

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FILOZOFICKÁ FAKULTA

Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie

Život se závislostí

Living with addiction

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: Sociální práce

Autor: Markéta Lopraisová

Vedoucí práce: Mgr. Katarína Banárová, Ph.D.

Olomouc 2025

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma: „*Život se závislostí*“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího práce a uvedla jsem v ní všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 31. 3. 2025

Podpis Markéta Lopraisová

Děkuji Mgr. Katarína Banárová, Ph.D., za konzultace, rady a připomínky, které mi během psaní bakalářské práce poskytla. Velký dík patří také respondentům, kteří mi poskytli zajímavé rozhovory, které byly klíčové pro splnění cíle práce.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Markéta Lopraisová
Katedra:	Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie
Obor studia:	Sociální práce
Obor obhajoby práce:	
Vedoucí práce:	Mgr. Katarína Banárová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2025

Název práce:	Život se závislostí
Anotace práce:	Bakalářská práce se zaměřuje na život uživatele a jeho rodiny, kteří se potýkají se závislostí. Za pomoci kvalitativního výzkumu, byly vytvořeny čtyři rozhovory s respondenty. Výzkum přispěl ke splnění cíle práce, jímž bylo ukázat, jak se žije rodině po absolvování úspěšné léčby a jaké nedostatky pro ně představuje poskytování sociálních služeb. Výzkum a následné zpracování dat ukázal, že se potýkají s emocionálním tlakem, existenčními problémy a vztahovými problémy. Jako největší chybu systému respondenti vnímají nepřehlednost služeb a minimální získávání informací.
Klíčová slova:	Závislost, návykové látky, příčiny závislostí, dopady závislosti, léčba, prevence, zařízení pro léčbu závislostí, služby následné péče
Title of Thesis:	Living with addiction

Annotation:	The bachelor's thesis focuses on the life of the user and their family who are dealing with addiction. Using qualitative research, four interviews with respondents were conducted. The research contributed to achieving the goal of the thesis, which was to show how families live after undergoing successful treatment and what shortcomings they face in the provision of social services. The research and subsequent data analysis revealed that they struggle with emotional pressure, existential issues, and relationship problems. Respondents perceive the lack of clarity in services and minimal access to information as the biggest flaw in the system.
Keywords:	Addiction, addictive substances, causes of addiction, effects of addiction, treatment, prevention, addiction treatment facilities, aftercare services
Názvy příloh vázaných v práci:	Příloha 1 – Otázky k rozhovoru s uživatelem návykových látek Příloha 2 – Otázky k rozhovoru s rodinou uživatele návykových látek Příloha 3 – Ukázka přepisu rozhovoru
Počet literatury a zdrojů:	34
Rozsah práce:	77 s. (106 691 znaků s mezerami)

ÚVOD.....	7
TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1. ZÁVISLOSTI.....	9
1.1. VYBRANÉ DRUHY ZÁVISLOSTÍ.....	11
1.1.1. ZÁVISLOST NA ALKOHOLU	12
1.1.2. ZÁVISLOST NA TABÁKU	14
1.1.3. DROGOVÁ ZÁVISLOST	15
1.2. TYPY DROG A JEJICH ÚČINEK.....	15
1.3. PŘÍČINY ZÁVISLOSTÍ	22
1.4. DŮSLEDKY DROGOVÉ ZÁVISLOSTI.....	24
1.4.1. ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY	24
1.4.2. SOCIÁLNÍ DŮSLEDKY	27
2. LÉČBA A PREVENCE DROGOVÉ ZÁVISLOSTI	30
2.1. DRUHY LÉČBY	30
2.2. PREVENCE ZÁVISLOSTI V ČESKÉ REPUBLICE.....	33
2.3. ZAŘÍZENÍ PRO LÉČBU ZÁVISLOSTÍ V ČESKÉ REPUBLICE	34
2.4. SOCIÁLNÍ SLUŽBY PO UKONČENÍ LÉČBY ZÁVISLOSTÍ V ČESKÉ REPUBLICCE	39
EMPIRICKÁ ČÁST.....	41
3. VÝZKUMNÉ OTÁZKY A METODOLOGIE.....	41
3.1. VÝZKUMNÉ OTÁZKY	41
3.2. METODY VÝZKUMU	42
3.3. VÝBĚR RESPONDENTŮ	42
3.4. ETIKA VÝZKUMU	43
3.5. STRUKTURA ROZHOVORU	43
3.6. SEBEREFLEXE VÝZKUMNÍKA	44
4. ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT	46
4.1. POČÁTEK ZÁVISLOSTI.....	46
4.2. PŘÍČINY ZÁVISLOSTI	47
4.3. DOPADY NA UŽIVATELE.....	49
4.4. DOPADY NA RODINU	51
4.5. KROKY K ZAHÁJENÍ LÉČBY	52
4.6. LÉČBA ZÁVISLOSTI.....	55
4.7. DOSTUPNOST A KVALITA SLUŽEB.....	56
4.8. ŽIVOT PO LÉČBĚ	58
4.9. DOPORUČENÍ RESPONDENTŮ.....	61
5. ODPOVĚD NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY	62
6. DISKUZE.....	64
ZÁVĚR.....	65
LITERATURA A ZDROJE	67
SEZNAM TABULEK.....	70
SEZNAM OBRÁZKŮ	70
SEZNAM PŘÍLOH	70

„I malými krůčky (a možná jen jimi)

můžeme urazit dlouhou cestu.“

Heinz-Peter Röhr

ÚVOD

Drogová závislost představuje komplexní a mnohohrstevnatý problém, který zasahuje nejen jednotlivce, ale i celou společnost. V České republice, podobně jako v mnoha jiných zemích, se s tímto fenoménem potýkáme již několik desetiletí. Závislost na drogách, ať už se jedná o legální či nelegální látky, ovlivňuje životy tisíců lidí a jejich blízkých. V počáteční fázi závislosti se uživatelé často ocitají v paradoxní situaci, kdy si uvědomují rizika spojená s užíváním drog, avšak zároveň jsou natolik pohlceni svými touhami a potřebami, že je obtížné přerušit cyklus užívání.

Téma této práce je „Život se závislostí“. Konkrétně je práce zaměřena na život konkrétního bývalého uživatele pervitinu, jehož příběh může posloužit jako ilustrativní příklad pro pochopení komplexity této problematiky. Cílem práce je zmapovat, jak se cítil uživatel v počátku užívání a jak droga ovlivnila život jeho a jeho okolí, jaké byly důsledky užívání drog. Dál se pokusím o zmapování situace uživatele po ukončení užívání a absolvování léčby. Vedlejší otázky budou směřovat k životu po ukončení léčby, jelikož se po absolvování léčby život uživatele často dramaticky mění. Tato práce se proto zaměří i na to, jaké kroky je schopen uživatel podniknout, aby se po letech užívání pervitinu znovu začlenil do běžného života. Dále jaké formy léčby měl uživatel k dispozici a jaké využil, popřípadě co mu chybělo. A jak celou životní etapu vnímala rodina uživatele, kde se budu snažit odhalit, jak respondenti vnímají posun ve fungování uživatele, a jak se mění jeho

reakce na každodenní situace po absolvování léčby. Poukážu na aktuální sociální služby a jejich dostupnost, která se běžným lidem nabízí.

Výzkumné otázky zodpoví uživatel a rodina uživatele, což bude zjišťováno využitím kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru.

Věřím, že tato práce nejen objasní vnímání závislosti uživateli v jejím počátku, ale také přispěje k diskuzi o efektivitě sociálních služeb v České republice a nabídne cenné poznatky pro lepší pochopení procesu zotavení a reintegrace do společnosti.

TEORETICKÁ ČÁST

1. ZÁVISLOSTI

Definice závislosti podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

„Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být přítomen pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí.“
(Mezinárodní klasifikace nemocí, 2024)

Pojem závislost je však možné definovat také z hlediska jiných přístupů – napříkladně Matoušek (2003) vymezuje pojem závislost jako stav, kdy se jedinec nedokáže vzdát nějaké určité látky, případně vykonávání určité činnosti. Závislost zahrnuje své fyzické, psychické ale i sociální stránky.

Kopecká (2015) zase uvádí, že svým způsobem je závislý každý člověk na planetě. Každý z nás je závislý, když potřebuje vzduch, vodu nebo potravu, aby přežil nebo každé narozené dítě je závislé na své matce. Když ale dojde k tomu, že objekt a síla závislosti překračuje společenské normy a vznikají tím problémy samotnému jedinci a jeho okolí, můžeme říct, že se jedná o patologickou závislost, či nežádoucím způsobu jednání. Podle ní je závislost vždy spojená s náhradním uspokojením základních životních potřeb.

„Závislost znamená být něčím tak posedlý, že to člověka zotročí, zbaví ho vnitřní svobody, a nakonec třeba i osobní bezúhonnosti. Bez zápasu o překonání této závislosti čeká takového člověka zkáza.“ (Křivohlavý, 2009, pp. 203-204)

Kopecká (2015) popisuje, jak průběžně závislost probíhá. Rozděluje průběh do čtyř fází: fáze experimentální, fáze sociálního užívání, fáze závislosti a každodenního užívání a fáze k dosažení normálního stavu.

Experimentální fázi popisuje Kopecká (2015) jako období, kdy jedinec jen příležitostně užije drogu. Závislost si ale nepřipisuje, droga ho pouze uspokojuje a přináší pocity svobody. V této fázi je ještě lehké s užíváním přestat, obvykle to ale uživatel neudělá, protože pocity po užití drogy, které má, jsou spíše pozitivní.

Fázi sociálního užívání Kopecká (2015) vysvětluje tak, že jedinec si myslí, že má zcela pod kontrolou to, co droga přináší, ale ve skutečnosti již droga začíná být problém. Přítomny jsou již zdravotní a fyziologické problémy.

Fáze závislosti a každodenního užívání je fází, kterou Kopecká (2015) popisuje jako stav kdy již jedinec ztratil nad svou závislostí a drogou plnou kontrolu. Život jedince se mění pouze a jen ve prospěch drogy. Obětuje jí vše. Obvykle jsou v této fázi i materiální a finanční ztráty a přidává se kriminalita, jako zdroj financí na drogu. Ztráta sociálního kontaktu. V této fázi je pro jedince velmi obtížné s drogou přestat.

Poslední fází závislosti, je dle Kopecké (2015) fáze užívání k dosažení normálního stavu. Tato fáze obvykle končí předávkováním a smrtí a znamená, že člověk bere drogu, jen aby byl živ. Při vysazení drogy přichází nepříjemné abstinční příznaky.

DALŠÍ PŘÍBUZNÉ POJMY

Abstinence – Matoušek (2003) mluví o abstinenci jako o zdrženlivosti. Prakticky o vyhýbání se alkoholu nebo návykovým látkám.

Abúzus – Matoušek (2003) vymezuje pojem jako nadměrné užívání psychoaktivních látek, vedoucí ke zdravotním poškozením nebo k nepříznivým psychickým reakcím. Pojem je připojován k látkám návykovým ale i látkám které závislost nevyvolávají.

Úzus – Nožina (1997) označuje termín jako užívání drog v omezeném, kontrolovaném množství, které nemá důsledky na zdraví, chování, mezilidské vztahy, ekonomiku a rodinu jedince.

Abstinenční syndrom/ odvykací syndrom - Dle Matouška (2003) se jedná o skupinu příznaků, které se začnou projevovat u závislého jedince krátce po částečném, či úplném vysazení dávky dané drogy. Obvykle se jedná o příznaky, které vyvolávají stavy přesně opačné jako stavy, které vyvolávala droga, kterou jedinec užíval.

Spoluzávislost – Kalina (2015) termín spoluzávislost = codependency, přibližuje k tzv. umožňování (enabling). Tento termín označuje rysy chování a specifický postoj rodiny závislého, kteří vědomě či ne podporovali či udržovaly závislé chování člena rodiny.

1.1.VYBRANÉ DRUHY ZÁVISLOSTÍ

V této kapitole se zaměřím na některé druhy závislostí, které doprovázeli mého respondenta v jeho životních etapách. Ve stručnosti popíši závislost na alkoholu a tabáku a drogách, které jsou s uživatelem provázány. Zaměřím se na dělení drog, kde opět popíši jen látky, které se objevily v životě respondenta.

Kapitola bude obsahovat různé příčiny vzniku závislostí a také důsledky, které vlivem užívání drog nastávají.

Křivohlavý (2009) rozděluje závislost na dva druhy – závislost substanční a procesuální.

Substanční závislost popisuje Křivohlavý (2009) jako závislost na užívaných látkách, ať už se jedná o drogy jako například alkohol, nikotin, halucinogeny, opiáty a podobně. Dle jeho specifikace je možné zařadit do seznamu drog naprosto běžnou látku v životech mnoha jedinců a to například kávu. Při této závislosti dochází ke změně emočních stavů a je ovlivněna kognitivní (poznávání) a konativní (vůle) funkce.

O procesuální závislosti zase Křivohlavý (2009) mluví jako o závislosti nejen na užívaných látkách ale také jako o závislosti na konkrétním druhu činnosti – patří sem například hazardní hry (automaty, karty apod.), nebo jedinci, kteří si libují v riskantních činnostech = tzv. hazardéři, jedinci, kteří nejsou schopni být bez práce = tzv. workoholici, extrémní sportovci a další.

1.1.1 ZÁVISLOST NA ALKOHOLU

Závislost na alkoholu neboli alkoholismus. Patří do látek vyvolávajících fyzickou závislost. Alkohol je obvykle součástí každého člověka. Poslouží při radostných chvílích, oslavách, nebo pro některé jedince ztráta zábran a snazší navazování kontaktů ale i při tzv. „zapíjení smutku“. Alkohol u nás patří mezi legální drogy.

Dle Matouška (2003) je alkoholová závislost touha po užívání alkoholu, kterou jedinec není schopen kontrolovat. Ovlivňuje jeho život, má vliv na vztahy, pracovní nasazení či koníčky a má nepříznivý vliv na jeho zdravotní stav. Při závislosti se také

zvyšuje tolerance na alkohol, to znamená že jedinec musí konzumovat mnohem víc alkoholu, aby dosáhl uspokojivého stavu a při jeho následném vysazení pociťuje abstinenční syndrom.

Matoušek (2003) také uvádí, že průměrná spotřeba piva u jednoho obyvatele ČR na rok vychází na 160 litrů. Jedná se dle jeho slov o nejrozšířenější typ závislosti u nás.

Kalina (2015) popisuje ovlivňování účinku alkoholu na jedince. Záleží například na jeho okolním prostředí nebo dispozicích jedince. Obvykle se stav po užití látky projevuje jako „prostá opilost“. Pokud jedinec užívá nižší dávku, má pocit euforie, zvyšuje se sebevědomí, může ztrácet zábrany, alkohol ho stimuluje, pokud ale užije vyšší dávku tlumí ho, dostavuje se únava, apatie či spánek.

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

1. *lehká opilost – excitační stádium (alkoholemie do 1,5‰ čili 1.5 g/kg)*
2. *Opilost středního stupně – hypnotické stádium (alkoholemie 1,6‰)*
3. *Těžká opilost – narkotické stádium (alkoholemie více než 2‰)*
4. *Těžká intoxikace se ztrátou vědomí, hrozící zástavou dechu a oběhu – asfyktické stádium (alkoholemie nad 3‰)“ (Kalina, 2015, p. 52).*

LÉČBA ALKOHOLISMU

Kopecká (2015) popisuje léčbu alkoholismu jako proces, který je zdlouhavý a náročný. Léčbu si jedinec může zvolit sám, to se pak jedná o léčbu dobrovolnou. V opačném případě ale může být léčba nařízena soudem. Léčba pak probíhá v psychiatrických zařízeních a může mít formu ambulantní nebo pobytovou. Vše je ale podmíněno jedincovým odhodláním vyléčit se. Součástí léčby závislosti na alkoholu je farmakoterapie, což znamená, že se uživateli nasadí léky, které potlačují chuť na alkohol, nebo mu ho zcela znechutí. Ochranný léčebný režim, což je vlastně řád zařízení, který se zaměřuje především na ochranu zdraví jedince a jeho

bezpečnost. Další součástí léčby je poté psychoterapie. Ta je zaměřena na posílení silných stránek a vůle jedince a snaží se ho vést k samostatnosti a odpovědnosti za své činy.

