

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav veřejného zdravotnictví



Bc. Alžběta Kratochvířová

**Dostupné formy pomoci pre členov rodiny
s abúzom návykových látok v Bratislavskom
kraji a Prešovskom kraji**

Diplomová práca

Vedúci práce: PhDr. Mgr. Ivana Olecká, Ph.D.

Olomouc 2024

Prehlasujem, že svoju diplomovú prácu „Dostupné formy pomoci pre členov rodiny s abúzom návykových látok v Bratislavskom kraji a Prešovskom kraji“ som vypracovala samostatne pod vedením vedúceho diplomovej práce a s použitím iba citovaných zdrojov v súlade so zákonom č. 121/2000 Sb., o práve autorskom, o právach súvisiacich s právom autorským a o zmene niektorých zákonov (autorský zákon), v znení neskorších predpisov.

Olomouc 30. marca 2024

Pod'akovanie

Chcela by som sa pod'akovať vedúcej mojej diplomovej práce PhDr. Mgr. Ivane Oleckej, Ph.D. za dôveru, pomoc a cenné rady, ktoré mi poskytla pri mojej záverečnej práci. Zároveň by som sa chcela pod'akovať praktickým lekárom za povolenie uskutočniť výskum a všetkým respondentom, ktorí výskum pomohli zrealizovať. V neposlednom rade patrí pod'akovanie mojej rodine a partnerovi za podporu, pomoc a trpezlivosť pri písaní práce i celom štúdiu.

OBSAH

ÚVOD	6
1 CIEĽ PRÁCE A REŠERŠNÁ STRATÉGIA	8
1.1 Popis výskumného problému.....	8
1.2 Stanovenie PICO	8
1.3 Návrh rešeršnej stratégie.....	9
2 ZÁVISLOSŤ.....	12
2.1 Príčiny vzniku závislostí.....	13
2.2 Dôsledky závislostí	15
2.3 Liečba závislostí	16
2.3.1 Dostupnosť zdravotnej starostlivosti	17
3 NÁVYKOVÉ LÁTKY	18
3.1 Alkohol	18
3.2 Tabak	19
3.3 Upravené konope-marihuana a hašiš	21
3.4 Lieky	22
3.5 Opiáty	23
3.6 Amfetamíny a ich deriváty	24
3.7 Kokaín a extáza.....	25
3.8 Halucinogénne drogy-LSD, lysohlávky	25
3.9 Prchavé látky	26
3.10 Novo populárne legálne návykové látky	27
3.10.1 Nikotínové vrecúška	27
3.10.2 Konopné produkty CBD, HHC.....	27
3.10.3 Kratom	28
3.10.4 Energetické nápoje.....	29
4 PREVENCIA ZÁVISLOSTÍ.....	30
4.1 Primárna prevencia	30
4.2 Sekundárna prevencia.....	31
4.3 Terciárna prevencia	33

5	RODINA SO ZÁVISLÝM ČLENOM.....	36
5.1	Typy rodín	37
5.2	Funkcie rodiny	37
5.3	Fázy vývojev vzťahov	38
6	VLASTNÝ VÝSKUM	40
6.1	Ciele výskumu, výskumné otázky a hypotézy.....	40
6.2	Operacionalizácia hypotéz.....	41
6.3	Charakteristika výskumného súboru	49
6.4	Metodika výskumu	50
6.5	Metódy zberu a spracovania dát	50
7	VÝSLEDKY VÝSKUMU.....	52
7.1	Vyhodnotenie základných údajov o respondentoch	52
7.2	Základné informácie o Bratislavskom a Prešovskom kraji	55
7.3	Vyhodnotenie výskumných otázok a hypotéz	56
	DISKUSIA.....	73
	ZÁVER	77
	ANOTÁCIA.....	79
	SÚPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITÁCIÍ.....	80
	ZOZNAM SKRATIEK.....	93
	ZOZNAM TABULIEK	94
	ZOZNAM GRAFOV	95
	ZOZNAM OBRÁZKOV	96
	ZOZNAM PRÍLOH.....	97
	PRÍLOHY	98

ÚVOD

Na nás všetkých pôsobí množstvo vplyvov, či už pozitívnych alebo negatívnych. Niektorí ich zvládajú pomocou športu, relaxácie, spánku alebo tou najrýchlejšou a najjednoduchšou metódou, ktorou sú návykové látky. Návykové látky samy o sebe nie sú ani dobré ani zlé. Až v rukách človeka a v určitom sociálnom kontexte sa môžu návykové látky stať ničivým prostriedkom. Za iných okolností môžu byť dobrým pomocníkom, ba až prostriedkom zachraňujúcim život (Živný, 2012).

Abúzus návykových látok ako významný determinant zdravia a sociálnej pohody ovplyvňuje všetky aspekty ľudského života už od dávnej minulosti. Účinky ópia, kokaínu a hašiša poznali naši predkovia tisíce rokov pred naším letopočtom. Ide o látky s pozitívnym, liečivým a povzbudzujúcim účinkom, no zároveň ich abúzus predstavuje riziko a nebezpečenstvo v podobe ohrozenia užívateľov a ich okolia (Olecká, Pospíšil, 2023).

Návykové látky sú problémom celej spoločnosti, nie iba závislých osôb. Užívanie návykových látok patrí medzi najvýznamnejší determinant chorôb a úmrtností (Olecká, Pospíšil, 2023). O nebezpečenstve pre celú spoločnosť svedčí narastajúci počet liečených pacientov závislých na návykových látkach. Slovenská republika patrí podľa prieskumov ku krajinám s najvyššou spotrebou alkoholu a tabaku. Aj keď máme vysokú spotrebu alkoholu, hospitalizácie nám v dôsledku alkoholu klesajú. Z nelegálnych drog najviac pribúda závislých na pervitíne, novoliečení pacienti však pochádzajú hlavne z užívateľov kokaínu a marihuany (NCZI, 2022).

Závislosť predstavuje pre verejné zdravotníctvo zásadný problém, pretože má ťažké a ďalekosiahle zdravotné a sociálne dôsledky (Vachette, 2021). Závislosť je jeden z najzávažnejších celosvetových problémov. Keď rodinu postihne závislosť u jedného člena, trpí s ním celá rodina. Rodina hrá v otázke závislostí svojho člena dôležitú úlohu, či už pri vzniku závislostí alebo pri následnom vysporiadaní sa s touto skutočnosťou. Užívanie návykových látok je súčasťou každej spoločnosti, prirodzene zasahuje aj rodiny. Harmonické rodinné prostredie, ktoré si plní svoje funkcie, má pre dieťa veľký zmysel, pretože tvorí jeho citové zázemie, bezpečnosť a istotu. Závislosť mladistvých sa zaraďuje medzi najnegatívnejšie javy spoločnosti. Alarmujúcou skutočnosťou je

závislosť rodičov, ktorá negatívne ovplyvňuje celkovú situáciu v rodine (Pétiová, 2009, Kahan, Žiaková, 2018).

Problematika návykových látok sa môže líšiť aj od demografického rozloženia krajov. Slovensko sa rozdeľuje na „rozvinutý západ“ a „zaostávajúci východ“, to potvrdzuje aj fakt, že Bratislavský kraj na západnom Slovensku je najbohatší a Prešovský kraj na východnom Slovensku najchudobnejší. Plešivčák (2022) vo svojom výskume analyzuje kraje a popisuje ich nedostatky. Udáva, že v Prešovskom kraji je podpriemerný počet vysokoškolsky vzdelaných obyvateľov, podpriemerný počet autobusov a železničných tratí, nedostatok lekární, vysoká nezamestnanosť hlavne mladých ľudí a nadpriemerný počet ľudí žijúcich v chudobe. Naopak v Bratislavskom kraji vidí nedostatky prevažne v environmentálnej oblasti a v nedostatku miest v zariadeniach sociálnych služieb.

Diplomová práca sa zameriava na osoby s abúзом návykových látok a na ich dostupnú pomoc. V teoretickej časti popisujeme závislosť, návykové látky, prevenciu a rodinu so závislým členom. Cieľom práce je zistiť dostupnú pomoc rodine, v ktorej sa vyskytol člen s abúзом návykových látok.

1 CIEĽ PRÁCE A REŠERŠNÁ STRATÉGIA

Hlavným cieľom práce je zistiť dostupnú pomoc rodine, v ktorej sa vyskytol člen s abúzm návykových látok.

1.1 Popis výskumného problému

V dnešnej dobe čoraz viac ľudí užíva návykové látky. Zneužívanie návykových látok je závažný osobný a spoločenský problém. Závislosti sa v moderných dejinách ľudstva stali problémom, s ktorým sa stretávame čoraz častejšie a hlavne u mladých ľudí (Živný, 2012). Závislosti sú jednou z najväznejších porúch vo fungovaní rodiny (Kahan, Žiaková, 2014). Kováčsová (2020) predpokladá, že pribúdajúcim počtom ľudí so závislosťou rastie s veľkou pravdepodobnosťou aj počet rodinných príslušníkov žijúcich v týchto rodinách so spoluzávislosťou. Rozvinutá závislosť je už vážny a ťažko riešiteľný problém, ktorý vyžaduje odbornú pomoc (Úrad verejného zdravotníctva SR).

1.2 Stanovenie PICO

P – Population/problem/patient (populace/problém/pacient)

Rodina s abúzm návykových látok, v ktorej sa vyskytol aspoň 1 člen užívajúci návykové látky: tabak, alkohol, lieky, opiáty (morfín, popr. heroín), amfetamíny a ich deriváty (pervitín), kokaín, extáza, upravené konope (hašiš a marihuana), halucinogénne drogy (LSD, lysohlávky). Výskumný súbor budú rodičia a deti v ambulanciách praktických lekárov.

I – Intervention (intervence)

Vytvorenie vlastného dotazníka, ktorý bude skúmať dostupnosť pomoci pre rodinu s abúzm návykových látok, a to dostupnosť služieb, formy služieb, ich informovanosť a hmotnú/nehmotnú pomoc.

C – Comparison/control (komparace, porovnaní/kontrola)

Porovnávanie dostupnej pomoci v Bratislavskom a Prešovskom kraji na Slovensku.

O – Outcomes (výstupy)

Vyhodnotenie vlastného dotazníka. Snaha získať dostatočne reprezentatívnu vzorku. Výstupom by malo byť zhodnotenie dostupnej pomoci pre rodiny s abúzm návykových látok, a to dostupnosť služieb, formy služieb, ich informovanosť a hmotnú/nehmotnú pomoc. Následne popíšem odporúčania pre prax a prevenciu.

1.3 Návrh rešeršnej stratégie

V diplomovej práci boli použité stratégie stavebných kameňov, ktoré sa skladajú z Booleovských operátorov (AND, OR, NOT). Pri vypracovaní rešeršnej stratégie boli použité nasledovné kľúčové slová: návykové látky, rodina, závislosť, pomoc. K vyhľadávaniu relevantných a aktuálnych informácií boli využité nasledujúce databázy ako Google Scholar, Medvik, EBSCO, Web of Science a SCOPUS.

Kritéria vyhľadávania



Kľúčové slová v ČJ: Návykové látky, rodina, závislosť, pomoc

Kľúčové slová v AJ: Drugs, family, addiction, help

Jazyk: český, anglický

Obdobie: 01.01.2010 – 14.05.2023

Databáza: Google Scholar, Medvik, EBSCO, Web of Science, SCOPUS



Google Scholar:

Ku dňu 14.05.2023

- „návykové látky“ and „rodina“ celkovo našlo 15 500 prác
- „návykové látky“ and „závislosť“ celkovo našlo 16 100 prác
- „návykové látky“ and „rodina“ and „pomoc“ celkovo našlo 15 300 prác
- „návykové látky“ and „rodina“ and „závislosť“ and „pomoc“ celkovo našlo 16 000 prác
- „drugs“ and „family“ celkovo našlo 39 200 prác

- „drugs“ and „addiction“ celkovo našlo 239 000 prác
- „drugs“ and „family“ nad „help“ celkovo našlo 29 100 prác
- „drugs“ and „family“ and „addiction“ and „help“ celkovo našlo 90 200 prác

Medvik:

Ku dňu 14.05.2023

- „návykové látky“ and „rodina“ celkovo našlo 5 prác
- „návykové látky“ and „závislost“ celkovo našlo 180 prác
- „návykové látky“ and „rodina“ and „pomoc“ celkovo našlo 0 prácu
- „návykové látky“ and „rodina“ and „závislost“ and „pomoc“ celkovo našlo 0 prác
- „drugs“ and „family“ celkovo našlo 1 223 prác
- „drugs“ and „addiction“ celkovo našlo 717 prác
- „drugs“ and „family“ nad „help“ celkovo našlo 26 prác
- „drugs“ and „family“ and „addiction“ and „help“ celkovo našlo 2 práce

EBSCO:

Ku dňu 14.05.2023

- „návykové látky“ and „rodina“ celkovo našlo 0 prác
- „návykové látky“ and „závislost“ celkovo našlo 4 práce
- „návykové látky“ and „rodina“ and „pomoc“ celkovo našlo 0 prác
- „návykové látky“ and „rodina“ and „závislost“ and „pomoc“ celkovo našlo 0 prác
- „drugs“ and „family“ celkovo našlo 214 002 prác
- „drugs“ and „addiction“ celkovo našlo 158 851 prác
- „drugs“ and „family“ nad „help“ celkovo našlo 11 975 prác
- „drugs“ and „family“ and „addiction“ and „help“ celkovo našlo 1 963 práce

Web of Science:

Ku dňu 14.05.2023

- „návykové látky“ and „rodina“ celkovo našlo 0 prác
- „návykové látky“ and „závislost“ celkovo našlo 0 prác
- „návykové látky“ and „rodina“ and „pomoc“ celkovo našlo 0 prácu
- „návykové látky“ and „rodina“ and „závislost“ and „pomoc“ celkovo našlo 0 prác
- „drugs“ and „family“ celkovo našlo 77 603 prác
- „drugs“ and „addiction“ celkovo našlo 31 421 prác
- „drugs“ and „family“ nad „help“ celkovo našlo 6 124 prác
- „drugs“ and „family“ and „addiction“ and „help“ celkovo našlo 445 práce

SCOPUS:

Ku dňu 14.05.2023

- „návykové látky“ and „rodina“ celkovo našlo 0 prác
- „návykové látky“ and „závislosť“ celkovo našlo 0 prác
- „návykové látky“ and „rodina“ and „pomoc“ celkovo našlo 0 prác
- „návykové látky“ and „rodina“ and „závislosť“ and „pomoc“ celkovo našlo 0 prác
- „drugs“ and „family“ celkovo našlo 52 980 prác
- „drugs“ and „addiction“ celkovo našlo 216 773 prác
- „drugs“ and „family“ nad „help“ celkovo našlo 8 241 prác
- „drugs“ and „family“ and „addiction“ and „help“ celkovo našlo 416 práce



Kritéria vyrad'ovania: duplicitné články, vyhľadavanie len v abstrakte, vyhľadavanie len v názve, vyradenie článkov nezaoberajúcich sa o návykové látky v rodine, z dôvodu veľkého množstva článkov obsahujúcich naše kľúčové slová. Problematiku zaoberajúcu sa tehotnými, seniormi, žiakmi-NOT tehotenstvi, NOT senioři, NOT žáci.



Po využití našej rešeršnej stratégie sme vybrali celkovo 38 relevantných článkov. Avšak ako sme sa viac zaoberali danou problematikou, pribúdali nám aj ďalšie zdroje, ktoré sme využili na kvalitnejšie vypracovanie našej diplomovej práce. Jednalo sa o knižné zdroje, Ministerstvo zdravotníctva SR, Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, Centrum pre liečbu drogových závislostí, Národné centrum zdravotníckych informácií a zo Štatistického úradu SR.

2 ZÁVISLOSŤ

Špecifickou kategóriou abúzu tvorí koncept problematickeho užívania, ktorý zahŕňa najintenzívnejšie a najrizikovejšie formy a vzorce užívania látok spojené s vážnymi dôsledkami pre zdravie a sociálnu sféru. Príklady môžu zahŕňať opakovanú alebo vysokú konzumáciu drog a intravenózne užívanie látok, čo prináša vyššie riziko problémov, ako je závislosť. Mravčík et al. (2019) popisuje problémové užívanie návykových látok ako konzumáciu týchto látok vo vysokom množstve a/alebo s vysokými rizikami, zvyčajne spojenou s vyvinutou závislosťou. Toto správanie prináša negatívne dopady na zdravie a sociálnu sféru pre samotného užívateľa, ale aj pre ostatné osoby v jeho okolí, komunite a spoločnosti. Zároveň upozorňuje, že pojem abúzus návykových látok je kvôli voľnosti definície zamieňaný s pojmom závislosť a obe kategórie sa do istej miery prekrývajú (Olecká, Pospíšil, 2023).

Pojem závislosť ako choroba sa oficiálne používa od konca 18. storočia. Benjamín Rush opísal závislosť ako chorobu vôle, ktorá začína dobrovoľnou konzumáciou destilátov, postupne sa vymyká mimo kontrolu závislého (Nepustil, Geregová, 2020). Aviel Goodman definuje závislosť ako *„chovanie, ktoré spočíva v opakovanej a nepotlačiteľnej chuti napriek motivácie a úsiliu jedinca sa pred touto chuťou zachrániť“*. Definícia od psychiatra Aviela Goodmana bola prijatá mnohými teoretickými, psychologickými, psychiatrickými a sociologickými prúdmi (Vachette, 2021, s. 216). Závislosť je navodený stav opakovaným užívaním psychoaktívnej látky. Obvykle sa závislosť rozdeľuje podľa formy na fyzickú a psychickú. Fyzická závislosť znamená, že droga sa stala súčasťou organizmu, a preto po vynechaní drogy vznikajú abstinenčné symptómy. Psychická závislosť je stav, ktorý sa prejavuje neustálou túžbou po droge, nutkaním ju získať za každú cenu. Následkom psychickej závislosti vznikajú priestupky v rozpore s legislatívou, človek klame, kradne, peniaze si zarába prostitúciou, ovláda ho len jedna myšlienka, ktorá riadi jeho konanie (Křížová, Hlaučo, 2005). Závislosť je ochorenie progresívneho charakteru, teda má tendenciu zhoršovať sa, a preto je nevyhnutná liečba.

2.1 Príčiny vzniku závislostí

Osobnostné charakteristiky

Štúdium osobnostných charakteristík jedincov tvrdí, že neexistuje konkrétny súbor osobnostných charakteristík a čŕt, na základe ktorého možno predpokladať, ktorí jedinci sa stanú závislými od psychoaktívnych látok a ktorí nie. Existujú však vlastnosti, ktorými disponujú jedinci k experimentálnemu konaniu a následne k opakovanému užitiu návykových látok. K týmto vlastnostiam patrí impulzívne konanie, nízka frustračná tolerancia, emočná nezrelosť, neistota a slabá vôľa. Medzi ďalšie znaky zvyšujúce riziko závislostí zaraďujeme nízky intelekt, dlhodobé poruchy správania a vysokú dispozíciu na chuť na drogu (Nociar, 2009 In Katona, 2014).

Genetické faktory

Rodinný výskyt závislostí môže byť podmienený aj jediným napodobením návykového správania v rodine. Synovia otcov alkoholikov majú vyššiu toleranciu alkoholu. U dievčat má genetika väčší vplyv na problematické fajčenie ako u chlapcov. Výskumy o adopcii naznačujú, že aj deti alkoholikov vychovávané v nepijúcich domácnostiach čelia zvýšenému alkoholizmu (Gordis, 1995). Predpokladá sa, že dispozícia k vzniku závislostí je sprostredkovaná kombináciou špecifických a nešpecifických mechanizmov (Kolibáš, Novotný, 2007).

Biologické faktory

Biologickým základom vzniku závislostí na návykovej látke je spôsob jeho spracovania v organizme. K spracovaniu akejkoľvek návykovej látky v mozgu sa podieľa nervová sústava ovplyvňujúca tvorbu dopamínu a sérotonínu. Po prerušení dávky návykovej látky poklesne dopamín a dostaví sa pocit nevoľe, ktorý stimuluje potrebu ju získať späť. Charakter reakcie ovplyvňujú enzýmy, ktoré sú predovšetkým v pečeni a žalúdku (Šupler, 2018).

Psychické faktory

Rizikovým faktorom nadmerného užívania návykových látok je existencia iných psychických porúch ako depresie, úzkosti, egocentrizmu, intenzívnejším reagovaním na stresové podnety a porucha aktivity s poruchou pozornosti (ADHD). Problémom sú aj záťažové situácie v bežnom živote. Návykové látky sa tak stávajú prijateľnými

prostriedkami riešenia, ktoré sú poskytnuté bez námahy a v rýchлом čase. Rizikovou skupinou sú mladí ľudia. Platí, čím nižší vek, tým je kratší čas na vznik závislostí. Približne 60 % závislých na návykových látkach sú osobnostne nenápadní, u ktorých vzniká závislosť v dôsledku vonkajších vplyvov. Podľa epidemiologických štúdií sa užitie nikotínu, alkoholu alebo iných nelegálnych drog zisťuje u 32 – 54 % ľudí s veľkou depresiou. Psychológovia tvrdia, že abúzus návykových látok mladistvým narúša mozgové bunky a zároveň zaostávajú v psychomotorickom vývine. I keď recidíva sú u mladistvých dosť časté, dlhodobá prognóza je priaznivá. Dôvodom je vývin osobnosti a zrenie mladistvých. Motivácia, ktorá je spúšťačom experimentovania s návykovými látkami, môže vychádzať z individuálnych potrieb alebo je dôsledkom sociálneho tlaku (Pjatková, Remetová, Novotná, Baginová, 2014).

Faktory prostredia

Legálne drogy sú na Slovensku ľahko dostupné a relatívne lacné. Prostredie má manipulačný účinok, môže podporiť jednanie človeka alebo byť prekážkou, formovať ho alebo motivovať. Párty, škola, zamestnanie, spoločnosť, ktoré pôsobia na človeka prostredníctvom médií, modelujú postoj k životu a taktiež i k drogám. Spoločnosť zvyšuje dostupnosť návykových látok v danej spoločnosti a ich dosiahnuteľnosť. Mestské prostredie, kde je väčší dopyt a ponuka návykových látok ponúka väčšiu anonymitu a možnosť menšej kontroly nevyhovujúceho správania ako na dedine (Kraus, 2008).

Sociálna teória vzniku závislostí vychádza z užšej oblasti vzťahov, a to rodiny. Na vzniku závislostí sa podieľa aj štruktúra rodiny a vzťahy medzi členmi. Abúzus psychoaktívnych látok niektorým z rodičov zvyšuje pravdepodobnosť užívania návykových látok deťmi. Medzi rizikové faktory podieľajúce sa na pravdepodobnosti užívania návykových látok v adolescencii patrí aj finančná situácia rodiny, bývanie v chudobných štvrtiach, štúdium na menej kvalitných školách, nedostatok trávenia voľného času medzi rovesníkmi. Nie je pravidlom, že všetci adolescenti žijúci v horších sociálnych podmienkach užívajú návykové látky (Tarter et al., 2006 In Kolibáš, Novotný, 2007).

2.2 Dôsledky závislostí

Drogy negatívne ovplyvňujú jednotlivca, ale aj spoločnosť, a to v troch oblastiach: fyzickej, psychickej a sociálnej. Fyzické dôsledky dlhodobého užívania návykových látok pre užívateľa zahŕňujú mnohopočetné zubné kazy, nekrózy tkaniva kože v mieste vpichu, vyšší počet dopravných nehôd, pracovných úrazov, výskyt infekčných ochorení (hepatitídy, HIV), úmrtnosť špecifickú pre danú drogu, úmrtnosť súvisiacu s danou drogou a mnoho ďalších (Národné monitorovacie centrum pre drogy, 2006). Užívanie návykových látok vedie obvykle k negatívnym psychickým dôsledkom užívateľa, ktoré spôsobujú závislosť, úzkosť, depresiu, poruchy pamäti, spoločensky neprijateľné správanie a samovražedné sklony. Sociálne dôsledky užívateľa zahŕňajú problémy v strate hmotného majetku, v medziľudských vzťahoch, a to v rodine alebo v práci. Sociálna škoda spôsobená užívaním návykových látok pre spoločnosť implikuje kriminalitu, poškodenie životného prostredia, rodinné nepriaznivé okolnosti, medzinárodné škody, ekonomické náklady a celospoločenské vzťahy. Pri posudzovaní následkov je treba vziať v úvahu premenné ako je vek, pohlavie, telesné a duševné zdravie, biologické vplyvy, socioekonomické a rodinné faktory, ako napríklad príslušnosť k menšinám, či už k etnickým alebo sexuálnym za predpoklad, že príslušníci týchto menšín môžu byť náchylnejší k abúzu návykových látok (Olecká, Pospíšil, 2023). Závislí sa zvyknú odcudziť svojim blízkym, čo má dopad na zhoršenie pracovného výkonu a rodičovskej roli. Častokrát kvôli závislostiam prichádzajú o rodinu, prácu a priateľov. Na druhej strane si vytvárajú nové kontakty v drogovej komunite. Vyčlenenie zo spoločností je zapríčinené buď izoláciou u samotného užívateľa návykových látok alebo stigmatizáciou okolia. Z ekonomického hľadiska sa užívatelia drog stávajú záťažou každej krajiny v dôsledku zdravotnej starostlivosti. Predčasné úmrtia, materiálne škody, či nezamestnanosť závislých sú faktory zaťažujúce daňových poplatníkov. Užívanie drog vedie častokrát ku konfliktom so zákonom (Kempná, 2011). Jedná sa o zadržanie pre riadenie motorového vozidla, pre držanie či predaj nelegálnych látok alebo pre nevhodné chovanie. Sexuálne dôsledky zneužívania návykových látok sú spojené so sexuálnym zneužívaním (Rotgers et al., 1999). Užívanie návykových látok bolo vyhodnotené v globálnom pohľade ako ôsme najväčšie riziko. Z hľadiska verejného zdravotníctva predstavuje fajčenie najväčšie riziko na ochorenie a úmrtnosť ako na Slovensku, tak aj vo svete (Olecká, Pospíšil, 2023).

2.3 Liečba závislostí

Liečba závislostí je dobrovoľná. Môže byť však nariadená súdom, pokiaľ jedinec ohrozuje seba alebo svoje okolie. Liečba sa realizuje v spolupráci s pacientom a s jeho blízkymi osobami. Účinnosť liečby je individuálna, závisí od stupňa závislosti, zvolenej metódy a formy liečby. Zdravotná starostlivosť závislým je poskytovaná kombináciou súkromných, neštátnych a štátnych ambulantných a ústavných zariadení. Na Slovensku sa liečebná starostlivosť pre užívateľov návykových látok zo systémového hľadiska rozdeľuje na predklinickú starostlivosť (poradenstvo, motivačné programy, minimalizácia poškodenia zdravia), detoxifikačnú liečbu, odvykaciu liečbu, udržiavaciu liečbu pre jednotlivcov s recidivujúcou závislosťou od opiátov a programy následnej starostlivosti (Európske monitorovacie centrum, 2004, Turček, Kamendy, Grohol et al., 2021).

Predmedicínska starostlivosť sa realizuje na uliciach pomocou prahových programoch, ktoré vymieňajú sterilné ihly a striekačky, poskytujú zdravotnícke poradenstvo a odosielajú užívateľov drog na liečenie. Cieľom detoxikačnej liečby je liečba abstinenčného syndrómu a predchádzanie jeho komplikáciám. Detoxikácia zahŕňa aj zhodnotenie a liečbu pridružených fyzických a psychických ochorení. V tejto fáze liečenia je dôležité zlepšiť náhľad a motivovať pacienta k následnej liečbe. Vlastná odvykacia liečba sa realizuje formou psychoterapie a psychosociálnych intervencií. U väčšiny závislých je vhodná ambulantná liečba. Málo známou terapiou závislostí predstavuje integratívna medicína. Homeopatia vníma klienta celistvo, individuálne a pri terapii je zameraná na odstránenie príčiny choroby. Jedná sa o samostatný a ucelený systém prírodnej medicíny založený na dôkazoch (Homeopatia, 2016). Francúzsky lekár Patrick Vachette lieči svojich pacientov pomocou homeopatie a pacienti ho podporujú, pretože vidia zlepšenie zdravotného stavu (Vachette, 2021). Pri ťažkých formách závislostí je indikovaná ústavná liečba. V tejto fáze vyniká v klinickom obraze zmierňujúci craving a afektívna labilita. Liečba trvá približne 6 – 12 týždňov. V následnej starostlivosti je kladený dôraz na medicínsku rehabilitáciu, socioterapeutické aktivity určené na rozvoj osobnosti a na sociálnu reintegráciu. Programy sociálnej reintegrácie prebiehajú formou klubov abstinujúcich, či už v ambulanciách alebo mimo nich s podporou špecialistov (Európske monitorovacie centrum, 2004, Turček, Kamendy, Grohol et al., 2021).

2.3.1 Dostupnosť zdravotnej starostlivosti

Zdravotná starostlivosť je súbor pracovných činností, ktoré vykonávajú zdravotnícki pracovníci. Zadeňovaná je v zákona 576/2004 o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov. Zahŕňa prevenciu, dispenzarizáciu, diagnostiku, liečbu, ošetrovateľskú starostlivosť a pôrodnú asistenciu.

Dostupnosť zdravotnej starostlivosti sa delí na:

- a) geografická dostupnosť vyjadruje vzdialenosť od zdroja starostlivosti v konkrétnom území,
- b) dostupnosť miesta a časová vyjadruje akceptovateľnú vzdialenosť miesta a času poskytovania starostlivosti od bydliska pacienta, časová dostupnosť udáva čas potrebný na cestu do zdravotníckeho zariadenia a čakacie doby vrátane ordinačných hodín,
- c) dostupnosť odborne medicínska rieši prístupnosť všetkých služieb, prípadne aj veľmi úzko špecializovaných,
- d) dostupnosť organizačná dbá na previazanosť a naviazanosť jednotlivých druhov starostlivosti, čiže organizácia preposielania pacientov do špecializovaných centier,
- e) ekonomická dostupnosť reflektuje schopnosť jedinca uhradiť poskytnutú starostlivosť, hodnotí sa, aká časť obyvateľstva je poistená a aká starostlivosť sa z poistenia hradí,
- f) dostupnosť psychosociálna zahrňuje prijateľnosť zdravotnej starostlivosti pre pacienta a dosiahnuteľnosť starostlivosti pre všetky vrstvy obyvateľstva, dôležitá je motivácia na vyhľadanie pomoci, dôvera k zdravotníckym pracovníkom, záujem o zdravie, vnímanie hrozby ochorenia a ochota spolupracovať,
- g) dostupnosť informačná sa zaoberá znalosťou obyvateľstva o zdravie, ich schopnosť vyberať adekvátne informácie pre konkrétne zdravotné komplikácie (Ivanová et al., 2018).

3 NÁVYKOVÉ LÁTKY

Návyková látka je označenie pre substanciu, ktorá pôsobí psychoaktívne a pôsobí škodlivo na ľudský organizmus. Návykové látky môžeme rozdeliť podľa pôvodu na umelo vyrobené a prírodné. Podľa legislatívy danej krajiny sa rozdeľujú na legálne a nelegálne a podľa jednotlivých účinkov na psychiku človeka sa delia na tlmivé, stimulačné a halucinogénne látky. Medzi najčastejšie užívané návykové látky patrí alkohol, tabak, upravené konope, lieky, opiáty, amfetamíny a ich deriváty, kokaín, extáza, halucinogénne drogy a prehavé látky. Užívanie návykových látok sa stal sociálnym problémom (NZIP, Kolibáš, Novotný, 2007).

3.1 Alkohol

Alkohol predstavuje najrozšírenejšiu, najčastejšie užívanú (zneužívanú) a najstaršiu drogu vo svete (U.S Department of Health and Human Services In: Dvořák, 2023). Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie patrí Slovensko medzi krajiny s najväčšou konzumáciou alkoholu (Valková et al., 2013). Počas pandémie Covid-19 stúpla celosvetovo konzumácia alkoholu, pričom Slovensko prebehlo so spotrebou 11.1litra na obyvateľa nielen európsky priemer, ale aj svetový (NCZI, 2022). Alkohol konzumuje čoraz viac mladých ľudí, čo nám potvrdzujú aj autori Ühlinger a Tschui (2009), že 30 % alkoholikov má menej ako 30 rokov a prvý pohárik alkoholu vyskúšali už v puberte, keď im rodičia dali ochutnať pivo na rodinnej oslave. Pravidelný konzum alkoholu zhoršuje zdravotný stav človeka, spoločenských skupín, ale aj celého obyvateľstva. Podľa Národného centra zdravotníckych informácií (2022) stúpol aj počet hospitalizácií kvôli alkoholu na psychiatrii v mladších vekových kategóriách. Mladí ľudia nebezpečne konzumujú alkohol. Nepijú často alkohol ako dospelá populácia, ale požívajú nárazovo veľké množstvo, a to môže viesť k intoxikáciám (Valková et al., 2013). Alkoholické nápoje sú pre mladistvých ľahko dostupné aj napriek slovenskej legislatíve, ktorá predaj alkoholických nápojov zakazuje osobám mladším ako 18 rokov. Správa o mládeži (2014) uvádza, že viac ako 70 % ľudí vo veku 15 rokov nemalo problém s kúpou alkoholických nápojov. V dnešnej dobe je alkohol spoločensky akceptovateľný a má

zároveň aj najviac závislých. Je to prostriedok pre zábavu, uvoľnenie alebo na spríjemnenie života. V niektorých prípadoch odmietanie alkoholu môže zapríčiniť problémy v sociálnej interakcii.

