

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Bakalářská práce

2023

Romana Pončíková

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Romana Pončíková

Prekážky resocializácie u užívateľov návykových látok

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Štěpán Žáček

2023

Prehlasujem, že som prácu vypracovala samostatne a že som všetky použité informačné zdroje uviedla v zozname literatúry.

V Olomouci dňa

.....

Romana Pončíková

Podakovanie

Moje podakovanie patrí predovšetkým môjmu vedúcemu práce Mgr. Štěpánovi Žáčkovi za odborné vedenie práce, cenné rady, ktoré mi poskytoval, a čas, ktorý mi pri konzultáciách venoval. Ďakujem tiež svojej rodine a kamarátom za podporu, ktorú mi počas celej doby štúdia prejavovali.

Obsah

Obsah.....	5
Úvod.....	7
1 Látkové závislosti.....	9
1.1 História	9
1.2 Delenie drog	9
1.2.1 Konopné látky	12
1.2.2 Halucinogény.....	12
1.2.3 Stimulačné látky	13
1.2.4 Opiáty	14
1.2.5 Prchavé látky	14
2 Drogová závislosť	15
2.1 Negatívne dopady látkovej závislosti.....	17
2.1.1 Zdravotné dopady	19
2.1.2 Sociálne dopady.....	19
2.1.3 Ekonomické dopady	20
3 Resocializácia.....	22
3.1 Resocializačný proces	22
3.1.1 Resocializačné služby v Českej republike.....	24
4 Možnosti liečenia	26
4.1 Prevencia	26
4.2 Terénna forma	27
4.3 Ambulantná forma.....	29
4.4 Pobytová forma	29
4.4.1 Detoxifikačné jednotky	29
4.4.2 Psychiatrická liečebňa	30
4.5 Terapeutická komunita	30

4.6 Zhrnutie	31
5 Úskalia spojené s resocializáciou drogovu závislých	32
5.1 Metodologická časť	32
5.1.1 Kvalitatívny výskum	33
5.1.2 Priebeh a realizácia výskumu	34
5.1.3 Metóda výberu respondentov	34
5.1.4 Etika výskumu	36
6 Výsledky výskumu	37
6.1 Motivácia k abstinencii a k liečeniu	37
6.2 Podpora pred, počas aj po liečení	39
6.3 Čo bolo najťažšie po návrate z liečby? Musel/a si niečo obetovať?	40
6.4 Čo alebo kto ti po návrate najviac pomohol?	42
6.5 Prečo nastal relaps? Čo by ti pred ním mohlo pomôcť?	42
6.6 Urobil/a by si teraz niečo inak?	44
Diskusia	46
Záver	49
Bibliografia	51
Anotácia	54

Úvod

Témou mojej bakalárskej práce je proces resocializácie u užívateľov návykových látok. Práca konkrétne skúma hlavné úskalia, príčiny a dôvody, prečo proces resocializácie po absolvovaní liečenia nebol úspešný. Zameriavam sa na konkrétne pocity, dojmy a poznatky ľudí, ktorí si prešli kvôli svojej závislosti liečením, a snažím sa zistiť, či sa medzi vybranou vzorkou ľudí nájdu zhody, či po absolvovaní liečby prechádzali rovnakými pocitmi, rovnakými myšlienkami a, naopak, čo vnímali ako najväčšiu motiváciu.

Tému bakalárskej práce som si zvolila hlavne z dôvodu môjho osobného záujmu o túto tému a všeobecne aj túto cieľovú skupinu. Počas môjho štúdia som mala možnosť skúsiť pracovať s rôznymi typmi cieľových skupín a osobne sa mi do hlavy dostala táto konkrétna cieľová skupina, s ktorou som mala možnosť prísť do kontaktu aj na svojej poslednej praxi, ktorá prebiehala v Nemecku. V Nemecku som s drogovou závislosťou pracovala dva mesiace každý deň a musím povedať, že to bola pre mňa najlepšia skúsenosť, v ktorej by som sa rada posúvala dopredu. Aktuálne som aj sama zamestnaná v centre pre drogovú závislosť, kde sa mi môj záujem o danú skupinu len potvrdil.

Preto aj písanie tejto bakalárskej práce je pre mňa veľkou motiváciou pre hlbšie pochopenie týchto ľudí. Chcela by som sa do Nemecka v priebehu pár rokov opäť vrátiť a pracovať v organizácii, kde som praxovala.

Svoju prácu som rozdelila na dve časti. V prvej časti sa venujem skôr teoretickému uchopeniu témy o drogovej závislosti, táto časť je skôr konceptuálnou časťou výskumu, ktorý spracúvam v druhej časti mojej bakalárskej práce.

Hlavným cieľom mojej bakalárskej práce je zistiť, aké sú hlavné úskalia pri resocializácii klientov, ktorí si prešli protidrogovým liečením. Snažím sa od týchto ľudí zistiť, čo bol pre nich najväčší problém po návrate z liečenia a aké „veci“ im pomáhali, alebo naopak, bránili pri návrate do bežného života. Myslím si, že tento cieľ je veľmi významný z hľadiska ďalšej práce s týmito ľuďmi. Keď zistíme, kde vidia títo ľudia hlavné problémy, myslím si, že bude pre nás ako spoločnosť, ale aj pre ostatné organizácie a štát jednoduchšie im vstup do „nového“ života uľahčiť a zároveň im v tom pomôcť a podporiť ich.

V úvodnej kapitole sa venujem drogám skôr zo všeobecného hľadiska. Rozdeľujem ich do kategórií a popisujem jednotlivé účinky drog. V ďalšej kapitole sa zameriavam na vznik závislostí. Snažím sa popísať príčiny a taktiež aj postupný vznik a dopady na život človeka. Zameriavam sa na psychické, zdravotné, ale aj sociálne dopady. V ďalšej kapitole sa dostávam k téme resocializácie. Popisujem, čo to vlastne resocializácia je, prečo je pre človeka dôležitá a na akom

princípe funguje. Zameriavam sa taktiež na to, čo je to resocializačný proces. Rovnako spomínam aj tému terapeutických komunít a dostupných resocializačných stredísk v Českej republike. Vo štvrtej kapitole rozoberám možnosti liečenia, ktoré sú v Českej republike pre drogovu závislých ľudí dostupné.

Vo výskumnej časti mojej bakalárskej práce som zvolila metódu kvalitatívneho výskumu. Spísala som si základné otázky, ktoré kladiem respondentom, a snažím sa od nich dozvedieť čo najviac pre mňa potrebných informácií. Myslím si, že mnou zvolená metóda je pre tento typ skupiny najvhodnejšia. Pri osobnom kontakte sa dokážu viac otvoriť, a tým pádom vhodne sformulovanými otázkami z nich dokážem získať čo najviac pre mňa dôležitých informácií.

Základná výskumná otázka, ktorú som si položila, znie: Aké úskalia vnímajú respondenti ako ťažké pri ich opätovnom vstupe do bežného života?

Po rozhovoroch s respondentmi hľadám spoločné znaky, rozdielne skúsenosti, názory a problémy, ktoré pri resocializácii u nich nastali.

1 Látkové závislosti

1.1 História

Drogy sú súčasťou našich životov už niekoľko tisícok rokov. Sprevádzali nás odjakživa, avšak až v priebehu rokov ľudia zistili, ako s týmito látkami narábať. Psychadelické látky sú látky, ktoré majú najstaršiu históriu. Tieto drogy boli väčšinou súčasťou rôznych rituálov, veštení a taktiež boli využívané aj k rôznym „komunikáciám“ s nebesami, ale aj s podsvetím a podobne. Aj konope je v spoločnosti už približne od doby 800 rokov pred Kristom. Využívané bolo prevažne v ajurvéde a indickej medicíne. Bolo využívané na pomerne veľa chorôb, s ktorými sa v tej dobe bojovalo, ako napríklad migréna alebo nespavosť. Ďalšími látkami, ktoré majú tiež dlhú minulosť, sú opiáty. „Rastlina radosti“, ako sa jej kedysi hovorilo, bola využívaná približne 6 000 rokov dozadu a šťava, ktorú z maku získali, bola využívaná ako liek na spánok a bola veľmi obľúbená. Ópium sa taktiež fajčilo a medzi jeho najznámejších „konzumentov“ radíme napríklad Pabla Picassa alebo Honoré de Balzaca. Ópium bolo známe hlavne v oblasti Číny. Kokaín pochádza z oblasti Kolumbie, Venezuely a Indonézie. Jeho užívanie datujeme až do roku 1500 rokov pred Kristom. Kokaín bol využívaný hlavne na dodanie nových síl ľuďom, ktorí boli vyčerpaní a mal „nasýtiť“ hladných (Kalina, 2003, s. 83 – 85).

Taktiež je na úvod je veľmi dôležité definovať pojem „droga“. Droga je istý typ látky, ktorý pôsobí na náš duševný/psychický, ale aj na náš fyzický stav. Konzumácia drog ovplyvňuje našu psychiku, naše správanie, ale rovnako aj naše pocity a náladu. Sú to teda primárne látky, od ktorých sa môžeme pomerne rýchlo stať závislými. Slovo „droga“ znamená aj liečivo sušeného rastlinného alebo živočíšneho pôvodu. „Droga“ pochádza pôvodne z holandského slova „droog“. To v preklade do slovenčiny znamená „sucho“ alebo „suchý“. Drogy sú všeobecne vnímané v spoločnosti ako zlé a neakceptovateľné látky. Isté výnimky, čo sa drog týka, však existujú v medicíne a sú využívané na lekárske účely. K tomu sa však dostanem o niečo nižšie. WHO definuje drogu ako „akúkoľvek látku, ktorá je vpravená do živého organizmu a môže zmeniť jednu alebo viacero jeho funkcií“ (WHO, 1969 [online]).

1.2 Delenie drog

Drogy ako také môžeme rozdeliť podľa viacerých kritérií. Môžeme ich rozdeliť podľa:

- 1) pôvodu (prírodné alebo umelo vytvorené látky),
- 2) prijateľnosti (legálne a nelegálne látky),
- 3) podľa miery účinku (stimulanty,...).

Na úvod by som sa najskôr zamerala na drogy spoločnosťou prijateľné/neprijateľné.

K legálnym (teda prijateľným) drogám radíme:

- a) alkohol,
- b) nikotín,
- c) lieky,
- d) tabak,
- e) kofeín.