1.1.2. ZÁVISLOST NA TABÁKU

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2020) uvádí, že v letech 2018 a 2019 provedl státní zdravotní ústav výzkum, který se zaměřil na spotřebu tabáku dospělé populace České republiky. Z výsledků výzkumu vychází, že u osob starších 15 let klesá spotřeba tabákových výrobků. V tomto výzkumu vychází 24,9% kuřáků ať už pravidelných či jen příležitostných.

„Psychotropní složkou tabáku je alkaloid nikotin. Jedná se o prudký jed, minimální smrtelná dávka pro člověka je asi 50 mg. Mechanismus účinku nikotinu spočívá ve vazbě na specifické nikotinové receptory v centrální nervové soustavě.“ (Kalina. 2015, p. 79).

Dle Marhounové a Nešpora (1995) je zjevný rozdíl v úmrtnosti, mezi kuřákem a nekuřákem. A to takový, že dospělý kuřák se v závěru o 70–80% dožívá nižšího věku, přesněji o osm až devět let méně. Tvrdí, že každá vykouřená cigareta, nám bere život o pět a půl minuty.

Marhounová a Nešpor (1995) také poukazují na to, že je vědecky prokázána souvislost mezi kouřením a zdravotním stavem jedince. Kouření může mít souvislost s onemocněním srdce, mozku, cév, plic, onkologických onemocnění či nenádorové onemocnění dýchacího ústrojí.

LÉČBA ZÁVISLOSTI NA TABÁKU

Kalina (2015) řeší otázku léčby závislosti na tabáku. Poukazuje na důležitý vliv osvěty, poradenství a psychoterapeutické podpory. V oblasti farmakologie je možné užívat tzv. přechodné substituce nikotinem – ve formě žvýkaček nebo náplastí, které

umožňují příjemněji zvládnout odvykací stav. V některých případech se podává i antidepresivum „bupropion“, nebo nejnovější přípravek vareniklin.

1.1.3. DROGOVÁ ZÁVISLOST

Kopecká (2015) popisuje drogovou závislost jako patologický stav, který je vyvolaný častým užíváním drog. Poukazuje na historii používání omamných látek již ve starém Egyptě a Mezopotámii, kde se ale využívaly převážně pro léčebné účely. Masivní zneužívání dle jejích slov začalo až v 19. století. Závislost jako takovou začali lékaři řešit ale až ve 20. století. Ukazuje na to, jak závislost ovlivňuje život v mnoha oblastech, vede k finanční nesoběstačnosti, k trestné činnosti, poškozuje lidské zdraví, mezilidské vztahy a může vést ke smrti.

Křivohlavý (2009) popisuje závislost jako posedlost, mluví až o zotročení jedince, kterého závislost okradla o svobodu. Mluví o tzv. zápasu mezi jedincem a závislostí, kdy bez boje čeká jedince zkáza.

„Závislost tak znamená „být lapen“, chycen, zajat a pak pomalu i zničen.“
(Křivohlavý, 2009, p.204)

1.2 TYPY DROG A JEJICH ÚČINEK

Tato kapitola se zaměří na rozdělení drog a zjednodušeně popíše účinky jednotlivých skupin látek. Kapitola se zaměří na popis pouze těch látek, které hlavní respondent této práce ve svém životě vyzkoušel, či dlouhodobě užíval.

Například Křížová (2021) dělí závislosti dle různých kritérií. Z hlediska původu látky. Z hlediska působení na nervový systém. Návykové látky lze také dělit podle míry psychotropního efektu. Z hlediska potencionálu závislosti, kdy některé látky vyvolávají závislost fyzickou a jiné psychickou. Dělení je také dle míry

zdravotního rizika, tzv. měkké drogy a tvrdé drogy. Základním dělením závislostí je ale dle Křížové závislost látková a nelátková.

Dle Presla (1994) lze drogu vysvětlit jako každou látku, jakéhokoli druhu, která splňuje dvě základní kritéria:

1. Má tzv. psychotropní účinek, což znamená, že má vliv na vnímání reality jedince, ovlivňuje osobnost a psychiku
2. Je schopna vyvolat závislost, má tzv. „potenciál závislosti“, který může být různých typů, ale vždy je přítomný.

Marhounová a Nešpor (1995) rozděluji drogy na přirozené nebo syntetické, které se vyznačují třemi druhy:

- 1, působící psychostimulačně – spokojené stavy vedoucí až k euforii, lepší smysly a motorika
- 2, působící psychoinhibičně – Motorika je snížena, ale potlačují úzkostné stavy
- 3, působící vysloveně desintegračně – halucinogenní

Dle Křížové (2021) je například možné dělit drogy dle původu látky. Popisuje dělení přírodní a syntetické. O přírodní látky se jedná v případě, kdy se pro jejich psychoaktivní účinek nemusejí nijak upravovat ani extrahovat žádné látky. Zařazuje sem například konopí nebo jiné rostlinné a živočišné halucinogeny. Syntetické potom Křížová popisuje jako drogy, které musí vzniknout chemickým zpracováním. Zahrnuje do skupiny i látky, které mají přírodní původ, ale je potřeba psychoaktivní složku extrahovat – jako například alkohol.

Křížová (2021) také rozděluje drogy z hlediska jejich působení na nervový systém. Toto hledisko se ale ještě dělí na třídy, do kterých zahrnuje stimulancia, opiáty, kanabinoidy, halucinogeny a těkavé látky.

Jednoho ze zástupců dělení popisuje Křížová (2021) a to o stimulantech. Mluví o stimulačních drogách jako o skupině látek, které vyvolávají celkové nabuzení organismu a zvýšení kognitivních a motorických schopností jedince.

Účinky stimulantů popisuje Kalina (2003) v akutní fázi většinou zvyšují schopnosti psychomotorické a kognitivní. Jedinec se stává bdělým, má lepší paměť, zvyšují se jeho komunikační dovednosti. Uživatel nemá potřebu spánku, má vyšší výdrž, připadá si silnější a zažívá stavy euforie. Droga také snižuje chuť k jídlu. Stimulanty ale také mohou vyvolávat úzkosti, vyvolávají nervozitu nebo agresi. Po vysazení drogy nastává takzvaný „dojezd“. To je stav, který se může přirovnat k alkoholové „kocovině“. Jedinec bývá zcela vyčerpaný, trpí bolestmi kloubů. Často tento stav doprovází několika denní spánek s krátkým bděním a nesnesitelný hlad. Kalina uvádí, že dlouhodobým účinkem užívání je vznik psychické závislosti.

Jedním z mnoha zástupců této skupiny drog a pro tuto práci nejdůležitější, popisuje Kalina (2003). Jedná se o pervitin.

Kalina (2015) popisuje pervitin jako prášek, který má žluto-fialovou barvu, nemá žádný zápach a má hořkou chuť. Aplikace pervitinu je typická přes nosní sliznici, nebo injekční stříkačkou. Pokud je aplikace injekčně, nástup drogy je okamžitý, u aplikaci přes nosní sliznici trvá zhruba 5-10 minut.

Kalina (2003) také mluví o pervitinu jako o nelegální droze, která má vysoký potenciál závislosti, jinak řečeno droga s neakceptovatelným společenským rizikem a která v České republice patří mezi nejrozšířenější.

Kolektiv autorů sdružení SANANIM (2007) popisují stav po užití pervitinu. Uživatel se cítí šťastný, až euforický, nepotřebuje spát ani jíst. Uživatel má pocit, že je extra výkonný, má mnohem rychlejší reakce i pohyby. Rozšiřují se oční zorničky a zvedá se krevní tlak. Uživatel je mnohem více soustředěný a empatický. Po odeznění účinku drogy se ale dostavuje vyčerpání, extrémní hlad a depresivní stavy.

Presl (1994) popisuje, jak téměř u každého uživatele pervitinu, v závislosti na délce užívání dochází k „zásadním proměnám psychiky“, takzvaná stíha. Uživatel začíná být paranoidní, může se stát, že skupina lidí, se kterými drogy užíval se pro něho začnou stávat „zvláštní“, cítí se v jejich přítomnosti ohrožený. Tento stav již popisuje jako nebezpečný a závažný.

Dalším třídou dělení jsou konopné drogy. Dle Kaliny (2015) uživatel konopných drog očekává hlavní účinek drogy navození klidu a euforie, zkvalitnění smyslů a příval dobré nálady. Může se ale stát, že s užíváním látky se dostavují i nežádoucí účinky, jako například extrémní hlad a vysušená ústa, zapomínání, zhoršená orientace v čase a prostoru. Uživatel může mít horší motoriku. Látka může mít vliv i na psychickou stránku uživatele, může mít neuspokojivé myšlenky, panické záchvaty nebo úzkosti. Zhoršuje se jeho pozornost a úsudek, může trpět halucinacemi. V případě dlouhodobého užívání, se může uživatel stávat pomalejší a může utrpět jeho krátkodobá paměť. Goodyerová (2001) zase popisuje marihuanu jako kanabinoid, který může v závislosti na odrůdě nebo velikosti dávky vyvolávat deprese a halucinace.

Podle Miovkého (2003) jsou na černém trhu nejvíce zneužívány dvě základní formy konopných drog – marihuana též známá jako tzv. tráva, zelí a hašiš, také znám pod názvem haš, čokoláda.

Křížová (2021) jako další třídu dělení drog dle jejich účinku uvádí halucinogeny.

„Halucinogeny (psychedelika, delirogeny, fantastika) jsou rozsáhlou skupinou přírodních a syntetických látek, které vyvolávají změny vnímání od pouhého zostření až po halucinace.“ (Kolektiv autorů sdružení SANANIM, 2007, s.157)

Kalina (2015) uvádí, jak moc je specifická rozdílnost účinku těchto drog. Uvádí, že záleží na konkrétní dané látce ale také na momentálním duševním stavu uživatele a okolí ve kterém se nachází. Hlavním účinkem těchto drog je změna vnímání.

Uživatel má například pocit, že vidí, nebo slyší vjem, který se ale reálně nevyskytuje. Ztrácí se časové a prostorové vnímání, zrychluje se tok myšlenek. Uživatel přestává uvažovat logicky. Toto vše se děje pod silným návaľem euforie. Mohou se dostavit i krátkodobé účinky jako například „bad trip“ což je vlastně přesně opačný efekt, kterého chce jedinec dosáhnout. Jedinec může pociťovat deprese, panické stavy, úzkosti či paranoia. To vše se snaží zastavit, ale není toho schopen. Uživatel může mít i tělesné projevy jako například pocení, bušení srdce, bolesti hlavy či nevolnost.

Kalina (2015) také uvádí dlouhodobé účinky užívání halucinogenních drog. Mohou nastat stálé a závažné poruchy vnímání a úzkostné až depresivní stavy. V některých případech nastává kompletní změna osobnosti a poškození mozku. Uvádí také „flashback“ což znamená, že jedinec se dostává do předchozího stavu, který vyvolávala daná látka, bez jejího užití.

Dle Miovskeho (2003) nejčastější halucinogen je LSD. Uvádí, že je možné tuto látku sehnat na černém trhu, tzv. tripy (malé čtverečky s různými symboly) či krystaly (malé tmavomodré či zelené granulky, vypadající jako umělé hnojivo). Obě formy se užívají vkládáním pod jazyk a postupným rozpuštěním.

Křížová (2021) popisuje, že je možné dělit drogy také podle jejich potenciálu závislosti. Pojmenovala je na látky vyvolávající fyzickou závislost a látky vyvolávající závislost psychickou.

Fyzická závislost podle Křížové (2021) je stav, kdy tělo jedince potřebuje danou látku k běžnému fungování. Rozděluje látky, které způsobují mírnou a silnou fyzickou závislost. Silnou závislost je na všech tlumivých látkách (benzodiazepinech, barbiturátech, alkoholu, opiátech a těkavých látkách). Mírná potom vzniká na stimulantech. Zajímavostí je, že na halucinogenech obvykle fyzická závislost nevzniká.

Křížová (2021) dále uvádí, že psychická závislost je vždy spojena hlavně s faktory týkající se osobnosti a vnějším okolím jedince. Mezi drogy, které vyvolávají

silnou psychickou závislost řadí stimulancia a tlumivé látky. Látky které dle jejich slov vyvolávají pouze lehkou psychickou závislost jsou hlavně halucinogeny.

Kalina (2003) uvádí, že je potřeba mít na paměti, že psychická závislost, má mnohem vážnější dopad než závislost fyzická, vzhledem k náročnosti a délce její léčby.

Další možné dělení drog, uvádí taktéž Křížová (2021). Lze drogy dělit dle míry zdravotního rizika.

Dle Mahdalíčkové (2014) se obecně drogy dle míry rizika dělí na měkké, jinak také drogy se společensky akceptovatelným rizikem a tvrdé s vysokým rizikem ke zdraví.

Dle Křížová (2021) považuje za tvrdé drogy ty, které mají zvýšené riziko poškození zdraví uživatele, patří do nich například heroin, pervitin, LSD, alkohol, kodein, kokain, lysohlávky.

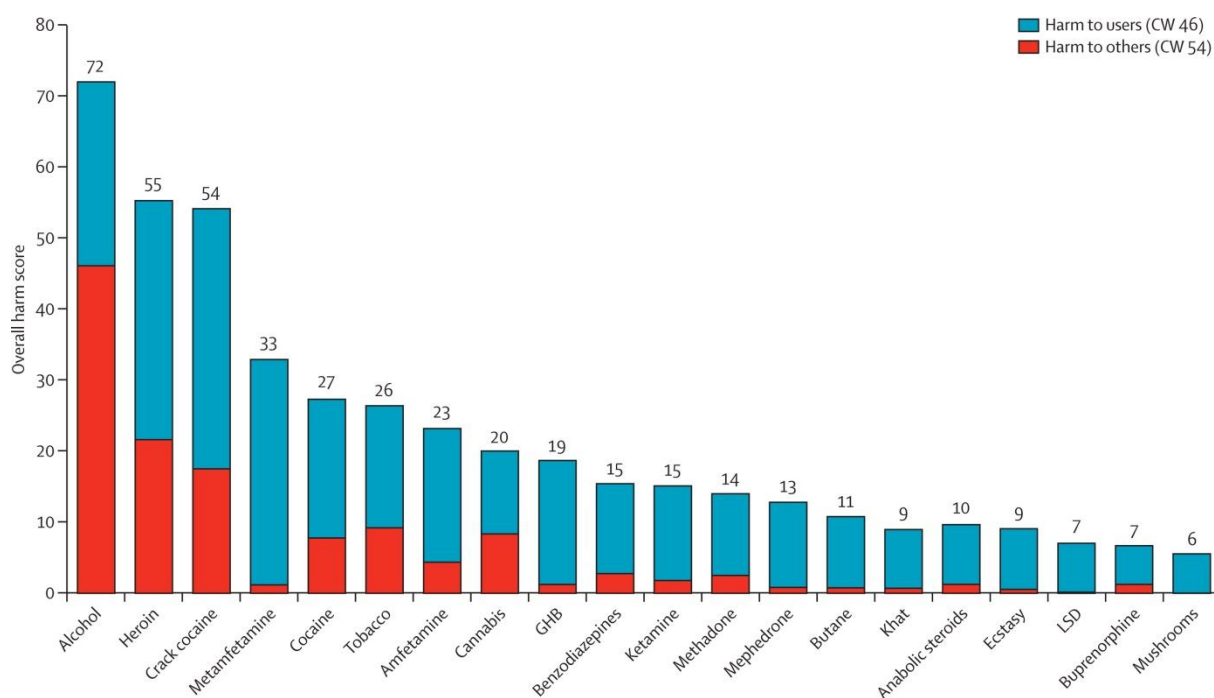
Národní zdravotní informační portál (2021) popisuje mnohem vyšší dopad tvrdých drog na uživatele v oblasti zdraví, vztahů i ekonomiky.