Jednoduchá akútna alkoholová intoxikácia sa v ľahkej forme prejavuje zvýšenou komunikatívnosťou, dobrou náladou, sčervenáním v tvári, poruchou motorickej koordinácie a miernym spomalením reakcií. Stredne ťažká podnapitosť sa preukazuje agresívnym správaním, nedodržiavaním spoločenských noriem a zadržávaním reči. Pri dlhodobom škodlivom užívaní alkoholu môže dôjsť k závažným somatickým poruchám. Časté sú pankreatitída, polyneuropatia, kardiovaskulárne komplikácie, anémia, chronická gastritída, pokles potencie a atrofia semenníkov. U tehotných alkoholičiek dochádza k poškodeniu plodu. Medzi psychotické komplikácie patrí alkoholová halucinóza, ktorá sa prejavuje sluchovými halucináciami. Nebezpečnou komplikáciou je Korsakovova alkoholová psychóza, ktorá je sprevádzaná ťažkou poruchou vstiepvosti pamäte. Wernickeho encefalopatia sa prejavuje poruchami vedomia, nystagmom, ataxiou a ťažkými poruchami pamäti (Raboch et al., 2012).

Pri plánovaní liečby závislosti od alkoholu je nevyhnutné poznať rodinnú a sociálnu situáciu, ale aj telesný stav pacienta. Na liečbu alkoholizmu a riešenie bio-psycho-sociálnych problémov je dôležitá dôvera a pomoc najbližších. Liečenie spočíva predovšetkým v psychoterapii. Predpokladom na liečbu je motivácia pacienta. Detoxikačná liečba trvá niekoľko dní až niekoľko týždňov. Náhle sa odoberie alkohol a nasadí sa infúzna polyvitamínová terapia. Odvykacia fáza trvá týždne až mesiace, prerušuje patologický vzťah k alkoholu. V tejto fáze sa aplikujú farmaká, aby sa vytvorili nové behaviorálne reakcie na alkohol. Rehabilitačná fáza trvá niekoľko mesiacov až rokov. Hlavnou úlohou je resocializovať pacienta, zúčastňovať sa na športových a rekreačných aktivitách a účasť na práci klubu abstinentov (Kolibáš, Novotný, 2007, Kuklová, 2022).

3.2 Tabak

Tabakizmus je v dnešnej dobe najrozšírenejšia toxikománia, pretože patrí k legálnym drogám, ktoré sú predávané voľne a bez obmedzenia. Prieskum ESPAD (2011) potvrdil,

že Slovensko patrí ku krajinám s vysokou prevalenciou fajčenia. Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie na ochorenie súvisiace s fajčením zomiera ročne až 3 a pol milióna ľudí. Tabak sa obvykle fajčí vo forme cigariet, alebo cigár, môže sa jesť, šňupať a žuvať. Je charakteristický vysokou závislosťou. Mímoreadne nepriaznivé stopy zanecháva fajčenie na deťoch fajčiacich rodičov. Je zarážajúce, že nikotinizmus vzniká už v detskom veku. Dôvody, prečo mladí ľudia začínajú s fajčením tak skoro sú rozličné, či už chcú mať pocit nezávislosti alebo fajčia ich rodičia a priatelia, prípadne ide o rebéliu voči zákazu rodičov (Slovensko proti drogám).

Existujú tri kritické obdobia pre fajčenie. Deti vo veku 9 – 10 rokov majú túžbu začať fajčiť, vo veku 12 – 13 rokov sa začínajú pravidelne fajčiť a vo veku 15 až 16 rokov sa im objavuje pocit prestať s fajčením (Odbor komunikácie a marketingu UNLP, 2022).

Účinky tabaku a nikotínu sa prejavujú miernou eufóriou, zlepšenou náladou a výkonnosťou, zvýšením krvného tlaku, zrýchlením pulzu a produkciou slín. Pri inhalácii tabakového dymu sa objavuje kašeľ a dychová tieseň. Fajčenie má negatívny vplyv na incidenciu a mortalitu viacerých somatických ochorení. Spôsobuje rakovinu pľúc a hrtana, podieľa sa na vzniku fajčiarskej bronchitídy, chronickej obštrukčnej choroby pľúc a emfyzému pľúc spolu so závažnými poruchami imunitného systému (Palušková, Száz, Nešpor et al., 2014). Viacerí bývalí fajčiari tvrdia, že pribrali na hmotnosti kvôli vynechaniu nikotínu, táto súvislosť sa nepotvrdila. Výskumy tvrdia, že u pravidelných fajčiarov je štatisticky vyšší výskyt metabolického syndrómu ako u inej populácii (Sun, Liu, Ning, 2012).

Všeobecný lekár je väčšinou prvým konzultantom fajčiara, a preto by mu mal poskytnúť cenné rady, byť mu psychickou podporou, povzbudzovať ho a pomôcť mu napraviť prípadné zlyhania v boji proti fajčeniu. V procese liečenia je dôležitá rodina, pokiaľ je v nej fajčenie bežné, pozícia lekára je komplikovaná. Medzi najnovšie liečebné postupy patrí farmakologická liečba, individuálna psychiatrická liečba a kognitívno-behaviorálny prístup so psychoterapeutom (Okruhlica, Kantorková, 2016).

3.3 Upravené konope-marihuana a hašiš

Konope je najužívanejšou nelegálnou drogou medzi obyvateľmi vo veku od 15 do 34 rokov. Národné toxikologické informačné centrum zaznamenalo v roku 2017 nárast akútnych intoxikácií v súvislosti s kanabinoidami (Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, 2019). Podľa koordinátora prieskumov Nociara (2015) má skúsenosť s marihuanou aspoň raz v živote 32 % stredoškolákov, čím sme na 5. mieste v Európe. Hlavným zdrojom marihuany na území Slovenskej Republiky je pestovanie na Slovensku a dovoz hlavne z Českej republiky (Ministerstvo zdravotníctva, 2021). Marihuana a hašiš sú deriváty konopnej rastliny, marihuana je tabak zo sušeného a pomletého konope, môže sa piť ako čaj, jesť, ale väčšina ju fajčí vo forme ručne točených cigariet. Má horkú vôňu, pripomínajúcu zhorenú trávu. Hašiš je šťava získaná z kvetov a bobulí konope a jeho účinok je asi 6-krát silnejší a razantnejší ako u marihuany (National Institute on drug abuse, 2019, Brown, 2023).

Potenciálne dlhodobé škodlivé účinky vzbudzujú obavy najmä vtedy, keď k intenzívnemu užívaniu kanabisu dochádza počas dospievania, čo je kľúčové obdobie vývoja mozgu. Akútna intoxikácia a chronické intenzívne užívanie sa spájajú s rôznymi účinkami. Akútna intoxikácia vyvoláva príjemné pocity uvoľnenia, zvyšuje sexuálnu apetenciu a sebadôveru. Nežiadúce akútne účinky zahŕňujú úzkosť, paranoju, zhoršenú psychomotorickú výkonnosť a kognitívnu dysfunkciu. Chronické užívanie zvyšuje riziko závislostí, psychózy a kognitívnych porúch (Curran, Freeman, Mokrysz, Lewis, Morgan, Parsons, 2016, Štolfa, Veselá, 2020). Dve veľké metaanalýzy od Schreiner a Dunna (2012) tvrdia, že nepriaznivé účinky chronického užívania kanabisu sa môžu zlepšiť po abstinencii. Zástancovia marihuany poukazujú na jej analgetický a euforizujúci účinok pri onkologických ochoreniach. Na druhej strane sa nedá poprieť, že v niektorých prípadoch užívania marihuany otvára cestu k ďalším závislostiam. Ilúzia o bezpečnosti mäkkých drog je prejavom nedostatočnej informovanosti (Raboch et al., 2012).

V prípade liečby sa niekedy kladie dôraz na informácie o možných právnych dôsledkoch a riziku závislosti. Niekedy akútna intoxikácia kanabisom tiež vyžaduje liečbu. Okrem nešpecifickej psychologickej podpory je niekedy indikované podávanie liekov na liečbu úzkosti alebo psychotických symptómov. Terapia sa môže vykonávať ambulantne

(zvyčajne) a prípadne na lôžkovej báze. Dôležité je zapojiť rodinu do liečby (Kurosch, 2019).

Ukázalo sa, že dobre navrhnuté školské preventívne programy znižujú užívanie kanabisu. Takéto programy sú založené na manuáli a vo všeobecnosti majú viacero cieľov: rozvíjať sociálne kompetencie a schopnosti odmietania, zlepšiť rozhodovanie, zvýšiť povedomie o sociálnych vplyvoch na užívanie drog, a poskytovať informácie o rizikách spojených s užívaním drog. Školské programy, ktoré sa zameriavajú výlučne na zvyšovanie vedomostí študentov o rizikách užívania drog, sa ukázali ako neúčinné pri prevencii užívania kanabisu a iných drog (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2023).

3.4 Lieky

Lieky sú privátne vytvorené, aby ľuďom pomáhali. Žiaľ, často ich ľudia užívajú vo väčšom množstve alebo sú zneužívané k inému účelu než na liečbu. V tomto prípade sa jedná o nelegálne užívanie. V dnešnej dobe užíva voľnopredajné lieky a lieky na predpis mimo ich terapeutické indikácie zhruba 20 % populácie staršej ako 12 rokov. Najviac zneužívanými liekmi sú anxiolytiká, sedatíva, hypnotiká a analgetiká (NZIP). Až polovica populácie uvádza, že psychofarmaká, ktoré zneužili na iné účely ako medicínske, získali zadarmo od priateľov a príbuzných, s tým súvisí aj zvýšený výskyt otráv sedatívami a antidepresívami. Zneužívanie liekov má negatívny vplyv na klinicko-farmakologický efekt, psychologický, sociálny a spoločenský. Základným problémom zneužívania voľnopredajných a predpisových liekov je ľahká dostupnosť (Palušková, Száz, Nešpor et al., 2014).

Liečba liekovej závislosti spočíva vo vysadení liečiva, čo sa nezaobíde bez rehabilitácie. Liečivá sa vysadzujú postupne alebo sa nahradia bezpečnejšími liečivami. Využívajú sa psychoterapie, osobné konzultácie alebo skupinové terapie (Liek info, 2011). Francúzsko patrí medzi krajiny s najvyššou spotrebou anxiolytík a hypnotík vo svete. Na základe tohto faktu vyskúšali integratívnu medicínu-homeopatiu, ktorá sa im veľmi osvedčila a prináša pozitívne výsledky (Vachette, 2021). V prípade fyzickej závislosti sa po vysadení lieku vyskytujú fyzické abstinenčné príznaky, ako sú bolesti hlavy,

nevoľnosť, vnútorný nepokoj a v závislosti od účinnej látky rôzne ďalšie príznaky. Psychologická závislosť sa prejavuje predovšetkým silnou túžbou po droge. Hoci vysadenie drogy nemá žiadne fyzické účinky, pre príslušnú osobu je stále ťažké znášať (Dobmeier, 2019).

3.5 Opiáty

Opiáty sú návykové látky s prevažne tlmivým účinkom. Typickými zástupcami sú morfin, kodeín a heroín, ktoré sa pripravujú z ópia. Ópium je šťava z nezrelých makovic maku siateho. Ópium sa využíva už viac ako sedem tisícročí. Už na začiatku histórie ľudstva boli známe jeho analgetické účinky. Dnes sa často predpisujú opiáty po operáciách, úrazoch alebo pri zdravotných stavoch ako je rakovina. Každý, kto užíva opioidy sa môže stať na nich závislým. Okrem vážnych rizík závislosti, zneužívania a predávkovania môže mať užívanie opioidov na predpis množstvo vedľajších účinkov (Centers for Disease Control and Prevention, 2017). Morfin má analgetický a antitusický účinok, tlmí dychové centrum, spôsobuje nauzeu, zvracanie, miozu, kŕče, ochabuje činnosť srdca, čím sa znižuje tlak krvi, obstipáciu, retenciu moču a sucho v ústach. Kodeín má slabý analgetický účinok, zaraďuje sa medzi antitusikum. Heroín je toxickejší ako morfin, veľmi rýchlo sa navodzuje závislosť a pocit zvyšovania dávok. Najčastejší spôsob užitia je intravenózný. Po užití nastáva pocit fyzickej naplnenosti, tepla a šťastia, intenzívna radosť, neskôr nastáva blažený stav, po ňom obdobie ospalosti a apatie (Hlaučo, 2005, Štolfa, Veselá, 2020, Krížová). Podľa Ministerstva vnútra Slovenskej republiky (2017) poklesol záujem konzumentov o heroín, avšak zvýšil sa záujem o nové druhy opiátov. Konzumenti heroínu boli prevažne osoby zo slabších sociálnych pomerov, ktorí sa venovali aj distribúcii. Negatívom užívania heroínu je šírenie rôznych infekčných ochorení od hepatíd až po HIV/AIDS, ktoré majú zlý dopad na zdravotný stav užívateľov.

Na liečbu závislostí od opiátov sa využívajú dva prístupy terapie, a to liečba vedúca k abstinencii a substitučná terapia. Prvá metóda je ťažšia pre pacienta aj terapeuta, ale dáva väčšiu šancu pacientovi sa vrátiť do bežného života. Na substitučnú liečbu sa používa metadon, ktorý je charakteristický pomalším nástupom účinku a vyvoláva slabšiu euforizáciu ako heroín. Vedecké projekty prišli so zaujímavou perspektívou

liečby, ktorá by mohla byť prospešná v podpornej terapii závislosti heroínu. Išlo by o vakcínu zabráňujúcu relapsu v užívaní heroínu (Schlosburg, Vendruscolo, Bremer, 2013 In Palušková, Száz, Nešpor et al., 2014).

3.6 Amfetamíny a ich deriváty

Amfetamín, známejší ako pervitín je u nás nelegálna droga patriaca do skupiny drog so stimulačnými účinkami. Na Slovensku je problémové užívanie drog spojené hlavne s rizikovým užívaním pervitínu (Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť, 2019). V poslednej dobe narástol počet užívateľov pervitínu a z celkového počtu liečených drogovu závislých tvorili až 40 % (Palušková, Száz, Nešpor et al., 2014). Jedná sa o biely prášok s budivým účinkom, ktorý sa šnupe, fajčí, podáva perorálne, ale hlavne intravenózne. Pri intravenóznom podaní pervitínu sa dostane účinok do 3 – 5 minút po požití. Amfetamíny sa vyznačujú príjemnými účinkami, a to zvýšenou bdlosťou, vyššou fyzickou aktivitou, zníženou chuťou do jedla, pocitom eufórie, odstraňuje únavu a navodzuje nespavosť. Okrem príjemných pocitov má aj niekoľko vedľajších účinkov ako zmätok, poruchy spánku, zmeny v štruktúre a funkcii mozgu, strata pamäti, zvýšený krvný tlak, agresívne správanie a mnoho ďalších. Užívanie metamfetamínu môže viesť k niekoľkým zdravotným problémom, vrátane závislosti, srdcových problémov a iných problémov fyzického a duševného zdravia. Pri intoxikácii sa objavuje pocit prenasledovania s masívnou úzkosťou (Medical news today, 2023).

Spolupráca so závislými na pervitíne je problematická pre silný craving. Substitučná terapia neexistuje. Detoxifikačná liečba sa realizuje v ústavnej starostlivosti. V rámci komplexnej starostlivosti je dôležité za pomoci rodiny odpútať závislého od jeho partie, pretože veľa recidív je spôsobených návratom do predchádzajúceho škodlivého prostredia. Na zamedzenie vzniku šírenia infekčných ochorení existujú programy na výmeny injekčných striekačiek, ktoré podľa Európskeho monitorovacieho centra pre drogy a drogovú závislosť (2017) využívajú najviac užívatelia pervitínu.

3.7 Kokaín a extáza

Kokaín je biely prášok prírodného produktu z listov *Erythroxylon coca*. Je rozpustný vo vode a alkohole. V kontakte s jazykom ho znečitlivuje. Pri nezákonnom užívaní sa zvyčajne šnupe. Zaraďuje sa medzi drogy so stimulačným a anestetickým účinkom. Roztoky hydrochloridu kokaínu majú obmedzené lekárske použitie ako topické anestetikum pri chirurgických zákrokoch zahŕňajúcich oko, ucho, nos a hrdlo (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). Krátkodobé účinky nelegálneho zneužitia zahŕňajú intenzívne šťastie, extrémnu citlivosť na dotyk, zvuk a zrak, paranoju a zníženu chuť do jedla. Pri dlhodobom užívaní sa objavuje lokálny ekzém, výtok z nosa, strata čuchu, bolesti hlavy, poškodenie pľúc, strata pamäti, depresie, úzkosť a mnoho ďalších (Cassoobhoy, 2023).

Bol zaevidovaný nárast záchytovej kokaínu, čím sa dostal na tretie miesto najčastejších drog. Podľa Európskeho monitorovacieho centra pre drogy a drogovú závislosť (2019) zvýšené hladiny kokaínu boli práve v Bratislave.

Extáza je obvykle kapsula bielo-ružovej farby s halucinogénnym a stimulačným účinkom. Bežne sa vyskytuje v tanečných kluboch a na večierkoch práve kvôli jej pozitívnym účinkom ako sú eufória, dlhotrvajúca energia, empatia k druhým a znížené sexuálne zábrany. Extáza zvyčajne trvá 3 – 5 hodín (Addiction Centre, 2023). Prieskumy z výročnej Európskej správy o drogách (2016) ukazujú nárast užívateľov extázy vo veku od 15 – 34 rokov. Zvyšky tejto látky v komunálnych odpadových vodách boli v roku 2015 vyššie ako v roku 2011, pričom v niektorých mestách sa eviduje prudký nárast (Ministerstvo zdravotníctva SR, 2016).

3.8 Halucinogénne drogy-LSD, lysohlávky

LSD (dietylamid kyseliny lysergovej) je nelegálna droga patriaca do skupiny s halucinogénnymi účinkami, ktorá po užití vyvolá ťažkú poruchu psychických funkcií, najmä vnímania. Na ilegálnom trhu sa predáva ako biely prášok alebo ako malé kúsky papiera napustené drogou. Užíva sa obvyčajne perorálne, ale je možná aj parenterálna aplikácia.

Lysohlávky obsahujúce psilocybín tvoria najpočetnejšiu skupinu psychoaktívnych húb. Na Slovensku psilocybín je možné nájsť v hube nazývanej Holohlavec končistý. Vo všeobecnosti sa vyznačujú hnedým klobúkom a hnedo-fialovým prachom spór, ktorý produkuje lupiny umiestnené pod klobúkom (Maryška, 2020).

Halucinogénne drogy spôsobujú zmeny priestorového videnia, zrakové a sluchové halucinácie, pocit ľahkosti, vznášania, poruchu orientácie. Vytvára sa intenzívna psychická závislosť a aj dlho po požití sa halucinogénne stavy vracajú, tzv. flashbacks (Križová, Hlaučo, 2005). Liečebné programy využívajú techniky zmeny správania prostredníctvom poradenstva. Cieľom je pomôcť pochopiť správanie klienta a dôvod použitia LSD. Zapojenie rodiny a priateľov do poradenstva môže pomôcť podporiť pacienta a zabrániť tomu, aby sa vrátil k recidíve. Užívanie LSD môže spôsobiť duševné problémy, preto sa predpisujú aj lieky na pomoc pri liečbe symptómov úzkosti, depresie alebo psychózy (Medline Plus, 2022).

3.9 Prchavé látky

Prchavé látky alebo organické rozpúšťadlá sa často zneužívajú ako drogy, ale verejnosť a médiá ich podceňujú. Ide o chemikálie, ktoré sa čuchajú. Medzi prchavé látky patria toluén, acetón, benzín a iné. Sú legálne, ľahko dostupné a finančne nenáročné, preto sú predmetom záujmu hlavne mladých a zárobkovo neaktívnych osôb zo slabších sociálnych skupín (Martinove, 2016). Hlavnou cestou aplikácie prchavých látok je vdychovanie výparov najčastejšie z namočenej tkaniny. Intoxikácia sa v klinických prejavoch podobá alkoholovej opitosti, chôdza je neistá, reč rozmazaná, v správaní sa prejavuje sklon k agresivite. Spočiatku dochádza k nabudeniu, krátko na to k eufórii, postupne dochádza k útlmu a spánku. Experimentovanie s rozpúšťadlami spôsobuje rozleptanie kože, dutiny ústnej, hrtanu a nosovej sliznici. Pri dlhodobom užívaní dochádza k nezvratnému poškodeniu, ktoré sa môžu prejavovať úplnou degradáciou osobnosti, agresivitou, stratou záujmov a celkovým útlmom. Prchavé látky spôsobujú aj poškodenie pečene a obličiek (Hupková, Liberčanová, 2012). Liečba intoxikácií je symptomatická. Potrebná je rodinná terapia, psychosociálne opatrenia, pedagogické poradenstvo, ak sa jedná o mladých ľudí (Kolibáš, Novotný, 2007).

Národné centrum zdravotníckych informácií (2016) udáva, že veková skupina liečených na prchavé látky je u mužov 23,7 rokov a u žien 19,2 roka, čo znamená jeden z najnižších priemerných vekov liečby drog u oboch pohlaví.

3.10 Novo populárne legálne návykové látky

Na trhu existuje rada látok s potenciálom k závislosti a zneužívaniu. Ponuka je veľmi pestrá. Bližšie sa budeme zaoberať nikotínovými vrecúškami, konopnými produktami CBD alebo HHC, kratomom a energetickými nápojmi, ktoré sú momentálne diskutované z hľadiska bezpečnosti ich užívania. Všetky štyri produkty sú legálne a ľahko dostupné aj deťom. Na produkty je veľmi silný marketing v podobe príťažlivých a pestrofarebných balení (Olecká, Pospíšil, 2023).

3.10.1 Nikotínové vrecúška

Nikotínové vrecúška boli navrhnuté tak, aby rozlišovali užívanie cigariet a kompenzovali regulačné stratégie, ako sú napríklad zákony o čistote ovzdušia vo vnútorných priestoroch (Carpenter et al., 2009 In Olecká, Pospíšil, 2023). Nikotínové vrecúška obsahujú nikotín bez tabaku. Umiestňujú sa medzi hornú peru a ďasno, cez ústnu sliznicu dodávajú nikotín a chuť až po dobu 60 minút a potom sa vyhodia do domáceho odpadu. Všeobecne tieto výrobky predstavujú nižšie zdravotné riziko ako cigarety, no jednoznačná zhoda o bezpečnosti neexistuje. Medzi krátkodobé negatívne účinky zaradujeme tachykardiu, závrate, bolesti hlavy, alergickú reakciu a pod. Epidemiologické údaje z Ázie a USA ukazujú zvýšené riziko rakoviny ústnej dutiny, severoeurópske štúdie tieto závery nepotvrdili (Bofetta et al. 2008 In Olecká, Pospíšil, 2023). Výsledky štúdie Oleckej a Pospíšila (2023) naznačujú, že nikotínové vrecúška užíva najmä mladá generácia.

3.10.2 Konopné produkty CBD, HHC

Produkty obsahujúce kanabidiol (CBD) sú už niekoľko rokov rozšírené po celom svete. Kanabidiol je liečivý prípravok predpisovaný na lekársky predpis, ale taktiež sa predáva

bez predpisu v doplnkoch stravy, kozmetických prípravkoch a tekutin do elektronických cigariet. Pravdepodobne sa CBD nepremenuje na THC. To, že CBD sa teší veľkej obľube, potvrdzuje aj to, že v roku 2021 v Spojených štátoch bol vytvorený nový syntetický kanabinol s názvom hexahydro-kanabinol (HHC). Následne sa objavil v Európe v potravinárskom výrobku na podporu spánku. Výrobky sa predávajú hlavne v predajniach zameraných na predaj konope s nízkym obsahom THC a CBD. Konopné produkty uprednostňuje mladá generácia, väčšinou chlapi vo frekvencii veľmi často. Zdravotné riziká sú stále neznáme a môžu sa vyskytnúť závažné nepriaznivé účinky, nehody a smrteľné predávkovanie (ALEXINSCHI, Ovidiu, Andrei, SIRIȚEANU, Alexandra, BOLOȘ, 2023, Olecká, Pospíšil, 2023).

3.10.3 Kratom

Kratom je strom patriaci do čeľade kávovníkov pochádzajúci z Juhovýchodnej Ázie. V tejto oblasti je dôležitou súčasťou tradičnej medicíny aj bežného života. V ázijskej medicíne sa kratom užíva ako anestetikum, pre liečbu kašľa, hnačky a na zrýchlenie hojenia rán (Pohanka, Fusek, 2023). Používanou časťou sú listy. V západnom svete je kratom známy ako jemný prášok zo sušených listov, výnimočne sa objavuje vo forme pevných alebo tuhých extraktov (Česko-slovenská asociácia za kratom). V závislosti na dávke má stimulačné a opioidné účinky. V minulosti slúžil ako bežný liek k liečbe príznaku porúch spôsobených užívaním návykových látok, predovšetkým príznakov odvykania od ópia. Lekárske účinky kratomu sú analgetické, antidiabetické, antipyretické a svalové. Nežiadúcimi účinkami sú úbytok hmotnosti, dehydratácia, hyperpigmentácia, nevoľnosť, zvracanie, závrate a zvýšený krvný tlak. V poslednej dobe si kratom získal obľubu v USA a Európe vďaka dostupnosti v miestnych špecializovaných obchodoch a na internetových stránkach (Williams a Nikitin, 2020). Prístup ku kratomu je diametrálne odlišný medzi štátmi. Zatiaľ čo v niektorých krajinách je jeho držanie alebo predaj zakázaný a kratom je považovaný za návykovú látku, v iných krajinách je predaj relatívne voľný. Slovenská republika zatiaľ predaj kratomu priamo nereguluje (Pohanka, Fusek, 2023).

3.10.4 Energetické nápoje

Energetické nápoje sú nealkoholické nápoje s obsahom kofeínu, používané ako doplnok stravy, na zvýšenie fyzickej a kognitívnej výkonnosti. Najvyššie hlásenou prevalenciou konzumácie majú subjekty vo veku 10 – 18 rokov. Bezpečnosť konzumácie je sporná. Vysoký obsah kofeínu môže viesť k rade fyziologických reakcií, ako je nespavosť, tachykardia, hypertenzia, nervozita, závrate alebo nespavosť. Samotné energetické nápoje môžu vedľa kofeínu obsahovať ďalšie stimulanty, ako taurín, guarana a ženšen, čo môže spolu s kofeínom ešte viac zosilniť účinky stimulácie. Ak je prítomná glukóza v nápoji, môže prekročiť 4 – 6x dennú dávku, čo zvyšuje riziko zubnej erózie, diabetu 2. typu a obezity (Olecká, Pospíšil, 2023).

4 PREVENIA ZÁVISLOSTÍ

Vláda Slovenskej Republiky schválila dokument „Národná protidrogová stratégia na roky 2021 – 2025 s výhľadom do roku 2030“. Je v poradí šiestym strategickým nadrezortným dokumentom pre oblasť drogovej politiky. Slovenská republika tak ako každý člen Európskej únie uznáva všeobecný politický rámec a hlavné priority EÚ, a preto pri vytváraní strategických dokumentov čerpá z aktuálnej domácej situácie, ale aj z relevantných materiálov Európskej únie. Zdrojom pri vytváraní Stratégie bola Protidrogová stratégia EÚ na obdobie 2021 – 2025, Protidrogový program a akčný plán EÚ na boj proti drogám na roky 2021 – 2025 a Stratégia EÚ pre bezpečnostnú úniu. Národná protidrogová stratégia zohľadňuje nové prístupy a venuje sa novým problémom, ktoré sa v minulých rokoch identifikovali. Jedným z mnohých cieľov je aj zamerať prevenciu na rizikové vývinové obdobia, v ktorých sa začínajú užívať návykové látky. Prevencia je aktivita, ktorá má predchádzať alebo minimalizovať problémy rôzneho typu, teda aj konzumácii návykových látok a vzniku závislostí. Úlohou prevencie je realizovať opatrenia, ktorými je možné nežiadúcim javom predchádzať a naopak pozitívne ovplyvňovať tie, na ktoré sa prevencia zameriava (Mahdalíčková, 2014, Ministerstvo zdravotníctva SR). V rámci problematiky návykových látok rozdeľujeme prevenciu na primárnu, sekundárnu a terciárnu.

4.1 Primárna prevencia

Primárna prevencia závislostí má za cieľ znížiť celkový dopyt návykových látok v populácii, prípadne sa môže zameriavať na špecifické podskupiny, ako sú rodičia, vrstovnicke skupiny alebo dospelávajúci, ktorí nemajú skúsenosť s návykovou látkou. Aktivity primárnej prevencie sú zamerané na jedinca v čase a priestore pred vznikom problému, čím predstavujú prvotné predchádzanie ohrozujúcim javom. Primárna prevencia podporuje ochranu ohrozeného jedinca. Úspech primárnej prevencie závisí od vytvorenia vhodných podmienok na podporu telesného, intelektuálneho, psychického a sociálneho rozvoja. Cieľom je odradiť mladistvých od prvého užitia návykovej látky. Na realizácii tejto prevencie by sa mala podieľať celá spoločnosť. Dôležité sú

preventívne programy na školách vedené odbornými pracovníkmi vo forme prednášok, diskusných klubov, workshopov a programov zameraných na získavanie informácií o návykových látkach, ich dopadoch a účinkoch na život. Efektívna prevencia by mala byť založená na poskytovaní relevantných informácií cieľovej skupine a na otvorenej komunikácii s ňou. Jedným z cieľov dobre vypracovaného preventívneho programu by malo byť poskytnutie aktivít, ktoré sú pre cieľovú skupinu prítlačivejšie než užívanie drog (Giljan, 2010, Puškárová, 2015).

4.2 Sekundárna prevencia

Pod sekundárnou prevenciou rozumieme predchádzanie vzniku, rozvoja a pretrvávania závislosti u osôb, ktoré už užívali drogu. Preventívne aktivity na tejto úrovni sú zamerané na identifikáciu a zastavenie problémov u jednotlivcov alebo skupín, aby sa zabránilo ich ďalšiemu rozšíreniu. Sekundárna prevencia začína po vzniku problému, ale ešte predtým, ako spôsobí výrazné škody. Je dôležité identifikovať už vzniknuté poruchy alebo problémy, a čo najskôr ich eliminovať prostredníctvom opatrení, ktoré by zamedzili ich hlbšiemu zakoreneniu a šíreniu. Obvykle sa používa ako názov pre včasnú intervenciu, poradenstvo a liečenie. Dôležitú úlohu majú školskí poradcovia, ktorých úlohou je rozpoznať problém, pedagogicko-psychologické poradne, kontaktné centrá pre užívateľov návykových látok, poskytujúce ambulantné služby a ostatné štátne a neštátne inštitúcie poskytujúce poradenstvo pre užívateľov návykových látok a ich rodinným príslušníkom. Liečbu v tomto prípade môžeme rozdeliť na terapiu smerujúcu k abstinencii, terapiu smerujúcu ku kontrolovanému užívaniu a terapiu s udržiavacou substitúciou, kde je ako súčasť terapeutického plánu podávaná substitučná látka. Sekundárna prevencia sa zameriava na priamu prácu s rizikovými skupinami a to mapovanie, vyhľadávanie, sprevádzanie a kontaktovanie. Liečba je zameraná na odpútanie sa od prostredia, ktoré umožňuje existenciu závislej osoby (Giljan, 2010, Puškárová, 2015).

Ambulantná forma je vhodná pre motivovaných pacientov v začiatku ochorenia, ale je dôležitá aj na následnú liečbu po absolvovaní ústavnej starostlivosti. Ako uvádza Kalina et al. (2003), špecializované ambulancie by mali byť dostupné pre všetkých bez ohľadu na vek, pohlavie, zamestnanie a vzdelanie. Denné stacionáre poskytujú možnosť liečby

pacientom, ktorým nepostačuje ambulantná forma a pritom nechcú sa liečiť v ústavnej starostlivosti. Pacienti sa v priebehu liečby učia existovať v domácom prostredí tak, aby vedeli zvládať rizikové situácie a naučili sa zodpovednosti a nezávislosti.

Ambulantná starostlivosť sa poskytuje:

- a) v psychiatrickej ambulancii pre dospelých,
- b) v ambulancii detskej psychiatrie,
- c) v stacionári pre dospelých pacientov so zameraním na liečbu závislostí,
- d) v psychiatrickom stacionári pre dospelých (Vestník MZ SR, 2022).

Ústavná starostlivosť sa poskytuje:

- a) na lôžkových oddeleniach v centrách pre liečbu závislostí,
- b) na špecializovaných jednotkách na oddeleniach/klinikách psychiatrie všeobecných nemocníc,
- c) na oddeleniach pre závislosti v špecializovaných psychiatrických nemocniciach,
- d) na oddeleniach pre závislosti v špecializovaných psychiatrických liečebniach (Vestník MZ SR, 2022).