Tieto drogy sú hlavne v západnom svete považované za legálne, avšak ich užívanie je povolené až od 18. rokov života. Z vlastných skúseností, ale aj zo svojho okolia vieme, že tento zákon nie je úplne funkčný a k alkoholu a nikotínu či tabaku sa dostávajú už oveľa mladšie deti. Ja osobne si myslím, že je to v dnešnej dobe celkom problém, pretože sa veľmi často stretávam v okolí s deťmi, ktoré ešte ani nedovŕšili 18 rokov a už sú závislé od cigariet. Veľký zástup má aj závislosť od alkoholu u mladistvých. Aj z hľadiska mnohých trestných činov u mladistvých je alkohol tou hlavnou príčinou. Rovnako sa potvrdilo, že zákaz podávania alkoholu mladistvým je neúčinný (Pavlovský a kol., 2009, s. 162). Alkohol je z pohľadu účinku radený medzi tlmivé látky. V malých množstvách nie je alkohol až taký nebezpečný. Na požívateľov má celkom uvoľňujúci účinok. S postupným pridávaním množstva však človek stráca koncentráciu a sebakontrolu. V tomto momente sa stáva už nebezpečný aj pre požívateľa, ale aj pre okolie. Je to látka, ktorá je takmer vo všetkých krajinách legálna od 18. roku života. Je radená medzi tlmivé drogy, čo znamená, že alkohol vlastne tlmí alebo spomaľuje životné funkcie. Znamená to, že máme narušené vnímanie a nie sme schopní rýchlo reagovať (Řekni ne drogám – řekni ano životu, 2019 [online]).

Myslím si, že veľa ľudí konzumuje alkohol za účelom odreagovania sa. Veľmi však záleží, v akom množstve človek túto legálnu drogu konzumuje. Pokiaľ človek vypije pohár vína alebo piva, môžeme hovoriť o tom, že sa „uvoľnil“. Pokiaľ však vypije viac, než je jeho telo schopné zvládnuť, stráca schopnosť koordinácie a všeobecného sebaovládania. Pri konzumácii väčšieho množstva alkoholu hrozí otrava organizmu, zvracanie alebo bezvedomie. V horšom prípade môže dôjsť ku kóme alebo až k smrti. Alkohol aj napriek svojim účinkom radíme medzi legálne drogy, aj keď by sme si mali brať príklad z iných štátov (aspoň v čase predaja alkoholu), ako je napríklad Severné Írsko. Tu platí, že v pohostinstvách sa môže alkohol počas týždňa a soboty podávať „len“ do 23:00 hod. V nedeľu už len do 22:00 hod. Podľa Českého statistického úradu bola v roku 2020 spotreba piva v ČR na jedného obyvateľa približne 139,9 litra. Víno sa pohybuje o trochu v nižších číslach. Spotreba na jedného človeka bola teda 19,8 litra. Liehoviny dosiahli „len“ 7 litrov na jedného človeka (ČSÚ, 2021 [online]).

Nelegálne látky sú väčšinou synonymom k slovu drogy. Môžeme ich rozdeliť na viacero kategórií. Patria k nim napríklad opiáty, heroín, amfetamín a jeho deriváty (speed, pervitín), kokaín, LSD (z nemeckého Lysergsäurediethylamid), extáza a taktiež aj marihuana a ďalšie konopné drogy.

Podľa vzniku delíme drogy na:

- a) prírodné: konope, ópium, psychoaktívne huby (lysohlávky), psychoaktívne rastliny (durman, mandragora),
- b) semisyntetické: morfium, heroín, LSD, kokaín, crack,
- c) syntetické: amfetamín a jeho deriváty, extáza (MDMA) + falošná extáza (PMA), rozpúšťadlá.

Podľa typu pôsobenia a chemického zloženia:

- a. tlmivé (morfium, heroín) – látky tlmiace bolesť,
- b. stimulačné (kokaín, crack) – látky prinášajúce slasť a eufóriu,
- c. halucinogénne (konope, LSD, extáza) – látky prinášajúce hlbší vhľad do ľudskej psychiky (Zábranský, 2003, s. 15).

K ďalším závislostiam, ktoré si do určitej miery taktiež nesú potrebu resocializácie, radíme oblasť nelátkových závislostí, ako napríklad:

- a) gambling
- b) workoholizmus,
- c) kleptománia,
- d) oniománia,
- e) stalking,
- f) hypersexualita.

Všetky vyššie spomenuté typy nelátkových závislostí sa rovnako prejavujú závislostným správaním, ako aj látkové závislosti. Rozdiel, ktorý vzniká medzi látkovou a nelátkovou závislosťou, je, že pri nelátkovej závislosti si človek neaplikuje „drogu“ do tela. Človek je závislý od istého správania (ako napríklad nadmerné pracovanie) alebo od istej „veci“, ako napríklad nadmerné hranie počítačových hier a podobne.

Ďalej by som sa zamerala na nelegálne látkové závislosti (teda spoločnosťou neprijateľné), ktoré sú jednou z hlavných tém mojej bakalárskej práce.

1.2.1 Konopné látky

Konopné látky, alebo tiež konopné drogy, existujú v spoločnosti odpradáva. Používali sa prevažne na lekárske účely a taktiež boli súčasťou rôznych šamanských rituálov. Počiatky konope na našom území sa datujú do 50. rokov. V bývalom Československu sa konope šľachtilo a pestovalo hlavne na južnom Slovensku. Následne bolo v roku 1988 zakázané (Miovský, 2008, s. 80).

Konope je jedna z najrozšírenejších drog po celom svete. Vo väčšine krajín je však jej užívanie zakázané. Výnimkou nie je ani Slovensko. V Českej republike je povolené isté množstvo pre vlastnú potrebu. To znamená, že je zakázaná distribúcia a iné obchodovanie s konope. Konope môžeme však rozdeliť na dve skupiny:

- a) marihuana,
- b) technické konope.

V Českej republike je zakázané pestovať konope, ktoré obsahuje viac ako 1 % THC. Je teda možné, že si doma človek môže nejakú rastlinu nasadiť, avšak počet nesmie prekročiť 5 rastlín na osobu. Pokiaľ človek nedovolené alebo neoprávnene prechováva malé množstvo konope pre vlastnú potrebu, hrozí mu pokuta až do 15 000 korún českých.

Aktuálne sa stretávame s rôznymi modifikáciami účinnej látky, následkom čoho je tento produkt legálny (CBD, HAHA,...). To má, samozrejme, vplyv na dostupnosť, vnímanie drogy a mieru jej užívania.

Pri marihuane sa stretávame s dvoma skupinami ľudí. Jedna skupina si marihuanu zastáva a tvrdí, že má liečivé účinky, čo sa už aj v mnohých prípadoch potvrdilo. Marihuana pomáha napríklad pri skleróze multiplex, schyzofrénii, depresii a podobne. Je však dôležité si uvedomiť, že na každého má marihuana iný účinok. Niekomu môže pomôcť, inému zas nie. Za riziká pri užívaní tu však môžeme považovať: úrazy alebo dopravné nehody pod vplyvom, riziko rozvinutia psychickej poruchy, zníženú pozornosť, krátkodobú pamäť, nutkanie skúsiť aj iné drogy.

1.2.2 Halucinogény

Názov „halucinogén“ vznikol v roku 1954. Pomenovali ho psychiatri Humphry Osmond, John Raymond Smythies a Abram Hoffer. Halucinogény, podobne ako aj konopné látky, majú pomerne dlhú minulosť užívania. Využívali sa hlavne v zdravotníctve a v náboženstvách po celom svete. V polovici 20. storočia sa halucinogény pozorovali hlavne kvôli liečebným praktikám. Boli skúšané ako liek na depresie, posttraumatické stresové poruchy, obsedantno- kompulzívne poruchy a

taktiež aj na alkoholizmus. Rovnako boli používané (lysohlávky a meskalin) pri výsluchoch tajných služieb alebo armád (In Ševela, Ševčík a kol., 2011, s. 261).

K halucinogénom môžeme radiť drogy typu LSD (inak nazývaný trip), mekalin, PCP (anjelský prach), MDMA (extáza) a, samozrejme, už vyššie spomínané lysohlávky. Spoločne s muchotrávkou červenou a panterovou sa radia medzi rastlinné (alebo prírodné) halucinogény. Po konzumácii jedného z halucinogénov nastávajú v ľudskom tele isté zmeny. Vnímanie človeka a okolia sa veľmi zmení. Zrazu sa zdá všetko pomalšie, farebnejšie a daný človek sa takpovediac „vznáša“ (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 217).

Jedinec teda prežíva halucinácie, ktoré nemusia byť pre každého zrovna príjemné. Po odznení spomínaných stavov prichádza, rovnako ako aj po alkohole, opica alebo dojazd. V niektorých prípadoch môže ísť o lepší priebeh, avšak pri jedincoch so slabšou psychikou môže nastať takzvaný „bad trip“. U jedinca, ktorý prichádza do styku s halucinogénmi dennodenne, sa vyvíja závislosť od danej látky a dochádza k celkovému skresleniu reality. V tomto prípade je to celkom riziko, pretože tým, že má človek zmenený pohľad na svet, hrozí, že u neho môže nastať akútna intoxikácia alebo toxická psychóza.

K halucinogénom sa viaže taktiež množstvo zdravotných problémov, ako napríklad rozvoj (pováčšine skrytej) duševnej poruchy, halucinácie vedúce až k „horor tripu“, depresii alebo k úzkosti.

1.2.3 Stimulačné látky

Medzi najznámejšie stimulačné drogy môžeme zaradiť napríklad pervitín alebo kokaín. Pervitín môžeme inak nazvať aj metamfetamín. Je to vlastne biela látka, najčastejšie vo forme prášku alebo kryštálov. Spôsoby užívania sú rôzne. Môžeme ho šnúpať, fajčiť, ale aj užívať injekčne. Závislosť od tejto drogy vzniká pomerne rýchlo.

Pri pervitíne sú najväčšie zdravotné riziká spojené s injekčným užívaním. Hrozí tu prenos infekčných chorôb, predovšetkým hepatitídy typu C alebo HIV (Hajný, 2001 [online]).

Pokiaľ sa jednotlivé choroby neliečia, je tu veľká pravdepodobnosť zdravotných komplikácií. Kokaín môžeme tiež vidieť vo forme bieleho prášku alebo kryštálu. V kryštalickej forme ide o takzvaný „crack“. Kokaín je získavaný z listov rastliny nazývanej „koka“. Pôvodne sa kokaín používal na tlmenie bolesti. V minulosti bol dosť frekvencovanou drogou, napríklad vo vojnách za účelom „bdelosti“ vojakov. V dnešnej dobe je kokaín pomerne drahý (pohybuje sa približne od 3 000 korún českých a viac), tým pádom ho môžeme nazývať aj drogou „bohatých“.

1.2.4 Opiáty

Opiáty, alebo aj opioidy, patria k najstarším liekom, ktoré boli využívané pri tlmení a liečení bolestí. Prvá zmienka o týchto liekoch pochádza z obdobia Mezopotámie z rokov 8000 až 5000 pred našim letopočtom. Maková šťava bola prvým liekom, ktorý bol využívaný prevažne obchodníkmi zo Sýrie. Samozrejme, aj Gréci vedeli, aké má tento liek účinky. Rozlišovali však medzi šťavou z makovíc zvanou meconium a mliečnou šťavou nazývanou opos. Zo slova „opos“ práve vzniklo nám už známe slovo ópium (Hakl, Ševčík, 2013 [online]).

