

Motivace drogově závislých k léčbě v terapeutické komunitě

Dostálová Magdaléna

Bakalářská práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Magdaléna DOSTÁLOVÁ**
Osobní číslo: **H09347**
Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Motivace drogově závislých k léčbě v terapeutické komunitě**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti motivace, drogové závislosti a dělení drog, prevence, historie a funkce terapeutické komunity.
Příprava metodiky výzkumné části.
Realizace kvantitativního výzkumu.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HARTL, Pavel. Komunita občanská a komunita terapeutická. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. ISBN 80-85850-45-1.

CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

KALINA, Kamil et al. Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost. 3. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-367-6.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Pavla Andrysová, Ph.D.

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

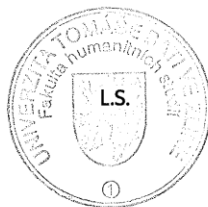
30. listopadu 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

4. května 2012

Ve Zlíně dne 12. ledna 2012


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




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské 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 ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou 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 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ 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 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou 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 bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 3.5.2012

Magdaléna Dordalová

¹⁾ 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). Odpírá-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 jím 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:

Má závěrečná práce se věnuje motivaci drogově závislých k nástupu na léčbu do terapeutické komunity. V teoretické části se věnuji vymezení pojmů týkajících se této problematiky. Snažím se o přiblížení významů pojmu motivace, závislost, uvádím typologii návykových látek. Dále zmiňuji terapeutickou komunitu, její vznik a fungování.

Praktická část postavená na dotazníkovém šetření, je zaměřena zejména na to, co vede uživatele návykových látek k tomu, aby vstoupili do terapeutické komunity.

Klíčová slova: motivace, závislost, návyková látka, terapeutická komunita

ABSTRACT:

My thesis deals with the motivation of drug addicts to start the therapy in the therapeutic community. The theoretical part is about terms definition somehow related to this issue. I try to explain the meaning of the term motivation, addiction, I have also mentioned the typology of addictive substances. Then I am describing the therapeutic community, its formation and functioning.

The practical part is based on the questionnaire survey and is mainly focused on what drug users leads to enter the therapeutic community.

Key words: motivation, addiction, addictive substance, therapeutic community

Mé velké poděkování patří Mgr. Pavle Andrysové, Ph.D. za odborné vedení práce, cenné rady a připomínky při zpracování bakalářské práce.

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

Datum 3.5.2012.....

Podpis Magdaléna
Štáhalová.....!

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 MOTIVACE.....	13
1.1 MOTIV.....	14
1.2 ZDROJE MOTIVACE CHOVÁNÍ.....	16
2 ZÁVISLOST	17
2.1 DEFINICE ZÁVISLOSTI.....	17
2.1.1 Znaky závislosti	19
2.1.2 Stádia závislosti.....	21
2.1.3 Neurobiologický model závislosti.....	21
2.1.4 Craving.....	22
2.2 NÁVYKOVÁ LÁTKA	22
2.3 TYPOLOGIE NÁVYKOVÝCH LÁTEK	22
2.3.1 Alkohol.....	23
2.3.2 Amfetaminy.....	25
3 TERAPEUTICKÁ KOMUNITA.....	27
3.1 HISTORIE TERAPEUTICKÝCH KOMUNIT	27
3.2 VZTAH TERAPEUT X KLIENT.....	28
3.3 CÍLE TERAPEUTICKÉ KOMUNITY	29
4 RESOCIALIZAČNÍ A TERAPEUTICKÁ KOMUNITA GRUNT	31
4.1 CHARAKTERISTIKA TERAPEUTICKÉ KOMUNITY GRUNT.....	31
4.2 ŘÁD TERAPEUTICKÉ KOMUNITY	31
4.3 FÁZE POBYTU V TERAPEUTICKÉ KOMUNITĚ.....	32
4.4 TERAPEUTICKÝ TÝM.....	32
II PRAKTICKÁ ČÁST	33
5 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU.....	34
5.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	34
5.2 CÍL VÝZKUMU, HYPOTÉZY.....	34
5.3 VÝZKUMNÝ VZOREK	35
5.4 VÝZKUMNÁ METODA	36
5.5 ZPRACOVÁNÍ DAT.....	37
6 VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	38
6.1 ANALÝZA DAT A INTERPRETACE	38
6.1.1 CMRS dotazník.....	38
6.1.2 Dotazník pro pracovníky terapeutické komunity	51
6.2 SHRNUÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	61
ZÁVĚR	64
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	66
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	68
SEZNAM OBRÁZKŮ	69
SEZNAM TABULEK.....	70

SEZNAM GRAFŮ	72
SEZNAM PŘÍLOH.....	73

ÚVOD

V novinových člancích, médiích, na internetu a ve všech jiných zdrojích informací se stále častěji setkávám se skutečnostmi, týkajícími se drogové problematiky. Již na střední škole jsem se o tuto problematiku zajímala a aktivně se jí věnovala, a proto při zamýšlení se nad zadáním své bakalářské práce byla drogová problematika jednou z možností volby. Myslím si, že tato problém drogově závislých jsou stále velmi aktuální a nabízí mnoho podnětů k zamýšlení.

Zvolila jsem téma „Motivace drogově závislých k léčbě v terapeutické komunitě“. Jeden z důvodů mé volby byla skutečnost, že jsem nenašla mnoho prací, článků nebo výzkumů, které by se touto problematikou zabývaly. Všeobecně o drogách, o tom, jak se klienti s drogou setkají, je napsáno opravdu mnoho titulů a jsou provedeny různé výzkumy, ale málo kdo se zajímá o důvod nástupu klientů k léčbě v terapeutické komunitě či jiných odvykacích centrech. Uživatelé návykových látek se často pro léčbu rozhodnou dobrovolně. Chtějí díky abstinenci změnit svůj životní styl a pro mnohé je úspěšná abstinence začátkem nového, snad i lepšího života. Další důvodem k výběru tohoto tématu byla možnost podílet se na projektu VEGA, který se zabývá evaluací výsledků procesu resocializace klientů resocializačních středisek v podmínkách Slovenské republiky a na Moravě.

Ve svém výzkumu se tedy zajímám podněty, které vedou či vedly klienty terapeutické komunity „Grunt“ k nástupu léčby své závislosti, zda uživatelé vyhledali odbornou pomoc proto, že sami pocítovali jisté nebezpečí plynoucí z užívání drog, zdali je k vyhledání pomoci vedli rodinní příslušníci nebo jiné blízké osoby. Také mohlo být podmínkou k léčbě uvědomění si skutečnosti, že pokračováním tohoto životního stylu se mohou lehce dostat do střetu se zákonem.

Stále častěji se setkávám s lidmi, kteří se řídí předsudky a stereotypy o uživatelích drog. I přesto, že drogy jsou považovány za sociálně – patologické jevy naší společnosti, si myslím, že bychom neměli klienty terapeutických komunit odsuzovat, ale měli bychom se snažit na ně dívat z jiného úhlu pohledu. Mnozí z nich se k drogám dostali třeba jen díky špatným přátelům a nedokázali pokušení ochutnat odolat, jiní si třeba mysleli, že drogy za ně vyřeší jejich osobní problémy, ale ukázalo se, že opak je pravdou.

Práce je dělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části věnuji svoji pozornost vymezení pojmu motivace z psychologického hlediska, dále závislosti a typologii návykových látek, které jsou dle mého názoru v dnešní době nejběžnější. Rovněž se zmiňuji o

terapeutických komunitách, jejich vzniku a dělení a také o terapeutické komunitě „Grunt“, ve které bude probíhat výzkum mé práce. V praktické části se zabývám motivací drogově závislých k léčbě v terapeutické komunitě a snažím se zjistit, co vede klienty k nástupu do terapeutické komunity. Také bych chtěla zjistit, do jaké míry se liší odpovědi klientů a pracovníků terapeutické komunity, kteří s nimi přicházejí do kontaktu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 MOTIVACE

V první kapitole bych ráda přiblížila význam pojmu motivace, objasnila, co tento pojem znamená a jaké máme zdroje motivace.

Ne málo se zamýšlíme nad tím, proč někteří z nás jednají daným způsobem, co je k tomuto chování vede, co je motivuje. Pod pojmem motivace si každý představí sílu a snahu každého člověka, pohnout se jistým způsobem vpřed. Motivace je vnitřním stavem, ať vědomým, či nevědomým, který by měl dávat jedinci sílu a energii při dosahování osobních cílů. Mnozí psychologové se snaží pojmem motivace vysvětlit odpovědi na to, „proč“ se chováme tak, jak se chováme.

Původ tohoto slova najdeme v latinském slově *movere*, které znamená hýbat se (Plháková, 2003, s. 319).

Plháková (2003, s. 319) samotnou motivaci definuje jako „souhrn všech intrapsychických dynamických sil neboli motivů, které zpravidla aktivizují a organizují chování i prožívání s cílem změnit existující neuspokojivou situaci nebo dosáhnout něčeho pozitivního.“ Mimo Plhákové definuje motivaci Kassin (2007, s. 407) jako „vnitřní stav, který podněcuje jedince aktivitě směřující k určitému cíli.“

Motivaci můžeme označit také procesy, které určují zaměření, sílu a trvání chování jedince (Nakonečný, 1999, s.98).

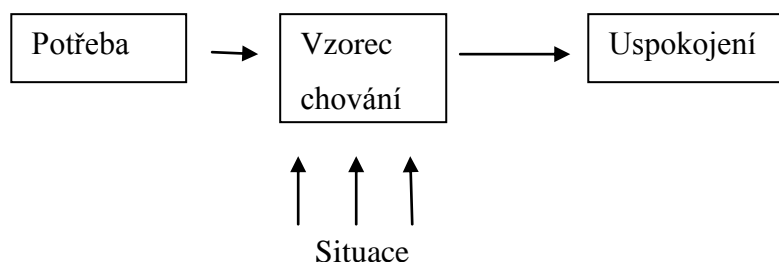
Na rozdíl od těchto zmíněných definic máme samozřejmě i mnoho dalších autorů, kteří se snaží o vymezení a přiblížení tohoto pojmu. „Motivace je proces psychické regulace, na němž závisí směr lidské činnosti, jakož i množství energie, kterou je člověk ochoten obětovat na realizaci daného směru... motivace je vnitřní proces podmiňující úsilí dospět k určitému cíli“ (Reykowski cit. podle Nakonečný, 1998, s. 455).

Můžeme najít vymezení dvou druhů motivace. Podle Kassina (2007, s. 433) za první označujeme motivaci vnitřní, která vychází ze samostatného jedince. Vyplývá z jeho zájmů a představuje jeho radost. Druhá motivace, vnější je podmiňována faktory mimo osobnost jedince. Za vnější motivaci tedy považujeme odměny, uznání, apod. V případě vnější motivace si musíme dát pozor na to, aby odměna zvyšovala motivaci jedince a nebyla chápána jako podplácení. Tehdy by měla opačný účinek.

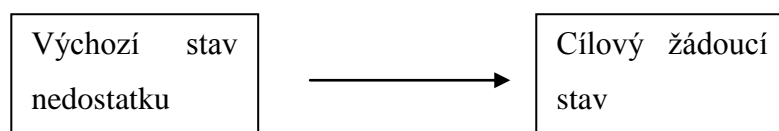
Hartl, Hartlová (2000, s. 328) definují motivaci primární a sekundární. Za primární motivaci označují vrozené biologické potřeby fungující jako instinkty a vyvíjející

se podmiňováním. Naopak sekundární motivací označují naučené tendence chování, vycházející z primární motivace.

Princip motivace spočívá v dosahování nějakých cílů, které vyjadřují vnitřní potřeby člověka. Cílem je proto uspokojení dané potřeby, která označovala nedostatek v organismu či vnějších podmínkách života. Uspokojení označujeme jako reakce, jejíž příklady jsou nasycení, pocit úlevy, apod. (Nakonečný, 1998, s. 455).



Zjednodušeně:



Obrázek č. 1 Motivace a její činitelé (Nakonečný, 1998, s. 455)

1.1 Motiv

Motivaci mohou mnozí z nás chápat jako souhrnné označení pojmu motiv a jeho působení. Slovo motiv je převzato z latiny – „motus“ znamená pohyb. Motiv je definován „jako faktor, který uvádí do pohybu. Může jít o pohyb ve fyzikálním prostoru, nebo v přeneseném smyslu – o pohyb psychický, pohyb myšlenek, představ, přání, rozhodnutí, atd., obecně lze říci, že motiv je faktor uvádějící do pohybu ve smyslu jakékoli činnosti či procesu“ (Říčan, 2007, s. 92). „Motiv (motive) je pohnutka, příčina činnosti, jednání člověka zaměřené na uspokojení určité potřeby; má směr, intenzitu a trvalost. Pramení z podnětů vnitřních, vědomých, bezděčných, podvědomých, a vnějších; má významnou úlohu při emoční, myšlenkové a fantazijní činnosti člověka; m. bývají různě klasifikovány, nejčastěji v souvislosti s dělením potřeb“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 327). Motiv tedy, jak uvádí Nakonečný (1999, s. 98) vyjadřuje jistý obsah uspokojení, vedoucí ke snížení původního motivačního stavu.

Příčinou motivace by tedy měly být motivy, vedoucí k jistým změnám v chování, či postojích jedince. Motiv objasňuje, proč se jedinec chová takovým způsobem, aby dosáhl jistého stavu.

Za české ekvivalenty slova motiv můžeme považovat například slovo důvod, smysl, pohnutka nebo i příčina. Motiv je cokoli, co nás vede k pohybu, ať už je aktivní či pasivní. V případech, kdy mluvíme o motivu jako o potřebě, zvláště tehdy, chceme – li zdůraznit nedostatek něčeho cíleného, bychom měli zmínit pud, který „zdůrazňuje biologickou energetickou stránku motivu“ (Říčan, 2007, s. 92).

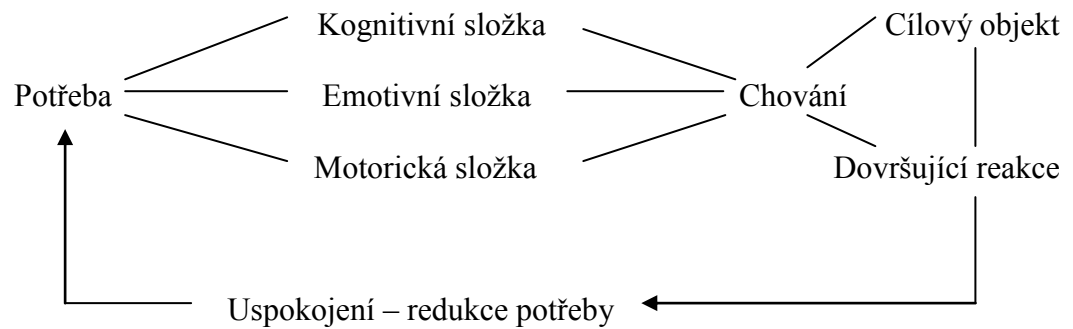
Motivem můžeme označovat nejen naše aktuální potřeby, ale také očekávání určitého uspokojení, vyplývajícího ze získávání odměn.

Dle Plhákové (2003, s. 319) motiv určuje, zda bude jedinec směřovat k jistému objektu či mentálnímu stavu nebo se mu naopak bude vzdalovat. Projevuje se to tím, že chceme něco získat nebo tím, že se naopak pokoušíme něčemu vyhnout. Motiv a jeho síla ovlivňují naše chování.

Motivy jsou „určité hodnoty, tj. určitá subjektivní pojetí toho, co je dobré, a to nejen pro jedince samého, ale i pro určité skupiny nebo dokonce pro lidstvo vůbec“ (Nakonečný, 1999, s. 100).

