,1 týdne (směrodatná odchylka 1,6 týdne)

Průměrná délka pobytu je 8,3 týdne. U úspěšných respondentů je průměrná délka pobytu 12,6 týdne, u neúspěšných 4,1 týdne.

12.2.6 Kvalita života – domény

Tab. 18 Kvalita života

	Doména 1	Doména 2	Doména 3	Doména 4
	medián	medián	medián	medián
	min-max.	min-max.	min-max.	min-max.
úspěšní	17	15	16	15
	13 - 19	9 - 19	7 - 19	6 - 18
neúspěšní	14,5	12	14	12,5
	10 - 17	7 - 20	7 - 19	8 - 17
rozdíl	2,5	3	2	2,5

Kvalita života se udává v bodech od 4 – 20, kdy 4 je nejnižší , 20 nejvyšší. Vyšší hodnota poukazuje na lepší kvalitu života.

Doména 1 (Fyzické zdraví) – průměrná hodnota je u úspěšných respondentů 17, u neúspěšných 14,5. Rozdíl je 2,5 bodů.

Doména 2 (Prožívání) – u úspěšných respondentů je průměrná hodnota 15, u neúspěšných 12. Je zde třibodový rozdíl.

Doména 3 (Sociální vztahy) – úspěšní klienti mají u domény č.3 hodnotu 16, neúspěšní o 2 body méně, tedy 14.

Doména 4 (Prostředí) – průměrnou hodnotu 12,5 mají neúspěšní respondenti, úspěšní ji mají 15. Rozdíl je 2,5 bodů.

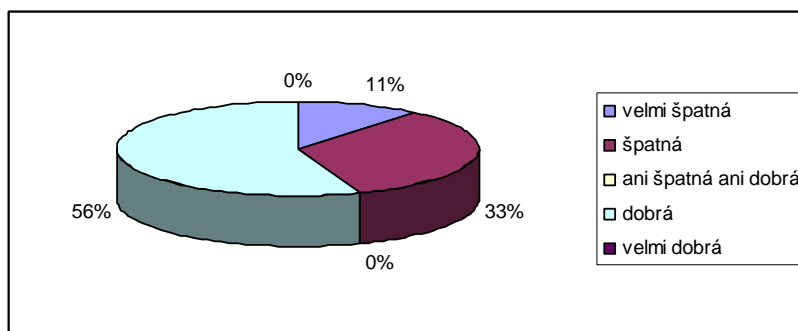
(viz. tab. č. 18)

12.2.7 Q1 - Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?

Úspěšní

Tab. 19 Q1 (úspěšní)

	n_i	f_i (%)
velmi špatná	1	11
špatná	3	33
ani špatná ani dobrá	0	0
dobrá	5	56
velmi dobrá	0	0
Σ	9	100



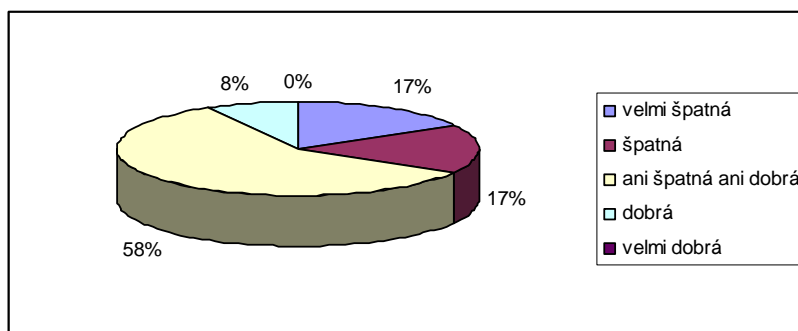
Obr. 18 Graf – Q1 (úspěšní)

56 % úspěšných respondentů hodnotí kvalitu života jako dobrou, 33 % jako špatnou a 11 % jako velmi špatnou. (viz. tab. č. 19 a obr. č. 18)

Neúspěšní

Tab. 20 Q1 (neúspěšní)

	n_i	f_i (%)
velmi špatná	2	17
špatná	2	17
ani špatná ani dobrá	7	58
dobrá	1	8
velmi dobrá	0	0
Σ	12	100



Obr. 19 Graf – Q1 (neúspěšní)

