

Patologické závislosti z pohledu všeobecné sestry

Markéta Adamová

Bakalářská práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Markéta Adamová**

Osobní číslo: **H12583**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Patologické závislosti z pohledu všeobecné sestry**

Zásady pro vypracování:

Nastudovat odbornou literaturu týkající se tématu bakalářské práce.

Vymezit pojmy a teoretická východiska v oblasti ošetrovatelské péče řešení problematiky patologické závislosti.

Připravit metodiku empirické části.

Realizovat šetření formou polostrukturovaného rozhovoru.

Zpracovat a vyhodnotit data, provést jejich interpretaci.

Prezentovat výsledky šetření, formulovat závěry a navrhnout doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BABIAKOVÁ, Mira, Eva MARKOVÁ a Martina VENGLÁŘOVÁ. Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Grada Publishing, 2006, 352 s. ISBN 8024711516.

CAMÍ, Jordi a Magí FARRÉ. Drug Addiction. In: The New England Journal of Medicine, 2003. [online] [cit. 2015-10-12]. ISSN:0028-4793. Dostupné z:

<http://search.proquest.com/docview/223927319?pq-origsite=summon>

HOSÁKOVÁ, Jiřina. Ošetrovatelská péče v psychiatrii. Vyd. 1. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2007, 158 s. ISBN 978-80-7248-442-3.

KALINA, Kamil. Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 394 s. ISBN 978-80-247-2449-2.

NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost. 3. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007, 170 s. ISBN 978-80-7367-267-6.

NEVŠÍMAL, Petr. Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: česká praxe. Praha: Středočeský kraj, 2007, 317 s. ISBN 978-80-7106-937-9.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Zuzana Smolková**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **28. ledna 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **20. května 2016**

Ve Zlíně dne 28. ledna 2016


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




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka 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 24.2.2016

..... 

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 výsledků 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 nahlášení 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, užíje-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 užit 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 přihlídí k větší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce s názvem Patologické závislosti z pohledu všeobecné sestry je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část obsahuje dvě kapitoly. První z nich nese název závislost a zabývá se teorií, rozdělením a popisem závislostí. Je zde vysvětleno, jak závislost může ovlivnit chování závislého člověka a rozdělení drog s jejich jednotlivým popisem. Nejvíce se práce soustřeďuje na závislost na nelegálních drogách. V teoretické části je též popsáno působení jednotlivých typů drog na lidský organismus. Druhá kapitola se zabývá léčbou závislostí na nelegálních drogách. Je zde popsán začátek léčby - detox, terapeutická komunita a doléčovací centrum. Praktická část obsahuje dva typy rozhovorů.

Klíčová slova: Závislosti, příčiny vzniku závislosti, rozdělení závislosti, závislosti na tvrdých drogách, léčba závislosti, detox, terapeutická komunita, začlenění vyléčeného narkomana zpět do společnosti.

ABSTRACT

The Bachelor thesis, Pathological Addictions from the Perspective of a Nurse, is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part contains two chapters. The first one, "addiction", deals with the theory, classification, and description of addictions. It explains how addiction can affect the behaviour of an addict, and different types of drugs with their individual description. Most of the work is focussed on addiction to illegal drugs and the effect of various types of drugs on the human body. The second chapter looks at the treatment of addiction to illegal drugs. It describes here how treatment begins – highlighting the benefits of detox, therapeutic communities, and after-care centres.

Keywords: Addictions, causes of addiction, division of addiction, addiction to hard drugs, addiction treatment, detox, therapeutic community, cured addict integration back into society

Děkuji Mgr. Zuzaně Smolkové za trpělivost, ochotu, odborné vedení a cenné rady při zpracování bakalářské práce.

Dále chci poděkovat Fakultní nemocnici Olomouc a všem respondentům, kteří se výrazně podíleli na vzniku této práce.

V neposlední řadě děkuji mé rodině a přátelům, kteří mne během mého studia podporovali a byli mi velkou oporou.

„Boj je podstatou života. Kdo nebojuje, nemůže ani zvítězit.“

Tomáš Baťa

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 ZÁVISLOST	13
1.1 ZNAKY ZÁVISLOSTI.....	15
1.1.1 Silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving, bažení)	15
1.1.2 Zhoršené sebeovládání	15
1.1.3 Somatický odvykací stav	17
1.1.4 Růst tolerance a zanedbávání potěšení nebo zájmů	18
1.1.5 Pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků	18
1.1.6 Jak odhalit užívání drog – rady pro rodiče	19
1.2 SMYSLOVÉ PORUCHY VYVOLANÉ ZNEUŽÍVÁNÍM DROG.....	20
1.2.1 Kognitivní deficity způsobené užíváním alkoholu.....	23
1.2.2 Kognitivní deficity způsobené užíváním stimulantů.....	25
1.2.3 Kognitivní deficity způsobené užíváním MDMA.....	28
1.2.4 Kognitivní deficity způsobené užíváním konopných drog.....	29
1.2.5 Kognitivní deficity způsobené užíváním opioidů	30
1.2.6 Kognitivní deficity způsobené užíváním těkavých látek.....	31
1.2.7 Diagnostika kognitivních deficitů u uživatelů návykových látek	32
1.3 ETIOPATOGENEZE ZÁVISLOSTÍ NA PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTKÁCH	33
1.3.1 Pomocná vyšetření u závislostí na psychoaktivních látkách:	33
2 LÉČBA	34
2.1 SPECIFIKA PRÁCE SESTRY NA PSYCHIATRII	35
2.1.1 Terapeutická komunita	37
2.1.2 Doléčovací centrum.....	40
II PRAKTICKÁ ČÁST	41
3 METODIKA PRŮZKUMU	42
3.1 CÍLE PRŮZKUMU	42
3.2 METODA SBĚRU DAT	42
3.3 METODA ŠETŘENÍ	42
3.4 ORGANIZACE PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	43
3.5 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	43
4 VÝSLEDKY PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	44
4.1 ROZHOVORY SE ZDRAVOTNÍMI SESTRAMI.....	44
4.1.1 Zpracování rozhovorů	44
4.2 ROZHOVOR S BÝVALÝM UŽIVATELEM NELEGÁLNÍCH DROG.....	61
4.2.1 Stručný popis respondenta – bývalého uživatele nelegálních drog.....	61
5 DISKUSE	69
ZÁVĚR	71

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	73
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	74
SEZNAM TABULEK.....	75
SEZNAM PŘÍLOH.....	76

ÚVOD

Téma bakalářské práce zní Patologické závislosti z pohledu všeobecné sestry. Téma bylo zvoleno na základě praxe v psychiatrické nemocnici v Kroměříži. Zájem o toto téma vznikl již dříve a čím dál více se prohluboval. Problematika závislostí je v dnešní době velmi aktuálním tématem a bohužel se týká stále mladších generací. Důvodem je nejspíš velké pracovní vytížení rodičů a málo času tráveného společně s dětmi. Bakalářská práce se dělí na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsou obsaženy dvě kapitoly, a to závislost a léčba. V první kapitole je tedy popsána závislost jako taková, její příčiny vzniku, popis jednotlivých návykových látek a dopad zneužívané látky na organismus závislého jedince. Druhá kapitola popisuje léčbu závislostí, počínající detoxem na psychiatrickém oddělení, následná léčba v terapeutické komunitě a postupné začleňování jedince zpět do normálního života cestou doléčovacích center. Praktická část zachycuje práci všeobecné sestry na psychiatrickém oddělení a životní příběh bývalého narkomana. Průzkum probíhal formou polostrukturovaných individuálních rozhovorů. Rozhovory se sestrami byly uskutečňovány na klinice psychiatrie – oddělení akutního příjmu, rozhovor s bývalým narkomanem proběhl v domácím prostředí. Všechny rozhovory byly nahrávány a poté autenticky přepsány do elektronické podoby. Cílem práce je zjistit pohled sester na problematiku závislostí, zjistit, jaká jsou specifika práce všeobecné sestry v psychiatrické nemocnici a jestli sestry práce s lidmi s touto problematikou nějak ovlivňuje v osobním životě. Dalším cílem také bylo zjistit, jak náročný byl pro bývalého narkomana návrat do společnosti.

Praktická část tedy obsahuje rozhovory dvojího typu. První typ rozhovorů, uskutečněných na psychiatrické klinice, konkrétně na akutním příjmu, slouží k náhledu na problematiku očima všeobecné sestry, která musí o závislého jedince pečovat a ne vždy má pro péči jednoduché podmínky a bezpečné prostředí. Druhý typ rozhovoru byl proveden s bývalým narkomanem závislým na nelegálních drogách. Tento rozhovor slouží k náhledu na tuto problematiku z druhé strany, tedy očima užívající osoby. Byl vytvořen z důvodu, aby dal najevo skutečnost, že každý si zaslouží druhou šanci. V rozhovoru jsou zmíněny skutečné pocity ze začlenění do nového života.

Téma bylo zvoleno z důvodu aktuálnosti a hrozícího nebezpečí této problematiky. Jednak práce sestry na psychiatrii – akutním příjmu s sebou přináší velká nebezpečí, pokud je pacient pod vlivem drogy, brání se přijetí a okolnosti jej přivedou až do agrese. Situace

může být natolik vystupňovaná, že se stane život ohrožující. Druhou skutečností je, že užívání drog je v dnešní době moderním, avšak hodně nebezpečným koníčkem. Bohužel zkušenosti s jakoukoli drogou mají čím dál mladší jedinci. Chtějí se začlenit, někam patřit. Mnohdy si rodiče ani nepovšimnou, že s jejich dětmi není něco v pořádku. Z počátku se závislost nijak zvlášť neprojeví, po čase jsou ale patrné změny v chování, často i ve vzhledu dítěte a v neposlední řadě mizení věcí a majetku z domácnosti, krádeže. Výstup práce může posloužit rodičům, aby zavčas rozpoznali, že se s jejich dětmi něco děje, popřípadě aby dokázali dítěti nějak pomoci.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁVISLOST

Teorie závislosti byly vyvinuty hlavně z neurobiologických důkazů a údajů ze studií, které určují schopnost učit se. Ty se překrývají v některých aspektech a vzájemně se nevylučují. Žádný z nich sám o sobě nemůže vysvětlit aspekty závislosti. Obecně platí, že návykové látky se mohou chovat jako pozitivně působící, protože způsobují euforii, nebo jako negativně působící, jelikož zmírňují abstinenci příznaky nebo dysforii (Cami, 2003).

Definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí:

„Syndrom závislosti (statistický kód F_{IX,2}, na místo x před desetinnou tečku se doplňuje látka): Je to skupina jevů fyziologických, behaviorálních a kognitivních, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:“ (Nešpor, 2007, s. 9).

- a) Intenzivní dychtivost po droze.
- b) Zhoršená sebekontrola při braní drogy, a to v případě zahájení, konce či kvanta drogy.
- c) Fyzický status odnaučování: droga je brána ve smyslu zmírnit symptomy způsobené dřívějším zneužitím této drogy, eventuálně se dostavují abstinenci příznaky, jež jsou charakteristické pro určitou drogu. K tlumení abstinenci příznaků je občas užívána podobná droga s téměř stejným výsledkem.
- d) Prokázání snášenlivosti k efektu drogy jako potřeba většího množství drogy s výsledkem stejným jako u podání menšího množství (úkaz lze najít u osob, které zneužívají alkohol nebo drogy, jež užívají denně kvantum drogy, která by zlikvidovala jedince intolerantního).

- e) Pozvolné opomíjení ostatních radostí či koníčků na úkor zneužívané psychoaktivní látky a vyšší nárok na dobu k dosažení či zneužití drogy, nebo uzdravení se z dopadu zneužité látky.
- f) Trvalé zneužívání látky i přes zřejmé dokázání ničivých důsledků: omezení funkčnosti jater, extrémní žíznivost, pocit sklíčenosti plynoucí z extrémního zneužívání drog či porucha uvažování. (Nešpor, 2007).

Za psychoaktivní látku pokládáme všechny substance, jež působí na psychické funkce; některé psychoaktivní substance způsobují závislost. Ta nastupuje po odlišně dlouhé době užívání substance. K alkoholové závislosti dochází po dlouholetém požívání lihovin, heroinová závislost se dostaví v rozmezí pár týdnů. Závislost dělíme na fyzickou a psychickou. K fyzické závislosti řadíme růst nelibých tělesných symptomů (např. třes, pocení, průjem, křeče), které nastanou po vynechání nebo razantním poklesu obvyklé dávky návykové substance. Psychickou závislostí označujeme tužbu po opakovaném vyvolání přívětivých duševních stavů. Fyzická závislost trvá obvykle pár dní, maximálně týdnů, u psychické závislosti dochází k trvání daleko rozsáhlejšímu. Ilegálně roznášená a využívaná psychoaktivní substance, která způsobuje závislost je považována za drogu. Pokud psychoaktivní substanci požijeme pouze jednou, označujeme tento stav za akutní intoxikaci. Ta se odlišuje dle charakteristiky a četnosti substance, dle toho, jestli se jedná o prvotní zážitek či o opětovnou otravu. Důležitost spočívá i v aktuálním zdravotním stavu otráveného člověka. Pokaždé se ale jedná o projevy fyzické i duševní s odlišně účinnou intenzitou. Pokud danou substanci jedinec užívá po dlouhou dobu, dochází k situaci, kterou označujeme jako škodlivé užívání (abúzus), pro které je typické špatné fungování jedince po stránce fyzické a duševní (cirhóza jater, depresivní stavy). Abstinenci syndrom, neboli stav, kdy tělu schází zneužívaná látka, se projevuje jak po stránce fyzické, tak i psychické, jako například úzkost, neklid, halucinace. K psychoaktivním substancím, u nichž zneužíváním dochází k psychickému poškození, řadíme alkohol, opioidy, kannabis, spoustu prášků se zklidňujícím a spánek navozujícím efektem, kokain, halucinogeny a organická rozpouštědla. (Pavlovský, 2002).

1.1 Znaky závislosti

Jednotlivé znaky závislosti ve své knize z roku 2007 popsal Karel Nešpor. Řadí k nim tyto projevy:

1.1.1 Silná touha nebo pocit puzení užívat látku (craving, bažení)

Bažení by se dalo chápat jako tužba vnímat prožitek z psychoaktivní substance, se kterou se jedinec setkal již předtím. Je nutno také rozlišovat fyzické a duševní bažení. Fyzické bažení se projevuje při vyprchávání drogy z organismu nebo těsně po něm, kdežto duševní bažení se může projevit i po delší zdrženlivosti od drogy.

Výčet skutečných symptomů u duševního cravingu:

- a) Objevy, které se týkají spuštění jistých úseků mozku.
- b) Zhoršené zapamatování si.
- c) Zpomalené reakce – zhoršené vnímání.
- d) Nenormální výskyt na elektroretinogramu – záznam elektrické aktivity sítnice.
- e) Zrychlení pulsu a systolického krevního tlaku.
- f) Pokles kožního galvanického odporu. Zvýšená aktivita potních žláz a pokles kožní teploty provází také vystavení podnětům – „spouštěčům“, které aktivují závislost.
- g) Zvýšené slinění u závislých na alkoholu.

Spousta z výčtu projevů jde společně se symptomy stresu. Nepříjemnou stránkou cravingu je jistě i fakt, že zpomaluje tok myšlenek, takže i dovednost správného úsudku. S cravingem také narůstá nebezpečí návratu, ale ne vždy to musí být pravda.

1.1.2 Zhoršené sebeovládání

Nešpor ve své knize z roku 2007 také popsal jako další znak zhoršené sebeovládání. Jak vyplývá z názvu, je zde mírné pouto s prvním uvedeným znakem, ovšem není stejný. Je zřejmé to, že craving značně ovlivňuje sebekontrolu. Nemusí tomu ale vždy tak být, jelikož někdy i jedinci trpící silným cravingem mohou disponovat zachovalou sebekontrolou. Je tomu bohužel ale i naopak: i jedinci, kteří si cravingu nejsou úplně vědomi, mohou svou

sebekontrolu vzhledem k droze přestat zvládat, přestože chuť není až tak velká. Zhoršená sebekontrola bez dřívějšího cravingu často přichází za těchto situací:

- a) Jedinec si neuvědomuje sebe jako svou osobu a své city. V této situaci je racionálně důležité si uvědomovat svou osobu, duši a hlavně city, protože k nim nemá craving daleko. Lze zapojit některé z psychologických technik (např. meditace, relaxace).
- b) Drobné uvědomení si sám sebe může být spjato i s přílišným a dlouhotrvajícím vysílením. V této situaci přijde vhod úprava denních zvyklostí.
- c) Utlumit sebekontrolu dokáže i droga jiná než ta, která činí jedince závislého (např. u závislých na heroinu alkohol).
- d) Nejběžnější příčinou zhoršeného pocíťování bažení a nedostačující sebekontroly je fakt, že návrat chování na droze nastane samočinně a velmi rychle, pokud je jedinec v pro něj nebezpečném okolí. Jako příklad můžeme uvést hospodu, metalový klub nebo jakékoli jiné prostředí, jež měl jedinec ve spojitosti s drogami. V tomto případě je také na místě navrhnout úpravu denních zvyklostí a celkového stylu ve smyslu změnit kamarády a třeba i práci. Úspěšné může být i nacvičování společenského umu (např. dokázat um odmítnutí).
- e) Někteří mohou projevovat sklon k zapírání a překonávání cravingu. Z tohoto stavu se ale může vyvinout stísněnost a craving tak ještě umocnit a více zeslabit sebekontrolu.

Craving patří spíše mezi subjektivní symptomy, ale špatná sebekontrola je jasnou známkou počínání jedince publikuje Nešpor.

Jsou tři možnosti týkající se cravingu a sebeovládání:

1. možnost: Podněcovatel (např. nebezpečné místo) zapříčiní craving a ten způsobí špatnou sebekontrolu.

Podněcovatel → craving nezdolán nebo ani zaznamenan → špatná sebekontrola.

2. možnost: Podněcovatel (např. nebezpečné místo) zapříčiní craving, ten je ale úspěšně zdolán a jedinec ponaučen zážitkem bude obcházet i podněcovatele. Sebekontrola je tak lepší.

Podněcovatel → craving → zdolání cravingu → obcházení podněcovatelů → lepší sebekontrola.

3. možnost: Podněcovatel (např. nebezpečné místo) způsobí craving, ten je zdolán, ovšem jedinec podhodnotí působení podněcovatelů. Takové působení později zapříčiní následující intenzivní craving a u jedince je ohrožena sebekontrola.

Podněcovatel → craving – chvilkové zdolání cravingu → popuzuje podněcovatele → hrozí špatná sebekontrola.

1.1.3 Somatický odvykací stav

Nešpor říká, že k určení abstinčních příznaků je nutné splnění těchto znaků:

- 1) Vynechání či omezení substance po opětovaném či dlouholetém braní.
- 2) Symptomy jsou úzce spjaty s povědomými projevy abstinčních příznaků.
- 3) Symptomy nelze vysvětlit fyzickým churavěním nezávislého jedince na zneužití drogy a jsou nevysvětlitelné jiným duševním poškozením či poškozením chování.

Výčet příznaků typických pro stav bez návykové látky:

- a) Lihovina (minimálně tři symptomy z těchto): bolest hlavy, krůpěje potu, tachykardie, hypertenze, epileptický záchvat typu grand mal, nauzea, zvracení, třes.
- b) Heroin (minimálně tři symptomy z těchto): výtok z očí a z nosu, křeče, pocení, tachykardie, hypertenze, bolest břicha, nauzea, zvracení, mydriáza, dychtivost po opiátu.
- c) Marihuana či hašiš: Závěrečná měřítka nebyla dána, možná délka trvání od pár hodin až po celý týden, dostaví se např. anxieta, tremor, vyražení potu, astenie.
- d) Zklidňující léky a léky na nespavost (minimálně tři symptomy z těchto): tachykardie, nespavost, epileptický záchvat typu grand mal, tremor, vidiny, astenie, nauzea, zvracení, bludy podezíravosti.
- e) Pervitin, kokain (minimálně dva symptomy z těchto): chorobná spavost, vyčerpání, noční můry, abnormální žravost, nervozita, velká dychtivost po návykové látce.

1.1.4 Růst tolerance a zanedbávání potěšení nebo zájmů

Projev snášenlivosti znamená navození téhož efektu za pomoci většího množství látky, neboť původní množství má menší efekt. Vznik snášenlivosti není znám. Menší senzitivita centrálního nervového systému na drogu dává za vznik vyšší snášenlivosti. Také je možnost, že substance se svižněji odstraňuje z těla. Dalším znakem je upřednostňování užívání drog na úkor jiných radostí či koníčků, toto je jasným znakem závislosti. Jedná se také o užší škálu jednání či chování v souvislosti se zneužíváním drogy. V této situaci je též jasná spojitost tohoto znaku s cravingem, následně se špatnou sebekontrolou v souvislosti s drogou a také se vyskytuje ve spojitosti s abstinenčními příznaky ve snaze přestat zneužívat drogu. Odpověď na otázku času věnovaného shánění drogy, jejího užití, následnému uzdravení se závislého jedince je šokující. Tato činnost závislému jedinci vezme prakticky veškerý čas. Ten je proto potřeba po ukončení léčení zaplnit vhodnými činnostmi, jako je například práce. Je ale nutné brát na vědomí své silové schopnosti a kompletní stav. Mnozí mladší jedinci, kteří prahnou po dalších zkušenostech a zbožňují nové zážitky, touží zkusit některou z návykových látek. Jestliže se u takového jedince projeví návyk na tu či onu drogu, jeho denní zvyklosti se rázem stanou velmi stereotypními (zneužití drogy, navrácení zdraví, obstarávání financí na návykovou látku či přímo návykovou látku, opět zneužití drogy atp.). U starších lidí mnohdy postačí navrácení se ke spolehlivějším zájmům z minulosti. Mladí jedinci se ale obvykle poohlíží po nových zálibách. Pomoc mohou najít u rodičů či ostatních členů rodiny nebo také v terapeutickém plánu, jenž poskytuje lepší impuls v tomto smyslu. (Nešpor, 2007).

1.1.5 Pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků

Tento znak závislosti uvádí Nešpor jako poslední. Pokud je tento symptom uveden, pak je nutné, aby závislý jedinec o ničivých důsledcích věděl. Třeba u jedince, jenž si drogou ničí játra, se nejedná o návyk na této droze, až dokud pacienta neinformuje lékař. Pokud ale jedinec bude i nadále po patřičných informacích o ničení si zdraví zneužívat drogu, v tomto případě se již stav označuje jako závislost. Také v této situaci existuje zřejmá spojitost s předešlými známkami návyku, například craving, špatná sebekontrola v souvislosti s drogou, a občas také s abstinenčními příznaky ve snaze přestat brát drogu.