„Lidské motivy lze rozdělit do čtyř okruhů. První z nich tvoří sebezáchovné motivy, které mají jasný biologický základ. Druhou oblast představují stimulační motivy, k nimž patří potřeba optimální úrovně aktivace a variabilních vnějších podnětů. Třetí okruh představují sociální motivy, které regulují a ovlivňují mezilidské vztahy. Čtvrtou oblast tvoří individuální psychické motivy, jakými jsou hledání životního smyslu, obrana sebepojetí, potřeba svobodně se rozhodovat a jednat“ (Plháková, 2003, s. 320).

„Současně jsou s potřebami asociovány určité emoce, neboť vznik potřeby a její redukce jsou spojeny s určitými emotivními stavy. Tak se vytváří určitý vzorec motivovaného chování, následující struktury:“ (Nakonečný, 1999, s. 98-99)



Obrázek 2: Vzorec motivovaného chování (Nakonečný, 1999, s. 99)

1.2 Zdroje motivace chování

Zdroje motivace se liší dle našich potřeb a přání. Za zdroje motivace interpersonálního chování uvádí Nakonečný (1999, s. 101) tyto:

- a) Nesociální popudy, které mohou produkovat sociální interakci (např. potřeba jídla, peněz,...)
- b) Závislost – interakce, pomoc, ochrana, zejména od lidí v pozicích síly a autority
- c) Afiliace – fyzická blízkost, pohledy, přátelské odpovědi, být přijímán osobami sobě rovnými
- d) Dominance – být přijat jinými osobami či skupinami, stanovit rozhodnutí a být skupinou uctíván
- e) Sex – fyzická blízkost, tělesný kontakt, intimní vztahy obvykle s rovnocennými partnery druhého pohlaví
- f) Agrese – ubližovat druhým lidem fyzicky, verbálně, či jiným způsobem
- g) Sebeocenení („self-esteem“) a ego-identita – poskytovat druhým lidem odpovědi, přijímat od nich svou představu o sobě („self-image“)

2 ZÁVISLOST

Pojem závislost pro každého z nás znamená něco jiného, avšak všichni máme stejný problém a to ten, se své závislosti zbavit. Někdo je závislý na sportu, čokoládě, spousta mladých v dnešní době také na internetu, počítači, na moderních technologiích a někteří lidé, řekla bych, že těch je čím dál víc, jsou závislí na návykových látkách. Závislosti se těžko zbavujeme a člověk musí vynaložit spoustu sil na to, aby s ní skončil.

Dle Dvořáčka (cit. podle Kalina, 2008, s. 25) bylo na závislost od poloviny 20. století nahlíženo jako na nemoc a postupně začala být zařazována do evropské i americké klasifikace nemocí. Pojem závislost byl Světovou zdravotnickou organizací (WHO – World Health Organization) definován poměrně nedávno, a to v roce 1964. Můžeme tedy tento rok považovat za dobu, kdy závislost vstoupila do lékařské vědy.

2.1 Definice závislosti

Hartl, Hartlová (2000, s. 699) definují „závislost (dependence, addiction) jako stav chronické n. periodické otravy opakovaným použitím přirozené nebo syntetické drogy, kt. poškozuje postiženého i společnost; dnes většinou užíván termín závislost drogová n. přesněji závislost látková; u závislosti jde o zvl. patologický vztah mezi organizmem a látkou (drogou), vznikající opakovaným užitím látky, kt. posléze vede k periodicky se opakující intoxikaci spojené se silnou touhou až nutkáním látku opakovaně užívat.“

Definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí uvádí, že „závislost je 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 (často silná, někdy přemáhající) touha brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Definitivní diagnóza závislosti by se měla 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 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.
- d) Průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami.
- 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 zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení“ (Nešpor, 2007, s. 14).

Diagnostika závislosti dle DSM-IV říká, že „by měl jedinec pro diagnózu závislosti vykazovat alespoň tři ze sedmi příznaků v průběhu jednoho roku:

- a) Růst tolerance
- b) Odvykací příznaky po vysazení látky
- c) Přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk původně v úmyslu
- d) Dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky
- e) Trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejích účinků
- f) Zanechání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky, nebo jejich omezení
- g) Pokračující užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a které jsou způsobeny nebo zhoršovány užíváním látky“ (Řehan, 2007, s. 43).

V porovnání s MKN-10 není v diagnóze závislosti dle DSM-IV zmíněn carving, dychtění jako jeden z jejích znaků.

Podle ICD – 10 (mezinárodní klasifikace chorob) se za závislost pokládá to, když byla splněna následující kritéria:

- a) „silné přání prožívat psychotropní substance
- b) Snížená schopnost kontroly pokud jde o začátek, ukončení a množství požívané substance
- c) Užívání substance ke zmírnění abstinenčních syndromů
- d) Rozvoj tolerance
- e) Omezený úsudek o chování při zacházení se substancí
- f) Pokračující zanedbávání ostatních, dříve výše hodnocených zájmů
- g) Pokračující užívání substance přes dokázané škodlivé psychické, tělesné či sociální následky“ (Göhlert, 2001, s. 20)

Závislost může být jednak fyzická, tělesná. O ní mluvíme tehdy, kdy látka začleněná do metabolického systému organismu rozvíjí nepříjemné tělesné příznaky, jejichž charakter závisí na typu užití látky a zpravidla má vegetativní příznaky (křeče, bolesti). „Projevuje se takzvaným fenoménem tolerance. Chybí-li substance, zhroutlí se biochemické hospodářství, dochází k abstinenčním příznakům. V rámci zvyšování tolerance si musí toxikoman dodávat stále více substance, aby dosáhl stejného účinku. Zvyšování snášenlivosti je přitěžujícím faktorem závislosti“ (Göhlert, 2001, s. 22). Tělesnou závislost můžeme díky odborné lékařské pomoci překonat za poměrně krátkou dobu.

Závislost psychická přetrvává déle než fyzická a nastává tehdy, má-li uživatel touhu, nutkání navazovat příjemné stavy návykovou látkou. „Psychická závislost vzniká určitým druhem „návykové paměti“, která se vícenásobným použitím vytváří v mozku a funguje právě tak, jako kdybychom se učili nazpaměť básničku.“ (Göhlert, 2001, s. 22) Chuť zažívat stále a častěji stavy opojení, ke kterým dochází při užívání drog, vede k již zmíněné psychické závislosti. V těchto stavech si uživatel může být vědom toho, že hazarduje se svým životem a ohrožuje svůj zdravotní stav.

Závislost vzniká jak opakovaným nebo chronickým užíváním návykové látky, tak také při činnosti, která pro nás přináší nadměrné uspokojení.

2.1.1 Znaky závislosti

Za základní znaky závislosti označuje Dvořáček (cit. podle Kalina, 2008, s. 32) vysokou touhu po užití drogy se s níženou kontrolou nad touto touhou a nad užíváním drog a sníženou odměňující hodnotou biologických zdrojů odměny.

Nešpor (2007, s. 16- 25) uvádí celkem 6 znaků závislosti:

- a) Prvním z nich je *silná touha nebo pocit puzení užívat látku*. Tento stav bývá nahrazován pojmy bažení, carving. Komise zdravotníků Světové zdravotnické organizace se shodla na tom, že bažení lze definovat jako touhu po účinných psychoaktivní látce, s níž má osoba zkušenosti již z dřívější doby.
- b) Druhým znakem jsou *potíže v sebeovládání*, které se týkají jasnější zhoršení chování člověka.
- c) Za třetí znak je označován *somatický (tělesný) odvykací stav*
- d) Dalším znakem je *růst tolerance*. Tolerance se projevuje tím, že k dosažení stejného účinku látky je třeba užít její vyšší dávku. To znamená, že nižší dávka má menší účinek. „Zvýšená tolerance může vzniknout v důsledku nižší reaktivity ventrálního nervového systému na návykovou látku. Další možností je, že látka může být rychleji odbourávána (např. rychlejší odbourávání alkoholu v játrech). Uvažovalo se i o poklesu tolerance v důsledku imunologické reakce organismu na morfin, i když se takové vysvětlení nepovažuje za pravděpodobné
- e) *Zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů*, je další znak závislosti, kdy dochází ke stereotypnímu nebo zúženému chování ve vztahu k návykové látce.
- f) Posledním znakem je *pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků*. O tomto stavu hovoříme tehdy, je-li uživatel upozorněn lékařem, že užívání návykové látky silně poškodilo jeho játra a přesto s užíváním nepřestává“ (Platt, 1988 cit. podle Nešpor, 2007, s. 23).

Mezi vnější znaky závislosti můžeme považovat všechny nespecifické symboly poukazující na to, že je člověk uživatelem drog. Jsou to znaky, které se mohou, ale také nemusí projevovat. Mezi tyto znaky můžeme považovat:

- a) „ změna okruhu přátel, sociální ústup
- b) Úloha strukturovaných aktivit ve volném čase
- c) Změněný denní rytmus (v noci aktivní, ve dne unavený)
- d) Zvýšená potřeba peněz bez viditelných nákupů
- e) Změněný výkon ve škole, přitom dotyčný dává vinu druhým
- f) Častá onemocnění
- g) Nezdravý, bledý vzhled
- h) Silné zanedbávání vnějšího zjevu
- i) Změna osoby a kolísání nálad“ (Göhlert, 2001, s. 41)

- j) „V rozhovoru nesoustředěnost, neschopnost pozorně naslouchat“
(Göhlert, 2001, s. 41)

2.1.2 Stádia závislosti

Člověk se na droze nestane závislým hned po jejím prvním užití, ale trvá delší dobu až několik let, než vznikne závislost na droze. Návyk na drogu se utváří postupně a má několik stádií. Uvedu zde 4 stádia závislosti, podle Göhlerta (2001, s. 45) pro tzv. nelegální drogy:

- a) *Euforické počáteční stadium* – člověk má v tomto stupni závislosti lehký přístup k droze. Po užití drogy přichází pocity zbavení se úzkosti, uvolnění se a omámení. Vyrůstá pocit sebehodnocení a stoupá sebevědomí člověka.
- b) *Kritické stadium navykání* – dochází ke zmírnění účinku a stupňování dávek užití drogy. Časté jsou konflikty uživatele ve škole, či v zaměstnání. Zuzují se zájmy osoby, narůstají finanční problémy a nastávají poruchy v sebehodnocení.
- c) *Stadium návyku, respektive závislosti* – uživatel ztrácí kontrolu nad drogou a její dávkou, klesá jeho pracovní schopnost v povolání, ve škole. Narůstá kriminalita a vyřazení ze společnosti, mění se osobnost člověka a objevují se abstinenční příznaky. U osob, které se dostaly do tohoto typu stadia závislosti, si také můžeme všimnout tělesných poškození.
- d) *Chronické stadium rozkladu* – Dochází k úbytku snášenlivosti drogy, jedinec není schopen se finančně zaopatřit, nemá dostatečné množství peněz na to, aby si obstaral potravu, postaral se o bydlení a nemá finance ani na drogu samotnou. Díky nedostatečnému množství stravy uživatel hubne, má častá tělesná onemocnění. Stává se opuštěný, zanedbaný a jeho duševní stav je v rozkladu.

2.1.3 Neurobiologický model závislosti

Tento model závislosti byl vytvořen jako nový model závislosti, který je v dnešní době téměř paradigmatem. „Předmětem zájmu neurobiologického modelu závislosti je, jak působením biologického agens (drogy) na biologický substrát (mozek) dochází

k behaviorálním změnám v podobě závislostního chování. Tento model nahlíží závislost jako chronické onemocnění mozku“ (Dvořáček cit. podle Kalina, 2008, s. 25).

2.1.4 Craving

Známým a s problematikou závislosti často zmiňovaným pojmem je právě pojem carving (z angl. dychtění, bažení). Je to jeden z projevů závislosti. „Craving je nutková touha užít drogu spojená s kompulsivním užíváním drog“ (Dvořáček cit. podle Kalina, 2008, s. 33).

Craving je jeden z projevů závislosti a vyskytuje se v případě, kdy je uživatel v takovém stavu, v němž nemůže drogu užít. K tomu může docházet při odnětí drogy nebo při samotném abstinčním procesu. Na carving je nahlíženo mnoha způsoby, buď je označován za touhu po odměňujících účincích drogy, a nebo za touhu, kdy se uživatel snaží o uniknutí nepříjemným psychickým stavům v době odvykání.

2.2 Návyková látka

Drogu definují Hartl, Hartlová (2000, s. 122-123) jako „(drug, dope) 1 ve farmakologii látka živočišného n. rostlinného původu s farmakologickým účinkem 2 dle E. Urbana látka, kt. je požívána a zneužívána pro změnu nálady, vědomí, povzbuzení či tlumení somatopsychických funkcí; ovlivňuje biochemické pochody v mozku, příp. v centrální i periferní nervové soustavě, při opakovaném užívání možnost závislosti.“

Minařík uvádí (in Kalina, 2008, s. 339) že „droga je látka se dvěma základními vlastnostmi:

- a) Psychotropní efekt – modifikuje naše prožívání, mění způsob našeho vidění a prožívání světa;
- b) Potenciál závislosti – dlouhodobé, pravidelné užívání může vyvolat závislost.“

2.3 Typologie návykových látek

Rozdělení návykových látek je myslím si jednoznačné a u mnohých autorů stejné. Minaříka (in Kalina, 2008) dělí drogy podle míry rizika na ty s vysokým, vysokým až středním, středním, relativně malým rizikem a prakticky bez rizika. Drogy s vysokým rizikem jsou tedy drogy tvrdé a patří mezi ně toluen, heroin, morfin, durman a crack. Další skupinou jsou drogy s vysokým až středním rizikem, mezi které patří kokain, pervitin a LSD, do kategorie drog se střední mírou rizika patří alkohol, lysohlávky, extáze, efedrin a kodein.

Poslední dvě skupiny, drogy s relativně malým rizikem jsou marihuana, hašiš a kokový čaj a mezi drogy relativně bez rizika řadíme kávu a čaj.

Pro příklad bych také chtěla uvést typologii drog dle Kaliny a kol. (2003), který rozděluje drogy na:

- a) Alkohol – vznikající chemickým kvašením ze sacharidů, díky této reakci jej můžeme nazývat i etylalkoholem. Nadměrnou konzumaci alkoholických nápojů souhrnně nazýváme „alkoholismem“, díky WHO (World hospital organisation) začal být alkohol považován za oficiální medicínský problém.
- b) Opioidy a opiáty – často používány v lékařství jako léky proti bolesti (analgetika), léky proti kašli, tlumící kašlací reflex. Mezi zástupce této skupiny drog řadíme heroin, braun a metadon
- c) Stimulanty – látky s budivým efektem na centrální nervovou soustavu. Typickými zástupci jsou pervitin (metamfetamin), amfetamin, kokain.
- d) Halucinogenní drogy – do této skupiny patří mnoho látek, které dělíme na přírodní a semisyntetické a syntetické drogy. Nejčastějšími halucinogeny jsou LSD, psilocybin, mezkalin a spousta jiných látek ať už přírodního či umělého charakteru.
- e) Konopné drogy – jsou formy drog přírodního původu, obsahující aktivní látky cannabinoidy, které se vyskytují v těchto třech formách (marihuana, hašiš a hašišový olej).

Myslím si, že členění návykových látek, podobné tomu, které jsem zde uvedla od Kamila Kaliny je jedním z nejčastěji zmiňovaných. I v případě, kdy se budu dotazovat laiků, kteří jsou s touto problematikou obeznámeni jen okrajově, troufám si říci, že mi vyjmenují podobné, mnohdy i stejné dělení návykových látek.

V další části bych se chtěla více zabývat jen vybranými drogami. Těmi, o kterých si myslím, že jsou nejčastěji se vyskytující nejen v dnešní době, ale také v okolí mého bydliště. A to z toho důvodu, že návykových látek je opravdu nepřehledné množství, a blíže je všechny definovat by bylo na samostatnou práci.