Neúspěšné osoby hodnotí ze 17 % kvalitu života jako velmi špatnou, ze 17 % jako špatnou. 58 % klientů jako ani špatnou ani dobrou, 8 % klientů jako dobrou. (viz. tab. č. 20 a obr. č. 19)

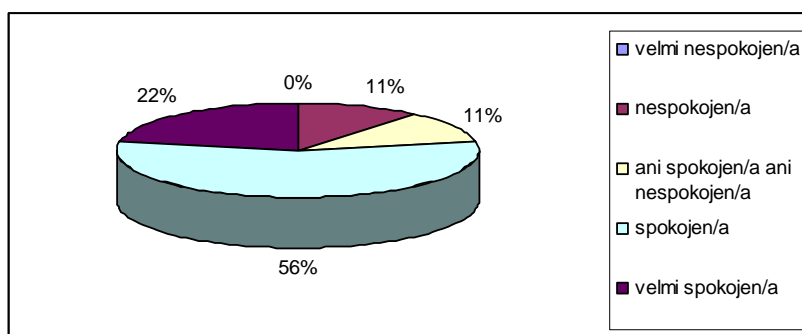
Pomocí Fisherova přesného testu byla zjištěna statisticky významná odchylka, kdy $p = 0,009$.

12.2.8 Q2 – Jak jste spokojen/a se svým zdravím?

Úspěšní

Tab. 21 Q2 (úspěšní)

	n_i	f_i (%)
velmi nespokojen/a	0	0
nespokojen/a	1	11
ani spokojen/a ani nespokojen/a	1	11
spokojen/a	5	56
velmi spokojen/a	2	22
Σ	9	100



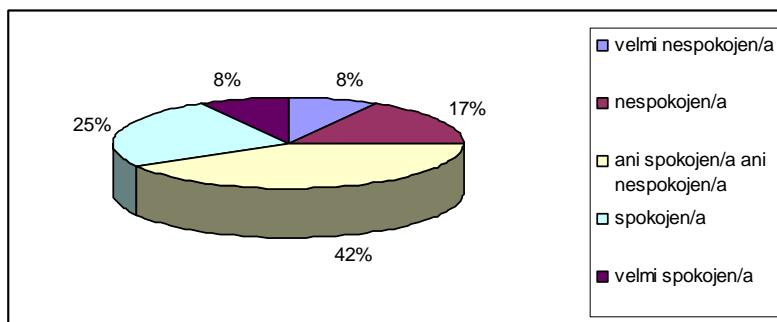
Obr. 20 Graf – Q2 (úspěšní)

Se svým zdravím je velmi spokojeno 22 %, spokojeno 56 %, ani spokojeno ani nespokojeno 11 % a nespokojeno 11 % z úspěšných respondentů. (viz. tab. č. 21 a obr. č. 20)

Neúspěšní

Tab. 22 Q2 (neúspěšní)

	n_i	f_i (%)
velmi nespokojen/a	1	8
nespokojen/a	2	17
ani spokojen/a ani nespokojen/a	5	42
spokojen/a	3	25
velmi spokojen/a	1	8
Σ	12	100



Obr. 21 Graf – Q2 (neúspěšní)

Z neúspěšných respondentů je 8 % velmi spokojeno, 25 % spokojeno, 42 % ani spokojeno ani nespokojeno, 17 % nespokojeno a 8 % velmi nespokojeno se svým zdravím. (viz. tab. č. 22 a obr. č. 21)

13 Diskuze

U hodnocení výzkumných otázek 1 – 5 jsem vycházela z elektronické databáze uživatelů pervitinu. Důvodem bylo dlouhodobé sledování osob z této databáze a větší výzkumný vzorek.

U otázky č. 6, která zkoumá souvislost kvality života s úspěšným dokončením ústavní odvykací léčby jsem vycházela z údajů, které jsem získala za pomoci dotazníku WHOQOL-BREF.

Vzhledem k tomu, že soubor respondentů, kteří vyplnili tento dotazník, je malý, jedná se pouze o pilotní data. Povaha diplomové práce neumožňuje jednoroční sledování. Kritériem úspěšnosti jsem si tedy stanovila délku léčby. Za úspěšné lze považovat respondenty, kteří podstupují ústavní odvykací léčbu po dobu deseti týdnů a déle.

Většina respondentů v době, kdy vyplnili dotazník pokračovala v léčbě, je tedy možné, že část „neúspěšných“ v sobě může zahrnovat budoucí „úspěšné“.