1.1.6 Jak odhalit užívání drog – rady pro rodiče

Rozpoznat u dítěte, že je závislé na drogách není vždy úplně zřetelné. Pro tyto situace ale existují různé příznaky, podle kterých se dá odhalit, že se něco děje. Ne vždy jsou tyto příznaky důvodem k obavám, ale je důležité o nich vědět. Zde je výčet varovných signálů.

- Problémy ve škole

Tento příznak nemusí být přítomen hned zpočátku, ovšem postupem času se problémy ve škole objeví. Dochází k absencím a celkovému zhoršení známek. V tomto stádiu rodiče mnohdy nenapadne, že je zhoršený prospěch zapříčiněn drogami. Proto je důležité chování dítěte pečlivě sledovat a jednotlivé střípky skládat postupně do jednoho celku.

- Ztráta původních zájmů

V tomto případě je řeč především o prvotních zálibách, které jsou náročné jak časově, tak i fyzicky. Dítě přichází s rozhodnutím, že v oblíbeném koníčku již nechce dále pokračovat, protože je to pro něj ztráta času.

- Změna přátel a party

Důležitým signálem je trávení více času s přáteli než s rodinou, navštěvování diskoték a různých hudebních festivalů, které se postupně stávají pro dítě prioritními a zároveň otevírají větší možnosti v experimentování s drogami.

- Změna chování

Varovným signálem by měly být především stavy neodůvodněné radosti nebo nadměrné aktivity, které mohou být střídány stavy sklíčenosti a inaktivity. Za povšimnutí stojí také náhlé ponocování a nespavost.

- Slabost, spaní přes den

Dalším varovným signálem je postupná nevykonnost, porucha soustředění a náhlé usínání během dne. Tento varovný příznak je často provázen kompletní přeměnou životního stylu.

- Ztráta chuti k jídlu, hubnutí

Tento příznak je jedním z hlavních. Obzvlášť u užívání stimulačních drog, mezi které se řadí pervitin, dochází k potlačení chuti k jídlu, což způsobuje hubnutí.

- Kožní defekty

Tento příznak je dalším typickým příznakem pro užívání pervitinu. Na kůži lze vidět škrábance či boláky, zejména v oblasti obličeje a rukou.

- Mizení peněz

Nejprve se jedná o mizení nepatrných částek, které se postupně zvyšují, až dojde k markantním krádežím rodinného majetku, dítě rozprodá vše cenné. Pro získání peněz může dojít až k násilnému přepadení na ulici.

- Nález stříkaček, jehel a drog

Jasný průkaz závislosti. Ovšem často je situace taková, že dítě se snaží „nádobíčko“ či „matroš“ maskovat tím, že to není jejich, pouze si to u nich někdo schoval. Rodiče tomu často uvěří, jelikož si nechtějí připustit, že by jejich dítě mohlo být uživatelem drog.

- Stopy po injekčním vpichu na končetinách

Nevyvratitelný důkaz závislého jedince. (PRESL, Jiří. *Drogy, poznej svého nepřítele*. Praha: VZP ČR a Medea Kultur. ISBN-.)

1.2 Smyslové poruchy vyvolané zneužíváním drog

Při zneužívání drog po dlouhou dobu je jasná spojitost s evidentním záporným působením na činnost smyslů jedince. U různých druhů drog z pohledu působení jsou podstatné odlišnosti v možnosti nebezpečnosti. K určení pravdivého posouzení příčiny vzniku smyslové poruchy je velice podstatná znalost obširné spojitosti co do zkoumání v oblasti drog i následných odvětví existence jedince. Není tomu pokaždé tak, že za projeveným smyslovým nedostatkem bezprostředně stojí zneužívaná droga. V mnohých situacích je na vině podstata zneužívání, jindy naopak seskupení různých dalších drog nebo kompletní prožívání života jedince, jež je spojeno se značně ničujícím životním stylem nebo dalšími riskantními konáními. V současné vědě zabývající se etiologií, prevencí, léčbou a výzkumem závislostí jsou tyto příznaky nekompromisně rozlišovány, protože to má vlastní účelnou důležitost z pohledu obsahové pravdivosti prokázané rozhodujícími fakty zkoumání a sledování. Drogy pro skupiny lidí dnešní doby představují z pohledu finančních výdajů a obširných sociálních následků, které jsou v souvislosti s terapií a dopadem smyslových nedostatků, značnou potíž. Globální rozměr zneužívaných

nepovolených drog vzrostl do neopominutelné velikosti. Posoudit konkrétně Českou republiku v porovnání s dalšími státy Evropské unie v důležitosti pozorování ukazatelů je velmi obtížné. Na jednom břehu je prosperita ve sféře zneužívání a jedinců, kteří zneužívají maximálně riskantní drogy, mezi které se řadí opioidy a stimulancia, na břehu druhém potom lze vnímat záporné následky týkající se ilegálních zábavných drog, které zahrnují hlavně kanabis a takzvané taneční drogy. Obdobně je to i ve sféře zneužívání povolených návykových látek. Obzvláště u mladých lidí došlo k výraznému vzrůstu popularity jak lihovin, tak i nikotinových produktů a v porovnání s dalšími státy je stav pro Českou republiku velmi nelichotivý. Současně ale je možno lihoviny pokládat z pohledu množství jedinců, kteří soustavně zneužívají návykovou látku, způsobu zneužívání a konzumace za nesporně nejdůležitější potíží v souvislosti se smyslovými nedostatky. (Miovský, 2006).

U náhlé otravy alkoholem se po obrazem lehké opilosti objevuje psychické uvolnění, snadnější seznamování, dochází k vymizení sklíčenosti a nárůstu sebevědomí. Projevuje se evidentní ztrátou plynulé chůze a zbrzdění projevu. Občas dochází k naprosto abnormálnímu projevu, což je popisováno značným poškozením vědomí a nápadnou agresí. (Pavlovský, 2002).

Dále budou popisovány jednotlivé skupiny rozdělené dle druhu zneužívané drogy se zřetelem na zvláštnosti ve spojitosti k eventuálnímu nebezpečí rozvoje smyslových nedostatků v souvislosti s jejich zneužitím. Při dělení do různých skupin je brán zřetel na soudobý význam příčin vzniku a šíření zneužívání drog na našem území. Z tohoto důvodu je na některé drogy zaměřen rozsáhlejší důraz, protože jejich uživatelé a následky zneužívání jsou v této oblasti nejvíce viditelné. Důraz je proto kladen především na kategorii drog zvaných kanabioidy nebo MDMA, což je extáze, důvodem je fakt, že tyto dvě skupiny drog dosáhly u mladé populace velkého obdivu a nevyklučuje se ani to, že by mohl nastat velký zlom v tomto směru. Dále je početnější důraz kladen také na kategorii týkající se stimulačních drog, u kterých je hrozba v souvislosti ke smyslovým nedostatkům naneštěstí mnohdy podhodnocovaná, oproti tomu je kladen nadhodnocovaný důraz na zneužívání opioidů. Zvláštní kategorii potom zabírají těkavé látky, které sice také tvoří významné nebezpečí pro záležitost smyslové činnosti, ovšem tato fakta se přiměřeně neodrážejí ve skutečném zveřejněném časopise či jinde. (Miovský, 2006).

Při náhlé otravě způsobené nealkoholovou drogou, konkrétně marihuanou, nastává stav podobný opilosti. Ovšem při prolongovaném zneužívání kanabinoidů dochází ke zhoršení myšlení a uvažování a k depresivním stavům. Naproti tomu zneužití psychostimulačních látek způsobí u člověka obrovské nadšení a překotný chod myšlenek. Odbourá se spavost a člověk tak může prohrýt několik dní a nocí. (Pavlovský, 2002).

Náměty rozdílného rozpoznávání a příčin vzniku závislosti je možno v souvislosti s hodnocením smyslových nedostatků spojovaných se zneužíváním drog považovat za jedny z nejnáročnějších a zároveň podstatných. Zásadním činitelem se stává striktní rozlišování působení a následků jediné drogy v ryzí podobě, dopadů souvisejících se znečištěnou drogou, následků souvisejících se způsobem zneužití odlišných drog (v jakékoli četnosti), dopadů souvisejících se spojením všelijakých drog dohromady a v neposlední řadě celkové životní návyky jedince. Kterákoli z daných úrovní skýtá jistou metodu, jež se podílí na eventuálních smyslových nedostacích a obsahuje důležité zásadovosti v souvislosti s potenciálními terapeutickými a zotavovacími eventualitami. Efektivní terapie následků souvisejících se zneužíváním drog je terapií stojící na pojetí mezi jednotlivými obory. Efektivní terapie smyslových nedostatků, které byly zapříčiněny zneužíváním drog, by měla obsahovat souhrnný postoj k závislému jedinci, což znamená též souhrnný postoj k výsledkům rozdílných směrů potíží souvisejících s drogami. Je nemožné předpokládat zdařilý efekt terapie smyslových defektů, jestliže u závislého jedince není přiměřeně promyšlen zároveň společenský, psychologický a zákonný okruh. Důležité je také brát v potaz, že z pojetí příčin vzniku v mnohých případech na zneužívání drog je důležité posuzovat následky různých těžko zvladatelných problémů. Podstatnou kategorií vytváří nezjištěná úzkost či špatně stanovená terapie při léčbě úzkosti, obtížná dysfunkce organismu, duševní churavění, životní události, ztráta zaměstnání atd. V případě opomenutí či podhodnocení daných faktů je sice možné v terapii smyslových poruch získat jednotlivé úspěchy, ovšem s velkým předpokladem se kariéra drogově závislého jedince prokáže s daleko větším rizikem, častějším znovuvzplanutím závislosti či navrácením k prvotní či další návykové látce. Z tohoto faktu vyplývá, že nastane zničení úspěchů v oblasti terapie smyslových defektů, což znamená, že terapii není možné pokládat za efektivní. S ohledem na zvláštnosti terapie a uzdravování smyslových defektů souvisejících se zneužíváním drog, je důležité začlenění daných závislých jedinců do odpovídajícího terapeutického plánu. U něj je předpoklad, že bude dodržovat zásady odlišnosti faktorů

souvisejících s drogami a zprostředkuje celkový postoj k jedinci a speciálním požadavkům jedince. (Miovský, 2006).

1.2.1 Kognitivní deficity způsobené užíváním alkoholu

Karel Nešpor v knize z roku 2006 rozděluje smyslové poruchy vyvolané zneužíváním alkoholu na krátkodobé a dlouhodobější.

Mezi krátkodobé poruchy Nešpor v knize z roku 2006 řadí:

a) Akutní intoxikace alkoholem

Je evidentní, že akutní intoxikace alkoholem výrazně poškozuje smyslovou činnost. Nasvědčuje tomu i definice akutní intoxikace alkoholem v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10), lze zde najít i projevy související se smyslovou činností. Definice akutní intoxikace alkoholem podle MKN-10:

Je nutné, aby se dostálo všem rysům, které nasvědčují pro akutní otravu (F1x.0).

Dochází k narušení chování, které se projevuje alespoň jedním z těchto znaků:

- výbušnost,
- slovní či fyzické napadení,
- kolísavá nálada,
- neschopnost se soustředit,
- špatný náhled na věc.

Dále je důležité, aby byl evidentní nejméně jeden z těchto znaků:

- nejistý krok,
- nepříznivá stabilita,
- nejasný a jednoduchý slovní projev,
- zčervenání v obličeji,
- mimovolné pohyby očí,
- porucha vědomí,
- začervenalé oči.

Rizikovitost alkoholové intoxikace stupňuje skutečnost, že jedinec, jenž je intoxikovaný, nebere na vědomí pokles smyslové činnosti a spíše příslušné dovednosti nadhodnocuje. Tato skutečnost může značně navyšovat nebezpečí automobilových či jiných havárií, zranění, surového počínání a další.

b) Kocovina

Jako známé symptomy alkoholické kocoviny lze uvést bolest hlavy, průjem, nechutenství, tremor, vyčerpání, nauzeu. Ke zkoumání je požadován výskyt nejméně dvou z dříve sdělených symptomů, a to v takové míře, že se dostaví poškození obvyklé každodenní aktivity a úkolů.

c) Alkoholové „okénko“

Alkoholovým „okénkem“ se nazývá stav, kdy je alkoholem zapříčiněn výpadek paměti (amnésie) související se zážitky, u kterých byl jedinec přítomen. Alkoholová „okénka“ se dají rozdělit na tzv. bloková, což znamená, že výpadek paměti je souvislý, a tzv. ostrůvkovitá, kdy výpadek paměti je přerušovaný. Souvislá „okénka“ nejsou tak běžná, ale jsou hodnocena záporněji. Alkoholová „okénka“ nastávají mnohdy po okamžité konzumaci alkoholu ve větší míře či při konzumaci alkoholu nalačno. Alkoholové „okénko“ může značit nastupující závislost, lze ho ale vidět i u jedinců, kteří závislostí nedisponují. Přítomnost těchto výpadků paměti je chápána jako rozlehlejší citlivost mozku. Jedinci, u nichž jsou přítomny výpadky paměti, mají větší nebezpečí vývoje závažnějších poškození, mezi která se řadí alkoholová demence či Korsakova psychóza. Ze snížení metabolismu v čelním laloku při působení alkoholu i z dalších sledování je zřejmé, že alkohol značně působí i na čelní lalok, což je podstatná část mozku, která slouží k rozhodování a sebekontrolě. Nepříjemné zážitky s výpadky paměti jsou schopny jedince natolik ovlivnit, že jej tento zážitek inspiruje k terapii či zdrženlivosti.

d) Kognitivní funkce a bažení (craving)

Cravingu je poslední dobou věnován velký zájem a byly nalezeny i prostředky, které craving zeslabují. Craving se téměř pokaždé vyskytuje v situaci, kdy se z těla ztrácí droga. Craving se ale vyskytuje i u jedinců, u kterých zdrženlivost trvá delší dobu, většinou po kontaktu s podněcovatelem (třeba alkohol nebo prostory, jež jsou pro jedince spojitostí s požíváním alkoholu). Během alkoholového bažení nastává v těle spousta změn (např. nadměrná salivace). Byl dokázán též zvýšený nárok na kyslík v jistých úsecích mozku

(limbický systém). Je možné též předvídat pokles smyslové činnosti během alkoholového bažení, jelikož jedinec je během cravingu obvykle neschopný předpokládat důsledky vlastního konání a opomíná poslední zážitky.

e) Odvykací stav

U odvykacího stavu po alkoholu je nežádoucí dočasný dopad na smyslové funkce. Klinicky ještě důležitější je fakt, že opakovanými odvykacími stavy může dojít k prolongovanému poškození smyslových funkcí. (Nešpor, 2006).

Dlouhodobější užívání alkoholu způsobuje špatné spojení mezi buňkami mozku. Tento děj nastává nejprve v místě receptorů, poté dochází k transformaci uspořádání propojení neuronů v obou synapsích. Podle nejnovějších výzkumů je zřejmé, že alkohol narušuje hlavně bílou mozkovou hmotu, což jsou spojení obalená myelinem. Nejvíce ohroženou skupinou pro zneužívání alkoholu jsou děti a mládež. V době dospívání se tvoří další neuronové sítě v mozku. Stačí malé porušení kognitivních funkcí alkoholem a dochází k poklesu úspěchů ať už ve škole či v zaměstnání. Deficit paměti bývá obvyklý zejména u těch adolescentů, kteří prodělali odvykací stav po alkoholu, což značí pití ve velkém množství. K poruše smyslové činnosti způsobené alkoholem dochází i u osob, které nejsou závislé. V tomto případě je podstatné množství alkoholu. (Nešpor, 2006).

1.2.2 Kognitivní deficity způsobené užíváním stimulantů

Drogy ze skupiny stimulačních zastupují velmi rozšířenou kategorii. Ta proniká do legálních drog (kofein, tein) i do drog ilegálních, mezi které se řadí amfetamin, metamfetamin atp. Nebezpečná schopnost těchto drog bývá obvykle velmi odlišná a postihuje mnohé úseky existence člověka. Různorodé stimulační drogy způsobují odlišnou intenzitu nebezpečí v oblasti somatické i psychologické. (Klempová, 2006).

Klempová uvádí, že náhlá otrava stimulační psychoaktivní látkou (metamfetamin – pervitin, amfetamin a kokain) způsobuje nespočet poruch nervové soustavy. Neuropsychologické poruchy u jedinců, užívajících stimulační drogy se řadí do 2 obširných skupin: zhoršení povahy člověka a smyslové defekty. Vzhledem ke spolupráci s jedinci závislými na stimulačních drogách musí být brán ohled na závažnost těchto poruch. Hlavní smysl psychoterapie závislostí tvoří kognitivně-behaviorální terapie, ve které tvoří smyslové činnosti hlavní roli: léčený člověk co do správného průběhu zákroku by měl co

nejlépe směřovat svou pozornost významu setkání, vstřebávat podstatná sdělení, vštípit si a upotřebit terapeutické návrhy týkající se správného fungování vlastního života. Ovšem hlavně části mozku, které odpovídají za tyto funkce, jsou u jedinců užívajících stimulační drogy poškozeny a zejména jedinci, kteří mají ve větší míře poškozeny kognitivní funkce, jsou náchylnější k dřívějšímu odchodu z terapie. Faktem je, že u jedinců, kteří soustavně pátrají po psychostimulanciích (osoby s ADHD v anamnéze, kterým tyto látky rozporně způsobují odlehčení), jsou přítomny obdobné odchylky na neuroúrovni a na smyslové úrovni jako ty, které byly prokázány u jedinců užívajících stimulantia. Následné problémy určování velikosti, co se týče poruchy mozku způsobené stimulací, nasedají na skutečnost, že spousta závislých na stimulanciích zneužívá též další drogy. Kupříkladu spojení zneužívání stimulačních drog a alkoholu prokazuje podstatné zvýšení neurotoxického účinku.

Dle Klemkové má neustálé zneužívání stimulantů za následek těžké neuropatie – v závažných situacích záchvaty, vizuální neuropatie, mozkové infarkty a mnoho dalších. Některé zobrazovací metody sloužící k určení diagnózy upozornily na morfologické, fyziologické a neurochemické zvláštnosti, obzvláště u jedinců, kteří drogy užívají bez přestání. Přeměny, které způsobuje zneužívání drog, jsou následující:

a) Vazokonstrikce

Při jejich užití dochází k zúžení až křečovitému zúžení mozkových a jiných cév.

b) Neurodegenerace

Neurotoxita byla prokázána u nejvíce přístupných stimulantů, mezi které se řadí metamfetamin, amfetamin a kokain – každá z těchto látek vytváří neurodegenerativní přeměny. Je zřejmá manifestace odlišného stupně cerebrální atrofie a lézí, především ve frontálním kortexu a v bazálních gangliích. Nedávné studie prokázaly, že užívání metamfetaminu způsobuje těžké nedostatky šedé hmoty v mozkové kůře.

c) Cerebrální průtok krve

Pokud jedinec užívá drogu dlouhodobě, nastává obrovský fokální pokles v cerebrálním průtoku krve. U jedinců užívajících kokain v kombinaci s dalšími drogami byly prokázány i ostrůvkové nedostatky v cerebrálním průtoku krve v čelní, periventrikulární a temporálně-parietální oblasti. Takové nedostatky v cirkulaci jsou bezprostředně způsobené kokainem.

Můžou zapříčinit i vazokonstrikci cerebrálních cév, hrozí i nadměrné shlukování trombocytů.

- d) Anomálie v metabolismu glukózy
- e) Deficity v bioenergetické rovnováze
- f) Deficity v dopaminergním systému
- g) Změny v neuropeptidergických systémech
- h) Změny v bioelektrické aktivitě mozku.

I přes důkaz toho, že nebezpečnost daných anomálií záleží na trvání a síle zneužívání drogy, patofyziologické mechanismy, jež je vyvolávají a dopady těchto určitých látek na mozek nejsou stále objasněny. Daleko větší úsilí způsobuje vysvětlení spojitosti mezi odchylkami a neuropsychologickým fungováním pacienta. Užíváním stimulancií dochází ke ztrátě neuronů, což způsobuje deficit myšlení. Při provedeném výzkumu bylo zjištěno, že u osob po jednorázové aplikaci stimulační látky nastává snížení únavy a zvýšení kognitivní výkonnosti, a to bez vyšší náchylnosti k impulzivním odpovědím na podněty. U jedinců s vysokou kapacitou pracovní paměti před podáním stimulantia se však může další kognitivní výkon postupně horšit. Anomálie v oblasti mozkové se v bezpříznakovém stádiu u jedinců užívajících neustále stimulantia vyznačují potížemi v motivační a behaviorální sféře, citovou nestabilitou, výbušností, útočností, depresí, neschopností těšit se z příjemných věcí, dlouhotrvajícími potížemi v pohybové schopnosti organismu a potížemi se soustředěností a uvědomováním si sebe sama i okolního světa. Je zřejmá těsná souvislost mezi jednotlivými skutečnostmi. U soudobých jedinců užívajících stimulantia jsou prokázány tyto nedostatky:

- v činnostech u testování paměti, kupříkladu v rozpomínání si akustických stimulů
- v percepčně-motorickém tempu, v reakčním úseku
- v utlumení soustředěnosti
- v chování, jednání, pomyslných situacích a myšlenkové pohyblivosti. (Klempová, 2006).

Posledním poznatkem od Klemповé je, že dřívější jedinci, kteří užívali stimulancia a nyní látky neužívají minimálně 5 dní až po řadu let, neustále dle výzkumů vykazují špatný výsledek v prověřování, která si žádají:

- dovednost zpomalit nepodstatné údaje a soustředit vlastní soustředěnost
- rozmýšlet se
- umět využít paměťové fungování, obzvlášť krátkodobou paměť
- dovednost poradit si s trojrozměrnými úkoly a uspořádáním různých sdělení
- dovednost vzdělávat se
- výzkumy prokázaly i nedostatky týkající se motoriky, které se podobají Parkinsonovým příznakům.

První i druhá kategorie vykazuje neporušené provedení v inteligenci, kupříkladu kompletního IQ či slovního IQ.