2.3.1 Alkohol

Alkohol je jednou z návykových látek, která je dle mého názoru nejběžněji dostupnou drogou. Setkáváme se s ní, pasivně či aktivně již jako malí. Sklenice dobrého vína, piva nechybí v žádné z rodin a myslím si, že ne málo rodičů je na alkoholu závislých. Pokud je

v rodinách alkohol užíván pouze v případech oslav a jiných společenských akcí, není tolik běžným, můžeme předpokládat, že si dítě vyrůstající v této rodině na alkoholu závislost nevytvoří. Pokud ale dítě vyrůstá v rodině, v níž je alkohol téměř na denním pořádku, je pravděpodobné, že u něj závislost na alkoholu vznikne. Ne snad proto, že by ho jeho rodiče učili pít, ale proto, že bude mít možnost alkohol ochutnat již v brzkém věku a tím snáze bude jeho závislost vznikat. S alkoholem je spojován pojem *alkoholismus*, kterým bývá označována nadměrná konzumace alkoholu.

Alkohol, chemicky etylalkohol vzniká kvašením cukrů. Celá planeta, všichni její obyvatelé tuto látku znají již z dob starověku, je rozšířená ve všech koutech světa. Spolu s nikotinem patří na trhu mezi legální drogy.

Způsob užití alkoholu je per os, to znamená, že jej aplikujeme požitím. Účinek alkoholu závisí užití dávce a na dalších faktorech, které nás ovlivňují. Může jimi být prostředí, momentální rozpoložení osobnosti, zdravotní stav, atp. Při počátečním užití alkoholu se dostavuje zlepšení nálady, pocity sebevědomí a návaly energie. Posléze nastávají pocity únavy, spánku a útlumu.

„Intoxikace má čtyři stádia v závislosti na hladině alkoholu v krvi:

- a) Lehká opilost – excitační stadium (alkoholémie do 1,5 g/kg),
- b) Opilost středního stupně – hypnotické stadium (alkoholémie 1,6 – 2,0 g/kg),
- c) Těžká opilost – narkotické stadium (alkoholémie více než 2 g/kg),
- d) Těžká intoxikace se ztrátou vědomí, hrozící zástavou dechu a oběhu – asfyktické stadium (alkoholémie nad 3g/kg)“ (Kalina, 2008, s. 341).

Kalina (2003, s. 152) uvádí, že stanovení hodnoty alkoholémie se v praxi provádí dvěma způsoby, dvěma na sobě nezávislými metodami:

- a) Plynovou chromatografií
- b) Jinou alternativní metodou, kterou může být např. Widmarkova metoda.

Odvykací stavy jsou lékařsky a psychiatricky komplikovaným obrazem nemoci. Odvykání by mělo probíhat téměř vždy v nemocnici, jelikož se mohou dostavovat různé zdravotní komplikace, jako jsou halucinace, bludné představy a přeludy.

„Závislost na alkoholu se vyznačuje:

- a) Podle množství a způsobu abnormálního pití
- b) Vývojem stupňování tolerance a abstinenčním syndromem = fyzická závislost

- c) Soustředěním myšlení na alkohol, trvalou neutěšitelnou touhou po alkoholu (craving)
- d) ztrátou kontroly
- e) Chybějícím předjímáním negativních následků pro zdraví a sociální situaci“ (Göhlert, 2001, s. 83).

2.3.2 Amfetaminy

Pominu-li alkohol a marihuanu, řekla bych, že v dnešní době jsou amfetaminy jednou z nejrozšířenějších drog. Tyto návykové látky jsou vyráběny déle než 100 let. „V roce 1887 byl chemicky získán první amfetamin v roce 1898 silnější metamfetamin“ (Göhlert, 2001, s. 54). Je známo, že amfetaminy našly své uplatnění již v období 2. světové války, kdy měly svým účinkem povzbuzovat aktivitu vojáků, potlačovat bolest a pocity hladu.

S amfetaminy se nejčastěji potkáme v podobě bělavého, nažloutlého prášku nebo tabletky. Užívají se per os, formou tablet nebo šňupáním. Jednotlivá dávka má přibližně 15 – 20 mg. „Amfetamin podporuje uvolňování tělu vlastních látek, především noradrenalinu. Je to silná stimulační látka, která přímo ovlivňuje centrální nervovou soustavu“ „Amfetamin podporuje uvolňovanie telu vlastných látok, predovšetkým noradrenalínu. Je to silná stimulačná látka, ktorá priamo ovplyvňuje centrálnu nervovú sústavu“ (Schneiderová, 2003, s. 84)

Dle Göhlerta (2001, s. 57) projevům otravy drogou z této skupiny patří velmi rychlý puls, zvýšená teplota, třes, silné bolesti hlavy. Tyto všechny příznaky mohou poukazovat na náhlé krvácení do mozku. Po jisté době přicházejí stavy vyčerpanosti, dochází k trvalému vzestupu krevního tlaku, u lidí se srdeční vadou může docházet k poruchám srdečního rytmu, což může vést až k srdeční zástavě. Amfetaminy oslabují imunitní systém, uživatelé mají často problematickou pokožku.

Skupina amfetaminů, díky své nebezpečnosti podléhá nařízení o návykových látkách, zákonu č. 167/1998 Sb., o návykových látkách ve znění pozdějších předpisů. Tento zákon upravuje dle §1, prvního odstavce:

- a) „zacházení s návykovými látkami, s přípravky obsahujícími návykové látky (dále jen „přípravky“), s některými látkami používanými při výrobě nebo zpracování návykových látek (dále jen „prekursory“) a zacházení s pomocnými látkami, jejich vývoz, dovoz a tranzitní operace s nimi

- b) Pěstování máku, konopí, koky a vývoz a dovoz makoviny“ (ČESKO, Zákon č. 167 ze dne 11. června 1998 o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů. In: Sběrka zákonů České republiky. 1998, částka 57, s. 6770.)

3 TERAPEUTICKÁ KOMUNITA

Místem, v němž mají uživatelé návykových látek možnost se svou závislost skoncovat a začít nový život je terapeutická komunita.

Kalina a kol. (2003, s. 201) definují terapeutickou komunitu „jako specializované rezidenční (pobytové) zařízení, zaměřené na léčbu vedoucí k abstinenci a na sociální rehabilitaci.“ Český encyklopedický slovník (in Hartl, 1997) popisuje terapeutickou komunitu sociologicky jako „souhrn osob, které žijí v určitém vymezeném prostoru, kde vykonávají každodenní aktivity a obvykle tvoří autonomní jednotku; psychologicky jako typ organizace, kde jsou odstraněny vtahy nadřízenosti a podřízenosti (např. mezi pacienty a personálem), čímž se dosahuje lepší komunikace a spolupráce.“

„Terapeutické komunity (TK) jsou obecně dlouhodobé (1-3 roky) samostatné rezidenční programy, poskytující kompletní rehabilitační a sociální služby pod vedením zařízení“ (Therapeutic communities (TC) are generally long-term (1-3 years) self-contained residential programs that provide full rehabilitative and social services under the direction of the facility) (Cohen, Inhaba, 2004, s. 389).

3.1 Historie terapeutických komunit

Za historií terapeutických komunit se můžeme poohlédnout již do dávné minulosti, kdy vznikaly podobné komunity v souvislosti s náboženstvím. „Terapeutická komunita pro drogově závislé má svůj původ ve věčném boji člověka hledajícího jednotu mezi citem a rozumem, náboženstvím a vědou, věděním a vírou“ (Nevšímal, 2007, s. 158).

Nevšímal (2007, s. 159) uvádí, že úsilí o správný život, jež by měl směřovat k čistotě a schopnosti předstoupit před Boha můžeme zpozorovat v celé historii křesťansko - židovské tradice.

V polovině 20. století se začaly terapeutické komunity rozvíjet ve dvou směrech:

- a) *Terapeutické komunity demokratické*, vznikaly během 2. Světové války a jejich historie je spojená především s psychiatrem Maxwellem Jonesem. Tyto komunity měly sloužit klientům s poruchami duševního zdraví.

„Jones vydefinoval pět zásad terapeutické komunity, která jsou platná dodnes:

- Oboustranná komunikace na všech úrovních,
- Proces rozhodování na všech úrovních,

- Společné vedení,
 - Konsenzus v přijímání rozhodnutí,
 - Sociální učení v interakci tady a teď“ (Kalina, 2008, s. 200).
- b) *Terapeutické komunity hierarchické*, jejichž původ je spojován se svépomocnou abstinenci komunitou SYNANON v Kalifornii, která byla založena v r. 1958. Právě hierarchické komunity vznikly pro léčbu klientů závislých na drogách.

Kalina (2008, s. 200) uvádí, že za první skutečnou terapeutickou komunitu pro drogově závislé je označována komunita DAYTOP LODGE v New Yorku, kterou v roce 1964 založil psychoanalytik Daniel Casriel. Právě z kalifornského Synanonu převzali zakladatelé Daytop Lodge principy fungování, které jsou dodnes platné:

- „komunita nabízí náhradní rodinu,
- Charismatický vůdce má v sobě velký terapeutický potenciál,
- Vytvoření systému odměňování jako základu změny,
- Konfrontace a frustrace jsou neoddelitelnou součástí rehabilitace,
- Specifické nástroje změny chování, např. synanonská hra (zvláštní forma encounteru – setkání), učení nápodobou a sebeřízením (princip „jednej, jako by...“),
- Oddanost hodnotám komunity“ (Kalina, 2008, s. 201).

3.2 Vztah terapeut X klient

Terapeut by měl být připraven na to, poskytnout klientovi pomocnou ruku jednak v procesu léčby, ale také v postupných pokusech o znovuzачlenění se do společnosti.

Vztah *terapeut x klient* je založen na základě toho, že jeden (klient) pomoc vyhledává a ten druhý (terapeut) pomoc poskytuje. „Jedním z účinných faktorů psychoterapeutického působení je vztah, který se vytváří mezi klientem a terapeutem. Je to vztah mezi lidmi v situaci psychoterapie“ (Kalina, 2003, s. 30). Carl Rogers (cit. podle Kalina, 2003, s. 30) popisuje tyto základy terapeutické komunity:

- a) Terapeut by měl být v jednání s klientem kongruentní, to znamená, že jednotlivé části jeho projevu by měly být ve vzájemném souladu (verbální i neverbální projev)
- b) Terapeut by měl být autentický
- c) Terapeut by měl klienta přijímat a oceňovat
- d) Terapeut musí být empatický.

Mělo by jít tedy v zásadě o vztah, ať už mezi dvěma či více lidmi, který je pomáhající a snaží se o podporu klienta. Terapeut i klient by měli dodržovat vzájemný respekt mezi sebou navzájem, ale také vůči terapii samotné.

„Součástí práce terapeuta je umět navázat, udržet a ukončit terapeutický vztah. Jestliže toho není schopen a neumí se vztahem reflektovaně a zodpovědně zacházet, může terapie stagnovat, ztrácet na své účinnosti, poškozovat klienta nebo být předčasně ukončena odchodem z klientova rozhodnutí“ (Bartošíková et al. cit. podle Kalina, 2008, s. 164).

V samotném průběhu terapie mohou nastat různé situace, kterými mám na mysli jednak zhoršení klientova stavu, ale také odhalení nepříjemných, soukromých, pro klienta mnohdy bolestivých informací. V tomto případě by měl terapeut „povzbuzovat pacienta k vytrvalosti, aby se zabránilo předčasnému přerušení terapie“ (Vymětal, 2009, s. 119).

Posláním komunitního pracovníka je „odhalení sociálních priorit a potřeb dané komunity a povzbuzování obyvatel k tomu, aby poznali své vlastní problémy a pokusili se je zvládnout s pomocí dostupných služeb“ (Hartl, 1997, s. 119).

Dle Kaliny (2003, s. 30) v sobě terapeutický vztah nese prvky vztahu rodičovského. Této vztah pak můžeme dělit obdobně, jako vztahy rodičů ke svým dětem a to na vztah matka – dítě a otec – dítě. Ve vztahu matka – dítě, terapeut plně akceptuje klienta i se všemi jeho zvláštnostmi a poruchami. Tento stav, kdy terapeut stojí vždy na straně klienta, můžeme přirovnat právě ke vztahu matky ke svému dítěti. Ze vztahu otec – dítě je v tom terapeutickém obsažen vztah k autoritě, kterou se pro klienta stává terapeut. Jde o autoritu, která je charakterizována spíše jako „ochraňující, spolehlivá a důvěryhodná, jež se může stát i vzorem“ (cit. podle Kalina, 2003, s. 30).

Nerad a Neradová (cit. podle Kalina, 2008, s. 166) uvádějí, že porozumění životu závislých klientů, jejich akceptace a nepředstíraný zájem o ně samotné, jsou charakteristiky terapeutů, kterým se člověk nemůže naučit. Právě tyto vlastnosti ovlivňují pocity klientů a jejich reakce na terapeutický vztah.

3.3 Cíle terapeutické komunity

Mezi hlavní cíle patří nejen aktivní snaha o to, aby klient žil svůj život bez užívání drog, ale také se naučil žít novým a lepším životním stylem.

„Léčba v terapeutické komunitě se zaměřuje na sociální, intelektový a tvůrčí rozvoj klienta. V tomto procesu je důležité, aby klient poznal limity svých schopností, naučil se, že

není všemocný obr svých snů ani trpaslík svého strachu a že je to tak v pořádku“ (Kooyman, cit. podle kol. autorů, 2004, s. 37). Ideálním výsledkem terapeutického procesu je život klienta bez závislosti na návykové látce. „Klient vnímá sám sebe pozitivně, je emočně otevřený, je schopen dávat a přijímat lásku, zvládat konflikty, bolestivé zážitky, dokáže si říct o pomoc a dát najevo druhým, co potřebuje“ (Kooyman, cit. podle kol. autorů, 2004, s. 37).

Podle Kooymana (cit. podle kol. autorů, 2004, s. 38) není cílem léčby není pouze zastavení symptomatického chování, kterým je užívání drog, ale klienti se také učí zvládat životní stres bez sebedestruktivního chování. Klienti se učí rozumět svému strachu, který vede z odmítnutí a také se učí měnit negativní sebepojetí, kterými např. mohou být: nemám právo být šťasten, nemám právo žít, nejsem dost dobrý,... atp. Tyto názory by se během pobytu v terapeutické komunitě měly změnit na podobné těmto: mám právo na existenci, na štěstí, nejsem dokonalý, ale jsem dost dobrý.

Konečným, velkým cílem léčby v terapeutické komunitě je beze sporu vyléčení závislosti a trvalá abstinence. „Základní koncepce léčby spočívá v tom, že člověk, který byl závislý, musí změnit své negativní sebepojetí na pozitivní, naučit se zvládat stres pozitivním způsobem a musí být schopen prožívat život jako uspokojivý. Jen tak lze minimalizovat nebezpečí relapsu, dalšího autodestruktivního chování z minulosti“ (Kol. autorů, 2004, s. 38).

4 RESOCIALIZAČNÍ A TERAPEUTICKÁ KOMUNITA GRUNT

V poslední kapitole teoretické části své práce bych ráda zmínila resocializační a terapeutickou komunitu Grunt, díky které jsem mohla uskutečnit empirickou část bakalářské práce.

4.1 Charakteristika terapeutické komunity GRUNT

Tato resocializační terapeutická komunita, která se nachází v Březnici u Zlína, je nestátní neziskovou organizací, která poskytuje pomoc mladým mužům, ve věku od 18 let, závislým na nealkoholových drogách a sociálně méně adaptabilním jedincům.

Počátek terapeutické komunity je datován podzimem roku 1999, kdy měli klienti první možnost dlouhodobého léčebně-resocializačního pobytu. Za pomoci Magistrátu města Zlína a Meziresortní drogové komise byla upravena stará usedlost, v níž klienti nachází své zázemí.