Opiáty patria k omamným a návykovým látkam, ktoré sú určené na tlmenie bolesti. V dnešnej dobe sa používajú hlavne v nemocniciach na liečbu bolesti (prevažne po operácii). Opiáty nie sú voľne dostupné a ich zneužívanie je trestné. Nájdeme ich v rôznych formách, ako napríklad: náplasti, injekcie alebo aj tabletky. Rovnako, ako aj inými liekmi na predpis, aj opiátmi sa dokáže človek intoxikovať. Klasickými častými príznakmi intoxikácie sú: kóma, poruchy stavu vedomia, znížená dychová frekvencia. Kŕče a hypotermia sú menej častými príznakmi (Zadák, Havel a kol., 2017, s. 367).

Heroín patrí do skupiny opiátov. Sú to teda látky skôr tlmivé, takže by sa mohlo zdať, že človek je po aplikácii pokojný a utlmený. Heroín sa dá užívať rôznymi spôsobmi: fajčenie, šňupanie, ale aj injekčné užívanie. S tým je opäť spojené riziko infekčných chorôb. Najväčším rizikom, ktoré tu vzniká, je predávkovanie. Od heroínu môže byť človek závislý už po krátkom užívaní. Heroín je z môjho pohľadu jedna z najhorších drog, ktoré sú vôbec v obehu. S dlhodobjším užívaním taktiež vzniká veľké riziko predávkovania. Abstinenčné príznaky pri tomto type drogy sú predovšetkým: nespavosť, depresia, kolísajúca náladovosť a predovšetkým silná túžba po droge (Hajný, 2001 [online]).

1.2.5 Prchavé látky

Ďalšou skupinou drog sú prchavé látky. Pri prchavých látkach, ako napríklad toluén, vulkan alebo benzín, sú zdravotné riziká viac než zjavné. Užívateľ si po istej dobe naruší sliznicu, dýchací aparát a rovnako si môže narušiť mozog alebo srdcový sval. Rovnako, ako aj pri heroíne hrozí vyššie riziko predávkovania sa, ktoré vedie v horších prípadoch až k smrti (Hajný, 2001 [online]).

2 Drogová závislosť

Vznik závislosti od drogy je veľmi individuálny a špecifický proces, ktorý sa odráža od mnohých kritérií. Každý človek má inú mieru schopnosti odolávať rôznym látkam v rôznych množstvách. Pokiaľ je „niekto“ od „niečoho“ závislý, chápeme to ako stav, kedy nedokáže bez danej veci alebo látky dlhšiu dobu alebo vôbec vydržať. Samozrejme, závislosť si môže človek vybudovať nielen od drog, ale aj od práce, konkrétneho človeka a podobne.

Závislosť rozdeľujeme na:

- 1) látkovú (drogy, alkohol, tabak,...),
- 2) nelátkovú (gamblerstvo, kleptománia, workoholizmus, stalking).

V prípade drog, či už legálnych, alebo nelegálnych, je to pomerne jednoduchý proces. Ľudia vyhľadávajú drogy z nejakého dôvodu. Medzi najklasickejšie dôvody radíme: nuda, únik pred stereotypom, trápenie v živote a následné nezvládnutie situácie, snahu o pozornosť medzi kolektívom alebo jednoducho zvedavosť. Pokiaľ sa človek raz stane závislým, je len malá pravdepodobnosť, že si dokáže pomôcť sám.

„Pojem drogová závislosť se v naší odborné literatuře postupně vžil a obecně používá. Obsahem tohoto pojmu je skutečnost, že mezi drogou a člověkem vznikl vztah závislosti. Jde o specifický vztah závislosti mezi člověkem a farmakologicky účinnou látkou“ (In Hokeš, 1978, s. 18 [online]).

Podľa definície National Institute on Drug Abuse je drogová závislosť (tiež nazývaná aj toxikománia) definovaná ako chronická, recidivujúca porucha, pre ktorú je charakteristické nutkavé vyhľadávanie a užívanie drogy aj napriek negatívnym dôsledkom. Považuje sa za chorobu mozgu, pretože zahŕňa funkčné zmeny mozgových okruhov. Tieto okruhy sa podieľajú na odmeňovaní, strese a sebakontrola. Zmeny v mozgu človeka trvajú aj dlhú dobu po tom, čo človek s drogami skončí úplne (NIDA, 2020 [online]).

Charakteristickým znakom je veľká túžba po droge, odhliadnuc od toho, ako si ju človek zadováži. Tu nastáva mnoho nebezpečných situácií, do ktorých sa človek môže dostať.

Závislosť je:

- A. psychická (neustále myslenie na danú drogu),
- B. fyzická (abstinénčné príznaky).

Rozlišovanie medzi týmito dvoma typmi závislosti je pomerne zložité. Vyvíjajú sa totiž zároveň. Na niektorých látkach prakticky nevzniká fyzická závislosť.

Napríklad pri pervitíne ide skôr o psychickú závislosť. Samotná účinná látka sa nestáva súčasťou metabolického procesu na rozdiel od alkoholu alebo heroínu. V Českej republike sa s drogovou závislosťou stretávajú hlavne mladé osoby (75 %). Najrizikovejším obdobím je vek medzi 15 až 25 rokmi (Štefan, Mach, 2005, s. 175).

Užívatelia návykových látok (alebo aj ne-látok) sú ohrození rôznymi rizikami, ako napríklad zdravotnými, psychickými, ale aj sociálnymi, ktoré vedú k „nutnosti“ podstúpiť liečbu a následný proces resocializácie. Tieto riziká sa veľmi často stávajú prekážkou tejto resocializácie. Môže ísť o trestnú činnosť pri užívateloch pervitínu alebo heroínu, zníženie intelektuálnych schopností pri užívateloch toluénu, zadlženosť alebo exekúcie u gamblerov alebo u nákupných maniakov. Pri injekčných užívateloch je zvýšené riziko hepatitídy typu C alebo rôznych iných prenosných infekčných chorôb.

Príčin rozvoja drogovej závislosti je veľa, či už ide o adolescenta, alebo dospelého človeka. Pri mladších ľuďoch by som sa skôr na túto problematiku pozrela zo strany „prežitku a zážitku“. Myslím si, že v mladosti veľa mladých ľudí rado skúša a objavuje „nové“ veci. Chcú sa zapáčiť v partii a sú ochotní pre to spraviť čokoľvek. Rovnako to však môžeme pripísať problémom v rodine, v škole alebo celkovému vzdorovému správaniu.

Rozvoj drogovej závislosti môžeme rozdeliť do štyroch štádií:

1. rekreačný užívateľ (experimentátor),
2. pravidelný užívateľ,
3. rizikové užívanie,
4. závislosť (Staff, 2009 [online]).

V prvej fáze je užívanie drog akýmsi odreagovaním alebo únikom od okolitého sveta. Užívateľ je presvedčený o tom, že užívanie drog má pod kontrolou, nič sa mu nemôže stať a je presvedčený, že vie, kedy má dosť. Medzi drogy, ktoré sa väčšinou užívajú rekreačne, patria: extáza, MDMA, MDA, hašiš, kokaín a pod. Jedinci užívajú drogy dobrovoľne, aby si navodili pocity podobné edgeworkovým aktivitám. Hranica „edge“ je určená na to, aby si navodili vytúžené pocity, ale zároveň aby sa od drogy nestali závislými alebo aby nedošlo k predávkovaniu (Buriánek, Richter, 2020, s. 194). Títo užívatelia sa volajú aj „víkendoví“ užívatelia a v ich prípade ide skôr o experimentovanie.

Z víkendových užívateľov sa však postupne stávajú pravidelní užívatelia. Dostávame sa teda do druhého štádia. V tomto štádiu nie je podmienkou to, že sa z užívateľov stanú závislí. Samozrejme, niektorí ľudia budú schopní s drogou prestať sami. Avšak hlavným problémom v tomto štádiu sa stáva zneužívanie návykových látok. Stúpa riziko toho, že užívateľ bude jazdiť

napríklad pod vplyvom alkoholu a ohrozovať okolie alebo seba. Užívateľ môže tiež začať byť z nepochopiteľných dôvodov násilný a môžu sa u neho prejavovať prvé známky depresie a úzkosti (Staff, 2009 [online]).

Tretiu fázu môžeme definovať ako veľmi tenkú hranicu medzi pravidelným užívaním a rizikovým užívaním. Prekročenie tejto hranice nastáva, keď užívateľ berie drogy aj napriek tomu, aké to má na jeho život sociálne a právne dôsledky. Experimentovanie a „občasný“ únik zo sveta sa zrazu mení na vážnejšie problémy. Pokiaľ sa človek do tohto štádia dostane, začnú sa u neho prejavovať varovné príznaky, ako sú napríklad craving, posadnutosť drogou, príznaky depresie, podráždenosť a únava, pokiaľ človek drogu neužíva (Staff, 2009 [online]).

Štvrtú fázu môžeme nazvať drogovou závislosťou. Táto závislosť je už často fyzická. Charakteristickým znakom sú abstinénne príznaky a nutkanie aplikovať si drogu. Závislý človek si drogu aplikuje aj napriek závažným negatívnym dôsledkom, ktoré spolu s užívaním prichádzajú. Ide hlavne o psychické a fyzické zdravie, financie, zamestnanie a taktiež aj register trestov (Staff, 2009 [online]).

Abstinénny syndróm je stav, ktorý nastáva po prerušení alebo dlhodobom neužívaní psychoaktívnej látky. Prejavuje sa hlavne nepríjemnými pocitmi, ako sú napríklad: tras končatín, bolesti hlavy, agresia, nervozita, nepokoj, nevoľnosť, mierna úzkosť, zrýchlený tep alebo halucinácie. Delirium tremens je najťažšou formou odvykacieho stavu. Prejavuje sa poruchami vedomia, dezorientáciou alebo bludmi s paranoidným obsahom. Najhoršie sa prejavuje v noci. Pre delirium tremens je typická inverzia spánku. Inverzia spánku sa vyznačuje spánkom počas dňa a, naopak, nespavosťou v noci. Je to najťažšia forma odvykacieho stavu (Kalina a kol., 2015, s. 53).

2.1 Negatívne dopady látkovej závislosti

Je zrejmé, že s dlhodobým užívaním drog prichádzajú aj dopady, ktoré sú z veľkej časti len negatívne. Tieto dopady neovplyvňujú len daného človeka, ale aj jeho rodinu a celú spoločnosť. U dlhodobo závislých ľudí sa začína postupom času meniť psychika, pohľad na okolitý svet, správanie, zvyšuje sa stres, začína častejšia porucha pamäte atď. Najhorším dopadom, ktorý, žiaľ, tiež často nastáva, je predávkovanie a následná smrť.

Termín Harm Reduction, s ktorým sa v prípade závislostí stretávame veľmi často, je slovo, ktoré doslova znamená „znižovanie poškodenia/škôd“. Používa sa v rôznych slovných spojeniach, ako: HR ako jeden z pilierov protidrogovej politiky, HR ako program na výmenu ihlíc a iného materiálu k bezpečnému užívaniu alebo HR ako priama intervencia smerovaná ku klientovi. HR sa taktiež zameriava na znižovanie prenosu infekčných chorôb, ako je napríklad AIDS, HIV

(Kalina, 2008, s. 100). Rovnako môžeme o HR hovoriť aj v prípadoch HCV alebo napríklad syfilisu v rámci ochrany.