1.2.3 Kognitivní deficity způsobené užíváním MDMA

Důsledky užívání MDMA ve své kapitole popisuje Páleníček v knize z roku 2006. MDMA neboli extáze je látka, jež vykazuje neurotoxický účinek. Výzkum byl prováděn jak u zvířat, tak u jedinců, kteří MDMA užívali. Studie prokazují, že MDMA má dopad obzvlášť na serotonergní systém centrální nervové soustavy. Porušeny jsou zejména axony, serotonergní neurony, na které působí mnoho reakcí způsobených náhlým dopadem MDMA, a tyto velmi rychle chátrají. Je velmi obtížné stanovit množství MDMA, které by bylo pro člověka neurotoxické. Jedna z mnoha potíží, s nimiž se lze při výzkumech týkajících se dopadu užívání MDMA setkat, je potíže tzv. „polymorfního užívání drog“. Spousta jedinců užívajících MDMA spojuje různé další drogy. Nejběžnější nesází v této situaci je zneužívání kanabinoidních drog společně s MDMA. Kognitivní nedostatky, jež byly dokázány v nejrůznějších výzkumech u notorických uživatelů MDMA, jsou v souvislosti s defektem krátkodobé i střednědobé paměti, zrakové paměti, paměti pro vnímání nových poznatků, špatným názorem a náhledem na různé situace. U jedinců, kteří užívají MDMA v kombinaci s další drogou, je nápadný kognitivní nedostatek. U uživatelů MDMA byl také zjištěn značný deficit spánkový. Spousta jedinců užívajících MDMA

disponuje hodně nesouměrným spánkovým režimem, z čehož vyplývá, že strádání spánku velmi špatně působí na poznávací dovednosti.

1.2.4 Kognitivní deficity způsobené užíváním konopných drog

Kanabinoidy se řadí mezi nejrozšířenější ilegální drogy na území České republiky, jak na úrovni žáků středních škol, tak i mezi dospělými. Zneužívání kanabinoidů převládá u populace 15 – 16 let, je to 43,6%. V mozku jsou receptory senzibilní na konopné drogy. Lze je najít hlavně v místech, jež působí na emoce, kognici, uvažování, soustředěnost, uvědomování si sama sebe (Miovský, 2006).

Náhlá otrava kanabinoidy se odvíjí od množství a souvisí se zklidněním, uvolněním, nepřesnou časovou orientací. Při náhlé otravě kanabinoidy je též narušena krátkodobá paměť a soustředěnost, dovednost vzdělávat se, porucha hybnosti. Při užití konopných drog záleží na množství THC, od něhož se odvíjí další poruchy, jako např. zhoršené kognitivní a behaviorální funkce, což má nepříznivý dopad při řízení dopravních prostředků. Zneužívání kanabinoidů má negativní vliv na soustředěnost, jemnou motoriku a krátkodobou paměť. U jedinců, kteří užívají konopné drogy krátce, není porušení tak moc těžké, tudíž vážně nepůsobí na funkci kognitivní v běžném denním životě. Je prokázáno, že závažnost porušení kognitivních funkcí záleží na trvání zneužívání konopných drog. Jednou z dispozic je i možné nevratné neurotoxické působení na jedince, kteří s marihuanou začnou ve velmi mladém věku. Nevratné působení na kognitivní funkce při dlouhodobém zneužívání marihuany není do této doby dokázáno. U krátkodobých uživatelů marihuany je prokázána porucha při soustředění se a provádění činností, které se vyznačují rychlým jednáním. Na krátkodobou paměť má jednoznačně vliv zneužívání konopných drog dlouhodobě. Někdy se lze setkat i s tvrzením, že zneužívání konopných drog po dlouhá léta má za následek porušení dlouhodobé paměti u adolescentů. Je prokázáno ale to, že zneužívání konopných drog nijak neovlivňuje rozpomínání při již naučených dovednostech a faktech. Další z možností, jež má nepříznivý dopad na kognitivní funkce, je četnost zneužívání marihuany. U jedinců, kteří užívají konopné drogy delší dobu, jsou prokázány poruchy kognice hlavně v soustředění, pamatování si nedávných událostí, slovní výbavnosti, uplatňování čerstvých sdělení a dovednosti vzdělávat se (Miovský a kol., 2006).

1.2.5 Kognitivní deficity způsobené užíváním opioidů

Jako opioidy jsou označovány ty substance, jež se složením podobají morfinu a navozují uvolnění. Jsou to přirozené rostlinné alkaloidy, synteticky vyrobené drogy derivované z morfinu (opiáty). Činnou součástí opia je morfin, další částí opia je též kodein, papaverin, thebain a narkotin. Morfin je také součástí spousty jiných opiátů nazývaných polysyntetické opioidy, mezi které se řadí heroin a hydromorfon, dále pak petidin, metadon, buprenorfin, které patří mezi synteticky vyráběné opiáty. Opioidy jsou lékem první volby při překonávání bolesti, obzvláště u jedinců trpících onkologickým onemocněním. Heroin je nejznámější a nejužívanějším zástupcem ilegálně zneužívaných opioidů. Pro závislé jedince, kteří chtějí se svou závislostí na opioidech bojovat, existují tzv. metadonová substituční centra. V tomto boji je také na místě užívání buprenorfinu (Subutex®). Působení opioidů na CNS je jednoznačně útlum; přemáhají schopnost vnímání a orientaci v prostoru, dále také schopnosti vnímat duševní a pocitovou bolest, způsobují uvolnění a uklidnění až celkový útlum jedince. Tlumí také centrum dýchání, čímž může být jedinec ohrožen až zástavou dechu. Užíváním opioidů dochází k útlumu centra pro kašel, dráždění oblasti pro zvracení, opioidy způsobují miózu, centrálně také dochází k poklesu tělesné teploty. U jedinců závislých na opioidech dochází hlavně k přeměnám ve frontálních lalocích, což způsobuje poruchu schopnosti a dovednosti plánovat a realizovat cílevědomé postupy. Při perorálním užívání opioidů se záměrem tlumit bolest, tudíž pod kontrolou lékaře, nevykazuje závažné toxické působení na organismus. Je předpoklad, že u osob, které jsou dlouhodobě podrobeny užívání opioidům, dochází k děletrvajícím poruše přizpůsobení se, což si žádá další a silnější dávky opioidů pro zachování běžného emočního projevu a běžné odpovědi na psychickou zátěž. Při perorálním užívání opioidů pod kontrolou lékaře je nežádoucí působení na organismus velmi mírné, kdežto ilegální zneužívání opioidů intravenózní cestou způsobuje velmi závažné poruchy organismu. Zmíněné toxické působení může být náhlá, občas také smrtelná dávka převyšující běžné množství, či infekce v souvislosti s používáním kontaminovaného „nádobička“. Prolongované zneužívání heroinu způsobuje nevratnou nefunkčnost mozku. Toto nežádoucí působení ztěžuje terapii a žádá si následné rozcvičování orientované hlavně na takové poruchy poznávání, jež komplikují působení v běžném denním životě. Dlouhodobé braní heroinu způsobuje přeměny v dopaminových receptorech, čímž dochází k poruše schopnosti poznávání a citového projevu. U jedinců s poruchami mozku v oblasti

frontálního laloku dochází k poruchám kognitivních funkcí a poruše plánování a rozhodování se, obzvláště při pokusech orientovaných na převádění soustředěnosti a pracovní paměť. K platnému zhodnocení poruchy hraje důležitou roli také užívání více drog najednou. Osoby závislé na heroinu nebo dalších opioidech téměř vždy berou i jiné drogy a často v markantní dávce. Poruchy poznávání u jedinců závislých na heroinu vykazují zejména poruchu soustředění a exekutivních funkcí, vypořádání se s potížemi, slovního vyjadřování a zpomalené psychomotorické tempo (Miovský a kol., 2006).

1.2.6 Kognitivní deficity způsobené užíváním těkavých látek

Těkavé látky lze najít ve velké řadě výrobků užívaných v domácnostech – např. ředidla, barvy, lepidla, odlakovač na nehty. Ve zmíněných výrobcích je přítomen toluen, ethylacetat, methyl chlorid, aceton, propan, butan a spousta jiných. Produkty, jež obsahují uvedené psychoaktivní látky, se řadí mezi lehce přístupné a levné. Proto patří mezi látky zneužívané především dětmi a adolescenty ze sociálně slabších skupin. Zmíněné psychoaktivní látky jsou zneužívány i z důvodu okamžité otravy bez závažných komplikací. Otrava se dostaví jen na pár minut a z tohoto důvodu jedinci nepřestávají s čicháním i spoustu hodin, a proto nastává riziko úpadku do bezvědomí až úmrtí. Téměř všechny těkavé látky působí útlum CNS a to vede ke zmírnění nervových pochodů. Těkavé látky velmi často proudí do orgánů, které obsahují tuky, mezi ně patří mozek, játra, nadledviny. Na tyto orgány je působení těkavých látek velmi toxické. Čichání toluenu způsobuje silné porušení mozku, především nervových vláken. Toto poškození mozku se pak velmi podobá mozku při neurologických onemocněních, kupříkladu sklerosis multiplex. Dlouhodobé užívání těkavých látek způsobuje spoustu změn, především pokles kognitivních funkcí, zhoršenou chuť, postižení očí a sluchu. Závažnost poškození může být různě silná. Na závažnosti a návratnosti neurologického postižení se podílí doba trvání a četnost toxické látky (Miovský, 2006).

Projevy náhlé otravy způsobené těkavými látkami popisuje ve své kapitole Miovská. Zpočátku jsou projevy shodné s projevy intoxikace alkoholem. U jedince se tak může projevit podráždění, rozjařenost, následuje spavost, obluzenost. Čím větší je akutní otrava, tím více se prohlubují příznaky jako porucha hybnosti, vtiligo, zvracení, zmatenost. U markantní otravy může dojít až k poruše řeči, samovolným pohybům očí, občasným halucinacím, nejistému kroku a porušení koordinace. Může nastat až bezvědomí, během

kterého dochází k zástavě srdce, dýchání či zadušení zvratky. Za nějakou dobu po otravě obvykle jedinec usne, je nečinný a zažívá slabou či prudkou cefaleu. Nejdůležitější poruchou způsobenou prolongovaným zneužíváním těkavých látek je poškození mozku a z něho plynoucí psychické poruchy, porucha na mozečkové úrovni, onemocnění nervů na okrajových částech těla, rozvoj Parkinsonovy choroby. Konečná fáze prolongovaného zneužívání malých dávek těkavých látek se může projevit třesem, zmateností s halucinacemi, střídáním nálad, poruchou paměti. Stačí jen několik dní trvalého užívání a tělo si rychle vytvoří závislost a potřebu nadále zneužívat tyto látky, při vysazení látky se dostaví projevy abstinence. Jako druhotné projevy jsou úbytek na váze, tělesná slabost, zmatenost, nesoustředěnost, neschopnost sladění pohybů.

1.2.7 Diagnostika kognitivních deficitů u uživatelů návykových látek

Pro určení poruchy kognice u jedinců, kteří užívají drogy, záleží na okolnostech, které pacienty vedou k prohlídce. U pacientů, kteří se rozhodli nastoupit na detoxikační léčbu, se provádí vstupní vyšetření, během kterého lze zjistit možnou poruchu kognitivních funkcí. Je důležité si také uvědomit, že spousta pacientů vyvrací spojitost mezi poruchou kognitivních funkcí a braním drog. Hrozí také riziko, že některé pacienty doprovází i různé psychické potíže, z čehož plyne horší určení nemoci a léčby. Dalším kritériem pro stanovení diagnostiky, poruchy kognitivních funkcí a následně léčby je doba, po kterou pacient návykovou látku již neužívá, a plnění terapeutického plánu. Poruchy kognitivních funkcí samozřejmě značně působí na celkový život pacienta. Pro určení poruchy kognitivních funkcí u jedince užívajícího drogy, je nutné stanovit určité okruhy, které je třeba uvážit:

- Doba užívání drog a celkový průběh užívání.
- Druh zneužívané drogy (či několika drog dohromady).
- Metoda braní drog.
- Přítomnost duševních chorob v anamnéze.
- Momentální výskyt duševních chorob.
- Souhrnný běh života pacienta. (Nešpor, 2006).

1.3 Etiopatogeneze závislostí na psychoaktivních látkách

Hlavní důvody a příčiny vedoucí ke vzniku užívání drog se vyskytují na úrovni biologické, psychologické a sociální.

„Dobře je popisuje tzv. Urbanův interakční tetraed, tj. droga (schopnost navozovat libé pocity, toleranci, odvykací stav) + osobnost postiženého (nevyzrálá, emočně nestabilní, specifická porucha osobnosti, narušené hodnotové schéma) + celkové sociální prostředí (nezaměstnanost, kriminalita, nedostatečné zákonné normy, nepříznivá politická situace, negativní vliv médií) + vyvolávající moment („svedení“ v partě toxikomanů, pracovní stres zdravotníků s dostupností návykové látky, stav deprese).“ (Chvíla, 2007, s. 30)

Užívání návykových látek je složitý děj, tudíž nelze vymezit závislost jako nemoc. Jedná se o pozvolné zvyšování množství zneužívané látky, jak uvádí Chvíla v knize z roku 2007.

1.3.1 Pomocná vyšetření u závislostí na psychoaktivních látkách:

Pro průkaz alkoholu v krvi slouží tzv. Widmarkova metoda, která dokáže zachytit též těžké látky. Další metodou je plynová chromatografie a dechový analyzátor. U chronických alkoholiků se provádí také vyšetření jater. Ke zjištění výskytu návykové látky v těle člověka se dělá hlavně odběr moči, který je následně odeslán na toxikologické vyšetření (Chvíla, 2007).

2 LÉČBA

Léčbu závislosti na psychoaktivních látkách popisuje ve své kapitole Chvíla.

Součástí celkové terapie:

a) Detoxikace a detoxifikace

Detoxikace znamená vyloučení drogy z organismu jedince. Délka trvání je v rozmezí dnů, záleží na zneužívané látce. Detoxifikací se rozumí terapie abstinčních symptomů a délka této terapie je obvykle maximálně 21 dnů.

b) Odvykácí léčba

Odvykácí léčba zahrnuje několik typů terapie, liší se svou délkou. Rozlišuje se krátkodobá léčba (detoxifikační, nutná hospitalizace, délka je 1 – 2 týdny), střednědobá léčba, která trvá zpravidla 3 měsíce a dochází zde k dovednosti ovládat své chutě a nalezení inspirace, jež má pacientovi pomoci v abstinenci, a dlouhodobá léčba (ambulantní, v souvislosti s metadonem – jeho užívání snižuje touhu po heroinu, či buprenorfinem – antagonistou opioidních receptorů).

c) Sociální rehabilitace.

Léčba trvající přes jeden rok, kde je hlavním smyslem naučit se lepší a kvalitnější zodpovědnosti vzhledem ke svému okolí, se nazývá sociální rehabilitace. U chronických alkoholiků sociální rehabilitace probíhá při návštěvách v ambulanci, u narkomanů pak během tzv. terapeutické komunity, doléčovacích center či chráněného bydlení.

d) Farmakologická substituční léčba

Farmakologická substituční léčba je léčebný proces, během něhož se prvotní nelegální zneužívaná droga zamění za lék legální a méně drastický a návykový. Tento lék je možno podávat v řádných dávkách, nedochází k otravám, navozuje uvolnění organismu po delší dobu, užití je ústí, čili nehrozí nebezpečí nákazy.

Smyslem každé terapie je dokázat závislému jedinci, že lze existovat bez alkoholu nebo drog, naučit každého jedince, aby dokázal na svém počínání nalézt negativní stránku. Prognóza léčby drogové závislosti je různá. Může se jednat o dlouhodobý proces, který vyžaduje opakované hospitalizace. Nelze se vyhnout ani opakovaným relapsům v průběhu léčby nebo po jejím úspěšném ukončení. Léčba drogové závislosti je stejně efektivní jako

léčba kterékoli jiné podobně chronické nemoci, spousta lidí si i přesto ale myslí, že léčba drogové závislosti je neúčinná. Během léčby drogové závislosti ale nikdy není možné spolehlivě předpovídat, jaká bude její úspěšnost. (Hosáková, 2007).

2.1 Specifika práce sestry na psychiatrii

Povolání zdravotní sestry, která pracuje na psychiatrii, nabírá zcela jiný rozměr na rozdíl od sester pracujících na jiných klinikách. Vedle podstatného rozdílu v pracovní náplni je rozdíl i ve vzdělání. Je důležité, aby sestra měla úspěšně ukončeny zkoušky ve specializaci v psychiatrii. Na klinice psychiatrie je velmi důležitý pozitivní vztah mezi nemocným a sestrou, jelikož sestra je ta, která pomáhá pacientovi nalézt nový smysl života. Proto správný postoj zdravotní sestry k pacientovi velmi působí na ošetřovatelskou péči.

Podmínky pro hodnotnou pečovatelskou péči:

- Osobnostní předpoklad – sestra se musí nejprve naučit poznat sebe sama a zvládat vypjaté situace. Při práci na psychiatrii je nutné vcítění se do pacientova problému či stavu. Naučit se usměrňovat své chování a udržet nestrannou pozici (nedávat najevo svou přízeň či naopak odpor). Při práci s psychiatrickým pacientem je obzvlášť důležité nastavení ošetřovatelské péče jednotlivým pacientům.
- Znalosti o psychiatrickém pacientovi – nevědomost je odpovědná za vážné nedostatky v péči o psychiatrického pacienta. Důležité je též vhodné zhodnocení situace a dle toho odvíjející se jednání. Pomýšlet hlavně na to, že psychiatrický pacient může být nebezpečný jak sobě, tak i okolí (např. při projevech agrese).
- Dokázat správnými postupy získat informace – při sledování, rozmluvě a speciální pečovatelské diagnostice na psychiatrii je zapotřebí mít obstojné vědomosti v teorii, ale i v praxi. Důležité je naučit se upřednostnit pacientovy potřeby vzhledem k vlastním nárokům.
- Znat specifika léčiv na psychiatrii – vědět, kdy podaný lék začne působit, dodržovat odstup od jednotlivých dávek psychofarmak a vyhnout se tak předávkování.
- Znalosti v oblasti psychoterapie – každá zdravotní sestra pracující na psychiatrii je zároveň také součástí léčebného týmu, musí se tedy, ať už aktivně (přímo, sestra

zaujímá pozici vedoucí skupiny) či pasivně (nepřímo, chování k pacientovi, styl komunikace) podílet na psychoterapeutických činnostech.

- Obeznamenost všech způsobů léčby – každá metoda ošetřování pacienta je individuální. Sestra pouze dopomáhá pacientům v jejich běžných denních činnostech, a to po dobu nejméně nutnou. Podporuje jejich soběstačnost. Mimo to musí sestra také pečlivě sledovat pacienty, kteří jsou nebezpeční sobě či druhým, při podávání léčiv hlídat požití léku a aktivně pomáhat pacientům při znovuzачlenění do společnosti. (Elexová a kol., 2006).

Hospitalizace pacienta na psychiatrii může být se souhlasem pacienta a probíhá většinou na tzv. otevřeném oddělení lůžkové části psychiatrické kliniky. Pro hospitalizaci pacienta je nutný posudek od psychiatra, ke kterému pacient dochází, nebo od obvodního lékaře. Pacient při příjmu stvrdí svým podpisem tzv. dobrovolný vstup. Jestliže během hospitalizace dojde ke zhoršení stavu pacienta, čímž se rozumí ohrožení sebe či okolí, je nutné, aby lékař dobrovolný vstup upravil na tzv. hospitalizaci bez souhlasu nemocného. Tato úprava se musí oznámit soudu nejpozději do 1 dne. Mimo hospitalizaci pacienta je možné udělit též ochrannou léčbu, která je nařízena tehdy, pokud udělený trest nesplňuje daný záměr, je řízená soudem. Tato terapie se soustřeďuje hlavně na profylaxi opětovného trestného činu. Délka ochranné léčby je individuální, hlavní roli hraje cíl této léčby. Ukončení ochranné léčby, stejně tak jako její zahájení, je řízeno soudně. Ochranná léčba může probíhat formou pravidelných návštěv na odděleních polikliniky nebo formou konstituční. (Marková a kol., 2006).

Pro navození dobrého vztahu mezi pacientem a ošetřujícím personálem je důležitý správný přístup k psychiatrickému pacientovi. Zásady správného chování spočívají v rozvázném a pokojném přístupu, čímž se rozumí dostačující množství informací poskytované srozumitelně pro ulehčení situace a vytvoření důvěry. Aktivně zapojovat pacienta v léčebném procesu, nestavět ho až na druhou kolej. Také je ale důležité ujasnit si pravidla, kterými se musí jak pacient, tak zdravotnický personál řídit. Dodržování pravidel a adaptace na chod oddělení je na uzavřených režimových odděleních velmi důležité. Při spolupráci s pacientem si sestra všímá chování a jednání pacienta. Zda jsou jeho odpovědi přiléhavé, jestli v jeho jednání není náznak agrese apod. Měla by ale také dokázat posoudit své vlastní jednání a chování a znát zásady při komunikaci s pacientem, mezi které se řadí

např. zlehčování situace, ironické chování, soukromý vztah k pacientovi. (Venglářová, 2006).

2.1.1 Terapeutická komunita

Hlavní smysl a zásady terapeutické komunity se potvrdily při práci s narkomany, s lidmi právně provinilými nebo klienty s poškozením osobnosti.

„V České republice začaly být terapeutické komunity budovány po změně společenského řádu po roce 1990“ (Nevšímal, 2004, s. 15). Konečnou formu ale léčebné komunity pro drogově závislé nabyly až v roce 2005.

A co vlastně terapeutická komunita je? Definice dle Kamila Kaliny zní: *„Strukturované prostředí, ve kterém klient žije a absolvuje program léčeni/rehabilitace. Terapeutická komunita nabízí bezpečné a podnětné prostředí pro růst a zrání, které se děje především prostřednictvím sociálního učení v kontextu vymezeném jasnými a srozumitelnými pravidly. Terapeutický potenciál TK se spatřuje ve stálém napětí mezi realitou a terapií, mezi každodenním spolužitím na straně jedné a podporovaným a monitorovaným sociálním učením a nácvikem na straně druhé.“* (Kalina, 2008, s. 31).