4.2 Řád terapeutické komunity

Základem pro úspěšnou léčbu je roční pobyt v komunitě, působení pracovní terapie, individuální i skupinové psychoterapie.

Činnost komunity je založena na principu provozu zemědělské farmy s chovem hospodářských zvířat, o které se klienti starají v rámci svého zdejšího pobytu. Starají se například o psy, kočky, kozy, králíky a drůbež. V rámci pracovní terapie mají klienti možnost o zapojení se do prací, které zajišťují chod farmy, ale také se mohou zasloužit o opravy a rekonstrukce objektu, či úpravy zahrad a blízkého okolí farmy. Díky pracovitosti klientů, se již podařilo rekonstruovat zázemí farmy. Opravily se podlahy uvnitř pokojů, udělaly nové elektrorozvody v budově, které byly ve stavu, zabraňujícím provozu a spousta dalších věcí.

Sami klienti přispívají na chod terapeutické komunity také jejich výdělků z brigád, na které mají možnost dojíždět. Klienti mají díky všem těmto povinnostem možnost obnovení pracovních návyků, ale také si zlepšují svoji psychickou i fyzickou kondici, osvojují si komunikační a sociální dovednosti, o které díky závislosti přišli. Snahou také je, aby postupně našli odvahu a znovu převzali zodpovědnost sami za sebe.

Hlavním cílem tohoto programu je trvalá abstinence všech klientů a jejich návrat do běžného života bez závislosti.

4.3 Fáze pobytu v terapeutické komunitě

Pobyt klientů v terapeutické komunitě je rozdělen do 4 fází:

- Motivační fáze – délka jejího trvání je 2-3 měsíce;
- Motivace k abstinenci – druhá fáze, která trvá 3- 4 měsíce. Klient se v tomto období plně zaměřuje právě na abstinenci.;
- Zodpovědnostní fáze – tato fáze trvá 3-5 měsíců, během kterých si klienti prohlubují odpovědnost sami za sebe, za své zdraví, jednání a také za zodpovědné a společlivé plnění svých úkolů vůči komunitě.;
- Poslední fáze – trvá 3-5 měsíců. Během této doby si klienti upevňují nově nabyté hodnoty, přání a představy, pomalu se odpoutávají od komunity a zařazují do běžného života.

Před odchodem klienta z komunity je zajištěna následná doléčovací péče, včetně zajištění stálého pracovního poměru a bydlení.

4.4 Terapeutický tým

Tým pracovníků komunity je složen ze čtyř stálých členů a dalších externích pracovníků z řad dobrovolníků, ale také specialistů na drogovou problematiku.

Komunita úzce spolupracuje s organizacemi zabývajícími se drogovou problematikou, jako je K-centrum Zlín, Psychiatrická léčebna v Kroměříži, krajský protidrogový koordinátor, ale také ostatní K-centra v České republice, terapeutické komunity Podcestný mlýn a Sejřek.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU

Teoretickou částí objasňuji pojmy, související s tématem mé bakalářské práce. Vysvětluji, co je motivace, návyková látka, ale také se snažím o přiblížení s funkcí terapeutických komunit.

Právě pojmy vymezené v teoretické části mé práce, souvisejí s praktickou částí, kdy se snažím o objasnění toho, co vede uživatele návykových látek k léčbě v terapeutické komunitě.

5.1 Výzkumný problém

„Jsou stejné motivační faktory k léčbě v terapeutické komunitě mezi uživateli amfetaminu/metamfetaminu a kokainu?“

Ačkoli se s drogovou problematikou setkáváme dnes a denně, v tisku, na internetu či ostatních zdrojích informací myslím si, že tato oblast skýtá spoustu uliček, které zdaleka ještě nejsou probádané. Proto jsem se zaměřila právě na tuto oblast. Chtěla bych zjistit, co vede osobu, která upadla do závislosti k tak velkému kroku, kterým je nastoupení na léčbu.

5.2 Cíl výzkumu, hypotézy

Cílem mého výzkumu je zjistit, zda existuje rozdíl v motivaci k léčbě v terapeutické komunitě mezi klienty závislími na amfetaminu/metamfetaminu a mezi uživateli kokainu. Dále bych chtěla zjistit, jestli tito uživatelé vnímají jejich problém, který je způsoben užíváním návykových látek. Zjistit, zda jsou klienti odhodláni k okamžité léčbě, zda se chtějí pokusit o skoncování se svojí závislostí a také zda si chtějí dát svůj život do pořádku.

Na základě toho, co bych chtěla zjistit, jsem tedy určila čtyři cíle výzkumu:

- Zjistit, zda existuje rozdíl v motivaci k léčbě v terapeutické komunitě mezi klienty závislími na amfetaminu/metamfetaminu a uživateli kokainu.
- Zjistit, zda uživatelé kokainu vnímají svůj problém s užíváním drog rozdílně než uživatelé amfetaminu/ metamfetaminu.
- Zjistit, zda jsou klienti závislí na amfetaminu/ metamfetaminu odhodláni k okamžité léčbě stejně jako uživatelé kokainu.
- Zjistit, zda si uživatelé amfetaminu/ metamfetaminu chtějí dát svůj život do pořádku stejně jako klienti závislí na kokainu.

Z výzkumných cílů jsem si odvodila tyto hypotézy:

- $1H_0$: Klient závislý na amfetaminu/metamfetaminu má stejnou motivaci k léčbě v terapeutické komunitě jako klient závislý na kokainu.
- $1H_A$: Klient závislý na amfetaminu/metamfetaminu má větší motivaci k léčbě než klient závislý na kokainu.
- $2H_0$: Klient závislý na kokainu vnímá problém s užíváním drog stejně jako klient závislý na amfetaminu/metamfetaminu.
- $2H_A$: Klient závislý na kokainu vnímá problém s užíváním drog více než klient závislý na amfetaminu/metamfetaminu.
- $3H_0$: Klient závislý na amfetaminu/metamfetaminu má stejné odhodlání k léčbě jako klient závislý na kokainu.
- $3H_A$: Klient závislý na amfetaminu/metamfetaminu má větší odhodlání k léčbě než klient závislý na kokainu.
- $4H_0$: Klient závislý na amfetaminu/metamfetaminu se chce vyléčit stejně jako uživatel kokainu.
- $4H_A$: Klient závislý na amfetaminu/metamfetaminu se chce vyléčit více než uživatel kokainu.

Dílčí výzkumné otázky:

- Nastupují klienti do terapeutické komunity z vlastní vůle?
- Cítí klienti terapeutické komunity, že závislost na návykových látkách je jejich největším problémem?
- Jsou klienti odhodláni překonat svoji závislost?
- Podporuje klienty v léčebném procesu jejich rodina?
- Chtějí klienti terapeutické komunity změnit svůj život?

5.3 Výzkumný vzorek

Vzhledem k tomu, že výskyt terapeutických komunit není v blízkém okolí velký, vybrala jsem si k realizaci svého výzkumu terapeutickou komunitu „Grunt“, která je nedaleko Zlína.

Výzkumný vzorek byl tedy vybrán záměrným výběrem, kdy „o výběru toho prvku nerozhoduje náhoda, ale buď úsudek výzkumníka, nebo úsudek zkoumané osoby“ (Chráska, 2007, s. 22).

Celkový počet respondentů:

- Klienti (muži) terapeutické komunity (celkový počet 47)

I přes to, že je v terapeutické komunitě nyní 8 klientů, podařilo se díky vynikající spolupráci a ochotě pana Marečka sehnat další respondenty k vyplnění dotazníků, aby jejich počet byl větší.

- Pracovníci terapeutické komunity (celkový počet 10)

5.4 Výzkumná metoda

Pro realizaci svého výzkumu jsem zvolila metodu sběru dat formou dotazníku. V rámci projektu VEGA jsem dostala k dispozici dotazník CMRS, který zachycuje pocity klienta při nástupu do terapeutické komunity a také během celého jeho pobytu. Druhý dotazník jsem vytvořila pro pracovníky terapeutické komunity, kteří jsou v kontaktu s klienty. Na základě tohoto dotazníku bych chtěla porovnat výsledky CMRS dotazníků klientů s názory terapeutů.

Dotazník je „způsob písemného kladení otázek získáváním písemných odpovědí“ (Gavora, 2000 cit. podle Chráška, 2007, s. 163). Jak uvádí Punch (2003, s. 48) dotazník by měl vycházet z výzkumných otázek, odpovídat jim. Výzkumné otázky by měly tvořit „orientační mapu“ pro vytvoření našeho dotazníku.

Výhodou dotazníků je dle mého názoru jednoduchost ve zpracování dat, k jejíž realizaci v dnešní době slouží spousta počítačových programů, díky nimž není vyhodnocení natolik zdlouhavé a složité.

Jako výzkumné metody byly tedy zvoleny dva dotazníky:

- Dotazník CMRS pro klienty terapeutické komunity (příloha P I)
- Dotazník pro pracovníky terapeutické komunity (příloha P II)

Pro ochranu osobních údajů, a také co nejpravdivější odpovědi dotazovaných byly oba dotazníky anonymní. Respondenti byli ujištěni o tom, že jejich odpovědi budou sloužit pouze k výzkumným účelům mé práce. Sestavené dotazníky jsem osobně zavezla do terapeutické komunity, kde byly vyplněny klienty i zaměstnanci terapeutické komunity. Pro větší množství dotazníků jsem po dohodě s panem Jiřím Marečkem, vedoucím komunity, dotazníky pro klienty vložila na internetový portál www.vyplnto.cz. Odkaz na tyto internetové stránky byl rozeslán klientům, kteří se v dané době nacházeli mimo komunitu (na pra-

covních stážích, apod.). Tímto způsobem bylo vyplněno dalších 40 dotazníků od klientů terapeutické komunity. Určitě jsem byla velmi ráda, že jsem mohla využít právě tohoto způsobu vyplňování dotazníků, protože díky němu se stal mobilnějším a dostal se tak k většímu počtu klientů. Nevěřila jsem, že mi budou dotazníky navraceny v tak velkém množství. Myslím si, že je to jen díky spolupráci a ochotě pana Jiřího Marečka, který s klienty komunikoval a dotazníky představil.

5.5 Zpracování dat

Ke zpracování dat a postupnému vyhodnocení dotazníků byly zvoleny tabulky četností u obou dotazníků, které jsem zaznamenávala v počítačovém programu MS Excel. Poté jsem na základě hypotéz provedla test nezávislosti chí-kvadrát. Formulovala jsem nultou a alternativní hypotézu, vytvořila čtyřpolní tabulky pro nezávislost chí-kvadrátu, ze kterých jsem vypočítala testové kritérium, které bylo dále srovnáváno s tabulkou kritických hodnot chí kvadrát z Chrásky (2007, s. 248). Po tomto srovnání jsem přijala nulovou, a nebo alternativní hypotézu. Dále jsem u škálových otázek počítala směrodatnou odchylku, průměr a jako doplňující prvek u dalších otázek vytvořila grafy pro větší přehlednost výsledků.

6 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V této kapitole uvádím výsledky výzkumu, kterých jsem dosáhla pomocí dotazníkového šetření. Jsou zde zmíněny odpovědi klientů, ale také odpovědi pracovníků terapeutické komunity.

6.1 Analýza dat a interpretace

V kapitole 5.1.1 uvádím výsledky dotazníku pro klienty, tj. dotazník CMRS. Pomocí tabulek četností, průměru, směrodatné odchylky a provedení nezávislosti chí-kvadrátu interpretuji každou položku svého dotazníku.

V části 5.1.2 prezentuji pomocí výše uvedených metod výsledky dotazníku pro pracovníky terapeutické komunity.

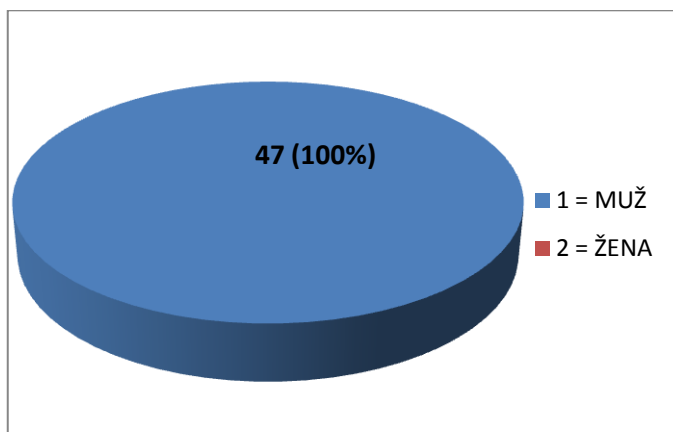
6.1.1 CMRS dotazník

Otázka č. 1 Pohlaví klienta:

Tabulka č. 1 Pohlaví klienta:

<i>ODPOVĚDI:</i>	<i>ABSOLUTNÍ ČETNOST</i>	<i>RELATIVNÍ ČETNOST (V %)</i>
<i>Muž</i>	<i>47</i>	<i>100</i>
<i>Žena</i>	<i>0</i>	<i>0</i>

Graf č.1 Pohlaví klienta:



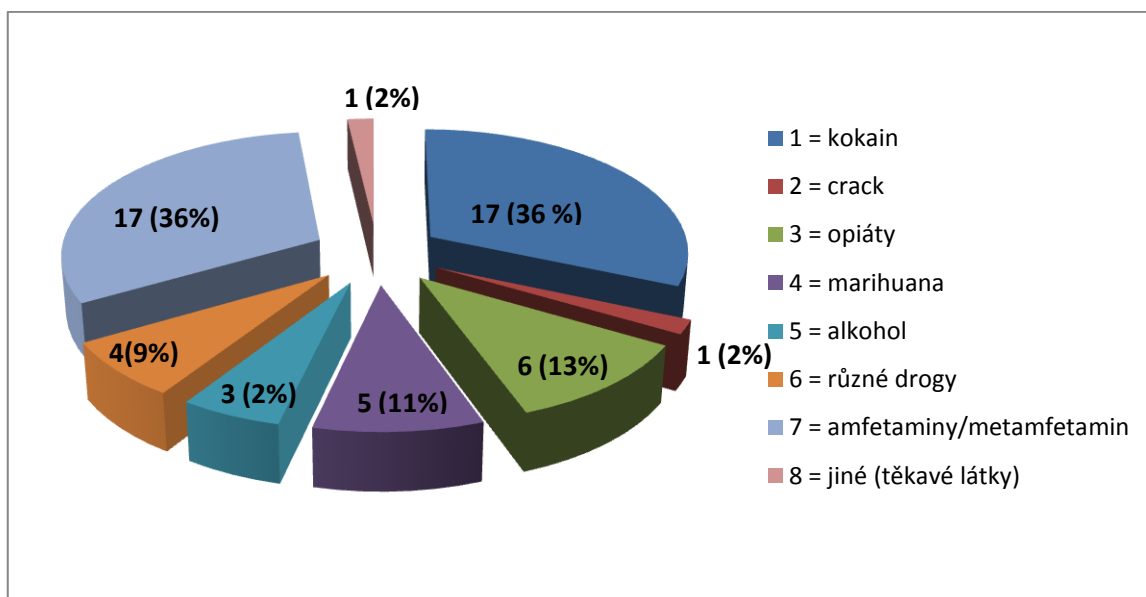
Klienti terapeutické komunity Grunt jsou muži, proto byli všichni ze 47 dotazovaných respondentů mužského pohlaví, to znamená, že 100% respondentů byli muži.