Spojenie Harm Reduction je v Českej republike už pomerne dlhú dobu zaužívané. Do češtiny sa z mojich skúseností vôbec neprekladá, skôr len pre prípad dovysvetlenia daného pojmu. Tento prístup vznikol pôvodne z anglického pojmu „public health“, teda ochrana verejného zdravia. Hlavným rozdielom medzi „public health“ a Harm Reduction je ten, že „public health“ sa zameriava všeobecne na zdravie celej spoločnosti, zatiaľ čo Harm Reduction je skôr individuálny prístup.

Zásady, ktoré Harm Reduction zastáva, sú ochrana verejného zdravia a ľudských práv. Sústreďuje sa hlavne na pomenovanie rizík, ktoré sú s drogami spojené, a na následné dopady, ktoré pri závislosti vznikajú.

Myslím si, že najlepším riešením, ako týmto dopadom predchádzať, je prevencia, ktorá by hlavne v primárnej prevencii mala byť najintenzívnejšia.

Medzi najčastejšími bariérami pri danej cieľovej skupine, ktoré však môžu byť súčasne aj príčinou a dôsledkom, sú:

1. nezamestnanosť,
2. rozpad rodiny a sociálna izolácia,
3. pobyt v ústave alebo vo väzení,
4. psychické problémy,
5. infekčné (a iné) choroby,
6. finančné zadĺženie,
7. delikvencia a agresivita.

Všetky tieto dopady, ktoré som vyššie spomenula, sú väčšinou na seba naviazané a súvisia spolu.

V Českej republike je drogová problematika závažným problémom verejného zdravia. Taktiež je veľkou a zbytočnou záťažou pre spoločnosť, rodiny, školstvo, zdravotníctvo, políciu, ale aj ekonomiku. Celoštátne sledovanie, ale aj medzinárodné štúdie potvrdili, že aj napriek obrovskej snahe štátu sa situácia ohľadom drogovej problematiky vrátane všetkých zdravotných a sociálnych dopadov nezlepšuje (Hamplová, 2019, s. 35).

Dopady drogovej závislosti môžeme rozdeliť do troch skupín:

- a) zdravotné,
- b) sociálne,
- c) ekonomické.

2.1.1 Zdravotné dopady

Zdravie je oblasť života, ktorá je látkovou závislosťou postihovaná najviac. Pri pravidelnom (nadmernom) aplikovaní drogy postupne dochádza k veľkému zástupu zdravotných problémov. V Českej republike existuje systém starostlivosti o užívateľov drog. Tento systém je zložený z programov a služieb, ktoré sú na seba navzájom naviazané a snažia sa užívateľom drog prispôsobiť podľa ich vlastných potrieb. Môžeme sem zaradiť užívateľov, ktorí s drogami ešte nemajú veľa skúseností, cez aktívnych dlhodobých užívateľov až po ľudí, ktorí sú už na ceste k normálnemu životu bez drog. Do tohto systému spadajú napríklad: terénne služby a nízkoprahové zariadenia, ambulantná starostlivosť, detoxifikácia, ale napríklad aj terapeutické komunity a psychiatrické ambulancie. Jednotlivým službám a ich bližšiemu popisu sa budem venovať v inej kapitole.

Zdravotné problémy môžeme rozdeliť do dvoch kategórií podľa spôsobu aplikácie drogy.

a) Riziká užívania drog inhaláciou (fajčením):

- nádory (dýchacej, tráviacej, vylučovacej a pohlavnej sústavy),
- zápaly priedušiek (v niektorých prípadoch chronické), zvýšené riziko emfyzému pľúc,
- časté infekcie dýchacej sústavy,
- porucha obranyschopnosti pľúc.

b) Riziká užívania drog injekčnou aplikáciou:

- vyššia pravdepodobnosť predávkovania sa (kontrakcia látky rastie rýchlejšie),
- vyššia pravdepodobnosť infekčných chorôb (obzvlášť HBV, HCV, HIV a podobne),
- zápal alebo hnisavé ložiská v mieste vpichu,
- nepriechodnosť a zápaly ciev, opuchy končatín, vredy,
- pľúcna embólia,
- možná otrava spôsobená rôznymi zmesami, ktoré boli primiešané pri procese výroby drog (fosfor, jód) (Hamplová, 2019, s. 40).

2.1.2 Sociálne dopady

Podľa môjho názoru je veľmi ťažké určiť, ktorý dopad alebo dôsledok užívania drog je pre človeka najhorší. Sociálna sféra života človeka je jednou z najdôležitejších.

Vzťahy, rodina, práca a kamaráti sú dôležitou súčasťou života každého človeka. V dôsledku závislosti sa medzi nimi pretrhávajú kontakty, viazne alebo úplne skončí komunikácia, alebo sa jednoducho rodina od závislého človeka dištancuje. Ďalej sú to partnerské vzťahy, ktoré závislosť jedného (alebo oboch) z partnerov môže zasiahnuť. Je jasné, že pokiaľ je vo vzťahu jeden závislý a ten druhý nie je, partner – neužívateľ, to časom prestane zvládať a bude chcieť od neho odísť. Samozrejme, oveľa horší prípad je ten, kedy sú partneri obaja závislí. O to väčšiu úlohu v tomto prípade zohrávajú deti. Vo väčšine prípadov, kedy sú rodičia závislí, zasahuje OSPOD. Od hádok sa potom postupne dostanú až k následnému rozvodu/rozchodu s partnerom/kou.

V dôsledku závislosti však človek môže prísť o prácu. Väčšinou je to svojím vlastným pričinením (nedochvilnosť, neschopnosť vykonávať danú prácu a podobne) alebo rovnako môže ísť aj o výpoveď zo strany zamestnávateľa z rôznych dôvodov, ako znižovanie kapacity, krach firmy alebo nespokojnosť s odvedenou prácou. Človek, ktorý stratil rodinu, kamarátov, deti a aj prácu, sa začne pohybovať medzi ľuďmi, ktorí sú na tom rovnako alebo aspoň podobne. Po istej dobe bez peňazí príde o strechu nad hlavou a stáva sa z neho človek bez domova. Lúpeže, prepadnutia a podobné menšie trestné činy sa začnú stávať bežnou súčasťou ich dňa. Nájdu si opustenú budovu (prezývanú „squat“), kde bývajú sami (popríklad s ľuďmi v rovnakej situácii). Začnú upadať nielen mentálne, ale aj fyzicky. To, čo bolo pre nich dovtedy bežnou súčasťou dňa, sa rapídne mení a ich deň zrazu vyzerá úplne inak.

Keď sa zameriam na ženské pohlavie, tu hrozí (a v mnohých prípadoch je aj úplne bežné), že ženy začnú v dôsledku všetkých týchto aspektov predávať samy seba. Prostitúcia je pre ženy jedným z najľahších spôsobov, ako získať drogu. Medzi týmito ľuďmi je vyššie percento samovrážd alebo aspoň pokusov o samovraždu, či už v dôsledku momentálneho účinku látky (majú pocit, že môžu lietieť), alebo preto, že nevidia iné východisko zo svojej nie úplne dobrej životnej situácie (Substitučná liečba, nedátované [online]).

2.1.3 Ekonomické dopady

Ekonomické dopady môžeme sledovať v dvoch rovinách. Ako prvá by bola rovina dopadov na svoje osobné financie, popríklad financie rodinných príslušníkov. V druhej rovine by sme mohli hovoriť o dopadoch drogovej závislosti na verejné financie. Pre užívateľov drog je nemožné platiť alebo financovať si svoju závislosť z legálnych zdrojov. V tomto prípade začínajú rôzne lúpeže či iné menšie trestné činy. Postupne sa však z týchto „menších“ deliktov môžu stať väčšie a väčšie, pričom je veľká pravdepodobnosť, že postupom času sa dostanú za tieto delikty až do väzenia.

Vo väčšine prípadov sú drogovzo závislí ľudia schopní pre to, aby získali svoju pravidelnú dávku, urobiť čokoľvek. V praxi to znamená, že na ulici nepoznajú „brata“ a idú až za svoje vlastné hranice.

Všeobecne sa na protidrogovú politiku vynakladajú obrovské financie. Zasahujeme tu nielen do lekárskej starostlivosti pre týchto ľudí, ale veľké financie sú vynaložené aj na prevenciu. Dlhodobý zdravotný stav závislých ľudí sa zhoršuje a ich potreby lekárskej starostlivosti rastú.

3 Resocializácia

Každej resocializácii predchádza socializácia. Podľa Nakonečného môžeme socializáciu môžeme popísať ako postupnú premenu biologického tvora na spoločenskú bytosť (In Reichel, 2008, s. 157). Socializáciou si prechádza od narodenia každý človek. Každý človek sa postupne učí bežným, zabehnutým veciam, ktoré sú spoločnosťou vnímané ako potrebné a dôležité. K resocializácii dochádza, keď jednotlivec tieto bežné, „zabehnuté“ veci zabudne alebo sa ich vplyvom životného štýlu odnaučí, prípadne ich stratí.

Resocializácia predstavuje proces, v priebehu ktorého dochádza u človeka k sociálnym zmenám. Pomocou resocializácie sa človek snaží prispôbiť životu a fungovaniu v spoločnosti alebo komunite. Keď sa zameriame na pojem „resocializácia“ v užšom zmysle, ide o proces transformácie identity. V tomto procese sa človek učí novú rolu. Snaží sa však súbežne odučiť niektoré stránky tých starých rolí. Resocializácia sa najčastejšie vyskytuje v situácii, kedy by mal človek prijať nový „status“. Môže ísť o status dospelosti, ale aj o status výstupu z väzenia (Průcha, Veteška, 2014, s. 235).

Resocializácia je dlhý a veľmi náročný proces, ktorým si prejde človek, ktorý sa chce zo závislosti liečiť. Tento proces nie je vôbec jednoduchý. Dôležité na samom začiatku je, aby si klient priznal svoju závislosť a uvedomil si riziká, ktoré sú s ňou spojené.

3.1 Resocializačný proces

Podľa Klubertovej (Klubertová, 2014, s. 256 – 257 [online]) sú na začiatku tohto procesu veľmi dôležité terapeutické sedenia, ktorých by sa v lepšom prípade mal klient pravidelne zúčastňovať. Terapeut si musí najskôr uvedomiť, že nie je dôležité, aby spoznal klientovu diagnózu, ale dať mu potrebnú motiváciu k zmene života a celkového životného štýlu. Drogovo závislí potrebujú hlavne dávku empatie a akceptácie. Pokiaľ si klient a terapeut vytvoria medzi sebou príjemný, akceptujúci a empatický vzťah, je to dobrý začiatok dôvery v ich vzájomnom vzťahu. Terapeut si taktiež musí nastaviť tempo, ktoré je vhodné pre klienta. Nemôže ho do niečoho príliš tlačiť, rovnako nemôže byť príliš pomalý. Tempo si nastavuje klient.