Terapeutické komunity se vyznačují určitým uspořádáním, posloupností a podle ní se řídí všechna pravidla jednání a domácího řádu. V terapeutické komunitě ale neexistuje nikdo, kdo by kázal duchovní pravdu nebo jiná přesvědčení lidí v terapeutické komunitě. Nejniternější myšlenkou může být skutečnost, že se člověk může stát lepším a dokáže přeměnit celý svůj život. Toto přesvědčení je tzv. zlatá nit celé terapeutické komunity. Jestliže by člověk v toto nedoufal, nemělo by smysl být v terapeutické komunitě zaměstnán a uzdravovat klienty (Kalina, 2008).

Další součástí terapeutické komunity je také otázka smyslu léčby. Jaký je tedy cíl léčby? Především „Najít v sobě dokonalého vůdce“, což zahrnuje:

- Podílet se na objevování a uznávání svého žití

Uvědomit si, že život má smysl a je důvod žít. Toto přesvědčení je třeba si stále připomínat, jelikož to jedince povede k lepšímu sebepřijetí a pozměnění celého života. Čím více se jedinec bude tomuto cíli věnovat a postupně uskutečňovat jednotlivé body, tím více se daný cíl bude plnit.

- Podílet se na objevování vlastní samostatnosti a rozvážnosti

Uskutečňování tohoto bodu – cíle je důležitým krokem v budování lepšího života. Jedinci závislí na drogách se často necítí být svobodnými, jelikož droga jim svobodu odepírá. Jediným východiskem by mohla být abstinence. Tímto počinem by závislý jedinec získal zpátky vytouženou svobodu, ovšem volnost abstinence tak úplně nezahrnuje. Je ale dobré dát si abstinenci jako důležitý cíl, jelikož pak dochází k vývoji interní i externí nezávislosti.

- Podílet se na objevování a uznávání své osoby, schopností a hranic

Tento počín napomáhá člověku žít skutečný život. Objevování sebe sama je základ pro nový úspěšný život. Celý tento pevný základ závisí na dokonalém přístupu a správném vedení jednotlivce.

- Podílet se na vlastním zdokonalování

Spousta jedinců má problém s tím, nalézt v sobě něco výjimečného, dokonalého. Proto je důležité klienty vést správným směrem a za každý úspěch je chválit a přispívat k jejich růstu. Jen tak klient nabude myšlenky, že se může stát lepším člověkem (Richterová-Těmínová, 2007).

Součástí terapeutické komunity je tzv. skupinová terapie. Jedná se o léčebnou metodu, která využívá k terapeutickým postupům celou skupinu – vzájemné působení jednak klientů a terapeutů, a také klientů mezi sebou vzájemně. Význam skupinové terapie je ten, že napomáhá pochopit přístup a problémy druhých. „*Standardy péče v terapeutické komunitě pro drogově závislé si žádají minimálně 20 hodin strukturovaných skupinových terapeutických aktivit týdně.*“ (Nevšímal, 2007, s. 108). Existuje několik typů terapeutických skupin, např. ranní komunita, která je považována za nejhlavnější skupinu v terapeutické komunitě, dále autobiografická, interakční, mimořádná, tematická, apod. U jedince, který podstoupí léčbu v komunitě po dobu jednoho roku, dochází k výrazným individuálním změnám. Jestliže jedinec během skupinové terapie dovede upřímně mluvit o vlastních potížích a prožitcích, akceptuje zpětnou vazbu ve smyslu kritiky od členů komunity nebo terapeutů a dovede druhým pomáhat, disponuje velkým předpokladem, že změny, které u něj nastanou, budou ku prospěchu společnosti. Každá změna pochopitelně s sebou nese spoustu vypjatých situací (Nevšímal, 2007).

Personál, tzn. zdravotní sestry a terapeuti, pracující v terapeutické komunitě, tvoří terapeutický tým. Dalo by se říct, že je to vlastně taková skupina lidí, kteří nesou zodpovědnost za správné fungování terapeutické komunity. Proti nim pak stojí druhá skupina lidí, což jsou jedinci, kteří si toto prostředí vybrali jako prostředek svého vyléčení a součást své nové životní etapy. Této skupině lidí se říká klienti. Postavení terapeutického týmu a klientů dokáže ztvárnit kladné nebo záporné prostředí a situace, které klienty výrazně ovlivňují na jejich cestě stát se lepšími. Rozdíl mezi pobytem v nemocnici a pobytem v terapeutické komunitě je ten, že v komunitě platí pouze minimálními standardy. Pochopitelně určité standardy existují, ovšem komunita se jimi řídí velmi omezeně. Kdyby totiž měla striktně dodržovat všechna pravidla, nebyla by schopná správně a dobře fungovat. Proto se na hodnotě léčby podílí především terapeutický tým a z něho vyplývající efektivita celé komunity. (Broža, 2007).

Broža ve své kapitole dále udává, že terapeutický tým má v komunitě obrovský význam, hlavně v oblasti získávání důvěry a vytváření nových přátelství nejen mezi klienty. Výrazně působí také na události, které se dějí v komunitě. V neposlední řadě na terapeutickém týmu záleží blaho klientů a vydařená terapie. V terapeutické komunitě nepracují pouze odborníci, ale jsou zapojováni i lidé, kteří svou profesí jsou daleko od oboru. Jedná se hlavně o tzv. pracovní terapeuty a exusery. Exuser neboli bývalý uživatel má v terapeutické komunitě také významnou a nepostradatelnou funkci. Od běžného terapeuta se liší hlavně tím, že si sám podobný příběh prožil. Klienti proto k němu mohou mít důvěrnější vztah, protože exuser má větší pochopení. Samozřejmě ale kdokoli z exuserů nemůže funkci terapeuta vykonávat. Bývalý uživatel by měl být na stejné úrovni jako ostatní členové terapeutického týmu. Ucelenost a správné fungování celého terapeutického týmu je důležité pro kvalitu léčby a pozitivním vlivem na klienty.

Co se týče vzdělání nelékařských zdravotnických pracovníků terapeutické komunity, obvykle má vedoucí terapeutické komunity vysokoškolské vzdělání v oboru psychologie nebo adiktologie, terapeuti pak mají vzdělání v oboru psychoterapie nebo sociální práce. Podstatná pro terapeutickou komunitu je také ergoterapie, tudíž je důležité, aby někteří terapeuti měli vzdělání v tomto oboru. (Magdalena, o.p.s. [online]. Mníšek pod Brdy, 2016 [cit. 2016-04-27]. Dostupné z: <http://magdalena-ops.eu/index.php/t%C3%BDm-terapeutick%C3%A9-komunity.html>).

2.1.2 Doléčovací centrum

Doléčovací centra jsou určena pro klienty, kteří zdárně ukončili minimálně tři měsíce trvající léčbu závislosti a mají více než 18 let. Jsou určena pro klienty, kteří se chtějí léčit a vyléčit a mají zájem o motivaci a pomoc při zdolávání nového života – života bez drog. Centra napomáhají klientům začít nový život formou individuálních nebo skupinových terapií anebo chráněných bytů. Služba poskytuje sociálně-terapeutickou činnost, umožnění styku se sociálním prostředím a pomoc při získávání soukromých věcí. Doléčovací centrum nabízí doléčovací program, který trvá 6 nebo 8 měsíců (klient si může délku programu zvolit sám), nebo chráněné bydlení v trvání 4 či 6 měsíců – záleží, jak dlouho trvá doléčovací program. (P-centrum [online]. Olomouc, 2013 [cit. 2016-03-16]. Dostupné z: <http://www.p-centrum.cz/o-nas-2/>).

Je důležité, aby klienti, kteří ukončili dlouhodobou léčbu, měli podporu a ucelený program v nastartování a udržení nového stylu života. I v doléčovacím centru probíhají skupinové terapie, např. ranní skupina, tematické skupiny, jejichž základem je předejít relapsu. Další součástí jsou individuální práce, mezi které patří individuální konzultace a poradenství, což je soukromé sezení klienta se svým garantem alespoň 1x týdně. Kdy a jak dlouho bude sezení trvat, se domlouvá dopředu. Během individuální konzultace hovoří klient o úlohách z terapeutického programu, o vlastních pocitech a požadavcích, novém životě s přítelem/přítečkou. V rámci systematické sociální práce probíhá spolupráce mezi doléčovacím centrem a úřadem práce. Doléčovací centra také zasílají požadavky o splátkové kalendáře, pokud je klient dlužníkem, např. zdravotní pojišťovně, nebo kontaktují soud v případě soudního řízení. (P-centrum [online]. Olomouc, 2013 [cit. 2016-03-16]. Dostupné z: <http://www.p-centrum.cz/co-nabizime-2/>).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 METODIKA PRŮZKUMU

Bakalářská práce se zabývá patologickými závislostmi, jejich příčinami, vlivy na člověka a léčbou. Popisuje také práci zdravotní sestry na psychiatrické klinice nebo v terapeutické komunitě. Průzkum byl zaměřen na zdravotní sestry psychiatrické kliniky a jeden rozhovor byl věnován bývalému uživateli. Celkem bylo provedeno 6 rozhovorů.

3.1 Cíle průzkumu

Hlavní cíl

Zjistit, jak se práce sestry na akutním příjmu psychiatrie liší od práce sestry na standardním oddělení.

Dílčí cíle

1. Zjistit, jak sestry nahlíží na problematiku závislostí.
2. Zjistit, zda práce na psychiatrii ovlivňuje soukromý život sestry.
3. Zjistit, jak náročný je pro bývalého uživatele nelegálních drog návrat do společnosti.

3.2 Metoda sběru dat

Po nastudování odborné literatury a vytyčení cílů byla zvolena metoda výzkumu pro tuto bakalářskou práci. Jako metoda průzkumného šetření byl zvolen rozhovor. Jedná se o kvalitativní metodu probíhající mezi tazatelem a respondentem, kdy tazatel pokládá otázky ke zjištění vytyčených cílů a respondent na ně odpovídá.

Rozhovor představuje vzájemnou interakci mezi respondentem a tazatelem. Probíhá formou ústního jednání, kdy tazatel získává informace od respondenta prostřednictvím otázek určených ke zjištění skutečností. (Bártlová, 2008).

3.3 Metoda šetření

Pro tuto bakalářskou práci byl zvolen typ rozhovoru individuální, tudíž rozhovory probíhaly při osobním setkání pouze mezi tazatelem a respondentem. Před zahájením rozhovoru byl každý respondent informován o podstatě rozhovoru a o tom, že bude

rozhovor nahráván. Všichni zvolení respondenti k rozhovoru přistupovali ochotně a každý rozhovor byl něčím zvláštní. Otázky byly dvojího typu. Rozhovor určený pro sestry obsahoval 15 otevřených otázek plus jednu dodatečnou, rozhovor pro bývalého narkomana obsahoval 10 otevřených otázek. Otázky pro rozhovor se sestrami jsou uvedeny v příloze P I, otázky týkající se rozhovoru s bývalým narkomanem jsou uvedeny v příloze P II.

3.4 Organizace průzkumného šetření

Respondenti pro rozhovory byli vybráni na Klinice psychiatrie ve Fakultní nemocnici Olomouc. Po svolení od hlavní sestry bylo zvoleno pět sester z již zmíněné kliniky. Rozhovory probíhaly v období od března do dubna roku 2016.

Charakteristika respondentů byla následující. Pro rozhovor se sestrami byly zvoleny takové sestry, které již pracovaly na jiné klinice než psychiatrické. Rozhovor proběhl se čtyřmi zdravotními sestrami a jedním zdravotním bratrem. V přepisu rozhovoru jsou značeny jako S1, S2, S3, S4 a S5. Pro druhý typ rozhovoru, tedy s bývalým narkomanem, byl zvolen člověk, který má za sebou dlouhodobou léčbu a nyní žije nový, „čistý“ život. V přepisu rozhovoru je značen jako R.

3.5 Zpracování získaných dat

Všechny rozhovory byly nahrávány a poté autenticky přepsány do elektronické podoby. Rozhovory se všeobecnými sestrami byly zpracovány do tabulek. Celé rozhovory jsou uvedeny v přílohách P III – P VII.

4 VÝSLEDKY PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

4.1 Rozhovory se zdravotními sestrami

Rozhovory se sestrami probíhaly po domluvě s hlavní sestrou fakultní nemocnice. Rozhovor ochotně poskytly čtyři zdravotní sestry a jeden zdravotní bratr. Všechny rozhovory probíhaly na Klinice psychiatrie, oddělení akutního příjmu.

4.1.1 Zpracování rozhovorů

Tab. 1: Charakteristika respondentů

S1	První respondentkou je žena, která má zhruba 20 let praxe ve zdravotnictví. Předchozí zaměstnání bylo v prostějovské nemocnici na JIP. Sestřička má vystudovanou střední zdravotnickou školu a od září tohoto roku si bude dodělávat specializaci v psychiatrii.
S2	Druhou respondentkou je sestřička, která své povolání vykonává již téměř 30 let. Předchozí zaměstnání byla různá, ovšem všechna podobně psychicky náročná. Rozhovor s touto sestřičkou mne bavil nejvíce. Atmosféra během rozhovoru byla uvolněná a sestřička krásně povídala. Je na ní znát, že ji práce baví.
S3	Třetím respondentem byl muž. Délka praxe zdravotního bratra je 26 let. Před nástupem na psychiatrii pracoval na geriatrické klinice. Zdravotní bratr má vystudovanou střední zdravotnickou školu a ukončenou specializaci v geriatrii a specializaci v psychiatrii.
S4	Čtvrtou respondentkou byla sestřička s téměř 30letou praxí. Před nástupem na psychiatrii pracovala na stomatochirurgii a neurologii. Má vystudovanou střední zdravotnickou školu a specializaci v psychiatrii. Nejprve začínala na psychiatrii na psychoterapeutickém oddělení, poté přestoupila na akutní oddělení. Na sestřičce je znát, že ji práce na psychiatrii velmi baví a umí s pacientem komunikovat.
S5	Pátou respondentkou byla sestřička, která na psychiatrii pracuje asi 6 let a celkově má 24 let praxe. Před nástupem na psychiatrii pracovala na geriatrii. Má vystudovanou střední zdravotnickou školu a letos bude ukončovat specializaci v psychiatrii.

Otázka č. 1: *Jak dlouho pracuješ na psychiatrii?*

Tab. 2: Délka praxe na psychiatrii

S1	<i>Ty jo, no od roku 2008, takže 8 let.</i>
S2	<i>Na psychiatrii pracuji 13 let.</i>
S3	<i>Tak od roku 2000, takže 16 let.</i>
S4	<i>Jejda, to musím spočítat. To už bude 25 let, no, ty jo.</i>
S5	<i>Přesně nevím, kolem 6 let.</i>

Komentář:

Z odpovědí na otázku číslo 1 vyplývá, že průměrná délka praxe na psychiatrické klinice u respondentů je okolo 13 let. Nejkratší dobu na psychiatrii pracuje poslední respondent, a to je 6 let, nejdéle sestra č. 4, která na psychiatrii pracuje již 25 let.

Otázka č. 2: *Chtěl/a jsi na psychiatrii pracovat nebo tě sem vybrali?*

Tab. 3: Zájem o práci

S1	<i>Chtěla jsem tady pracovat. A co tě sem táhlo? No když budu upřímná, tak peníze.</i>
S2	<i>Těžko říct. Můj původní sen, protože já už jsem stará dáma, mám 57 let, byl pracovat na dětském oddělení, ale na dětskou sestru jsem se nedostala, protože to nebylo v blízkosti mého bydliště. Dělal jsem všeobecnou sestru a dostala jsem umístěnkou na LDN, a jak šel čas, měnila jsem pracoviště</i>
S3	<i>Obojí, chtěl jsem, protože mě ta práce zajímala a i si mě sem vybrali.</i>
S4	<i>Chtěla, hned, od 18 jsem šla dobrovolně. Ale napřed mě zajímala dětská psychiatrie, hrozně moc. Ale tam nebylo místo, takže jsem nastoupila sem.</i>
S5	<i>Ano chtěla jsem tady pracovat. A co tě sem táhlo? Zájem o práci o ty pacienty.</i>

Komentář:

Všichni respondenti na druhou otázku odpověděli, že na psychiatrii chtěli sami dobrovolně pracovat. Jeden respondent odpověděl, že mimo zájem o pacienty byly určujícím parametrem i peníze. Dva respondenti odpověděli, že původní sen byl jiný, ale s postupem času se dostali k práci na psychiatrii.

Otázka č. 3: *Na jakém oddělení jsi pracoval/a před nástupem na psychiatrii?*

Tab. 4: Předchozí zaměstnání

S1	<i>Předtím jsem pracovala na neurologické jípci v Prostějově, kam jsem nastoupila vlastně hned po škole, po maturitě.</i>
S2	<i>Moje první zaměstnání tedy bylo na LDN. Pak jsem dělala 10 let u mentálně postižených, kde jsem napřed dělala 2 roky sestru, potom 8 let vrchní sestru a pak 10 let v ústavě pro tělesně postižené, kde byly kombinované vady, jak tělesné, tak psychiatrické. A protože jsem měla v rodině různé kontakty s psychiatrickými nemocnými, tak jsem se dostala sem.</i>
S3	<i>Na geriatrické klinice, takže geriatric.</i>
S4	<i>Na neurologii a stomatochirurgii tady ve fakultce.</i>
S5	<i>Geriatric ve fakultce. A tam jsi pracovala jak dlouho? Tam jsem pracovala 12 let.</i>

Komentář:

U dvou respondentů bylo předchozí zaměstnání na geriatric, jeden respondent před nástupem na psychiatrii pracoval na neurologii a stomatochirurgii, jeden respondent na neurologické JIP a poslední respondent uvedl, že jeho předchozí zaměstnání byla v různých léčebnách a ústavech, jako je LDN nebo ústav pro tělesně a duševně postižené.

Otázka č. 4: *Pokud srovnáš práci na psychiatrii s předchozí prací, jaké vidíš rozdíly?*

Tab. 5: Porovnání náročnosti práce

S1	<i>No samozřejmě rozdíly jsou znatelné. Tak tady je to .. ta náročnost je stejná bych to tak srovnala, ale tady je to víc o tom povídání a vcítění se do těch pacientů. Kolikrát je to teda hodně náročné a ne každý to umí. Člověk se to prostě musí naučit a tak nějak k tomu dospět.</i>
S2	<i>Samozřejmě rozdíly jsou, ale všechno je zajímavé. Všechno mě naplňovalo, protože jsem člověk ten, který si v práci najde zalíbení a беру to tak, že veškerá práce je důležitá. Ať pracujeme na ARO, na LDN nebo na psychiatrii, prostě všechno má své opodstatnění.</i>
S3	<i>Rozdíly obrovské, na geriatrii lidé umírali, většinou tam byli lidé s mutlinemocema, takže od interní, přes onkologii, chirurgii, nehojící se rány, dekubity, diabetické nohy, péče o pahýly. Kdežto tady jsou lidi, kteří potřebují pomoc psychickou a medikamentózní, občas i zklidnit příkurtováním a třeba zastavit pití a jiné závislosti. A taky další rozdíl takový, že na té geriatrii bylo o dost víc práce, bylo to tam náročné fyzicky, ale zase tady na psychiatrii je to kolikrát velmi náročné na psychiku.</i>
S4	<i>Velké, diametrální. Hlavně přístup k pacientovi a celkovou atmosféru oddělení, včetně odbornosti. A řekla bys, že je tady na psychiatrii důležitější soudržnost týmu než na předchozím oddělení? Myslím, že je to nastejno. Na každém oddělení by měl být personál soudržný a táhnout tzv. za jeden provaz.</i>
S5	<i>Na geriatrii to bylo fyzicky náročnější, hlavně ti imobilní pacienti. Jinak co se týče psychické zátěže, tak to bylo podobné. Spousta dementních zmatených pacientů.</i>

Komentář:

Při porovnávání práce na psychiatrii s předchozí prací uvedli všichni respondenti, že rozdíly jsou znatelné. Hlavní rozdíl je v přístupu k pacientovi a psychické náročnosti práce. Jeden respondent ale uvedl, že při srovnání práce na psychiatrii s prací na geriatrii vidí rozdíl pouze ve fyzické náročnosti.

Otázka č. 5: *Dokážeš si představit práci na psychiatrii jako svou celoživotní?*

Tab. 6: Práce na psychiatrii

S1	<i>Dovedu si to představit a toužím po tom. Nejen kvůli těm penězům, ale taky mě ta práce baví.</i>
S2	<i>Tak vzhledem k mému věku už ano. A jak jsem říkala, je to práce zajímavá.</i>
S3	<i>Dokážu si to představit. Pokud mě to tady bude nějakým způsobem naplňovat, finančně naplňovat a zdravotně na tom budu dobře, tak určitě. Pokud se nenajde nějaké jiné lepší místo, ve všech směrech. Nebo když třeba nevyryju v loterii.</i>
S4	<i>No tak jako částečně, lákají mě i jiné varianty. A jaké například? To je tajné. Vy byste se mi smáli, to nemůžu říct.</i>
S5	<i>Ano. Mě ta práce naplňuje, protože když vidím, jaké mají ti lidi problémy, tak si pak říkám, že ty moje problémy jsou vlastně úplně titerné a až tak nepodstatné. Spousta mých známých mi říká, že mě to musí ubíjet, ale mě to naopak naplňuje v tom, že vidím ty problémy a svůj život беру pak tak nějak s lehkostí.</i>

Komentář:

Na pátou otázku odpověděli čtyři respondenti, že by chtěli na psychiatrii již pracovat trvale. Jeden respondent uvedl, že ho práce baví a pracovat by tu chtěl, ale lákají ho i jiné varianty. Jeden respondent dokonce uvedl, že práce na psychiatrii pozitivně ovlivňuje jeho život.