Otázka č. 2 Primární psychoaktivní látka:

Tabulka č. 2 Primární psychoaktivní látka:

ODPOVĚDI	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
1 = kokain	17	36
2 = crack	1	2
3 = opiáty	6	13
4 = marihuana	5	11
5 = alkohol	3	2
6 = různé drogy	4	9
7 = amfetaminy/metamfetamin	17	36
8 = jiné (těkavé látky)	1	2

Graf č. 2 Primární psychoaktivní látka:



Z celkem 47 oslovených respondentů je u 36% (17 klientů) z nich primární psychoaktivní látkou kokain a u dalších 36% amfetamin/metamfetamin. Další nejběžnější odpovědi jsou opiáty, které za primární psychoaktivní látku označilo 13% dotazovaných. Možnosti označení marihuany, alkoholu, různých drog označilo 11%, 2%, 9% a jiné látky, konkrétně těkavé látky označil jeden respondent, což jsou 2 % z dotazovaných.

Otázky č. 3 – 20 jsou otázky škálové, proto u každé uvádím pouze tabulku s absolutní četností, dále směrodatnou odchylku a průměr.

Otázka č. 3 Jsem si jistý, že bych šel/šla do vězení, kdybych se nezačal/a léčit.

Tabulka č. 3 Jsem si jistý, že bych šel/šla do vězení, kdybych se nezačal/a léčit.

ODPOVĚDI	ABSOLUTNÍ ČETNOST
1	16
2	7
3	8
4	12
5	2
9	2

U této otázky mi výpočtem z programu MS Excel vyšla směrodatná odchylka 1,87 a průměr 2,76. Mnozí z klientů odpovídali záporně. Z celkového počtu 47 respondentů odpovědělo 34%, tj. 16 klientů tak, že si nejsou jisti tím, že by šli do vězení, pokud by nepodstoupili léčbu. Opakem bylo dalších 12 dotazovaných, kteří odpověděli na tuto otázku kladně, a to tak, že by šli do vězení, pokud by se nezačali léčit. Můžeme tedy říci to, že i možnost ztráty svobody, je pro klienty jedním z důvodů, proč podstupují léčbu.

Otázka č. 4 Určitě bych se začal/a léčit, i bez toho, že by mi hrozilo trestní stíhání a uvěznění.

Tabulka č. 4 Určitě bych se začal/a léčit, i bez toho, že by mi hrozilo trestní stíhání a uvěznění.

ODPOVĚDI	ABSOLUTNÍ ČETNOST
1	0
2	10
3	10
4	17
5	8
9	2

Zde je průměr 3,74 a směrodatná odchylka 1,51. U této otázky odpovědělo 17 respondentů, tj. 36% z dotazovaných kladně. Tito klienti by nastoupili na léčbu, aniž by jim hrozilo trestní stíhání.

Otázka č. 5 Jsem přesvědčený/á, že by mě má rodina vyhodila z domu, nedovolila by mi žít spolu s nimi (doma), kdybych nezačal/a léčbu.

Tabulka č. 5 Jsem přesvědčený/á, že by mě má rodina vyhodila z domu, nedovolila by mi žít spolu s nimi (doma), kdybych nezačal/a léčbu.

ODPOVĚDI	ABSOLUTNÍ ČETNOST
1	5
2	10
3	13
4	10
5	6
9	3

Průměr 3,43 a směrodatná odchylka 1,88. Dotazovaní odpovídali průměrně možností 3, což znamená, že jsou i nejsou přesvědčeni o tom, že by je rodina vyhodila z domu, pokud by se nezačali léčit.

Otázka č. 6 Jsem přesvědčený/á o tom, že se mí příbuzní/přítel nebo přítelkyně budou pokoušet o to, abych po pár měsících ukončil/a léčbu.

Tabulka č. 6 Jsem přesvědčený/á o tom, že se mí příbuzní/přítel nebo přítelkyně budou pokoušet o to, abych po pár měsících ukončil/a léčbu.

ODPOVĚDI	ABSOLUTNÍ ČETNOST
1	12
2	14
3	14
4	2
5	4
9	1

Průměr 2,53 a směrodatná odchylka 1,52. Zde byly odpovědi nerozhodné, klienti odpovídali vesměs záporně, že se jejich příbuzní nebudou pokoušet o to, aby ukončili svoji léčbu předčasně.

Otázka č. 7 Obávám se, že pokud budu pokračovat v léčbě, budu mít vážné finanční potíže.

Tabulka č. 7 Obávám se, že pokud budu pokračovat v léčbě, budu mít vážné finanční potíže.

ODPOVĚDI	ABSOLUTNÍ ČETNOST
1	5
2	5
3	13
4	8
5	3
9	13

Průměr 4,64 a směrodatná odchylka 2,9.

Otázka č. 8 V podstatě mám pocit, že mám příliš mnoho problémů venku, které mi znemožní být naléčí celý program (rodiče, partner/přítel nebo přítelkyně, děti, ztráta příjmu, ohrožené další vzdělávání, rodinné problémy, ztráta domova/bydlení atd.).

Tabulka č. 8 V podstatě mám pocit, že mám příliš mnoho problémů venku, které mi znemožní být naléčí celý program (rodiče, partner/přítel nebo přítelkyně, děti, ztráta příjmu, ohrožené další vzdělávání, rodinné problémy, ztráta domova/bydlení atd.).

ODPOVĚDI	ABSOLUTNÍ ČETNOST
1	8
2	13
3	14
4	8
5	4
9	0

Průměr 2,72 a směrodatná odchylka 1,92. Na tuto otázku odpovědělo 14 klientů ze 47 dotazovaných odpovědí ano i ne. Plyne z toho tedy, že si nejsou jisti tím, že by neměli žádné problémy, které by jim znemožnily pobyt v terapeutické komunitě. Dalších 13 respondentů odpovědělo jednoznačně odpovědí ne, že nemají problémy, které by jim znemožnily pobyt v terapeutické komunitě.

Otázka č. 9 V podstatě cítím, že užívání drog/pití alkoholu je v mém životě velmi vážným problémem.

Touto otázkou si odpovídám na hypotézu č. 2:

- $2H_0$: Klient závislý na kokainu vnímá problém s užíváním drog stejně jako klient závislý na amfetaminu/metamfetaminu.
- $2H_A$: Klient závislý na kokainu vnímá problém s užíváním drog více než klient závislý na amfetaminu/metamfetaminu.

Tabulka č. 9 A (tabulka četností) V podstatě cítím, že užívání drog/pití alkoholu je v mém životě velmi vážným problémem.

ODPOVĚDI	ABSOLUTNÍ ČETNOST
1	1
2	1
3	12
4	22
5	10
9	1

Tabulka č. 9 B (čtyřpolní tabulka pro chí kvadrát)

	1	2	3	4	5	9	Σ
Amfet./metamf.	10 (9,7)	10 (9,7)	50 (48,6)	50 (68)	50 (34)	10 (9,7)	180
kokain	10 (10,3)	10 (10,3)	50 (51,3)	90 (71,9)	20 (36)	10 (10,3)	190
Σ	20	20	100	140	70	20	

Na základě této tabulky jsem si vypočítala testové kritérium $x^2 = 24,02$, které jsem porovnávala s kritickými hodnotami kritéria pro chí- kvadrát (Chráska, 2007, s. 248). Tímto porovnáním jsem zjistila, že hodnota kritéria v tabulce je menší, než hodnota má x^2 . Tím pádem, na základě těchto výpočtů, přijímám alternativní hypotézu o tom, že *klienti závislí na kokainu vnímají problém s užíváním drog více, než klienti závislí na amfetaminu/metamfetaminu*. U Klientů závislých na amfetaminu/metamfetaminu byly nejčastější odpovědi kladné. Z celkového počtu 17 klientů, užívajících amfet./metamfetamin odpovědělo právě 15 dotazovaných kladně. Ve srovnání s uživateli kokainu, byly odpovědi po-

měrně stejné, až na tu, kdy u odpovědi 4 – souhlasím, odpovědělo 9 dotazovaných užívajících kokain a pouhých 5 klientů závislých na amfetaminu/metamfetaminu.

Otázka č. 10 Často prožívám hněv a nemám se ráda za to, že jsem bral/a drogy/pil alkohol.

Tabulka č. 10 Často prožívám hněv a nemám se ráda za to, že jsem bral/a drogy/pil alkohol.

ODPOVĚDI	ABSOLUTNÍ ČETNOST
1	2
2	6
3	16
4	17
5	6
9	0

Průměr 3,4 a směrodatná odchylka 1,01. Průměrnou hodnotou, označovanou dotazovanými byla středová, kterou označili, že prožívají, ale i neprožívají hněv za to, že brali drogy.

Otázka č. 11 V poslední době mám pocit, že pokud se nezměním, s mým životem to půjde stále z kopce a vše se zhorší.

Tabulka č. 11 V poslední době mám pocit, že pokud se nezměním, s mým životem to půjde stále z kopce a vše se zhorší.

ODPOVĚDI	ABSOLUTNÍ ČETNOST
1	2
2	4
3	9
4	24
5	8
9	0

Průměr 3,68 a směrodatná odchylka 1,00.

Otázka č. 12 Skutečně mě mrzí, že jsem bral/a drogy a že způsob jakým jsem žil/a způsobil bolest mnohým lidem.

Tabulka č. 12 Skutečně mě mrzí, že jsem bral/a drogy a že způsob jakým jsem žil/a způsobil bolest mnohým lidem.

ODPOVĚDI	ABSOLUTNÍ ČETNOST
1	2
2	4
3	7
4	25
5	9
9	0

Průměr 3,74 a směrodatná odchylka 1,01.

Otázka č. 13 Přestat brát drogy/pít alkohol je pro mě to nejdůležitější.

Tato otázka mi posloužila k tomu, abych mohla odpovědět na hypotézu č. 4:

- $4H_0$: Klient závislý na amfetaminu/metamfetaminu se chce vyléčit stejně jako uživatel kokainu.
- $4H_A$: Klient závislý na amfetaminu/metamfetaminu se chce vyléčit více než uživatel kokainu.

Tabulka č. 13 A Přestat brát drogy/pít alkohol je pro mě to nejdůležitější.

ODPOVĚDI	ABSOLUTNÍ ČETNOST
1	1
2	3
3	10
4	22
5	7
9	4

Tabulka č. 13 B (čtyřpolní tabulka pro chí-kvadrát)

	1	2	3	4	5	9	Σ
Amfet./metamf.	10 (9.7)	10 (9.7)	40 (38.8)	70 (77.7)	20 (19.4)	20 (14.6)	170
kokain	10 (10.3)	10 (10.3)	40 (41.1)	90 (82.3)	20 (20.6)	10 (15.4)	180
Σ	20	20	80	160	40	30	

Testové kritérium $x^2 = 5,42$, jsem srovnala s kritickou hodnotou kritéria pro chí kvadrát (Chráska, 2007, s. 248), která byla větší než hodnota testového kritéria $x^2=5,42$. Z toho vyhodnocení vyplynulo, že přijímám nulovou hypotézu, která říká, že se klienti závislí na amfetaminu/metamfetaminu chtějí vyléčit stejně jako klienti závislí na kokainu. I v tomto případě je zajímavé srovnání. Porovnáme-li odpovědi klientů závislých na dvou rozdílných látkách, v tomto případě amfetamin/metamfetamin a kokain, můžeme vidět, že mezi nimi není velký rozdíl. Opravdu pro všechny klienty, po vyhodnocení jejich odpovědí je prioritou přestat brát drogy.

Otázka č. 14 Velmi tomu nevěřím, že se musím léčit, abych přestal/a brát drogy/ pít alkohol. Myslím si, že pokud budu chtít, můžu přestat sám/sama.

Tabulka č. 14 Velmi tomu nevěřím, že se musím léčit, abych přestal/a brát drogy/ pít alkohol. Myslím si, že pokud budu chtít, můžu přestat sám/sama.

ODPOVĚDI	ABSOLUTNÍ ČETNOST
1	5
2	12
3	17
4	11
5	2
9	0

Průměr 2,85 a směrodatná odchylka 1,04.

Otázka č. 15 Nastoupil/a jsem do programu léčby proto, že se skutečně cítím připravený/á zvládnout to a dostat se ze závislosti.

Tabulka č. 15 Nastoupil/a jsem do programu léčby proto, že se skutečně cítím připravený/á zvládnout to a dostat se ze závislosti.

ODPOVĚDI	ABSOLUTNÍ ČETNOST
1	2
2	4
3	11
4	18
5	11
9	1

Průměr 3,8 a směrodatná odchylka 1,31.

Otázka č. 16 Udělám vše, co je nutné pro to, abych si dal/a život do pořádku.

Tabulka č. 16 Udělám vše, co je nutné pro to, abych si dal/a život do pořádku.

ODPOVĚDI	ABSOLUTNÍ ČETNOST
1	0
2	2
3	8
4	23
5	12
9	2

Průměr 4,21 a směrodatná odchylka 1,28. U této otázky byla nejčastěji označována odpověď 4, že klienti souhlasí s tím, že udělají vše pro to, aby si dali svůj život do pořádku. Pouze 2 z dotazovaných odpověděli záporně a další 2 označili za svoji odpověď možnost nevím.

Otázka č. 17 V podstatě je to tak, že momentálně ani nevidím jinou možnost než absolvovat léčení.

Tabulka č. 17 V podstatě je to tak, že momentálně ani nevidím jinou možnost než absolvovat léčení.

ODPOVĚDI	ABSOLUTNÍ ČETNOST
1	1
2	7
3	12
4	19
5	5
9	3

Průměr je 3,8 a směrodatná odchylka 1,6.

Otázka č. 18 Skutečně si myslím, že nedokážu přestat brát drogy/pít alkohol pouze s pomocí přátel, příbuzných nebi víry. Určitě nějaké léčení potřebuji.

Tabulka č. 18 Skutečně si myslím, že nedokážu přestat brát drogy/pít alkohol pouze s pomocí přátel, příbuzných nebi víry. Určitě nějaké léčení potřebuji.

ODPOVĚDI	ABSOLUTNÍ ČETNOST
1	2
2	4
3	8
4	22
5	10
9	1

Průměr 3,85 a směrodatná odchylka 1,3.

Otázka č. 19 Jsem již z drog/pití alkoholu velmi vyčerpaný/á a chci změnu, ale nevím, jak to mohu zvládnout sám/sama.

Tato otázka odpovídá na hypotézu č. 1:

- $1H_0$: Klient závislý na amfetaminu/metamfetaminu má stejnou motivaci k léčbě v terapeutické komunitě jako klient závislý na kokainu.
- $1H_A$: Klient závislý na amfetaminu/metamfetaminu má větší motivaci k léčbě než klient závislý na kokainu.

Tabulka č. 19 A Jsem již z drog/pití alkoholu velmi vyčerpaný/á a chci změnu, ale nevím, jak to mohu zvládnout sám/sama.

ODPOVĚDI	ABSOLUTNÍ ČETNOST
1	2
2	5
3	15
4	18
5	4
9	3

Tabulka č. 19 B (čtyřpolní tabulka pro chí-kvadrát)

	1	2	3	4	5	9	Σ
Amfet./metamf.	10 (10.3)	20 (15.4)	50 (61.7)	70 (66.8)	20 (15.4)	10 (15.4)	180
kokain	10 (9.7)	10 (14.6)	70 (58.3)	60 (63.1)	10 (14.6)	20 (14.6)	170
Σ	20	30	120	130	30	30	

Testové kritérium $\chi^2 = 13,6$, z čehož po srovnání s kritickými hodnotami testového kritéria, které je 11,070 (Chráška, 2007, s. 248) vychází, že přijímám alternativní hypotézu. *Klienti závislí na amfetaminu/metamfetaminu mají větší motivace k léčbě než klienti závislí na kokainu.* Na tuto otázku odpovědělo kladně více uživatelů amfetaminu/metamfetaminu. Z toho plyne, že tito klienti opravdu vědí, že s braním drog chtějí přestat a jsou odhodláni změnit tento problém. Uživatelé kokainu nejsou zcela jednoznačně rozhodnutí. Ze 17 těchto dotazovaných odpovídá 7 tak, že souhlasí i nesouhlasí, že ho braní drog vyčerpává a chce změnu.