Pri užívaní drog klienti „strácajú“ pocit zodpovednosti nielen voči sebe, ale aj voči okoliu. „Problém“, ktorý majú, vnímajú, že ide mimo nich a pocity opisujú ako neprítomné a nie rozoznateľné. Verbalizujú rozpory, ale tie nie sú rozpoznané. Je to signál, že o zmene aspoň uvažujú, aj keď ju zároveň odmietajú. Tu by mal terapeut klienta o to viac podporiť, aby do tej zmeny išiel aj napriek náročnosti celého procesu. Metóda, ktorá sa často používa, je vytvoriť

(poprípade napísať) si zoznam strát a ziskov, ktoré by klient dosiahol v prípade zmeny. Pokiaľ na tomto zozname pracuje sám, je väčšia pravdepodobnosť uvedomenia si situácie a prijme to za svoje. Klient je expertom na svoju vlastnú situáciu a on sám najlepšie vie, čo je pre neho dobré, čo zlé a čo potrebuje. Terapeut by si mal všímať nielen klientovu komunikáciu, ale aj to, ako sa správa a čo robí.

Terapeut ďalej klientovi pomáha zvládať (pokiaľ možno predchádzať) záťažové situácie, pri ktorých je zaťažovaná klientova psychická a fyzická zdatnosť.

Resocializácia je ovplyvňovaná pomerne mnohými faktormi. Môžeme ich rozdeliť na vonkajšie a vnútorné. K vnútorným patrí schopnosť človeka adaptovať sa na sociálnu zmenu, čo obnáša adaptáciu na novú rolu, ktorú bude zastávať, a na nároky, ktoré daná rola so sebou prináša. K vonkajším faktorom patrí miera odlišnosti nového prostredia od prvého a nové prostredie (nová sociálna skupina, vzťah k novej osobe,...). O resocializáciu sa snažíme hlavne u ľudí, ktorí sa stali sociálne vylúčení. Toto vylúčenie definujeme ako stav, kedy sa osoba nepodieľa na sociálnom, ekonomickom ani politickom živote v spoločnosti. Potrebu resocializácie môžeme rozdeliť do dvoch skupín. V prvom prípade ide o to, že u niektorých ľudí prebiehala už primárna socializácia problémovo. Títo ľudia nie sú schopní v spoločnosťou stanovených podmienkach fungovať a je potrebné im pri tom pomôcť už spomínanou resocializáciou. Druhým prípadom je, že u ľudí socializácia prebiehala bez problémov, avšak vplyvom nejakej zlej alebo nepriaznivej životnej situácie bola táto socializácia prerušená. Prišli o sociálnu orientáciu a oni sami nie sú schopní sa v tej chvíli prispôbiť životu v spoločnosti. Práve tieto osoby potrebujú značnú dávku podpory, pomoci, ale aj starostlivosti.

Resocializácia môže prebiehať v rôznych formách. Ide napríklad o schôdze komunity, kde si jednotliví členovia rozdeľujú úlohy alebo sa riešia problémy, ktoré v skupine mohli nastať. Ďalej ide o skupinovú terapiu, kde jednotliví terapeuti využívajú svoje terapeutické programy. Snažia sa o to, aby mali klienti pocit, že ich terapeuti naozaj vedú k návratu do spoločnosti a nie len k ďalšiemu tápaniu a strácaniu podstaty života v spoločnosti. Individuálna terapia je pri procese resocializácie veľmi dôležitá. Základom je terapeutický rozhovor ako forma rozvinutej komunikácie klienta a terapeuta. Pracovná terapia je tiež súčasťou tohto procesu. Aktívna účasť klientov na pracovných činnostiach je spôsobom vytvárania spoločensky uznávaných návykov a zručností. V rámci každodenného režimu je presne stanovený čas na prácu, čo vedie klientov k tomu, aby si uvedomili, že práca je nevyhnutnou súčasťou každodenných povinností. Ako najdôležitejšie pri procese resocializácie vnímam osobné voľno. Vedieť správne využiť osobný voľný čas je skutočným umením. Klienti sa teda učia investovať energiu do činností, ktoré im robia radosť a ktoré ich bavia. Je to čas, na ktorý majú klienti právo, ale snahou terapeutického

prostredia je kontrola toho, ako ho klienti konkrétne trávajú. Resocializácia sa môže stať začarovaným kruhom. Pokiaľ si daná osoba nenájde zamestnanie, nemá peniaze na ubytovanie a nemôže uspokojiť svoje základné životné potreby. Pokiaľ táto osoba nemá peniaze, môže sa opätovne vrátiť ku kriminálnej minulosti alebo k užívaniu návykových látok.

3.1.1 Resocializačné služby v Českej republike

V Českej republike existuje niekoľko služieb, ktoré pomáhajú aj po liečení ľuďom správne sa zaradiť do života. Sú to služby rôzneho zamerania. Hlavnými činnosťami týchto služieb sú napríklad: sprostredkovanie kontaktu so spoločenským prostredím, pomoc pri uplatňovaní rôznych práv, sociálne terapeutické činnosti a hľadanie vhodného bývania a práce. Služby následnej starostlivosti nemusia zákonite prebiehať po liečení. Môžu prebiehať už počas ústavnej alebo psychiatrickej liečby. Súčasťou následnej starostlivosti sú krátke, ale opakujúce sa terapie, práca s rodinou (dôležitá aj preto, aby rodina vedela ďalej so závislým človekom pracovať), ale aj individuálne poradenstvo. Následná starostlivosť je bezplatná pre všetkých užívateľov.

Myslím si, že tento typ pomoci je veľmi dôležitý. Ľudia, ktorí absolvovali liečbu, potrebujú vonku, v ich „prirodzenom prostredí“ oveľa väčšiu pomoc. Čelia rôznym nástrahám, o to viac je dôležité podať im pomocnú ruku a nenechať to všetko na nich.

Stredísk následnej starostlivosti je v Českej republike pomerne veľa – od bežných doliečovacích programov (napríklad v Brne alebo Jeseníku) až po špecializované doliečovanie centrál, ako napríklad Sananim v Prahe výhradne pre matky s deťmi. Následná pomoc môže mať rôzne formy:

- a) chránené bývanie a príprava na samostatné bývanie,
- b) zariadenia na podporu práce a zamestnania,
- c) rehabilitačná a chránená dielňa,
- d) sociálne firmy a sociálne družstvá.

Všetky vyššie spomenuté formy pomoci majú za cieľ udržanie a podporu žiaducich zmien, ku ktorým došlo počas liečby. Dôležitá je tu aj samotná zodpovednosť klientov za ich vlastný život. Ide tu pomoc pri bývaní, pri podpore zamestnania a pri opätovnom naštartovaní pracovných návykov.

„Služby následné péče jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly lůžkovou péči ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstínují.“

Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) sociálně terapeutické činnosti,*
- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- c) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.*

Služba podle odstavce 1 poskytovaná formou pobytových služeb v zařízeních následné péče obsahuje vedle základních činností uvedených v odstavci 2 tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,*
- b) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy“ (Zákon č. 108/2006, § 64).*

4 Možnosti liečenia

4.1 Prevencia

Na úvod by bolo dobré spomenúť, že v drogovej oblasti môžeme rozlíšiť 3 druhy prevencie. Primárnu a terciálnu prevenciu spomeniem len okrajovo, pretože patrí do oblasti resocializácie, čo znamená, že pôsobí na životný štýl. Viac sa v tejto kapitole zameriam na sekundárnu prevenciu, čo je vlastne liečba vo vlastnom slova zmysle.

1) Primárna prevencia

Hlavným cieľom primárnej prevencie je odradiť človeka od prvého užívania drogy alebo aspoň čo najviac oddialiť prvý styk s drogou. Ďalším cieľom je predchádzať užívaniu pri rizikovej populácii (napríklad v mestách, kde je veľký počet drogovovo závislých ľudí). Primárna prevencia prebieha hlavne na základných a stredných školách. Pomocou rôznych prednášok a seminárov sa snažíme týmto „neužívateľom“ drogu čo najviac priblížiť a vysvetliť hlavne riziká, ktoré sú s užívaním spojené (Kalina a kol., 2008, s. 18).

2) Sekundárna prevencia

Sekundárna prevencia funguje na princípe „predchádzania vzniku, rozvoja a pretrvávania závislosti“. Liečbu v tomto prípade môžeme rozdeliť na liečbu vedúcu k abstinencii, liečbu vedúcu ku kontrolovanému užívaniu a na liečbu s udržiavacou substitúciou, kde je v terapeutickom zámere podávaná substitučná látka, ako napríklad pri opiátovej substitúcii metadonom alebo buprenorfinom. Pri tomto type liečby nie je vždy cieľom abstinencia. Nepôsobíme len na jedinca, ale pôsobíme aj na jeho rodinu. Využívame tiež rôzne prístupy, ako napríklad reedukáciu, resocializáciu alebo poradenstvo. Na drogovovo závislého človeka sa snažíme liečebne pôsobiť. Môžeme sem zaradiť napríklad: odpútanie od drogového prostredia, detoxifikáciu, pohľad do minulosti, konfrontáciu s vecami, ktoré ma poškodzovali a ktoré som ja poškodzoval, upevňovanie hodnôt, ktoré získam s abstinenciou atď. (Kalina a kol., 2008, s. 20).

3) Terciálna prevencia

Pod týmto pojmom rozumieme predchádzanie vážnemu alebo trvalému zdravotnému a sociálnemu poškodeniu, ktoré je spojené s užívaním drog. Môžeme ju rozdeliť do dvoch skupín. Ide o resocializáciu alebo sociálnu rehabilitáciu klientov, ktorí prešli liečbou vedúcou k abstinencii alebo sa aspoň zapojili do substitučnej liečby a sú dlhodobejšie bez drog. Do druhej skupiny môžeme zaradiť kontakt s klientmi, ktorí zatiaľ nie sú rozhodnutí s drogami skončiť. Tu sa zameriavame na znižovanie zdravotných rizík. Snažíme sa o minimalizáciu prenosu infekčných chorôb, ku ktorému dochádza pri vnútornej aplikácii. Tento typ prevencie sa zameriava

hlavne na sociálnu úroveň. Pomáhame im pri hľadaní ubytovania, pri hľadaní práce, ale aj pri kontakte s úradmi alebo s poisťovňami. Z biologického hľadiska sa môžeme zameriavať už konkrétne na liečbu infekčných chorôb, abscesov, trombóz žilového systému a podobne. Dôležitou súčasťou je taktiež aj ochrana a bezpečný sex. Psychická časť je sumárom doliečovacích aktivít, individuálneho a skupinového poradenstva, motivačného tréningu a taktiež aj poradenstva pre rodinu (Kalina a kol., 2008, s. 22 – 23).