Měkké drogy popisuje Křížová (2021) jako látky, které mají „relativně malé“ riziko poškození zdraví, zahrnuje do této skupiny například hašiš, marihuanu, nikotin, kávu nebo čaj.

Dle Národního zdravotnického informačního portálu (2021) si lidé myslí, že se jedná o drogy, které jsou méně nebezpečné i přesto že ví, co vše například kouření cigaret v těle poškozuje. Je tomu tak proto, že lidé nevidí žádné dopady kouření okamžitě. Nepřináší jim to takové problémy jako tvrdé drogy a mnohdy jim jejich užívání pomáhá, například zvládání stresu či jen začlenění do společnosti ostatních kuřáků. U měkkých drog se nedá říct, zda jsou legální či ne, zástupci měkkých drog mohou být legální tabák či nelegální konopí. Pro společnost je ale užívání měkkých

drog více pochopitelné až se dá říct, že je tolerováno i přesto, že i na měkkých drogách může vzniknout závislost.

Graf na obrázku znázorňuje a shrnuje rizika konkrétních látek v Evropě pro rok 2010, převzatý z časopisu The Lancet. Kdy červená barva znázorňuje škodlivost pro okolí uživatele a modrá barva škodlivost pro uživatele. Vyšší skóre znamená v tomto případě vyšší riziko.



Obrázek 1: Rozdělení drog dle míry rizika

Zdroj: Nutt (2010)

Na obrázku je možné si všimnout že nejvyšší míru rizika představuje pro uživatele i jeho okolí alkohol, který je tak tolerován ve společnosti. Druhé místo se svou rizikovostí obsazuje heroin a třetí kokain. Zajímavé je, že například pervitin nemá míru rizika až tak vysokou, jak by se mohlo předpokládat.

1.3. PŘÍČINY ZÁVISLOSTÍ

Příčin vedoucích ke vzniku závislosti bychom dokázali najít několik. Jak uvádí Nešpor (2000) nevěří v možné komplexní označování přesné příčiny či dokonce léku na závislost.

Naopak Janík a Dušek (1990) ukazují na zjednodušený model čtyř faktorů, které vedou ke vzniku závislosti. Patří tam samotná návyková látka, osobnostní rysy jedince, prostředí ve kterém jedinec žije a v poslední řadě činitelé, kteří vyvolávají či provokují jedince v užívání. Samotnou látku, chcete-li drogu, popisují jako něco, co má takové vlastnosti, které dokáží uspokojit požadavky uživatele ať už psychicky, nebo fyzicky. Uživatel nabyde dojmu, že samotná látka mu dává to, co nic a nikdo jiný a cítí se lépe. Osobnost jedince má velký vliv na vznik závislosti. Osobnost každého uživatele je jiná, je ovlivněna vlastnostmi které během života získal a dispozicemi se kterými se narodil. Janík s Duškem řeší například závislost na alkoholu. Jedinec který vyrůstal s alkoholikem bude mít větší riziko vzniku závislosti. Sociální prostředí, či prostředí ve kterém se uživatel nachází je dalším faktorem. Prostor, ve kterém se nacházíme celý život, ať už rodina, škola, zaměstnání nebo přátelé formují naše názory, vztahy, potřeby. Janík a Dušek poukazují na takzvaná riziková povolání, kdy je vyšší šance začít užívat návykové látky, mluví například o zdravotnictví či školství, kde je práce psychicky náročná.

Poslední faktor, který Janík a Dušek (1990) popisují jsou osoby, které podněcují v uživateli vyzkoušet nebo užívat návykové látky. Nazývají tento faktor „drogovou scénou“. Kolem jedince se mohou pohybovat osoby, které mají zkušenost s návykovou látkou. Dokáží motivovat k jejímu užití. Slibují podporu, uvolnění či řešení problémů. Jedinec získává pocit, že droga je řešením jeho problémů a začátek lepší nálady, zkvalitnění života nebo schopností.

Orlíková (2007) v tomto směru je opatrnější. Podle ní, není možné mluvit o „nějaké jednoduché příčině“. Dle jejích slov jsou příčiny závislostí spjaté s mnoha

dispozicemi jedince – zahrnuje fyzické a psychické dispozice, prostředí, ve kterém se jedinec nacházel v období vývoje nebo kde právě žije, věk, zkušenosti nebo jeho aktuální zdravotní stav. Poukazuje na to, že někdy v životě jedince nastane období, kdy se necítí dobře či jistě (vlivem rodinného zázemí, finanční situace, stresových situací nebo zdravotních problémů). Zohledňuje emoční stránku jedince, pokud je smutný, úzkostný, trpí pocitem méněcennosti či bezcennosti, může pod tímto tlakem být v ohrožení nástupu závislosti.

Rodinné vztahy, které mohou přispět ke vzniku závislostí popisuje Kalina (2015), ve svém díle poukazuje na to, že je mnohem větší riziko pro vznik závislosti, pokud například jeden z rodičů závislí již je. Dle jeho slov se někdy například stane, že v rodině alkoholiků se alkohol stává součástí každodenních rituálů a bez alkoholu se již nedá obejít. Nenaznačuje, že rodina je „viník“ či příčina, ale že se jedná o proces interakcí, které se navzájem podporují při vzniku závislosti.

„Mezigenerační vztahy v rodinách závislých jsou předmětem pozornosti především autorů vycházejících z koncepcí v bohatém světě směrů a metod rodinné terapie.“ (Kalina, K. 2015, s. 178)

Kalina (2015) řeší to, že v dnešní době je vidět velká výměna rolí, ale hlavně také to, že v dnešních rodinách není jasně nataveno, kdo má jaké povinnosti, jistoty a potřeby. Dítě poté vyrůstá v příliš velké nejistotě, ve které se často mění jeho povinnosti a potřeby a tím se stává nezralým a nejistým jedincem, což se prakticky podobá tomu, jak v životě vystupuje závislý jedinec.

Marhoutová a Nešpor (1995) zase poukazují na to, že užívání návykové látky může být reakce na těžké emoční zkoušky doprovázené strachem nebo smutkem. Nazývají to reakcí „útěkovou“, kdy se jedinec snaží uvolnit napětí a snížit úzkost. Dále mluví o vzniku závislosti jako vliv experimentování ze zvědavosti, nebo jen jako hledání zálibení ve vládnoucí skupině.

„Spouštěčem závislosti mohou být osobní dispozice, sociální učení nápodobou, řešení svízelné situace, oslabené volní procesy a další mechanismy.“ (Kopecká, 2015, s. 102)

Dle UNODC (2013) proběhl výzkum, kde se ukázalo, že faktory, které ovlivňují jedince v užívání návykových látek se odlišují v závislosti na věku. Ukázalo se, že hlavními subjekty, které ovlivňují vztah k závislosti hlavně u kojenců, dětí či raných dospělých bývají rodiče a škola. V pozdějších životních etapách pak mají velký vliv škola, zaměstnání, místa, kde jedinec tráví volný čas a hlavně média.

1.4. DŮSLEDKY DROGOVÉ ZÁVISLOSTI

Každé užívání návykové látky má nějaký dopad na jedince nebo jeho okolí. Kalina (2015) se zaměřuje na sociální a zdravotní dopady. Mezi zdravotní dopady řadí různé symptomy zdravotních komplikací, přenosné nemoci způsobené nedodržením hygienických norem při aplikaci injekcí, orgánová poškození či narušení psychiky. Do sociálních dopadů potom řadí různé vztahové problémy, ztrátu zaměstnání, ekonomické problémy nebo změnu hodnot uživatele drog.

Kopecká (2015) popisuje, jak u závislého může dojít k sociální izolaci, jelikož velmi často bývá ve společnosti odmítán. Tím je spojený psychický a fyzický stav, jedinec začne „chátrat“. Prožívá stavy odmítnutí, bezmoci. Mohou nastat i funkční nebo orgánové onemocnění. Obvykle se u závislého změní i jeho vzhled. Což přispívá k sociálním problémům a navazováním vztahů.

1.4.1. ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY

Zdravotní důsledky dělíme na biologické důsledky a psychické důsledky.

BIOLOGICKÉ DŮSLEDKY

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2024) uvádí, že mezi nejčastěji zdravotní rizika v současné době patří infekční onemocnění a předávkování drogami. Pro rok 2023 bylo nahlášeno více než 200 případů nakažení HIV z toho přenos přes injekční stříkačku zhruba 15 případů za rok. U žloutenky typu C se pak jedná o mnohem vyšší číslo a to přes 600 osob nakažených užitím použité injekční stříkačky. Jen za rok je v České republice hospitalizováno zhruba 600 osob kvůli intoxikaci a v roce 2023 bylo zjištěno přes 70 úmrtí, příčinou předávkování.

Dle Mahdalíčkové (2014) spousta uživatelů zapomíná na to, jaké zdravotní důsledky po dlouhodobém užívání mohou nastat. Zdravotními dopady užívání mohou být například poruchy spánku, poruchy příjmu potravy, kolísání váhy. Ženy uživatelky poté mnohdy trpí na nepravidelnou menstruaci, nebo o ni často přijdou úplně, může zde patřit i nemožnost otěhotnět. Vlivem drog je možné, že se uživatel přestane starat o svou hygienu, což má za následek zkažený chrup, nebo jeho ztrátu. Dalšími zdravotními problémy, které mohou nastat, můžou být onemocnění kloubů, orgánová poškození, kardiovaskulární poškození, nádorová onemocnění, a nakonec kompletní selhání organismu či následná smrt.

Gossop (2009) mluví o jednom ze zdravotních rizik. Často se stává, že si uživatele mezi sebou půjčují injekce na aplikaci drogy a přenášejí mezi sebou přenosné nemoci. Není ale nutné se nakazit pouze přes jehlu. Gossop popisuje, jak snadno se lze nakazit přes ostatní potřebné „náčiní“, jako například lžíce, filtry či voda na proplach. Často se vyskytuje přenos HIV, hepatitidy B a hepatitidy C.

I Mahdalíčková (2014) mluví o přenosu infekcí a onemocnění. Obvykle se jedná o žloutenku typu A, B, C, a HIV a onemocnění AIDS. Tato onemocnění jsou výsledkem užívání nesterilních pomůcek při podávání nebo chystání drogy.

Uživatelům také hrozí bakteriální infekce při aplikaci jehlou. Popisuje dvě možné – povrchovou a invazivní. Obvykle začíná povrchová, kdy je poškozena kůže v místě vpichu a vytvoří se kožní zánět. Ten obvykle uživatel přehlíží a vytváří se invazivní onemocnění, které se dostává do krve a způsobuje vážnější problémy. V těch nejhorších případech vede k sepsi a může poškodit některé orgány.

PSYCHICKÉ DŮSLEDKY

Dle Gossopa (2009) se mnohdy objevují v souvislosti s užíváním návykových látek psychické problémy. Statisticky převládají stavy úzkostí a depresí více u osob závislých než u běžné populace.

Kopecká (2015) popisuje, jak dlouhodobé užívání návykových látek vyvolává psychické poruchy. Zmiňuje například poruchy psychotického charakteru. Tyto poruchy obvykle nastávají při užívání stimulancií. Klasickými příznaky jsou stihy, halucinace, poškození citových receptorů, nekontrolované emoce, nebo poškození psychomotoriky. Dále uvádí amnestickou poruchu, ta vzniká obvykle užitím těkavých látek, a má vliv na fungování paměti. Jako poslední zmiňuje Kopecká psychickou reminiscenci, jedná se o takzvané živé vzpomínky, dostavují se stavy halucinací, i přesto, že již návykovou látku neužívá.

Následkem užívání drog, může také nastat toxická psychóza, Kalina (2015) uvádí, že toxická psychóza je stav, který je velmi výrazně podobný projevům schizofrenie a vzniká dlouhodobým užíváním návykových látek, obvykle pervitinu či kokainu.

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2024) poukazuje také na důsledky užívání drog také v oblasti psychického zdraví. Uživatelé trpí depresi a úzkostmi.

1.4.2. SOCIÁLNÍ DŮSLEDKY

Gossop (2009) uvádí, že uživatelé, kteří nastupují do léčebného procesu, již přichází se sociálními problémy. Nejčastěji uvádí. Že uživatelé jsou bez domova, nemají práci, obvykle mají nedokončené vzdělání a trápí je chudoba. Nejnapadnější sociální důsledek užívání návykových látek je páchání trestné činnosti, který je mezi závislými naprosto běžnou věcí. Obvykle se jedná o krádeže, jakožto důsledek chybějících prostředků na drogu. Tento důsledek je ve společnosti velice odsuzován.

Hajný (2001) popisuje rysy, které ovlivňují dítě v užívání návykových látek, uvádí ale že ne vždy je snadno rozpoznatelné kdy se jedná o příčinu a kdy o důsledek užívání drog. Mluví například o nároku na předčasné dospívání dítěte, nadměrná svoboda a liberální výchova, zvýšená kontrola, špatná komunikace, emoční nerovnováha. Nedokáže říct, jestli byly prvně tyto rysy nebo závislost, ale uznává špatné rodinné vztahy jako důsledek užívání návykových látek.

Nešpor (2000) uvádí, že uživatel návykových látek může mít velké problémy s komunikací. Často se vyhýbá zcela nebo částečně komunikaci se členy rodiny, obzvláště pokud mají nějaký vliv na způsobené komplikace s užíváním. Špatná komunikace obvykle vede k rozpadu vztahů, to vede k tomu, že jsou velmi často uživatelé, kteří nemají žádné rodinné zázemí. Při následné léčbě to může být problém, jelikož je potřeba vytvořit novou vztahovou síť. Někdy se zadaří obnovit dávné vztahy s rodinou či přáteli, jindy vznikají zcela nové uvnitř terapeutické komunity.

Nešpor (2000) také uvádí vliv na hledání partnerů. Obvykle mají uživatelé problém s navázáním partnerského vztahu, nebo vyhledávají osoby se stejnými nebo podobnými problémy, jako mají oni sami.

Dalším důsledkem se zabývá znovu Nešpor (2000) kdy popisuje chování jiného člena rodiny, kterého nazývá „umožňovač“. Tento umožňovač se snaží

omlouvat jednání závislého. Řeší jeho problémy, kdy například platí jeho dluhy, dává mu peníze, řeší jeho problémy. Důsledek je v tomto případě oddalování možné léčby, obvykle po zaplacení dluhů vznikají další, závislý nemá žádnou motivaci k nápravě problémů. Důsledkem nakonec vznikají i problémy „udržovače“, který se může dostat do finančních potíží, je v povědomí „pochybných lidí“ kde půjčky vznikají nebo na úkor nevysvětleného jednání začne mít své vlastní vztahové potíže.

Röhr (2008) popisuje sociální důsledky jako možnou motivaci k zahájení léčby. Popisuje například ztrátu partnera, kdy uživatel tento jev nejdříve vnímá jako pozitivní, jelikož může drogy užívat bez zbytečných výčitek, ale později nastává úzkost ze ztráty podpory a chce partnera zpět pod podmínkou zahájení léčby. Dále popisuje například ztrátu zaměstnání, kdy dostává na výběr zaměstnání nebo léčba, kde nastává podobný princip jako u ztráty partnera a k tomu špatná ekonomická situace.

Čírtková a Vitoušová (2007) se na sociální důsledky užívání dívají z pohledu sociálních vztahů. Mluví o vzniku sociální izolace. Uživatel se pro společnost stává nepřijatelným, dostává se mu opovržení a nepochopení. Obvykle je nucen hledat nové vztahy ve společnosti lidí, se stejnými zkušenostmi čímž jen podporuje svou závislost a prakticky nemá potřebu závislost ukončit.

Dle Čírtkové a Vitoušové (2007) má užívání návykových látek také velkou roli v oblasti domácího násilí, obvykle ho provádí muž na ženě, ale není to pravidlem. Domácí násilí je potom pácháno na partnerech, rodičích, sourozencích nebo kamarádech. Uživatel může vykonávat násilí fyzické, emoční, sexuální, finanční nebo se pokouší o omezování v sociálním kontaktu.