Otázka č. 6 *Jak nahlížíš na problematiku závislosti? Myslíš si, že i zde platí rčení „Každý svého štěstí strůjce.“?*

Tab. 7: Pohled na závislosti

S1	<i>Tak půl napůl, rčení ani ne, někomu je k tomu pomůženo nějak jinak. Není závislost jako závislost. A to myslíš jak, že není závislost jako závislost? Tak třeba já jsem závislá na jídle a můžu si za to sama. Kdežto pacienti jsou samozřejmě taky závislí, ale u některých ta závislost vyplynula z těžkých životních situací a někteří si ty těžké životní situace způsobili právě tou závislostí.</i>
S2	<i>Bohužel si myslím, že opravdu záleží na těch různých životních situacích a taky na tom, jak má který člověk k čemu dispozice. Protože já sama mám problém udržet si dobrou váhu, trpím nadváhou, takže mám závislost na jídle a vím, že je to moc těžké, takže chápu ostatní závislosti. Když je to závislost na drogách, většinou to začne v dětském věku, když sem přicházejí ti pacienti, takže hledají sami sebe, zkouší to z blbosti a bohužel u někoho je to pak závažný problém.</i>
S3	<i>Ale tak já bych řekl, že závislosti jsou věci, které si člověk vybuduje sám, takže ano, rčení určitě platí. Ale u spousty lidí je to nevědomost a někdy to člověk bere jako nějakou berličku. Prostě že má nějaký problém a pomůže si tím, tou drogou, ale pak zjistí, že mu to nepomohlo, ale naopak mu to uškodilo.</i>
S4	<i>Něco je daný geneticky a něco je důsledkem životní situace. Je člověk, který to fakt má v genech, pijí jeho příbuzní, obzvláště rodiče. Takže když je stres tak k tomu prostě sklouzne, protože to vidí doma. Ale myslím si, že každý má závislost. Každý je schopen být závislý, na čemkoliv.</i>
S5	<i>Ano rčení určitě platí. Ale tak jsou různé okolnosti, no. Někdo si za to může sám, ale asi bych řekla, že vždycky se to dá řešit nějak jinak.</i>

Komentář:

Ze všech odpovědí vyplývá, že respondenti zastávají názor, že vznik závislosti záleží na životní situaci a dispozicích, každý si závislost vybuduje sám. Dva respondenti uvedli, že jsou sami závislí na jídle, tudíž chápou vznik ostatních závislostí a vědí, jak náročné je se závislosti zbavit.

Otázka č. 7: *Pokud bys mimo práci potkala člověka a až po čase zjistila, že v minulosti užíval drogy. Změnil by se tvůj postoj k němu, popř. jak?*

Tab. 8: Pohled na bývalého narkomana

S1	<i>Takového člověka bych určitě nepotkala. Ale nikdy nevíš, pokud by ten člověk už byl vyléčený delší dobu, tak to nemusíš ani poznat. Jako kdybych se seznámila s někým a až potom zjistila, že v minulosti užíval drogy? Ne, nezměnil. Pořád bych na něj měla stejný pohled.</i>
S2	<i>Určitě jo, ba naopak bych si ho ještě víc vážila, že to zvládl se s tím srovnat. Protože to musí mít velkou snahu a odvalu a nedaří se to všem. Což známe jak ze života, tak z literatury.</i>
S3	<i>Pokud by to bylo v minulosti a teď už by abstinoval, tak ne, ale kdyby pořád bral, tak určitě jo. To bych s ním nechtěl nic mít, protože takoví lidé jsou hrozně nevyzpytatelní a zákeřní a klidně tě okradou jen proto, aby měli na to, co sami potřebují.</i>
S4	<i>Těžko říct, asi by mi ho bylo líto. A brala bys ho pořád jako svého kamaráda. Už asi ne. Záleží na okolnostech.</i>
S5	<i>Pořád stejně. Mám obavy, že bych takovýho člověka ani nepotkala.</i>

Komentář:

Na sedmou otázku překvapivě pouze jeden respondent odpověděl, že by s člověkem s drogovou minulostí nechtěl nadále být ve spojení. Čtyři respondenti by takového člověka vnímali stále stejně, z nichž jeden dokonce odpověděl, že by si člověka považoval ještě více, jelikož se z náročné situace dokázal dostat.

Otázka č. 8: *Jak bys reagoval/a při zjištění, že partner tvého dítěte má za sebou drogovou minulost?*

Tab. 9: Drogová minulost

S1	<i>Nevím, jak bych reagovala, copak já vím, jak bych reagovala. To je těžká otázka. Určitě by se mně to nelíbilo, ale co bych s tím asi tak mohla dělat. Byla by to bohužel otázka těch dvou.</i>
S2	<i>Pokud už ji má uzavřenou, tak zas by to bylo stejné. Považovala bych si toho, pokud by teda byl srovnaný. Jsem člověk, který dokáže podporovat, mockrát, ale zase na druhé straně ze zkušenosti vím, že když se to nepodaří a nebylo by to uzavřené, tak je to běh na dlouho trať a nepřála bych to dceři, protože to je velký boj, nespolehlivost toho člověka. A tam hrozí to nebezpečí, že by ji dokázal zničit, jak finančně, psychicky, bohužel i fyzicky.</i>
S3	<i>No moc by se mně to nelíbilo, ale nevím, jestli bych s tím dokázal něco udělat, protože protože by to byla věc těch dvou, jak spolu jsou nebo nejsou a jak to spolu mají. Každopádně já bych z toho nadšený nebyl.</i>
S4	<i>Tak jako nějak to nezavrhnuju, myslím, že s tím trochu i počítám, protože člověk by měl zkusit a být připraven na všechno v životě. Takže jsem připravená, že se k něčemu dostanou, ale záleží na nich, jak se k tomu postaví. Jsem připravená jim pomoci. Doufám ve výchovu.</i>
S5	<i>To by mi vadilo. Dokázala bys s tím něco dělat? No dokázala bych s tím něco dělat, určitě.</i>

Komentář:

Tři respondenti z pěti odpověděli, že v dané situaci byli znepokojeni, ale nejspíš by s tím nedokázali nic dělat, jedna z nich je ale přesvědčená, že by situaci dokázala změnit. Ostatní dva respondenti uvedli, že by jim daná situace nevadila, pokud by minulost člověka byla uzavřená.

Otázka č. 9 *Vnímáš rozdíly ve spolupráci s pacienty závislími na legálních a nelegálních drogách, popř. jaké?*

Tab. 10: Nelegální a legální drogy

S1	<i>Alkoholici jsou takoví pokornější potom, když odezní ten jejich stav, teda většina z nich. S feťákama je horší spolupráce.</i>
S2	<i>Nevidím, tady se pečuje o všechny stejně. Já to myslím spíš z pohledu, že alkoholici si moc tu závislosti nepřipouští, jelikož mají alkohol na každém rohu a hůř se začleňují do kolektivu těch závislých. Je to případ od případu, takových znám málo a nevidím rozdíl v alkoholikovi a feťákovi.</i>
S3	<i>No určitě ano, jaké jsou tam rozdíly..no ti alkoholici se z toho rychle dostanou ve většině případů, myslím si, že u těch drogově závislých, že tam je to prostě na strašně dlouho. A myslíš, že v tom hraje roli i dostupnost té drogy? Přece jen alkohol je volně dostupný a narazíš na něj doslova na každém rohu. Já si myslím, že kdo chce drogy, tak si je sežene taky. Alkohol je určitě dostupnější, ale řekl bych, že kdo s tím chce skončit, tak na tom alkoholikovi se to dá poznat daleko dřív a rychleji.</i>
S4	<i>Já si myslím, že každá závislost je stejně náročná, co se týče sociálních kontaktů a začlenění se. Vždycky to s sebou přináší problémy, ať je ten člověk závislý na čem chce. Ty problémy prostě jsou, v komunikaci, ve všem.</i>
S5	<i>Hmm, to nevím. Já to myslím tak, že když se podíváš na pacienty závislé na pervitinu, tak jsou daleko hůř přizpůsobivý než ti alkoholici. Jakoby si ani nepřipouští, že jsou na psychiatrii. Já to tak nevnímám, je to o osobnosti člověka. Takže to bereš tak, že kdo chce se léčit, tak tu je? Na všechny stejný metr? No, i když ti alkoholici jsou možná líp přizpůsobivý, to máš pravdu.</i>

Komentář:

Respondenti S1, S3 a S5 se shodli, že s alkoholiky, tudíž lidmi závislími na legálních drogách, je lepší spolupráce, jelikož jsou pokornější a rychleji se z toho stavu dostanou na rozdíl od narkomanů. Zbývající dva respondenti uvedli, že vnímají závislost na legálních a nelegálních drogách stejně a nevidí rozdíl v péči o alkoholika nebo narkomana.

Otázka č. 10 *S psychiatrií se poji i agresivní pacient. Myslíš si, že se umíš správně zachovat při styku s agresivním pacientem?*

Tab. 11: Agresivní pacient

S1	<i>Záleží na situaci, není agrese jako agrese. Záleží na velikosti pacienta a spolupráci s lékaři a souhře týmu a tak. A znalosti, jak by ses správně měla chovat, máš dostačující? Znalosti by tam byly, ale ty okolnosti.</i>
S2	<i>Jsem přesvědčená, že jo.</i>
S3	<i>Myslím si, že jo. Ale každá situace může být jiná a nikdy nemůžu dopředu vědět, jak to bude vypadat. A myslíš, že máš i dostatek informací? Myslím, že jo, teoretické i praktické a zbytek závisí na okolnostech.</i>
S4	<i>Myslím si, že ano. Znalosti si myslím, že mám dostačující, teoretické i praktické.</i>
S5	<i>No já doufám, že jo. Ale samozřejmě vždy záleží na okolnostech.</i>

Komentář:

Péče o agresivního pacienta je vždy náročná, ale všichni respondenti odpověděli, že jsou přesvědčeni, že se umí správně zachovat a mají dostatek jak teoretických, tak i praktických znalostí.

Otázka č. 11: *Pociťuješ strach při péči o agresivního pacienta?*

Tab. 12: Péče o agresivního pacienta

S1	<i>Samozřejmě. Strach pociťuju vždycky. A je teď strach po tom incidentu z listopadu větší? No teď po tom incidentu se cítím víc v ohrožení. Obzvláště když není nachystaná akutní místnost, postel s kurty, to mi dělá větší problém, cítím daleko větší strach, protože vím, že nejsme dostatečně připraveni.</i>
S2	<i>Samozřejmě cítím napětí v sobě.</i>
S3	<i>Jako ten strach tam je vždycky, protože člověk nikdy neví, co se při tom může stát, ať už jde o zranění mě nebo pacienta. No ale strach tam samozřejmě je, i když už to беру samozřejmě jinak, než když jsem začínal.</i>
S4	<i>Nemám strach, naopak mu věřím. Věřím tomu, že prostě agresivita vyplývá ze změny prostředí a neznalosti lidí, že z toho může být rozhozený až k agresivitě. Věřím mu. I když je to člověk, který je zrovna pod vlivem nějaké drogy? I tak mu věřím. Věřím, že to může nastat.</i>
S5	<i>Určitě jo. Ale беру to jako životní zkušenost.</i>

Komentář:

Jelikož na výše zmíněném oddělení nastala v listopadu minulého roku nepříjemná situace a v hlavní roli byl agresivní pacient, který napadl personál – dva respondenty z mých zvolených pěti, pro tyto dva respondenty je nyní péče o agresivního pacienta více náročná a napjatá. Další dva respondenti odpověděli, že strach při péči o agresivního pacienta pociťují vždy, ale člověk musí být připraven a jeden respondent překvapivě odpověděl, že strach nemá, spíše naopak pacientovi věří.

Otázka č. 12: *Máš občas soucit s některými pacienty?*

Tab. 13: Soucit s pacienty

S1	<i>To víš, že mám. A chceš vědět s kterýma? Ano, prosím. S těma mladýma holkama většinou. Protože si tam představuju tu svoji dceru. Ale taky ne se všema, záleží na té pacientce.</i>
S2	<i>Myslím, že soucit a empatii mám. A protože mám svoji závislosti na jídle, tak vím, že je to velmi těžký boj, takže je chápu, že to není lehká věc a pokud nemají dobré zázemí, nevymelou se ze společnosti bývalých známých, těžko to můžou zvládat. Život je opravdu těžký – začlenění, pracovní úspěchy, takže do toho padají znovu a znovu. Protože to chce opravdu trpělivost a podporu od partnerů a rodiny a bez toho to jde dost těžko.</i>
S3	<i>Mám s nimi soucit, ale na druhé straně si říkám, že nějak se do toho dostali více méně sami a vím, že mají před sebou dlouhou cestu a ne každému se podaří se z toho dostat. Ale je pravda, že už je tolik nelituju, jak jsem to dělal dřív.</i>
S4	<i>Přemýšlím o tom, nemluví o tom, ale pořád o tom přemýšlím. Pořád ne, ale hodně často se zamyslím nad jednotlivými pacienty. Probírám si v duchu, co dál, jak to s nimi bude. Je to tak, bohužel no.</i>
S5	<i>Mám. A jsou nějací konkrétní? To ne. Ale taky záleží na osobnosti pacienta.</i>

Komentář:

Respondenti S1, S2 a S5 odpověděli, že soucit s pacienty mají, ale záleží také na osobnosti toho pacienta. Respondent S3 přiznal, že soucit má, ale už pacienty nelituje tolik, jako když začínal na psychiatrii pracovat. A poslední respondent S4 uvedl, že o pacientech pouze hodně přemýšlí, ale nahlas o nich nemluví.

Otázka č. 13: *Řekl/a bys, že si „nosiš práci domů“ v podobě přemýšlení nad pacientem, projeveným soucitem?*

Tab. 14: Přemýšlení nad pacienty

S1	<i>Občas. Občas se tomu člověk prostě neubrání, ale snažím se to nedělat.</i>
S2	<i>Jsem takový člověk, že ne. Jelikož dojíždím autem, tak rekapituluju práci, co se přihodilo, co jsem udělala a neudělala, jestli jsem všechno zvládla, v autě a tím to končí. Potřebuju se jakoby očistit, abych doma mohla být jiný člověk a abych mohla pokračovat.</i>
S3	<i>No tak to si myslím, že se nedá neřešit, protože ten mozek pořád pracuje a přichází myšlenky z celého dne. I když se říká, že s tím bílým oblečením ve skříni by tu měl člověk nechat všechny myšlenky, ale nedá se prostě nemyslet na ty věc v práci. Hlavně, když jsou to takové nutkavější myšlenky.</i>
S4	<i>Přemýšlím o tom, nemluvím o tom, ale pořád o tom přemýšlím. Pořád ne, ale hodně často se zamyslím nad jednotlivými pacienty. Probírám si v duchu, co dál, jak to s nimi bude. Je to tak, bohužel no.</i>
S5	<i>Vůbec ne. Nebo jako minimálně úplně.</i>

Komentář:

Na otázku, jestli respondenti přemýšlí nad pacienty i mimo práci odpověděl pouze jeden respondent, že nad nimi vůbec nepřemýšlí. Ostatní čtyři respondenti nad pacienty přemýšlí alespoň v duchu, o samotě. Žádný z respondentů neuvedl, že by práci řešil a rozebíral doma s rodinou.

Otázka č. 14: *Když během praxe vidíš, jak se věková hranice závislých jedinců snižuje, nemáš obavy o své děti/vnoučata?*

Tab. 15: Obavy o vlastní děti

S1	<i>To je těžká otázka nemám. Takže ji natolik znáš a důvěřuješ jí? Ano!</i>
S2	<i>Samozřejmě to tam je, jako v každém z nás. I tady je to, děti, které nejsou ze sociálně slabých nebo romských rodin, ale jsou to i děti bohatých rodin. A teď kde je hranice, pro posouzení, co je správné a co naopak špatné. Kolikrát ti rodiče nemají na děti čas, nedokážou je zaměstnat, nemají tu zpětnou vazbu, takže utíkají, protože mají moc peněz a tak se předvádí a nemají to naplnění a tak sklouznou do těch drog. Chudí, aby se zařadili. Takže obavy mám, nevím, jak to zvládnou. Protože pokušení je na všech stranách. Dřív to tak moc nebylo, teď se to bohužel šíří víc a víc, ale teď je větší osvěta. Ale člověk nikdy neví.</i>
S3	<i>Pochopitelně mám, kdo by neměl. A myslíš, že bys to na dceři poznal, kdyby se něco dělo? No, v první fázi asi ne, ale potom to chování už je takové jiné, rozvolněné prostě to myšlení a tak. Ale úplně, že bych to poznal, to těžko říct. Zase spolu nejsme tak často, abych to poznal. Ale myslím, že se to dá poznat, pokud pak člověk bere delší dobu.</i>
S4	<i>Nemám. Věřím jim, co jiného mi zbývá jako mámě. Snažím se pro to dělat maximum, aby k tomu nesklouzli nebo spíš, aby si vypěstovali „závislost“ zdravější na něčem jiném.</i>
S5	<i>Jejda ano, určitě ano. Ale natolik mu věřím, žeprostě věřím, že by nic takového neudělal. Samozřejmě ale v dnešní době je to těžké, ty drogy jsou všude. A kdyby se nedej bože do něčeho zapletl? No...to si ani nechci představovat, ale asi bych byla připravená mu pomoci.</i>

Komentář:

Tři respondenti z pěti uvedli, že obavy o své děti/vnoučata pochopitelně mají, ostatní dva respondenti odpověděli, že strach nemají, protože dětem natolik věří a velmi dobře je znají, že by to neudělaly. Objevily se i odpovědi, že v případě, že by děti skutečně něco zkusily, byli by respondenti – rodiče připraveni dětem pomoci.

Otázka č. 15: *Když vidíš pacienty, kteří se opakovaně vrací kvůli závislostem, neztrácíš naději v tom, že mu dokážeš pomoci?*

Tab. 16: Naděje v pomoc pacientům

S1	<i>Tak zas nás to živí, když se vrací, my jsme rádi, když tu práci máme. Ale zas je radostné vidět, když je někomu špatně a my mu pomůžeme a vrátíme ho zpátky do toho života. A to mě nabíjí.</i>
S2	<i>Tak to nedokážu postavit takto. Jsem naučená, možná i tou mojí minulostí, co jsem dřív dělala, že prostě když se všechno vrací a podmiňuje, tak může být i malý úspěch, takže jsem pro tu podporu. Ale samozřejmě za těch pevných hranic a pevných pravidel.</i>
S3	<i>Abych řekl pravdu, někdy ano. Ale zase na druhé straně si říkám, že právě to je ta pomoc, že jim pořád znovu a znovu pomáháme, i když je to někdy teda hodně náročné.</i>
S4	<i>Snažím se neztrácet. Je to těžký, je to hrozně těžký, ale snažím se pomoci. Beru to tak, že je to běh na dlouhou trať. Když k tomu někdo sklouzne, tak jsou bohužel tendence k recidivám.</i>
S5	<i>Trošku jo. Nemůžu říct, že úplně, ale trochu se ta naděje vytrácí. Ale pořád je to naše práce, takže ti lidé prostě potřebují pomoci i několikrát, bohužel.</i>

Komentář:

Respondenti S3 a S5 přiznali, že občas nastane situace, že se u některých pacientů naděje na vyléčení vytrácí, ale i přesto se snaží jim pomoci. Respondent S1 uvedl, že je radostné vidět, když je pacientovi pomoheno i přesto, že se stále vrací. Respondenti S2 a S4 odpověděli, že naději se snaží neztrácet a všimnout si u recidivujících pacientů spíše úspěchů než neúspěchů v podobě opakovaných návratů.

Dodatečná otázka: *Ty a drogy?*

Tab. 17: Vlastní zkušenost s drogami

S1	<i>Jedině alkohol. Já osobně vůči těm drogám mám takový vztah, že mám strach, že ztratím tu sebekontrolu, takže i k tomu alkoholu přistupuju poslední dobou velice opatrně, protože mi to nedělá dobře.</i>
S2	<i>Tak alkohol si dám příležitostně, a protože nesnáším opilé lidi celý život od svého dětství, tak piju jen do pohody, na chuť, trochu. A drogy a ostatní ne, protože jsem byla vychovaná a mám v sobě, že co je zakázané není dobré a obávám se toho, že bych se nechovala tak, jak si já představuju, potřebuju se mít pod kontrolou, nechci být ničím ovlivněná. Tak zřejmě proto jsem to nedokázala nikdy zkusit.</i>
S3	<i>Jako jaké konkrétně? Legální i nelegální, takže alkohol, cigarety, ale i marihuana a ostatní drogy. Tak alkohol a cigarety asi zkusí každý, že. Vzhledem k mému zdravotnímu stavu moc nepiju. S těma cigaretama je to horší. Kouřím, i když bych neměl, ale teď se snažím to omezovat a kouřím tu elektronickou cigaretu. Ale jiné drogy jsem nezkusil.</i>
S4	<i>Hm, nic. Ani alkohol? Tak jasně, alkohol. Ale teď už taky ne. Mě z toho akorát bolí hlava. Chtěla jsem zkusit třeba marijánku, ale zase neumím kouřit. Ale jinak jsem se k ničemu nedostala. Neříkám, že mě to neláká nebo že jsem nad tím neuvažovala. Jako hodně mě lákají lysohlávky, často přemýšlím, jaký je to pocit. Ale jinak ne. Mám zkušenost, že mně stačí málo čehokoliv a hned jsem mimo, mně stačí jedno pivo a jsem hotová.</i>
S5	<i>Já ne. Jedině kafe – kofein, jestli je kofein droga. Alkohol příležitostně a přestala jsem kouřit. Tys kouřila? Noo a hodně, krabku denně. A jak dlouho? To musím spočítat. No 8 nebo 9 let.</i>

Komentář:

U poslední, dodatečné otázky, všichni respondenti uvedli, že jedinou drogou, kterou vyzkoušeli, byl alkohol, popř. cigarety. Respondent S4 překvapivě odpověděl, že by chtěl zkusit marihuanu a velmi lákavé jsou pro něj lysohlávky. Respondent S5 uvedl, že má závislost na kofeinu.

4.2 Rozhovor s bývalým uživatelem nelegálních drog

Rozhovor s bývalým uživatelem nelegálních drog probíhal po předchozí domluvě a souhlasu bývalého narkomana. Některé otázky byly pro respondenta citlivé, i tak ale ochotně odpovídal. Atmosféra během rozhovoru byla příjemná. Rozhovor probíhal v domácím prostředí, byl nahráván a poté přepsán do elektronické podoby.

4.2.1 Stručný popis respondenta – bývalého uživatele nelegálních drog

Posledním respondentem byl člověk s drogovou minulostí, který aktivně užíval drogy po dobu 14 let. Nyní je tento člověk 4 roky čistý, má stálou práci, kde pracuje na vedoucí pozici a plánuje rodinný život. Rozhovor byl ke konci emočně velmi vypjatý, ale i přesto byla atmosféra po celou dobu příjemná a uvolněná.