Nariadená ochranná liečba prebieha v zariadeniach na výkon ochrannej liečby zriadených v ústavoch na výkon trestu odňatia slobody. Nariadenú ochrannú liečbu ukladá súd páchatelom, ktorí boli pod vplyvom návykových látok počas páchania trestného činu. Detenčný ústav zamestnáva zdravotníckych pracovníkov, pomocných zamestnancov a pracovníkov Zboru väzenskej a justičnej stráže. Slovenská republika má 1 detenčný ústav v Hronovciach (Detenčný ústav Hronovce).

Liečbou závislostí sa zaoberajú špecializované Centrá pre liečbu drogových závislostí, ktoré poskytujú ambulantnú a ústavnú zdravotnú starostlivosť liečebno-preventívnych programov a stacionárom. Realizujú sa v nich programy substitučnej liečby, posilňovacie liečby, a klubové aktivity. Taktiež vykonávajú aj liečbu nariadenú súdom, protitoxikomanické liečby a diagnostiku závislostí u vodičov, ktorí riadili vozidlo pod vplyvom návykových látok.

Online drogové poradne sú skvelým príkladom nízko prahovej aktivity, ktorá sa nachádza na pomedzí sekundárnej a terciárnej prevencie. Tieto poradne umožňujú

klientom získať anonymne rady a odbornú pomoc ohľadom ich problémov (Giljan, 2010).

4.3 Terciárna prevencia

Terciárna prevencia závislostí sa uplatňuje, keď preventívne opatrenia v primárnej a sekundárnej prevencii nezabrali. Terciárna prevencia sa zaoberá predchádzaním vážnemu alebo trvalému poškodeniu v dôsledku užívania návykových látok. Pojem sa používa ako synonymum pre doliečovanie. Terciárna prevencia aplikuje prístupy zo sociálnej úrovne, a to konkrétnej pomoci závislým na úrovni chráneného zamestnania, bývania, zdravotného poistenia, právneho poradenstva a iné. Terciárnu prevenciu možno rozdeliť na dve kategórie:

- a) prevencia ako resocializácia u klientov po liečbe vedúcej abstinencii,
- b) prevencia ako intervencia u klientov, ktorí užívajú návykové látky a nie sú rozhodnutí prestať. Cielená je hlavne na zníženie zdravotných rizík, prevažne prenosu infekčných ochorení (Giljan, 2010, Palušková, Száz, Nešpor et al., 2014).

Terénna práca alebo streetwork vyhľadáva klientov, ktorí z rôznych dôvodov nekontaktujú sociálnych pracovníkov, pretože majú veľa problémov. Úlohou terénnej práce v terciárnej prevencii je distribúcia informačných materiálov o bezpečnom užívaní návykových látok, výmena injekčných striekačiek, rozdávanie kondómov a prostriedky dezinfekcie. Terénny sociálny pracovník prichádza ku klientom do ich prirodzeného prostredia a ponúka im iné životné alternatívy. Vhodnou alternatívou sú nízko prahové zariadenia, predovšetkým kontaktné centrá. V kontaktnom centre užívatelia získavajú informácie o liečbe a zdravotných rizikách. Centrá často evidujú záujemcov o liečbu v ďalších zariadeniach a sprostredkujú ich prijatie (Hanzalová, 2014). Kontaktné centrá sa zameriavajú na oblasti harm reduction a kontaktnú prácu. Pojem Harm reduction má veľa variácií prekladu z anglického jazyka. Vo všeobecnosti znamená znižovanie škôd, zmenšovanie ujmy alebo redukciu poškodenia. Hlavnou charakteristikou týchto programov je, že sa nezameriavajú na prevenciu užívania drog, ale na prevenciu škôd spojených s užívaním drog na individuálnej, komunitnej a spoločenskej úrovni. Nadácia otvorenej spoločnosti (2005) tiež upozorňuje, že negatívne dôsledky užívania

návykových látok ovplyvňujú nielen jednotlivca s rizikovým správaním, ale aj celú spoločnosť. Bezpečnostné a kontrolované užívanie drog sú v hierarchii cieľov na vyššej úrovni, pretože sú realistickejšie a dosiahnuteľnejšie. Jednou z najaktuálnejších definícií uvádza Medzinárodná asociácia pre harm reduction, ktorá pod týmto pojmom rozumie činnosti a programy smerujúce hlavne k minimalizácii nepriaznivých zdravotných, sociálnych a ekonomických následkov užívania legálnych a nelegálnych návykových látok bez toho, aby nutne dochádzalo k znižovaniu ich spotreby (IHRA, 2010). Prostredníctvom prevencie sa harm reduction snaží o zabránenie rôznym vírusovým ochoreniam, nadbytočnému užívaniu drog, fyzickým a psychickým problémom, zvýšenej miere kriminality a mnoho iných (Hunt et al. 2003). Súčasťou kontaktnej práce je získavať údaje o miestnej drogovej scéne a mapovať rizikové správanie jednotlivca. Programy zvyčajne vedú klientov pod kódom alebo sa využíva evidencia pod prezývkou (Hanzalová, 2014). Dostupnosť harm reduction je na Slovensku nízka (Žáková, 2014).

Doliečovanie podľa Kalinu (2001) súvisí s podporou a udržovaním abstinencie po liečbe. Bio-psycho-sociálny model definuje doliečovanie ako súbor služieb, ktoré nasledujú po skončení základného liečebného procesu (Živný, 2012). Cieľom doliečovania je pomôcť pacientovi po ukončení liečby sa vrátiť do normálneho života, získavať a prehľbovať schopnosti, ako predchádzať relapsu, stabilizovať pacienta v oblasti bývania a zamestnania a mnoho iných (Odborný liečebný ústav psychiatrický, n. O. Predná hora). Doliečovacie centrá a centrá následnej starostlivosti poskytujú psychoterapiu, sociálnu prácu a dočasne chránené bývanie. Centrum pre liečbu drogových závislostí v Košiciach udáva nasledujúce formy doliečovania:

- a) ambulantné kontroly u psychiatra,
- b) individuálna psychoterapia u psychiatra alebo psychológa-neschopnosť zvládať úzkosť, stres, smútok, rodinné a pracovné problémy a iné ťažkosti,
- c) skupinová psychoterapia pomáha vyjadriť si svoj názor, vypočuť si druhých, sám sa rozhodovať, byť akceptovateľný a iné,
- d) párová, rodinná psychoterapia slúži na prijatie, vyrovnanie sa s diagnózou, prácu s traumatickými zážitkami a podobne,
- e) posilňovacie ústavné pobyty,
- f) resocializačné zariadenia,
- g) navštevovanie klubov abstinujúcich závislých.

Terapeutická komunita je intenzívna skupinová psychoterapia, pri ktorej klienti istú dobu spolu žijú, zúčastňujú sa skupinového sedenia a zdieľajú spoločný pracovný program alebo inú rôznorodú činnosť. Nejedná sa len o premietanie problému klienta, ale tiež o spätné informácie o správaní klienta, dáva mu pohľad na vlastné problémy a na vlastný podiel na vytváraní týchto problémov.

Sociálnu reintegráciu zahrňujú svojpomocné skupiny, ktoré tvoria ľudia so spoločnou skúsenosťou, podobným osudom alebo rovnakými príznakmi. Svojpomocné skupiny sú špecifickou formou pomoci nielen osobám závislých na návykových látkach, ale aj ich rodinám a deťom. Členovia získavajú nové skúsenosti a učia sa prijateľnejším spôsobom správania. Dá sa povedať, že svojpomocné skupiny výrazne ovplyvňujú myslenie, cítenie a jednanie svojich členov (Hanzalová, 2014, Vanečková, 2016).

5 RODINA SO ZÁVISLÝM ČLENOM

Rodina je spoločenská inštitúcia, ktorá má nenahraditeľný význam v spoločnosti a pokladá sa za najdôležitejšiu sociálnu skupinu. Pozostáva z dvoch alebo viacerých osôb, ktoré žijú v jednej domácnosti. Rodina je prostredie, kde sa vytvárajú medziľudské vzťahy a formuje sa v nej osobnosť a správanie jedinca. V rodine sa jedinci navzájom ovplyvňujú, inšpirujú a pomáhajú si. Funkčný rodinný systém je založený na plnení funkcií voči svojim členom, ale aj voči štátu, uspokojovanie svojich členov, ako je efektívna komunikácia a spätná väzba. Rodina sa stáva funkčným systémom vtedy, keď sa dokáže adaptovať na meniace sa prostredie (Laca, 2011). Niekedy sa problémy v rodine v súvislosti so závislosťou stávajú príčinou straty funkčnosti rodín a ich pôsobenie vedie k rozpadu rodiny. Závislosti prinášajú rôzne negatívne pôsobiace javy, ktoré ovplyvňujú jedincov v rodine (Šiňanská, Králiková, 2009).

Rizikové správanie môže byť ovplyvnené faktormi rodinného prostredia ako štruktúra rodiny, socioekonomický status, osobnostné charakteristiky členov rodiny, štýl výchovy, vzťahy medzi členmi rodiny a podobne. Kedysi sa s rizikovým správaním spájal hlavne socioekonomický status rodiny, pretože veľa mladých výtržníkov pochádzalo z chudobných a nevzdelaných rodín, no dnes vzhľadom na vyššiu kriminalitu z vyšších vrstiev sa vzťah socioekonomického statusu výrazne znížil. Kvalita vzťahu medzi rodičmi a deťmi sa považuje za dôležitejší faktor ako vzdelanie a ekonomika (Juhásová, 2023).

Z rizikových faktorov na strane rodiny ide o nadmernú ochranu, kedy sa dospievajúci bráni nedostatku slobody, v snahe získať si nezávislosť a priestor pre vlastný vývin. Často sa jedná o vzburu proti rodičom s následkom konfliktov v rodine. Negatívne pôsobí aj zanedbávanie detí, nedostatok času, ktorý im rodičia venujú. K užívaniu drog sú náchylnejší mladí ľudia s neurotickými prejavmi, u ktorých sú prítomné poruchy správania. Hovorí sa tiež o biologickej predispozícii a nevhodnom sociálnom prostredí, napríklad ak adolescent vyrastá v nefunkčnej rodine, s nízkym sociálnoekonomickým statusom a podobne. Hlavne dospievajúci pochádzajúci z rodín s dobrou finančnou situáciou, majú ľahký prístup k drogám, ktoré sú drahé. Návykové látky nie sú lacná záležitosť a mladí sa často zadlžujú, napríklad pri požičaní si peňazí od kamaráta

(Hrnčiarová, 2015). Praktickí lekári vidia problém hlavne v rodine s veľmi dobrou ekonomickou situáciou, kedy rodičia si nechcú priznať, že by ich dieťa mohlo užívať návykové látky. Naopak rodina s horšou finančnou a sociálnou situáciou si prizná, že dieťa má problém s návykovými látkami, a preto je s nimi lepšia spolupráca.

5.1 Typy rodín

Úplná rodina predstavuje tradičný model, kde sú prítomní obaja rodičia, otec a matka, spolu s ich biologickými deťmi, ktorí žijú v jednej domácnosti. Jedná sa o klasickú nukleárnu štruktúru rodiny a často slúži ako základná jednotka spoločnosti (Hanková, 2022).

Neúplná rodina je tvorená jedným rodičom a dieťaťom. Absencia rodiča môže byť zapríčinená z rôznych dôvodov, ako rozvod, ovdovenie alebo oddelenie. Neúplná rodina nie je schopná efektívne plniť niektoré funkcie. Problémom môže byť sociálnoekonomická funkcia alebo sociálna, kedy rodič nie je schopný charakterovo a časovo vychovávať dieťa a vstěpovať mu základy života v spoločnosti (Brož, 2023, Šťastná, 2009).

Doplnená rodina vzniká, keď jeden alebo obaja rodičia vytvoria nový vzťah a založia si novú rodinu s deťmi z predchádzajúcich vzťahov. Prebytok ľudí v domácnosti a rôzne vzťahy môžu vytvárať komunikačné výzvy. Je dôležité rešpektovať minulé vzťahy a skúsenosti každého člena rodiny. Tento rešpekt môže prispieť k vytvoreniu pozitívnej rodinnej atmosféry (Brož, 2023).

Náhradná rodina je situácia, kde deti žijú s osobami, ktoré nie sú ich biologickými rodičmi, ale preberajú na seba rolu starostlivosti a výchovy. Deti do rodiny prišli prostredníctvom niektorej z foriem náhradnej rodinnej starostlivosti (Gabura, 2006).

5.2 Funkcie rodiny

Rodina tvorí základ spoločnosti a plní svoje základné funkcie. Biologicko-reprodukčná funkcia zabezpečuje vhodné podmienky života a normálny vývoj pre dieťa, ale aj

starostlivosť o členov rodiny ako napríklad zaobstaranie potravy. Ekonomicko-zabezpečovacia funkcia sa netýka len materiálnej oblasti, ale aj sociálnej, psychickej a duchovnej. Mala by poskytnúť svojim členom životnú istotu. Nedostatok finančných prostriedkov sa odráža nielen v materiálnom zabezpečení, ale zasahuje aj do nerušených medziľudských vzťahov v rodine. Emocionálna funkcia je určená pre zodpovedného a rozvinutého človeka, pre ktorého citový vzťah je trvalou istotou. Rodina so silnými emočnými väzbami preukazujú dostatok pokoja pre všetkých členov. Socializačno-výchovná funkcia formuje osobnosť v princípe pôsobenia starších rodinných členov na mladších (Laca, 2011). Opatrovateľská funkcia poskytuje členom zdravotnú a sociálnu starostlivosť. Štát nezabezpečil dostatočne túto funkciu, a preto práve rodina sa zapája do starostlivosti o chorých členov a seniorov. Kultúrno-hodnotová funkcia zabezpečuje prenos zvykov, tradícií, rituálov z oblasti umenia. Rodina poskytuje prostredie na osvojovanie estetického cítenia, cibrí si hodnotový systém, kde sa vzdeláva. Výrobná funkcia sa týka rodín, ktoré majú svoj rodinný podnik. V podnikoch pracujú takmer všetci dospelí príslušníci a deti postupne pripravujú na túto prácu. Odpočinkovo-rekreačná funkcia je miestom na odpočinok, uvoľnenie a kde naberajú nové sily na zvládanie záťažových situácií. Ochranná funkcia slúži na ochranu členov rodiny pred nebezpečenstvami z vonkajšieho prostredia. Vzťahuje sa aj na ochranu pred sociálno-patologickými javmi. Niekedy vedie ochranná funkcia k izolácii rodiny od sociálneho okolia (Gabura, 2012).

5.3 Fázy vývojev vzťahov

Závislosť rodinného príslušníka sa odráža na fyzickom a psychickom zdraví najbližších, ktorí trpia nespavosťou, depresiami, úzkosťami, unikajú zo života. Často vyhľadávajú odbornú pomoc. Vývoj vzťahov prebieha niekoľkými fázami:

- a) Obdobie šoku, kde si najbližší uvedomujú, že niečo nie je v poriadku. Veľakrát sa rodina snaží naoko zakryť, že sa niečo deje, aby sa nezahanbila. Problémy riešia dohováraním, presviedčaním, vyhrázaním.
- b) Obdobie prispôsobenia, kedy najbližší si berú na seba zodpovednosť a úlohy, ktoré za normálnych okolností robieval iný člen rodiny. Rodina sa snaží odlúčiť

od okolia. Najbližší sa snažia zmeniť situáciu, bojovať so závislým a jeho závislosťou. Hľadajú pomoc inde, lebo vedia, že sami to nezvládnu.

- c) Obdobie rezignácie, kde najbližší už nemajú silu bojovať so závislým. Izolujú zvyšok rodiny od závislého, aby ochránili seba a najbližšiu rodinu.
- d) Obdobie reorganizácie nastáva, keď je liečba úspešná a napravia sa narušené vzťahy a dôvera. Ak si závislý neprizná svoju chorobu a nelieči sa, nevie mu pomôcť ani jeho najbližšia rodina (Centrum pre liečbu drogových závislostí, 2010).

6 VLASTNÝ VÝSKUM

V kapitole štyri sa zaoberáme vlastným výskumom, ktorý nadväzuje na predchádzajúcu teoretickú časť. V tejto kapitole popisujeme ciele výskumu, výskumné otázky a hypotézy spoločne s jej operacionalizáciou. Objasňujeme charakteristiku výskumného súboru, metodiku výskumu, metódu zberu a spracovania dát.

6.1 Ciele výskumu, výskumné otázky a hypotézy

Hlavným cieľom výskumu bolo zistiť dostupnú pomoc rodine, v ktorej sa vyskytol člen s abúzm návykových látkach.

Vedľajšie výskumné otázky a hypotézy:

VO: Aká je objektívna dostupnosť služieb pre členov rodiny s abúzm návykových látok v Bratislavskom kraji a Prešovskom kraji?

VO1: Aká je subjektívna dostupnosť služieb pre členov rodiny s abúzm návykových látok v Bratislavskom kraji a Prešovskom kraji?

H1: Subjektívna dostupnosť služieb pre členov rodiny s abúzm návykových látok je lepšia v Bratislavskom kraji ako v Prešovskom kraji.

VO2: Aké formy služieb využívajú členovia rodiny s abúzm návykových látokach?

H2: Členovia rodiny s abúzm návykových látok využívajú častejšie ambulatnú formu služieb ako ústavnú formu.

H2.1: Muži majú vyššiu využiteľnosť ústavnej liečby ako ženy.

VO3: Aké formy pomoci absentujú členom rodiny s abúzm návykových látok?

H3: Členovia rodiny s abúzm návykových látok majú vyššiu absenciu hmotnej pomoci ako nehmotnej.

H3.1: Členovia rodiny s nestabilným domácim rozpočtom žiadajú častejšie o hmotnú pomoc ako o nehmotnú pomoc.

H3.2: Nezamestnaní členovia rodiny s abúzom návykových látok majú vyššiu pravdepodobnosť dostávať hmotnú pomoc ako zamestnaní.

VO4: Ako sú členovia rodiny s abúzom návykových látok informovaní o dostupnej pomoci?

H4: Vyššia informovanosť o dostupnej pomoci je v Bratislavskom kraji ako v Prešovskom kraji.

H4.1: Členovia rodiny s abúzom návykových látok s vysokoškolským vzdelaním majú vyššiu informovanosť o dostupnej pomoci ako členovia s nižším vzdelaním.

6.2 Operacionalizácia hypotéz

Operacionálna definícia nie je vo svojej podstate nič iné ako receptúra-návod, pomocou ktorého vysvetľovanú vec či jav zhotovíme, získame, zmeriame alebo pozorujeme. Ide o transformáciu premenných do kategorizovateľných a merateľných znakov, umožňujúcich preveriteľnosť. Problému operacionalizácie prináleží kľúčová úloha preto, že spolurozhoduje o založení a zameraní výskumu. To znamená, že určuje, čo bude intencionálne v dátach obsiahnuté (Ivanová, 2024).

VO1: Aká je subjektívna dostupnosť služieb pre členov rodiny s abúzom návykových látok v Bratislavskom kraji a Prešovskom kraji?

H1: Subjektívna dostupnosť služieb pre členov rodiny s abúzom návykových látok je lepšia v Bratislavskom kraji ako v Prešovskom kraji.

Dostupnosť zdravotných služieb je jedným z dôležitých cieľov všetkých zdravotných služieb a zdravotnej politiky v celom svete, ktorý hľadá správnu mieru dostupnosti, ktorá zabezpečuje potrebnú a včasnú zdravotnú pomoc a liečbu systémov, a pritom zbytočne neplytvá finančnými, materiálnymi a personálnymi zdrojmi. Miestna a časová dostupnosť vyjadruje akceptovateľnú vzdialenosť miesta a času poskytovania starostlivosti od bydliska pacienta. Časová dostupnosť udáva čas potrebný na cestu do zdravotníckeho zariadenia a čakacie doby vrátane ordinačných hodín (Ivanová, 2018). Dostupnosť zdravotných služieb je polytomická premenná, dosahujúca hodnoty: 1. zlá, 2. nedostačujúca, 3. dostačujúca, 4. výborná

Obrázok 1 – Operacionalizácia H1



Dostupnosť zdravotných služieb v danom kraji bude meraná otázkami 3 až 6. Každá z otázok môže nadobudnúť hodnotu „zlá“ až „výborná“. Pre vyhodnotenie danej hypotézy sa jednotlivé otázky k nej patriace spočítajú a následne spriemerujú, a tým sa určí celková dostupnosť zdravotných služieb respondenta. V prípade, že respondent nezvolí žiadnu z uvedených možností, budeme jeho odpoveď brať ako možnosť neviem, takáto možnosť sa nebude brať do úvahy pri vyhodnotení.

VO2: Aké formy služieb využívajú členovia rodiny s abúzm návykových látok?

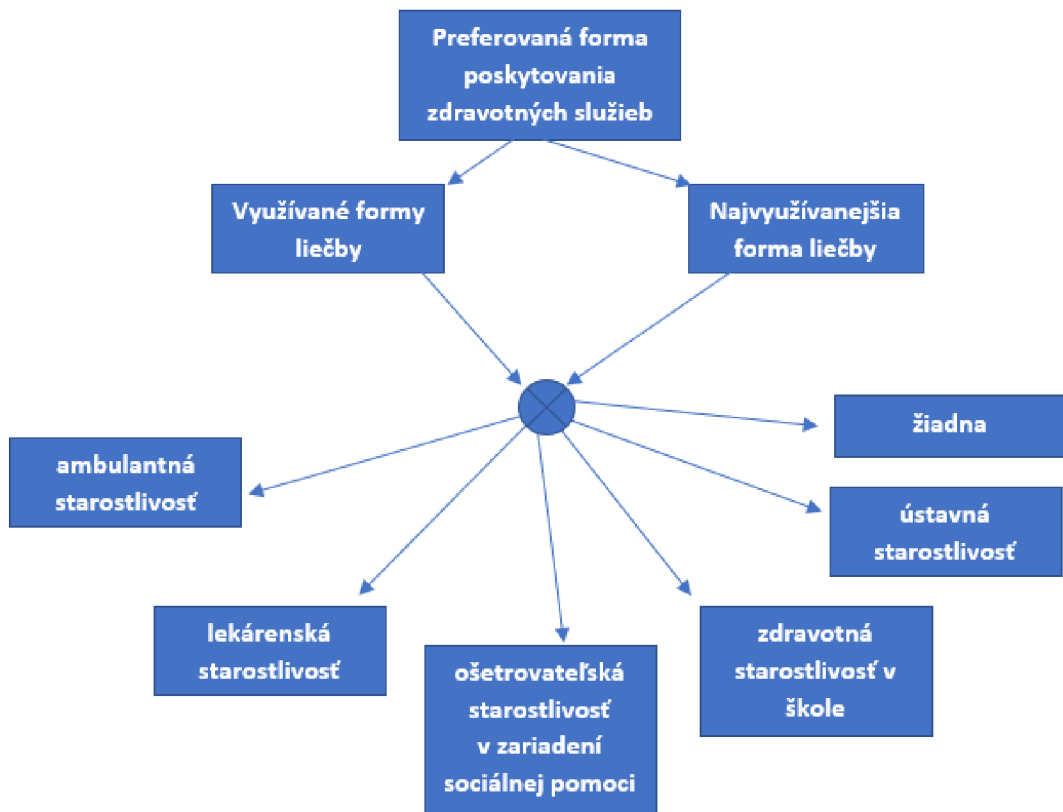
H2: Členovia rodiny s abúzm návykových látok využívajú častejšie ambulatnú formu služieb ako ústavnú formu.

Podľa zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti sa formy poskytovania zdravotných služieb rozdeľujeme na:

- a) ambulatnú starostlivosť,
- b) ústavnú starostlivosť,
- c) lekárenskú starostlivosť,
- d) ošetrovateľskú starostlivosť v zariadení sociálnej pomoci,
- e) zdravotnú starostlivosť v škole.

Forma poskytovania zdravotných služieb je polytomická premenná, dosahujúca hodnoty: 1. ambulatná starostlivosť, 2. ústavná starostlivosť, 3. lekárenská starostlivosť, 4. ošetrovateľská starostlivosť v zariadení sociálnej pomoci, 5. zdravotná starostlivosť v škole.

Obrázok 2 – Operacionalizácia H2

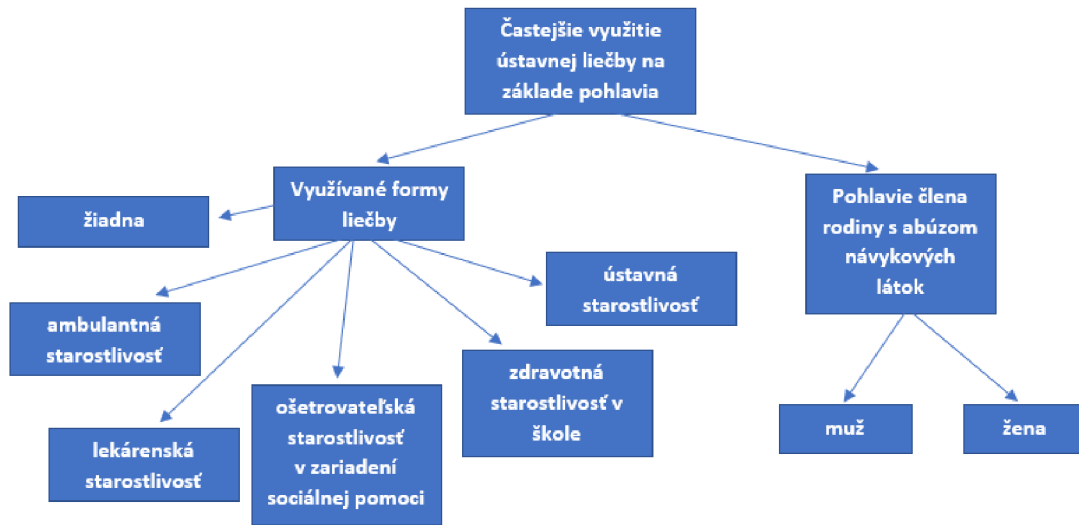


Forma poskytovania zdravotných služieb bude meraná otázkami 7 a 8. Každá z otázok môže nadobudnúť hodnotu ambulatná, lekárska, ošetrovateľská, zdravotná alebo ústavná starostlivosť. Pre vyhodnotenie danej hypotézy sa zhodnotí otázka číslo 7 a v prípade, že respondent zodpovedal danú otázku možnosťami a) ambulatná starostlivosť a zároveň b) ústavná starostlivosť, zhodnotí sa aj otázka 8, aby sme zistili, ktorú z týchto služieb využíva častejšie.

H2.1: Muži majú vyššiu využiteľnosť ústavnej liečby ako ženy.

Pohlavie je dichotomická premenná, dosahujúca hodnoty: 1.muž alebo 2. žena

Obrázok 3 – Operacionalizácia H2.1



Pohlavie častejšie využívané ústavnú formu liečby bude merané otázkami 7 a 16. Otázka 7 môže nadobudnúť hodnotu ambulantná, lekárenská, ošetrovateľská, zdravotná starostlivosť v škole alebo ústavná starostlivosť a otázka 16 môže nadobudnúť hodnotu muž alebo žena. Pre vyhodnotenie danej hypotézy sa zhodnotí otázka číslo 7, čím zistíme, koľko respondentov zvolilo možnosť „ústavná starostlivosť“, následne zhodnotíme otázku 16, ktorou zistíme, ktoré pohlavie využíva ústavnú formu liečby častejšie.

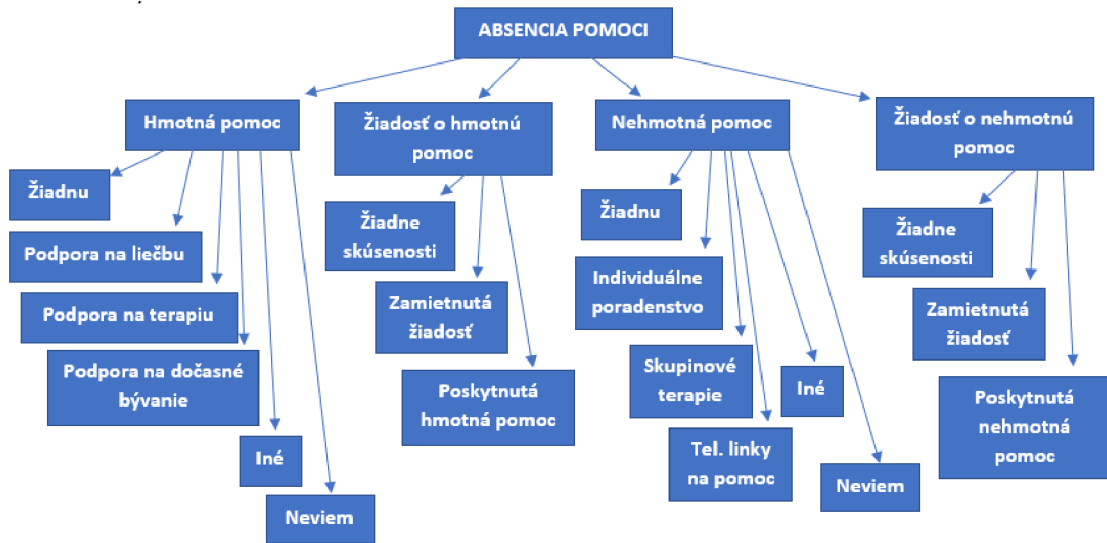
VO3: Aké formy pomoci absentujú členom rodiny s abúzom návykových látok?

H3: Členovia rodiny s abúzom návykových látok majú vyššiu absenciu hmotnej pomoci ako nehmotnej.

Absenciou rozumieme neprítomnosť, neúčast', chýbanie alebo nedostatok. Hmotnou pomocou rozumieme pomoc týkajúcu sa majetkovej alebo finančnej stránky. Nehmotnou pomocou rozumieme pomoc týkajúcu sa nemateriálnej alebo duchovnej stránky (Slovník slovenského jazyka).

Absencia pomoci je polytomická premenná, nadobúdajúca hodnoty: 1. žiadna, 2. stredná, 3. vysoká.

Obrázok 4 – Operacionalizácia H3

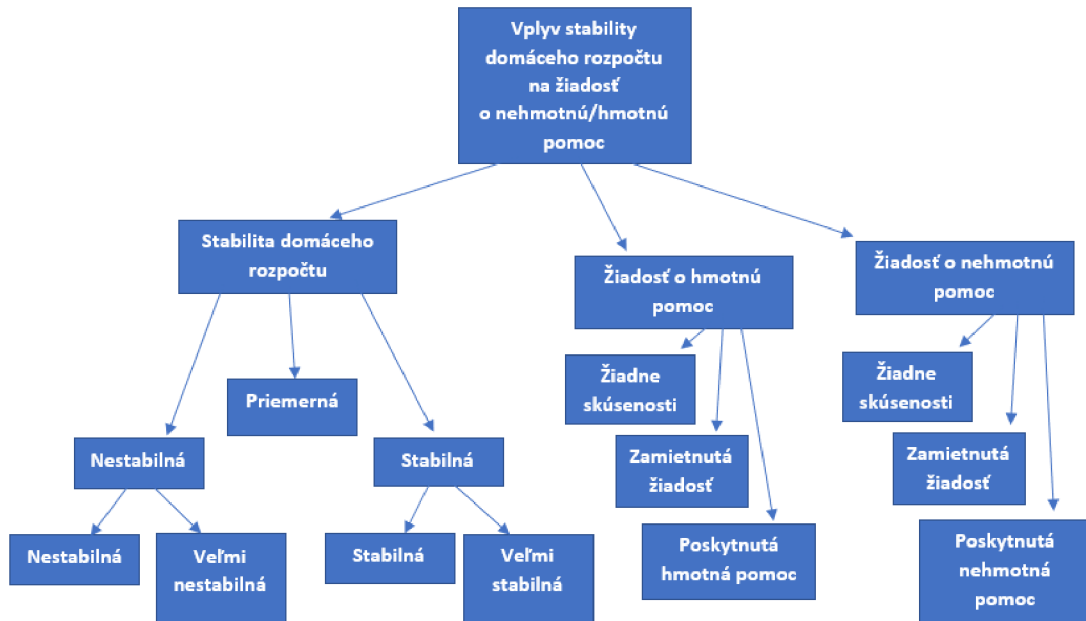


Absencia (hmotnej/nehmotnej) pomoci bude meraná otázkami 12 až 15. Pre vyhodnotenie danej hypotézy sa zhodnotia otázky 12 a 13, ktoré sú určené pre hmotnú pomoc a následne otázky 14 a 15, ktoré sú určené pre nehmotnú pomoc. Zhodnotením otázok zistíme, či respondent získava alebo získaval daný druh pomoci a či mu bola jeho žiadosť o danú pomoc schválená alebo zamietnutá – vďaka týmto informáciami potom porovnáme dané výsledky.

H3.1: Členovia rodiny s abúzum návykových látok s nestabilným domácim rozpočtom žiadajú častejšie o hmotnú pomoc ako o nehmotnú pomoc.

Stabilita domáceho rozpočtu je polytomická premenná, dosahujúca hodnoty: 1. nestabilná, 2. priemerná a 3. stabilná.