Jeden z velkých dopadů pro společnost popisuje národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2024) a to kriminalitu spojenou s užíváním drog. Pro rok 2023 bylo registrováno přes 40 tis. trestných činů v souvislosti s návykovými látkami. Jednalo se například o výrobu a distribuci drog, kdy nejčastěji, v číslech přes

40% v souvislosti s pervitinem. Odsouzeno za trestné činy tohoto typu bylo přes 2800 osob.

2. LÉČBA A PREVENCE DROGOVÉ ZÁVISLOSTI

Tato kapitola v krátkosti popíše možné druhy léčby závislostí. Probere otázku prevence v užívání návykových látek v České republice. V této kapitole budou také stručně popsány zařízení pro léčbu závislostí v České republice, kde se nabídne seznam dostupných zařízení v okolí místa, kde žije hlavní respondent práce a v poslední části kapitoly budou stručně popsány služby v České republice po ukončení léčby závislostí.

2.1. DRUHY LÉČBY

Dle Kopecké (2015) je léčba závislostí velice těžká a časově náročná. Úspěšnost léčby záleží na odhodlání a chuti uživatele. Uvádí, že v léčbě je potřeba vidět i malé kroky, za které je potřeba uživatele ocenit a motivovat k pokračování. Jako velice důležitou část Kopecká považuje práci s rodinou, kdy podle ní špatné vztahy s rodinou mohou nepříznivě působit po ukončení léčby a dopomáhají k relapsu.

Janík a Dušek (1990) mluví o tom, že není a nikdy nebude možné najít jeden jediný léčebný postup, se kterým budeme schopni léčit všechny drogové závislosti. Každá léčba je specifická a přizpůsobuje se několika faktorům, například zvyklosti uživatele, konkrétní užívaná látka, nebo samotná osobnost uživatele.

Křivohlavý (2009) uvádí, že v léčbě drogových závislostí je nejvíce kritické časové rozmezí šest měsíců od počátku léčby. Často se v léčbě setkáváme s relapsem. Jako velmi nadějný faktor v léčbě závislostí se v současné době ukazuje organizování programů a forem sociální podpory rodinného typu.

Křížová (2021) dělí léčbu na terénní, ambulantní, ústavní a následné služby. Mezi terénní služby řadí nízkoprahová zařízení a terénní programy v původním prostředí závislých – streetwork. Do ambulantních služeb zařadila například adiktologii, psychologické ambulance, ordinace psychiatrů, AT ordinace a denní

stacionáře. Pod pojmem ústavní léčba si můžeme představit například zařízení určená k detoxu, psychiatrické nemocnice s oddělením léčby závislostí, terapeutické komunity. Do poslední skupiny a to služeb následné péče řadí chráněné bydlení, chráněné a podporované zaměstnání, sociální rehabilitaci a svépomocné skupiny.

Tabulka č. 1 Formy a metody v léčbě drogových závislostí

Metody/formy	1.Ambulantní léčba	2.Léčba v denním stacionáři	3.Ústavní detoxikace	4.Krátko-až střednědobá ústavní léčba	5.Středně-až dlouhodobá rezidenční léčba
1.Farmakoterapie	Pro zvládnutí odvykacího syndromu a komplikací	Pro zvládnutí odvykacího syndromu a komplikací	Pro zvládnutí odvykacího syndromu.	Pro zvládnutí komplikací	Zřídka, při komplikacích
2.Individuální terapie	Klíčová složka programu	Nezbytná, paralelně se skupinovým programem	Nezbytná, intenzivní	Nezbytná, paralelně se skupinovým programem	Důležitá, paralelně se skupinovým programem
3.Skupinová terapie	Důležitá složka programu	Klíčová složka programu	Žádoucí	Klíčová složka terapeutického programu	Nezbytná složka programu
4.Rehabilitace, výchova, volno-časové aktivity	Doplňkové, žádoucí dle možností	Důležitá složka programu	Žádoucí dle možností	Důležitá složka programu	Nezbytná složka programu (včetně pracovních aktivit)
5.Léčebný režim	Dodržování docházky a základních pravidel	Kontrolovaný režim v době programu, monitorování času mimo program	Prísny léčebný režim na uzavřeném oddělení 24.hod denně	Kontrolovaný léčebný režim 24hod. denně	Režim s odstupňovanou kontrolou dle fází 24.hod denně
6.Principy terapeutické komunity	Neuplatňuje se	Žádoucí v době programu	Obvykle se neuplatňují	Základní rámec programu	Podstata programu
7.Práce s rodinou	Nezbytná, soustavná	Nezbytná, soustavná	Žádoucí pro aktuální problémy	Nezbytná	Důležitá aspoň základní spolupráce
8.Sociální práce	Nezbytná	Nezbytná	Žádoucí pro aktuální problémy	Nezbytná	Nezbytná na počátku a konci léčby
9.Testování drog	Důležité, průběžně	Důležité, průběžně	Při vstupu a situačně	Při vstupu a situačně	Při vstupu a situačně

Zdroj: Kalina (2003)

Tabulka číslo 1. ukazuje, jaké metody či chcete formy jsou využívány pro konkrétní typ léčby, můžeme vidět, že farmakoterapie je přítomna v každém druhu léčby, stejně tak jako individualita. Skupinová terapie je také velmi důležitou formou v léčbě uživatele, stejně jako práce s rodinou, či samotná sociální práce.

2.2. PREVENCE ZÁVISLOSTI V ČESKÉ REPUBLICE

Dle UNODC (2013) je hlavním úkolem protidrogové prevence, aby mladistvý nejlépe vůbec nezačínali s užíváním návykových látek, nebo minimálně začali co nejpozději, pokud ale přeci jen začnou, prevence je má vést k tomu, aby si nerozvinuli nějaké související poruchy jako například závislost. Obecný cíl je ale hlavně o zdravém a bezpečném vývoji dětí, aby později mohli uplatnit své nadání a být prospěchem pro společnost.

„Prevencí vzniku závislostí je zejména úspěšný proces socializace, jehož základem je vhodné působení v rodině a naplnění důležitých potřeb v dětství a dospívání.“ (Kopecká, 2015, p.103)

Kopecká (2015) dělí prevenci drogové závislosti na tři stupně – primární, sekundární a terciální.

Primární prevence dle Kopecké (2015) je na samotném počátku, je započata již v rodině ovlivněná výchovou. U dítěte je nutné nastavit vědomí o droze jako o škodlivé látce, být zcela upřímný v tomto tématu a naučit dítě trávit volný čas. Do primární prevence spadají i školní preventivní programy nebo osobní zkušenosti od peer-konzultantů.

Sekundární prevenci popisuje Kopecká (2015) jako včasné rozpoznání prvotního ohrožení užívání drogy. Rodič by měl rozpoznat změny chování, prospěchu či známky viditelné na těle (např. vpichy)

Dle Kopecké (2015) je **terciální prevence** vlastně již samotná léčba, kde je hlavní složkou detox.

Kalina (2015) ještě zmiňuje termín nespecifická primární prevence. To je taková prevence, kam se řadí takové aktivity, které nejsou přímo spjaté s konkrétním problémem, v tomto případě se závislostí. Snaží se o zapojení zájmových, sportovních, kulturních či jiných aktivit, které vedou k dodržování pravidel ve společnosti. A odpovědnosti za své způsobené chování.

Křížová (2015) popisuje také termín prevence recidivy. Jedná se o prevenci, kdy už závislost nastala, dokonce byla absolvována léčba a je zapotřebí se vyhnout všem podnětům, které by opakovaný vznik závislosti vyvolaly. V těchto případech se obvykle tvoří „krizový plán“, který je sestaven tak, jak se uživatel v určitých situacích cítí a co má dělat, když má například chuť na drogu, nebo přicházejí úzkostné stavy. Plán by měl být sestaven dopředu a pravidelně se aktualizovat.

Matoušek (2011) popisuje preventivní programy v České republice. Obvykle je uspořádána beseda, kde odborníci přednášejí dětem ve škole. Dokonce se zkouší takzvaný vrstevnický program, což znamená, proškolení dětí, kteří jsou ve skupině se svými vrstevníky na pozici neformálních autorit, kde se předpokládá, že postoj k drogám dětí tito vrstevníci mohou lépe ovlivnit než dospělý. Oproti tomu v zahraničí se využívají strukturované vzdělávací programy, které podporují postoj dítěte k drogám a soustavně s nimi řeší různé důsledky užívání drog.

2.3. ZAŘÍZENÍ PRO LÉČBU ZÁVISLOSTÍ V ČESKÉ REPUBLICCE

Matoušek et al. (2010) popisují stávající služby a zařízení v České republice. Řeší služby jako terénní programy, nízkoprahová kontaktní centra, ambulantní léčbu, denní stacionáře, péči v detoxikačních jednotkách, psychiatrické léčebny, terapeutické komunity, doléčovací centra a právní poradny.

Terénní programy jsou dle Matouška et al. (2010) vykonávány přímo v prostředí, kde se uživatel nachází. Pro uživatele je nabízeno poradenství o užívání drogy a možnostech programů na léčbu. Pracovníci vyměňují jehly a nabízejí se kondomy či desinfekční prostředky.

Kalina (2003) popisuje terénní program jako poradenství, proces který má hlavně sociální a psychologickou úroveň. Zdůrazňuje, že se jedná o pomoc, ne o kontrolu. Je důležité aby uživatel měl právo si vybrat, zda službu potřebuje či ne. Proto je služba nastavena tak, aby se odehrávala v prostředí, kde je jedinci dobře. Služba může být jednorázová, či může být pravidelná.

Dle Bednářové a Pelecha (1999) je reprezentativní metodou terénní sociální práce streetwork. Popisují streetwork jako sociální práci, kde je hlavně o to aby se pracovník orientoval na podporu zájmů jednotlivců nebo celých skupin při jejich odlišnému způsobu života. Cílem této práce je pak oslovit jedince, kteří by pomoc sami nikdy nehledali ale mají zájem ji využít a to vše v jejich přirozeném prostředí a nabídnout možnosti kvalitnějšího způsobu života a sociální prevence. Tato služba je velmi oblíbená mezi uživateli drog. Navazování kontaktu s pracovníky je tak snazší a méně stresující.

Nízkoprahová kontaktní centra dle Matouška et al. (2010), se snaží o snižování rizik. Jsou velmi podobné již zmíněným terénním programům, ale nabízejí navíc možnost vykonávání hygieny či potravinovou pomoc. Nabízejí se dlouhodobá spolupráce, kde je možné udržovat uživateli motivaci k léčbě. Pomáhají s hledáním vhodné léčby.

„V kontaktním centru se setkáváme s klienty, kteří jsou vědomě či nevědomě se svým životním stylem spojeným s užíváním nespokojeni a mají potřebu osobní či společenské změny.“ (Kalina, 2003, p.270)

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2024) uvádí, že nízkoprahová kontaktní centra nejčastěji poskytují „výměnný program injekčních

setů. Pro rok 2023 byl tento program využit v řádech milionů. Konkrétně bylo využito uživateli přes 8 mil. kusů setů, což vychází v přepočtu přes 200 kusů setů na jednoho uživatele.

Ambulantní léčbu popisují Matoušek et al. (2010) jako dlouhodobější proces. Tato služba již klade na uživatele určité nároky, obvykle je již sestaven individuální plán léčby, jehož plnění se s klientem pravidelně konzultuje. Je možné kombinovat s rodinnou či párovou terapií.

Dle národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti (2024) se ambulantní služba nejčastěji poskytuje v psychiatrických nebo adiktologických ambulancích. Pro rok 2024 působí v České republice okolo 200 ambulantních programů.

Dle Matouška et al. (2010) jsou **denní stacionáře**, které nabízejí ambulantní léčbu formou celodenních programů obvykle na dva až tři měsíce, odkud se uživatelé vrací do svého obvyklého prostředí. Léčba je složena z individuální, skupinové a rodinné terapie.

Matoušek (2011) popisuje denní stacionář jako službu, která se poskytuje jen ve všední dny několik hodin. Poukazuje na důležitou součást psychoterapie, které vede k rozvoji každodenních činností a vyzdvihuje kvality jedince.

Detoxikační jednotku popisují Matoušek et al. (2010) jako program, který se zaměřuje na odstranění symptomů odvykacích projevů a vyčištění těla od návykových látek. Obvykle detox trvá 5-10 dní. Obvykle se předpokládá, že uživatel po ukončení detoxikačního programu nastupuje ihned na pobytovou léčbu.

Kalina (2003a) uvádí, že detoxikační jednotky vlastně slouží k tomu, aby očistily organismus uživatele od návykových látek a také zmírňují odvykací stav. Tato služba je pouze pro ty uživatele, u kterých hrozí, že by detoxikace nebyla bezpečná a také pro ty, kteří mají naplánovanou další návaznou léčbu. Například,

pokud by mohl být uživatel nebezpečný sobě nebo svému okolí. Tato služba u nás není tak často využívána.

Psychiatrická léčebna dle Matouška et al. (2010) jedná se o pobytovou službu, poskytuje krátkodobou léčbu v trvání 3-6 měsíců. Léčba má 3 fáze a probíhá formou individuální, rodinné nebo skupinové terapie.

Terapeutická komunita dle Matouška et al. (2010) je pobytová léčba v trvání 6-18 měsíců. Jedná se o intenzivní léčbu, strukturovaného typu rozdělenou do 4 fází. S velkým důrazem na terapii a společenský způsob života. Využívá rodinnou, individuální, skupinovou, pracovní terapii a poradenství.

Doléčovací centrum dle Matouška et al. (2010) jsou centra s následnou péčí zaměřena na prevenci relapsu. Obvykle trvá 6-12 měsíců. Následné péči bude následně věnována celá kapitola.

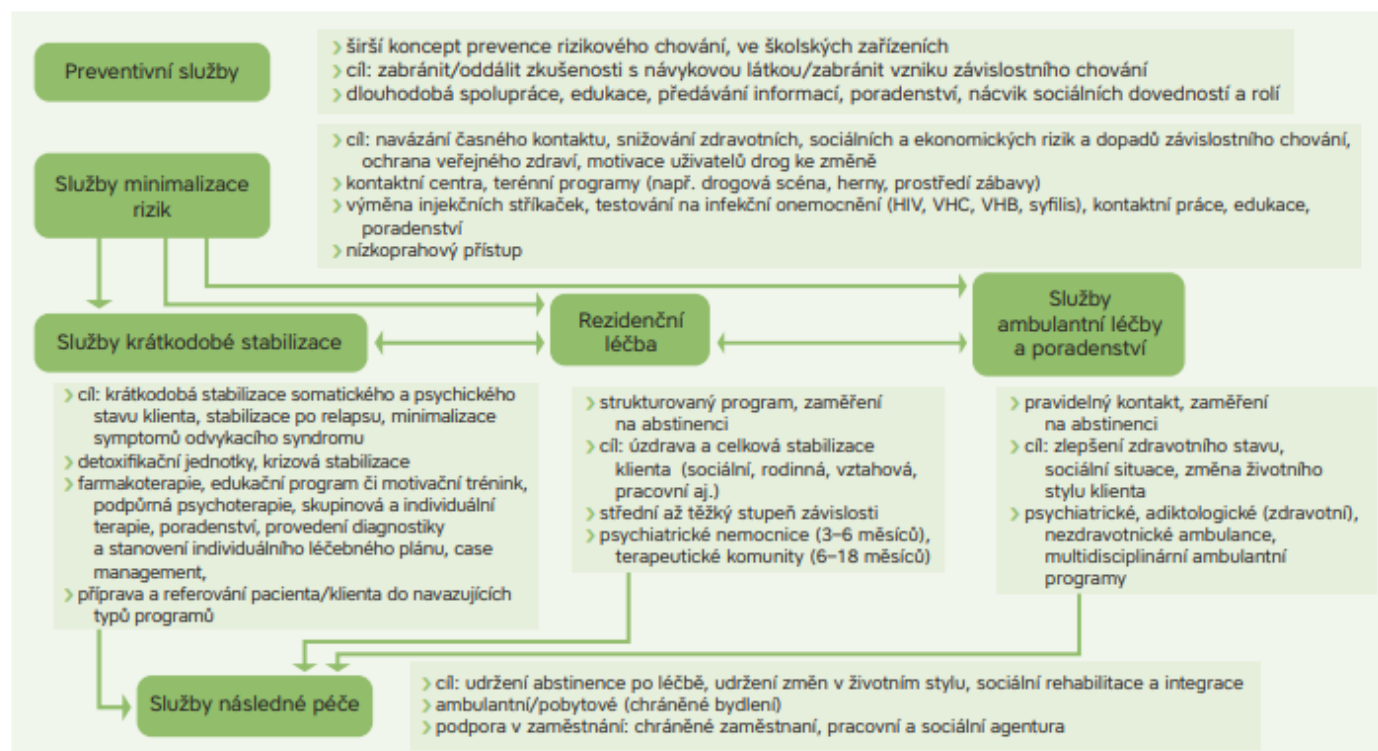
Právní poradna je dle Matouška et al. (2010) u nás relativně nová a výjimečná služba. Nabízí uživatelům, kteří mají právní problém či potyčku se zákonem poradenství, nebo zastupování při právních sporech.