Otázka č. 1

T: „Kolik je ti momentálně let?“

R: „31 mi je.“

Otázka č. 2

T: „V kolika letech jsi poprvé okusil drogu?“

R: „Je jednou jakou? Legální i ilegální?“

T: „To je jedno, prostě drogu.“

R: „Na rozhraní 10 a 11 let – marihuana.“

Otázka č. 3

T: „Co tě vedlo k tomu drogy užívat? (životní příběh)“

R: „Tak jak bych začal. Nevím, tak asi špatný zázemí doma, špatná situace, kdy matka neměla čas se o nás starat, tím že naši byli rozvedeni a otec neměl zájem, tak jakoby jsem měl spoustu času a potřeboval jsem i nahrazení rodiny a nějaký jako lásky nebo i toho rodinného, jak bych to řekl, jakože někam patřím. Neměl jsem tu rodinu, tak jsem se přidal do pouliční bandy, kde jsem si myslel, že když s něma budu kouřit trávu, tak že někam patřím, což jsem teda patřil, když si na to tak vzpomenu. Jakoby náhrada, no, náhrada prostě toho, co mi scházelo. Možná i nějaký jako falešný sebevědomí, abych si v sobě nabudil pocit, že něco znamenám a že jsem IN. Spíš jako v té době to hodně letělo ta tráva,

nebo v té době, ona tráva letěla asi vždycky, no ale mně to přišlo v těch mejch letech a v tom období, jako že to bylo prostě..žes byl prostě něco víc, no, když jsi kouřil trávu. Ale prvotní důvod byla náhražka rodinnýho zázemí a lásky od matky a otce.“

Otázka č. 4

T: „Jak dlouho a jaké drogy jsi užíval?“

R: „Jako všechny mám vyjmenovat?“

T: „No můžeš.“

R: „A postupně, jak jsem je bral nebo je to jedno?“

T: „Začni tím, na čem jsi začínal.“

R: „Začal jsem marihuanou v těch 10, 11 letech a užíval jsem ji..ty jo ted' přemýšlím, jak jsem dlouho čistej..takže od roku 1995 do roku 2011 jsem kouřil marihuanu a je to teda 16 let, samozřejmě s nějakýma přestávkama, ale ne moc dlouhýma. Pak bylo, tam se to potom lámalo, tam byly experimenty s LSD, extáze, lysohlávky a ještě jakoby čistý MDMA – což je hlavní složka extáze, a to jsem užíval tak nějak střídavě od nějakých, no jak jsem začal poslouchat techno, takže od nějakých 12 do 26. Ale to byly takový, víš co, když to vezmu ve srovnání, tak to byly jen takový víkenovky, na přilepšenou bych to nazval. To jsem neužíval pravidelně. Hulil jsem každý den, i potom, když jsem bral pervitin nebo heroin, tak jsem taky hulil, ale tohle to byly jen občasné drogy. No a to rozhraní taky no, 12 až 26 let. Ale říkám, tam byly různé pauzy. A marihuanu tím myslím i hašíš a takovýdle jiný odvětví. Ale říkám, to nebylo pravidelný užívání prostě, to jako to experimentování, který přišlo v mou zálibu, ale ne pravidelnou. To bych řek, že to zůstalo u toho, že u těchhle drog jsem byl jenom uživatelem, ale ne závislej. No a pak ve 13 jsem poprvé ochutnal pervitin.“

T: „A v jaké formě?“

R: „V krystalické (smích). Jako jak jsem ho užil? No šňupal jsem ho. Ale ono to bylo takový zvláštní, já vlastně do dneška nevím, jestli to byl vážně pervitin, nebo jsem si ten stav jen vsugeroval, protože jsem po tom děsně toužil. Já si do dneška myslím, že ta slečna, co nám to sháněla, ta naše kamarádka, tak že nám dala nějaký šmėčko, aby víc zbylo pro ni, protože to jsem byl úplně na začátku, jsem nic o tom nevěděl. Mi vlastně po cestě ten kámoš říkal, co to vůbec pervitin je a co to způsobuje a já jsem se toho nějak bál, ale on mě

přesvědčoval, že když si to jen šňupnu, že se nic nestane. No a necelý půl rok na to jsem poprvé skutečně ochutnal pervitin.

T: „A jak víš, že toto už byl skutečně pervitin?“

R: „To vím stoprocentně, protože to jsem se pohyboval po jednom pražském bytě a asi 8 hodin v kuse jsem mluvil a sám jsem na sobě pozoroval, že jsem jinej, no a to byl ten zlom, kdy se mi ten stav hrozně zalíbil. A od té doby, to bylo v roce 1998 na silvestra, jsem ho užíval pravidelně. Akorát jsem přešel od šňupání na i.v. Poprvé jsem si i.v. požil pervitin asi o rok později. Ale ne sám, to jsem se „bál“, říkal jsem si, že bych si to nikdy nepíchnul, aplikovala mi to kamarádka. No a pak přišly zkušenosti, pak jsem měl vlastně odmlku, protože jsem byl v pasťáku. Než mě tam zavřeli, tak jsem pervitin užíval obden asi dva roky a v tom pasťáku jsem měl odmlku od všeho asi 4 měsíce, protože jsem nikam nesměl. Ale po 4 měsících jsem mohl jet domů každých 14 dní a to jsem se vrátil k pervitinu, protože jsem jezdil na celý víkend, a taky jsme dokázali s ostatními pašovat hulení, takže jsem pravidelně hulil i v tom pasťáku. Takže hulení jsem se nikdy nevzdal. No a vlastně před pasťákem proběhla moje první tříměsíční léčba v Bohnicích. Pak teda v průběhu pasťáku, nějak v 16, jsem zkusil heroin, hned i.v., protože to už jsem měl i.v. zkušenosti s pervitinem a přišla mi škoda jakékoli drogy, které se dají aplikovat i.v., je aplikovat jinak. Takže heroin jsem potom teda užíval asi půl roku, ale byly tam ty víkendovky. A pak jsem asi 3 měsíce užíval heroin pravidelně, jak jsem vylezl z pasťáku s tím mým kamarádem, protože on primárně užíval heroin a dodatečně pervitin a jiný drogy a já to měl obráceně, primární byl pervitin. Ale tam jsem pak dostal děsný strach po tom 3 měsíčním užívání, že jsem závislej na heroinu a začal jsem se bát, že se z toho nevyhrabu. Mně se totiž nikdy nestalo, že bych měl takový velký absták, bolely mě klouby a všechno a hlavně ta psychická touha po tom, to už jsem se toho zalek a to byl asi pud sebezáchovy, že jsem se trhnul od tohoto kámoše a přebíjel jsem tyhle chutě pervitinem. Ale prožil jsem si asi tejdén, kdy mi bylo fakt špatně od žaludku a kombinoval jsem to hodně i s alkoholem a marihuanou a práškama na spaní, abych se utlumoval. Když jsem si dal pervitin, tak jsem zapomněl na heroin, ale jakmile mi došel pervitin, tak jsem se musel utlumovat něčím jiným. Pak jsem párkrát zkusil nějakou substituci jako Subutex, metanol, Kodein a tak. To samý braun, to jsem taky vyzkoušel, ale to jsem měl jen dvakrát v životě. No a potom na čem jsem si teda ještě ujel, tak to bylo opium, jako odvary z makovic. Ale teda to už není seřazený postupně, protože už si tu nepamatuju. No a poslední, co jsem teda zkusil, byl Ketamin. Ten jsem

neužíval pravidelně, ale těšil jsem se na každou technoparty, kde budou cizinci, protože u nás to nešlo sehnat, jedině Francouzi nebo Angláni toho měli spoustu. A to mě teda nadchlo. Nevím, jestli to patří do třídy halucinogenů, ale co mi to vytvářelo za halucinace, to mě absolutně nadchlo. Ale to jsem taky neužíval pravidelně, to bylo párkrát do roka. No ale i přes to nadšení, protože to bylo těžko dostupný, jsem zůstal na pervitinu, který se potom stal mojí primární drogou, kterou jsem potřeboval.“

Otázka č. 5

T: „Kolik jsi absolvoval léčeb/léčeben?“

R: „Tak to musíme spočítat. Takže to bylo ... Bohnice, já jsem vlastně v těch Bohnicích byl dvakrát před pašákem. Takže Bohnice u Nešpora a pak znova Bohnice, obojí byly 3měsíční léčby, pak jsem vyšel a byl jsem v pašáku a pak zase v Bohnicích a tam jsem byl už jenom 1 měsíc nebo tak nějak, podepsal jsem tam revers. Ale ty dvě před tím jsem musela být celý, protože to jsem ještě nebyl plnoletý, takže jsem nemoh podepsat revers. Pak jsem byl v Team Challenge, to byla velká pecka, to se musím pochválit, že jsem nastoupil do křesťanský komunity, 8 měsíců jsem tam byl. Pak jsem z tama odešel a pak nějak v průběhu jsem dostal záchvat, že v Team Challenge mi hrozně pomohli, to byla nějaká schíza nebo blud, že jsem věřil tomu, že v Team Challenge mi hrozně pomohli, ti fanatičtí křesťané, kteří mě z tama nechtěli pustit, no a byl jsem tam ještě jednou, ale to jsem tam vydržel týden. Pak bylo pětileté úskalí aktivního užívání všeho a pak jsem nastoupil do Jemnice, což je psychiatrická léčebna kousek od Znojma, kde jsem strávil 3měsíční léčbu a pak jsem nastoupil na příjmové oddělení psychiatrické léčebny Bílá Voda, kde jsem byl 2 měsíce a pak jsem přestoupil na terapeutickou komunitu v Bílé Vodě FIDES, kde jsem byl 9 měsíců. To jsou všechny moje léčby.“

Otázka č. 6

T: „Popiš mi ve zkratce, jak to na léčbě probíhalo.“

R: „Jako ve všech nebo ve kterých?“

T: „Tak to je tak nějak podobné, ne?“

R: „Tak to teda není podobný. Bohnice a Jemnice, to jsou psychiatrický léčebny, to můžeme dát do jednoho pytle, to je stejný. Takhle, jako Bohnice jsou ještě výjimečný tím, že to má na starosti Nešpor, to úplně mění všechno, v tomhle se to nedá srovnávat s Jemnicí.“

Nešpor to je kapitola sama o sobě. Ale jako psychiatrický léčebny, takže detox, jak kde, 7 – 11 dní, ale na detoxu nic, flákárna, budíček, snídaně, spánek, dostáváš se z toho stavu, takže žádný program tam není, cigareta, nějaký úklid, ale do ničeho tě nutit nemůžou, většinou jsou tam všichni rozbití. Detox je vlastně taková fáze, kdy přemýšlíš, jestli jsi udělal dobře. No a co se týče potom léčby, tak to už je..to už se liší jen asi to Team Challenge, protože to bylo křesťanský. Ale jinak program – budíček, hygiena, snídaně, ranní komunita, v Bohnicích ještě teda byla ranní rozvíčka s panem Nešporem – joga. Pak byla nějaká terapie – arteterapie, keramika, koně, korálky, vždycky něco. Kdo byl věřící, tak mohl jít na skupinu do bohnického kostela za farářem. To bylo rozdělený, třídilo se to na ranní komunitě, kde se lidi nahlásili, kam jdou. Pak ses vrátil a byl oběd, nějaký odpolední klid. Pak záleželo na té psychiatrii, protože třeba Bohnice bylo uzavřený oddělení, takže tam se chodilo na terapie dopoledne s nějakým ošetřovatelem a odpoledne se nikam nechodilo, jediné televize, šachy a tak, návštěvy, prostě nuda. To bylo v přízemí, pak jsi po nějaký době přestoupil do prvního patra a tam už jsi mohl s doprovodem na hřiště třeba na nohejbal nebo tak. A Jemnice bylo otevřený oddělení a bylo to rozdělený na muže a ženy. Tam ses moh normálně volně pohybovat, ale tam to bylo trochu jiný. Začátek dne stejný, ale pak po ranní komunitě byly pracovky, tam se pořád hrabalo listí, protože ta léčebna je v lese a ještě se tam chodilo na brigádu do sadu sbírat jablka, ale nic jsme za to neměli. No a pak večerní komunita a každý den si musel jeden z nás vzít jakoby přednášku a večer to odprezentoval, takový jako kluby večerní. Téma si každý volil sám, já jsem třeba vyprávěl o tom, jak to funguje v Diagnostických ústavech v ČR, protože jsem si tím prošel. No a hlavní je psaní deníku, to se dělalo každý den a pak se to odevzdávalo. A vlastně ještě po komunitách byly terapeutické skupiny a to bylo zvlášť, alkáči zvlášť a fetky zvlášť. A to bylo dobrý, protože to byli dohromady kluci a holky, tak to jsme se těšili s chlapama, že uvidíme holky nějaký. Byli tam vlastně taky ještě meditace, autogenní trénink, to jsem miloval, tam jsem mohl spát. No a Team Challenge je úplně jiná komunita, protože je křesťanská. Tam tě zavřou na statek, kde není ani žádný lékařský dohled, takže tam, když začneš abstinovat, tak si to fakt odžiješ celý. Lidi na heroínu tam třeba vydrží den, dva, protože oni jim nepodávali nic na zklidnění. Tam jsem vydržel 8 měsíců. Tam to měli dobře vymyšlený. Byl budíček, snídaně, křesťanská hodina, to bylo o probírání Bible, to mě moc bavilo, a pak se od půl 10 pracovalo až do oběda, pak byl oběd, půl hodiny pauza a pak se pracovalo do půl 6 do večere, tam se pořád pracovalo. Jako terapie žádná, doktoři nic, jen modlitby, na všechno byla odpověď modlitba. Je teda zvláštní, že jsem tam vydržel 8

měsíců. Ale to jsem byl fakt hodně v háji a chtěl jsem změnu. Pak mi ale začali dělat problémy, nechtěli mi vrátit doklady a pouštět mě na Vánoce a narozeniny a nechtěli mě pouštět ani k rodině a radili mi, abych se od ní odloučil. Nakonec mě odtud vysekal brácha. No a v Bílé Vodě to příjmový oddělení je asi stejný, ale mají tam lepší tu péči, protože tam už jsou lidi, kteří čekají na komunity. Takže tam ten čas je zaplněný a té terapie je ve větší míře. Ale jinak je to taky psychiatrie. A co se týče Fidesu, kam jsem nastoupil na komunitu, tak tam už je to jiný. To je na dlouho, jako program mají všichni skoro stejný, ten denní program, ale liší se to v tom, že je to rozfázovaný a liší se to téma funkcema a tak. Ale teda na tom Fidesu je to nejnáročnější, žádná flákárna, tam už se prostě neschováš, nezašiješ. Je to dost lidí na malém prostoru, kteří chtějí abstinovat, takže se hlídají navzájem.“

Otázka č. 7

T: „Kolik ti bylo let, když jsi opustil léčebnu?“

R: „Kterou?“

T: „No tu poslední.“

R: „Jo Fides, no tak to nevím, no počkej, to spočítáme. To bylo v roce 2012 na konci, takže to už mi muselo být to už je 4 roky zpátky, takže to mi bylo 27 let.“

Otázka č. 8

T: „Jak tě vnímala společnost a okolí po absolvování léčby?“

R: „Jak mě vnímalo okolí? Hele tak jako každý zařazení zpátky do společnosti, když přicházíš s takovým batohem na zádech ze své minulosti, je těžký. Dobrý to bylo v tom, že když jsem nastupoval do Olomouc na Doléčovací centrum, tak jsem měl usnadnění, že když jsem přišel do cizího města, takže o mně všichni všechno věděli, protože se posílaly z komunity posudky, že jsem ukončil léčbu. Takže tohle bylo dobrý, že jsem v další budově, kde byli narkomani už po nějakých komunitách. Na DC máš volnost, nikdo tě nekontroluje Zkušenosti mám kladný i záporný. Podle mě se doba hodně změnila, posunulo se to. Dřív, když jsem někde řekl, že jsem byl v léčbě, tak si to všichni škatulkovali jako feťáka a že si musí dávat pozor. Já jsem se hlavně tím nikde ani nechlubil, ale asi díky mému vzhledu, že jsem se hodně spravil, tak to lidi ani nenapadlo, že jsem měl něco takového za sebou. Ale asi spíš byly kladné reakce, ale bylo to tím, že jsem byl pracovitější, spolehlivější a snažil

jsem se hledat bydlení a tak. A spíš, když jsem to pak řekl v práci, tak byli všichni překvapení a bylo to v pohodě. O tu práci jsem nepřišel a nikdo se tak na mě ani nedíval.“

Otázka č. 9

T: „Jak jsi to vnímal ty sám? Bylo to pro tebe těžké?“

R: „Co se týče mejch pocitů, tak to bylo šílený. Jako ono se špatně mluví s nějakou společností, která mě nějak přijímala. Oni mi třeba řekli, že je to v pohodě, ale doma říkali, že jsem úplně hrůza, no. Ale mý pocity strašný, obavy, předsudky, mám to říct, nemám, jeden ti řekne, že to máš říct, společnost to nějak bere, druhý ti řekne, že to napsal do životopisu a vyrazili ho. Jdeš s něčím, kdy chceš znova začít, ale ses rozpolcená osobnost, kdy nevíš, jak se máš správně prezentovat, kde začít. Já jsem se rozhodl to neprezentovat, dokud se nikdo nezeptá. Nepiju alkohol a úplně se vyhejbám jakýmkoli drogám a to se mě všichni ptali proč a to už jsem naznačil, že jsem měl problémy a společnost to nějak začala chápat a brala to. Jako mý zkušenosti jsou dobrý, kladný, jako třeba s tvouí mamkou, kdy taky byla zaražená a měla velký obavy, ale nějak mě nezavrhla a dneska mám s ní dobrý vztah. A to vlastně i s tebou, kdy jsem ti to poprvé všechno řekl. Ale u tebe jsem to bral jako důležitou věcí, abys to věděla, že to bylo něco jinýho, než když jsem šel žádat o práci nebo hledat byt nebo cokoli vyřizovat, třeba obvodní lékař a tak. Tam jsem to neprezentoval, sice teda obvodní lékař to ví, ale prostě u tebe jsem chtěl, abys to věděla, abys věděla, do čeho jdeš. Samozřejmě měl jsem obavy, že to nedopadne, že to nepřijmeš. Ale nakonec musím říct, že mé zkušenosti v životě jsou výborný s přijímáním mé minulosti společností.“

Otázka č. 10

T: „Jaký je tvůj „nový život“ po léčbě, když jsi čistý?“

R: „Ted' když se mě ptáš, tak musím říct, že můj život je skvělej. Když to vezmu přes vztahy v rodině, který byly složitý, přes to, že jsem si nedokázal přestavit, že bych mohl mít nějakou podnájem, stálou práci, že budu pravidelně chodit na kontroly k doktorům a že začnu žít dokonce i nějakou rodinnou život, že budu mít stálou přítelkyni, s kterou budu plánovat budoucnost, tak mám skvělej život. A to co je okolo, že máme peníze a že se nám daří a že jsme si mohli společně koupit auto, to jsou jen bonusy, takže ted' musím říct, že se mám nejlíp, jak jsem se kdy ve svém životě měl. A rozhodně to je velká tvoje zásluha. Já to

myslím vážně. Mám se fakt skvěle. Ale když bysme tu otázku položili, jak to bylo, když jsem vstoupil do nového života, tak byl život hrozně složitější. Nedokázal jsem si představit z toho, co teď máme, a nemyslím majetek, ale vztahy, tak jsem si nedokázal představit nic. Přišlo mi to, že k tomu, abych to získal, je tolik překážek, i když jsem jako měl být připravenější, že se toho prostě nedá dosáhnout.“

5 DISKUSE

V této kapitole jsou objasněny výsledky cílů průzkumné části, které byly vymezeny pro tuto bakalářskou práci. Hlavní cíl, který je stanoven pro tuto bakalářskou práci, je zjistit, jak se práce sestry na akutním příjmu psychiatrie liší od práce sestry na standardním oddělení. Pro tento cíl jsou v rozhovoru pro sestry otázky č. 4, 10 – 12 a otázka č. 15. Z výsledků vyplývá, že se práce na psychiatrii od práce na standardním oddělení liší hlavně po psychické stránce a rizikivosti práce. V otázce péče o agresivního pacienta odpověděli všichni, že se umí správně zachovat. Dvě sestry ze všech dále ještě uvedly, že po incidentu, kdy je surově napadl pacient pod vlivem návykové látky a jeho stav byl umocněn duševním onemocněním, se teď cítí více ohroženy. V jiných ohledech jsou oddělení srovnatelná. Ve dvou odpovědích se objevuje dokonce i pozitivní reakce, a to, že je pro sestry práce na psychiatrii přínosem, jelikož si uvědomují, že je na světě spousta horších věcí a problémy obyčejných lidí jsou minimální. Udávají, že v tomto smyslu je práce na psychiatrii nabíjí a je pro ně velmi přínosná.

Vedle hlavního cíle jsou stanoveny i tři cíle dílčí. Prvním z dílčích cílů je zjistit, jak sestry nahlíží na problematiku závislostí. K tomuto dílčímu cíli se v rozhovoru pro sestry vztahují otázky č. 6 – 9. V rozhovorech všechny sestry zastávají názor, že vznik závislosti záleží na životní situaci a dispozicích jedince, jedni si životní situaci „léčí“ drogami, druzí si drogami těžkou životní situaci způsobí. V otázce, jak by brali člověka, který má za sebou drogovou minulost, byly názory různé. Tři sestry odpověděly, že by člověka braly stále stejně a postoj k němu by se nezměnil, pokud by minulost měl skutečně uzavřenou, jedna sestra se svěřila, že by s takovým člověkem nechtěla víc nic mít a jedna sestra měla úplně jiný názor, a to, že by pro ni měl člověk daleko větší význam, jelikož se dokázal se vším poprat. Poslední otázka vztahující se k tomuto cíli se týká závislosti na legálních a nelegálních drogách, rozdílu v péči. Tady dvě sestry uvádí, že spolupráce s alkoholiky je po čase mnohem snadnější, protože jsou tito pacienti oproti narkomanům pokornější. Tři sestry uvádí, že nevidí rozdíl ve spolupráci s pacienty závislými na legálních či nelegálních drogách.

Druhý dílčí cíl je zjistit, zda práce na psychiatrii ovlivňuje soukromý život sestry. Pro tento dílčí cíl jsou v rozhovoru pro sestry vytyčeny otázky č. 5, 13 – 14. Z odpovědí na otázky vytyčené pro tento cíl vyplývá, že práce na psychiatrii nemá na soukromý život sestry výrazně negativní vliv. Téměř všechny sestry se snaží najít si na práci pozitivum. V otázce

obav o své děti v souvislosti se závislostmi odpovídají tři sestry, že obavy mají, ale věří svým dětem, dvě uvádí, že strach o děti určitě nemají, protože je dokonale znají a natolik jim věří.