Z toho důvodu jsem data z dotazníku nezahrnula do výzkumných otázek č. 1-5. To je také důvod proč jsem v otázce č.6 nesrovnávala pohlaví, věk a diagnózu u úspěšných a neúspěšných respondentů.

Chtěla bych upozornit, že výsledky vyplývající z této práce mohou být zkresleny v důsledku malého vzorku respondentů.

13.1 Výzkumná otázka číslo 1: *Je úspěšnost ústavní odvykací léčby závislosti na metamfetaminu ovlivněna pohlavím?*

Z výzkumu vyplynulo, že úspěšnost ústavní odvykací léčby závislosti na metamfetaminu je ovlivněna pohlavím. 77 % žen úspěšně ukončilo ústavní odvykací léčbu, 23 % bylo neúspěšných. (viz. tab. a obr. č. 3) Z mužů bylo úspěšných pouze 30 %, 70 % úspěšných nebylo. (viz. tab. a obr. č. 4) Abstinujících žen je o 47 % více než mužů.

Domnívám se, že větší abstinence žen je dána tím, že mají lepší rodinné zázemí a větší sociální vazby než muži, kteří žijí spíše izolovaně.

13.2 Výzkumná otázka číslo 2: *Je úspěšnost ústavní odvykací léčby závislosti na metamfetaminu ovlivněna věkem?*

Výzkum neprokázal, že by úspěšnost odvykací léčby byla ovlivněna věkem.

Průměrný věk klientů, kteří úspěšně dokončili léčbu je 23,9 let. U klientů, kteří nebyli v ukončení léčby úspěšní, je to 24,1 let.

13.3 Výzkumná otázka číslo 3: *Je úspěšnost ústavní odvykací léčby závislosti na metamfetaminu ovlivněna vzděláním?*

Vzdělání ovlivňuje úspěšné ukončení ústavní odvykací léčby. Z úspěšných klientů má 32 % základní vzdělání, 32 % středoškolské vzdělání a vyučeno je 36 %. (viz. tab. a obr. č. 6) Základní vzdělání má 58 %, vyučeno je 38 % a střední školu dokončila 4 % klientů, kteří nebyli v léčbě úspěšní. (viz. tab. a obr. č. 7)

Mezi úspěšnými osobami bylo oproti neúspěšným o 28 % více středoškoláků, o 26 % méně lidí se základním vzděláním a o 2 % méně vyučených.

Z výsledků vyplynulo, že klienti s vyšším vzděláním více abstinují. Myslím si, že důvodem může být vyšší motivace k léčbě a větší přehled o životě. Důvodem, proč je málo abstinentů mezi lidmi se základním vzděláním může být nedostatek pracovních příležitostí, špatně placená a společensky hodnocená práce a z toho vyplývající nižší životní úroveň.

13.4 Výzkumná otázka číslo 4: *Je jednoroční abstinence predikována dokončením ústavní odvykací léčby závislosti na metamfetaminu?*

Jednoroční abstinence je dokončením ústavní odvykací léčby predikována pouze částečně. Statisticky sice nebyla prokázána významná odchylka, ale určité rozdíly mezi osobami, které léčbu dokončily a nedokončily, jsou.

Z 26 osob, které léčbu dokončily, abstinovalo po jednom roce 50 %, polovina neabstinovala. (viz. tab. a obr. č. 9) 35 % klientů, kteří nedokončili ústavní odvykací léčbu abstinuje, 65 % ne. (viz. tab. a obr. č. 10) Klienti, kteří léčbu dokončili jsou o 15 % úspěšnější v jednoroční abstinenci než ti, kteří celou ústavní léčbu nepodstoupili.

Z výzkumu vyplynulo, že osoby které dokončily ústavní odvykací léčbu mají o čtvrtinu vyšší šanci, že budou abstinovat.

Myslím si, že osoby, které léčbu dokončily jsou více motivovány k abstinenci.

13.5 Výzkumná otázka číslo 5: *Ovlivňuje psychologická vlastnost „vyhledávání nového“ jednoroční abstinenci?*

Výzkum neprokázal vliv psychologické vlastnosti „vyhledávání nového“ na jednoroční abstinenci.

Úspěšní klienti měli průměrnou hodnotu psychologické vlastnosti „novelty seeking“ 28,7, neúspěšní 26,4. Rozdíl je 2,3. Statisticky nebyla prokázána významná odchylka.