Obrázok 5 - Operacionalizácia H3.1

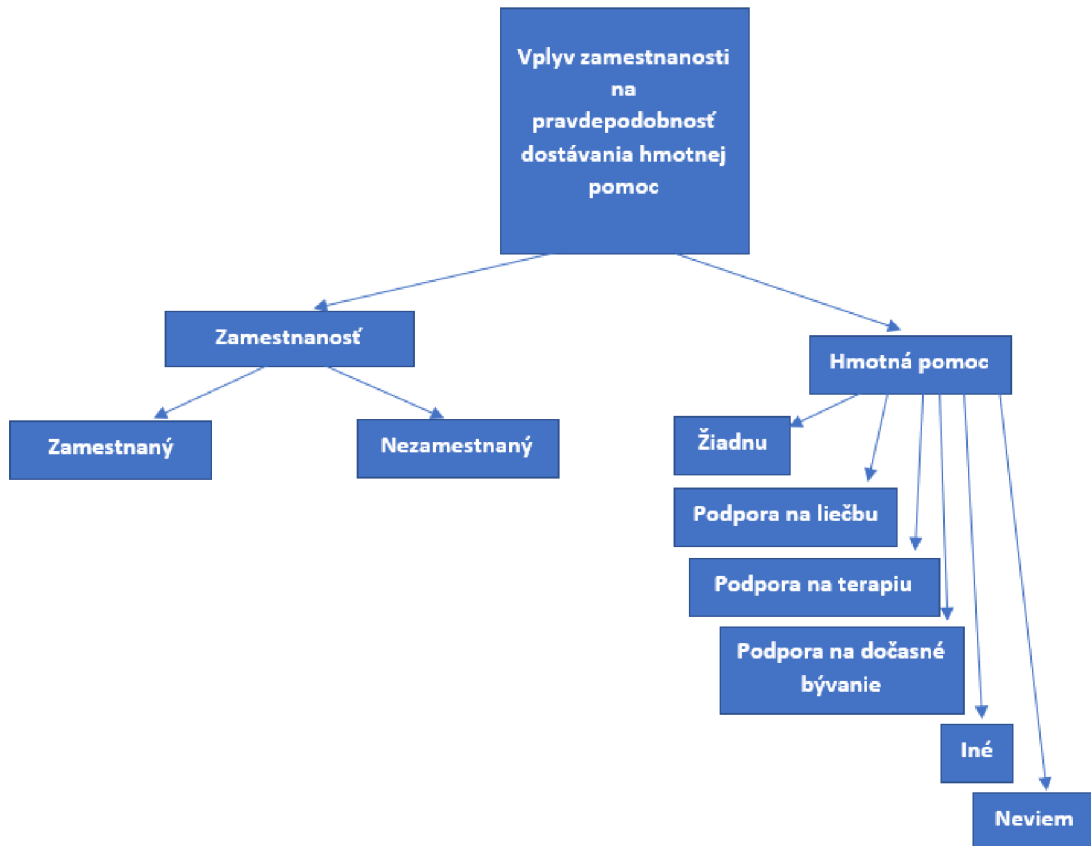


Vplyv stability domáceho rozpočtu na žiadosť o nehmotnú/hmotnú pomoc bude meraná otázkami 13, 15 a 20. Pre vyhodnotenie danej hypotézy sa ako prvá zhodnotí otázka 20, čím si rozdelíme respondentov podľa stability domáceho rozpočtu a následne porovnáme ich odpovede na otázky 13 a 15. Kde odpoveď „žiadne skúsenosti“ bude predstavovať, že respondent nikdy nežiadal o hmotnú/nehmotnú pomoc, ostatné odpovede vyhodnotíme, že respondent o hmotnú/nehmotnú pomoc už niekedy žiadal. Na základe vyhodnotenia určíme výsledok našej hypotézy.

H3.2: Nezamestnaní členovia rodiny s abúзом návykových látok majú vyššiu pravdepodobnosť dostávať hmotnú pomoc ako zamestnaní.

Zamestnanosť je dichotomická premenná, dosahujúca hodnoty: 1. nezamestnaný alebo 2. zamestnaný.

Obrázok 6 – Operacionalizácia H3.2



Vplyv zamestnanosti na pravdepodobnosť dostávania hmotnej pomoci bude meraná otázkami 12 a 18. Pre vyhodnotenie danej hypotézy sa ako prvá zhodnotí otázka 18, čím si rozdelíme respondentov podľa zamestnanosti a následne porovnáme ich odpovede na otázku 12. Kde odpovede „žiadnu“ a „neviem“ bude predstavovať, že respondent nedostáva hmotnú pomoc. Ostatné odpovede vyhodnotíme, že respondent hmotnú pomoc dostáva. Na základe vyhodnotenia potom určíme výsledok našej hypotézy.

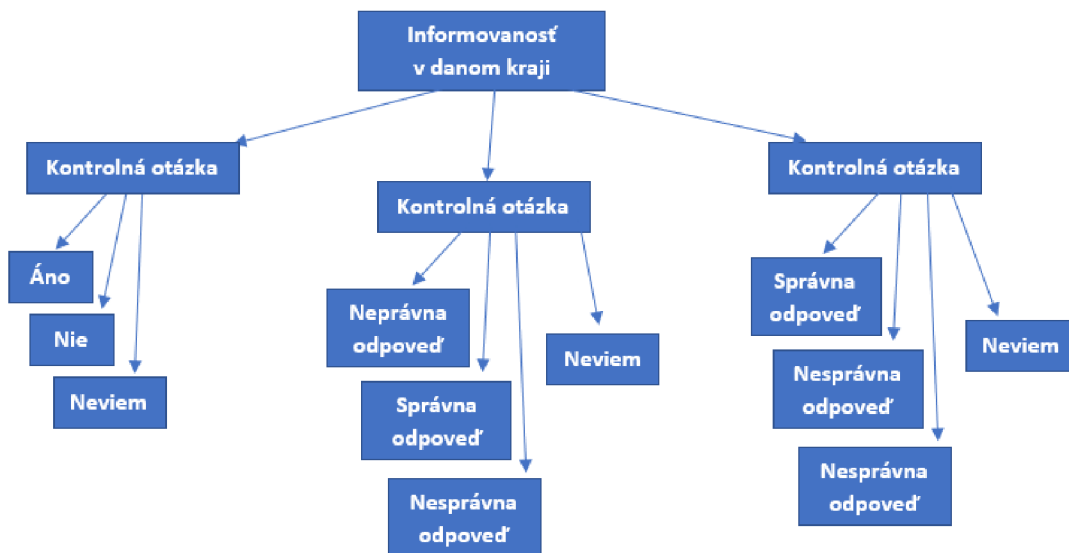
VO4: Ako sú členovia rodiny s abúzm návykových látok informovaní o dostupnej pomoci?

H4: Vyššia informovanosť o dostupnej pomoci je v Bratislavskom kraji ako v Prešovskom kraji.

Informovanosť je množstvo informácií, ktorými jedinec či určitá skupina disponujú a ktoré môžu aktívne šíriť (Sociologická encyklopédie). Informovaný = poučený o niečom, znalý niečoho, odtiaľ podstatné meno informovanosť ako znalosť niečoho, poučenie o niečom (Slovník spisovného jazyka českého).

Informovanosť je polytomická premenná, nadobúdajúca hodnoty: 1. žiadna, 2. mierna, 3. stredná, 4. vysoká.

Obrázok 7 – Operacionalizácia H4

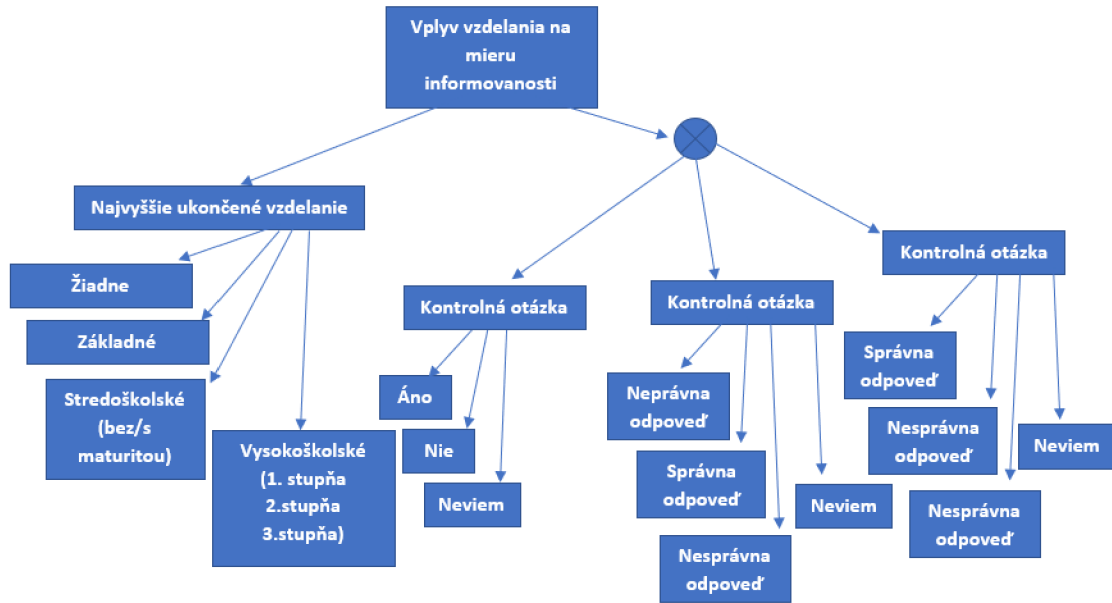


Informovanosť o dostupnej pomoci v danom kraji bude meraná otázkami 9 až 11. Pre vyhodnotenie danej hypotézy sa skontrolujú kontrolné otázky. Vyhodnotenie bude nasledovné: spočítame všetky odpovede respondentov v danom kraji a zistíme, koľko správnych odpovedí bolo zodpovedaných ku kontrolnej otázke. Informovanosť bude hodnotená nasledovne, a to u 0 % až 25 % – žiadna, 26 % až 50 % – mierna, 51 % až 75 % – stredná, 76 % až 100 % – vysoká.

H4.1: Členovia rodiny s abúзом návykových látok s vysokoškolským vzdelaním majú vyššiu informovanosť o dostupnej pomoci ako členovia s nižším vzdelaním.

Najvyššie ukončeného vzdelania je polytomická premenná, dosahujúca hodnoty: 1. žiadne, 2. základné, 3. stredoškolské a 4. vysokoškolské

Obrázok 8 – Operacionalizácia H4.1



Vplyv najvyššie ukončeného vzdelania na mieru informovanosti o dostupnej pomoci bude meraná otázkami 9 až 11 a 19. Pre vyhodnotenie danej hypotézy sa skontrolujú kontrolné otázky a najvyššie vzdelanie respondenta. Vyhodnotenie bude nasledovné: otázkou 19 si rozdelíme respondentov podľa najvyššieho dosiahnutého vzdelania. Následne pre jednotlivé skupiny určené na základe otázky 19 vyhodnotíme kontrolné otázky 9 až 11, ktoré sa zhodnotia rovnako ako je to opísané v predchádzajúcej hypotéze. Výsledky potom premeníme do percentuálnej podoby a zhodnotíme úspešnosť daných skupín určených na základe najvyššieho ukončeného vzdelania.

6.3 Charakteristika výskumného súboru

Výskumný súbor tvorili ľudia s abúzm návykových látok od 10 rokov. V prípade, že išlo o nepľnoletých pacientov, vyplňali dotazník za nich zákonní zástupcovia. Výskum bol realizovaný od 29.1.2024 do 23.2.2024 v ambulanciách praktických lekárov pre deti a dorast a u praktických lekárov pre dospelých v Bratislavskom a Prešovskom kraji. Z 84 oslovených ambulancií sa na výskume podieľali tri ambulancie v každom kraji. Do každej ambulancii sa rozdalo 35 dotazníkov. Výskumu sa zúčastnilo 164 respondentov, z toho 78 v Bratislavskom kraji a 86 v Prešovskom kraji.

6.4 Metodika výskumu

K realizácii výskumu sme zvolili kvantitatívny dizajn. Kvantitatívny výskum zachytáva realitu pomocou merateľných premenných. Podľa Vévodovej, Ivanovej et al. (2015) je najväčšou výhodou kvantitatívneho výskumu nenáročné získanie dát aj u veľkých skupín respondentov, a následná rýchlosť štatistickej analýzy. Nevýhodou tohto výskumu môže byť fakt, že vierohodnosť získaných dát bude nižšia ako u kvalitatívneho výskumu. Terénny výskum sme realizovali pomocou neštandardizovaných dotazníkov. Dotazník je metóda založená na subjektívnej výpovedi skúmanej osoby o jej charakteristikách. Subjektívnosť dotazníka je daná tým, že vyšetrovaný tu môže rôznym spôsobom ovplyvňovať svoje výpovede. S cieľom získania dát sme využili prierezový a retrospektívny výskum. Prierezový výskum je typ štúdie, ktorý zhromažďuje dáta v jednom konkrétnom okamihu v čase s cieľom získať aktuálne informácie o určitom jave alebo populácii. Retrospektívny výskum sa sústreďuje na zhromažďovanie dát z minulosti s cieľom analyzovať udalosti, ktoré sa už stali. Použitou metódou prístupu v našom výskume bola metóda deskripcie a komparácie. Deskriptívna metóda spočíva v jednoduchom opise skutočnosti v kvantitatívnej či kvalitatívnej podobe, a to vrátane vyjadrenia miery súvislosti medzi javmi. Metóda komparácie je najjednoduchšou metódou, ktorá umožňuje spoznať, v čom sa skúmaný jav líši od iných alebo v čom sa zhoduje. Výsledkom kvantitatívneho výskumu je otestovanie zvolených hypotéz (Vévodová, Ivanová et al., 2015).

6.5 Metódy zberu a spracovania dát

Kvantitatívny výskum umožňuje zbierať dáta mnohými spôsobmi, avšak dáta k nášmu výskumu boli získané deskripciou a neštandardizovaným dotazníkom. Deskripciou sme zisťovali demografické údaje o Bratislavskom a Prešovskom kraji, a taktiež počty všeobecných ambulancií, psychologických ambulancií a zdravotníckych psychiatrických zariadení v krajoch. Neštandardizovaný dotazník vychádzal z rešerše, na základe ktorej sme si stanovili hypotézy a otázky v dotazníku. Dotazník použitý

v našej práci je tvorený 22 otázkami a je rozdelený na dve časti (viď príloha 3). V prvej časti zisťujeme dostupnú pomoc pre členov s abúzom návykových látok a v druhej časti sa pýtame na demografické údaje. Dotazník je tvorený uzavretými a polouzavretými otázkami s výberom jednej alebo viacerých odpovedí. Pred samotným výskumom bol vykonaný predvýskum. U piatich respondentov bola overovaná predovšetkým zrozumiteľnosť a jednoznačnosť otázok. Respondenti nerozumeli slovu abúzus. Následne som vykonala úpravu a vysvetlila som slovo abúzus v dotazníku. Na základe vopred dohodnutom výskume v ambulanciách boli vytlačené dotazníky distribuované osobne do ambulancií praktických lekárov. Následne mi potvrdili súhlas na výskume (viď príloha 2). Po vyplnení boli odoslané lekármi na moju adresu. Ďalším krokom bola žiadosť na etickú komisiu Fakultnej nemocnice a Lekárskej fakulty Univerzity Palackého v Olomouci na preskúmanie výskumu z etického hľadiska. Etická komisia sa k žiadosti vyjadrila kladne (viď príloha 1).

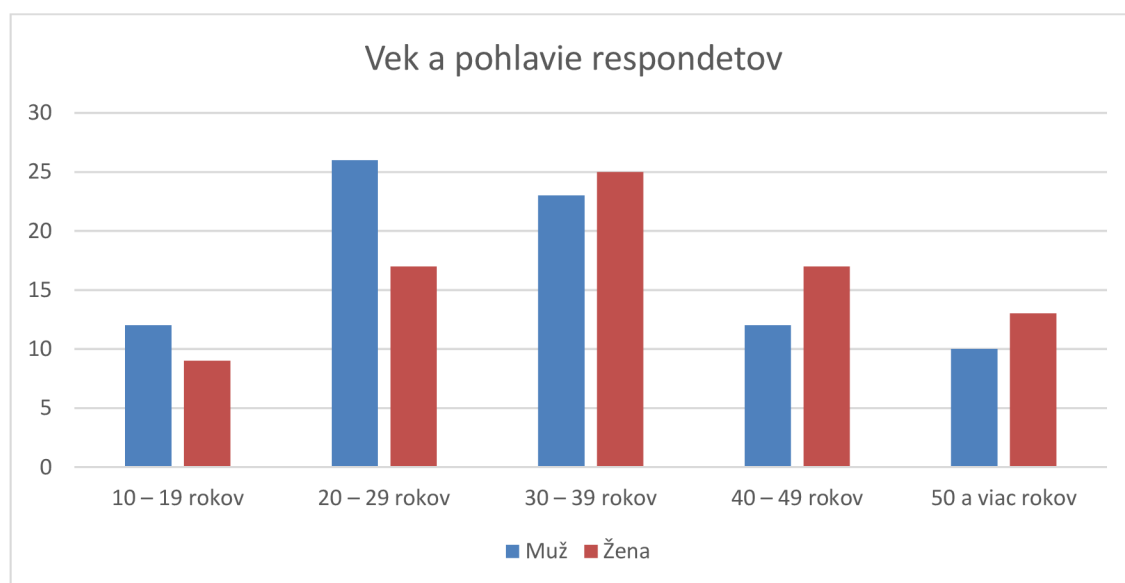
Získané dáta boli vyhodnotené v programe Microsoft Excel, kde sme dáta spísali do tabuliek a následne sme vygenerovali grafy k daným hypotézam. Potom sme hypotézy vyhodnotili na základe operacionalizácie.

7 VÝSLEDKY VÝSKUMU

Táto kapitola je určená na vyhodnotenie výsledkov výskumu. Hodnoty, ktoré sme na vyhodnotenie využili, pochádzajú z nášho vlastného dotazníka vyplneného respondentami s abúzom návykových látok. V tejto kapitole sa nakoniec zaoberáme aj vyhodnotením hypotéz. Na lepšiu prezentáciu výsledkov sme využili grafické zobrazenie za pomoci nami vygenerovaných grafov, slovnými popismi a tabuľkami.

7.1 Vyhodnotenie základných údajov o respondentoch

Graf 1 – Rozdelenie veku respondentov na základe pohlavia



Z grafu 1 vyplýva, že najmenšiu skupinu respondentov v počte 21 tvorila najmladšia veková kategória 10 – 19 rokov a najpočetnejšiu skupinu tvorila veková kategória 30 – 39 rokov v počte 48. Z celkového počtu 164 respondentov sa jednalo o 83 mužov a 81 žien.

Graf 2 – Druhy návykových látok užívaných v Bratislavskom kraji



Z grafu 2 je možné pozorovať, že najvyužívanejšou návykovou látkou v Bratislavskom kraji sú nikotínové vrecúška, ktoré užíva alebo užívalo až 51 respondentov, skoro rovnakú hodnotu mal aj tabak, ktorý označilo až 48 respondentov. Z celkového počtu 78 respondentov väčšina označila, že užíva alebo užívala legálne návykové látky, zatiaľ čo len malá časť respondentov uviedla, že užíva alebo užívala nelegálne návykové látky.

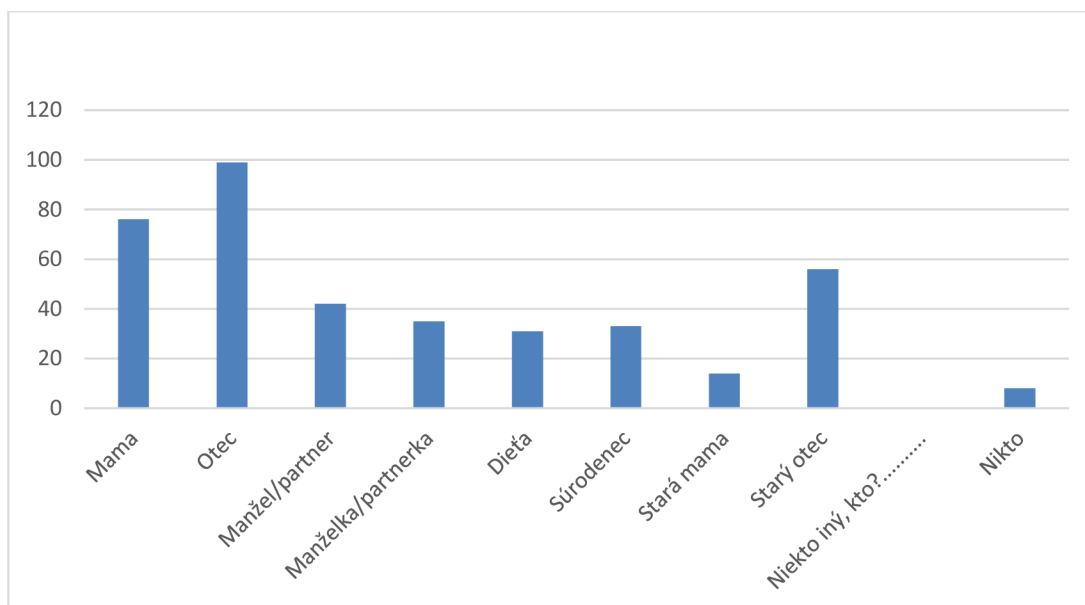
Graf 3 – Druhy návykových látok užívaných v Prešovskom kraji



Z grafu 3 je viditeľné, že najpoužívanejšou návykovou látkou v Prešovskom kraji je tabak, ktorý užíva alebo užívalo až 63 respondentov, čo z celkového počtu respondentov 86 predstavuje až 79 %. V porovnaní s grafom 2, ktorý pojednával o Bratislavskom

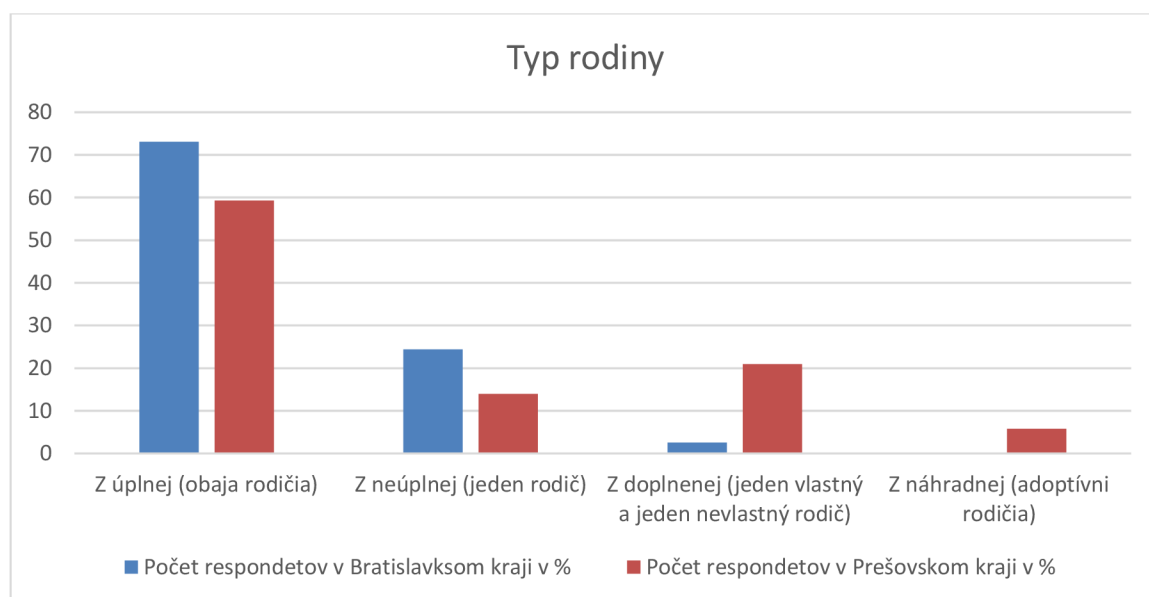
kraji, ide vyčítať, že v Prešovskom kraji 18 respondentov zvolilo z nelegálnych látok amfetamíny, ako napríklad pervitín, zatiaľ čo v Bratislavskom kraji túto možnosť nezvolil žiadny respondent.

Graf 4 – Členovia rodiny respondentov užívajúci návykové látky



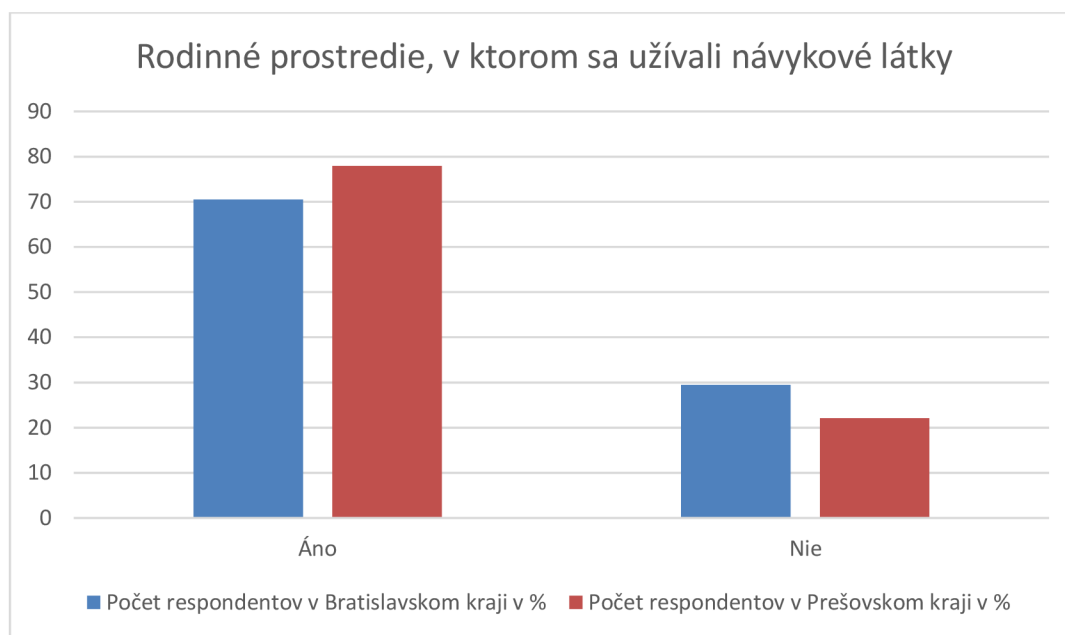
Z grafu 4 môžeme vyčítať, že až 99 respondentom užíva alebo užíval otec návykové látky, nasleduje mama, ktorú označilo 76 respondentov a potom starý otec s hodnotou 56.

Graf 5 – Pôvod respondentov podľa typu rodiny



Z grafu 5 vidíme, že najväčšie zastúpenie v oboch krajoch mali respondenti z úplnej rodiny. Avšak v Prešovskom kraji sme mali aj respondentov z náhradných rodín v pomere 5 %, a taktiež v tomto kraji uviedlo až 20 % respondentov, že pochádza z doplnenej rodiny.

Graf 6 – Rodinné prostredie v ktorom sa užívali návykové látky



Z grafu 6 vyplýva, že až 70 % respondentov v Bratislavskom kraji vyrastalo v prostredí, kde sa užívali návykové látky a v Prešovskom kraji to predstavovalo 77 %.

7.2 Základné informácie o Bratislavskom a Prešovskom kraji

Tabuľka 1 – Demografické údaje o Bratislavskom a Prešovskom kraji

Názov kraja	Bratislavský	Prešovský
Rozloha	2 052.6 km ²	8 972.7 km ²
Počet obyvateľov	723 714	807 657
Hustota obyvateľstva	352 obyvateľov/km ²	90 obyvateľov/km ²
Počet okresov	8	13

Priemerný vek	41	38.59
Miera nezamestnanosti	2.6 %	11.4 %

Zdroj: Štatistický úrad Slovenskej republiky, 2023

Tabuľka 1 poukazuje na demografické rozdiely Bratislavského a Prešovského kraja. Najväčšie rozdiely sú v rozlohe krajov, kde Prešovský nadobúda 4-násobne väčšiu hodnotu ako Bratislavský, no aj napriek tomu je rozdiel v počte obyvateľov len 1.11-násobný. Za spomenutie určite stojí aj miera nezamestnanosti, kedy v Prešovskom kraji dosahuje hodnotu 11.4 %, čo je oproti Bratislavskému kraju s jeho hodnotou 2.6 % skoro 5-násobne vyššia hodnota.

7.3 Vyhodnotenie výskumných otázok a hypotéz

VO: Aká je objektívna dostupnosť služieb pre členov rodiny s abúdom návykových látok v Bratislavskom kraji a Prešovskom kraji?

Tabuľka 2 – Objektívna dostupnosť služieb v krajoch

Kraj	Bratislavský	Prešovský
Praktický lekár	478	514
CPLDZ	1	0
Psychiatrická ambulancia	109	48
Psychologická ambulancia	160	74
Ústavná starostlivosť	5	4

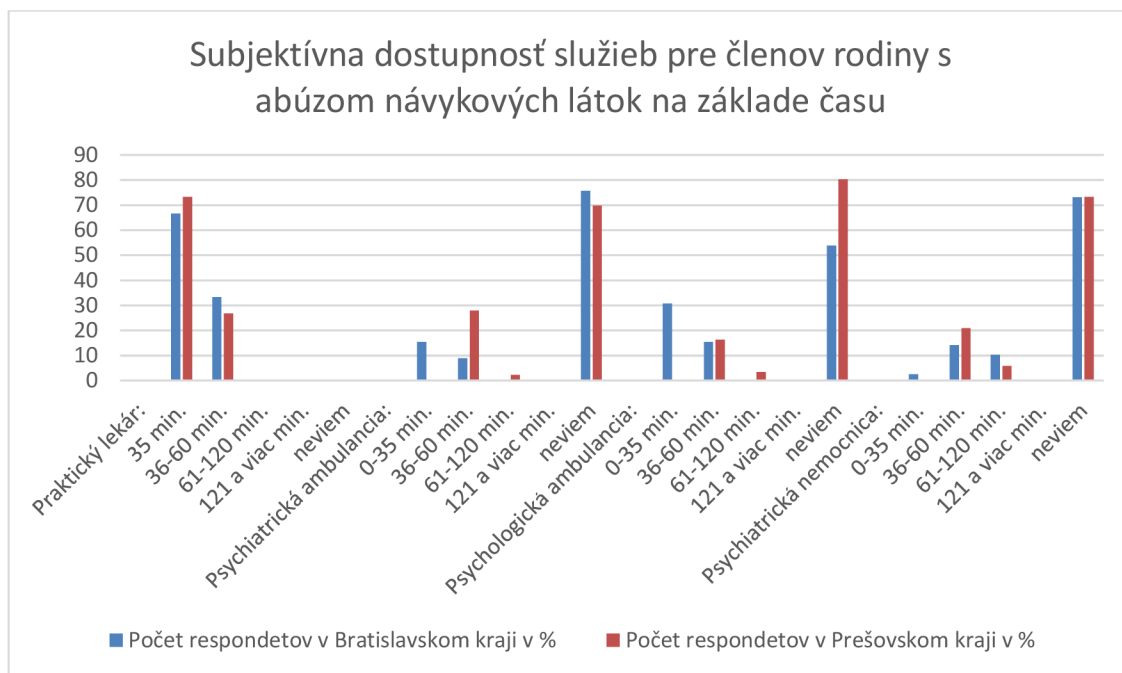
Zdroj: VÚC, 2024

Tabuľka 2 opisuje objektívnu dostupnosť služieb v Bratislavskom a Prešovskom kraji. Vidíme, že praktických lekárov je približne rovnako, zatiaľ čo CPLDZ Prešovský kraj vôbec nemá a zároveň má o viac ako polovicu menej psychiatrických a psychologických ambulancií.

VO1: Aká je subjektívna dostupnosť služieb pre členov rodiny s abúzom návykových látok v Bratislavskom kraji a Prešovskom kraji?

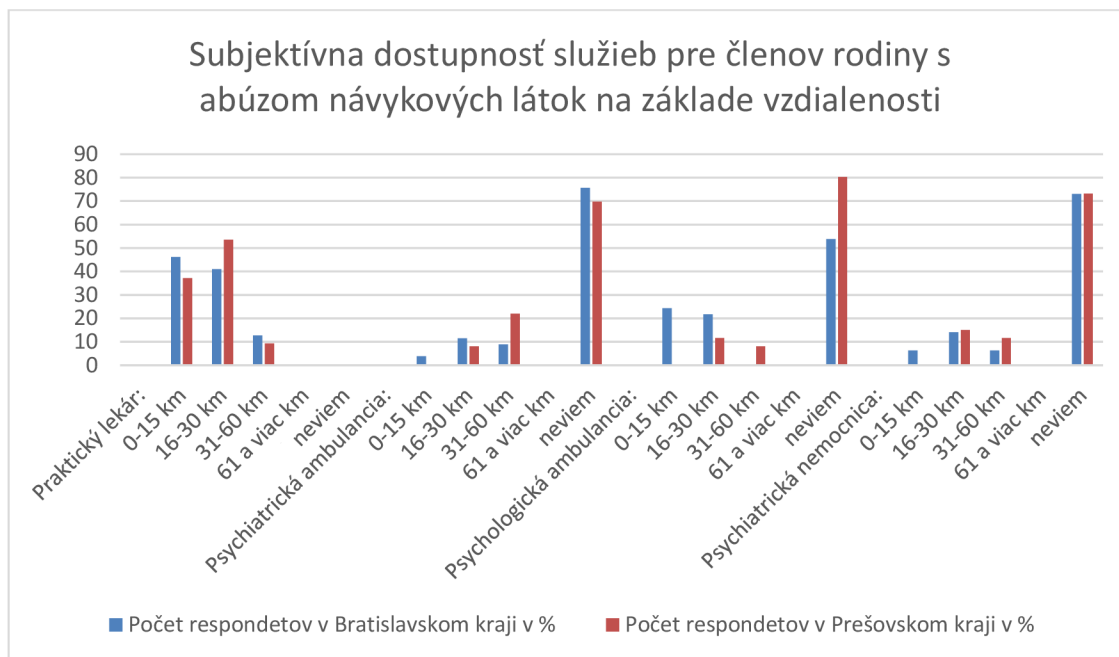
H1: Subjektívna dostupnosť služieb pre členov rodiny s abúzom návykových látok je lepšia v Bratislavskom kraji ako v Prešovskom kraji.