Třetí dílčí cíl je zjistit, jak náročný je pro bývalého uživatele nelegálních drog návrat do společnosti. Pro tento dílčí cíl byl vytvořen zvlášť rozhovor, který byl určen bývalému uživateli nelegálních drog. K dílčímu cíli se v rozhovoru vztahují otázky č. 8 – 10. Z rozhovoru vyplývá, že návrat do společnosti po absolvování léčby byl pro bývalého uživatele náročný. Setkal se s různými názory a náhledy. Některá společnost jej brala takového jaký je, jiná společnost ho vyčlenila. Pocity samotného exusera byly velmi nepříjemné, z pohledů a komunikace poznal, že se s ním člověk nebaví upřímně a chtělo to trpělivost a pevné nervy, než našel člověka, který by ho bral skutečně takového jaký je, i se špatnou minulostí. Při otázce, jaký je jeho nový čistý život, odpověděl bez rozmýšlení, že život po léčbě je absolutně skvělý, jelikož má práci, která ho baví, plánuje rodinu a vše se mu daří.

Na toto téma byla napsána spousta prací, ať už bakalářských nebo diplomových. Většina prací ale zkoumala spíše dopad drogové závislosti, jako je např. závislost na internetu, mobilu nebo patologické hráčství, čili gambling. Podle mého názoru je zkoumání dopadu drogových závislostí na děti a mládež v dnešní době mírně irelevantní, jelikož se závislosti u dětí a mládeže dostávají stále více do povědomí a věková hranice se také rapidně snižuje.

Mě zajímal spíše pohled „z druhé strany“, tudíž pohled ošetřujících sester, které o závislé jedince pečují a pomáhají jim v návratu do normálního života a také jaký ten samotný návrat byl pro vyléčeného člověka s drogovou minulostí.

ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jestli se vyskytují rozdíly u všeobecných sester pracujících na psychiatrické klinice a u těch, které pracují na standardním oddělení. Výsledky ukázaly, že jisté rozdíly jsou, a to hlavně ve spolupráci sestry s pacientem, který je pod vlivem návykové látky, a v psychické zátěži sester. Kromě tohoto hlavního cíle bakalářská práce obsahuje ještě tři dílčí cíle. Jelikož praktická část obsahuje dva typy rozhovorů, jedním z dílčích cílů bylo zjistit, jak náročné bylo pro jedince závislého na nelegálních drogách začlenění zpět do společnosti a jaký je jeho nový život.

V teoretické části bakalářské práce jsou dvě kapitoly. První z nich má název závislost a popisuje, jak se dá závislost rozpoznat, jaké jsou znaky závislosti a v neposlední řadě, jak droga dokáže manipulovat se závislým jedincem a postupně ho ničit. V této kapitole je také popsán odvykací stav. V druhé kapitole s názvem léčba je popsán začátek léčby, který probíhá na psychiatrické klinice, této fázi se říká detox. Po detoxu nastává léčba v terapeutické komunitě. Celá léčba končí doléčovacím centrem, kdy se klient postupně začleňuje do nového života.

Pro průzkum v praktické části bakalářské práce je zvolen polostrukturovaný individuální rozhovor. K průzkumu jsem si vybírala sestry z psychiatrické kliniky, oddělení akutního příjmu, a člověka, který má za sebou drogovou závislost. Všechny rozhovory byly nahrávány a postupně přepsány do elektronické podoby. Rozhovory se všeobecnými sestrami byly zpracovány pomocí kódování.

Z výsledků se nedá zcela určit jasný závěr. Při stanovení cílů pro tuto bakalářskou práci vznikly domněnky, že je práce na psychiatrické klinice pro sestry velmi náročná jak po stránce psychické, tak i fyzické. Z výsledků ale vyplývá, že se práce na psychiatrii od práce na standardním oddělení liší minimálně a potěšením bylo, když dva respondenti dokonce uvedli, že je práce na psychiatrii pozitivně nabíjí a je pro ně přínosem do soukromého života. Potěšením bylo i zjištění, když na otázku, jak by se zachovali k člověku – kamarádovi, o němž by po nějaké době zjistili, že má za sebou drogovou minulost, byla jejich odpověď, že by se jejich postoj k tomuto člověku nezměnil. Závislost jako taková v povědomí sester není příliš obsáhlá. Při péči o závislého jedince nerozlišují, zda se jedná o člověka závislého na legálních či nelegálních drogách. Všechny vnímají jako závislé a jako lidi, kterým je potřeba pomoci.

Výsledky druhého typu rozhovoru, který probíhal s bývalým uživatelem nelegálních drog, ukazují, že společnost se těchto lidí straní i po absolvování léčby. Stále je považují za potenciálně nebezpečné a vnímají je jako lidi, kteří patří na okraj společnosti. Toto zjištění je mírně znepokojující.

Tato bakalářská práce vznikla ve snaze ukázat lidem, že ne každý závislý člověk je stejný a pokud dokáže vše překonat a dotáhne léčbu do konce, zaslouží si žít nový život a zapojit se do běžné společnosti a populace. Můj náhled na závislost a lidi s tímto spojené se změnil ve chvíli, kdy se toto téma dostalo hlouběji do povědomí a měla jsem možnost takové lidi více poznat a trávit s nimi čas.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ. *Výzkum a ošetrovatelství*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Brno: Národní centru, ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008, 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
- [2] BABIAKOVÁ, Mira, Eva MARKOVÁ a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006, 352 s. ISBN 8024711516.
- [3] CAMÍ, Jordi a Magí FARRÉ. *Drug Addiction*. In: The New England Journal of Medicine, 2003. [online] [cit. 2015-10-12]. ISSN 0028-4793. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/223927319?pq-origsite=summon>.
- [4] HOSÁKOVÁ, Jiřina. *Ošetrovatelská péče v psychiatrii*. Vyd. 1. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství, 2007, 158 s. ISBN 978-80-7248-442-3.
- [5] KALINA, Kamil. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 394 s. ISBN 978-80-247-2449-2.
- [6] Magdalena, o.p.s. [online]. Mníšek pod Brdy, 2016 [cit. 2016-04-27]. Dostupné z: <http://magdalena-ops.eu/index.php/t%C3%BDm-terapeutick%C3%A9-komunity.html>.
- [7] NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 3. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007, 170 s. ISBN 978-80-7367-267-6.
- [8] NEVŠÍMAL, Petr. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II.: česká praxe*. Praha: Středočeský kraj, 2007, 317 s. ISBN 978-80-7106-937-9.
- [9] P-centrum [online]. Olomouc, 2013 [cit. 2016-03-16]. Dostupné z: <http://www.p-centrum.cz/co-nabizime-2/>
- [10] PRESL, Jiří. *Drogy, poznej svého nepřítele*. Praha: VZP ČR a Medea Kultur. ISBN-.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder – hyperkinetická porucha
Atp.	A tak podobně
CNS	Centrální nervová soustava
IQ	Intelligenční kvocient
MDMA	3,4-methylendioxy-N-methylamfetamin
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
Např.	Například
THC	Tetrahydrocannabinol
TK	Terapeutická komunita
Tzv.	Tak zvaně
R	Bývalý uživatel nelegálních drog
S1	Všeobecná sestra č. 1
S2	Všeobecná sestra č. 2
S3	Všeobecná sestra č. 3
S4	Všeobecná sestra č. 4
S5	Všeobecná sestra č. 5

SEZNAM TABULEK

Tab. 1: Charakteristika respondentů	44
Tab. 2: Délka praxe na psychiatrii	45
Tab. 3: Zájem o práci	46
Tab. 4: Předchozí zaměstnání	47
Tab. 5: Porovnání náročnosti práce	48
Tab. 6: Práce na psychiatrii.....	49
Tab. 7: Pohled na závislosti	50
Tab. 8: Pohled na bývalého narkomana	51
Tab. 9: Drogová minulost	52
Tab. 10: Nelegální a legální drogy.....	53
Tab. 11: Agresivní pacient.....	54
Tab. 12: Péče o agresivního pacienta.....	55
Tab. 13: Soucit s pacienty	56
Tab. 14: Přemýšlení nad pacienty	57
Tab. 15: Obavy o vlastní děti	58
Tab. 16: Naděje v pomoc pacientům	59
Tab. 17: Vlastní zkušenost s drogami	60

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Otázky k rozhovorům se všeobecnými sestrami

Příloha P II: Otázky k rozhovoru s bývalým uživatelem nelegálních drog

Příloha P III: Rozhovor se sestrou č. 1 (S1)

Příloha P IV: Rozhovor se sestrou č. 2 (S2)

Příloha P V: Rozhovor se sestrou č. 3 (S3)

Příloha P VI: Rozhovor se sestrou č. 4 (S4)

Příloha P VII: Rozhovor se sestrou č. 5 (S5)

PŘÍLOHA P I: OTÁZKY K ROZHOVORŮM SE VŠEOBECNÝMI SESTRAMI

- 1) Jak dlouho pracuješ na psychiatrii?
- 2) Chtěl/a jsi na psychiatrii pracovat nebo tě sem vybrali?
- 3) Na jakém jiném oddělení jsi pracoval/a před nástupem na psychiatrii?
- 4) Pokud srovnáš práci na psychiatrii s předchozí prací, jaké vidíš rozdíly?
- 5) Dokážeš si představit práci na psychiatrii jako svou celoživotní?
- 6) Jak nahlížíš na problematiku závislosti? Myslíš si, že zde platí rčení „Každý svého štěstí strůjce.“?
- 7) Pokud bys mimo práci potkal/a člověka a až po čase zjistila, že v minulosti užíval drogy. Změnil by se tvůj postoj k němu, popř. jak?
- 8) Jak bys reagoval/a při zjištění, že partner tvého dítěte má za sebou drogovou minulost?
- 9) Vnímáš rozdíly ve spolupráci s pacienty závislými na legálních a nelegálních drogách, popř. jaké?
- 10) S psychiatrií se pojí i agresivní pacient. Myslíš si, že se umíš správně zachovat při styku s agresivním pacientem?
- 11) Pociťuješ strach při péči o agresivního pacienta?
- 12) Máš občas soucit s některými pacienty?
- 13) Řekl/a bys, že si „nosiš práci domů“ v podobě přemýšlení nad pacientem, projeveným soucitem?
- 14) Když během praxe vidíš, jak se věková hranice závislých jedinců snižuje, nemáš obavy o své děti/vnoučata?
- 15) Když vidíš pacienty, kteří se opakovaně vrací kvůli závislostem, neztrácíš naději v tom, že mu dokážeš pomoci?

PŘÍLOHA P II: OTÁZKY K ROZHOVORU S BÝVALÝM UŽIVATELEM NELEGÁLNÍCH DROG

- 1) Kolik je ti momentálně let?
- 2) V kolika letech jsi poprvé okusil drogu?
- 3) Co tě vedlo k tomu drogy užívat? (životní příběh)
- 4) Jak dlouho a jaké drogy jsi užíval?
- 5) Kolik jsi absolvoval léčeb/léčeben?
- 6) Popiš mi ve zkratce, jak to na léčbě probíhalo?
- 7) Kolik ti bylo let, když jsi opustil léčebnu?
- 8) Jak tě vnímala společnost a okolí po absolvování léčby?
- 9) Jak jsi to vnímal ty sám? Bylo to pro tebe těžké?
- 10) Jaký je tvůj „nový život“ po léčbě, když jsi čistý?

PŘÍLOHA P III: ROZHOVOR SE SESTROU Č. 1 (S1)

Otázka č. 1

T: „*Jak dlouho pracuješ na psychiatrii?*“

S1: „*Ty jo, no od roku 2008, takže 8 let.*“

Otázka č. 2

T: „*Chtěla jsi na psychiatrii pracovat nebo tě sem vybrali?*“

S1: „*Chtěla jsem tady pracovat.*“

T: „*A co tě sem táhlo?*“

S1: „*No když budu upřímná, tak peníze.*“

Otázka č. 3

T: „*Na jakém oddělení jsi pracovala před nástupem na psychiatrii?*“

S1: „*Předtím jsem pracovala na neurologické jipce v Prostějově, kam jsem nastoupila vlastně hned po škole, po maturitě.*“

Otázka č. 4

T: „*Pokud srovnáš práci na psychiatrii s předchozí prací, jaké vidíš rozdíly?*“

S1: „*No samozřejmě rozdíly jsou znatelné. Tak tady je to .. ta náročnost je stejná bych to tak srovnala, ale tady je to víc o tom povídání a vcítění se do těch pacientů. Kolikrát je to teda hodně náročné a ne každý to umí. Člověk se to prostě musí naučit a tak nějak k tomu dospět.*“

Otázka č. 5

T: „*Dokážeš si představit práci na psychiatrii jako svou celoživotní?*“

S1: „*Dovedu si to představit a toužím po tom. Nejen kvůli těm penězům, ale taky mě ta práce baví.*“

Otázka č. 6

T: „*Jak nahlížíš na problematiku závislosti? Myslíš si, že i zde platí rčení „Každý svého štěstí strůjce.“?*“

S1: „*Tak půl napůl, rčení ani ne, někomu je k tomu pomůženo nějak jinak. Není závislost jako závislost.*“

T: „*A to myslíš jak, že není závislost jako závislost?*“

S1: „*Tak třeba já jsem závislá na jídle a můžu si za to sama. Kdežto pacienti jsou samozřejmě taky závislí, ale u některých ta závislost vyplynula z těžkých životních situací a někteří si ty těžké životní situace způsobili právě tou závislostí.*“

Otázka č. 7

T: „*Pokud bys mimo práci potkala člověka a až po čase zjistila, že v minulosti užíval drogy. Změnil by se tvůj postoj k němu, popř. jak?* „

S1: „*Takového člověka bych určitě nepotkala.*“

T: „*Ale nikdy nevíš, pokud by ten člověk už byl vyléčený delší dobu, tak to nemusíš ani poznat.*“

S1: „*Jako kdybych se seznámila s někým a až potom zjistila, že v minulosti užíval drogy? Ne, nezměnil. Pořád bych na něj měla stejný pohled.*“

Otázka č. 8

T: „*Jak bys reagovala při zjištění, že partner tvého dítěte má za sebou drogovou minulost?*“

S1: „*Nevím, jak bych reagovala, copak já vím, jak bych reagovala. To je těžká otázka. Určitě by se mně to nelíbilo, ale co bych s tím asi tak mohla dělat. Byla by to bohužel otázka těch dvou.*“

Otázka č. 9

T: „*Vnímáš rozdíly ve spolupráci s pacienty závislými na legálních a nelegálních drogách, popř. jaké?*“

S1: „*Alkoholici jsou takoví pokornější potom, když odezní ten jejich stav, teda většina z nich. S feťákama je horší spolupráce.*“

Otázka č. 10

T: „*S psychiatrií se pojí i agresivní pacient. Myslíš si, že se umíš správně zachovat při styku s agresivním pacientem?*“

S1: „Záleží na situaci, není agrese jako agrese. Záleží na velikosti pacienta a spolupráci s lékaři a souhře týmu a tak.“

T: „A znalosti, jak by ses správně měla chovat, máš dostačující?“

S1: „Znalosti by tam byly, ale ty okolnosti.“

Otázka č. 11

T: „Pociťuješ strach při péči o agresivního pacienta?“

S1: „Samozřejmě. Strach pociťuju vždycky.“

T: „A je teď strach po tom incidentu z listopadu větší?“

S1: „No teď po tom incidentu se cítím víc v ohrožení. Obzvláště když není nachystaná akutní místnost, postel s kurty, to mi dělá větší problém, cítím daleko větší strach, protože vím, že nejsme dostatečně připraveni.“

Otázka č. 12

T: „Máš občas soucit s některými pacienty?“

S1: „To víš, že mám. A chceš vědět s kterými?“

T: „Ano, prosím.“

S1: „S těma mladýma holkama většinou. Protože si tam představuju tu svoji dceru. Ale taky ne se všema, záleží na té pacientce.“

Otázka č. 13

T: „Řekla bys, že si „nosiš práci domů“ v podobě přemýšlení nad pacientem, projeveným soucitem?“

S1: „Občas. Občas se tomu člověk prostě neubrání, ale snažím se to nedělat.“

Otázka č. 14

T: „Když během praxe vidíš, jak se věková hranice závislých jedinců snižuje, nemáš obavy o svou dceru?“

S1: „To je těžká otázka nemám.“

T: „Takže ji natolik znáš a důvěřuješ jí?“

S1: „Ano!“

Otázka č. 15

T: „*Když vidíš pacienty, kteří se opakovaně vrací kvůli závislostem, neztrácíš naději v tom, že mu dokážeš pomoci?*“

S1: „*Tak zas nás to živí, když se vrací, my jsme rádi, když tu práci máme. Ale zas je radostné vidět, když je někomu špatně a my mu pomůžeme a vrátíme ho zpátky do toho života. A to mě nabíjí.*“

Dodatečná otázka

T: „*A poslední otázka. Ty a drogy?*“

S1: „*Jedině alkohol. Já osobně vůči těm drogám mám takový vztah, že mám strach, že ztratím tu sebekontrolu, takže i k tomu alkoholu přistupuji poslední dobou velice opatrně, protože mi to nedělá dobře.*“

PŘÍLOHA P IV: ROZHOVOR SE SESTROU Č. 2 (S2)

Otázka č. 1

T: „*Jak dlouho pracuješ na psychiatrii?*“

S2: „*Na psychiatrii pracuji 13 let.*“

Otázka č. 2

T: „*Chtěla jsi na psychiatrii pracovat nebo tě sem vybrali?*“

S2: „*Těžko říct. Můj původní sen, protože já už jsem stará dáma, mám 57 let, byl pracovat na dětském oddělení, ale na dětskou sestru jsem se nedostala, protože to nebylo v blízkosti mého bydliště. Dělal jsem všeobecnou sestru a dostala jsem umístěnku na LDN, a jak šel čas, měnila jsem pracoviště.*“

Otázka č. 3

T: „*Na jakém jiném oddělení jsi pracovala před nástupem na psychiatrii?*“

S2: „*Moje první zaměstnání tedy bylo na LDN. Pak jsem dělala 10 let u mentálně postižených, kde jsem napřed dělala 2 roky sestru, potom 8 let vrchní sestru a pak 10 let v ústavě pro tělesně postižené, kde byly kombinované vady, jak tělesné, tak psychiatrické. A protože jsem měla v rodině různé kontakty s psychiatrickými nemocnými, tak jsem se dostala sem.*“

Otázka č. 4

T: „*Pokud srovnáš práci na psychiatrii s předchozí prací, jaké vidíš rozdíly?*“

S2: „*Samozřejmě rozdíly jsou, ale všechno je zajímavé. Všechno mě naplňovalo, protože jsem člověk ten, který si v práci najde zalíbení a beru to tak, že veškerá práce je důležitá. Ať pracujeme na ARO, na LDN nebo na psychiatrii, prostě všechno má své opodstatnění.*“

Otázka č. 5

T: „*Dokážeš si představit práci na psychiatrii jako svou celoživotní?*“

S2: „*Tak vzhledem k mému věku už ano. A jak jsem říkala, je to práce zajímavá.*“

Otázka č. 6

T: *„Jak nahlížíš na problematiku závislosti? Myslíš si, že zde platí rčení „Každý svého štěstí strůjce.“?“*

S2: „Bohužel si myslím, že opravdu záleží na těch různých životních situacích a taky na tom, jak má který člověk k čemu dispozici. Protože já sama mám problém udržet si dobrou váhu, trpím nadváhou, takže mám závislost na jídle a vím, že je to moc těžké, takže chápu ostatní závislosti. Když je to závislost na drogách, většinou to začne v dětském věku, když sem přicházejí ti pacienti, takže hledají sami sebe, zkouší to z blbosti a bohužel u někoho je to pak závažný problém.“

Otázka č. 7

T: *„Pokud bys mimo práci potkala člověka a až po čase zjistila, že v minulosti užíval drogy. Změnil by se tvůj postoj k němu, popř. jak?“*

S2: „Určitě jo, ba naopak bych si ho ještě víc vážila, že to zvládl se s tím srovnat. Protože to musí mít velkou snahu a odvalu a nedaří se to všem. Což známe jak ze života, tak z literatury.“

Otázka č. 8

T: *„Jak bys reagovala při zjištění, že partner tvého dítěte má za sebou drogovou minulost?“*

S2: „Pokud už ji má uzavřenou, tak zas by to bylo stejné. Považovala bych si toho, pokud by teda byl srovnaný. Jsem člověk, který dokáže podporovat, mockrát, ale zase na druhé straně ze zkušenosti vím, že když se to nepodaří a nebylo by to uzavřené, tak je to běh na dlouho trať a nepřála bych to dceři, protože to je velký boj, nespolehlivost toho člověka. A tam hrozí to nebezpečí, že by ji dokázal zničit, jak finančně, psychicky, bohužel i fyzicky.“

Otázka č. 9

T: *„Vnímáš rozdíly ve spolupráci s pacienty závislími na legálních a nelegálních drogách, popř. jaké?“*

S2: „Nevídám, tady se pečuje o všechny stejně.“

T: *„Já to myslím spíš z pohledu, že alkoholici si moc tu závislosti nepřipouští, jelikož mají alkohol na každém rohu a hůř se začleňují do kolektivu těch závislých.“*

S2: „Je to případ od případu, takových znám málo a nevidím rozdíl v alkoholikovi a fetiškovi. Většinou je to tak, že nemůžou a potřebují „interkontinentál hotel“, takže sem jdou v různých obdobích. Když už nemají na drogu, tak přijdou, protože tady jim dáváme všechno, veškerou službu a péči.“

Otázka č. 10

T: „S psychiatrií se pojí i agresivní pacient. Myslíš si, že se umíš správně zachovat při styku s agresivním pacientem?“

S2: „Jsem přesvědčená, že jo.“

Otázka č. 11

T: „Pocit'uješ strach při péči o agresivního pacienta?“

S2: „Samozřejmě cítím napětí v sobě.“

Otázka č. 12

T: „Máš občas soucit s některými pacienty?“

S2: „Myslím, že soucit a empatii mám. A protože mám svoji závislosti na jídle, tak vím, že je to velmi těžký boj, takže je chápu, že to není lehká věc a pokud nemají dobré zázemí, nevymelou se ze společnosti bývalých známých, těžko to můžou zvládat. Život je opravdu těžký – začlenění, pracovní úspěchy, takže do toho padají znovu a znovu. Protože to chce opravdu trpělivost a podporu od partnerů a rodiny a bez toho to jde dost těžko.“