13.6 Výzkumná otázka číslo 6: *Jak souvisí kvalita života s úspěšným dokončením ústavní odvykací léčby?*

Z výzkumu vyplynulo, že kvalita života se zlepšuje v závislosti na délce léčby. Respondenti jsou rozděleni na úspěšné a neúspěšné. Jako kritérium úspěšnosti jsem si stanovila trvání ústavní odvykací léčby po dobu deseti týdnů a déle. Průměrná délka pobytu je u úspěšných klientů 12,6 týdne, u neúspěšných 4,1 týdne.

Úspěšní respondenti udávali lepší kvalitu života, než neúspěšní. U domén 1-4 nebyla sice prokázána statisticky významná odchylka, ale úspěšní respondenti měli u domény Fyzické zdraví průměrnou hodnotu vyšší o 2,5 bodu. U domény Prožívání byla hodnota vyšší o 3 body, u domény Sociální vztahy o 2 body a u domény Prostředí o 2,5 bodu. (viz. tab. č. 18)

Významné rozdíly se objevují v otázce Q1. Tato otázka zní: Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?

Úspěšní klienti hodnotili v 56 % kvalitu života jako dobrou, z neúspěšných respondentů udávalo dobrou kvalitu života pouze 8 %. 58 % neúspěšných respondentů udává, že kvalita jejich života není ani dobrá ani špatná. Z úspěšných respondentů se 33 % domnívá, že kvalita jejich života je špatná a 11 % udává kvalitu života jako velmi špatnou. Neúspěšní respondenti hodnotí kvalitu života ze 17 % jako špatnou, ze 17 % jako velmi špatnou. (viz. tab. č. 19 a 20 a obr. č. 18 a 19)

Hodnoty se liší i v otázce Q2: Jak jste spokojen/a se svým zdravím?

Z úspěšných respondentů je se svým zdravím velmi spokojeno 22 %, spokojeno 56 %, ani spokojeno ani nespokojeno 11 % a nespokojeno 11 %. (viz. tab. č. 21 a obr. č. 20) Z neúspěšných klientů je 8 % velmi spokojeno, 25 % spokojeno, 42 % ani spokojeno ani nespokojeno, 17 % nespokojeno, 8 % velmi nespokojeno. (viz. tab. č. 22 a obr. č. 21)

Se svým zdravím je velmi spokojeno o 14 % více respondentů úspěšných než neúspěšných.

Úspěšní respondenti jsou v léčebně delší dobu, mají vyšší předpoklad abstinence. Svou subjektivní kvalitu života vidí optimističtěji než lidé, kteří léčbu začínají.

14 Závěr

Z výzkumu vyplynulo, že prediktorem úspěšného ukončení ústavní odvykací léčby závislosti na metamfetaminu je pohlaví. Ženy mají vyšší předpoklad, že úspěšně dokončí ústavní odvykací léčbu.

V úspěšném ukončení ústavní odvykací léčby také hraje velkou roli vzdělání, kdy se ukázalo, že lidé s vyšším vzděláním jsou v léčbě úspěšnější.

Výzkum neprokázal, že by věk a psychologická vlastnost „vyhledávání nového“, byly prediktory úspěšného ukončení odvykací léčby.

Zajímavým zjištěním je, že pouze polovina klientů, kteří dokončí odvykací léčbu po jednom roce abstinuje. Počet abstinujících osob, které léčbu dokončily je sice vyšší, ale pouze o 15 %.

Ukázalo se, že se kvalita života v průběhu času mění. Čím déle je klient v léčebně, tím udává vyšší kvalitu života. Výzkumem bylo zjištěno, že respondenti, kteří byli v léčebně déle, udávali vyšší kvalitu života, než lidé, kteří s léčbou začali. Výzkum neprokázal, že by kvalita života ovlivňovala léčbu. Výsledkem je, že ústavní odvykací léčba mění kvalitu života.

Cílem ústavní odvykací léčby je dovést klienta k abstinenci. V této diplomové práci jsem se pokoušela zjistit prediktory, které vedou k úspěšné ústavní odvykací léčbě.

Výzkumem bylo zjištěno, že muži oproti ženám abstinují výrazněji méně, proto pokládám za důležité muže v ústavní odvykací léčbě více podporovat a motivovat. Do léčby je dobré zapojit rodinu a přátele klientů.