Otázka č. 20 Jsem ochotný/á začít s léčením co nejdříve.

K poslední otázce dotazníku pro klienty se vztahuje hypotéza č. 3:

- $3H_0$: Klient závislý na amfetaminu/metamfetaminu má stejné odhodlání k léčbě jako klient závislý na kokainu.
- $3H_A$: Klient závislý na amfetaminu/metamfetaminu má větší odhodlání k léčbě než klient závislý na kokainu.

Tabulka č. 20 A Jsem ochotný/á začít s léčením co nejdříve.

ODPOVĚDI	ABSOLUTNÍ ČETNOST
1	3
2	4
3	6
4	17
5	15
9	2

Tabulka č. 20 B (čtyřpolní tabulka pro chí-kvadrát)

	1	2	3	4	5	9	Σ
Amfet./metamf.	10 (10.3)	30 (20.5)	10 (20.5)	60 (71.9)	70 (56.5)	10 (10.3)	190
kokain	10 (9.7)	10 (19.4)	30(19.4)	80 (68)	40 (53.5)	10 (9.7)	180
Σ	20	40	40	140	110	20	

Testové kritérium $\chi^2 = 29,9$. Porovnáním s kritickými hodnotami testového kritéria pro chí-kvadrát přijímám alternativní hypotézu, která říká, že klienti závislí na amfetaminu/metamfetaminu mají větší odhodlání k léčbě než klienti závislí na kokainu. Největší odhodlání k léčbě mají uživatelé amfetaminu/metamfetaminu, kteří v naprosté většině odpovídali na tuto otázku kladně. Klienti závislí na kokainu odpovídali také kladně, ale někteří odpovídali nerozhodně, ba dokonce záporně. Můžeme tedy vidět, že je mezi těmito uživateli malý rozdíl, který nám také potvrdilo přijetí alternativní hypotézy.

6.1.2 Dotazník pro pracovníky terapeutické komunity

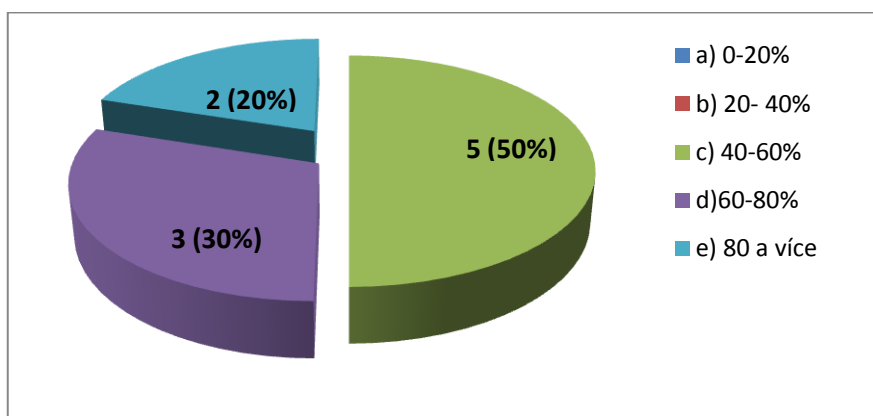
Dotazník byl rozdán pracovníkům, kteří přicházejí do kontaktu s klienty terapeutické komunity. Tento dotazník vyplnilo celkem 10 respondentů.

Otázka č. 1 Kolik procent klientů nastoupí k léčbě v terapeutické komunitě na vlastní popud?

Tabulka č. 21 Kolik procent klientů nastoupí k léčbě v terapeutické komunitě na vlastní popud?

ODPOVĚĎ:	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST %
a) 0-20%	0	0
b) 20- 40%	0	0
c) 40-60%	5	50
d)60-80%	3	30
e) 80 a více	2	20

Graf č. 3 Kolik procent klientů nastoupí k léčbě v terapeutické komunitě na vlastní popud?



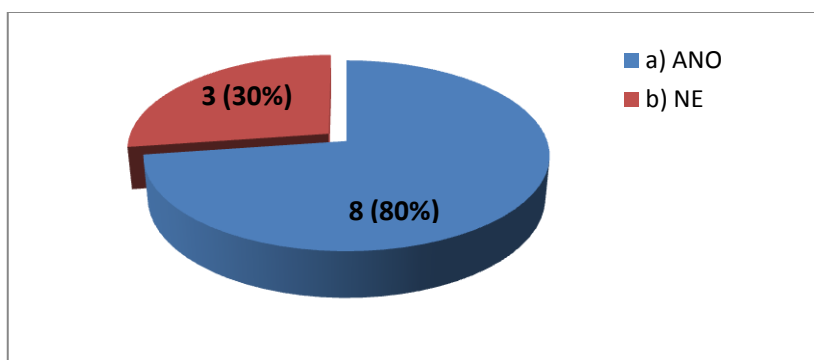
Polovina dotazovaných, 5 respondentů na tuto otázku odpovědělo možností c), kdy řekli, že 40 – 60% klientů nastoupí do terapeutické komunity na vlastní popud. Dále byla 30% dotazovaných označena možností d) 60 – 80%. Z čehož plyne, že větší polovina klientů nastupuje k léčbě z vlastní vůle.

Otázka č. 2 Myslíte si, že jsou klienti donuceni k léčbě rodinnými příslušníky, přítelem/přítelkyní apod.?

Tabulka č. 22 Myslíte si, že jsou klienti donuceni k léčbě rodinnými příslušníky, přítelem/přítelkyní apod.?

ODPOVĚDI:	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST %
a) ANO	8	80
b) NE	3	30

Graf č. 4 Myslíte si, že jsou klienti donuceni k léčbě rodinnými příslušníky, přítelem/přítelkyní apod.?



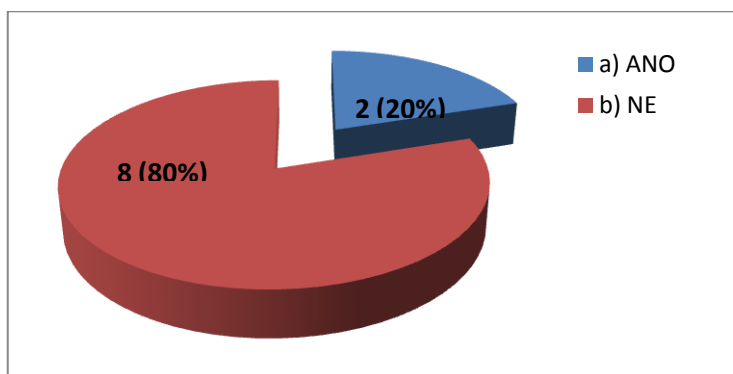
Na tuto otázku odpovědělo 80% dotazovaných možností a) Ano, z čehož můžeme odvodit, že klienti, kteří nastupují k léčbě, jsou k tomuto kroku z velké míry nuceni také rodinnými příslušníky, apod.

Otázka č. 3 Je více uživatelů kokainu, kteří se hlásí k léčbě v terapeutické komunitě než uživatelů metamfetaminu?

Tabulka č. 23 Je více uživatelů kokainu, kteří se hlásí k léčbě v terapeutické komunitě než uživatelů metamfetaminu?

ODPOVĚDI:	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST %
a) ANO	2	20
b) NE	8	80

Graf č. 5 Je více uživatelů kokainu, kteří se hlásí k léčbě v terapeutické komunitě než uživatelů metamfetaminu?



První možností, tj. odpovědí a) ANO odpovědělo pouze 20% dotazovaných. Dalších 80% odpovědělo, že není více uživatelů kokainu, než uživatelů metamfetaminu, kteří nastupují k léčbě v terapeutické komunitě. Může to být zapříčiněno tím, že uživatelé metamfetaminu mají větší snahu o své uzdravení se.

Otázka č. 4 Jak moc podle Vás klienti cítí, že užívání drog je pro ně problémem jejich současného života?

Tabulka č. 24 Jak moc podle Vás klienti cítí, že užívání drog je pro ně problémem jejich současného života?

ODPOVĚDI:	ABSOLUTNÍ ČETNOST
1	0
2	0
3	1
4	3
5	6

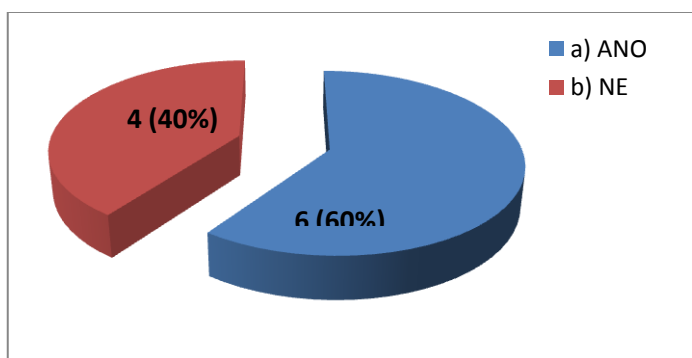
Tato otázka byla škálového typu, proto zde uvádím průměr = 3,5 a směrodatnou odchylku = 1,2. Většina z dotazovaných pracovníků odpovídala poslední možností a to byla ta, že si klienti opravdu uvědomují, že je braní drog jejich velkým problémem. Odpovědi, které by byly záporné, se u této otázky vůbec neobjevily.

Otázka č. 5 Končí klienti se svojí léčbou předčasně např. z důvodů citového vydírání partnerem/partnerkou?

Tabulka č. 25 Končí klienti se svojí léčbou předčasně např. z důvodů citového vydírání partnerem/partnerkou?

ODPOVĚDI:	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST %
a) ANO	6	60
b) NE	4	40

Graf č. 6 Končí klienti se svojí léčbou předčasně např. z důvodů citového vydírání partnerem/partnerkou?



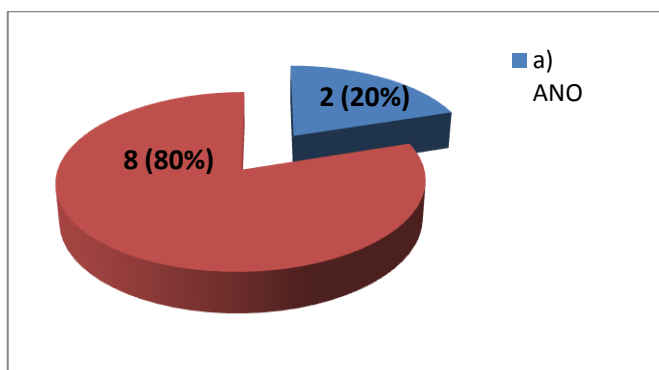
Na otázku, zda klienti ukončují svoji léčbu předčasně, odpovědělo 60% respondentů odpovědí a) ANO a 40% dotazovaných odpovědělo, že klienti svoji léčbu nekončí předčasně.

Otázka č. 6 Končí klienti léčbu v terapeutické komunitě z důvodů finančních problémů, které by mohly po léčbě nastat?

Tabulka č. 26 Končí klienti léčbu v terapeutické komunitě z důvodů finančních problémů, které by mohly po léčbě nastat?

ODPOVĚDI:	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST %
a) ANO	2	20
b) NE	8	80

Graf č. 7 Končí klienti léčbu v terapeutické komunitě z důvodů finančních problémů, které by mohly po léčbě nastat?



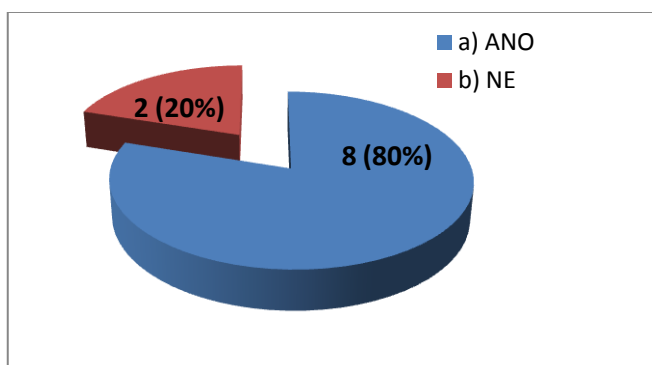
Celkem 8 (80%) pracovníků odpovědělo možností b) NE, čímž říkají, že klienti nekončí svoji léčbu z finančních problémů, které by mohly po léčbě nastat. Možností a) ANO odpověděli 2 dotazovaní, což je 20%. Většina klientů tedy zůstává v terapeutické komunitě i přes to, že by po léčbě mohli mít jisté finanční problémy.

Otázka č. 7 Trpí někteří klienti suicidálním chováním nebo jinou poruchou chování, plynoucí z jejich závislosti?

Tabulka č. 27 Trpí někteří klienti suicidálním chováním nebo jinou poruchou chování, plynoucí z jejich závislosti?

ODPOVĚDI:	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST %
a) ANO	8	80
b) NE	2	20

Graf č. 8 Trpí někteří klienti suicidálním chováním nebo jinou poruchou chování, plynoucí z jejich závislosti?



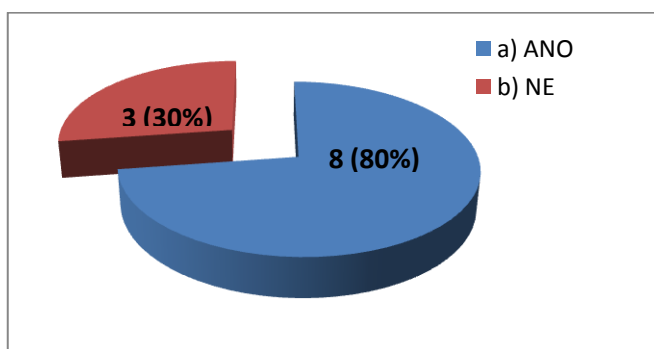
Dle výsledků, 80% dotazovaných odpovědělo možností a) ANO, 20% označilo možnost b) NE, trpí někteří klienti suicidálním chováním, či jinou poruchou chování. Mezi problémy, které se vyskytují u drogově závislých, jsou také poruchy chování, což se mi touto otázkou potvrdilo. Pracovníci terapeutické komunity odpověděli, že klienti opravdu trpí některou z poruch chování.

Otázka č. 8 Litují klienti toho, že začali s užíváním návykových látek?

Tabulka č. 28 Litují klienti toho, že začali s užíváním návykových látek?

ODPOVĚDI:	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST %
a) ANO	8	80
b) NE	3	30

Graf č. 9 Litují klienti toho, že začali s užíváním návykových látek?



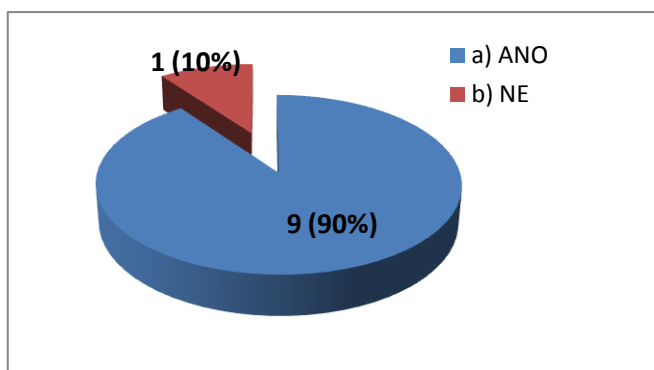
Dle odpovědí respondentů můžeme říci, že klienti litují toho, že začali užívat návykové látky, protože právě 80% dotazovaných odpovědělo na tuto otázku a) ANO. Pouze 30% z pracovníků komunity odpovědělo na otázku možností b) NE, že klienti nelitují svého užívání návykových látek.

Otázka č. 9 Jsou klienti při léčbě a terapiích ochotni spolupracovat?

Tabulka č. 29 Jsou klienti při léčbě a terapiích ochotni spolupracovat?