Otázka č. 13

T: „Řekla bys, že si „nosiš práci domů“ v podobě přemýšlení nad pacientem, projeveným soucitem?“

S2: „Jsem takový člověk, že ne. Jelikož dojíždím autem, tak rekapituluju práci, co se přihodilo, co jsem udělala a neudělala, jestli jsem všechno zvládla, v autě a tím to končí. Potřebuju se jakoby očistit, abych doma mohla být jiný člověk a abych mohla pokračovat.“

Otázka č. 14

T: „Když během praxe vidíš, jak se věková hranice závislých jedinců snižuje, nemáš obavy o své děti, možná spíš o svá vnoučata?“

S2: „Samozřejmě to tam je, jako v každém z nás. I tady je to, děti, které nejsou ze sociálně slabých nebo romských rodin, ale jsou to i děti bohatých rodin. A teď kde je hranice, pro posouzení, co je správné a co naopak špatné. Kolikrát ti rodiče nemají na děti čas, nedokážou je zaměstnat, nemají tu zpětnou vazbu, takže utíkají, protože mají moc peněz a tak se předvádí a nemají to naplnění a tak sklouznou do těch drog. Chudí, aby se zařadili. Takže obavy mám, nevím, jak to zvládnou. Protože pokušení je na všech stranách. Dřív to tak moc nebylo, teď se to bohužel šíří víc a víc, ale teď je větší osvěta. Ale člověk nikdy neví. Dcery jsem vedla správně k životu a až v dospělosti se přiznaly, že zkusily aspoň jointa, aby zapadly na párty, i když se bály, protože maminka je strašila, že to není dobře. Ale naštěstí to zkusily jen jednou, třikrát potáhly, alespoň tak to svěřovaly svým deníčkům a pak při dobré rozpravě, za 10 let v dospělosti potom to přiznaly i mně. Takže i když jsem jim dávala prostory, čas a naplnění a společné programy, tak to taky okusily, protože to chtěly poznat.“

Otázka č. 15

T: „Když vidíš pacienty, kteří se opakovaně vrací kvůli závislostem, neztrácíš naději v tom, že mu dokážeš pomoci?“

S2: „Tak to nedokážu postavit takto. Jsem naučená, možná i tou mojí minulostí, co jsem dřív dělala, že prostě když se všechno vrací a podmiňuje, tak může být i malý úspěch, takže jsem pro tu podporu. Ale samozřejmě za těch pevných hranic a pevných pravidel.“

Dodatečná otázka

T: „A poslední otázka. Ty a drogy?“

S2: „Tak alkohol si dám příležitostně, a protože nesnáším opilé lidi celý život od svého dětství, tak piju jen do pohody, na chuť, trošku. A drogy a ostatní ne, protože jsem byla vychovaná a mám v sobě, že co je zakázané není dobré a obávám se toho, že bych se nechovala tak, jak si já představuju, potřebuju se mít pod kontrolou, nechci být ničím ovlivněná. Tak zřejmě proto jsem to nedokázala nikdy zkusit.“

PŘÍLOHA P V: ROZHOVOR SE SESTROU Č. 3 (S3)

Otázka č. 1

T: „*Jak dlouho pracuješ na psychiatrii?*“

S3: „*Tak od roku 2000, takže 16 let.*“

Otázka č. 2

T: „*Chtěl jsi na psychiatrii pracovat nebo tě sem vybrali?*“

S3: „*Obojí, chtěl jsem, protože mě ta práce zajímala a i si mě sem vybrali.*“

Otázka č. 3

T: „*Na jakém oddělení jsi pracoval před nástupem na psychiatrii?*“

S3: „*Na geriatrické klinice, takže geriatric.*“

Otázka č. 4

T: „*Pokud srovnáš práci na psychiatrii s předchozí prací, jaké vidíš rozdíly?*“

S3: „*Rozdíly obrovské, na geriatrici lidé umírali, většinou tam byli lidé s mutlinemocema, takže od interní, přes onkologii, chirurgii, nehojící se rány, dekubity, diabetické nohy, péče o pahýly. Kdežto tady jsou lidi, kteří potřebují pomoc psychickou a medikamentózní, občas i zklidnit příkurtováním a třeba zastavit pití a jiné závislosti. A taky další rozdíl takový, že na té geriatrici bylo o dost víc práce, bylo to tam náročné fyzicky, ale zase tady na psychiatrii je to kolikrát velmi náročné na psychiku.*“

Otázka č. 5

T: „*Dokážeš si představit práci na psychiatrii jako svou celoživotní?*“

S3: „*Dokážu si to představit. Pokud mě to tady bude nějakým způsobem naplňovat, finančně naplňovat a zdravotně na tom budu dobře, tak určitě. Pokud se nenajde nějaké jiné lepší místo, ve všech směrech. Nebo když třeba nevyryju v loterii.*“

Otázka č. 6

T: „*Jak nahlížíš na problematiku závislosti? Myslíš si, že i zde platí rčení „Každý svého štěstí strůjce.“?*“

S3: „Ale tak já bych řekl, že závislosti jsou věci, které si člověk vybuduje sám, takže ano, rčení určitě platí. Ale u spousty lidí je to nevědomost a někdy to člověk bere jako nějakou berličku. Prostě že má nějaký problém a pomůže si tím, tou drogou, ale pak zjistí, že mu to nepomohlo, ale naopak mu to uškodilo.“

Otázka č. 7

T: „Pokud bys mimo práci potkal člověka a až po čase zjistil, že v minulosti užíval drogy. Změnil by se tvůj postoj k němu, popř. jak?“

S3: „Pokud by to bylo v minulosti a teď už by abstinovat, tak ne, ale kdyby pořád bral, tak určitě jo. To bych s ním nechtěl nic mít, protože takoví lidé jsou hrozně nevyzpytatelní a zákešní a klidně tě okradou jen proto, aby měli na to, co sami potřebují.“

Otázka č. 8

T: „Jak bys reagoval při zjištění, že partner tvého dítěte má za sebou drogovou minulost?“

S3: „No moc by se mně to nelíbilo, ale nevím, jestli bych s tím dokázal něco udělat, protože protože by to byla věc těch dvou, jak spolu jsou nebo nejsou a jak to spolu mají. Každopádně já bych z toho nadšený nebyl.“

Otázka č. 9

T: „Vnímáš rozdíly ve spolupráci s pacienty závislími na legálních a nelegálních drogách, popř. jaké?“

S3: „No určitě ano, jaké jsou tam rozdíly..no ti alkoholici se z toho rychle dostanou ve většině případů, myslím si, že u těch drogově závislých, že tam je to prostě na strašně dlouho. I když slibují jedni i druzí, že přestanou, tak si myslím, že u těch alkoholiků je to, řekl bych, pokud oni sami chtějí a dělají pro to maximum, tak že ti alkoholici se z toho dostanou dřív. Že je tam větší pravděpodobnost, že se z toho dostanou.“

T: „A myslíš, že v tom hraje roli i dostupnost té drogy? Přece jen alkohol je volně dostupný a narazíš na něj doslova na každém rohu.“

S3: „Já si myslím, že kdo chce drogy, tak si je sežene taky. Alkohol je určitě dostupnější, ale řekl bych, že kdo s tím chce skončit, tak na tom alkoholikovi se to dá poznat daleko dřív a rychleji.“

Otázka č. 10

T: „*S psychiatrií se poji i agresivní pacient. Myslíš si, že se umíš správně zachovat při styku s agresivním pacientem?*“

S3: „*Myslím si, že jo. Ale každá situace může být jiná a nikdy nemůžu dopředu vědět, jak to bude vypadat.*“

T: „*A myslíš, že máš i dostatek informací?*“

S3: „*Myslím, že jo, teoretické i praktické a zbytek závisí na okolnostech.*“

Otázka č. 11

T: „*Pocit'uješ strach při péči o agresivního pacienta?*“

S3: „*Jako ten strach tam je vždycky, protože člověk nikdy neví, co se při tom může stát, ať už jde o zranění mě nebo pacienta. No ale strach tam samozřejmě je, i když už to беру samozřejmě jinak, než když jsem začínal.*“

Otázka č. 12

T: „*Máš občas soucit s některými pacienty?*“

S3: „*Mám s nimi soucit, ale na druhé straně si říkám, že nějak se do toho dostali více méně sami a vím, že mají před sebou dlouho cestu a ne každému se podaří se z toho dostat. Ale je pravda, že už je tolik nelituju, jak jsem to dělal dřív.*“

Otázka č. 13

T: „*Řekl bys, že si „nosiš práci domů“ v podobě přemýšlení nad pacientem, projeveným soucitem? Řešíš doma uběhnutý den?*“

S3: „*No tak to si myslím, že se nedá neřešit, protože ten mozek pořád pracuje a přichází myšlenky z celého dne. I když se říká, že s tím bílým oblečením ve skříni by tu měl člověk nechat všechny myšlenky, ale nedá se prostě nemyslet na ty věci v práci. Hlavně, když jsou to takové nutkavější myšlenky.*“

Otázka č. 14

T: „*Když během praxe vidíš, jak se věková hranice závislých jedinců snižuje, nemáš obavy o své děti?*“

S3: „Pochopitelně mám, kdo by neměl.“

T: „A myslíš, že bys to na dceři poznal, kdyby se něco dělo?“

S3: „No, v první fázi asi ne, ale potom to chování už je takové jiné, rozvolněné prostě to myšlení a tak. Ale úplně, že bych to poznal, to těžko říct. Zase spolu nejsme tak často, abych to poznal. Ale myslím, že se to dá poznat, pokud pak člověk bere delší dobu.“

Otázka č. 15

T: „Když vidíš pacienty, kteří se opakovaně vrací kvůli závislostem, neztrácíš naději v tom, že mu dokážeš pomoci?“

S3: „Abych řekl pravdu, někdy ano. Ale zase na druhé straně si říkám, že právě to je ta pomoc, že jim pořád znovu a znovu pomáháme, i když je to někdy teda hodně náročné.“

Dodatečná otázka

T: „A poslední otázka. Ty a drogy?“

S3: „Jako jaké konkrétně?“

T: „Legální i nelegální, takže alkohol, cigarety, ale i marihuana a ostatní drogy.“

S3: „Tak alkohol a cigarety asi zkusí každý, že. Vzhledem k mému zdravotnímu stavu moc nepiju. S těma cigaretama je to horší. Kouřím, i když bych neměl, ale teď se snažím to omezovat a kouřím tu elektronickou cigaretu. Ale jiné drogy jsem nezkusil.“

PŘÍLOHA P VI: ROZHOVOR SE SESTROU Č. 4 (S4)

Otázka č. 1

T: „*Jak dlouho pracuješ na psychiatrii?*“

S4: „*Jejda, to musím spočítat. To už bude 25 let, no, ty jo.*“

Otázka č. 2

T: „*Chtěla jsi na psychiatrii pracovat nebo tě sem vybrali?*“

S4: „*Chtěla, hned, od 18 jsem šla dobrovolně. Ale napřed mě zajímala dětská psychiatrie, hrozně moc. Ale tam nebylo místo, takže jsem nastoupila sem.*“

Otázka č. 3

T: „*Na jakém jiném oddělení jsi před tím pracovala?*“

S4: „*Na neurologii a stomatochirurgii tady ve fakultce.*“

Otázka č. 4

T: „*Pokud srovnáš práci na psychiatrii s předchozí prací, jaké vidíš rozdíly?*“

S4: „*Velké, diametrální. Hlavně přístup k pacientovi a celkovou atmosféru odd, vč. odbornosti.*“

T: „*A řekla bys, že je tady na psychiatrii důležitější soudržnost týmu než na předchozím oddělení?*“

S4: „*Myslím, že je to nastejno. Na každém oddělení by měl být personál soudržný a táhnout tzv. za jeden provaz.*“

Otázka č. 5

T: „*Dokážeš si představit práci na psychiatrii jako svou celoživotní?*“

S4: „*No tak jako částečně, lákají mě i jiné varianty.*“

T: „*A jaké například?*“

S4: „*To je tajné. Vy byste se mi smáli, to nemůžu říct.*“

Otázka č. 6

T: „*Jak nahlížíš na problematiku závislosti? Myslíš si, že zde platí rčení „Každý svého štěstí strůjce.“?*“

S4: „*Něco je daný geneticky a něco je důsledkem životní situace. Je člověk, který to fakt má v genech, piji jeho příbuzní, obzvláště rodiče. Takže když je stres tak k tomu prostě sklouzne, protože to vidí doma. Ale myslím si, že každý má závislost. Každý je schopen být závislý, na čemkoliv.*“

Otázka č. 7

T: „*Pokud bys mimo práci potkala člověka a až po čase zjistila, že v minulosti užíval drogy. Změnil by se tvůj postoj k němu, popř. jak?*“

S4: „*Těžko říct, asi by mi ho bylo líto.*“

T: „*A brala bys ho pořád jako svého kamaráda.*“

S4: „*Už asi ne. Záleží na okolnostech.*“

Otázka č. 8

T: „*Jak bys reagovala při zjištění, že partner tvého dítěte má za sebou drogovou minulost?*“

S4: „*Tak jako nějak to nezavrhuju, myslím, že s tím trochu i počítám, protože člověk by měl zkusit a být připraven na všechno v životě. Takže jsem připravená, že se k něčemu dostanou, ale záleží na nich, jak se k tomu postaví. Jsem připravená jim pomoci. Doufám ve výchovu.*“

Otázka č. 9

T: „*Vnímáš rozdíly ve spolupráci s pacienty závislími na legálních a nelegálních drogách, popř. jaké?*“

S4: „*Já si myslím, že každá závislost je stejně náročná, co se týče sociálních kontaktů a začlenění se. Vždycky to s sebou přináší problémy, ať je ten člověk závislý na čem chce. Ty problémy prostě jsou, v komunikaci, ve všem.*“

Otázka č. 10

T: „*S psychiatrií se poji i agresivní pacient. Myslíš si, že se umíš správně zachovat při styku s agresivním pacientem?*“

S4: „*Myslím si, že ano. Znalosti si myslím, že mám dostačující, teoretické i praktické.*“

Otázka č. 11

T: „*Pocit'uješ strach při péči o agresivního pacienta?*“

S4: „*Nemám strach, naopak mu věřím. Věřím tomu, že prostě agresivita vyplývá ze změny prostředí a neznalosti lidí, že z toho může být rozhozený až k agresivitě. Věřím mu.*“

T: „*I když je to člověk, který je zrovna pod vlivem nějaké drogy?*“

S4: „*I tak mu věřím. Věřím, že to může nastat.*“

Otázka č. 12

T: „*Máš občas soucit s některými pacienty?*“

S4: „*No pořád, až moc. Až to není zdravé a kolikrát mě to pak až ničí.*“

Otázka č. 13

T: „*Řekla bys, že si „nosíš práci domů“ v podobě přemýšlení nad pacientem, projeveným soucitem?*“

S4: „*Přemýšlím o tom, nemluvím o tom, ale pořád o tom přemýšlím. Pořád ne, ale hodně často se zamyslím nad jednotlivými pacienty. Probírám si v duchu, co dál, jak to s nimi bude. Je to tak, bohužel no.*“

Otázka č. 14

T: „*Když během praxe vidíš, jak se věková hranice závislých jedinců snižuje, nemáš obavy o své děti?*“

S4: „*Nemám. Věřím jim, co jiného mi zbývá jako mámě. Snažím se pro to dělat maximum, aby k tomu nesklouzli nebo spíš, aby si vypěstovali „závislost“ zdravější na něčem jiném.*“

Otázka č. 15

T: „*Když vidíš pacienty, kteří se opakovaně vrací kvůli závislostem, neztrácíš naději v tom, že mu dokážeš pomoci?*“

S4: „Snažím se neztrácet. Je to těžký, je to hrozně těžký, ale snažím se pomoci. Beru to tak, že je to běh na dlouhou trať. Když k tomu někdo sklouzne, tak jsou bohužel tendence k recidivám.“

Dodatečná otázka

T: „Poslední otázka. Ty a drogy?“

S4: „Hm, nic.“

T: „Ani alkohol?“

S4: „Tak jasně, alkohol. Ale teď už taky ne. Mě z toho akorát bolí hlava. Chtěla jsem zkusit třeba marijánku, ale zase neumím kouřit. Ale jinak jsem se k ničemu nedostala. Neříkám, že mě to neláká nebo že jsem nad tím neuvažovala. Jako hodně mě lákají lysohlávky, často přemýšlím, jaký je to pocit. Ale jinak ne. Mám zkušenost, že mně stačí málo čehokoliv a hned jsem mimo, mně stačí jedno pivo a jsem hotová.“

T: „Takže ani cigarety jsi nezkusila?“

S4: „Ne, já neumím šlukovat, mně se vždycky smáli a to mě odradilo.“

PŘÍLOHA P VII: ROZHOVOR SE SESTROU 4. 5 (S5)

Otázka č. 1

T: „*Jak dlouho pracuješ na psychiatrii?*“

S5: „*Přesně nevím, kolem 6 let.*“

Otázka č. 2

T: „*Chtěla jsi na psychiatrii pracovat nebo tě sem vybrali?*“

S5: „*Ano chtěla jsem tady pracovat.*“

T: „*A co tě sem táhlo?*“

S5: „*Zájem o práci o ty pacienty.*“

Otázka č. 3

T: „*Na jakém jiném oddělení jsi pracovala před nástupem na psychiatrii?*“

S5: „*Geriatric ve fakultce.*“

T: „*A tam jsi pracovala jak dlouho?*“

S5: „*Tam jsem pracovala 12 let.*“

Otázka č. 4

T: „*Pokud srovnáš práci na psychiatrii s předchozí prací, jaké vidíš rozdíly?*“

S5: „*Na geriatric to bylo fyzicky náročnější, hlavně ti imobilní pacienti. Jinak co se týče psychické zátěže, tak to bylo podobné. Spousta dementních zmatených pacientů.*“

Otázka č. 5

T: „*Dokážeš si představit práci na psychiatrii jako svou celoživotní?*“

S5: „*Ano. Mě ta práce naplňuje, protože když vidím, jaké mají ti lidi problémy, tak si pak říkám, že ty moje problémy jsou vlastně úplně titerné a až tak nepodstatné. Spousta mých známých mi říká, že mě to musí ubíjet, ale mě to naopak naplňuje v tom, že vidím ty problémy a svůj život беру pak tak nějak s lehkostí.*“

Otázka č. 6

T: „*Jak nahlížíš na problematiku závislosti? Myslíš si, že zde platí rčení „Každý svého štěstí strůjce.“?*“

S5: „Ano rčení určitě platí. Ale tak jsou různé okolnosti, no. Někdo si za to může sám, ale asi bych řekla, že vždycky se to dá řešit nějak jinak.“

Otázka č. 7

T: „Pokud bys mimo práci potkala člověka a až po čase zjistila, že v minulosti užíval drogy. Změnil by se tvůj postoj k němu, popř. jak?“

S5: „Pořád stejně. Mám obavy, že bych takovýho člověka ani nepotkala.“

Otázka č. 8

T: „Jak bys reagovala při zjištění, že partner tvého dítěte má za sebou drogovou minulost?“

S5: „To by mi vadilo.“

T: „Dokázala bys s tím něco dělat?“

S5: „No dokázala bych s tím něco dělat, určitě.“

Otázka č. 9

T: „Vnímáš rozdíly ve spolupráci s pacienty závislími na legálních a nelegálních drogách? Legální jsou alkohol, nelegální pervitin a ostatní drogy.“

S5: „Hmm, to nevím.“

T: „Já to myslím tak, že když se podíváš na pacienty závislé na pervitinu, tak jsou daleko hůř přizpůsobivý než ti alkoholici. Jakoby si ani nepřipouští, že jsou na psychiatrii.“

S5: „Já to tak nevnímám, je to o osobnosti člověka.“

T: „Takže to bereš tak, že kdo chce se léčit, tak tu je? Na všechny stejný metr?“

S5: „No, i když ti alkoholici jsou možná líp přizpůsobivý, to máš pravdu. Ale jinak asi beru všechny stejně.“

Otázka č. 10

T: „S psychiatrií se pojí i agresivní pacient. Myslíš, že se umíš správně zachovat při styku s agresivním pacientem?“

S5: „No já doufám, že jo. Ale samozřejmě vždy záleží na okolnostech.“

Otázka č. 11

T: „*Pocit'uješ po tom incidentu teď větší strach při péči o agresivního pacienta?*“

S5: „*Určitě jo. Ale beru to jako životní zkušenost.*“

Otázka č. 12

T: „*Máš občas soucit s některými pacienty?*“

S5: „*Mám.*“

T: „*A jsou nějakí konkrétní?*“

S5: „*To ne. Ale taky záleží na osobnosti pacienta.*“

Otázka č. 13

T: „*Řekla bys, že si „nosiš práci domů“ v podobě přemýšlení nad pacientem, projevěným soucitem?*“

S5: „*Vůbec ne. Nebo jako minimálně úplně.*“

Otázka č. 14

T: „*Když během praxe vidíš, jak se věková hranice závislých jedinců snižuje, nemáš obavy o své dítě?*“

S5: „*Jejda ano, určitě ano. Ale natolik mu věřím, žeprostě věřím, že by nic takového neudělal. Samozřejmě ale v dnešní době je to těžké, ty drogy jsou všude.*“

T: „*A kdyby se nedej bože do něčeho zapletl?*“

S5: „*No...to si ani nechci představovat, ale asi bych byla připravená mu pomoci.*“

Otázka č. 15

T: „*Když vidíš pacienty, kteří se opakovaně vrací kvůli závislostem, neztrácíš naději v tom, že mu dokážeš pomoci?*“

S5: „*Trošku jo. Nemůžu říct, že úplně, ale trochu se ta naděje vytrácí. Ale pořád je to naše práce, takže ti lidé prostě potřebují pomoci, i několikrát, bohužel.*“

Dodatečná otázka

T: „*No a teď poslední otázka. Ty a drogy?*“

S5: „*Já ne. Jedině kafe – kofein, jestli je kofein droga. Alkohol příležitostně a přestala jsem kouřit.*“

T: „*Tys kouřila?*“

S5: „*Noo a hodně, krabku denně.*“

T: „*A jak dlouho?*“

S5: „*To musím spočítat. No 8 nebo 9 let.*“