Dalším důležitým prediktorem úspěšného ukončení léčby je vzdělání. Podle Vágnerové je nižší úroveň vzdělání rizikovým faktorem a výzkum potvrdil, že neúspěšní klienti mají základní vzdělání v 58 %. Proto bych doporučila motivovat klienty ke studiu, zajistit jim rekvalifikační kurzy.

Doufám, že tato diplomová práce neposlouží pouze k zefektivnění léčby, ale také, že si čtenáři uvědomí jaká rizika s sebou drogová závislost přináší.

Diplomová práce mi pomohla uvědomit si, jak je snadné začít s užíváním drog a jak obtížné je přestat.

Soupis bibliografických citací

1. DÖRNER, K.; PLOG, U. *Bláznit je lidské*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-628-5.
2. DRAGOMIRECKÁ, E.; BARTOŇOVÁ, J. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100 Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. 1. vyd. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2006. ISBN 80-85121-82-4.
3. GÖHLER, CH.; KÜHN, F. *Od návyku k závislosti*. 1. vyd. Praha : Ikar, 2001. ISBN 80-7202-950-9.
4. HAMER, D.; COPELAND, P. *Geny a osobnost* [online]. 1.vyd. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-779-5. [cit. 2009-02-27]
Dostupný z WWW: < <http://scienceworld.cz/medicína/hledání-genu-pro-tvorbu-závislosti-2747> >
5. HELLER, J.; PECINOVSKÁ, O. A KOLEKTIV *Závislost známá neznámá*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1996. ISBN 80-7169-277-8.
6. HOSÁK, L. a kol. Psychotické příznaky u závislých na metamfetaminu. *Psychiatrie pro praxi*, 2009, č. 2.
7. HÖSCHL, C. Syndrom narušené závislosti na odměně. *Vesmír* [online]. 1996, roč. 75, č.9, str. 485. [cit. 2009-02-27]
Dostupný z WWW: < <http://www.vesmír.cz/> >
8. JANÍK, A.; DUŠEK, K. *Drogy a společnost*. 1.vyd. Praha : Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0087-3.
9. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86225-51-8.
10. KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. 1. vyd. Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
11. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
12. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost : současné poznatky a perspektivy léčby*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000 ISBN. 80-7178-432-X.
13. PREISS, M.; KLOSE, J. Diagnostika poruch osobnosti pomocí teorie C. R. Cloningera. *Psychiatrie* [online]. 2001, roč. 5, č.4. [cit. 2009-02-27]
Dostupný z WWW: < www.tigis.cz >
14. PROKEŠ, J. *Základy toxikologie I : obecná toxikologie a ekotoxikologie*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-418-7.

15. RAHN, E.; MAHNKOPF, A. *Psychiatrie. Učebnice pro studium i praxi*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-964-0.
16. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese : variabilita a patologie lidské psychiky*. 2. vyd. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-496-6.
17. VED. Droga mění fungování mozku. *Lidové noviny* [online]. 2005, str.17 [cit. 2009-02-27]
Dostupný z WWW: < <http://www.drogovaporadna.cz/aktuality> >
18. Dostupný z WWW: < <http://www.drogovaporadna.cz/> > [cit. 2009-02-27]

Přílohy

Příloha A: Dotazník WHOQOL-BREF

KVALITA ŽIVOTA

DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

WHOQOL-BREF (krátká verze)

INSTRUKCE

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. **Odpovězte laskavě na všechny otázky.** Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte prosím odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na Váš život za **poslední dva týdny**. Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	1	2	3	④	5

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, kolik pomoci se Vám od ostatních dostávalo během posledních dvou týdnů. Pokud se Vám dostávalo od ostatních hodně podpory, zakroužkoval/a byste tedy číslo 4.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	①	2	3	4	5

Pokud se Vám v posledních dvou týdnech nedostávalo od ostatních žádné pomoci, kterou potřebujete, zakroužkoval/a byste číslo 1.

Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
	1	2	3	4	5

2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, v **jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj	1	2	3	4	5

tělesný vzhled?					
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13..Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5

	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á nebo spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se	1	2	3	4	5

svým sexuálním životem?					
-------------------------	--	--	--	--	--

22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
-------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
-----------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
-------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5
-------------------------------------	---	---	---	---	---

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
--	-------	-------	---------	--------------	----------

26. Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5
----------------------------------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