Graf 7 – Subjektívna dostupnosť služieb na základe času



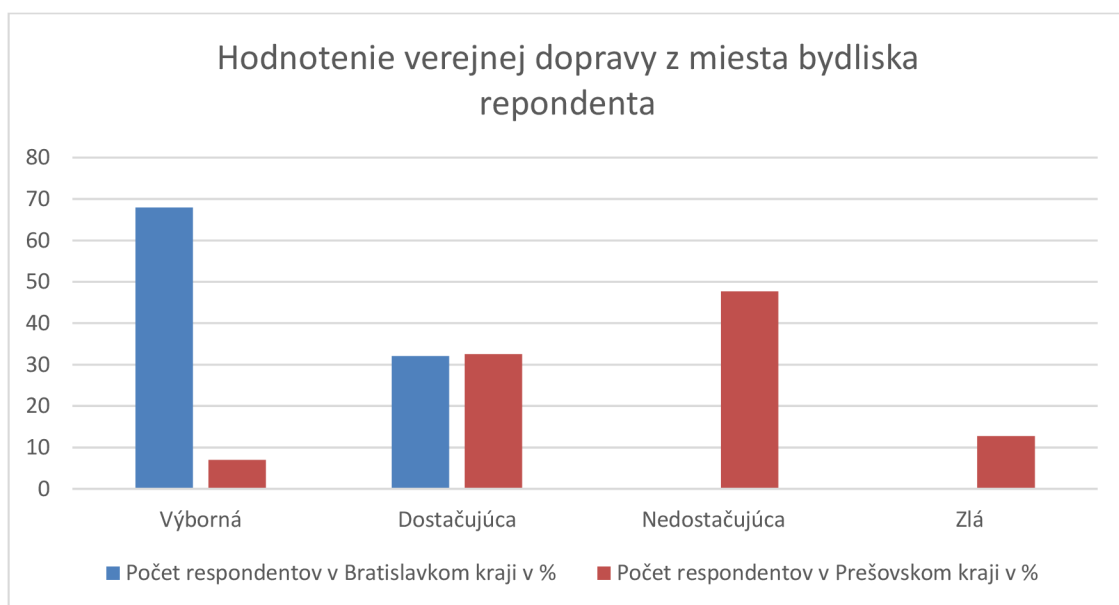
Z grafu 7 môžeme vyčítať, že dostupnosť praktického lekára je pre 66 % v Bratislavskom kraji a 73 % Prešovskom kraji od 0 – 35 min. čo predstavuje hodnotu výborná, zvyšní respondenti zvolili hodnotu 36 – 60 min., teda dostačujúca. Pri hodnotení dostupnosti psychiatrickej ambulancie zvolilo 15 % z Bratislavského kraja možnosť 0 – 35 min. výborná, v Prešovskom kraji zvolilo 27 % hodnotu 36 – 60 min. dostačujúca. Pri hodnotení psychiatrickej ambulancie, psychologické ambulancie a psychiatrickej nemocnice, viac ako polovica respondentov zvolila možnosť neviem, čo je možnosť, ktorá pri zisťovaní dostupnosti služieb je pre nás nepodstatná. Pri psychologické ambulancii v Bratislavskom kraji zvolilo až 30 % respondentov hodnotu 0 – 35 min., zatiaľ čo v Prešovskom kraji väčšina respondentov, ktorí nezvolili hodnotu neviem vybrali hodnotu 36 – 60 min v počte 16 %. Ako poslednú mali respondenti ohodnotiť dostupnosť psychiatrickej nemocnice, kde hodnotu 36 – 60 min. zvolilo 14 % v Bratislavskom kraji a 20 % v Prešovskom kraji.

Graf 8 - Subjektívna dostupnosť služieb na základe vzdialenosti



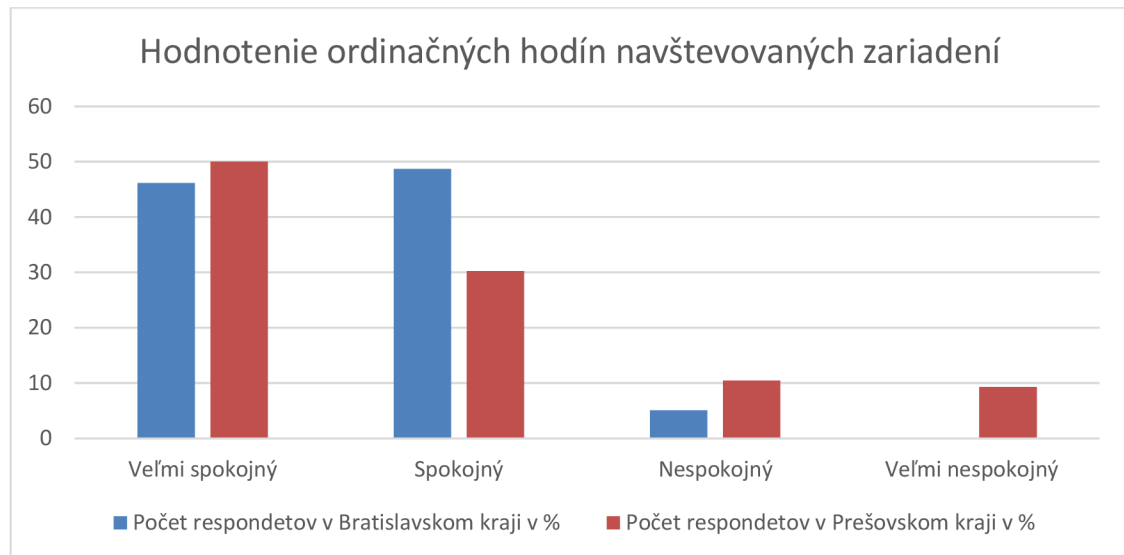
Z grafu 8 vyplýva, že najviac respondentov, a teda 46 % pri hodnotení dostupnosti na základe vzdialenosti praktického lekára v Bratislavskom kraji zvolilo hodnotu 0 – 15 km, v Prešovskom kraji to bola hodnota 16 – 30 km, ktorú zvolilo až 53 %. Rovnako ako pri hodnotení subjektívnej dostupnosti služieb na základe času, tak aj tu nám viac ako polovica respondentov označilo hodnotu neviem pri možnostiach psychiatrická ambulancia, psychologická ambulancia a psychiatrická nemocnica.

Graf 9 – Hodnotenie verejnej dopravy



Graf 9 opisuje, ako respondenti hodnotia verejnú dopravu z ich miesta bydliska. Tu až 67 % v Bratislavskom kraji zvolilo možnosť výborná, rovnakú hodnotu v Prešovskom kraji zvolilo len 6 %. V Bratislavskom kraji ďalej zvolili hodnotu dostačujúca a v Prešovskom kraji dominovala možnosť nedostačujúca s hodnotou až 47 %.

Graf 10 – Hodnotenie ordinačných hodín



Z grafu 10 vidíme, že s ordinačnými hodinami navštevovaných zariadení je 46 % v Bratislavskom kraji veľmi spokojných, v Prešovskom kraji túto možnosť vybralo až 50 %. Následne druhá najviac vyberaná možnosť bola spokojný, ktorú v Bratislavskom kraji vybralo 48 % a v Prešovskom kraji to bolo 30 %.

Overenie platnosti hypotézy:

Keďže veľká časť respondentov pri hodnotení subjektívnej dostupnosti na základe času a vzdialenosti zvolila možnosť neviem, rozhodli sme sa vyhodnotiť len odpovede, ktoré boli poskytnuté, čo znamená, že odpoveď neviem budeme ignorovať a vyhodnotíme len odpovede, ktoré nám boli skutočne poskytnuté, týmto krokom sa priblížime ku konkrétnejšiemu výsledku založenému na týchto odpovediach.

Na výpočet využijeme vzorec *Aritmetický priemer*
$$= \frac{X_1 + X_2 + \dots + X_n}{n}$$

Vyhodnotenie otázky opísanej grafom 7, kde čas 0 – 35 min. predstavuje hodnotu výborná (1), 36 – 60 min. predstavuje hodnotu dostačujúca (2), 61 – 120 min. predstavuje hodnotu nedostačujúca (3) a 121 a viac min. predstavuje hodnotu zlá (4).

Tabuľka 3 – Vyhodnotenie otázky opísanej grafom 7 Bratislavský kraj

Druh	Praktický lekár	Psychiatrická ambulancia	Psychologická ambulancia	Psychiatrická nemocnica
Výsledok dostupnosti služieb	Výborná (1.33)	Výborná (1.36)	Výborná (1.33)	Dostačujúca (2.28)
Celkový výsledok	Výborná / Dostačujúca (1.575)			

Tabuľka 4 - Vyhodnotenie otázky opísanej grafom 7 Prešovský kraj

Druh	Praktický lekár	Psychiatrická ambulancia	Psychologická ambulancia	Psychiatrická nemocnica
Výsledok dostupnosti služieb	Výborná (1.26)	Dostačujúca (2.07)	Dostačujúca (2,17)	Dostačujúca (2.21)
Celkový výsledok:	Dostačujúca (1.927)			

Z tabuliek 3 a 4 vyplýva, že horšia dostupnosť služieb pri otázke 7 bola v Prešovskom kraji.

Vyhodnotenie otázky opísanej grafom 8, kde vzdialenosť 0 – 15 km predstavuje hodnotu výborná (1), 16 – 30 km predstavuje hodnotu dostačujúca (2), 31 – 60 km predstavuje hodnotu nedostačujúca (3) a 61 a viac km predstavuje hodnotu zlá (4).

Tabuľka 5 - Vyhodnotenie otázky opísanej grafom 8 Bratislavský kraj

Druh	Praktický lekár	Psychiatrická ambulancia	Psychologická ambulancia	Psychiatrická nemocnica
Výsledok dostupnosti služieb	Dostačujúca (1.66)	Dostačujúca (2.21)	Výborná (1.47)	Dostačujúca (2.0)

Celkový výsledok	Dostačujúca (1.835)
-----------------------------	------------------------

Tabuľka 6 – Vyhodnotenie otázky opísanej grafom 8 Prešovský kraj

Druh	Praktický lekár	Psychiatrická ambulancia	Psychologická ambulancia	Psychiatrická nemocnica
Výsledok dostupnosti služieb	Dostačujúca (1.72)	Nedostačujúca (2.73)	Dostačujúca (2.41)	Dostačujúca (2.43)
Celkový výsledok	Dostačujúca (2.32)			

Z tabuliek 5 a 6 vyplýva, že horšia dostupnosť služieb pri otázke 8 bola v Prešovskom kraji.

Vyhodnotenie otázky o verejnej doprave opísanej grafom 9, kde možnosti nadobúdajú hodnoty výborná, dostačujúca, nedostačujúca a zlá. V tomto prípade je celkový výsledok v Bratislavskom kraji výborná (1.32), čo predstavuje lepší výsledok ako v Prešovskom kraji, v ktorom vyšiel celkový výsledok nedostačujúca (2.62).

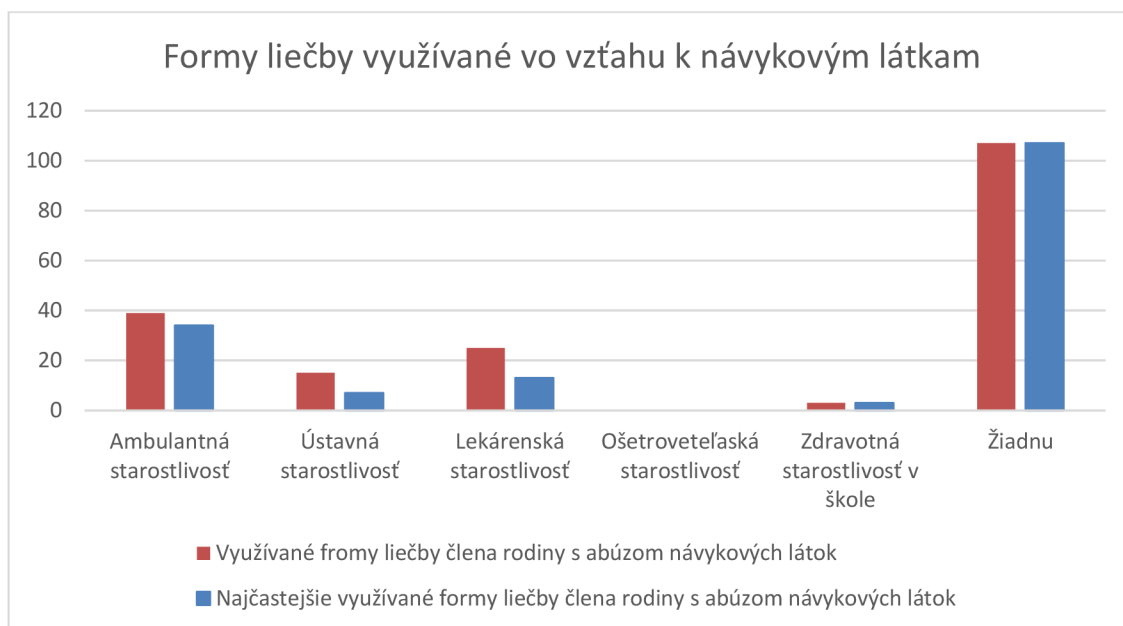
Vyhodnotenie otázky o ordinačných hodinách opísanej grafom 10, kde možnosť veľmi spokojný nadobúda hodnotu výborná, možnosť spokojný nadobúda hodnotu dostačujúca, možnosť nespokojný nadobúda hodnotu nedostačujúca a možnosť veľmi nespokojný nadobúda hodnotu zlá. V tomto prípade je celkový výsledok v Bratislavskom kraji dostačujúca (1.58), čo predstavuje rovnakú hodnotu ako v Prešovskom kraji, avšak z numerického hľadiska je jeho výsledok horší, ktorý predstavuje hodnotu dostačujúca (1.79).

Pri všetkých otázkach bola subjektívna dostupnosť služieb lepšia v Bratislavskom kraji ako v Prešovskom kraji, a teda **hypotéza sa potvrdila**.

VO2: Aké formy služieb využívajú členovia rodiny s abúzom návykových látkach?

H2: Členovia rodiny s abúzom návykových látok využívajú častejšie ambulantnú formu služieb ako ústavnú formu.

Graf 11 – Využívané formy liečby k vzťahu k návykovým látkam



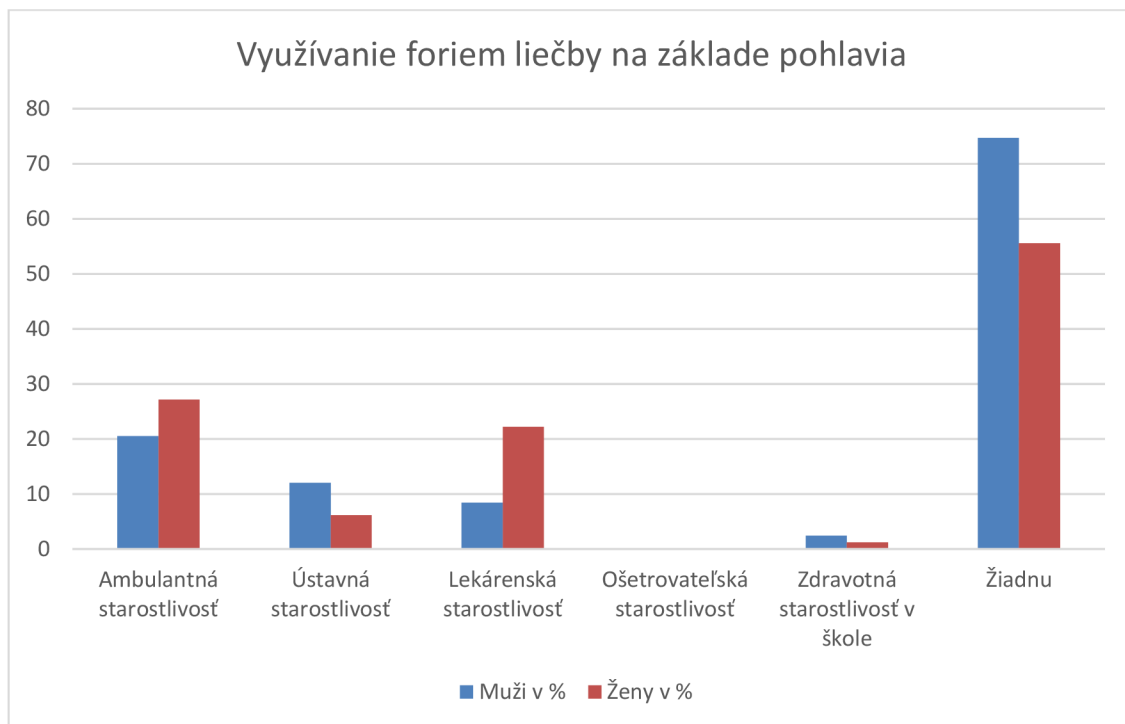
Z grafu 11 vidíme, že viac ako polovica respondentov vo vzťahu k návykovým látkam nevyužíva žiadnu formu liečby. Z foriem liečby najväčšiu časť tvorí ambulantná starostlivosť, ktorú zvolilo 39 respondentov, a ktorú rovnako aj respondenti v počte 34 označili aj ako najčastejšie využívanú liečbu k vzťahu k návykovým látkam.

Overenie platnosti hypotézy:

Až 39 respondentov zvolilo ambulantnú starostlivosť ako využívanú formu liečby a zároveň ju aj 34 respondentov zvolilo ako najčastejšie využívanú liečbu. Zatiaľ čo len 15 respondentov zvolilo ústavnú starostlivosť ako využívanú formu liečby a 7 respondentov ju označilo ako najčastejšie využívanú liečbu. Táto **hypotéza sa potvrdila**.

H2.1: Muži majú vyššiu využiteľnosť ústavnej liečby ako ženy.

Graf 12 – Formy liečby využívané jednotlivými pohlaviami



Graf 12 nám opisuje akú formu liečby využívajú jednotlivé pohlavia najčastejšie. Pri oboch pohlaviach je najčastejšie využívaná ambulantná starostlivosť a to v 20 % pri mužoch a 27 % pri ženách. Z grafu vyplýva aj to, že muži sa liečia menej často ako ženy, a to preto, že až 74 % respondentov mužského pohlavia zvolilo možnosť, že neúčujú žiadnu liečbu. V prípade žien túto možnosť zvolilo 55 % respondentiek.

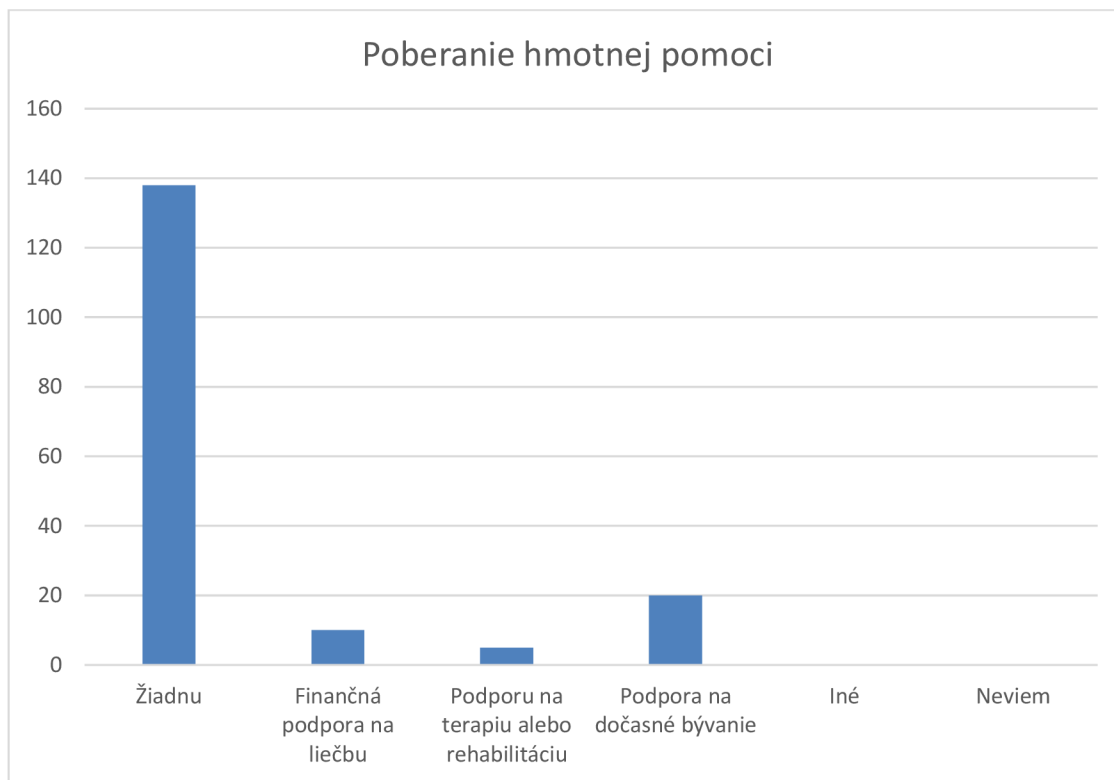
Overenie platnosti hypotézy:

Až 12 % mužov uviedlo, že využívalo alebo využíva ústavnú formu liečby, zatiaľ čo pri ženách to predstavuje len 6 %. To znamená, že **hypotéza sa potvrdila**.

VO3: Aké formy pomoci absentujú členom rodiny s abúdom návykových látok?

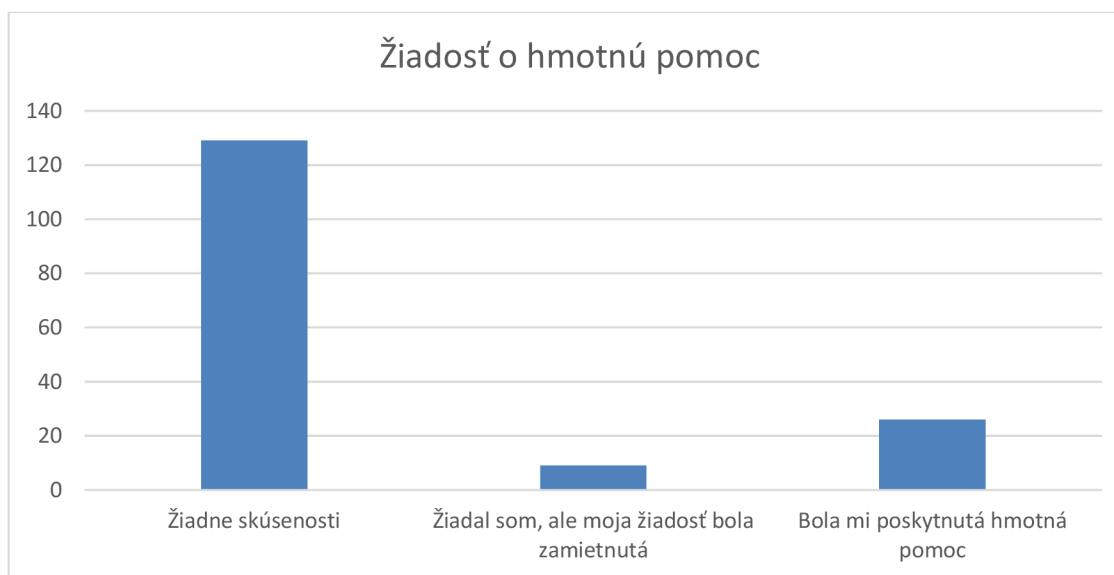
H3: Členovia rodiny s abúdom návykových látok majú vyššiu absenciu hmotnej pomoci ako nehmotnej.

Graf 13 – Poberanie hmotnej pomoci



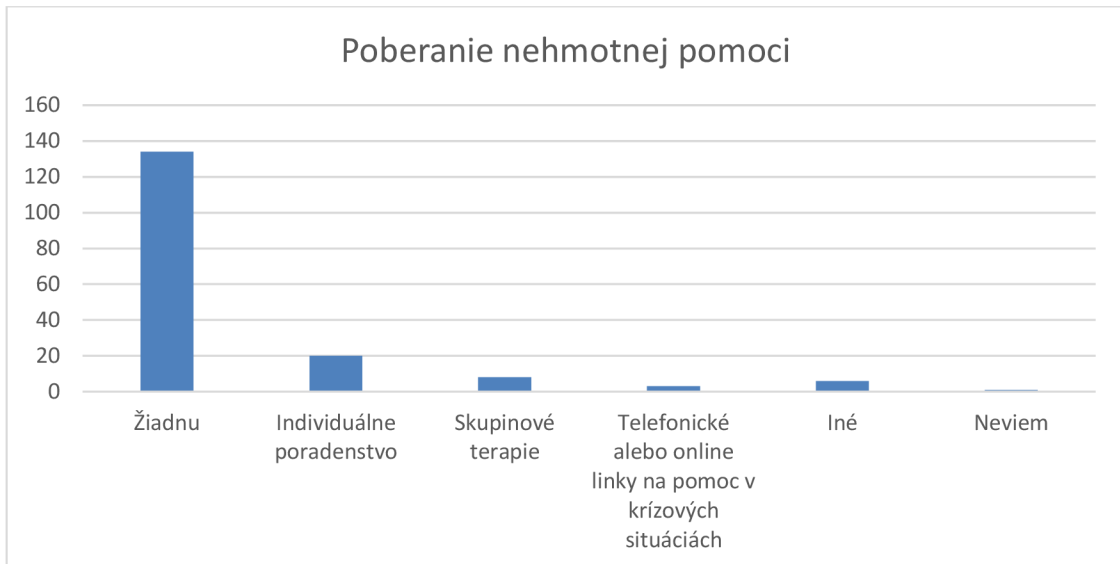
Z grafu 13 môžeme vidieť, že až 138 respondentov nepoberá žiadnu hmotnú pomoc, čo znamená, že len 26 respondentov poberalo alebo poberá nejakú hmotnú pomoc. Zo všetkých uvedených hmotných pomoci najčastejšie zvolili respondenti podporu na dočasné bývanie v počte 20.

Graf 14 – Žiadosť o hmotnú pomoc



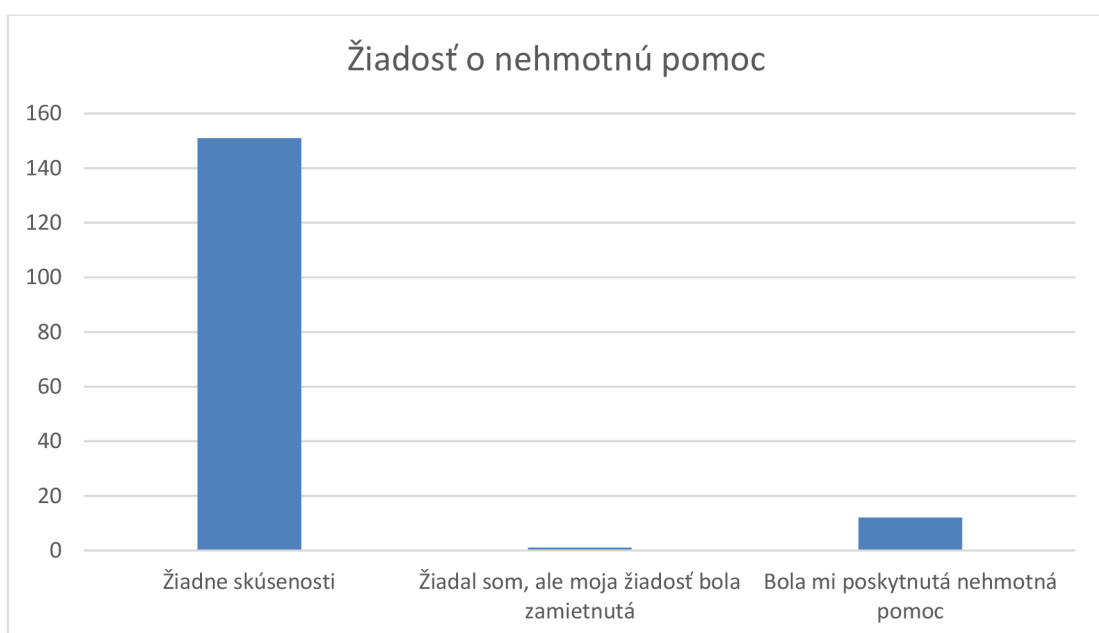
Z grafu 14 vieme vyčítať, že 129 respondentov nikdy nežiadalo o hmotnú pomoc, 9 respondentov žiadalo, ale ich žiadosť bola zamietnutá a zvyšným 26 respondentom bola poskytnutá hmotná pomoc.

Graf 15 - Poberanie nehmotnej pomoci



Z grafu 15 vidíme, že 134 respondentov nepoberá žiadnu nehmotnú pomoc. Zo zvyšných definovaných nehmotných pomoci zvolilo 20 respondentov individuálne poradenstvo, 8 respondentov skupinové terapie, 6 respondentov zvolilo možnosť iné a len 3 respondenti zvolili linky na pomoc v krízových situáciách.

Graf 16 - Žiadosť o nehmotnú pomoc



Graf 16 opisuje, či respondenti už niekedy žiadali o nehmotnú pomoc. Až 151 respondentov nemá so žiadosťou o nehmotnú pomoc skúsenosti, 12 respondentom bola poskytnutá nehmotná pomoc, keď o ňu žiadali a len 1 respondentovi nebola nehmotná pomoc poskytnutá, aj keď o ňu žiadal.

Overenie platnosti hypotézy:

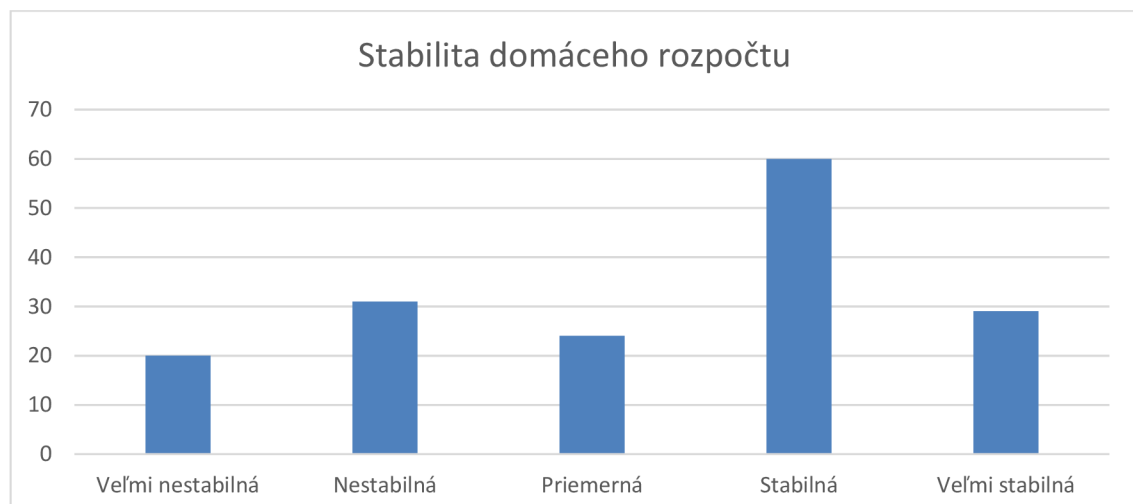
Z celkového počtu 164 respondentov je 138 respondentov, ktorí nepoberajú žiadnu formu hmotnej pomoci. Percentuálna absencia hmotnej pomoci je teda 84 %, čo predstavuje hodnotu vysoká. Z celkového počtu 163 respondentov, keďže 1 respondent zvolil možnosť neviem, je 134 respondentov, ktorí nepoberajú žiadnu formu nehmotnej pomoci. Percentuálna absencia nehmotnej pomoci je teda 82 %, čo predstavuje rovnako ako pri hmotnej pomoci hodnotu vysoká.

Pri žiadostiach o pomoc budeme v tomto prípade vyhodnocovať len tie, ktoré majú nejakú skúsenosť. Pri hmotnej pomoci má skúsenosť so žiadosťou 35 respondentov, z ktorých 9 respondentom nebola poskytnutá. Percentuálna absencia hmotnej pomoci je teda 25 %, čo predstavuje hodnotu žiadna. Pri nehmotnej pomoci má skúsenosť so žiadosťou 13 respondentov, z ktorých len 1 respondentovi nebola poskytnutá. Percentuálna absencia hmotnej pomoci je 7 %, čo predstavuje hodnotu žiadna.