ODPOVĚDI:	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST %
a) ANO	9	90
b) NE	1	10

Graf č. 10 Jsou klienti při léčbě a terapiích ochotni spolupracovat?



Podle vyhodnocení těchto údajů, kdy pouze jeden z dotazovaných odpověděl b) NE a ostatních 9 respondentů odpovědělo a) ANO můžeme říci, že klienti ochotně spolupracují při terapiích a léčbě samotné.

Otázka č. 10 Jak moc jde vidět, že se klienti chtějí dostat ze své závislosti?

Tato otázka je škálová, terapeuti měli určit míru spolupráce klientů na škále od 1 (málo) do 5 (nejvíce).

Tabulka č. 30 A (tabulka četností) Jak moc jde vidět, že se klienti chtějí dostat ze své závislosti?

ODPOVĚDI:	ABSOLUTNÍ ČETNOST
1	0
2	0
3	6
4	3
5	2

Tabulka č. 30 B (směrodatná odchylka a průměr)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	PRŮMĚR	ODCHYLKA
Odpovědi	3	3	4	3	5	3	4	5	3	3	4	3,64	0,81

Dotazovaní odpovídali středovou odpovědí. Na škále od 1 do 5 označovali nejčastěji číslo 3, že na klientech jde vidět, že se chtějí dostat ze své závislosti. Nevyskytla se ani jedna

odpověď záporná a dva z dotazovaných odpověděli, že jde na klientech tento problém vidí opravdu moc.

Otázka č. 11 Uživatelé kterých drog se ze své závislosti dostávají nejdříve?

Tato otázka byla otevřená, což znamená, že na ni dotazovaní odpovídali vlastními slovy. Doplnovali ji dle vlastního uvážení. Nejčastěji zmiňovanými návykovými látkami, z jejichž závislosti se klienti dostávají nejdříve, byly opiáty, které volilo 40% dotazovaných, dále 30% marihuana a LSD. Dalšími látkami, které byly zmiňovány, byly těkavé látky, stimulanty a lysohlávky.

Další dvě otázky byly škálového typu. Terapeuti měli určit míru podpory klientů rodinnými příslušníky a také to, jak moc jde na klientech poznat vyčerpanost z braní drog na škále od 1 (málo) do 5 (nejvíce).

Otázka č. 12 Jak moc jde vidět podpora klientů rodinnými příslušníky?

Tabulka č. 31 A Jak moc jde vidět podpora klientů rodinnými příslušníky?

ODPOVĚDI:	ABSOLUTNÍ ČETNOST
1	0
2	0
3	7
4	2
5	2

Tabulka č. 31 B (směrodatná odchylka a průměr)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	PRŮMĚ R	ODCHYLK A
Odpovědi	3	3	4	3	5	3	3	4	3	3	5	3,5	0,8

Nejběžnější odpovědí u této otázky byla odpověď, která je na rozhraní. Můžeme si tedy odvodit, že klienti nejsou zcela podporováni rodinnými příslušníky.

Otázka č. 13 Jak moc jde na klientech vidět vyčerpanost z braní drog?*Tabulka č. 32 A Jak moc jde na klientech vidět vyčerpanost z braní drog?*

ODPOVĚDI:	ABSOLUTNÍ ČETNOST
1	0
2	0
3	4
4	5
5	2

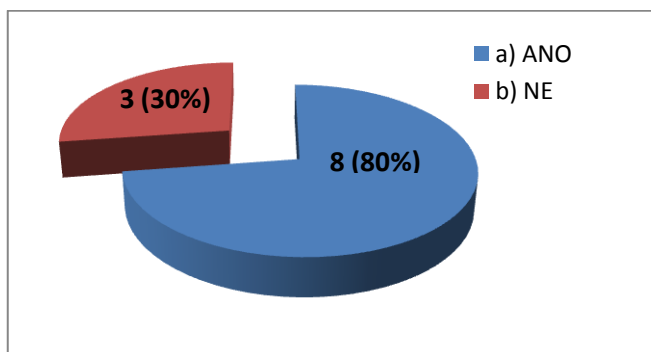
Tabulka č. 32 B (směrodatná odchylka a průměr)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	PRŮMĚ R	ODCHYLK A
Odpově- di	4	4	3	3	5	5	4	2	4	2	4	3,6	1,03

U této otázky byla většina odpovědí kladných. Nejčastější odpovědí byla označovaná možnost 4, že na klientech jde vidět jejich vyčerpanost z braní drog.

Otázka č. 14 Je pro klienty nastupující k léčbě prioritou přestat brát drogy?*Tabulka č. 33 Je pro klienty nastupující k léčbě prioritou přestat brát drogy?*

ODPOVĚDI:	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST %
a) ANO	8	80
b) NE	3	30

Graf č. 11 Je pro klienty nastupující k léčbě prioritou přestat brát drogy?

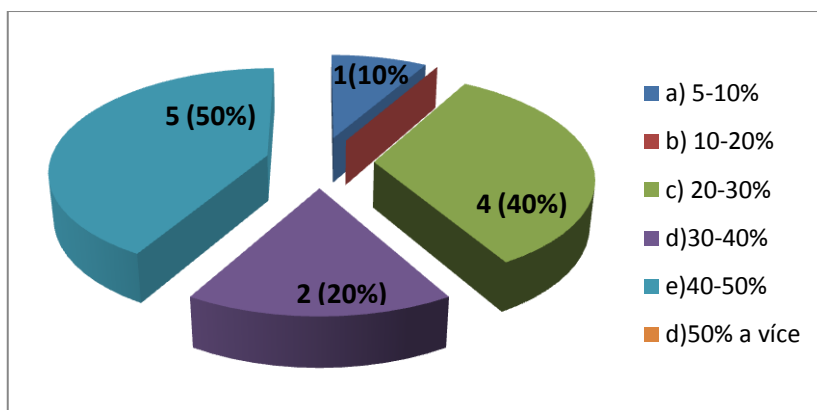
Na tuto otázku odpovědělo 80% dotazovaných a) ANO a 30% b) NE, z čehož plyne, že pro klienty, kteří nastupují na léčbu do terapeutické komunity je prioritou přestat brát drogy.

Otázka č. 15 Kolik procent klientů se po léčbě navrátí k užívání drog?

Tabulka č. 34 Kolik procent klientů se po léčbě navrátí k užívání drog?

ODPOVĚDI:	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST %
a) 5-10%	1	10
b) 10-20%	0	0
c) 20-30%	4	40
d)30-40%	2	20
e)40-50%	5	50
d)50% a více	0	0

Graf č. 12 Kolik procent klientů se po léčbě navrátí k užívání drog?



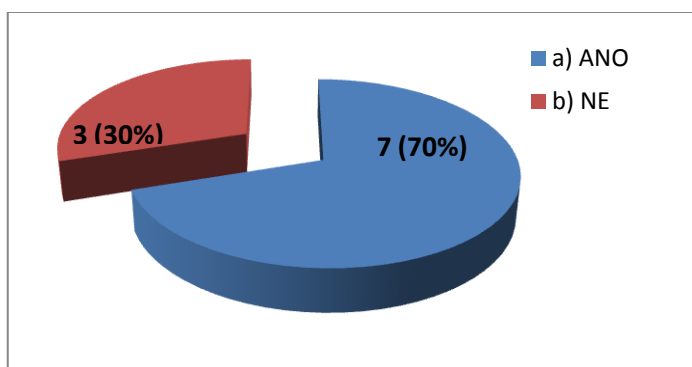
Polovina dotazovaných, tj. 50% odpověděla na tuto otázku možností e) 40-50% klientů se po léčbě vrátí k užívání drog. Dále 40 % dotazovaných volilo odpověď c) 20-30%. Objevily se také odpovědi a) 5-10% a d) 30-40%. Z odpovědí plyne, že je 40-50% klientů, kteří se po léčbě v terapeutické komunitě znovu navrací k užívání drog.

Otázka č. 16 Jde na klientech vidět, že udělají vše pro to, aby se jejich život obrátil k lepšímu?

Tabulka č. 35 Jde na klientech vidět, že udělají vše pro to, aby se jejich život obrátil k lepšímu?

ODPOVĚDI:	ABSOLUTNÍ ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST %
a) ANO	7	70
b) NE	3	30

Graf č. 13 Jde na klientech vidět, že udělají vše pro to, aby se jejich život obrátil k lepšímu?



Odovědi respondentů byly v tomto případě jednoznačné. Sedm klientů z 10, tj. 70% odpovědělo a) ANO, že klienti dělají vše pro to, aby se jejich život obrátil k lepšímu. Zbylí 3 dotazovaní odpověděli b) NE.

6.2 Shrnutí výsledků výzkumu

Cílem praktické části mé práce bylo zjistit, co vede klienty terapeutických komunit k jejich nástupu na léčbu. Zjistit, zda je jejich rozhodnutí ovlivněno tím, která droga je jejich primární látkou, zda podstupují tuto léčbu dobrovolně nebo jsou donuceni rodinnými příslušníky, či jejich současným životním stylem. Dotazníky jsem také rozdala pracovníkům terapeutické komunity, kteří přicházejí do kontaktu s klienty a mohou také posoudit, co klienty vede a motivuje k léčbě.

Stanovila jsem si čtyři výzkumné cíle, na jejichž základě jsem vytvořila hypotézy, které jsem vyhodnocovala na základě položek z dotazníku CMRS pro klienty. Přijala jsem tři

hypotézy alternativní a jednu nulovou a můžu tedy konstatovat, že klienti závislí na amfetaminu/metamfetaminu mají větší motivaci k léčbě, než uživatelé kokainu, kteří se ovšem chtějí vyléčit stejně jako uživatelé amfetaminu/metamfetaminu. Dále klienti závislí na kokainu vnímají svůj problém z užívání drog rozdílně, než uživatelé amfetaminu/metamfetaminu, kteří si tento problém uvědomují méně a mají menší odhodlání k léčbě.

Na základě analýzy dotazníků pro pracovníky, ale také dotazníku CMRS pro klienty, jsem se snažila odpovědět na dílčí výzkumné otázky, které jsem si stanovila na začátku svého výzkumu.

1. Nastupují klienti do terapeutické komunity z vlastní vůle?

Na odpovědi týkající se této výzkumné otázky odpovídali klienti vesměs kladně. Většina z nich si je vědoma toho, že pokud by se nezačali léčit, hrozilo by jim trestní stíhání, avšak 17 klientů, tj. 36% z celkového počtu dotazovaných, by se začalo léčit i bez trestního stíhání, z vlastní vůle.

Z pohledu pracovníků terapeutické komunity odpovědi na tuto otázku nejsou tak jednoznačné jako u klientů. I přes to, že 60% respondentů odpovědělo, že klienti do terapeutické komunity nastupují z vlastní vůle, u další otázky odpovědělo 80% dotazovaných, že jsou klienti k léčbě nuceni rodinnými příslušníky.

2. Cítí klienti terapeutické komunity, že závislost na návykových látkách je jejich největším problémem?

V průzkumu se dle odpovědí klientů ukázalo, že si opravdu uvědomují problémy spojené s užíváním drog. Na otázku, zda klienti cítí, že je pro ně užívání drog opravdovým problémem odpovědělo 47% klientů tak, že opravdu cítí, problémy spojené s užíváním drog. Dalších 53% respondentů si uvědomuje, že způsobem, kterým žil/a způsobil bolest také ostatním lidem.

V tomto případě jsou odpovědi klientů a pracovníků jednoznačné. Právě 80% dotazovaných z řad pracovníků odpovědělo, že klienti opravdu litují toho, že začali brát drogy a 60% pracovníků uvedlo, že jsou na klientech znát špatné pocity z užívání návykových látek a tím pádem i to, že hodně cítí své problémy plynoucí z užívání drog.

3. Jsou klienti odhodlaní překonat svoji závislost?

Většina klientů odpovídala v souvislostech s touto otázkou kladně a to tak, že jsou připravení překonat svoji závislost. Také 38% klientů odpovědělo, že nastoupili do léčebného programu právě proto, že jsou skutečně připraveni skoncovat se svojí

závislostí. Dalších 49% dotazovaných z řad klientů se rozhodlo podstoupit léčbu právě proto, že jsou odhodláni udělat vše pro to, aby změnili svůj současný život.

Odpovědi pracovníků na tuto otázku byly opět v celku podobné, jako odpovědi klientů. Právě 90% dotazovaných odpovědělo, že jsou klienti ochotni spolupracovat při terapiích a léčbě, 60% odpovědí na to zda je na klientech vidět, že se chtějí dostat ze své závislosti, bylo kladných a 80% respondentů odpovědělo, že je pro klienty terapeutické komunity prioritou přestat brát drogy.

4. Podporuje klienty v léčebném procesu jejich rodina?

Na tuto otázku nejsou odpovědi natolik jednoznačné jako u předchozích. Ačkoli bych si představovala, že ve většině případů se budou rodinní příslušníci, přátelé, apod. snažit o to, aby se klient vyléčil a podporovat ho při celém léčebném procesu, pouze 29% označilo odpověď na otázku, zda se rodinní příslušníci budou pokoušet o ukončení klientovy léčby záporně. U dalších 29% z dotazovaných byla odpověď přesně na rozhraní.

Podivila jsem se, když jsem při vyhodnocování dotazníků, které vyplňovali pracovníci, uviděla u 60% z celkového počtu, odpověď ANO, že klienti opravdu končí svoji léčbu předčasně právě z důvodu citového vydírání, apod. Dalších 70% respondentů odpovědělo, že u rodinných příslušníků klientů není znát jejich podpora klienta.

5. Chtějí klienti změnit svůj život?

V průzkumu se ukázalo, že ze 70% je pravdou to, že se klienti snaží o nápravu jejich současného života. Nejen pracovníci, kteří odpověděli, že jde na klientech opravdu vidět jejich snaha o změnu života, ale také většina z klientů odpovídala na otázky týkající se tohoto tématu, kladně.

ZÁVĚR

Má bakalářská práce se zabývá motivací uživatelů návykových látek k léčbě v terapeutické komunitě. V teoretické části se snažím o objasnění pojmů motivace, závislost, ale také o vymezení a typologii návykových látek. Dále se zabývám terapeutickými komunitami, které jsou dle mého názoru pro laiky neznámým pojmem.

Hlavním cílem práce bylo zjištění, co důvodem klientů terapeutických komunit k tomu, aby podstoupili léčbu své závislosti. Myslím si, že se mi tento cíl podařilo naplnit, ačkoli mě při vyhodnocování výzkumu napadala spousta dalších otázek, které by se daly realizovat při dalších výzkumech.

Díky ochotě a pomoci pana Jiřího Marečka, který je vedoucím terapeutické komunity „Grunt“, se mi podařilo získat opravdu velké množství respondentů, ochotných odpovědět na všechny mé otázky obsažené v dotazníku. Jsem ráda, že jsem měla možnost podívat se, v jakých podmínkách v této komunitě klienti žijí. Při psaní práce jsem načerpala mnoho nových poznatků a zkušeností, které pro mne jsou a do budoucna snad i budou přínosem. Jako absolventka studia sociální pedagogiky se ve svém budoucím povolání mohu kromě jiného věnovat i práci s uživateli návykových látek. Myslím si, že díky načerpaným zkušenostem při psaní závěrečné práce, jsem zase o krok blíže k uvědomění si toho, jak se závislými lidmi jednat.