Kolektiv autorů sdružení SANANIM (2007) nabízí seznam vhodných kontaktů, které by mohly být užitečné.

Dále národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2025) nabízí online takzvanou mapu pomoci, která nabízí všechny dostupné kontakty na zařízení v České republice, které se zaměřují na prevenci, poradenství a léčbu závislostí v ČR.

Obrázek 2: Síť adiktologických služeb v České republice – typologie služeb

Síť adiktologických služeb v České republice – typologie služeb



Zdroj: Chomynová, et al. (2021)

Obrázek 2. znázorňuje základní poskytované služby v České republice pro rok 2021 a jejich stručný popis. Na obrázku je vidět propojení a spolupráce mezi službami.

Chomynová et al. (2021) v souvislosti k obrázku 2. uvádí, že mezioborová spolupráce v oblasti adiktologických služeb je zásadní, protože nedostatky v těchto oblastech mohou negativně ovlivnit jejich fungování. Pokud není zajištěna provázanost služeb, dochází k omezení efektivity podpory pro osoby se závislostmi.

2.4. SOCIÁLNÍ SLUŽBY PO UKONČENÍ LÉČBY ZÁVISLOSTÍ V ČESKÉ REPUBLICE

Dle Matouška, Koláčkové a Kodymové (2010) se zvyšuje úspěšnost absolvované léčby, pokud se naváže službou následné péče. Služby následné péče mají hlavní cíle, kterými jsou stabilizování životního stylu uživatele, služba klienta učí, aby zvládal běžné životní fáze a snaží se o co nejmenší potřebu vazby na léčebné programy. Snaží se o stabilizaci vztahů uživatele, nalezení zaměstnání či samostatného bydlení nebo bydlení s minimální poskytovanou mírou podpory. Doléčovací programy mají sloužit spíše jako podpora uživatele v samostatnosti, například služba upozorní na vyřešení úřadů, poradí, co je k vyřešení potřeba ale samotné jednání už si uživatel řeší sám. V některých případech nastává relaps uživatele, to ale ještě neznamena ukončení služby. Je ale důležité situaci relapsu s uživatelem mapovat a najít příčinu. Před ukončením služby je potřeba zhodnotit, zda je uživatel stabilní a schopný fungovat bez doléčovacího programu.

Kalina (2001) zase uvádí, že následná péče je jen další etapou v léčbě závislosti a její smysl vidí spíše v udržování nově získaných změn, které uživatel získal během etapy léčení. S tímto popisem služby se ztotožňuje i Matoušek (2003) kdy uvádí, že se jedná o službu, která se poskytuje klientům, kteří prodělali dlouhodobou ústavní péči a hlavní práce služby se zaměřuje na udržení, či vyzdvihování získaných změn následkem léčby. Zdůrazňuje ale, že hlavní zodpovědnou osobou je v tomto případě uživatel.

Portál MPSV (2025) nabízí registr poskytovaných služeb v České Republice. Pro celou Českou Republiku se nabízí 44 zařízení, zaměřené na služby následné péče pro osoby potýkající se se závislostí.

Kolektiv autorů sdružení SANANIM (2007) upozorňuje, že v České republice máme specializované doléčovací programy. Pro přijetí jedince do služby je důležitá

minimálně 1-2 měsíční abstinence. K přijetí do chráněného bydlení je potřeba delší abstinence a často také dokončená léčba.

EMPIRICKÁ ČÁST

3. VÝZKUMNÉ OTÁZKY A METODOLOGIE

Tato kapitola představí výzkumné otázky a využitou metodologii výzkumu, vybranou k sepsání této práce.

3.1. VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Hlavní cíl práce je zjistit, jaké změny nastaly u konkrétního uživatele pervitinu a jeho rodiny po absolvování léčby závislosti na návykových látkách a jaké byly důsledky užívání drogy. Cílem práce je také zjistit, co chybí v sociálních službách k péči o uživatele návykových látek.

Výzkum je postaven na hlavní výzkumné otázce a dvou vedlejších, které je potřeba zodpovědět ke konečnému výsledku práce:

HVO 1: Jak se mění život uživatele pervitinu po absolvování léčby závislosti na návykových látkách?

VVO 1: Jak se mění život rodiny závislého po absolvování léčby na návykových látkách?

VVO 2: Jaké nedostatky vnímají klienti poskytování sociálních služeb pro osoby závislé na návykových látkách které ovlivňují jejich schopnost návratu do běžného života?

3.2. METODY VÝZKUMU

Vzhledem k nastaveným cílům práce jsem si vybrala kvalitativní výzkum, kdy formu sběru dat jsem pak zvolila polostrukturovaný rozhovor. Respondenti práce byli předem vybráni a rozhovory s nimi se nahrávaly v březnu 2025.

Prostřednictvím kvalitativního výzkumu a polostrukturovaných rozhovorů s uživateli a jejich rodinnými příslušníky jsem se snažila odhalit, jak respondenti vnímají posun ve fungování uživatele, a jak se mění jeho reakce na každodenní situace po absolvování léčby. Poukázala jsem na aktuální sociální služby a jejich dostupnost, která se běžným lidem nabízí.

Pracovala jsem hlavně s osobní zkušeností respondentů, kdy za pomoci předem připravených otázek bylo možné zahájit výzkum.

Dále jsem zvolila metodu otevřeného kódování, které mi umožnilo lépe a přehledněji pracovat se získanými daty a dostat se tak k závěru práce.

Věřím, že tato práce nejen objasní vnímání závislosti uživateli v jejím počátku, ale také přispěje k diskuzi o efektivitě sociálních služeb v České republice a nabídne cenné poznatky pro lepší pochopení procesu zotavení a reintegrace do společnosti.

3.3. VÝBĚR RESPONDENTŮ

Jako respondenty jsem zvolila rodinu, která si prošla zkušeností užívání návykových látek člena rodiny. Zkušenost s návykovou látkou člena rodiny a také zkušenost s absolvovanou léčbou uživatele byla zásadní kritéria při výběru respondentů. Oslovila jsem 4 respondenty. Uživatele návykových látek, matku uživatele, otce uživatele a bratra uživatele. Všichni respondenti souhlasili s účastí na výzkumu a poskytnutí rozhovoru. Věkové rozmezí respondentů se pohybuje od 27

let 50 a skládají se ze 3 mužů a jedné ženy všechny v příbuzenském vztahu. Vzhledem k zachování anonymity nejsou poskytnuty bližší informace o respondentech, kromě příbuzenských vztahů.

3.4. ETIKA VÝZKUMU

Každý respondent byl předem informován o tématu výzkumu a byl seznámen s následnými cíli práce. Byla zdůrazněna dobrovolnost a anonymita respondentů. Odpovědi respondentů jsou označeny pouze příbuzenským vztahem a pod označením respondent. Před zahájením rozhovorů bylo připomenuto, že je možné na citlivé otázky neodpovídat, tuto možnost nikdo nevyužil. Dále bylo zdůrazněno že, všechny odpovědi poslouží jen k výzkumu práce. Všichni respondenti uvedli na začátku rozhovoru že souhlasí s účastí na výzkumu a s nahráváním rozhovorů a tím poskytli informovaný souhlas.

3.5. STRUKTURA ROZHOVORU

Rozhovory se nahrávaly v březnu 2025, v domácím a příjemném prostředí respondentů. Vzhledem k citlivému tématu, rozhovor vždy probíhal s každým jednotlivým respondentem v soukromí v místě, které si každý respondent vybral sám pro navození příjemné atmosféry a klidu.

Před začátkem každého rozhovoru proběhlo krátké informování, co bude následovat a jaký je cíl práce. Poděkování tazatele za poskytnutý rozhovor a vysvětlení pravidel rozhovoru (připomenutí anonymity, dobrovolnosti).

Vždy na začátku rozhovoru zazněl úvod a potvrzení respondenta, zda souhlasí s výzkumem a nahráváním rozhovoru.

Byly připraveny dvě varianty otázek, jedna varianta byla vymyšlena pro rodinu uživatele návykových látek a ta druhá byla určena pro samotného uživatele. Počet otázek byl pro všechny stejný, pouze někde se objevují doplňující otázky v závislosti na směru rozhovoru. Nejdelší rozhovor téměř 56 minut proběhl se samotným uživatelem návykových látek, vzhledem k bohatým zkušenostem a nejkratší 18 minut poté s otcem uživatele. Rozhovor s matkou trval 26 minut a s bratrem 36 minut.

3.6. SEBEREFLEXE VÝZKUMNÍKA

Toto téma a výzkum jsem zvolila hned z několika důvodů. Hlavním důvodem byla osobní zkušenost, kdy jsem se vdala do rodiny kde se řešila problematika užívání návykových látek, což ve mně vyvolalo spousty otázek a ovlivňovalo to můj život. Následně jsem začala pracovat v psychiatrické nemocnici ve službě následné péče.

Dalším důvodem volby tématu byla aktuálnost tématu ve společnosti. Nemůžeme si nevšimnout nárůstu uživatelů drog, vzhledem k vývoji doby kdy neustále přicházíme s novými druhy návykových látek.

Výběr tématu také pramenilo v negativní osobní zkušenosti. Zajímalo mě, jak proces užívání návykových látek ovlivňuje nejen samotného uživatele ale i jeho rodinu, jelikož můj vlastní názor je takový, že tyto důsledky či potřeby bývají často přehlíženy.

Tento výzkum byl pro mě velmi obohacující a domnívám se, že forma získávání dat, byla vzhledem k cílům a tématu zvolena správně.

Během nahrávání rozhovorů bylo velmi náročné zůstat nestranná a nepromítat své osobní zkušenosti do interpretace dat a oddělit osobní vztahy od výzkumné role, vzhledem k tomu, že jsem respondenty znala. Před začátkem

rozhovoru jsme si proto nastavili profesionální rovinu a celý rozhovor byl v tomto duchu veden.

Během rozhovoru jsem byla transparentní, vždy jsem jasně vysvětlila cíle výzkumu a následné zpracování dat, respektovala jsem hranice a pravidelně si zapisovala své myšlenky a emoce respondentů.

Domnívám se, že i přes rodinné vazby k respondentům nebyl výsledek výzkumu nijak ovlivněn a můj blízký vztah při sběru dat nehrál žádnou roli.

Kdybych měla rozhovory vytvářet znovu, příště bych asi zvolila jiný druh otázek a nebo se více doptávala, jelikož nastala situace, kdy jsem dvakrát respondenty přivedla k odpovědi, což by se nemělo stávat a také bych zvolila více respondentů.

4. ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT

Metodou otevřeného kódování byli vytvořeny tyto následující kategorie, které byly vytvořeny pomocí příslušných kódů. Každá kategorie obsahuje zkoumaný jev který je důležitý aspektem k odpovězení výzkumných otázek.

4.1. POČÁTEK ZÁVISLOSTI

Počátek závislosti se v podstatě liší u většiny uživatelů návykových látek. Liší se i způsob, jakým okolí uživatele zjišťuje přítomnost závislosti a také reakce okolí na počátek závislosti. V případě mého výzkumu se respondenti shodují v otázce, jak se o závislosti uživatele dozvěděli, i že měli nějakou dobu před tím tušení, že uživatel užívá.

„No dozvěděla jsem se to tak, že ho zastavili policajti, ehm, nadýchal nebo nalízal, tak ho vzali, ehm, na zkoušku krve a tam se to potvrdilo, že má v sobě prostě pervitin nebo nějaký omamný látky.“ (R1 – Matka)

„Ehm, už nějakou dobu jsme komunikovali nějaké podezření vyplývající z chování syna a potom ehm mi sdělila to svoje přesvědčení, že to tak jako ehm podle toho chování odpovídá, že to tam musí být.“ (R2 – Otec)

Bratr uživatele uvedl, že od jeho prvotního podezření uběhl téměř rok, než se závislost potvrdila.

„...přišla situace, kdy jsem našel sáček něčeho neidentifikovatelného pro mě.“ (R3 – Bratr)

Na počátku závislosti rodina i samotný uživatel zažívali různé emoce. U dvou respondentů se objevoval hlavně pocit zklamání, emoční zhroucení, lítost nebo vztek.

„...prostě se vám zhroutí celý svět.“ (R1 – Matka)

„No, pro mě to byla strašná rána. Já jsem, z jedné strany lítost, z druhé strany obrovský vztek.“ (R3 – Bratr)

Jeden z respondentů vnímal situaci propuknutí závislosti bez počátečních emocí. Spíše se objevovalo připouštění situace.

„Tak vzhledem k tomu, že už jsme ehm nějaký čas předtím řešili nějaké jako podezření v několika případech, tak nebyla úplně překvapivá, spíš ehm byla potvrzující toho, co jsem si o té dané věci myslel a spíše jsem si to do té doby nechtěl úplně připustit.“ (R2 – Otec)

Samotný uživatel si počátky závislosti nijak nepřipouštěl, výzkum ukázal, že prvotní zkušenost s návykovou látkou neměla vliv na něj samého ani jeho život.

„... tak mi pořád jako nedocházelo, nebo no, asi, no nedocházelo, že jsem, že jsem jako závislý, prostě jsem si to nijak nepřiznával, že jo, nějak. A tady k tomu a dojít jako k tomu uvědomění si, že je to jako natolik zlé, že to je jako závislost a je třeba s tím jako něco dělat, tak to trvalo strašně dlouho..“ (R – uživatel)

Všichni respondenti se ale shodují v tom, že se jednalo o náročné životní období.

Příslušné kódy: Policie, testy, podezření, komunikace v rodině, potvrzení, emoce, popírání, odhalení, vztahy, hledání pomoci.

4.2.PŘÍČINY ZÁVISLOSTI

Nalézt příčinu problémového chování bývá velice důležitým a náročným aspektem pro rodiny uživatelů. Obvykle je ale nalezení příčiny prvním krokem k nápravě problému, kdy její odstranění může mít vliv na další průběh života.

V prvotní fázi výzkumu se ukázalo, že se odpovědi respondentů shodují v tom, že příčinou vzniku závislosti u uživatele bylo experimentování, zvědavost, nuda a špatná společnost.

„Asi to celé začalo tak, že nějakou zvědavostí, že jo, asi tak jak v pubertě u mladých, tak stejně tak u mě.“ (R – Uživatel)

„On se vždycky držel už od základní školy ehm takové jako blbé party lidí.“ (R3 – Bratr)

„...to nebylo z nějakého psychickýho hlediska, že to bylo spíš, ehm, nuda, kamarádi, jo, prostě si něco dokázat.“ (R1 – Matka)

Po hlubším zkoumání výzkumného problému, se ale ukazuje skrytá příčina vzniku závislosti a to očekávání úspěchu, dávání pocitu nejistoty a vztah s otcem a rozvod rodičů.