Keď je prevencia drogovej závislosti neúspešná, musíme pristúpiť k možnostiam, ktoré drogozo závislí ľudia majú. Pri liečbe drogovej závislosti musíme byť opatrní. „Donútiť“ alebo „dotlačiť“ človeka, ktorý bojuje s drogovou závislosťou na liečenie v hocijakej forme, je veľmi náročné. Každý človek je veľmi individuálny a rovnako je potrebné k nemu pristupovať individuálne. Svoju závislosť vníma každý inak. Sú ľudia, ktorí si závislosť priznať nechcú, a liečeniu a hocijakej inej pomoci sa vyhýbajú. Potom sú, naopak, ľudia, ktorí si uvedomujú, že nejaký problém majú a snažia sa s ním bojovať. Pokiaľ sa človek rozhodne so závislosťou bojovať, je veľmi dôležitá podpora. Podpora musí prichádzať ako z rodinného kruhu, tak aj od kamarátov. Je teda dôležité komunikovať o možnostiach pomoci s človekom za „triezva“. Vyjadriť mu podporu a všetko v klude prediskutovať. Z vlastných skúseností viem, že pokiaľ sa človek rozhodne, že liečbu podstúpi, je dobré danú liečbu zrealizovať čo najskôr. To znamená, nečakať dva týždne, ale najlepšie deň po rozhodnutí zbaliť všetky potrebné veci, vybaviť, čo je potrebné a odísť. Často sa stáva, že pokiaľ sa dlhšie čaká, je väčšia pravdepodobnosť, že si to človek opätovne rozmyslí.

Možnosti liečenia rozdeľujeme do troch kategórií:

1. terénna forma,
2. ambulantná forma,
3. pobytová forma.

4.2 Terénna forma

Hlavným cieľom terénnych programov je vyhľadávať a kontaktovať užívateľov nelegálnych látok v ich prirodzenom prostredí. Rovnako sú poskytované služby, ktoré vedú k znižovaniu zdravotných, právnych a sociálnych rizík. Pokiaľ sa pohybujeme na drogovej scéne, najčastejším útočiskom pre túto skupinu sú rôzne squaty a opustené budovy.

Považujem za dôležité spomenúť, že terénna forma nie je typickou formou liečby pri resocializácii drogozo závislých. Môže byť však istým spúšťačom zahájenia procesu resocializácie typickým

namotivovaním užívateľov terénymi pracovníkmi k zmene života a celkového životného štýlu a následnou pomocou pri riešení liečby (vyplnením žiadosti a podobne). Taktiež môže terénna služba pomáhať klientom, ktorí už liečbu absolvovali, a s terénymi pracovníkmi sa stretávajú preventívne, aby nedošlo k prípadnému relapsu. Ide rovnako o istú dávku motivácie k udržaniu sa. Služby terénnych programov sú určené predovšetkým pre:

- a) osoby ohrozené závislosťou alebo pre osoby, ktoré už závislosťou trpia, prípadne pre príležitostných užívateľov,
- b) osoby, ktoré vedú rizikový štýl života,
- c) osoby žijúce v sociálne vylúčených komunitách.

Ďalej môžeme túto cieľovú skupinu rozdeliť na dve časti:

- 1. primárnu (osoby staršie 15 rokov ohrozené závislosťou),
- 2. sekundárnu (rodina a príbuzní užívateľov).

Prínosom, ktorý terénne služby majú pre verejnosť, je likvidácia použitého injekčného materiálu, a teda následná minimalizácia rizík šírenia infekčných chorôb, ktoré sú s užívaním drog spojené (napríklad HCV, HBV, HIV alebo syfilis). Náklady, ktoré sú spojené s liečbou hepatitídy typu C, sú oveľa väčšie než samotná prevencia.

Všeobecne môžeme hovoriť o už vyššie spomínanom „public health“, kde pracovníci terénnych programov informujú širokú verejnosť o zmysle a cieľoch poskytovaných služieb.

Pre užívateľov sú terénne programy výhodné v poskytovaní informácií o rizikách spojených s užívaním drog, o možnostiach riešenia závislostí, prípadné nasmerovanie na ďalšie služby, ktoré by im a ich blízkym pomohli sa z ťažkej životnej situácie dostať.

Pre samotných užívateľov je hlavnou výhodou prirodzené prostredie. Taktiež sa terénne programy snažia o znižovanie prenosu infekčných chorôb medzi samotnými užívateľmi. Veľmi dôležitá je tu dôvera medzi pracovníkmi a klientmi (Kappa-help, z. s., nedátované [online]).

Výhoda domáceho prostredia klientov však nemusí byť výhodou aj pre pracovníkov. Z vlastnej skúsenosti viem, že je dôležité, aby aj oni verili nám, keď nás púšťajú do svojich „obydlí“. Ideme predsa „domov“. Pre terénnych pracovníkov to však nemusí byť vždy príjemné. Je veľmi dôležité, aby boli obozretní a detailne si všimli hlavne stav, v ktorom sa klient aktuálne nachádza (napríklad pri vstupe do jeho bytu). Osobne mám skúsenosti zatiaľ skôr pozitívne, ale už sa ich našlo aj zopár negatívnych. Je to práca, ktorú musí robiť človek pokojne a naozaj veľmi obozretné z hľadiska bezpečnosti. Terénne programy akceptujú a rešpektujú každého klienta zvlášť. Základom je flexibilita služby. Ide ako o časovú, tak aj o miestnu flexibilitu, ktorou sa snažíme čo najviac prispôbovať danému klientovi.

4.3 Ambulantná forma

Ambulantná pomoc pre drogozo závislých je typ prezenčnej pomoci. To znamená, že klient príde osobne za pracovníkom s prosbou o pomoc. Ide teda o formu pomoci „tvárou v tvár“. Pomoc môžu vyhľadať samostatne alebo ich do tohto zariadenia môže niekto nasmerovať. Vo väčšine prípadov to môžu byť napríklad adiktologické ambulancie. Adiktologické ambulancie poskytujú ambulantné služby osobám ohrozeným závislosťou od drog, alkoholu, ale aj psychofarmák. Poslaním adiktologickej ambulacie je doprevádzanie a podpora klientov v situácii zmeny. Obracať sa na ňu môžu aj rodičia a blízke osoby. Služby ambulancie môžu využiť pacienti, ale aj nemocnice a personál, ktorý si môže vyžiadať radu, ako pracovať s klientmi.

„Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázená nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování“ (Zákon č. 108/2006, § 33).

4.4 Pobytová forma

4.4.1 Detoxifikačné jednotky

Detoxifikačné oddelenia sú buď súčasťou nemocníc, psychiatrických, alebo adiktologických oddelení. Niekedy majú drogozo závislí ľudia možnosť naviazať na priamu strednedobú odvykaciu liečbu. Súčasťou detoxifikácie je zodpovedajúca farmakoterapia, psychoterapia a aj primeraná motivačná fáza klienta (Petr, Marková a kol., 2014, s. 205).

Aktuálne sa v Českej republike nachádza 25 detoxifikačných jednotiek (Mapa pomoci, nedátované [online]). Podľa môjho názoru je to veľmi nízky počet jednotiek na počet ľudí, ktorí sú aktuálne závislí od nelegálnych látok. Aktuálne je v Českej republike približne 44 000 ľudí, ktorí užívajú drogy rizikovo. Denne najužívanejšou drogou u nás je, samozrejme, THC (cca 30 000 užívateľov).

Ďalšou najčastejšie užívanou látkou u nás je pervitín (cca 33 000 užívateľov), a potom sú to opioidy (cca 11 000 užívateľov) (Chomynová a kol., 2022, s. 8).

Detoxifikačné jednotky sú z môjho uhla pohľadu jednou z najťažších fáz abstinencie od drog. Sestry, ktoré na jednotlivých oddeleniach pracujú, musia zvládať rôzne komplikácie, ktoré v rámci odvykacích stavov prichádzajú. Taktiež sa snažia psychicky neustále podporovať pacienta napríklad pri cravingu a rovnako aj pri fungovaní na uzavretých oddeleniach, ktorými detoxifikačné jednotky sú (Petr, Marková a kol., 2014, s. 205).

4.4.2 Psychiatrická liečebňa

Psychiatrická liečebňa je jednou z najdôležitejších typov pobytových služieb. Má hlavnú úlohu, ktorou je dlhodobá liečba a rehabilitácia psychicky chorých ľudí všetkých vekových kategórií. V roku 2013 sa názov zmenil z psychiatrických liečební na psychiatrické nemocnice. Psychiatrické oddelenia môžu byť súčasťou bežných nemocníc alebo môžu byť samostatným zariadením. Hlavnú úlohu, ktorú psychiatrické liečebne zohrávajú, je komplexná diagnostika človeka, včasné nastavenie liečby a následná stabilizácia zdravotného stavu (Petr, Marková a kol., 2014, s. 44).

Súčasťou psychiatrických nemocníc môže byť aj detoxifikačná jednotka, ktorá je určená pre drogovu závislých ľudí. Odhadom je v psychiatrických ambulanciách liečených približne 14 000 užívateľov nelegálnych drog (Chomynová a kol., 2022, s. 8).

4.5 Terapeutická komunita

Najtypickejšou pobytovou formou, ktorá je určená pre drogovu závislých ľudí, je terapeutická komunita. Terapeutická komunita je podľa Kratochvíla (In Kalina, 2008, s. 17) zvláštnou formou intenzívnej skupinovej psychoterapie. Komunita je terapeutická hlavne z toho dôvodu, že klientom umožňuje získavať rôzne informácie formou spätnej väzby, získavajú tiež náhľad na vlastné problémy a na vlastný podiel na vytváraní týchto problémov. Komunita by mala umožniť korektívnu skúsenosť a snaží sa o to, aby sa klienti naučili adaptívnejšiemu štýlu správania.

Klienti sú tu väčšinou rôznych vekových kategórií a rôzneho pohlavia. Taktiež sa nerobí rozdiel ani medzi vzdelaním, ktoré jednotliví ľudia majú. Ľudia, ktorí sa rozhodli pre terapeutickú komunitu, žijú spoločne určitú dobu v komunite. Majú väčšinou rovnaký denný program, ktorý okrem sedení s terapeutom alebo psychológom je napríklad: pracovné povinnosti v kuchyni, na záhrade alebo upratovanie. V Českej republike sú aj komunity, ktoré sa špecializujú na isté „skupiny“ ľudí, ako napríklad na prácu s matkami a ich deťmi, mladistvé osoby alebo osoby, ktoré sú už dlhodobo závislé. Terapeutická komunita je väčšinou realizovaná dlhodobo. Spravidla by malo ísť o dobu 6 – 18 mesiacov. Hlavným cieľom každej komunity je zapojenie klienta do bežného života bez drog, návrat k životným hodnotám, ktoré mal predtým, a náuka samostatnosti. Niektoré komunity pomáhajú úspešným „absolventom“ komunity nájsť si prácu alebo prejsť procesom rekvalifikácie. Základom každej komunity by mala byť individuálna terapia, pracovná terapia a aj sociálne poradenstvo (Petr, Marková a kol., 2014, s. 206).