Na základě empirické části mé práce, by byl určitě zajímavý další a podrobnější výzkum dané problematiky, který bych doplnila o rozhovory s klienty. Myslím si také, že by z mého výzkumu mohla čerpat centra pomoci drogově závislým a měla by tuto možnost léčby klientům představovat a nabízet. S terapeutickými komunitami, jejich fungováním a možnostmi léčby závislosti v komunitách, by měli být seznámeni všichni uživatelé návykových látek, kteří upadli do závislosti a sami nevědí, jak ji ukončit. Myslím si, že je také velmi důležité informovat nejen tyto uživatele, ale i jejich blízké, aby svým chováním naopak nebyli pro léčbu přítěží. Jak vyplynulo z mého výzkumu, klienti nastupující k léčbě v terapeutické komunitě jsou motivováni touhou skončit s dosavadním životním stylem, chtějí ukončit svoji závislost na drogách a právě rodiče, příbuzní či partneři mnohdy bývají jedním z důvodů předčasného ukončení léčby.

Je opravdu stále více mladých lidí, kteří svoji závislost nezvládají a jejich životy mnohdy končí tragicky. Měli bychom se zamyslet nad tím, zda je pro ně větším vysvobozením vyčlenění se ze závislosti s možným rizikem relapsu nebo zbytečný konec jejich života, který

mnozí upřednostňují. I přesto, že v mnoha případech si za rozsah své závislosti mohou sami, pojdme se snažit o podporu a podání pomocné ruky. Zkusme znásobit jejich snahu vyléčit se a začít nový život!

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] COHEN, E., William a Darryl S. INHABA. *Uppers, Downers, All Arounders: Physical and Mental Effects of Psychoactive Drugs*. Fifth Edition. Oregon: Cedar Graphics, 2004. ISBN 0-92654427-6.
- [2] ČESKO, Zákon č. 167 ze dne 11. června 1998 o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů. In: Sbíрка zákonů České republiky. 1998, částka 57, s. 6770. Dostupný také z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/zakon-c-sb_1965_1051_3.html.
- [3] ERB, Helmut H. a Sylvia SCHNEIDEROVÁ. *Drogy, otázky, odpřede, zkušenosti*. Bratislava: Mladé letá, 2003. ISBN 80-10-00087-6.
- [4] GÖHLERT, Fr.-Christoph a Frank KÜHN. *Od návyku k závislosti*. Praha: Euro-media Group, 2001. ISBN 80-7202-950-9.
- [5] HARTL, Pavel. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. ISBN 80-85850-45-1.
- [6] HARTL, Pavel a Helena, HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
- [7] CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
- [8] KALINA, Kamil et al. *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
- [9] KALINA, Kamil et al. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.
- [10] KALINA, Kamil et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.
- [11] KASSIN, Saul. *Psychologie*. Brno: Computer Press, 2007. ISBN 978-80-251-1716-3.
- [12] KERN, Hans et al. *Přehled psychologie*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-240-8.
- [13] Kol. autorů. *Terapeutická komunita pro drogově závislé I.: Vznik a vývoj*. Krajský úřad Středočeského kraje, 2004. ISBN 80-7106-876-4.

- [14] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-174-4.
- [15] NAKONEČNÝ, Milan. *Základy psychologie*. Praha: Academia, 1998. ISBN 80-200-1290-7.
- [16] NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. Praha: Academia, 1999. ISBN 80-200-069-7.
- [17] NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.
- [18] NEVŠÍMAL, Petr et al. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: česká praxe*. Krajský úřad Středočeského kraje a Magistrát hlavního města Prahy, 2007. ISBN 978-80-7106-937-9.
- [19] PUNCH, Keith F. *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-381-9.
- [20] ŘEHAN, Vladimír. *Adiktologie I*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN: 978-80-244-1745-5.
- [21] ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie osobnosti*. 2. vyd. Praha: Orbis, 1975. ISBN 510-21-825.
- [22] ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. 5. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1174-4.
- [22] VYMĚTAL, Jan. et. al. *Obecná psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0723-3.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

WHO	World Health Organization, Světová zdravotní organizace
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch
MKN-10	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
ICD-10	International Classification of Diseases, Mezinárodní klasifikace nemocí

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č.1	Motivace a její činitelé.....	13
Obrázek č.2	Vzorec motivovaného chování.....	15

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1	Pohlaví klienta.....	35
Tabulka č. 2	Primární psychoaktivní látka.....	36
Tabulka č. 3	Jsem si jistý, že bych šel/šla do vězení, kdybych se nezačal/a léčit.....	37
Tabulka č. 4	Určitě bych se začal/a léčit, i bez toho, že by mi hrozilo trestní stíhání a uvěznění.....	37
Tabulka č. 5	Jsem přesvědčený/á, že by mě má rodina vyhodila z domu, nedovolila by mi žít spolu s nimi (doma), kdybych nezačal/a léčbu.....	38
Tabulka č. 6	Jsem přesvědčený/á o tom, že se mí příbuzní/přítel nebo přítelkyně budou pokoušet o to, abych po pár měsících ukončil/a léčbu.....	38
Tabulka č. 7	Obávám se, že pokud budu pokračovat v léčbě, budu mít vážné finanční potíže.....	39
Tabulka č. 8	V podstatě mám pocit, že mám příliš mnoho problému venku.....	39
Tabulka č. 9A	V podstatě cítím, že užívání drog/pití alkoholu je problém.....	40
Tabulka č. 9B	Čtyřpolní tabulka pro χ^2 kvadrát.....	40
Tabulka č. 10	Často prožívám hněv a nemám se rád za to, že jsem bral drogy.....	41
Tabulka č. 11	V poslední době mám pocit, že pokud se nezměním.....	41
Tabulka č. 12	Skutečně mě mrzí, že jsem bral/a drogy.....	42
Tabulka č. 13A	Přestat brát drogy/pít alkohol je pro mě to nejdůležitější.....	42
Tabulka č. 13B	Čtyřpolní tabulka pro χ^2 kvadrát.....	43
Tabulka č. 14	Velmi tomu nevěřím, že se musím léčit.....	43
Tabulka č. 15	Nastoupil/a jsem do programu proto, že se cítím připravený/á zvládnout to a dostat se ze závislosti.....	44
Tabulka č. 16	Udělám vše, co je nutné pro to, abych si dal/a život do pořádku.....	44
Tabulka č. 17	V podstatě je to tak, že ani nevidím jinou možnost.....	45
Tabulka č. 18	Skutečně si myslím, že nedokážu přestat brát drogy/pít alkohol pouze s pomocí přátel.....	45

Tabulka č. 19A Jsem již z drog/pití alkoholu velmi vyčerpaný/a a chci změnu.....	46
Tabulka č. 19B Čtyřpolní tabulka pro ch^2 kvadrát.....	46
Tabulka č. 20A Jsem ochotný/á začít s léčením co nejdříve.....	47
Tabulka č. 20B Čtyřpolní tabulka pro ch^2 kvadrát.....	47
Tabulka č. 21 Kolik % klientů nastoupí do TK na vlastní popud?.....	48
Tabulka č. 22 Jsou donuceni klienti k léčbě rodinnými příslušníky?.....	49
Tabulka č. 23 Hlásí se do TK více uživatelů kokainu nebo metamfetaminu?.....	50
Tabulka č. 24 Jak moc cítí klienti, že užívání drog je problém?.....	50
Tabulka č. 25 Končí klienti svoji léčbu předčasně?.....	51
Tabulka č. 26 Končí klienti léčbu z fin. důvodů, které by mohly nastat?.....	51
Tabulka č. 27 Trpí někteří klienti suicidálním chováním?.....	52
Tabulka č. 28 Lituji klienti toho, že začali s užíváním návyk. látek?.....	53
Tabulka č. 29 Jsou klienti při léčbě ochotni spolupracovat?.....	53
Tabulka č. 30A Jak moc jde vidět, že se klienti chtějí dostat ze své závislosti?.....	54
Tabulka č. 30B Směrodatné odchylnka a průměr.....	54
Tabulka č. 31A Jak moc jde vidět podpora rodinnými příslušníky?.....	55
Tabulka č. 31B Směrodatné odchylnky a průměr.....	55
Tabulka č. 32A Jak moc jde u klientů vidět vyčerpanost z braní drog?.....	56
Tabulka č. 32B Směrodatná odchylnka a průměr.....	56
Tabulka č. 33 Je pro klienty nastupující k léčbě prioritou přestat brát drogy?.....	56
Tabulka č. 34 Kolik procent klientů se po léčbě navrátí k užívání drog?.....	56
Tabulka č. 35 Jde na klientech vidět, že udělají vše pro to, aby se jejich život změnil?....	57

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1	Pohlaví klienta.....	35
Graf č. 2	Primární psychoaktivní látka.....	36
Graf č. 3	Kolik % klientů nastoupí do TK na vlastní popud?.....	48
Graf č. 4	Jsou klienti donuceni k léčbě rodinnými příslušníky?.....	49
Graf č. 5	Hlásí se do TK více uživatelů kokainu než metamfetaminu?.....	50
Graf č. 6	Končí klienti svou léčbu předčasně?.....	51
Graf č. 7	Končí klienti svoji léčbu z důvodů finančních problémů?.....	52
Graf č. 8	Trpí někteří klienti suicidálním chováním?.....	53
Graf č. 9	Litují klienti toho, že začali s užíváním návykových látek?.....	53
Graf č. 10	Jsou klienti při léčbě ochotni spolupracovat?.....	54
Graf č. 11	Je pro klienty prioritou přestat brát drogy?.....	56
Graf č. 12	Kolik procent klientů se vrátí k užívání drog?.....	57
Graf č. 13	Je na klientech vidět, že udělají vše pro změnu svého života?.....	57

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I Dotazník CMRS pro klienty terapeutické komunity

Příloha P II Dotazník pro pracovníky terapeutické komunity

- 1 – silně nesouhlasím
2 – nesouhlasím
3 – ani souhlas, ani nesouhlas
4 – souhlasím
5 – silně souhlasím
9 – nedá se posoudit

1. *Jsem si jistý, že bych šel/šla do vězení, kdybych se nezačal/a léčit.*

1 2 3 4 5 9

2. *Určitě bych se začal/a léčit, i bez toho, že by mi hrozilo trestní stíhání a uvěznění.*

1 2 3 4 5 9

3. *Jsem přesvědčený/á, že by mě má rodina vyhodila z domu, nedovolila by mi žít spolu s nimi (doma), kdybych nezačal/a léčbu.*

1 2 3 4 5 9

4. *Jsem přesvědčený/á o tom, že se mi příbuzní/přítel nebo přítelkyně budou pokoušet o to, abych po pár měsících ukončil/a léčbu.*

1 2 3 4 5 9

5. *Obávám se, že pokud budu pokračovat v léčbě, budu mít vážné finanční potíže.*

1 2 3 4 5 9

6. *V podstatě mám pocit, že mám příliš mnoho problémů venku, které mi znemožní být na léčbě celý program (rodiče, partner/přítel nebo přítelkyně, děti, ztráta práce, ztráta příjmu, ohrožené další vzdělávání, rodinné problémy, ztráta domova/bydlení atd.)*

1 2 3 4 5 9

7. *V podstatě cítím, že užívání drog/pití alkoholu je v mém životě velmi vážným problémem.*

1 2 3 4 5 9

8. *Často prožívám hněv a nemám se rád za to, že jsem bral/a drogy/pil alkohol.*

1 2 3 4 5 9

9. *V poslední době mám pocit, že pokud se nezměním, s mým životem to půjde stále z kopce a vše se zhorší.*

1 2 3 4 5 9

10. *Skutečně mě mrzí, že jsem bral/a drogy a že způsob jakým jsem žil/a způsobil bolest mnohým lidem.*

1 2 3 4 5 9

11. *Přestat brát drogy/pít alkohol je pro mě to nejdůležitější.*

1 2 3 4 5 9

12. *Velmi tomu nevěřím, že se musím léčit, abych přestal/a brát drogy/pít alkohol. Myslím si, že pokud budu chtít, můžu přestat sám/sama.*

1 2 3 4 5 9

13. *Nastoupil/a jsem do programu léčby proto, že se skutečně cítím připravený/á zvládnout to a dostat se ze závislosti.*

1 2 3 4 5 9

14. *Udělám vše, co je nutné pro to, abych si dal/a život do pořádku.*

1 2 3 4 5 9

15. *V podstatě je to tak, že momentálně ani nevidím jinou možnost než absolvovat léčeni.*

1 2 3 4 5 9

16. *Skutečně si myslím, že nedokážu přestat brát drogy/pít alkohol pouze s pomocí přátel, příbuzných nebo víry. Určitě nějaké léčení potřebuji.*

1 2 3 4 5 9

17. *Jsem již z drog/pití alkoholu velmi vyčerpaný/á a chci změnu, ale nevím, jak to mohu zvládnout sám/sama.*

1 2 3 4 5 9

18. *Jsem ochotný/á začít s léčením co nejdříve.*

1 2 3 4 5 9

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK PRO PRACOVNÍKY TERAPEUTICKÉ KOMUNITY

Dotazník pro pracovníky terapeutické komunity Grunt

Dobrý den,

jmenuji se Magdaléna Dostálová a jsem studentkou Univerzity Tomáše Bati, 3. ročníku, oboru sociální pedagogika. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který bude sloužit jako podklad výzkumné části mé bakalářské práce. Dotazník je anonymní, nemusíte se tedy bát, Vaše jméno nebude nikde zveřejněno. Zjištěné informace použiji pouze k výzkumným účelům, chtěla bych Vás proto poprosit o co nejobjektivnější odpovědi.

- 1. Kolik procent klientů nastoupí k léčbě v terapeutické komunitě (dále jen TK) na vlastní popud?**
 - a. 0 – 20%
 - b. 20 – 40%
 - c. 40 – 60%
 - d. 60 – 80%
 - e. 80% a více

- 2. Myslíte si, že jsou klienti donuceni k léčbě rodinnými příslušníky, přítelem/ přítelkyní, apod.?**
 - a. ANO
 - b. NE

- 3. Je více uživatelů kokainu, kteří se hlásí k léčbě v TK než uživatelů metamfetaminu?**
 - a. ANO
 - b. NE

- 4. Jak moc podle Vás klienti cítí, že užívání drog je pro ně problémem jejich současného života?**

Označte kroužkem na škále od 1 (málo) – 5 (nejvíce)

1 2 3 4 5

- 5. Končí klienti se svojí léčbou předčasně např. z důvodů citového vydírání partnerem/partnerkou?**
 - a. ANO
 - b. NE

6. Končí klienti léčbu v TK z důvodů finančních problémů, které by mohly po léčbě nastat?
- ANO
 - NE
7. Trpí někteří z klientů suicidálním chováním nebo jinou poruchou chování, plynoucí z jejich závislosti?
- ANO
 - NE
8. Litují klienti toho, že začali s užíváním návykových látek?
- ANO
 - NE
9. Jsou klienti při léčbě a terapiích ochotni spolupracovat?
- ANO
 - NE
10. Jak moc jde vidět, že se klienti chtějí dostat ze své závislosti?
Označte kroužkem na škále od 1 (málo) – 5 (nejvíce)
- 1 2 3 4 5
11. Uživatelé které z drog se ze své závislosti dostávají nejdříve? (doplňte)
-
12. Jak moc jde vidět podpora klientů rodinnými příslušníky?
Označte kroužkem na škále od 1 (málo) – 5 (moc)
- 1 2 3 4 5
13. Jak moc jde na klientech vidět vyčerpanost z braní drog?
Označte kroužkem na škále od 1 (vůbec) – 5 (hodně)
- 1 2 3 4 5
14. Je pro klienty nastupující k léčbě prioritou přestat brát drogy?
- ANO
 - NE

15. Kolik procent klientů se po léčbě navrátí k užívání drog?

- a. 5 – 10%
- b. 10 – 20%
- c. 20 – 30%
- d. 30 – 40%
- e. 40 – 50 %
- f. 50 % a více

16. Jde na klientech vidět, že udělají vše pro to, aby se jejich život obrátil k lepšímu?

- a. ANO
- b. NE

Děkuji za Vaši ochotu a chvílku, kterou jste věnovali tomuto dotazníku!