Hypotéza bola potvrdená, keďže v oboch prípadoch hmotná pomoc dosahovala vyššiu absenciu pomoci.

H3.1: Členovia rodiny s nestabilným domácim rozpočtom žiadajú častejšie o hmotnú pomoc ako o nehmotnú pomoc.

Graf 17 – Stabilita domáceho rozpočtu respondentov



Z grafu 17 vyplýva, že 29 respondentov má veľmi stabilný domáci rozpočet, 60 respondentov ho má stabilný, 24 ho má priemerný, 31 ho má nestabilný a najmenej respondentov zvolilo, že ho má veľmi nestabilný, a to v počte 20.

Overenie platnosti hypotézy:

Celkovo 51 respondentov má nestabilný domáci rozpočet, je to hodnota pozostávajúca z respondentov, ktorí zvolili možnosť veľmi nestabilný a nestabilný domáci rozpočet. Priemerný domáci rozpočet, stabilný domáci rozpočet a veľmi stabilný domáci rozpočet nebudeme brať v tomto prípade do úvahy.

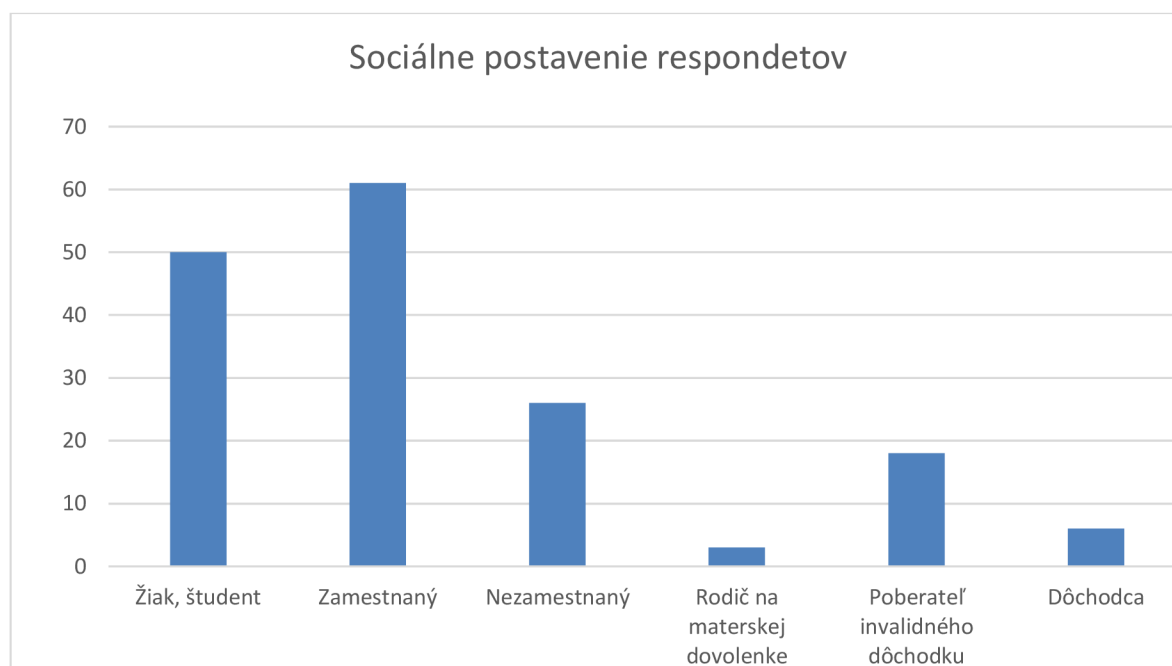
Tabuľka 7 – Žiadosť o pomoc respondentov s nestabilným rozpočtom

Druh žiadosti	Žiadosť o hmotnú pomoc	Žiadosť o nehmotnú pomoc
Respondenti s nestabilným rozpočtom	34	3

Z tabuľky 7 vyplýva, že respondenti s nestabilným rozpočtom žiadajú o hmotnú pomoc až 11-krát častejšie ako o nehmotnú. Táto **hypotéza sa potvrdila**.

H3.2: Nezamestnaní členovia rodiny s abúзом návykových látok majú vyššiu pravdepodobnosť dostávať hmotnú pomoc ako zamestnaní.

Graf 18 – Sociálne postavenie respondentov



Graf 18 opisuje sociálne postavenie respondentov, kde až 50 respondentov uviedlo, že sú študenti, najväčšiu časť tvoria zamestnaní s počtom 61, nezamestnaní 26, rodičov na materskej dovolenke bolo najmenej v počte 3, invalidných dôchodcov bolo 18 a 6 respondentov uviedlo, že sú na dôchodku.

Overenie platnosti hypotézy:

Keďže 61 respondentov uviedlo, že sú zamestnaní, 26 respondentov uviedlo, že sú nezamestnaní a celkový počet poberanej hmotnej pomoci predstavuje 35, z tohto dôvodu budeme pracovať v prípade potreby s hodnotami v percentuálnej podobe.

Tabuľka 8 – Vplyv zamestnanosti na pravdepodobnosť obdržania hmotnej pomoci

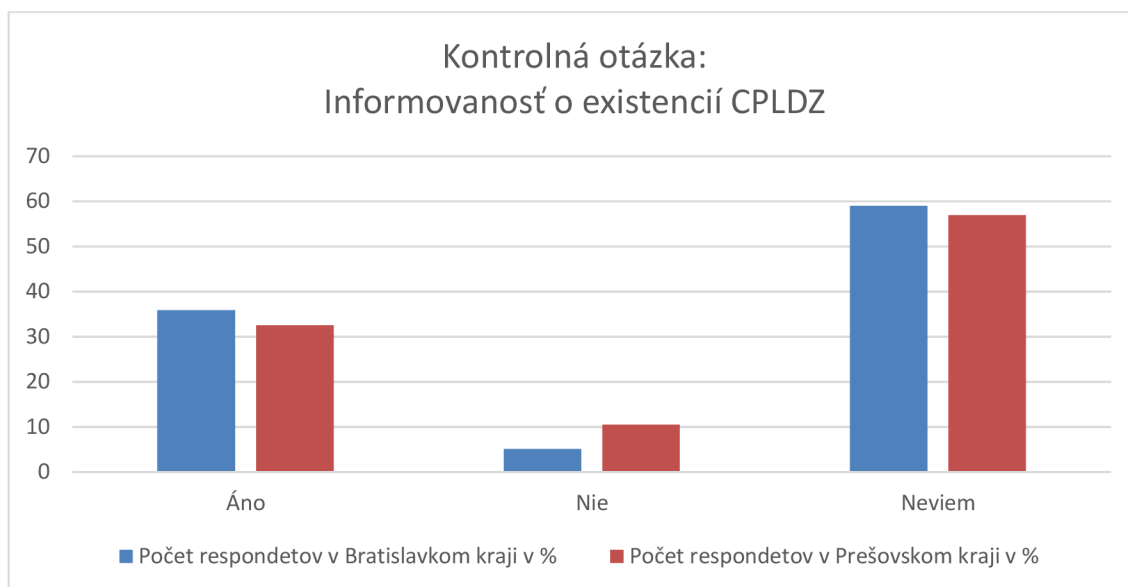
Zamestnanosť respondentov	Zamestnaný	Nezamestnaný
Podpora na liečbu	0	7
Podpora na terapiu	0	4
Podpora na dočasné bývanie	0	13
Iné	0	0
Celkovo	0	24

Z tabuľky 8 je vidieť, že zamestnaní respondenti neprijímajú žiadnu hmotnú pomoc, zatiaľ čo nezamestnaní členovia áno. **Hypotéza sa potvrdila.**

VO4: Ako sú členovia rodiny s abúзом návykových látok informovaní o dostupnej pomoci?

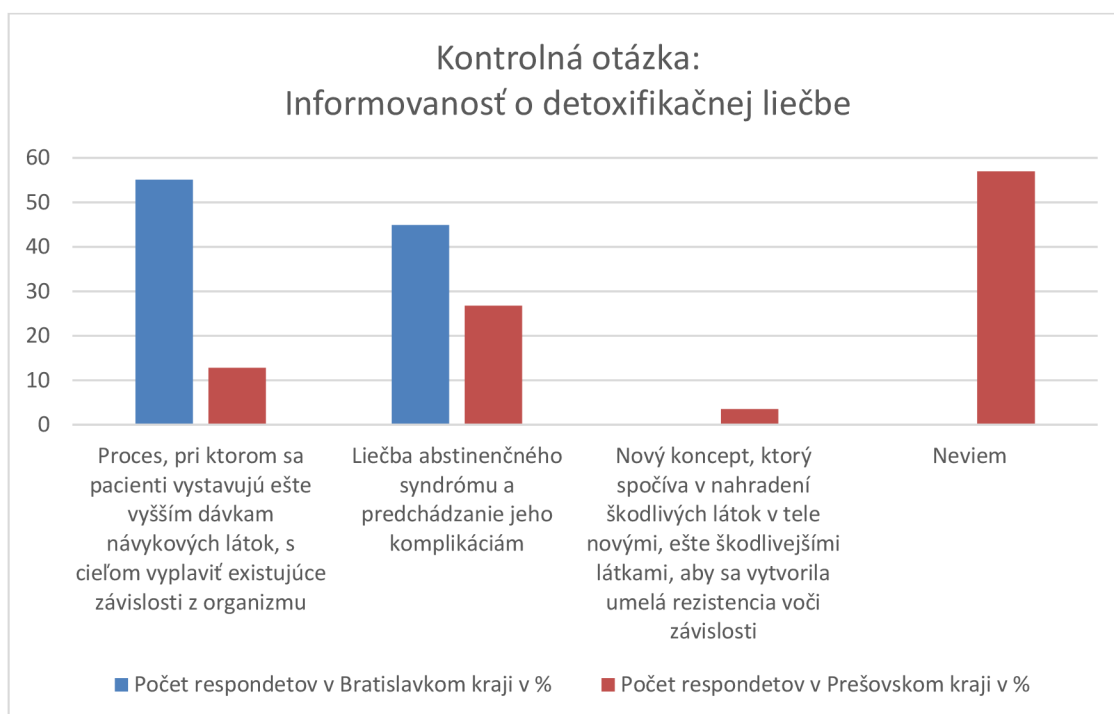
H4: Vyššia informovanosť o dostupnej pomoci je v Bratislavskom kraji ako v Prešovskom kraji.

Graf 19 – Informovanosť o existencii CPLDZ



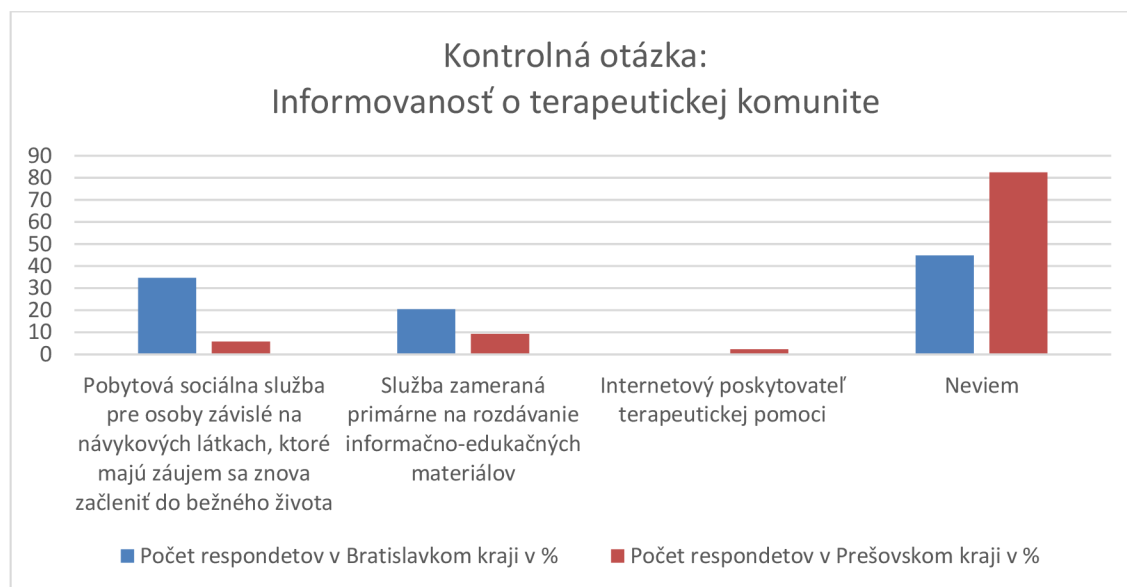
Graf 19 opisuje jednu z kontrolných otázok, konkrétne informovanosť respondentov o CPLDZ. Správna odpoveď je pre Bratislavský kraj áno, ktorú zvolilo 35 % respondentov, nesprávnu odpoveď nie zvolilo 10 % respondentov a zvyšní respondenti zvolili možnosť neviem. Pri Prešovskom kraji správna možnosť je nie, ktorú zvolilo 5 % respondentov, možnosť áno zvolilo 32 % respondentov a zvyšní respondenti zvolili možnosť neviem.

Graf 20 – Informovanosť o detoxifikačnej liečbe



Z grafu 20 môžeme vyčítať, že správnu možnosť, ktorú predstavuje liečba abstinenčného syndrómu zvolilo v Bratislavskom kraji 44 % a v Prešovskom len 26 %. V Prešovskom kraji zvolilo až 56 % možnosť neviem.

Graf 21 – Informovanosť o terapeutickej komunite



Z grafu 21 vidíme, že najčastejšiu možnosť v Bratislavskom a Prešovskom kraji zvolilo možnosť neviem. Správnu odpoveď pobytová sociálna služba zvolilo v Bratislavskom kraji 34 % respondentov a v Prešovskom 5 %.

Overenie platnosti hypotézy:

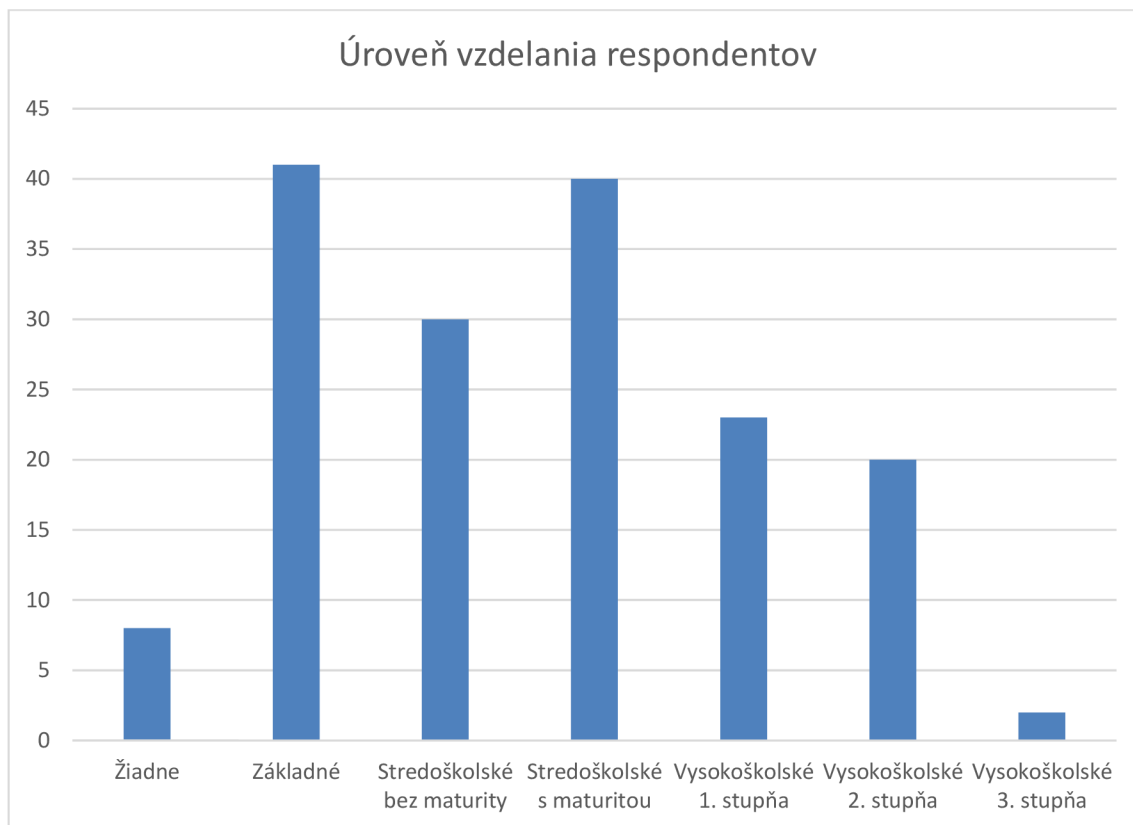
V Bratislavskom kraji zvolilo prvú kontrolnú otázku správne 35 % respondentov, čo predstavuje informovanosť v hodnote mierna. Druhú otázku zvolilo správne 44 % respondentov, čo predstavuje hodnotu informovanosti mierna. Tretiu otázku zvolilo správne 34 % respondentov, čo taktiež predstavuje hodnotu informovanosti mierna.

V Prešovskom kraji zvolilo prvú kontrolnú otázku správne 10 % respondentov, čo predstavuje informovanosť v hodnote žiadna. Druhú otázku zvolilo správne 26 % respondentov, čo predstavuje hodnotu informovanosti mierna. Tretiu otázku zvolilo správne 5 % respondentov, čo taktiež predstavuje hodnotu informovanosti žiadna.

Hypotéza sa potvrdila, keďže celková miera informovanosti v Bratislavskom kraji dosiahla hodnotu mierna v Prešovskom kraji žiadna.

H4.1: Členovia rodiny s abúzom návykových látok s vysokoškolským vzdelaním majú vyššiu informovanosť o dostupnej pomoci ako členovia s nižším vzdelaním.

Graf 22 – Najvyššie dosiahnuté vzdelanie respondentov



Graf 22 opisuje najvyššie ukončené vzdelanie respondentov. Žiadne vzdelanie nedosiahlo 8 respondentov, 41 respondentov dosiahlo aspoň základné vzdelanie, najviac respondentov, a to 70 dosiahlo stredoškolské bez maturity alebo s maturitou a zvyšných 45 respondentov dosiahlo vysokoškolské 1. stupňa alebo 2. či 3. stupňa.

Overenie platnosti hypotézy:

Celkový počet respondentov s vysokoškolským vzdelaním predstavuje 45 respondentov, čo znamená, že respondenti s nižším vzdelaním sú v počte 119. Z tohto dôvodu na posúdenie, ako vplýva dosiahnuté vzdelanie na informovanosť využijeme vyjadrenie úspešnosti zodpovedania kontrolných otázok v percentuálnych hodnotách.

$$\text{Úspešnosť} = \frac{\text{Počet respondentov so správnou odpoveďou}}{\text{Počet respondentov na základe dosiahnutého vzdelania}} * 100$$

Tabuľka 9 – Správne odpovede kontrolných otázok na základe vzdelania respondentov

Najvyššie ukončené vzdelanie	Vysokoškolské	Vzdelanie nižšie ako vysokoškolské
Informovanosť o existencii CPLDZ	12 (26 %)	25 (21 %)
Informovanosť o detoxifikačnej liečbe	28 (62 %)	38 (31 %)
Informovanosť o terapeutickej komunite	21 (46 %)	11 (9 %)
Celkovo (Priemerná úspešnosť)	61 (134 % / 3 ÷ 44 %)	74 (62 % / 3 ÷ 20 %)

Z tabuľky 9 vyplýva, že vysokoškolsky vzdelaní respondenti mali vyššiu priemernú úspešnosť, a to o 24 % pri zodpovedaní kontrolných otázok zameraných na informovanosť, ako respondenti bez vysokoškolského vzdelania. To znamená, že **hypotéza sa potvrdila.**

DISKUSIA

Výskumná časť bola koncipovaná tak, aby sa nám podarilo naplniť hlavný cieľ práce. Cieľom práce bolo zistiť dostupnú pomoc rodine, v ktorej sa vyskytol člen s abúzm návykových látok. Vytvorili sme výskumné otázky a hypotézy, ktoré sme následne operacionalizovali. Použitými metódami boli metóda deskripcie, komparácie a metódou zberu dát bol neštandardizovaný dotazník.

Nášho výskumu sa zúčastnilo 164 respondentov, z toho 83 mužov a 81 žien. Najpočetnejšiu skupinu tvorila veková kategória 30 – 39 rokov a najmenšiu skupinu tvorila najmladšia veková kategória 10–19 rokov. Pokiaľ ide o užívanie návykových látok v rodinách, správanie človeka sa formuje na základe predávania vzorcov (Olecká, Pospíšil, Trochtová, 2023). Respondenti uviedli, že až 75 % z nich vyrastali v rodinnom prostredí, v ktorom sa užívali návykové látky. Podľa Oleckej, Pospíšila a Trochtovej (2023) viaceré výskumy upozorňujú na problematické vzory správania hlavne matiek, ktoré sa skoro vystavujú konzumácii alkoholu pred deťmi. Z nášho výskumu vyplýva, že až 76 respondentov označilo matku ako rodinného príslušníka, ktorý užíva návykové látky, avšak najviac respondentov (99) uviedlo otca užívajúceho návykové látky.

Respondenti z Bratislavského kraja pochádzajú zo 72 % z úplnej rodiny a z 23 % z neúplnej rodiny. Respondenti z Prešovského kraja pochádzajú zo 60 % z úplnej rodiny, z 12 % z neúplnej, z 20 % z doplnenej a 3 % z náhradnej. Úplnosť rodiny má vplyv na užívanie návykových látok. Podľa výskumu Pétiovej (2009) najčastejšie fajčia mladí ľudia pochádzajúci z doplnených a neúplných rodín, z ktorých viac ako polovica (57,1 %) mladých ľudí fajčí v rodinách, v ktorej nie sú dobré medzilidské vzťahy.

Alkohol a tabak sú najrozšírejšími návykovými látkami ako vo svete, tak aj na Slovensku (Úrad verejného zdravotníctva SR, 2022, Úrad verejného zdravotníctva SR, 2023). Svedčia o tom aj výpovede respondentov, ktorí označili alkohol a tabak ako najviac užívané návykové látky v Bratislavskom a Prešovskom kraji. Podľa Európskeho monitorovacieho centra pre drogy a drogovú závislosť (2019) je konope najužívanejšou nelegálnou drogou prevažne medzi mladými, čo nám potvrdzuje aj náš výskum, v ktorom až 41 respondentov užíva alebo užívalo konope. V Bratislavskom kraji mierne prevažujú novo populárne nikotínové vrecúška a nezaostávajú ani energetické nápoje,

konopné produkty CBD a HHC, halucinogénne drogy, taktiež kokaín a extáza. Vzhľadom na demografiu, vyššiu úroveň a stabilitu finančných príjmov v Bratislavskom kraji sa orientujú konzumenti na drahšie drogy. Okrem marihuany mali obyvatelia záujem o metamfetamín, kokaín a psychoaktívne látky (Ministerstvo vnútra SR, 2021, Gulášová et al., 2021). Naopak Prešovský kraj je charakterizovaný vysokou nezamestnanosťou, horšou finančnou situáciou a vysokým počtom obyvateľov zo sociálne znevýhodnených skupín, preto konzumenti vyhľadávajú veľmi lacné drogy. Ide o lieky zo skupiny benzodiazepínov, ktoré zapíjajú alkoholom alebo inými povzbudzujúcimi nápojmi. Veľmi lacnou, ale nebezpečnou návykovou látkou je toluén, ktorý fetujú čoraz mladšie deti v osadách (Ministerstvo vnútra SR, 2021, Gulášová et al., 2021), čo naznačuje aj náš výskum, kde 28 respondentov uviedlo prchavé látky. V Prešovskom kraji užíva 57 obyvateľov energetické nápoje, 26 lieky a 18 amfetamín.

V rámci porovnania dostupnosti služieb v krajoch porovnáваме štatisticky dva extrémny v rámci Slovenska. VO zaoberajúca sa objektívnou dostupnosťou služieb pre členov rodiny s abúzm návykových látok v Bratislavskom a Prešovskom kraji zistila, že vzhľadom na rozlohu a počet obyvateľov v Prešovskom kraji v porovnaní s Bratislavským krajom je výrazne menej ambulancií, ústavnej starostlivosti a dokonca v tomto kraji sa nenachádza Centrum pre liečbu drogových závislostí.

Potvrdila sa nám hypotéza, že subjektívna dostupnosť služieb pre členov rodiny s abúzm návykových látok je lepšia v Bratislavskom kraji ako v Prešovskom. Je zjavné, že dostupnosť praktického lekára je výborná v oboch krajoch. Približne 70 % tvrdí, že má praktického lekára do 35 min. a 30 % má lekára do 60 minút. Na otázku o dostupnosti psychiatrickej ambulancie, psychologickkej ambulancie a psychiatrickej nemocnice nevedela väčšina respondentov odpovedať, avšak z malého vzorku vidíme, že lepšia dostupnosť psychiatrickej a psychologickkej ambulancii je v Bratislavskom kraji. Psychiatrickú nemocnicu hodnotia respondenti na podobnej úrovni v oboch krajoch, kde 17 % opýtaných má dostupnosť do 60 min. Odpovede nám ukazujú primeranú vzdialenosť k praktickému lekárovi. Vzdialenosť do 15 km má 46 % obyvateľov v Bratislavskom kraji a 37 % v Prešovskom kraji. Značná časť obyvateľov nevedeli odpovedať na vzdialenosť ostatných zariadení, ale ako vidíme z odpovedí pár respondentov, lepšia dostupnosť je v Bratislavskom kraji. Respondenti z Bratislavského kraja hodnotia verejnú dopravu z miesta bydliska do najbližšieho zdravotníckeho zariadenia v 67 % ako výbornú a v 32 % ako dostačujúcu. Respondenti z Prešovského

kraja posudzujú verejnú dopravu až v 47 % za nedostačujúcu, 32 % za dostačujúcu a 12 % za zlú. Podľa Atlasu rómskych komunit (2019) nízka dostupnosť služieb v Prešovskom kraji je zapríčinená z dôvodu najpočetnejších rómskych komunit, ktoré majú vysokú vzdialenosť zastávok verejnej dopravy, chýba absencia motorového vozidla, čo môže mať za následok nevyužívanie zdravotných služieb. Hodnotenie ordinačných hodín považujú obyvatelia oboch krajov za dostačujúcu.

Hypotéza 2 sa potvrdila. Členovia rodiny s abúzom návykových látok využívajú častejšie ambulantnú formu služieb ako ústavnú formu. Vyspelý Bratislavský kraj disponuje sieťou vysokošpecializovaných zariadení, naopak chudobný Prešovský kraj pozostáva z nešpecializovaných ústavných zariadení. Z údajov NCZI (2023) vyplýva, že najviac liečených je v Bratislavskom kraji (885) a najmenej v Prešovskom kraji (130). Viac ako polovica respondentov nevyužíva vo vzťahu k návykovým látkam žiadnu formu liečby. V ambulantej starostlivosti sa lieči alebo sa liečilo 39 ľudí a 15 v ústavnej starostlivosti. Respondenti označili ambulantnú liečbu aj ako najviac využívanú vo vzťahu k návykovým látkam, čo sa nám nezhoduje v porovnaní s NCZI (2023), kedy v roku 2022 sa liečilo ambulatnou formou 703 ľudí s abúzom návykových látok a až 1026 ústavnou formou liečby.

Hypotéza 2.1 sa potvrdila. Muži majú vyššiu využiteľnosť ústavnej liečby ako ženy. Vo všeobecnosti sa lieči viac mužov ako žien v súvislosti s návykovými látkami. Podľa NCZI (2023) sa v roku 2022 liečilo viacej mužov v ústavnej starostlivosti ako žien, čo aj naznačuje náš výskum, v ktorom 12 % mužov a len 6 % žien sa lieči alebo sa liečilo v ústavnej starostlivosti.

Hypotéza 3 sa potvrdila. Členovia rodiny s abúzom návykových látok majú vyššiu absenciu hmotnej pomoci ako nehmotnej. Hmotná pomoc absentuje až 84 % respondentov a nehmotná 82 %. Absencia pomoci pri žiadosti o hmotnú pomoc predstavuje 25 % a pri žiadosti o nehmotnú pomoc 7 %. Hmotná pomoc dosahovala v oboch prípadoch vyššiu absenciu pomoci. Zo všetkých hmotných pomoci najčastejšie zvolili respondenti podporu na bývanie v počte 20. O podporu na bývanie môže požiadať občan s trvalým alebo prechodným pobytom na Slovensku, ak má príjem nižší ako životné minimum. Ministerstvo práce sociálnych vecí a rodiny SR udáva príspevok na bývanie v hodnote 95,20 eura mesačne, ak ide o domácnosť s jedným členom.

Hypotéza 3.1 sa potvrdila. Členovia rodiny s nestabilným domácim rozpočtom žiadajú častejšie o hmotnú pomoc ako o nehmotnú pomoc. Zo 164 respondentov pochádza 60 z nich z rodiny so stabilným domácim rozpočtom, 31 má nestabilný domáci rozpočet a 20 ľudí pochádza z rodiny s veľmi nestabilnou finančnou situáciou. Respondenti s nestabilným rozpočtom žiadajú až 11-krát častejšie o hmotnú pomoc ako o nehmotnú.

Hypotéza 3.2 sa potvrdila. Nezamestnaní členovia rodiny s abúзом návykových látok majú vyššiu pravdepodobnosť dostávať hmotnú pomoc ako zamestnaní. Nášho výskumu sa zúčastnilo 61 zamestnaných, 50 študentov, 26 nezamestnaných, 18 invalidných dôchodcov, 6 dôchodcov a 3 rodičia na materskej dovolenke. Zamestnaní nepoberajú žiadnu hmotnú pomoc, zatiaľ čo 24 nezamestnaných poberá hmotnú pomoc. Podľa Škoblu, Csomora a Filadelfiovej (2016) počet poberateľov o hmotnú pomoc sa znížil, tento trend koreluje s poklesom nezamestnaných, i keď nezamestnanosť klesá pomalším tempom.

Hypotéza 4 sa potvrdila. Vyššia informovanosť o dostupnej pomoci je v Bratislavskom kraji ako v Prešovskom kraji. Na otázku, či existuje CPLDZ v Bratislavskom a Prešovskom kraji, odpovedalo správne 35 % respondentov a 10 % nesprávne. V Prešovskom kraji správne odpovedalo 5 % a nesprávne až 32 %. V Bratislavskom kraji je 44 % informovaných o detoxikačnej liečbe a v Prešovskom kraji označilo až 56 % odpoveď neviem a zvyšných 26 % odpovedalo správne. Obyvatelia Bratislavského kraja sú viac informovaní aj o terapeutickkej komunite ako obyvatelia Prešovského kraja. Nižšia informovanosť v Prešovskom kraji môže byť zapríčinená minoritnými skupinami, ktoré majú slabú úroveň vzdelania.

Hypotéza 4.1 sa potvrdila. Členovia rodiny s abúзом návykových látok s vysokoškolským vzdelaním majú vyššiu informovanosť o dostupnej pomoci ako členovia s nižším vzdelaním. Vzdelanostná úroveň obyvateľstva na Slovensku sa od roku 2011 zvýšila. Na základe štatistického úradu SR (2022) najväčšie zastúpenie majú obyvatelia s úplným stredným vzdelaním, no v našom výskume najviac respondentov má základné vzdelanie (41) a podobne stredoškolské s maturitou (40). Celkový počet respondentov s vysokoškolským vzdelaním predstavuje 45 respondentov a 119 respondentov má nižšie vzdelanie. Úroveň vzdelania obyvateľov je najvyššia v Bratislavskom kraji a dosahuje vyššiu úroveň ako je slovenský priemer. Najnižšiu úroveň vzdelania vykazujú obyvatelia Prešovského kraja (Štatistický úrad SR, 2022).

ZÁVER

Návykové látky predstavujú v súčasnej dobe, ale aj budúcej aktuálny problém. Návykové látky sú čoraz viac lákavé, čo predstavuje dobrý biznis pre výrobcov, a preto sa vyvíjajú stále nové látky. Závislých osôb od návykových látok bude stále pribúdať. Druh užívanej návykovej látky sa vzťahuje na regióny v závislosti od sociálnej a ekonomickej situácii. Stále prevažujú užívatelia alkoholu a tabaku. Rodinné prostredie zohráva v problematike návykových látok dôležitú úlohu pri predávaní vzorcov správania, a preto je dôležité rozvíjať vzájomnú dôveru a bezpečnosť, aby malo dieťa pevné zázemie a vytváralo si vhodné vzorce správania.