Pobyt v komunite je však vedený na báze dobrovoľnosti. To znamená, že pokiaľ klient v komunite nechce po 2 týždňoch zostať, my mu v tom brániť nemôžeme. Je to jeho slobodné rozhodnutie. Pobyt v každej komunite je rozdelený do istých terapeutických fáz. V prvej fáze si klienti vymedzia, aká veľká ich závislosť je. Je to tzv. štartovacia čiara, na ktorej sú si všetci rovní. V terapeutickej komunite v Bielej vode je týmto „štartovačom“ zhmotnenie svojej závislosti pomocou kameňa. Čím väčší kameň, tým väčšia závislosť. V druhej a tretej fáze by sa mali spolu s týmto kameňom dostať cez rôzne povinnosti, pracovné návyky a podobné aktivity až do pomyselnej konečnej tretej fázy. Medzi jednotlivými fázami sa človek môže vracať aj o „fázu nižšie“, pokiaľ si nie je istý svojím aktuálnym stavom. To znamená, že čas, ktorý človek v komunite strávi, je individuálny. Niektorí so závislosťou dokážu bojovať rýchlejšie, niekomu to trvá dvojnásobok času. Keď sa človek dostane na koniec tejto cesty a úspešne prejde všetkými tromi fázami, tento svoj kameň (svoju závislosť) zabetónuje v areáli komunity medzi ďalších ľudí, ktorí si komunitou úspešne prešli. Myslím si, že je to veľmi motivujúce a podľa slov adiktológa, ktorý v Bielej vode aktuálne pracuje, je to aj v realite pre týchto ľudí veľká motivácia.

4.6 Zhrnutie

V mojej teoretickej časti práce som zhrnula jednotlivé drogy, ich delenie a účinky na človeka. Ďalej som sa venovala procesu resocializácie. Pohľad na tému resocializácie vnímam ako dôležitý preto, aby sme vedeli, čím si ľudia prechádzajú počas celého liečenia. Snažila som sa vypichnúť hlavné oblasti života, do ktorých drogy zasahujú. Popisovala som aj jednotlivé možnosti liečenia, ktoré ľudia so závislosťou majú. Konkrétne sa venujem terénnej, ambulantnej a primárne pobytovej formy pomoci. V jednotlivých kapitolách sa služby snažím opísať viac detailnejšie, aby aj človek, ktorý je v tejto tematike úplným laikom, pochopil, o čom jednotlivé služby sú. Obsah mojej teoretickej časti môže byť istým základným pohľadom na túto tematiku a spoločnosti môže pomôcť pri orientácii sa v tejto problematike. V mojej praktickej časti sa budem snažiť zistiť, prečo sa ľudia po absolvovaní liečenia k drogám opätovne vracajú a prečo ich cesta k životu bez drog bola neúspešná.

5 Úskalia spojené s resocializáciou drogovu závislých

Táto časť mojej kvalifikačnej práce sa zaoberá už konkrétnym výskumom. Zvolila som si empirický výskum, kde moja hlavná otázka znela: „Aké sú hlavné úskalia pri resocializácii klientov, ktorí si prešli protidrogovým liečením?“ Kvalitatívny výskum prebehol pomocou rozhovoru. Rozhovor bol pre mňa najvhodnejší variant hlavne z toho dôvodu, že vidím reálne reakcie jednotlivých respondentov. Taktiež sa počas rozhovoru môžeme spoločne dostať k témam, pomocou ktorých sa dostaneme k podstate položenej otázky. Veľakrát gestá a mimika povedia viac než samotná reč. Moja praktická výskumná časť bude zahŕňať celý postup môjho výskumu od výberu samotných respondentov až po vymedzenie hlavných problémov, s ktorými sa ľudia stretávajú.

5.1 Metodologická časť

Cieľom mojej bakalárskej práce je zistiť, s akými problémami sa stretávajú drogovu závislí ľudia pri procese resocializácie. Moja výskumná otázka teda znie: „Aké sú hlavné úskalia pri resocializácii klientov, ktorí si prešli protidrogovým liečením?“ Oblasti, ktorým sa počas rozhovoru venujem, sú nastavené tak, aby som z nich zistila konkrétne a reálne problémy, s ktorými sa stretli. Myslím si, že verejnosť, respektíve ľudia, ktorí s drogovu závislými nikdy nepracovali a ani nemajú skúsenosti s touto cieľovou skupinou, si môžu povedať: „Prečo by ma niekto drogovu závislí ľudia mali zaujímať?“ S týmto názorom sa v mojej praxi stretávam prakticky pravidelne. Veľmi to zodpovedá stavu informovanosti spoločnosti o danej tematike. O drogovu závislých ľuďoch si ľudia vytvárajú hlavne negatívny obraz a o službách, ktoré drogovu závislým pomáhajú, si zase myslia, že ich v tom podporujú, dokonca, že im v tom pomáhajú. Pritom opak je pravdou. Služby týchto ľudí nepodporujú v tom, aby drogy užívali. Snažia sa skôr o to, aby drogy užívali bezpečne a aby neohrozovali bežnú spoločnosť. Myslím si, že moja bakalárska práca by mohla prispieť k zamysleniu sa nad touto tematikou a verejnosti by mohla ponúknuť istý pohľad na túto problematiku. Zároveň si myslím, že celkovo by sme sa mohli zamyslieť nad tým, čo viac ako spoločnosť môžeme urobiť pre ľudí prechádzajúcich si resocializáciou, v čom im môžeme podať pomocnú ruku, poprípade ako by mohol štát týmto ľuďom uľahčiť pomyselný prvý krok do nového života bez drog.

Na realizáciu výskumu som si vybrala kvalitatívny výskum – pološtruktúrovaný rozhovor. Najskôr som si našla osoby, ktoré si procesom resocializácie prešli a vedľa, čo všetko to obnáša. Pre túto časť, kedy som hľadala vhodných respondentov, som si vybrala zariadenie pre drogovu závislých

v Přerove, pomocou ktorého som svojich respondentov kontaktovala. Kontakt s klientmi bol pre mňa jednoduchší hlavne z toho dôvodu, že v tejto organizácii pracujem a mám s nimi už istý vzťah vybudovaný. Celý rozhovor sa skladal zo šiestich základných otázok, ktoré som postupne počas rozhovoru dopĺňala ďalšími podotázkami. Otázky zneli nasledovne:

1. *Aká bola Vaša motivácia k abstinencii od drog a čo Vás viedlo k rozhodnutiu skúsiť sa liečiť?*
2. *Mali ste podporu zo strany rodiny, kamarátov a podobne pri rozhodovaní sa o absolvovaní liečby, následnej aj počas samotnej liečby?*
3. *Čo bolo pre Vás najťažšie pri návrate z liečenia? Museli ste niečo vo svojom živote obetovať?*
4. *Čo alebo kto Vám najviac uľahčil návrat do bežného života?*
5. *Prečo došlo u Vás k relapsu? Čo Vám vtedy mohlo pomôcť k tomu, aby k relapsu nedošlo?*
6. *Urobili by ste teraz s odstupom času niečo inak?*

„Kódování jako základní analytická technika je jádrem zakotvené teorie“ (Švaříček a kol., 2007, s. 91). Samotná analýza bola náročnou časťou tejto bakalárskej práce. Audio, ktoré som počas rozhovoru zaznamenala, som prepísala do písomnej podoby. Následne som si prepisy vytlačila a tu začal už vyššie spomínaný proces kódovania. Samotné kategórie som si na papieri farbne odlišovala, aby som sa v tom mohla lepšie orientovať.

5.1.1 Kvalitatívny výskum

Podľa Švaříčka, Šed'ové a kol. (Švaříček a kol., 2007, s. 14 – 15) je kvalitatívny výskum procesom skúmania javov a problémov. Toto skúmanie prebieha v autentickom prostredí s cieľom získať komplexný obraz týchto javov založený na hlbokých dátach a špecifickom vzťahu medzi bádateľom a účastníkom výskumu. Kvalitatívny výskumníci pracujú hlavne s troma druhmi dát. Ide o: dáta z rozhovorov, dáta z pozorovania a dáta z dokumentov.

Rozdiel medzi kvalitatívnym a kvantitatívnym výskumom je nasledovný. Kvalitatívny výskum je založený na indukcii (všeobecnej metóde usudzovania, v ktorej záver obsahuje informácie, ktoré presahujú informácie empirického pôvodu vo východisku). Kvantitatívny výskum môžeme nazvať deduktívnym, logicko-deduktívnym alebo hypoteticko-deduktívnym.

Podľa niektorých metodológov je kvalitatívny výskum len akési „doplnenie“ kvantitatívneho výskumu.

Výskumník môže počas výskumu otázky dopĺňať alebo prispôbovať situácii. Vo väčšine prípadov sa otázky môžu aj úplne zmeniť alebo ich môžeme vynechať. V tomto prípade záleží od situácie, ktorú aktuálne s dotazovaným máme, v ktorej sa nachádzame.

Pološtruktúrovaný rozhovor

Rozhovor je najbežnejšou formou komunikácie medzi dvoma či viacerými ľuďmi. Ide o verbálny dialóg. Rozhovor, ktorý budem viesť ja, sa vyznačuje tým, že ja ako autor a iniciátor tohto rozhovoru mám dopredu určené okruhy, témy alebo otázky, ktorým sa budem venovať. Otázky nemusia byť jednoznačne fixné. Počas rozhovoru si ich môže výskumník meniť, zamieňať, poprípade môže sledovať aj neverbálne prejavy klienta. Pri pološtruktúrovanom rozhovore je veľmi dôležité, aby rozhovor prebiehal v prirodzenom prostredí respondentov. Vo svojom prirodzenom prostredí sa cítia bezpečne a je väčšia pravdepodobnosť, že sa nám viac otvoria. Hlavným princípom pološtruktúrovaného rozhovoru je od respondentov získať detailné a komplexné informácie o študovanom jave (Švaříček a kol., 2007, s. 13).

5.1.2 Priebeh a realizácia výskumu

V tejto kapitole sa budem venovať tomu, ako prebiehal môj výskum a ako prebiehala príprava na výskum. Ako prvé bolo potrebné nájsť vhodných respondentov. Respondenti, ktorých som si vybrala, sú klientmi organizácie KAPPA-HELP, z. s., v Přerove. Samotné rozhovory prebiehali v priestoroch Kontaktného centra KAPPA-HELP, z. s. Jednotlivých respondentov som krátko popísala a zhrnula ich životný príbeh do pár viet.

5.1.3 Metóda výberu respondentov

Pre moju výskumnú časť bola zvolená metóda zámerného, alebo inak nazývaného účelového výberu. Táto metóda si vyberá zámerne respondentov podľa určitých kritérií, ako napríklad príslušnosť k určitej menšine alebo iné vlastnosti účastníka (Miovský, 2006, s. 135). Pre moju bakalársku prácu som si vybrala jednoduchý zámerný výber respondentov. Tento výber je definovaný ako najjednoduchší variant metódy zámerného výberu. Výskumník si vyberá takých respondentov, ktorí sú vhodní na realizáciu výskumu a so samotným výskumom súhlasia. Samozrejme, musia spĺňať podmienky kritérií (Miovský, 2006, s. 136).

Kritériá, ktoré som si pre svoj výskum zvolila, sú nasledovné:

- užívateľ návykových látok,

- respondent si prešiel procesom resocializácie,
- má skúsenosť s liečbou,
- jeho liečba (krátkodobá alebo dlhodobá) nebola úspešná.

Respondenti, ktorých som oslovila, sú klientmi KAPPY-HELP, z. s., a vyššie uvedené kritériá spĺňajú. Vybrala som si 4 respondentov, ktorých v krátkosti popíšem. Všetci 4 respondenti s rozhovorom súhlasili a boli ochotní mi odpovedať na všetky moje otázky.