„...očekávání nějakých jako nějakých mých osobních výsledků a no a, a to jsem nedokázal.“ (R – Uživatel)

„... je mi dávaná najevo nějaká ta nejistota a potřeba se ehm, potřeba se nějak ujišťovat, tak tak to je mi často nepříjemné.“ (R – Uživatel)

„... tak tam nebylo daleko k tomu, aby, aby celá ta jako léčba hm, přišla vniveč. No, protože táta třeba je jeden z mých jako spouštěčů.“ (R – Uživatel)

„...vyčetl prostě všechno, co nám vyčíst mohl, nám spadla brada a jsme vůbec nechápali, že takovým způsobem jsme se na něm nějak podepsali, když jsme se rozváděli.“ (R1 – Matka)

Naopak otec uživatele nemá nejmenší tušení, že je tzv. spouštěč synovi závislosti. Spíše příčinu vzniku nechápe a nemá informace proč by měla závislost propuknout.

„To je otázka, nad kterou jsem mnohokrát ehm dlouze, obsáhle přemýšlel a nikdy jsem ehm na ni nenašel odpověď. Do dneška tomu nerozumím.“ (R2 – Otec)

Příčin závislostí v tomto výzkumu může být několik, ale za největší příčinu považují všichni respondenti právě zmíněnou společnost a experimentování.

Příslušné kódy: Experimentování, první zkušenost, nepochopení, málo informací, společnost, tolerance, kontrola, komunikace v rodině, rozvod, popírání, vysoká očekávání.

4.3.DOPADY NA UŽIVATELE

Užívání návykových látek je často spojováno s negativními dopady. Obvykle jsou největší dopady pozorovány na samotném uživateli návykových látek. Dopady mohou být minimální nebo také naprosto devastující až fatální.

Všichni respondenti se shodují, že závislost měla na život uživatele významný vliv hned v několika oblastech.

Jako prvotní dopad užívání návykových látek vidí všichni čtyři respondenti problémy v běžném fungování uživatele.

„...cokoli si vyřídit, vstanout, jít do práce, komunikovat, ehm já nevím, řešit úřady, telefonovat, cokoli. Uklidit si, prostě úplně od základních jako věci až po ty až po ty nějaké, nějaké důležité vyřizování si, no.“ (R – Uživatel)

„To je o naprostém selhání ehm standartního průběhu života. Ten člověk v tom stavu není schopen v podstatě ehm plnit ehm žádné zaměstnání, žádné pracovní úkoly.“ (R2 – Otec)

Výzkum také ukázal, jaký dopad mají návykové látky na osobnost a vnímání uživatele. Počátky kriminální činnosti – krádeže jako zdroj financí na drogy.

„Peníze kradl, jo, agresivní byl.“ (R1 – Matka)

„...jako absolutní úpadek osobnosti a ztráta všeho, co jsem měl rád, no.“ (R – Uživatel)

„...tělo si na užívání jako zvyká.. jsem začal ztrácet toleranci.“ (R- Uživatel)

„Jako každá závislost odvede člověka, chce se mi říct až pacienta, do úplně jiných sfér života. Místo toho, aby mohl řešit ehm budování ehm svých vlastních snů a cílů, ehm tak je zcela ovládán svou závislostí.“ (R2 – Otec)

Užívání návykových látek mělo na respondenta výzkumu dopad i v oblasti existenční. Bylo narušeno zázemí uživatele, ztráta řidičského průkazu, ztráta

zaměstnání, ztráta bydlení, finanční problémy. Ztráta bydlení uživatele byla pro všechny respondenty velkou ránou a emočně velmi náročné období.

„Kdyby tenkrát nepracoval pro, pro svého dědu, tak ehm, tak by nikdo nebyl tak tolerantní a on o tu práci přišel daleko dřív, pozdní příchody, někdy nepřišel vůbec.“ (R3 – Bratr)

„Když už jsem neměl fakt nikoho a byl jsem ve sračkách, bydlel jsem na tajno někde, dá se říct že na ulici nebo ve sklepě.“ (R- Uživatel)

„...byl špinavý, smradlavý, prostě úplně, úplně jako, myslím si, že to bylo jako takové to jeho dno..“ (R1 – Matka)

„Samozřejmě se zadlužil, že. Takže tam naskákali nějaké dluhy..“ (R1 – Matka)

Respondenti neuvádí žádné zdravotní dopady spojené s užíváním návykové látky. Uživatel mluví pouze o dopadu na zdravý chrup.

„...užíváním pervitinu i protože, jsem ho použil, tak jsem si ehm určitě uškodil několika svým zubům.“ (R – Uživatel)

Ovšem všichni respondenti se shodují, že největší dopady spojené s užíváním návykových látek jsou vztahové problémy.

„Posral to v celý rodině. Rozesral vztahy mezi náma.“ „...v tom dojezdu, kdy byl zase extrémně agresivní..“ (R3 – Bratr)

„...byl vlastně s tou svojí přítelkyní, s tou Míšou, a tam, tam byla ta agrese.“ (R1 – Matka)

„Přicházel jsem hm asi i o některé přátelé, které, které jsem znal dlouhodobě a byli jsme si, byli jsme si blízcí až, až k těm úplně nejbližším, ať je to rodina..“ (R – Uživatel)

„...v osobním ehm vztahu se pohybuje ehm zcela mimo, mimo pravdu a ehm, nelze, nelze se v tomto případě na takového, na takového člověka prakticky v ničem spolehnout.“ (R2 – Otec)

Výzkum ukázal, jak zásadní jsou v životech samotného uživatele, nebo jeho rodiny důsledky způsobené užíváním návykových látek a jak moc mění lidem životy od základu.

Příslušné kódy: každodenní fungování, bažení, osobnost, zázemí, vztahy, ublížení, komunikace, popírání, potvrzení, zdraví, dluhy.

4.4.DOPADY NA RODINU

Dopady užívání návykových látek se obvykle řeší na samotného uživatele. Bohužel ale užívání má vliv na celé okolí uživatele, nebojím se říct na celou společnost. Tato kategorie se zaměří na dopady u respondentů výzkumu.

Výzkum potvrdil, že u každého respondenta se objevuje dopad na psychický stav jedinců. Převažují negativní pocity nebo hledání zodpovědnosti za vznik návykového chování, které mají vliv na celkovou pohodu člověka.

„...smíšené pocity a lítost, ehm možná částečně zlost, nepochopení, ehm hledání příčiny ehm případné příčiny, do jaké míry já jsem jako rodič selhal, do jaké míry já jsem zodpovědný za tu závislost..“ (R2 – Otec)

„...takové to psychické, ten strach o to, o to dítě..“ „...že jsem to strašně těžce nesla a nespala jsem nad tím a, a bylo to prostě jako takové stresující období.“ (R1 – Matka)

Samotný uživatel návykových látek si dopady, které by mohli postihnout rodinu prakticky neuvědomoval, nebo nechtěl připustit že by nějaké mohli nastat, později uznává ublížení rodině.

„...v těch prvních fázích určitě asi, asi ne, protože jsem si za prvé ehm neuvědomoval nebo nepřiznával, že závislý jsem. Za druhé jsem si myslel, že jsem takový jako inkognito a nikdo to neví a nikdy nikdo vědět nebude.“ (R – Uživatel)

Bratr uživatele popisuje přemíru zodpovědnosti za chování bratra, kterou na něj přehodil jak uživatel tak jeho rodiče. Cítil potřebu všechny chránit. Z výzkumu tak

vychází jak náročná pro něho byla komunikace s rodinou i uživatelem, což na něj mělo velký psychický dopad. Výzkum také ukazuje, že bratr uživatele platit dluhy a poskytl ubytování pro uživatele. Pociťoval dopad na soukromí a finanční situaci.

„... v některých případech jsem musel lhát jak, jak bratrovi, tak jsem musel lhát tátovi, musel jsem lhát mámě, aby se to v tom středu nějakým způsobem, když to řeknu, aby neposralo..“ (R3 – Bratr)

„...jsem musel ehm naslouchat a snažit se pomoci oboum, oboum stranám, jo.“ (R3 – Bratr)

Všichni respondenti se shodují na tom, že se jejich životy závislostí výrazně nezměnily, jelikož si museli i nadále plnit své povinnosti, ale zároveň z výzkumu vychází, že největší dopady pro rodinu nastaly v oblastech psychického zdraví, emoční rovnováhy a finanční stránky.

Příslušné kódy: Pocit viny, emoce, popírání, zatajování, komunikace, nepříjemná situace, dluhy, nepochopení.

4.5.KROKY K ZAHÁJENÍ LÉČBY

Před tím, než započne samotná léčba je nutné podniknout jisté kroky. Pokud člověk není znalý ve službách na pomoc závislým osobám v České republice, jen těžko ví jak postupovat od zjištění závislosti na návykových látkách či návykovém chování k samotné léčbě.

Tři respondenti mého výzkumu jako první krok zahájení procesu léčby závislosti volili komunikaci, domluvu. Domnívali se, že jsou schopni závislost uživatele zvládnout vlastními silami. Snažili se pochopit, proč se uživatel k návykovým látkám přiklonil a vkládali mu důvěru v jeho samoléčbě.

„...jsme mu prostě domlouvali, on začal slibovat, že to bude prostě jako dobré, že už to neudělá..“, „... jsme mu, jakože věřili, a to byla taková jako chyba.“ (R1 – Matka)

„V první řadě to byla domluva, snaha. Snaha se domluvit.“ (R3 – Bratr)

„Snažil jsem se pochopit důvody ehmm toho vzniku té závislosti. Snažil jsem se společnou komunikací hledat cestu, jak z toho ven..“ (R2 – Otec)

Bratr uživatele dokonce uvádí, že se nějakou dobu pokoušel o řešení závislosti sám a jednání uživatele „kryl“ před zbytkem rodiny.

„...si myslím, že jsem se měl v té době zachovat jinak, protože já jsem to v první řadě jsem se ho spíš snažil krýt než to řešit.“ (R3 – Bratr)

Moji respondenti uvádí, že domluva prakticky nebyla žádným řešením a rozhodli se vyhledat odbornou pomoc. Tři z respondentů ale uvádí, nulovou zkušenost s problematikou závislosti a proto nebylo jednoduché najít pro uživatele vhodnou službu. Respondenti uvádí, že si nevěděli rady, kde mají hledat zařízení vhodná pro uživatele, vyzkoušeli internet, dotazování na městském úřadě a dotazování v nízkoprahovém zařízení v místě bydliště. Právě v nízkoprahovém zařízení dostali kontakt na službu Renarkon, která je určena pro osoby starších 15 let, kteří jsou aktivními uživateli nealkoholových drog, Službu využili nejdříve v Kopřivnici a poté ve Frýdku- Místku.

„jsme měli ve městě nízkoprahové zařízení, kam já jsem se šel informovat..“ (R3 – Bratr)

„...bylo to naše centrum Renarkonu. První kontakt byl v Kopřivnici na, na, na klientském místě.“ (R – Uživatel)

Respondenti uvádí, že největší překážkou při hledání první pomoci bylo popření uživatele, že se jedná o závislost. Uživatel si sám nemyslel, že má problém a proto neměl zájem situaci se službou řešit. Služby pro závislé v České republice, jsou postaveny na dobrovolnosti, pokud není nařízena ústavní léčba. Tento systém považuje za problém respondent, bratr uživatele.

„...překážky byly jenom v mojí hlavě.“ (R – Uživatel)

„...pro mě bylo úplně zarážející, že vlastně my ho tam nemůžeme dotáhnout za uši prostě a tady, tady jdeš jo.“ (R3 – Bratr)

„...tak jsem tam šel a a tvářil se jako, že bych to chtěl, že bych to chtěl řešit, ale přitom jsem tam nebyl dobrovolně a věděl jsem, že tam nechci být, a věděl jsem, že to dál nějak nechci řešit.“ „Byli mi tam nabídnutý doporučení..“ (R – Uživatel)

Rodina i přes nezájem uživatele dále využívala služby Renarkonu, převážně jako poradenské služby, nebo služby psychologů při rodinné terapii. Tu nehodnotí dobře jedna z respondentů.

„...a tam to nedopadlo jako dobře. Tam, tam jsme se jako zhádali..“ (R1 – Matka)

Oproti tomu dva respondenti poukazuje na největší spolupráci právě se zmíněnou službou Renarkon, jakožto jedinou službu, která byla rodině k dispozici a komunikovala tak, jak bylo pro rodinu přijatelné.

„...to byla vlastně jediná instituce, na kterou jsme byli schopni se odkázat, aby nám vůbec něco jako někdo řekl.“ (R3 – Bratr)

„My jsme dostali nějaké doporučení od ehm od ehm školených pracovníků toho Renarkonu..“ (R2 – Otec)

Po nějaké době od prvního kontaktu Renarkonu uživatel dle výzkumu změnil názor a vyhledal kontakt se službou sám, jelikož chtěl svou závislost řešit. Další kroky k zahájení léčby závislosti vycházeli ze spolupráce s kontaktním centrem. Dle odpovědí respondentů Renarkon nabídl další možnosti léčby a možné zprostředkování kontaktu se službami. Rodina také dostala nabídku využít služby pro sebe v případě nouze. Bylo jen na uživateli, jakým směrem se vydá. Rodina samozřejmě převzala doporučení služby a tato doporučení kladla na uživatele, který se rozhodl začít léčbu v Psychiatrické nemocnici v Opavě.

Příslušné kódy: Komunikace, domluva, umožňování, bezmoc, nalhávání, psycholog, doporučení na služby, hledání informací, nedostatečná nabídka služeb.

4.6. LÉČBA ZÁVISLOSTI

Léčba závislostí v České republice je náročným procesem. Česká republika nabízí provázaný systém služeb, který se zaměřuje na specifické potřeby uživatelů. Výzkum ukazuje, jaké možnosti léčby měl uživatel návykových látek k dispozici a které vedli k úspěšnému návratu do běžného života nezávislého.

Uživatel návykových látek v tomto výzkumu využil pro léčbu závislostí služby ambulantní a pobytové. Pobytové služby, přesněji Opavskou psychiatrickou léčebnu a Kroměřížskou psychiatrickou léčebnu. Všichni respondenti se shodují, že první léčba nebyla úspěšná a byla potřeba ještě další léčba.

„v Opavě, tam to tenkrát nevyšlo, to byla první léčba. Ta trvala 3 měsíce a hm ta nebyla, ta se nepovedla, ta nebyla úspěšná. To tenkrát netrvalo dlouho a byl jsem v tom zpátky. A, a pak po nějakých dvou, tuším že letech přišla ehm Kroměřížská psychiatrická nemocnice.“ (R – Uživatel)

Uživatel měl zájem pokračovat po pobytové léčbě nástupem do terapeutické komunity na Čeladné, vyplňoval různé přihlášky a psal motivační dopisy, ale tam se mu bohužel nepodařilo dostat. Po pobytové léčbě nastoupil do ambulantních služeb psychologa v Ostravě, kde dojížděl nejprve jednou za týden, později jednou za měsíc na pohovory. I tuto službu nakonec ukončil. Všichni respondenti se shodují, že o další jiné následné služby neměl uživatel zájem.

„...já jsem se bohužel do komunity, do komunity nedostal..“, „...kdybych to měl řešit dneska, jak už jsem poučený, tak bych to začal řešit mnohem nebo bych to začal řešit dřív..“ (R – Uživatel)

„...takže jsem ehm nakonec skončil vlastně s tím, že jsem pokračoval ambulantní léčbou..“ (R – Uživatel)

„...aby on pokračoval aspoň v nějaké ještě té léčbě nebo k psychologům a to a, a prostě ne.“ (R1 – Matka)

Příslušné kódy: Neúspěšná léčba, komunita, pobytová služba, následná péče, komunikace, ambulantní služba.

4.7.DOSTUPNOST A KVALITA SLUŽEB

U sociálních služeb je dle mého názoru nejdůležitější, aby služba byla dostupná a také kvalitní a splňovala cíle které nabízí. V případě mého výzkumu respondenti uvádí, své zkušenosti s dostupností a kvalitou služeb ze své praxe.

Všichni respondenti se shodují v tom, že než začali řešit vlastní zkušenost se závislostí na návykových látkách, neměli o léčbě závislosti a nabízených službách žádné zkušenosti.