Diplomová práca sa zaoberá osobami s abúzm návykových látok v Bratislavskom a Prešovskom kraji. V teoretickej časti opisujeme závislosť, aké má príčiny vzniku a dôsledky pre jednotlivca a spoločnosť. V kapitole o závislosti sa venujeme možnostiam liečby a dostupnosti zdravotnej starostlivosti. Ďalej charakterizujeme jednotlivé návykové látky, prevenciu a rodinu so závislým členom. Vo výskumnej časti opisujeme metodiku, výskumný súbor a metódu zberu dát. Následne sú interpretované výsledky. Hlavným cieľom bolo zistiť dostupnú pomoc rodine, v ktorej sa vyskytol člen s abúzm návykových látok. Ako metódu zberu dát sme použili neštandardizovaný dotazník. Hlavný cieľ autorka považuje za splnený.

Dostupnosť zdravotných služieb vo vzťahu k návykovým látkam závisí od demografickej štruktúry daného kraja. V chudobnom Prešovskom kraji je dostupnosť služieb horšia vzhľadom na nedostačujúcu verejnú dopravu, čo spôsobuje nevyužitelnosť zdravotných služieb. Bolo by dobré v spolupráci MZ SR a samosprávneho kraja rozšíriť sieť ambulatných a ústavných zariadení, motivovať mladých doktorov v odbore psychiatria rôznymi benefitmi a dobrou finančnou odmenou. Vzhľadom na mnohopočetné minoritné skupiny v Prešovskom kraji, ktoré nemajú dobrý prístup k službám, navrhujeme sprístupniť verejnú dopravu do okrajových častí miest k zdravotníckym zariadeniam.

Informovanosť o dostupnej pomoci sa líši v Bratislavskom a Prešovskom kraji, čo je zapríčinené odlišnou úrovňou vzdelania a sociálnych skupín. Prešovský kraj vykazuje nízku informovanosť o dostupnej pomoci, čo môže byť zapríčinené minoritnými

skupinami. Zlepšilo by sa to edukáciou sociálneho pracovníka obyvateľom v chudobnejších častiach regiónov nielen v oblasti užívania návykových látok, ale aj o dostupnosti inštitúcii zameraných na pomoc pre závislých, vysvetľovať dôležitosť včasného záchytu a včasnej liečby. Edukácia by sa nemala týkať len verejného zdravotníka so školákmi, ale aj s ich rodinami.

Obyvateľom s abúzom návykových látok absentuje viac hmotná pomoc ako nehmotná, ale len v malej miere, čo znamená, že členom s abúzom návykových látok absentuje celková pomoc. Najčastejšie dostávajú podporu na bývanie. O hmotnú pomoc žiadajú prevažne ľudia s nestabilným domácim rozpočtom a nezamestnaní prevažne z minoritných skupín. Ľudí prevažne z minoritných skupín by mala samospráva motivovať k zamestnaniu a Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny by mohol lepšie regulovať príspevok na hmotnú pomoc, aby sa predišlo zneužívaniu.

Návykové látky predstavujú pre verejné zdravotníctvo veľkú výzvu. Pri snahe o riešenie problémov návykových látok je pravdepodobne jednou zo základných podmienok tvorba systémov verejnej informovanosti, ktoré zabezpečia občanom dostatočný počet informácií o návykových látkach, psychiatrických zariadení a liečbe. Každý by mal vedieť, kde hľadať pomoc, radu a záchranu pri užívaní návykových látok.

ANOTÁCIA

Meno a priezvisko:	Bc. Alžbeta Kratochvíľová
Pracovisko:	Ústav verejného zdravotníctva
Vedúci práce:	PhDr. Mgr. Ivana Olecká, Ph.D.
Rok obhajoby:	2024

Názov diplomovej práce:	Dostupné formy pomoci pre členov rodiny s abúzom návykových látok v Bratislavskom kraji a Prešovskom kraji
Názov diplomovej práce v anglickom jazyku:	Available forms of assistance for family members with substance abuse in the Bratislava Region and the Presov Region
Anotácia diplomovej práce:	Diplomová práca sa zaoberá osobami s abúzom návykových látok v Bratislavskom a Prešovskom kraji. Návykové látky sú problémom celej spoločnosti, nie iba závislých osôb. V práci popisujeme závislosť, návykové látky, prevenciu a rodinu so závislým členom. Hlavným cieľom je zistiť dostupnú pomoc rodine, v ktorej sa vyskytol člen s abúzom návykových látok. Využili sme kvantitatívny dizajn. Použitými metódami boli metóda deskripcie, komparácie a metódou zberu dát bol neštandardizovaný dotazník. Výsledky sú zobrazené pomocou grafov a tabuliek. Cieľ sme splnili. Z výskumu sme zistili rozdiely v dostupnosti pomoci medzi kraji. Bratislavský kraj vykazuje lepšiu dostupnosť pomoci ako Prešovský kraj.
Kľúčové slová:	návykové látky, závislosť, rodina, pomoc
Prílohy viazané v práci:	3
Rozsah práce:	111
Jazyk práce:	slovenský

SÚPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITÁCIÍ

- Addiction Center. 2023. *Ecstasy Addiction And Abuse*. [online]. [cit. 17.08.2023].
Dostupné z: <https://www.addictioncenter.com/drugs/ecstasy/>
- ALEXINSCHI, Ovidiu, Andrei, SIRIȚEANU, Alexandra, BOLOȘ. 2023.
Cannabinoids and the challenges of new synthetic derivatives. In: *Psichiatriu*.
[online]. Roč. 75, č. 4, s. 16. [cit. 10.01.2024]. Dostupné z:
<https://openurl.ebsco.com/EPDB%3Aagcd%3A6%3A14943078/detailv2?sid=ebsco%3Aplink%3Ascholar&id=ebsco%3Aagcd%3A174349140&crl=c>
- BOFFETTA, Paolo, Stephen HECHT, Nigel GRAY, Prakash GUPTA a Kurt STRAIF,
2008. *Smokeless tobacco and cancer*. The lancet oncology. 9(7), 667–675.
- BROWN, Kelly. 2023. Hashish Drug. In: *Addiction Group*. [online]. [cit. 16.08.2023].
Dostupné z: <https://www.addictiongroup.org/drugs/other/hash/>
- BROŽ, Ondřej. 2023. Prevence užívání drog u adolescentů z úplných a neúplných
rodin. Bakalárska práca. Praha: Univerzita Karlova.
- CARPENTER, C M, G N CONNOLLY, O A AYO-YUSUF a G F. WAYNE, 2009.
*Developing smokeless tobacco products for smokers: an examination of tobacco
industry documents*. Tobacco Control [online]. 18(1), 54–59 [cit. 08. 01. 2024].
ISSN 0964-4563. Dostupné z: doi:10.1136/tc.2008.026583
- CASSOOBHOY, Arefa. 2023. What Is Cocaine? In: *WebMD*. [online]. [cit.
17.08.2023]. Dostupné z: <https://www.webmd.com/mental-health/addiction/cocaine-use-and-its-effects>
- Centers for Disease Control and Prevention. 2017. *Prescription Opioids*. [online]. [cit.
16.08.2023]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/opioids/basics/prescribed.html>
- Centrum pre liečbu drogových závislostí v Košiciach. *Doliečovanie*. Dostupné z:
<https://www.cpldz-kosice.sk/doliecovanie/>
- Centrum pre liečbu drogových závislostí. 2010. *Priručka pre príbuzných pacientov
závislých od psychoaktívnych látok*. Dostupné z: https://cpldz.sk/prirucka-pre-pribuznych-pacientov-zavislych-od-psychoaktivnych-latok/?fbclid=IwAR0EOwDVcGF3KUZP3jAgiUsCqk2CBJ3IyZF-unSDveKglOa1gsAN6ve_Nac

- CURRAN, Valerie, Tom FREEMAN, Claire MOKRYSZ, David LEWIS, Celia MORGAN. Loren PARSONS. 2016. Keep off the grass? Cannabis, cognition and addiction. *Nature Reviews Neuroscience*, 17(5), 293–306. Dostupné z: <https://doi.org/10.1038/nrn.2016.28>
- Detenčný ústav Hronovce. *Charakteristika ústavu*. Dostupné z: <https://www.duh.sk/onas/charakteristika-ustavu>
- DOBMEIER, Julia. 2019. Medikamentensucht. In: *NetDoktor*. [online]. [cit. 16.08.2023]. Dostupné z: <https://www.netdoktor.de/krankheiten/medikamentensucht/>
- DVOŘÁK, Ondřej. 2023. *Já, droga*. 1. vydanie. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3759-6.
- ESPAD. 2011. *Substance Use Among Students in 36 European Countries* [online]. [cit. 15.08.2023]. Dostupné z: http://www.espad.org/sites/espad.org/files/The_2011_ESPAD_Report_FULL_2012_10_29.pdf
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 2023. Cannabis: health and social responses. [online]. [cit. 16.08.2023]. Dostupné z: https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/cannabis-health-and-social-responses_en
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Cocaine and crack drug profile. [online]. [cit. 17.08.2023]. Dostupné z: https://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/cocaine_en
- Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť. 2017. *Správa o drogách* [online]. [cit. 16.08.2023]. Dostupné z: <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4506/TD0416907SKN.pdf>
- Európske monitorovacie centrum pre drogy a drogovú závislosť. 2019. *Správa o drogách* [online]. [cit. 15.08.2023]. Dostupné z: <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11351/CDR2019-Slovakia-sk-version.pdf>
- GABURA, Ján. 2006. *Sociálna práca s rodinou*. Bratislava: Občianske združenie sociálna práca. ISBN 80-89185-10-X.

- GABURA, Ján. 2012. *Teória rodiny a proces práce s rodinou*. Bratislava: IRIS. ISBN 978-80-89256-95-2.
- GILJAN, Miroslav. 2010. *Metódy znižovania škôd spojených s užívaním drog. Analýza služieb vybraných terénnych programov v Českej republike a na Slovensku*. Diplomová práca. Praha: Univerzita Karlova v Praze.
- GORDIS, Enoch. 1995. The National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. In: *Alcohol Health Res World*. [online]. Roč. 19, č. 1, s. 5-11. [cit. 20.08.2023]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6875783/>
- GULÁŠOVÁ et al. 2021. *Správa o stave a vývoji drogovej scény na území Slovenskej republiky v roku 2016*. [online]. 34 (1), s. 131–156 [cit. 27. 03. 2024 1730–0266]. Dostupné z: <https://bibliotekanauki.pl/articles/2147537.pdf>
- HANKOVÁ, Zuzana. 2022. *Sociálna opora dospievajúcich pri rozvoji rodičov*. Bakalárska práca. Praha: Univerzita Karlova.
- HANZALOVÁ, Vendula. 2014. *Specifika sociálnej práce u klientů s drogovou závislosťou*. Bakalárska práca. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
- Homeopatia. *Čo je to homeopatia?* [online]. [cit. 24.10.2023]. Dostupné z: <https://www.homeopatia.sk/co-je-to-homeopatia/>
- HRNČIAROVÁ, Jela. *Závislosť na psychoaktívnych látkach*. 2015. In HOSÁK, Ladislav, HRDLIČKA, Michal a Jan LIBIGER et al.. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, s. 142-180. ISBN 978-80-246-2998-8.
- HUNT, Neil et al. 2004. *A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use*. [online]. [cit. 04.10.2023]. Dostupné z: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.hri.global/files/2010/05/31/HIVTop50Documents11.pdf>
- HUPKOVÁ, Ingrid, Kristína LIBERČANOVÁ. 2012. *Drogové závislosti a ich prevencia*. Trnava: Pedagogická fakulta Trnavskej univerzity v Trnave. ISBN 978-80-8082-563-8.
- IHRA. 2010. *What is Harm Reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association*. [online]. [cit. 04.10.2023]. Dostupné z: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.hri.global/files/2010/08/10/Briefing_What_is_HR_English.pdf

- IVANOVÁ, Kateřina et al. 2018. *Sociální lékařství*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5326-2.
- IVANOVÁ, Kateřina. 2024. *Design výzkumné práce v DP - kvantitativní výzkum*. In: Moodle (Diplomový seminář 2). [online]. [cit. 18.03.2024]. Dostupné z: https://moodle.upol.cz/pluginfile.php/1960037/mod_page/intro/VZ_Dip_sem_2_Kv_V_Ivanova.pdf
- JUHÁSOVÁ, Andrea. 2023. *Rizikové správanie dospievajúcich s dôrazom na vnútorné determinanty*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa. ISBN 978-80-558-2103-0.
- KAHAN, Ján a Eva ŽIAKOVÁ. 2018. *Rodinný systém a závislosť*. [online]. [cit. 08.01.2024]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/96744?show=full>
- KALINA, Kamil et al. 2003. *Drogy a drogové závislosti – medziborový prístup*. Praha: Úřad vlády České republiky – Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. ISBN 80-86734-05-6.
- KATONA, Linda. 2014. Osobnosť závislého pacienta v kontexte Cloningerovej teórie osobnosti – prehľad výskumných zistení. In: *Psychiatrická prax*. [online]. Roč. 15, č. 4, s. 146-148. [cit. 18.08.2023]. Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/ccad7d8029d0cd6fc5b29275f2fce8f2.pdf>
- KEMPNÁ, Eva. 2011. *Skúmanie hodnotenia kvality života aktívnych drogovovo závislých*. Diplomová práca. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- KOLIBÁŠ, Eduard, Vladimír NOVOTNÝ. 2007. *Alkohol, drogy, závislosti*. 1. vydanie. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave. ISBN 978-80-223-2315-4.
- KOVÁČSOVÁ, Erika. 2020. Starostlivosť o ľudí so spoluzávislosťou. In: *Vestník MZ SR. Tvorba nových a inovovaných preventívnych a štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe*. Bratislava: OBZOR. Ročník 68.
- KRAUS, Blahoslav. 2008. *Základy sociální pedagogiky*. 1. vydanie. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-383-3.
- KRÍŽOVÁ, Mária, Stanislav HLAUČO. 2005. *Psychiatria*. Ružomberok: Katolícka univerzita v Ružomberku. ISBN 80-8084-050-4.

- KUKLOVÁ, Eva. 2022. Liečba alkoholizmu: Nefungujú lieky a domáca liečba? In: *Zdravoteka* [online]. 19.05.2022 [cit. 14.08.2023]. Dostupné z: <https://zdravoteka.sk/choroby/alkoholizmus/liecba/>
- KUROSCH Yazdi. 2019. Cannabisabhängigkeit: Therapie. In: *Gesundheit*. [online]. [cit. 16.08.2023]. Dostupné z: <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/sucht/cannabis/abhaengigkeit-therapie.html>
- LACA, Slavomír. 2011. Rodina ako primárne prostredie v spoločnosti. In: *Prohuman*. [online]. [cit. 24.10.2023]. Dostupné z: <https://www.prohuman.sk/socialna-praca/rodina-ako-primarne-prostredie-v-spolocnosti>
- Liek info. 2011. Lieková závislosť. [online]. [cit. 16.08.2023]. Dostupné z: <https://www.liekinfo.sk/sprievodca-spotrebitela/liekova-zavislost>
- MAHDALÍČKOVÁ, Jana. 2014. *Víme o drogách všechno?* Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7478-589-4.
- MARTINOVÉ, Mária. 2016. Psychoaktívne látky a najčastejšie komplikácie spojené s ich užívaním. In: *Via practica*. [online]. Roč. 13, č. 5, s. 201-202. [cit. 17.08.2023]. Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/aab49b380c5d5a970c644e2af6a1cbb4.pdf>
- MARYŠKA, Michal. 2020. Lysohlávky. In: *Laboratoř forenzní analýzy biologicky aktivních látek VŠCHT Praha*. [online]. [cit. 17.08.2023]. Dostupné z: <https://bafa.vscht.cz/vyzkum/56108>
- Medical news today. 2023. *Methamphetamine: What you should know*. [online]. [cit. 16.08.2023]. Dostupné z: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/309287#side-effects>
- Medline Plus. 2022. *Substance use – LSD*. [online]. [cit. 17.08.2023]. Dostupné z: <https://medlineplus.gov/ency/patientinstructions/000795.htm>
- Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny SR. *Príspevok na bývanie*. Dostupné z: <https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/hmotna-nudza/davky-hmotnej-nudzi/davka-hmotnej-nudzi/osobitny-prijemca.html>

- Ministerstvo vnútra Slovenskej republiky. 2017. *Správa o stave a vývoji drogovej scény na území Slovenskej republiky v roku 2016*. [online]. [cit. 16.08.2023].
Dostupné z:
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj81qGBneGAAxU3gP0HHQsbCDsQFnoECBsQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.minv.sk%2F%3Fdrogova-scena-na-uzemi-slovenskej-republiky%26subor%3D286619&usg=AOvVaw3kGs_wQ40vRfDM7rMB9x4w&opi=89978449
- Ministerstvo vnútra SR. 2022. *Správa o stave a vývoji drogovej scény na území Slovenskej republiky za rok 2021*. Bratislava: Prezídium policajného zboru. [online]. [cit. 27.03.2024]. Dostupné z: <https://www.minv.sk/?drogova-scena-na-uzemi-slovenskej-republiky&subor=449390>
- Ministerstvo zdravotníctva SR. 2021. *Národná protidrogová stratégia Slovenskej republiky na obdobie rokov 2021-2025 s výhľadom do roku 2030*. [online]. [cit. 25.09.2023]. Dostupné z: <https://www.health.gov.sk/?protidrogova-politika>
- Ministerstvo zdravotníctva SR. *Národná protidrogová stratégia Slovenskej republiky na obdobie rokov 2021-2025 s výhľadom do roku 2030*. Dostupné z:
<https://www.health.gov.sk/?protidrogova-politika>
- Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej Republiky. 2016. *V Európe aj na Slovensku pretrváva vysoký dopyt po kanabise*. [online]. [cit. 17.08.2023]. Dostupné z:
<https://health.gov.sk/Clanok?V-Eu-aj-na-SR-pretrvava-vysoky-dopyt-po-kanabise>
- MRAVČÍK, Viktor, Pavla CHOMYNOVÁ a Kateřina GROHMANNOVÁ. 2019. *Koncept problémového užívání návykových látok (Concept of Problem Substance Use)*. *Psychiatrie*. 23, 121–128. ISSN 1211-7579.
- Národné centrum zdravotníckych informácií. 2016. *Drogová závislosť – liečba užívateľa drog v SR 2015*. [online]. [cit. 17.08.2023]. Dostupné z:
<https://www.nczisk.sk/Documents/publikacie/2015/zs1644.pdf>
- Národné monitorovacie centrum pre drogy. 2006. *Stav drogových závislostí a kontrola drog v Slovenskej republike*. [online]. [cit. 21.08.2023]. Dostupné z:
[narodna_sprava_net3.pdf](#)

- Národného monitorovacieho centra pre drogy. 2004. *Stav drogových závislostí a kontrola drog v Slovenskej Republike*. Bratislava: KOMPRINT. ISBN 80-968631-3-4.
- National Institute on drug abuse. 2019. *Cannabis (Marijuana) DrugFacts*. [online]. [cit. 16.08.2023]. Dostupné z: <https://nida.nih.gov/publications/drugfacts/cannabis-marijuana>
- NCZI. 2022. *Najviac hospitalizácii na psychiatrii si vyžiadal alkohol* [online]. [cit. 14.08.2023]. Dostupné z: https://www.nczisk.sk/Documents/aktuality/tlacove_spravy/2022/TS_NCZI_Najvia_c_hospitalizacii_na_psychiatrii_si_vyziadal_alkohol_09112022.pdf
- NCZI. 2023. *Drogová závislosť – liečba užívateľa drog v Slovenskej Republike 2022*. Dostupné z: https://nczisk.sk/Statisticke_vystupy/Tematicke_statisticke_vystupy/Drogova_zavislost_liecba_uzivatela_drog/Pages/default.aspx
- NEPUŠTIL, Pavel, Markéta GEREGOVÁ. 2020. *Bez podmínek. Metody psychosociální podpory pro lidi užívající drogy*. 1. vydanie. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-9667-7.
- NEWCOMBE, Russell et al. 1992. *The reduction of drug-related harm A conceptual framework for theory, practice and research*. Oxford: Oxford university press. ISBN 0415 06693 X.
- NOCIAR, Alojz. 2009. *Drogové závislosti*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. ISBN 978-80-8927-168-9.
- NOCIAR, Alojz. 2015. *Európsky školský prieskum o alkohole a iných drogách (ESPAD) v SR za rok 2015* [online]. [cit. 15.08.2023]. Bratislava: Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie. Dostupné z: https://vudpap.sk/wp-content/uploads/2019/06/Zav_Sprava_TAD2018_def.pdf
- NZIP. *Návykové látky (drogy)*. [online]. [cit. 14.08.2023]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/323-navykovye-latky-drogy>
- Odbor komunikácie a marketingu UNLP. 2022. *Tabakizmus je stále najrozšírenejšia závislosť*. In: *Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice* [online]. [cit. 15.08.2023]. Dostupné z: <https://unlp.sk/aktualita/tabakizmus-je-stale-najrozsirenejšia-zavislost/>

- OKRUHLICA, Ľubomír, Alica KANTORKOVÁ. 2016. Odvykanie od fajčenia. In: *Národný portál zdravia* [online]. [cit. 15.08.2023]. Dostupné z: https://www.npz.sk/sites/npz/Stranky/NpzArticles/2013_06/Zavislost_od_tabaku_a_jej_liecba.aspx?did=2&sdid=54&tuid=0&page=full&
- OLECKÁ, Ivana a Jiří POSPÍŠIL. 2023. *Návykové látky v českej populácii medzi rokmi 2018–2023*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-6394-0.
- OLECKÁ, Ivana, Jiří POSPÍŠIL a Ludmila TROCHTOVÁ. 2023. Transmission of alcohol abuse behavior from parents to their children in the Czech population. In: *Kontakt* [online]. 25 (2), s. 138–146. ISSN 1212-4117. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/371540162_Transmission_of_alcohol_abuse_behavior_from_parents_to_their_children_in_the_Czech_population
- PALUŠKOVÁ, Monika, Kamil SZÁZ, Karel NEŠPOR et al. 2014. *Drogy a závislosti v ambulancii všeobecného lekára*. 1. vydanie. Bratislava: Občianske združenie Societa. ISBN 978-80-971603-5-7.
- PÉTIOVÁ, Marianna. 2009. *Deti, mládež a drogy* [online]. [cit. 15.08.2023]. Bratislava: ÚIPŠ. Dostupné z: https://www.cvtisr.sk/buxus/docs//OddMladezASport/Vyskum/vystupy/deti_mladez_a_drogy.pdf
- PJATKOVÁ, Marcela, Marta REMETOVÁ, Rudolfa NOVOTNÁ, Tatiana BAGINOVÁ. 2014. *Koordinátor drogovej prevencie*. [online]. [cit. 17.08.2023]. Dostupné z: https://archiv.mpc-edu.sk/sites/default/files/publikacie/pjatkova_remetova_novotna_baginova_koordinator_drog_prev.pdf
- PLEŠIVČÁK, Martin. 2022. *Komparatívna analýza krajov Slovenskej republiky - predpoklady vo vzťahu k cieľom politiky súdržnosti Európskej únie 2021-2027*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave. Dostupné z: <https://www.eurofondy.gov.sk/wp-content/uploads/2022/04/Komparat%C3%ADvna-anal%C3%BDza-krajov-SR-%E2%80%93-predpoklady-vo-vz%C5%A5ahu-k-cie%C4%BEom-politiky-s%C3%BAdr%C5%BEnosti-E%C3%9A-2021-2027.pdf>

- POHANKA, Miroslav, Josef FUSEK. 2023. Kratom a jeho pôsobení na organizmus. In: Mil. Med. Sci. Lett. (Voj. Zdrav. Listy). [online]. Roč. 92, č. 4, s. 208-303. [cit. 10.01.2024]. ISSN 2571-113X. Dostupné z: <https://www.mmsl.cz/pdfs/mms/2023/04/03.pdf>
- PUŠKÁROVÁ, Magdaléna. 2015. *Prevenia požívania návykových látok na stredných školách*. Diplomová práca. Dubnica nad Váhom: Dubnický technologický inštitút.
- RABOCH, Jiří et al. 2012. *Psychiatria pre všeobecných praktických lekárov*. 1. vydanie. Bratislava: Nakladateľstvo Dr. Josef Raabe. ISBN 978-80-8140-012-4.
- RAVASZ, Ábel, Ľuboš KOVÁCS a Filip MARKOVIČ. 2020. Atlas rómskych komunit 2019. Bratislava: VEDA. ISBN 978-80-224-1876-4.
- ROTGERS, Frederick. 1999. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada publishing. ISBN 80-7169-836-9.
- SCHLOSBERG, Joel, Leandro VENDRUSCOLOA, Paul BREMERB et al. 2013. Dynamic vaccine blocks relapse to compulsive intake of heroin. In: *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 28;110(22):9036-41.
- SCHREINER, Amy, Michael DUNN. 2012. Residual effects of cannabis use on neurocognitive performance after prolonged abstinence: a meta-analysis In: *PubMed* [online]. 2012 Oct;20(5):420-429. doi: 10.1037/a0029117. Epub 2012 Jun 25. [cit. 15.08.2023]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22731735/>
- Slovensko proti drogám. *Droga je psychotropná látka, ktorej používanie môže viesť k drogovej závislosti*. [online]. [cit. 15.08.2023]. Dostupné z: <https://slovenskoprotidrogam.sk/drogy/>
- Slovník slovenského jazyka. *Význam slova absencia*. [online]. [cit. 18.12.2023]. Dostupné z: <https://www.slovensky.eu/absencia/>
- Sociologická encyklopédie. *Informovanosť*. [online]. [cit. 18.12.2023]. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Informovanost>
- Správa o mládeži. 2014. Situačná analýza kvality života mladých ľudí v SR. In: *IUVENTA* [online]. [cit. 14.08.2023]. Dostupné z: https://www.iuventa.sk/wp-content/uploads/2021/07/Sprava-o-mladezi_2014.pdf

- STANISLAV, Vladimír, Mária MARTINOVE. 2020. *Metodická príručka o drogovej závislosti pre pedagógov. Primárna prevencia rizikového správania v škole*. Liptovský Mikuláš: BIANCO. ISBN: 978-80-973787-0-7.
- SUN, Kan, Jianmin LIU Guang NING. 2012. Active smoking and risk of metabolic syndrome: a meta-analysis of prospective studies. In: *PubMed* [online]. 2012;7(10):e47791. doi: 10.1371/journal.pone.0047791. Epub 2012 Oct 17. [cit. 15.08.2023]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23082217/>
- ŠIŇANSKÁ, Katarína, Viera KRÁLIKOVÁ. 2009. Pôsobenie sociálnopatologických javov na život dnešného človeka. In: ŠLOSÁR, Dušan. *Drogová prevencia v sociálnej práci. Zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie a konferencie mladých vedeckých pracovníkov*. Košice: Košický samosprávny kraj, Košice Námestie maratónu mieru č. 1 a Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, Filozofická fakulta, s. 68-73. ISBN: 978-80-970251-8-2.
- ŠKOBLA, Daniel, Gábor CSOMOR a Jarmila FILADELFIOVÁ. 2016. *Zmeny v systéme pomoci v hmotnej núdzi pri dopadov zmien v poskytovaní pri v rámci pomoci v hmotnej núdzi*. Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny. ISBN 978-80-7138-155-6.
- ŠŤASTNÁ, Anna. 2009. *Neúplné rodiny v Českej republike a ve vybraných evropských zemích*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. ISBN 978-80-7416-038-7.
- Štatistický úrad Slovenskej republiky. 2023. Bratislavský kraj - charakteristika regiónu. 23.02.2023. [online]. [cit. 06.03.2024]. Dostupné z: https://slovak.statistics.sk/wps/portal/ext/themes/regional/bratislava/about/!ut/p/z1/jdLNTToNAFAXgp2HLHBhgBndTTCkGFcqvsvzG0QUUpSoAGU1xe1myaK3N0k38mc3FwiSU5kW3zUVTHWXVuc5_eLtF5D5vHNRhPgJgO8pygB0sgNYZHsGziu2BnMB7jvmvDELtnbIaUQIMg1efwxAuvyqR_8AJfF2gxmKfKQPozsXX4ByOV6GZGLX9hsGYjYvIJtFOjCNlznfv-8hRc7Oo98Swe0K1ha8n8110vCIA9E1odGnY6NCtXiGqc6bFANYIbxdQaiPVBeEdmXb2Vf9up7P1_HaRwvw50CBdM0qVXXVedSPXaNg8ip24YSX4ryaVJkiRH7dVBk_FBfAIJ0r1F/dz/d5/L2dBISEvZ0FBIS9nQSEh/

Štatistický úrad Slovenskej republiky. 2023. Prešovský kraj - charakteristika regiónu. 23.02.2023. [online]. [cit. 06.03.2024]. Dostupné z:
https://slovak.statistics.sk/wps/portal/ext/themes/regional/presovsky%20kraj/about!/ut/p/z1/jZLLboJAFIafhi3zwwAzdDfSiDTUglyks2nQUCQRMEDL65eqmyYVPbuTfN-55RBJMiKb_Lsq86Fqm_w45e_S-kj9gC8WmoDLYg3eeh0lKQ_pa8jI9gw4rlgZzAe475rwxCrZ2CGIEJTIR3zcCIHH_BIAzpe_-CHzLj43GSY_SoA0ckNY9_vLM3Krgs3mARGbV2AZBbqwDdd53rwt4cWOziPf0gHtCswd-d6a80PCIC9EVrtaHfe1CtXiGqc6bFANYIbx-wai2VFeEtkVn0VXdOpXN33HYRhO_ZMCBeM4qmXblsdC3be1gv-UQ9sPJPtLklOdJEmGyquCest78QOOP0rj/dz/d5/L2dBISEvZ0FBIS9nQSEh/

Štatistický úrad SR. 2022. *Vzdelanostný a kariérny diferenciál populácie SR*. Bratislava: Trexima. [online]. [cit. 28.03.2024]. Dostupné z:
https://www.scitanie.sk/storage/app/media/dokumenty/SODB2021_vzdel_kar_dif.pdf

ŠTOLFA, Josef a Kristýna VESELÁ. 2020. Zdravotní komplikace zneužívání návykových látek. In: *Medicina po promoci*. [online]. Roč. 21, č. 2, s. 116-1192. [cit. 17.08.2023]. Dostupné z:
<https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=f7401123-9e96-4e94-b93f-881437aa9a19%40redis>

ŠUPLER, Josef. 2018. *Závislosti jako negativní determinanta zdraví žáků na základních školách v Českobudějovicku*. Rigorózní práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.

TARTER, Ralph E., Michael VANYUKOV, Levent KIRISCI, Maureen REYNOLDS, Duncan B. CLARK. 2006. Predictors of Marijuana Use in Adolescents Before and After Licit Drug Use: Examination of the Gateway Hypothesis. In: *Am J Psychiatry*. [online]. 163, s. 2134–2140. [cit. 20.08.2023]. Dostupné z:
[Predictors of Marijuana Use in Adolescen20160308-31760-1fkqxu1-libre.pdf \(d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net\)](https://www.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.163.11.2134)

- TURČEK, Michal, Zuzana KAMENDY, Miroslav GROHOL et al. 2021. *Komplexný manažment pacienta so závislosťou od alkoholu*. [online]. [cit. 23.08.2023].
Dostupné z:
https://www.health.gov.sk/Zdroje/?Sources/dokumenty/SDTP/standardy/15-5-2021/15_1_KM-pacienta-so-zavislos%C5%A5ou-od-alkoholu-Medicina-drogovych-zavislosti.pdf
- U.S Department of Health and Human Services: Alcohol Use and Safe Drinking. In: *MedlinePlus* [online]. Dostupné z: <https://medlineplus.gov/ency/article/001944.htm>
- ÜHLINGER, Claude, Marlyse TSCHUI. 2009. *Když někdo blízký pije*. 1. vydanie. Praha: Portál. ISBN 978-807367-610-0.
- Úrad verejného zdravotníctva SR. *Závislosti*. Dostupné z:
<https://www.uvzsr.sk/web/uvz/z%C3%A1vislosti>
- Úrad verejného zdravotníctva. 2022. Európsky týždeň boja proti drogám, informácia k európskemu týždňu za rok 2022. Dostupné z:
<https://www.uvzsr.sk/web/uvz/narodny-akcny-plan-pre-problemy-s-alkoholom-na-roky-2021-2030>
- Úrad verejného zdravotníctva. 2023. Svetový deň bez tabaku 2023: Využite poradne na odvykanie od fajčenia úradov verejného zdravotníctva. Dostupné z:
https://www.uvzsr.sk/web/uvz/aktuality_uvz/-/asset_publisher/rjlr/content/svetovy-den-bez-tabaku-2023-vyuzite-poradne-na-odvykanie-od-fajceni-uradov-verejneho-zdravotnictva
- VACHETTE, Patrick. 2021. *Homeopatie v psychopatologii. Integrativní terapie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1307-1.
- VALKOVÁ, Ivana, Robert KLOBUCKÝ, Ján LUHA, Pavol MARCHEVSKÝ a Róbert OCHABA. 2013. *Rozšírenosť užívania drog v populácii a názory občanov na problémy spojené s drogami*. Bratislava: Národné monitorovacie centrum pre drogy pri Úrade vlády SR. ISBN 978-80-8143-095-4.
- VANEČKOVÁ, Lucia. 2016. *Sociálne poradenstvo pre rodinu závislého klienta*. Diplomová práca. Ružomberok: Katolícka univerzita v Ružomberku.

- VAVRINČÍKOVÁ, Lenka. 2014. Harm reduction prístup a podoby jeho dozrievania na Slovensku - príležitosti a limity. In: ŽÁKOVÁ, Martina. *Harm reduction-aplikácia filozofie znižovania rizík v pomáhajúcich profesiách. Zborník z medzinárodnej konferencie*. Nitra: Združenie STORM, s. 30-39. ISBN 978-80-970667-2-7.
- Vestník MZ SR. 2022. Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore medicína závislostí. Čiastka 28-29, s. 163.
- VÉVODOVÁ, Šárka, Kateřina, IVANOVÁ et al. 2015. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4770-4.
- VÚC. Bratislavský samosprávny kraj. [online]. [cit. 06.03.2024]. Dostupné z: https://www.e-vuc.sk/bsk/zdravotnictvo/ambulantne-zdravotnicke-zariadenia.html?page_id=60142
- VÚC. Prešovský samosprávny kraj. [online]. [cit. 06.03.2024]. Dostupné z: https://www.e-vuc.sk/psk/zdravotnictvo/ambulantne-zdravotnicke-zariadenia.html?page_id=97068
- WILLIAMS, Rebecca S. a Dmitriy NIKITIN, 2020. *The internet market for Kratom, an opioid alternative and variably legal recreational drug*. 255 International Journal of Drug Policy [online]. 78, 102715 [cit. 08. 01. 2024]. ISSN 09553959. Dostupné z: doi:10.1016/j.drugpo.2020.102715
- Zákon 576/2004 o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov.
- ŽIVNÝ, Hroznata. 2012. *Teoretické a praktické koncepty liečby a doliečovania závislostí*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave. 1. vydanie. ISBN 978-80-223-3193-7.

ZOZNAM SKRATIEK

Skratka	Slovenský význam
A pod.	A podobne
ADHD	Deficit pozornosti a porucha hyperaktivity
AIDS	Syndróm získanej imunodeficienci
AJ	Anglický jazyk
CBD	Kanabidiol
CPLDZ	Centrum pre liečbu drogových závislostí
ČJ	Český jazyk
ESPAD	Projekt európskeho školského prieskumu o alkohole a iných drogách
Et al.	A kolektív
EÚ	Európska únia
H	Hypotéza
HHC	Hexahydrokanabinol
HIV	Vírus ľudskej imunodeficiencie
IHRA	Medzinárodná asociácia minimalizácií rizík škodlivých následkov
LSD	Dietylamid kyseliny lysergovej
MZ	Ministerstvo zdravotníctva
NCZI	Národné centrum zdravotníckych informácií
NZIP	Národný zdravotnícky informačný portál
SR	Slovenská republika
THC	Tetrahydrocannabinol
VO	Výskumná otázka
VÚC	Vyšší územný celok

ZOZNAM TABULIEK

Tabuľka 1 – Demografické údaje o Bratislavskom a Prešovskom kraji	55
Tabuľka 2 – Objektívna dostupnosť služieb v krajoch.....	56
Tabuľka 3 – Vyhodnotenie otázky opísanej grafom 7 Bratislavský kraj	60
Tabuľka 4 - Vyhodnotenie otázky opísanej grafom 7 Prešovský kraj.....	60
Tabuľka 5 - Vyhodnotenie otázky opísanej grafom 8 Bratislavský kraj	60
Tabuľka 6 – Vyhodnotenie otázky opísanej grafom 8 Prešovský kraj.....	61
Tabuľka 7 – Žiadosť o pomoc respondentov s nestabilným rozpočtom.....	67
Tabuľka 8 – Vplyv zamestnanosti na pravdepodobnosť obdržania hmotnej pomoci ..	68
Tabuľka 9 – Správne odpovede kontrolných otázok na základe vzdelania respondentov	72

ZOZNAM GRAFOV

Graf 1 – Rozdelenie veku respondentov na základe pohlavia	52
Graf 2 – Druhy návykových látok užívaných v Bratislavskom kraji	53
Graf 3 – Druhy návykových látok užívaných v Prešovskom kraji	53
Graf 4 – Členovia rodiny respondentov užívajúci návykové látky	54
Graf 5 – Pôvod respondentov podľa typu rodiny	54
Graf 6 – Rodinné prostredie v ktorom sa užívali návykové látky	55
Graf 7 – Subjektívna dostupnosť služieb na základe času.....	57
Graf 8 - Subjektívna dostupnosť služieb na základe vzdialenosti	58
Graf 9 – Hodnotenie verejnej dopravy	58
Graf 10 – Hodnotenie ordinačných hodín.....	59
Graf 11 – Využívané formy liečby k vzťahu k návykovým látkam	62
Graf 12 – Formy liečby využívané jednotlivými pohlaviami	63
Graf 13 – Poberanie hmotnej pomoci	64
Graf 14 – Žiadosť o hmotnú pomoc	64
Graf 15 - Poberanie nehmotnej pomoci	65
Graf 16 - Žiadosť o nehmotnú pomoc	65
Graf 17 – Stabilita domáceho rozpočtu respondentov	66
Graf 18 – Sociálne postavenie respondentov	67
Graf 19 – Informovanosť o existencii CPLDZ.....	69
Graf 20 – Informovanosť o detoxifikačnej liečbe.....	69
Graf 21 – Informovanosť o terapeutickej komunite	70
Graf 22 – Najvyššie dosiahnuté vzdelanie respondentov	71

ZOZNAM OBRÁZKOV

Obrázok 1 – Operacionalizácia H1	42
Obrázok 2 – Operacionalizácia H2	43
Obrázok 3 – Operacionalizácia H2.1	44
Obrázok 4 – Operacionalizácia H3	45
Obrázok 5 - Operacionalizácia H3.1	46
Obrázok 6 – Operacionalizácia H3.2	47
Obrázok 7 – Operacionalizácia H4	48
Obrázok 8 – Operacionalizácia H4.1	49

ZOZNAM PRÍLOH

Príloha 1 – Súhlas etickej komisie.....	99
Príloha 2 – Súhlas na realizáciu výskumu	101
Príloha 3 – Dotazník	107

PRÍLOHY

Príloha 1 – Súhlas etickej komisie



FAKULTNÍ NEMOCNICE
OLOMOUC

Etická komise Fakultní nemocnice Olomouc a Lékařské fakulty UP v Olomouci
Zdravotníků 248/7, 779 00 Olomouc
předseda: MUDr. Jindřiška Burešová, tel: 588 443420, e-mail: jindriska.buresova@fnol.cz
tajemnice tel., fax 588442477, e-mail: iveta.sudolska@fnol.cz

STANOVISKO ETICKÉ KOMISE *Opinion of the Ethics Committee*

Číslo jednací/Reference number: 17/24

Název výzkumného projektu: Abúzus návykových látek v rodině

Žadatel/Applicant: Bc. Alžběta Kratochvílová, Ústav veřejného zdravotnictví LF UP Olomouc

Datum doručení žádosti/Date of submission of the Application Form: 21.2.2024

Datum jednání EK /Date of Ethics Committee's session: 11.3.2024

Vyjádření EK/ Ethics Committee's opinion:

- EK vydala souhlasné stanovisko / EC issued favourable opinion
 EK vzala na vědomí / Taken into account

Seznam míst hodnocení s označením míst, ke kterým se EK vyjádřila jako místní EK a kde vykonává dohled/List of clinical trial sites in the Czech Republic where EC has given its opinion and will perform supervision:

Místo hodnocení/ Jméno zkoušejícího <i>Trial Site / Name of Investigator</i>	Místní EK <i>Local EC</i>	Adresa místní EK <i>Address</i>
Bc. Alžběta Kratochvílová, Ústav veřejného zdravotnictví LF UP Olomouc, Zdravotníků 248/7, 779 00 Olomouc	<input checked="" type="checkbox"/>	EK FNOL

Seznam hodnocených dokumentů/List of all submitted documents:

Název dokumentu, verze, datum <i>Document title, version, date</i>	Schváleno <i>/Approved</i>		Vzato na vědomí / Taken into account	
	ANO <i>Yes</i>	NE <i>No</i>	ANO <i>Yes</i>	NE <i>No</i>
Žádost o projednání výzkumného projektu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sylabus projektu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informovaný souhlas vč. Informace pro subjekt hodnocení	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strukturovaný životopis hlavního řešitele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotazník	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Etická komise prohlašuje, že byla ustavena a pracuje podle jednacího řádu v souladu se správnou klinickou praxí (GCP) a platnými právními předpisy/The Ethics Committee hereby declares that it was established and operates in accordance with its Rules of Procedure in compliance with Good Clinical Practice and valid legal regulations:

Ano/Yes Ne/No

Datum/Date: 11.3.2024

Rozdělovník/Distribution list:
-Zadavatel
-EK
-Řešitel
1/1

MUDr. Jindřiška Burešová
předsedkyně EK FNOL a LF UP
Chairman of the EC FNOL and LF UP


ETHICS COMMITTEE
the University Hospital
and the Faculty Medicine
Palacky University In
OLOMOUC



FAKULTNÍ NEMOCNICE[®]
OLOMOUC

Etická komise Fakultní nemocnice Olomouc a Lékařské fakulty UP v Olomouci

Zdravotníků 248/7, 779 00 Olomouc

předsedkyně: MUDr. Jindřiška Burešová, tel: 588 443 420, e-mail: jindriska.buresova@fnol.cz

tajemnice tel., fax: 588 442 477, e-mail: iveta.sudolska@fnol.cz

Seznam členů etické komise/ List of the Ethics Committee Members:

2024-03-11

Jméno a příjmení <i>First name and surname</i>	Muž/ Žena <i>Male/ Female</i>	Odbornost <i>Specialism</i>	Zaměstnanec zřizovatele EK*		Funkce v EK <i>Role in EC</i>	Přítomen <i>Attendance</i>		Hlasoval <i>Voted</i>	
			Ano Yes	Ne No		Ano Yes	Ne No	Ano Yes	Ne No
MUDr. Jindřiška Burešová	Ž/F	neurolog/ <i>neurologist</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	předseda/ <i>chairman</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doc. MUDr. Jiřina Zapletalová, Ph.D.	Ž/F	pediatr/ <i>pediatrics</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. místopředseda/ <i>1. vice-chairman</i>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
prof. MUDr. et Mgr. Jiří Minařík, Ph.D.	M/M	hematoonkolog/ <i>hematooncology</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	člen/ <i>member</i>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
MUDr. Libor Kvapil	M/M	praktický lékař/ <i>practitioner</i>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	člen/ <i>member</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Josef Srovnal, Ph.D.	M/M	Odb. lékař Lab. exp. medicíny ÚMTM / <i>lab. experim. med., institut med. genetics</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	člen/ <i>member</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anna Holá	Ž/F	zdravotní sestra/ <i>nurse</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	člen/ <i>member</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. et PhDr. Lenka Hansmanová, Ph.D.	Ž/F	gynekolog/ <i>gynaecologist</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	člen/ <i>member</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PharmDr. Tomáš Anděl, Ph.D.	M/M	Farmakolog / <i>pharmacologist</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	člen/ <i>member</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doc. MUDr. Libuše Stárková, CSc.	Ž/F	Psychiatr / <i>psychiatrist</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	člen/ <i>member</i>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Karel Indrák, DrSc.	M/M	hematoonkolog/ <i>hematooncology</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	člen/ <i>member</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Karel Cwierotka, Ph.D.	M/M	onkolog/ <i>oncology</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	člen/ <i>member</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Jan Strojil, Ph.D.	M/M	Infekční oddělení / <i>Infective depart.</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	člen/ <i>member</i>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pavel Stuška, ThLic., Ph.D.	M/M	theolog/ <i>theologist</i>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	člen/ <i>member</i>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Iveta Sudolská	Ž/F	Tajemnice / <i>secretary</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	člen/ <i>member</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Věra Bartlová	Ž/F	Sekretářka / <i>secretary</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	člen/ <i>member</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(pozn.: *Zaměstnanec zřizovatele EK/ *Employee of EC appointing authority*)

MUDr. Jindřiška Burešová, v.r. / *Chairperson of the EC*

za správnost:
Iveta Sudolská
tajemnice EK

Fakultní nemocnice[®] a LF UP
Zdravotníků 248/7, 779 00 Olomouc
ETICKÁ KOMISE

Etická komise prohlašuje, že byla ustavena a pracuje podle jednacího řádu v souladu se správnou klinickou praxí (GCP) a platnými právními předpisy/ *The Ethics Committee hereby declares that it was established and operates in accordance with its Rules of Procedure in compliance with Good Clinical Practice and valid legal regulations:*

Ano/Yes Ne/No

Príloha 2 – Súhlas na realizáciu výskumu

Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Hněvotínská 3, 779 00, Olomouc



Lékařská fakulta
Univerzity Palackého
v Olomouci

Vec: Súhlas na realizáciu výskumu

Vážená pani doktorka, vážený pán doktor,

volám sa Alžbeta Kratochvířová, som študentkou 2. ročníka magisterského štúdia v odbore Verejné zdravotníctvo. Chcela by som Vás požiadať o súhlas na realizáciu výskumu vo Vašej ambulancii, ktorý bude podkladom na spracovanie diplomovej práce s názvom **Dostupné formy pomoci pre členov rodiny s abúzom návykových látok v Bratislavskom kraji a Prešovskom kraji**. Výskumom chcem zistiť dostupnú pomoc rodine, v ktorej sa vyskytol člen závislý na návykových látkach. Výskum budem realizovať prostredníctvom anonymného neštandardizovaného štruktúrovaného dotazníka. Získané údaje zostanú anonymné a výsledky dotazníka budú výlučne slúžiť k diplomovej práci. Následne všetky dotazníky budú po výskume skartované.

Žiadam Vás o rozdanie mnou poskytnutých dotazníkov pacientom, ktorí užívajú alebo majú rodinného príslušníka užívajúceho návykové látky. Pokiaľ pôjde o neplnoletých pacientov, vyplňovali by za nich dotazník zákonní zástupcovia. Pacienti od 18 rokov by vyplňovali dotazník sami. Po vyplnení dotazníka ho pacienti odovzdajú v ambulancii do urny na to určenej.

Za kladné vybavenie vopred ďakujem.

S pozdravom
Bc. Alžbeta Kratochvířová



Pečiatka a podpis

**Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Hněvotínská 3,
779 00, Olomouc**



Lékařská fakulta
Univerzity Palackého
v Olomouci

Vec: Súhlas na realizáciu výskumu

Vážená pani doktorka, vážený pán doktor,

volám sa Alžbeta Kratochvířová, som študentkou 2. ročníka magisterského štúdia v odbore Verejné zdravotníctvo. Chcela by som Vás požiadať o súhlas na realizáciu výskumu vo Vašej ambulancii, ktorý bude podkladom na spracovanie diplomovej práce s názvom **Dostupné formy pomoci pre členov rodiny s abúzom návykových látok v Bratislavskom kraji a Prešovskom kraji**. Výskumom chcem zistiť dostupnú pomoc rodine, v ktorej sa vyskytol člen závislý na návykových látkach. Výskum budem realizovať prostredníctvom anonymného neštandardizovaného štruktúrovaného dotazníka. Získané údaje zostanú anonymné a výsledky dotazníka budú výlučne slúžiť k diplomovej práci. Následne všetky dotazníky budú po výskume skartované.

Žiadam Vás o rozdanie mnou poskytnutých dotazníkov pacientom, ktorí užívajú alebo majú rodinného príslušníka užívajúceho návykové látky. Pokiaľ pôjde o nepľnoletých pacientov, vyplňovali by za nich dotazník zákonní zástupcovia. Pacienti od 18 rokov by vyplňovali dotazník sami. Po vyplnení dotazníka ho pacienti odovzdajú v ambulancii do urny na to určenej.

Za kladné vybavenie vopred ďakujem.

S pozdravom
Bc. Alžbeta Kratochvířová



.....
Pečiatka a podpis

**Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Hněvotínská 3,
779 00, Olomouc**



Lékařská fakulta
Univerzity Palackého
v Olomouci

Vec: Súhlas na realizáciu výskumu

Vážená pani doktorka, vážený pán doktor,

volám sa Alžbeta Kratochvířová, som študentkou 2. ročníka magisterského štúdia v odbore Verejné zdravotníctvo. Chcela by som Vás požiadať o súhlas na realizáciu výskumu vo Vašej ambulancii, ktorý bude podkladom na spracovanie diplomovej práce s názvom **Dostupné formy pomoci pre členov rodiny s abúzom návykových látok v Bratislavskom kraji a Prešovskom kraji**. Výskumom chcem zistiť dostupnú pomoc rodine, v ktorej sa vyskytol člen závislý na návykových látkach. Výskum budem realizovať prostredníctvom anonymného neštandardizovaného štruktúrovaného dotazníka. Získané údaje zostanú anonymné a výsledky dotazníka budú výlučne slúžiť k diplomovej práci. Následne všetky dotazníky budú po výskume skartované.

Žiadam Vás o rozdanie mnou poskytnutých dotazníkov pacientom, ktorí užívajú alebo majú rodinného príslušníka užívajúceho návykové látky. Pokiaľ pôjde o nepľnoletých pacientov, vyplňovali by za nich dotazník zákonní zástupcovia. Pacienti od 18 rokov by vyplňovali dotazník sami. Po vyplnení dotazníka ho pacienti odovzdajú v ambulancii do urny na to určenej.

Za kladné vybavenie vopred ďakujem.

S pozdravom
Bc. Alžbeta Kratochvířová



Pečiatka a podpis

**Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Hněvotínská 3,
779 00, Olomouc**



Lékařská fakulta
Univerzity Palackého
v Olomouci

Vec: Súhlas na realizáciu výskumu

Vážená pani doktorka, vážený pán doktor,

volám sa Alžbeta Kratochvířová, som študentkou 2. ročníka magisterského štúdia v odbore Verejné zdravotníctvo. Chcela by som Vás požiadať o súhlas na realizáciu výskumu vo Vašej ambulancii, ktorý bude podkladom na spracovanie diplomovej práce s názvom **Dostupné formy pomoci pre členov rodiny s abúzom návykových látok v Bratislavskom kraji a Prešovskom kraji**. Výskumom chcem zistiť dostupnú pomoc rodine, v ktorej sa vyskytol člen závislý na návykových látkach. Výskum budem realizovať prostredníctvom anonymného neštandardizovaného štruktúrovaného dotazníka. Získané údaje zostanú anonymné a výsledky dotazníka budú výlučne slúžiť k diplomovej práci. Následne všetky dotazníky budú po výskume skartované.

Žiadam Vás o rozdanie mnou poskytnutých dotazníkov pacientom, ktorí užívajú alebo majú rodinného príslušníka užívajúceho návykové látky. Pokiaľ pôjde o neplnoletých pacientov, vyplňovali by za nich dotazník zákonní zástupcovia. Pacienti od 18 rokov by vyplňovali dotazník sami. Po vyplnení dotazníka ho pacienti odovzdajú v ambulancii do urny na to určenej.

Za kladné vybavenie vopred ďakujem.

S pozdravom
Bc. Alžbeta Kratochvířová



Pečiatka a podpis

**Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Hněvotínská 3,
779 00, Olomouc**



Lékařská fakulta
Univerzity Palackého
v Olomouci

Vec: Súhlas na realizáciu výskumu

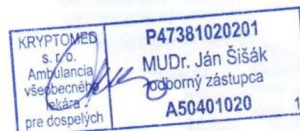
Vážená pani doktorka, vážený pán doktor,

volám sa Alžbeta Kratochvířová, som študentkou 2. ročníka magisterského štúdia v odbore Verejné zdravotníctvo. Chcela by som Vás požiadať o súhlas na realizáciu výskumu vo Vašej ambulancii, ktorý bude podkladom na spracovanie diplomovej práce s názvom **Dostupné formy pomoci pre členov rodiny s abúzom návykových látok v Bratislavskom kraji a Prešovskom kraji**. Výskumom chcem zistiť dostupnú pomoc rodine, v ktorej sa vyskytol člen závislý na návykových látkach. Výskum budem realizovať prostredníctvom anonymného neštandardizovaného štruktúrovaného dotazníka. Získané údaje zostanú anonymné a výsledky dotazníka budú výlučne slúžiť k diplomovej práci. Následne všetky dotazníky budú po výskume skartované.

Žiadam Vás o rozdanie mnou poskytnutých dotazníkov pacientom, ktorí užívajú alebo majú rodinného príslušníka užívajúceho návykové látky. Pokiaľ pôjde o nepľnoletých pacientov, vyplňovali by za nich dotazník zákonní zástupcovia. Pacienti od 18 rokov by vyplňovali dotazník sami. Po vyplnení dotazníka ho pacienti odovzdajú v ambulancii do urny na to určenej.

Za kladné vybavenie vopred ďakujem.

S pozdravom
Bc. Alžbeta Kratochvířová



.....
Pečiatka a podpis

**Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Hněvotínská 3,
779 00, Olomouc**



Lékařská fakulta
Univerzity Palackého
v Olomouci

Vec: Súhlas na realizáciu výskumu

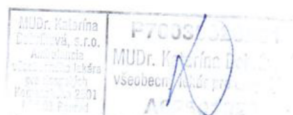
Vážená pani doktorka, vážený pán doktor,

volám sa Alžbeta Kratochvířová, som študentkou 2. ročníka magisterského štúdia v odbore Verejné zdravotníctvo. Chcela by som Vás požiadať o súhlas na realizáciu výskumu vo Vašej ambulancii, ktorý bude podkladom na spracovanie diplomovej práce s názvom **Dostupné formy pomoci pre členov rodiny s abúzom návykových látok v Bratislavskom kraji a Prešovskom kraji**. Výskumom chcem zistiť dostupnú pomoc rodine, v ktorej sa vyskytol člen závislý na návykových látkach. Výskum budem realizovať prostredníctvom anonymného neštandardizovaného štruktúrovaného dotazníka. Získané údaje zostanú anonymné a výsledky dotazníka budú výlučne slúžiť k diplomovej práci. Následne všetky dotazníky budú po výskume skartované.

Žiadam Vás o rozdanie mnou poskytnutých dotazníkov pacientom, ktorí užívajú alebo majú rodinného príslušníka užívajúceho návykové látky. Pokiaľ pôjde o nepľnoletých pacientov, vyplňovali by za nich dotazník zákonní zástupcovia. Pacienti od 18 rokov by vyplňovali dotazník sami. Po vyplnení dotazníka ho pacienti odovzdajú v ambulancii do urny na to určenej.

Za kladné vybavenie vopred ďakujem.

S pozdravom
Bc. Alžbeta Kratochvířová



.....
Pečiatka a podpis

Príloha 3 – Dotazník

Vážená respondentka, vážený respondent,

som Bc. Alžbeta Kratochvířová, študentka 2. ročníka magisterského štúdia v odbore Verejné zdravotníctvo na Univerzite Palackého v Olomouci. Chcela by som Vás poprosiť o vyplnenie dotazníka k mojej praktickej časti diplomovej práce, ktorá sa zaoberá návykovými látkami v rodine. Tento dotazník je **anonymný** a dobrovoľný, jeho vyplnenie by Vám nemalo zabráť viac ako 5 minút. Prosím Vás o vyplnenie dotazníka pravdivými údajmi, či už o Vás alebo o členovi rodiny s abúzom návykových látok Vašej rodiny. Všetky Vami poskytnuté údaje sú striktné dôverné a **anonymné** a budú slúžiť výlučne na účely diplomovej práce. Vami poskytnuté informácie budú použité na analýzu a zhromaždenie dát s cieľom zlepšenia informovanosti a dostupnosti služieb v danom regióne. V prípade akýchkoľvek otázok ma môžete kontaktovať na adrese: bettykra@gmail.com.

Pacient/ka s účasťou na dotazníkovom prieskume súhlasí nesúhlasí

(hodiace sa zaškrtnite ☒)

Dotazník je zostavený z otázok zameraných tak, ako by ho vypisoval člen rodiny s abúzom návykových látok. Preto Vás prosím, v prípade, že Vy neužívate návykové látky, ale máte v rodine člena s abúzom návykových látok, vyplňte dotazník s jeho údajmi, ďakujem.

Abúzus-zneužitie, nadmerné užívanie

1. Ktorú z návykových látok užívate alebo ste užívali? (Môžete vybrať viaceré odpovede)
- a) Alkohol
 - b) Tabak
 - c) Konope (marihuana a hašiš)
 - d) Lieky
 - e) Opiáty (heroin, morfín, kedoin)
 - f) Amfetamíny (pervitín)
 - g) Kokain a extáza
 - h) Halucinogénne drogy (LSD, lysohlávky)
 - i) Prchavé látky (toulén, acetón, benzín...)
 - j) Nikotínové sáčky
 - k) Kratom
 - l) Energetické nápoje
 - m) Konopné produkty CBD, HHC
 - n) Iné, aké.....
 - o) Žiadne, vyplňujem za príbuzného
2. Kto v rodine okrem Vás užíva/užíval návykové látky? (Môžete vybrať viaceré odpovede)
- a) Mama
 - b) Otec
 - c) Manžel/partner
 - d) Manželka/partnerka
 - e) Dieťa
 - f) Súrodenec
 - g) Stará mama

- h) Starý otec
- i) Nieкто iný, kto?.....
- j) Nikto

3. Aký čas strávite pri cestovaní z miesta bydliska do najbližších zariadení? (Vyberte 1 odpoveď)

Praktický lekár:

- a) 0-35 min.
- b) 36-60 min.
- c) 61-120 min.
- d) 121 a viac min.

Psychiatrická ambulancia:

- a) 0-35 min.
- b) 36-60 min.
- c) 61-120 min.
- d) 121 a viac min.

Psychologická ambulancia:

- a) 0-35 min.
- b) 36-60 min.
- c) 61-120 min.
- d) 121 a viac min.

Psychiatrická nemocnica:

- a) 0-35 min.
- b) 36-60 min.
- c) 61-120 min.
- d) 121 a viac min.

4. Koľko kilometrov máte do najbližšieho zariadenia? (Vyberte 1 odpoveď)

Praktický lekár:

- a) 0-15 km
- b) 16-30 km
- c) 31-60 km
- d) 61 a viac km

Psychiatrická ambulancia:

- a) 0-15 km
- b) 16-30 km
- c) 31-60 km
- d) 61 a viac km

Psychologická ambulancia:

- a) 0-15 km
- b) 16-30 km
- c) 31-60 km
- d) 61 a viac km

Psychiatrická nemocnica:

- a) 0-15 km
- b) 16-30 km
- c) 31-60 km
- d) 61 a viac km

5. Ako hodnotíte verejnú dopravu z miesta Vášho bydliska z hľadiska nadväznosti, frekvencie a počtu prestupov? (Vyberte 1 odpoveď)

- a) Zlá
- b) Nedostačujúca
- c) Dostačujúca
- d) Výborná

6. Ako ste spokojný s ordinačnými hodinami navštevovaných zariadení? (Vyberte 1 odpoveď)

- a) Veľmi spokojný
- b) Spokojný
- c) Nespokojný
- d) Veľmi nespokojný

7. Aké formy liečby alebo služieb ste Vy alebo člen rodiny s abúzom návykových látok, za ktorého dotazník vyplňujete využívali alebo využívate vo vzťahu k návykovým látkam?
(Môžete vybrať viaceré odpovede)
- a) Ambulantná starostlivosť (napr. praktický lekár, psychiatrická ambulancia)
 - b) Ústavná starostlivosť (napr. lôžkové oddelenie v nemocnici/centrách pre liečbu závislosti)
 - c) Lekárska starostlivosť (napr. lekárne)
 - d) Ošetrovateľská starostlivosť v zariadení sociálnej pomoci (napr. doliečovacie centrá)
 - e) Zdravotná starostlivosť v škole
 - f) Žiadnu
8. Ktorú z vyššie uvedených foriem liečby navštevujete Vy alebo člen rodiny s abúzom návykových látok, za ktorého dotazník vyplňujete vo vzťahu k návykovým látkam najčastejšie?
(Vyberte 1 odpoveď)
- a) Ambulantná starostlivosť (napr. praktický lekár, psychiatrická ambulancia)
 - b) Ústavná starostlivosť (napr. lôžkové oddelenie v nemocnici/centrách pre liečbu závislosti)
 - c) Lekárska starostlivosť (napr. lekárne)
 - d) Ošetrovateľská starostlivosť v zariadení sociálnej pomoci (napr. doliečovacie centrá)
 - e) Zdravotná starostlivosť v škole
 - f) Žiadnu
9. Existuje vo Vašom kraji Centrum pre liečbu drogovu závislosti (CPLDZ)? (Vyberte 1 odpoveď)
- a) Áno
 - b) Nie
 - c) Nevie
10. Čo je detoxifikačná liečba v súvislosti s návykovými látkami? (Vyberte 1 odpoveď)
- a) Proces, pri ktorom sa pacienti vystavujú ešte vyšším dávkam návykových látok, s cieľom "vyplaviť" existujúce závislosti z organizmu
 - b) Liečba abstinenčného syndrómu a predchádzanie jeho komplikáciám
 - c) Nový koncept, ktorý spočíva v nahradení škodlivých látok v tele novými, ešte škodlivejšími látkami, aby sa vytvorila umelá rezistencia voči závislosti
 - d) Nevie
11. Čo znamená terapeutická komunita v súvislosti s návykovými látkami? (Vyberte 1 odpoveď)
- a) Pobytová sociálna služba pre osoby závislé na návykových látkach, ktoré majú záujem sa znova začleniť do bežného života
 - b) Služba zameraná primárne na rozdávanie informačno-edukačných materiálov
 - c) Internetový poskytovateľ terapeutickú pomoci
 - d) Nevie
12. Akú hmotnú pomoc v súvislosti s návykovými látkami dostávate alebo ste dostávali Vy alebo člen rodiny s abúzom návykových látok, za ktorého dotazník vyplňujete?
(Môžete vybrať viaceré odpovede)
- a) Žiadnu
 - b) Finančnú podporu na liečbu
 - c) Podporu na terapiu alebo rehabilitáciu

- d) Podpora na dočasné bývanie
- e) Iné
- f) Nevie

13. Aké sú vaše skúsenosti so žiadosťou o hmotnú pomoc od štátnych programov, respektíve organizácií? (Vyberte 1 odpoveď)

- a) Žiadne skúsenosti
- b) Žiadal som, ale moja žiadosť bola zamietnutá
- c) Bola mi poskytnutá hmotná pomoc

14. Akú nehmotnú pomoc v súvislosti s návykovými látkami dostávate alebo ste dostávali Vy alebo člen rodiny s abúzom návykových látok, za ktorého dotazník vyplňujete?

(Môžete vybrať viaceré odpovede)

- a) Žiadnu
- b) Individuálne poradenstvo
- c) Skupinové terapie
- d) Telefonické alebo online linky na pomoc v krízových situáciách
- e) Iné
- f) Nevie

15. Aké sú Vaše skúsenosti so žiadosťou o nehmotnú pomoc od štátnych programov, respektíve organizácií? (Vyberte 1 odpoveď)

- a) Žiadne skúsenosti
- b) Žiadal som, ale moja žiadosť bola zamietnutá
- c) Bola mi poskytnutá nehmotná pomoc

Dodatočné informácie o respondentovi:

16. Pohlavie Vás alebo člena rodiny s abúzom návykových látok, za ktorého dotazník vyplňujete: (Vyberte 1 odpoveď)

- a) Muž
- b) Žena

17. Vek Vás alebo člena rodiny s abúzom návykových látok, za ktorého dotazník vyplňujete: (Vyberte 1 odpoveď)

- a) 10 – 19 rokov
- b) 20 – 29 rokov
- c) 30 – 39 rokov
- d) 40 – 49 rokov
- e) 50 a viac rokov

18. Súčasná sociálna situácia Vás alebo člena rodiny s abúzom návykových látok, za ktorého dotazník vyplňujete: (Vyberte 1 odpoveď)

- a) Žiak, študent
- b) Zamestnaný
- c) Nezamestnaný
- d) Rodič na materskej dovolenke

- e) Poberateľ invalidného dôchodku
- f) Dôchodca

19. Najvyššie ukončené vzdelanie Vás alebo člena rodiny s abúzom návykových látok, za ktorého dotazník vyplňujete: (Vyberte 1 odpoveď)

- a) Žiadne
- b) Základné
- c) Stredoškolské bez maturity
- d) Stredoškolské s maturitou
- e) Vysokoškolské 1. stupňa
- f) Vysokoškolské 2. stupňa
- g) Vysokoškolské 3. stupňa

20. Ako by ste ohodnotili finančnú stabilitu Vášho domáceho rozpočtu? (Vyberte 1 odpoveď)

- a) Veľmi nestabilná
- b) Nestabilná
- c) Priemerná
- d) Stabilná
- e) Veľmi stabilná

21. Z akej rodiny pochádzate Vy alebo člen rodiny s abúzom návykových látok, za ktorého dotazník vyplňujete? (Vyberte 1 odpoveď)

- a) Z úplnej (obaja rodičia)
- b) Z neúplnej (jeden rodič)
- c) Z doplnenej (jeden vlastný a jeden nevlastný rodič)
- d) Z náhradnej (adoptívni rodičia)

22. Vyrastali ste Vy alebo člen rodiny s abúzom návykových látok, za ktorého dotazník vyplňujete v rodinnom prostredí, v ktorom sa užívali návykové látky? (Vyberte 1 odpoveď)

- a) Áno
- b) Nie