„Než nastala situace s mým bratrem, tak jsem o žádných nevěděl, ani jsem se neinformoval.“ (R3 – Bratr)

V otázce dostupnosti se shodují respondenti v tom, že služeb je v České republice sice mnoho, ale vzhledem ke stoupajícímu počtu závislých osob to není dostatek.

„...těch závislých je mnohem víc než ehm těch ošetřovatelů nebo než ehm než tedy těch, těch, těch služeb.“ (R2 – Otec)

„...nějaká sestřička z oddělení a tam mi řekla, že maj plno. A že ehm to vidí nejdřív tak za 3 týdny.“ (R – Uživatel)

Respondenti ale také poukazují na to, že vytíženost pobytových zařízení se rychle mění, vzhledem k vysoké fluktuaci pacientů a to je právě onen rozhodující prvek v čekání na volné místo.

„...oni mají, že tam je jeden den plno a na druhý den tam může být polovina lidí. Tím jako tím úpadkem, no, ono hodně lidí si to rozmyslí.“ (R – Uživatel)

„Tam spíš jde o to, že těch lidí asi je na to tolik, že, že spíš je to, než se uvolní nějaké místo, jo, ale jako myslím si, že, že těch zařízení je už teďka málo.“ (R1 – Matka)

Respondenti také řeší otázku kvality služeb pobytové péče. Všichni se shodují v tom, že první léčba nebyla dobře nastavena a proto byla neúspěšná a kritizují její formu léčby a velice volný režim.

„Jako, ehm, ta Opava mě úplně nenadchla, to, tam se mi to zdálo, že tam je to hodně takové volné a benevolentní, že tam není úplně jako ta pevná ruka a ten pevný řád, jo, protože on, když se vrátil z té Opavy, on tam byl teda 3 měsíce a, a, a zase s tím stejně začal..“ (R1 – Matka)

„...to byl takový jenom ehm letní tábor, tak jsem, tak jsem to tenkrát bral, takže pro mě jako léčba jako léčba ta druhá v té Kroměříži..“ (R – Uživatel)

„extrémně smíšené pocity. Ehm, na jednu stranu přístup ehm fajn, až takovým způsobem, že by se mi to možná mně samotnému líbilo, že bych tam jel jako na dovolenou.“ (R3 – Bratr)

Oproti tomu pobytová služba, psychiatrická nemocnice Kroměříž se všem respondentům zdála jako kvalitní. Respondenti chválí přístup lékařů, informovanost, zapojení rodiny do léčebného programu a terapeutickou formu léčby. Tento druh léčby ukazuje výzkum byl úspěšný v léčbě závislosti uživatele.

„...kvalita té služby byla o mnoho lepší, i co se týče těch doktorů.“ (R3 – Bratr)

„třeba dramaterapie je, byla docela zábava jako z toho co, co jsem jako zažil já tak mnohokrát to byla i zábava, ale bylo to hodně poučné.“ (R – Uživatel)

„...v té Kroměříži a tam teda, tam jsem s tím byla hrozně spokojená, jo, jako tam opravdu, tam byl, tam byl opravdu řád..“, „...že tam byli i ti psychologové, ti, a, a adiktolog a tady toto, i pozvali nás tam, že jsme tam s nima seděli..“ (R1 – Matka)

Ke všeobecné dostupnosti služeb se respondenti vyjadřují negativně, poukazují na nepřehlednost a nízkou informovanost. Kritizují nedostatečné informování o postupu uživatele po ukončení pobytových služeb.

„...přišla vlastně situace, že ta léčba měla končit a co bude dál. V první řadě my jsme nebyli informováni, on nebyl informován, ehm já jsem nebyl informován..“ (R3 – Bratr)

Výzkum ukázal, že jsou v České republice stále služby, které je dle respondentů třeba posílit, změnit či u nás chybí. Převážně se jedná o formy prevence, kdy výzkum ukazuje, že je stále nízká informovanost. Dále se řeší otázka přístupu k uživatelům návykových látek, kdy se setkáváme s takzvaným nálepkováním až dokonce odsuzováním. Výzkum také poukazuje na to, že Česká republika nemá dle respondentů dostatek odborníků v ambulantních a následných službách.

„...prostě ty služby jsou nedostupné, v uvozovkách až neveřejné. Člověk fakt musí hledat, aby takovou službu našel, aby se do ní dostal.“ (R3 – Bratr)

„Prevence, stoprocentně, to si myslím, že to by mělo velký smysl.“ (R1 – Matka)

„...možná je málo, málo psychologů nebo adiktologů pro tu jako pro tu následnou péči..“ (R – Uživatel)

Příslušné kódy: nulové informace, kapacita, fluktuace, neúspěch, chybějící řád, volný režim, kvalitní přístup, terapie, informace, prevence, odborníci.

4.8. ŽIVOT PO LÉČBĚ

Z pohledu sociálních služeb nás uživatel návykových látek zajímá do doby, dokud nějaké sociální služby opravdu využívá. Otázkou je, co se ale děje s uživatelem po ukončení léčby. Uživatel i jeho rodina obvykle musí čelit mnoha výzvám.

Výzkum ukazuje, jaké změny nastávají u respondentů jakožto rodiny uživatele na návykových látkách. Největší změny pociťují jedinci sami na sobě. Pociťují vnitřní strach a opatrnost. Mají vyšší míru potřeby „kontroly“ uživatele. Stojí je to více energie a času, který mají potřebu věnovat uživateli. Změna nastává i v oblasti rodinných vztahů. Vztahy se postupně mění, vztah s otcem je podle názoru uživatele horší. Zhoršuje se i vztah s matkou, kvůli vysoké míře kontroly, ale všichni se shodují, že je stále snaha o zlepšení.

„On neměl přátelé, takže já jsem se s ním snažil trávit večery prostě. Mě to, když to vezmu blbě, dělal jsem to pro něj ale bralo mi to hodně.“ (R3 – Bratr)

„ ..prostě jsem ho musela kontrolovat, protože ehm, on nadělal dluhy a já už jsem prostě nechtěla..“ (R1 – Matka)

„...vzpomínky v těch blízkých ty a ve všech, kterým jsem jako ublížil, tak ehm, budou jako přetrvávat, že jo, a pravděpodobně na to jako nikdy nezapomenou.“ (R – Uživatel)

Po ukončení léčby nastávají změny i u samotného uživatele návykových látek. Respondenti se shodují v názorech, že největší změna nastává v oblasti běžného fungování, kdy se o sebe uživatel musí starat znovu sám, opětovně začít plnit své povinnosti a vrátit se opět do běžného života.

„...tak dneska, dneska práci mám, dneska práci mám, bydlení taky. Ehm, vedu ehm, snad hezký a normální ehm, život abstinenta.“ (R – Uživatel)

„...zajistit si, nakoupit si ehm vyprat si, připravit se, prostě ráno vstát na ten budík a jít do práce.. to byli věci, s kterými on se musel jako fakt prát, protože na ně nebyl za poslední dobu úplně moc zvyklý..“ (R3 – Bratr)

Tři respondenti se shodují, že vztahy po ukončené léčbě byli narušené příliš matka dokonce mluvila o zneužívání její pomoci. Všichni respondenti se ale shodují že bude ještě potřeba nějaká doba na úplné zotavení vztahů. Všichni věří, že naděje na nápravu je.

„...vůbec to vylézt z tama a podat si ruku s tátou jako, jako jedna z největších, z největších výzev..“ (R3 – Bratr)

„...myslím si, že tady toto, že jsem mu byla velkou oporou, možná až moc velkou, protože zase toho začal zneužívat a začal se na mě jakoby spoléhat jo?..“ (R1 – Matka)

„ ..tolik se sami sebe nebojíme, ale pořád tam máme ten zdvižený prst..“ (R3 – Bratr)

Některé změny, jakožto náprava důsledků způsobených užíváním návykových látek, potřebují čas. Na tom se shodují všichni. Všichni ale mají cíle, vedoucí ke stejnému závěru a to spokojenosti.

„...prostě věřím, že jednou nastane ten den, že a odpadne ze mě takový ten, takový ten strach o něho nebo ten jako ten pocit, jo?“ (R1 – Matka)

„...můj cíl jako ehm otce ehm i když už dávno zletilého syna ehm byl v tom, aby jeho život byl ehm zdravý, šťastný, aby žil spořádaný život, aby ehm mohl být sám na sebe hrdý a já na něj též.“ (R2 – Otec)

„...Hlavně abstinovat. A, a, a nezapomínat na to, co všechno mám za sebou prostě..“ (R – Uživatel)

Život po léčbě obnáší i strategie na zvládání relapsu. Výzkum ukázal faktory, které mají pozitivní vliv na odolávání návykovým látkám. Jedná se například o obnovení sebedůvěry, metody na zvládání cravingu jako je vzpomínání na to co bylo, přestěhování se z místa užívání, využívání komunitních center, stálé zaměstnání a režim a komunikace nebo nalezení vztahu.

„Já jsem mu říkal vždycky, že si musí najít nějakou dobrou babu, kterou si vezme a ta za ním bude stát (smích)“ (R3 – Bratr)

„...kdyby on měl ehm, od někoho, od nějaké, já nevím, autority nebo od člověka, kterému věří, prostě direktivně, ehm, tady budeš chodit, musíš tady chodit, jo?“ (R1 – Matka)

„...jsem přesvědčený o tom, že takový člověk by ehm měl například ehm ve své profesi pracovat v jednosměnném provozu, aby měl standardní, pravidelné ranní i večerní rituály..“ (R2 – Otec)

„...už nebydlím nebo jsem mimo, mimo místo mého užívání. To si myslím, že je nejdůležitější.“ (R – Uživatel)

Příslušné kódy: Oběť, vztahy, důvěra, kontrola, náprava, běžné fungování, výzva, zneužívání pomoci, naděje, cíle, prevence.

4.9.DOPORUČENÍ RESPONDENTŮ

Výzkum práce byl zaměřen na konkrétní rodinu a konkrétního uživatele návykových látek. Respondenti se shodují v tom, že bychom se měli dívat na problém závislosti jako něco, co se běžně v životě stává a měli bychom dát šanci na uzdravení. Společnost často tyto jedince odsoudí s nálepkou závislý nebo špatný pro společnost a poté je těžké se motivovat ke změnám. Respondenti se shodují v tom, že nesmíme brát léčbu závislostí, jako něco ostudného, ale zároveň musíme závislost přijmout a nepopírat její přítomnost.

„A neřešit vůbec to, že, že léčba, jakékoliv tady tohle centrum a psychiatrická nemocnice a cokoliv, jako když se na to jako okolí nějak dívá, že to je snad nějaká ostuda nebo tak, je to úplně jedno. Nejdůležitější je mít prostě rád sám sebe a dělat to pro sebe.“ (R- Uživatel)

„Přiznejte si to co nejdříve a začněte to řešit okamžitě, protože ta situace každým dnem, každou hodinou jde dál a dál a prostě tam už nejste schopni to zastavit a ten vlak jede, jede, jede až prostě vykolejí..“ (R3 – Bratr)

„...ať je nezavrhujou ty děti. Jakože ty šance, jednu, dvě, tři do nekonečna, musí každý dostat..“ (R1 – Matka)

Příslušné kódy: Sebeláska, pokora, pochopení, přiznání problému.

5. ODPOVĚD NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Hlavní výzkumná otázka:

Jak se mění život uživatele pervitinu po absolvování léčby závislosti na návykových látkách?

Výzkum potvrdil, jak zásadní změny nastávají u konkrétního uživatele pervitinu. Po ukončení léčby se jeho život mění od základu. Vše co ztratil, je potřeba nalézt zase zpět. Je potřeba obnovit základní existenční prvky. Uživatel si musel najít bydlení, zaměstnání. Během svého užívání přišel o přátele, po ukončení léčby bojuje se samotou a ztrácí osoby, které ho doprovázeli léčbou, v nichž nacházel pochopení (personál či ostatní pacienti). Napravuje narušené vztahy, což se zdá jako dlouhodobý problém. Změny nastávají i v oblasti každodenního fungování, jedná se od základních domácích prací, nakoupit si, vyřešit úřady nebo vstávat ráno do práce. To vše je pro bývalého uživatele nové a velmi stresující. Uživatel neví jak trávit svůj volný čas, nemá nastavený program jako v léčebně což je pro něj také velkou náročnou změnou.

Vedlejší otázka č.1

Jak se mění život rodiny závislého po absolvování léčby na návykových látkách?

Výzkum ukázal, že se život rodiny konkrétního uživatele pervitinu nemění razantním způsobem. Rodina i uživatel se v tomto případě snaží hlavně o odstranění vzniklých důsledků užívání návykových látek. Po ukončení léčby nastává zásadní změna v oblasti silně poškozených vztahů. Mění se priority respondentů. Mají potřebu zodpovídat za chování uživatele a často ho kontrolují. Snaží se mu zaplnit

volný čas, což je stojí spoustu energie a času. Vedou vnitřní boj sami se sebou nedělat věci za uživatele aby dostal příležitost se sám postavit na vlastní nohy, ale zároveň jsou velmi opatrní ze vzniku dalších nežádoucích situací. Výzkum poukazuje, že na dalších změnách, převážně vztahových, obnovení důvěry či zbavení se strachu o dítě se i nadále pracuje, jen je potřeba více času.

Vedlejší otázka č.2

Jaké nedostatky vnímají klienti poskytování sociálních služeb pro osoby závislé na návykových látkách které ovlivňují jejich schopnost návratu do běžného života?

Výzkum poukázal na několik nedostatků v poskytování sociálních služeb pro závislé osoby. Cítí potřebu, že je potřeba zvýšit četnost preventivních programů, jelikož vidí potenciál v zastavení možného vzniku závislostí. Prevence by měla dle respondentů být na školách, internetu ale i například v novinách aby byla veřejná a dostupná všem. V širším úhlu poskytování sociálních služeb se respondenti baví o lepší dostupnosti informací pro všechny. Je pro ně těžké se orientovat, jak vlastně začít a jaké služby jsou vůbec k dispozici. Výzkum také naznačil, nelibost ve fungování komunikace mezi jednotlivými službami. Očekávají větší provázanost a nabízení navazujících služeb. Představovali by si pobytová zařízení na lepší úrovni, kde bude nastavený pevný řád. Výzkum se také zmiňuje o to, že je nabízeno méně služeb, než je ve skutečnosti klientů. Uvítali by více dostupných psychologů, adiktologů a psychiatrů.

6. DISKUZE

Tato kapitola poslouží k tomu, abychom se mohli věnovat získaným skutečnostem a poznatkům vycházejících z výzkumu práce. Práce se zabývala zkoumáním života se závislostí ať už z pohledu uživatele návykových látek, nebo jeho rodiny. Cílem práce bylo zjistit, jaké změny nastaly v životech konkrétního uživatele pervitinu a jeho rodiny následně poté, co uživatel absolvoval léčbu a jaké byli důsledky užívání návykových látek. Výzkum měl také poukázat na to, co klientům chybí v poskytování sociálních služeb v péči o uživatele návykových látek.

K odpovězení cíle práce byla vytvořena jedna hlavní výzkumná otázka a dvě vedlejší výzkumné otázky, kterým je věnována samostatná kapitola.

Výzkum nás dovedl k několika kategoriím, které jsou provázané s cílem práce. Zabýval se samotným počátkem závislosti. Tato kategorie je pro výzkum důležitá, jelikož poukazuje na počáteční změny způsobené užíváním návykových látek. Již samotný počátek závislosti měl na respondenty silný emocionální vliv. Výzkum také poukázal na možné popírání rodiny i uživatele v samotném zárodku vzniku, což mohlo vést k jejímu prohloubení.

Další důležitou kategorií výzkumu, která navazuje na otázku života se závislostí jsou příčiny závislosti. Výzkum ukázal, že hlavní příčinou vzniku byla nuda a experimentování. Po následném hlubším zkoumání se ale ukázalo, že na vznik závislosti mohli mít vliv vztahy v rodině a kladení vysokých nároků na uživatele.

Výzkum také poukázal na kategorie dopady na uživatele a dopady na rodinu. Tyto kategorie byli velmi nápomocné k odpovězení výzkumných otázek. Nejvíce změn pro uživatele i jeho rodinu po ukončení léčby znamenalo právě odstraňování způsobených následků.

Výzkum potvrdil, že se životy respondentů mění před léčbou i po ní. Pro uživatele se jedná o změny zásadní, existenční a vztahové. Pro rodinu jsou to hlavně změny emocionální a vztahové. Všechny změny jsou ale pro každého respondenta významné.

Výzkum také poukazuje na mezery v poskytování sociálních služeb. Respondenti narážejí na to, kdyby měli dostatek informací a dostupné zařízení, jejich postup u řešení závislosti, by byl dost možná jiný, ne-li přímo úspěšnější.

Značné omezení svého výzkumu pociťuji v počtu zkoumaných respondentů. Věřím, že kdyby byl výzkum postaven na více různých rodinách, mohl by více posloužit jako příručka pro osoby s nulovými zkušenostmi se závislostí a jejím řešením.

Věřím, že má práce by mohla přispět k pochopení toho, co se děje v rodinách uživatele a mohla by být přínosem při zkvalitňování služeb zaměřených na léčbu závislosti v České republice. Osobně si myslím, že práce by mohla sloužit pro běžné obyvatele a mohla sloužit k odstranění sociálního stigma, které je tak často spojováno s uživateli návykových látek.

ZÁVĚR

Má bakalářská práce se zabývala tématem života se závislostí. V teoretické části jsem se zaměřila na vysvětlení, co je vlastně závislost. Rozdělení některých druhů drog a popis jejich účinku. V teoretické části se také zabývám příčinami a důsledky závislosti. Další kapitolou teoretické části je zaměření na léčbu závislosti.

Empirická část je postavena na základě kvalitativního výzkumu, vytvořena formou polostrukturovaného rozhovoru. Pro výzkum byla vybrána konkrétní rodina potýkající se se závislostí jednoho z členů na návykových látkách. Jednalo se o čtyři respondenty. Cílem výzkumu bylo zjistit, jak se respondentům žije po absolvování

léčby a případně co jim v chybělo v poskytování sociálních služeb. Výzkum odhalil všechny požadované skutečnosti i mnoho dalších.

Myslím si, že cíl práce byl pomocí odpovědí na výzkumné otázky splněn. Výzkum ukazuje, že efektivní řešení tohoto problému vyžaduje komplexní přístup zahrnující prevenci, včasnou diagnostiku a kvalitní odbornou péči. Práce rovněž ukázala, že stigma spojené se závislostí často brání lidem vyhledat pomoc. Domnívám se, že práce by mohla být přínosem. Důraz by měl být kladen na empatii a pochopení.

Závěrem lze říct, že život se závislostí je náročnou výzvou, která však nemusí být překonatelná. Doufám, že tato práce přispěla k lepšímu pochopení tohoto tématu a podpoří další diskuzi a případně následný výzkum v oblasti závislosti.

LITERATURA A ZDROJE

Bednářová, Z. a Pelech, L. (1999). *Sociální práce na ulici:streetwork*.Doplňěk.

Čírtková, L. a Vitoušová, P. (2007). *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů: příručka pro pomáhající profese*. Grada.

Goodyer, P. (2001). *Drogy a teenageři*. Slovanský dům.

Gossop, M. (2009). *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog:důkazy o účinnosti*. Úřad vlády České republiky.

Hajný, M. (2001). *O rodičích, dětech a drogách*. Grada Publishing.

Janík, A., & Dušek, K. (1990). *Drogy a společnost*. Avicem.

Kalina, K. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Filia Nova.

Kalina, K. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky.

Kalina, K. (2003a). *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky.

Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Grada Publishing.

Kolektiv autorů sdružení SANANIM. (2007). *Drogy: otázky a odpovědi*. Portál.

Kopecká, I. (2015). *Psychologie 3. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Grada Publishing a.s.

Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Portál.

Křížová, I. (2021). *Závislosti: Pro psychologické obory*. Grada.

Mahdalíčková, J. (2014). *Víme o drogách všechno?*. Woltners Kluwer.

- Matoušek, O. (2003). *Slovník sociální práce*. Portál.
- Matoušek, O. (2011). *Sociální služby: Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Portál.
- Matoušek, O., Kolářková, J., Kodymová, P. (2010). *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Portál.
- Marhounová, J., & Nešpor, K. (1995). *Alkoholici, feťáci a gambleři*. Empatie.
- Miovský, M. (2003). Konopné drogy. Kalina, K. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup*. (p.175).Portál.
- Nešpor, K. (2000). *Návykové chování a závislost*. Portál.
- Nožina, M. (1997). *Svět drog v Čechách*.KLP.
- Orlíková, B. (2007). Od experimentu k užívání. In Kolektiv autorů sdružení SANANIM (Eds.), *Drogy: otázky a odpovědi*. (p. 18). Portál.
- Presl, J. (1994). *Drogová závislost: Může být ohroženo i vaše dítě?*. Maxdorf.
- Röhr, H. P. (2015). *Závislost: Jak ji porozumět a jak ji překonat*. Portál.
- UNODC. (2013). *Mezinárodní standardy prevence užívání drog*. Úřad vlády České Republiky.

Internetové zdroje:

- Chomynová, P., Dvořáková, Z., Rous, Z. (2021, prosinec). *Zaostřeno: Návykové látky v České republice 2021*. Úřad vlády české republiky. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33745/1164/Zaostreno_2021-06_Navykove_latky_v_CR_2021.pdf
- Ministerstvo práce a sociálních věcí. (2025). *Registr poskytovatelů sociálních služeb*. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/registr-poskytovatelu-sluzeb>
- Ministerstvo zdravotnictví. (2020, 28. květen). *Výsledky národního výzkumu SZÚ a užívání tabáku v ČR potvrdily, že českých kuřáků ubývá, povědomí o zdravotních rizicích kouření se zvýšilo*. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/tiskove-centrum-mz/vysledky->

narodniho-vyzkumu-szu-o-uzivani-tabaku-v-cr-potvrdily-ze-ceskych-kuraku-ubyva-povedomi-o-zdravotnich-rizicich-koureni-se-zvysilo/

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. (2024). *Souhrn situace v oblasti nelegálních drog v České republice 2024*. Dostupné z: https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/35668/1334/Souhrn%20zpr%C3%A1vy%20o%20neleg%C3%A1ln%C3%ADch%20drog%C3%A1ch%202024_na%20web_fin1.pdf

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. (2025). *Mapa pomoci*. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/mapa-pomoci/>

Národní zdravotní informační portál. (2021, 30. duben). *Návykové látky (drogy)*. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/323-navykove-latky-drogy>

Nechanská, B. (2018, červenec). *Péče o pacienty s diagnózou F63.0 (patologické hráčství) v ambulantních a lůžkových zařízeních ČR v letech 2011–2017*. ÚZIS ČR.

Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2018_07_gambling_2017.pdf

10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. (2024, 1. leden). *F10-F19 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek*.

Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F11.2>

David J Nutt. (2010, 6. listopad). *Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis*. The Lancet. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61462-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61462-6/fulltext)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. - Formy a metody v léčbě drogových závislostí

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1. - Rozdělení drog dle míry rizika

Obrázek 2. - Síť adiktologických služeb v České republice – typologie služeb

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Otázky k rozhovoru s uživatelem návykových látek

Příloha 2 – Otázky k rozhovoru s rodinou uživatele návykových látek

Příloha 3 – Ukázka přepisu rozhovoru

PŘÍLOHA 1 – OTÁZKY K ROZHOVORU S UŽIVATELEM NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Úvodní otázky:

1. Mohl by jste mi prosím povědět o svých zkušenostech s návykovým chováním nebo látkami?

Začátek závislosti:

2. Mělo prvotní užívání vliv na vaše běžné životní fungování nebo na vztahy ve vaší rodině?
3. Co Vás přivedlo k tomu, že jste si uvědomil, že máte problém se závislostí?
4. Dokázal by jste identifikovat motiv, který vás vedl k užívání dané návykové látky nebo se začít věnovat konkrétnímu chování?

Vnímání závislosti:

5. Nastaly u vás nějaké změny, když jste začal užívat návykové látky ?
6. Jaké změny ve vašem životě jste si všiml od doby, kdy se závislost začala rozvíjet?
7. Přemýšlel jste během vaší závislosti, jaký dopad může mít vaše závislost na vaší rodinu?

Pokud ano, jaké?

8. Dokázal by jste objektivně popsat důsledky svojí závislosti na vás samotném? Jaké dopady se skutečně objevily ve vztahu k vaší rodině nebo ve vašem blízkém okolí?

Řešení závislosti v ČR:

9. Podnikl jste nějaké kroky k vyhledání pomoci? Jaké? Zkoušel jste různé programy nebo terapie?
10. Byly Vám nabídnuty možnosti léčby? Pokud ano, jaké?
11. Které druhy léčby jste nakonec využíval?
12. Jaké jsou vaše zkušenosti s dostupností sociálních služeb a programů na léčbu závislosti v České republice?
13. Jsou nějaké služby, které by jste rád v České Republice měl a chybí Vám?
14. Setkal jste se s nějakými překážkami při hledání pomoci? Jaké to byly?

Život po léčbě:

15. Změnilo se něco ve vašem životě po absolvování léčby? Pokud ano, co to bylo?
16. Co vám pomohlo, či pomáhá k návratu do běžného života a společnosti?
17. Osvojil jste si nějaké dovednosti nebo strategie, abyste odolával opětovnému pádu do závislosti? Jaké?
18. Povedlo se Vám zmírnit či zcela odstranit dopady užívání drog?
19. Jaké jsou vaše cíle a plány do budoucna?

Závěrečné otázky:

20. Co byste doporučil ostatním lidem, kteří se potýkají se závislostí, a jak mohou začít hledat pomoc?

PŘÍLOHA 2 – OTÁZKY K ROZHOVORU S RODINOU UŽIVATELE NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Úvodní otázky:

1. V jakém vztahu jste k uživateli návykových látek?

Začátek závislosti

2. Jak jste se dozvěděli o závislosti svého dítěte/bratra?
3. Jaké byly vaše první reakce na tuto informaci?
4. Co si myslíte, že vedlo k rozvoji závislosti vašeho dítěte/bratra?
5. Jaké kroky jste podnikli, když jste zjistili, že vaše dítě/váš bratr je závislý/ý?

Vnímání závislosti

6. Nastaly ve vašem životě nějaké změny, když jste zjistili že je vaše dítě/bratr závislý?
7. Pokud ano, jaké změny to byly?,
8. Měla závislost nějaký vliv na život vašeho syna/bratra? Pokud ano, jaký?

Řešení závislosti v České republice

9. Máte nějaké znalosti o dostupných sociálních službách a léčebných programech v České republice pro závislé osoby? Pokud ano, jaké?
10. Podnikli jste nějaké kroky k vyhledání pomoci? Byly nějaké překážky?
11. Byly Vám někde nabídnuty konkrétní kroky a možnosti léčby?
12. Měli jste jako rodina možnost zasahovat do výběru léčby uživatele? Pokud ano, jak vaše zásahy vypadaly?
13. Měli jste možnost zajistit odbornou pomoc pro sebe jako rodinu? Pokud ano, jaká byla vaše zkušenost?

14. Jaké jsou vaše zkušenosti s kvalitou péče a podpory, které vaše dítě/ váš bratr dostal/o během léčby?
15. Jaké jsou vaše zkušenosti s dostupností sociálních služeb a programů na léčbu závislosti v České republice?
16. Jsou nějaké služby, které by jste rád v České Republice měl a chybí Vám?

Život po léčbě

17. Změnilo se něco ve vašem životě, po absolvování léčby vašeho syna/bratra?
Pokud ano, co ?
18. Objevily se nějaké výzvy pro vás nebo vašeho syna/bratra, po léčbě závislostí?
Jaké výzvy to byly a jak se vaše dítě/bratr s těmito výzvami vyrovnává?
19. Změnily se nějak po léčbě vztah mezi vámi a vaším synem/bratrem? Jak?
20. Co by podle vás dále mohlo přispět k procesu zotavování vašeho dítěte/bratra?

Závěrečná otázka

21. Co byste chtěli poradit jiným rodinám, kteří se potýkají se situací závislosti jejich člena rodiny?

PŘÍLOHA 3 – UKÁZKA PŘEPISU ROZHOVORU

T – Tazatel

R3 – Respondent, bratr

T – Ehm, děkuji. Dostáváme se k nějakému samotnému řešení té závislosti. Ehm, máte nějaké znalosti o dostupných sociálních službách a léčebných programech v České republice pro závislé osoby?

R3 – Než se stala situace s mým bratrem, tak jsem o žádných nevěděl, ani jsem se neinformoval. Takže když na to přišlo, tak jsme se snažili něco hledat. Samozřejmě první, co internet. Druhá věc nějakí ehm přátelé, co si tím eventuálně taky nějakým způsobem v rodině ehm prošli. A začali jsme hledat, jenomže ehm pro takového ehm jak bych řekl, úplně neznalého, kdo do toho spadne úplně poprvé jako od nás jako rodiny, co se snaží někomu pomoci, tak ehm nebylo k dohledání nic konkrétního, co by jsme jako mohli dělat, co máme podniknout za kroky. Byly tam nějaké ehm nějaké instituce typu Renarkon a tak dále, které kontaktujte nás při těchhle těch problémech, takže to jsme vyhledali prakticky jako první. Ale kdybych já v té chvíli ehm věděl, nebo kdyby jsme se vůbec dozvěděli, jakým způsobem se dostat a kontaktovat vyloženě ty léčebné ehm léčebné místa, na ty léčebny, tak možná jdeme jiným směrem, jo. Ale tyhle byly nejjednodušší, nebo respektive jediné takové dohledatelné kroky, které byly schopné něco říct a sjednat si nějakou, nějakou schůzku, kam jsme mohli přijít.

T- Ehm, další otázku jste mi vlastně teďka zodpověděl. Ehm, jaké kroky vlastně vedly vás k té vyhledávání té pomoci a jestli byly nějaké překážky. Dalo by se říct, že teda ehm nebylo nebyl, jste dostatečně informován, nebo nepřehlednost jakoby ehm těch služeb na internetu, nebo co byste řekl jako překážku?

R3 – Jednak to bylo nepřehlednost. Já jsem byl už i v situaci, kdy jsem jako šel někde na městské informační centrum, hledal letáčky, jestli se někde něco takového nenachází. My jsme měli ve městě nízkoprahové zařízení, kam já jsem se šel informovat. Tam mě taky ehm odkázali prakticky, nebo ne že odkázali, ale řekli mi, že existuje něco jako Renarkon, ale ani oni tady z toho nízkoprahového zařízení mi nebyli schopni říct, kam vlastně jako můžu jít, co já mám co já mám vlastně dělat, jo.

T - Takže vlastně ehm další otázka je taková, jestli vám někdy byly nabídnuté konkrétní kroky a možnosti léčby ehm v podstatě vám byly nabídnuté až v tom Renarkonu, jestli to chápu správně?

R3 – Ano, protože to byla vlastně jediná instituce, na kterou jsme byli schopni se odkázat, aby nám vůbec něco jako někdo řekl.

T – Ehm, jenom taková doplňující otázka k tomu, jak si myslíte, že by se tohle dalo změnit? Co by mělo vést k tomu, abyste byl líp informován?

R3 – Tak ehm já si myslím, že určitě už na tom na tom internetu, aby se o tom o tom informovalo, aby se o tom ehm více psalo o této problematice celkově, protože já si myslím, že naše společnost se za to pořád nějakým způsobem stydí. A tohle to nejsou věci, které jsou pro běžného člověka, který se s tím nikdy nesetkal, tak ehm nejsou k dohledání ani viditelné. To je první věc jako, co si myslím, že těm lidem by se mělo vyloženě tlouct do hlavy. Existují tyhle problémy, můžete do nich spadnout sami. Ať to jsou články hm na novinkách nebo kdekoliv prostě, jo, aby se to nějak propagovalo.