Respondent 1: Prvým respondentom je žena, ktorá má 26 rokov. Je užívateľkou pervitínu od svojich 16 rokov. Začínala alkoholom, ale na strednej škole sa dostala do zlej partie kamarátov, ktorí ju priviedli aj k tvdším drogám. Čo sa liečby týka, prešla si liečbou v psychiatrickej nemocnici, kde absolvovala aj detox. Ďalej s liečbou však nepokračovala.

Respondent 2: Druhým respondentom je tiež žena, ktorá má 33 rokov. Jej prvou drogou bola marihuana, od ktorej je závislá od základnej školy. Presný vek si nepamätá. Jej matka zomrela hneď po narodení a žila len s otcom, ktorý bol alkoholik. Vyrastala a vychovávala sa viac-menej sama. Aktuálne je závislá od pervitínu, ktorý kombinuje s THC. V opiovej sezóne prechádza čisto na opioidy. Prešla si dvakrát komunitou v Bielej vode (kde predchádzal, samozrejme, detox), avšak oba razy boli neúspešné. Má jedno dieťa (dievča).

Respondent 3: Tretím respondentom je muž, 24 rokov. Skúsenosti s drogami má aj napriek svojmu nízkemu veku bohaté. Po strednej škole sa presťahoval do Prahy, kde chcel začať pracovať. To, žiaľ, nevyšlo a ocitol sa na ulici. Podľa jeho vyjadrenia to bez drog na ulici ani nešlo prežiť. Dva roky bol závislý od opiátov a v 20 rokoch zistil, že je otcom. Prešiel na substitučnú liečbu, ktorá, žiaľ, ani po roku úspešná nebola. Aktuálne sú jeho primárnou drogou opiáty.

Respondent 4: Štvrtou respondentkou je žena vo veku 32 rokov. Návykové látky podľa jej slov skúsila už všetky, ale najviac holduje pervitínu a alkoholu. Mala pár pokusov o liečbu, dokonca jedenkrát sa jej darilo 3 roky abstinovať od všetkého. Prešla si detoxom, komunitou, doliečovacím centrom, dokonca rok navštevovala aj svojpomocné skupiny a psychológa. K drogám sa však opätovne vrátila.

Rozhovor, ktorý som pri výskume použila, som si nahrávala do mobilného telefónu. Uložila som si tým pádom dáta, ku ktorým by som sa mohla v priebehu mojej práce vrátiť. Prebehol proces transkripcie, počas ktorého som získané audiovizuálne dáta prepísala do písomnej podoby. Tento audiozáznam a prepis mi pomohol pri následnom kódovaní dát.

Výskumník, ktorý rozhovor nahráva, by sa mal snažiť do toho čo najmenej zasahovať (Miovský, 2006, s. 198).

5.1.4 Etika výskumu

Samotné rozhovory s jednotlivými respondentmi prebiehali v priestoroch Kontaktného centra KAPPA-HELP, z. s. Rozhovory prebiehali teda v prostredí, kde oni sami pravidelne chodia a cítia sa tam bezpečne. Každý z rozhovorov prebiehal v iný čas aj iný deň, tým pádom som zamedzila tomu, aby samotní respondenti počúvali, čo hovorí ten pred nimi. Mohlo by tu dôjsť k opakovaniu odpovedí a ovplyvňovaniu. Dohoda so samotnými klientmi bola pomerne zložitá. Môj pôvodný zámer boli 6 respondenti, avšak v Přerove a okolí sa už dlhšiu dobu vyskytuje svrab a vši. Tým pádom som sa musela držať respondentov, ktorí doniesli na Kontaktné centrum potvrdenie o bezinfekčnosti, čo bolo značne obmedzujúce.

Všetci respondenti sú zároveň aj mojimi klientmi, tým pádom sme si po začatí rozhovorov automaticky tykali. Rovnako som ich pred začatím rozhovoru zoznámila s danou tematikou. Tým, že Kontaktné centrum je anonymnou službou, je jasné, že rozhovory budú anonymné a informácie, ktoré mi počas rozhovoru povedia, budú slúžiť výhradne na dopracovanie tejto bakalárskej práce. Samozrejme, klienti mi dali súhlas so spracovaním a samotným nahrávaním nášho rozhovoru.

Pri samom začatí nášho rozhovoru si klienti neboli istí sami sebou, neboli si istí, či mi budú vedieť na mnou zvolené otázky odpovedať. Po pár minútach bežnej komunikácie pred samotným začatím nahrávania z nich však nervozita opadla a mohli sme začať. Respondentka č. 2 mala so sebou aj svojho psa, ktorý nám do debaty občas zasiahol, avšak nevadilo to ani mne, ani respondentke.

6 Výsledky výskumu

V tejto kapitole som sa venovala výsledkom, ku ktorým som sa pomocou kódovania dostala. Priblížim prekážky resocializácie, s ktorými sa drogový závislý počas svojho liečenia stretávali. Taktiež priblížim pohľad na motiváciu, ktorú respondenti mali, aby sa išli vôbec liečiť. Myslím si, že tento výskum otvoril aj rad ďalších tém, ktorým by sme sa ako spoločnosť mohli v budúcnosti viac venovať (celkové príbehy klientov a podobne). Otázky, ktoré som počas výskumu použila, boli rozdelené na jednotlivé okruhy, ktoré na seba navzájom nadväzovali. K jednotlivým okruhom som potom zaradila jednotlivé kategórie, ktoré mi z daných rozhovorov vyšli. Kategórie nie sú len o mojom zhrnutí rozhovorov s nimi. Sú doplnené o autentickú výpoveď respondentov, s ktorými som komunikovala.

6.1 Motivácia k abstinencii a k liečeniu

V tomto prvom okruhu som sa venovala samotnej motivácii. Keďže jednou z podmienok výberu mojich respondentov bolo to, že musia mať nejakú skúsenosť s liečením, predpokladala som, že každý z nich musel mať istý popud na to, aby s liečbou vôbec začal.

Zdravotné problémy

Ako som spomínala v mojej teoretickej časti, prirodzeným následkom, ktoré drogy so sebou prinášajú, sú zdravotné problémy. Zdravotné dopady sa prejavujú po istej dobe. Môže ísť o poruchy obličiek, vyčerpanosť, ale aj o zhoršenie pamäte alebo prejavenie rôznych psychických problémov. Záleží od typu drogy. „*Měla jsem různý výkyvy nálad a už jsem byla prostě nesnesitelná*“ (Respondent č. 1). Ďalej respondent č. 1 uvádza: „*...důvod byl ten, že jsem měla zdravotní problémy už od malička z dětství jsem měla epilepsii a s téma drogama se to jenom zhoršovalo.*“ Pri epilepsii ide väčšinou o príležitostné záchvaty. Jednou z príčin, prečo sa epilepsia spúšťa, je práve zvýšená miera alkoholu alebo drog a niektorých liekov. Takéto prejavy môžu byť pre človeka prvotným podnetom ísť sa liečiť. Väčšinou ide o strach o seba samého, ktorý ich môže prepadnúť.

Vzťahy

Drogy ničia ľudské vzťahy bez ohľadu na to, koľko má človek rokov, akého je pohlavia alebo aké vzdelanie má dosiahnuté. Pokiaľ drogy úplne pohltia človeka, veľmi rýchlo ho dostanú až na samotné dno. „*Tak moje největší motivace byla asi rodina. Měli jsme totálně přetřhaný vztahy*

mezi sebou. Rodiče mě vyhodili z baráku kvůli drogám. Nechtěli mě vidět a mít se mnou něco společného“ (Respondent č. 2). Človek prechádzajúci si drogovou závislosťou sa väčšinou pohybuje medzi ľuďmi, ktorí majú rovnaký problém ako oni sami. To znamená, že sa pohybuje vo (pre neho) veľmi toxickom prostredí, ktoré mu určite nepomáha. Po návrate z hocikakého typu liečenia je práve rodina, partner alebo aj ich vlastné deti základom pre opätovné vybudovanie si zdravých vzťahov. Iniciátorom tejto obnovy väzieb by mal byť podľa môjho názoru práve človek závislý, ale je veľmi dôležité, aby na obnove zdravých a produktívnych vzťahov pracovali všetci vrátane rodiny a blízkych. Ďalej respondent č. 3 uvádza: *„Chtěl jsem být čistý kvůli moji mamě. Chodil jsem do Sananimu. Nevim jestli to znáš, si měnit a tam mi říkali o léčení a jestli bych to nechtěl alespoň zkusit. Jo a ještě mám syna. Čtyřletého. Neviděl jsem ho už dva roky. Ani nevím, jestli je v pořádku ani nic.“* Opäť môžem nadviazať na moju teoretickú časť, kde som popisovala sociálne dopady, ktoré drogy so sebou prinášajú. Myslím si, že z výpovede respondentov vyplýva, že ich vzťahy s okolím, rodinou a tak ďalej boli naozaj narušené a drogy do ich bežných životov naozaj zasahovali. *„V mojí hlavě jsem měl jen to, že jsem naše zklamal a že jsem neschopnej,“* uvádza respondent č. 3. Myslím si, že pocit sklamaní voči rodine môže byť pre niektorých ešte horší než to, že človek sklame sám seba. Človek má pocit, že nič nedokáže a že pre rodinu a okolie je len „nešťastie“ alebo „čierna ovca rodiny“.

Láska a partnerské vzťahy môžu byť tiež spúšťačom užívania návykových látok. V niektorých prípadoch sa však môže stať výnimka a partner môže byť, naopak, tým „motorom“ k abstinencii. *„Tak poprvé byla moje motivace můj přítel. Našla jsem si přítele, který byl, nebo on teda ještě je abstinent“* (Respondent č. 4). Ďalej respondent povedal: *„... a tak jsem dostala ultimátum. Bud' přestanu a budem spolu anebo nepřestanu a půjdem každé svojí cestou.“* Ďalej sa respondent vyjadril, že bol na liečení dvakrát. Druhýkrát nastúpil respondent č. 4 do Bielej vody. *„Otěhotněla jsem.“* Ďalej respondent č. 4 uvádza: *„... a to byla moje motivace. Aby mi ji nevzali, aby mi ji nevzal on a abychom ji měla prostě jenom já.“* Rozhovor o dieťati respondentka vnímala veľmi citlivo. Informácie boli pre ňu veľmi osobné a bolo zrejmé, že sa o tejto téme rozprávať ďalej nechce. V praxi sa stretávam s tým, že deti sú veľmi citlivou témou nielen u žien, ale aj u mužov. Väčšina z nich deti síce má, ale boli im buď odobrané, alebo ich má v starostlivosti niekto z rodiny. Niekoho ich vlastné deti namotivujú k zmene, iných, žiaľ, už ani vlastné deti nezmenia a nedonútia robiť niečo so svojím životom.

6.2 Podpora pred, počas aj po liečení

Podpora je z môjho pohľadu prakticky základom toho, aby človek vôbec na liečenie nastúpil. Samozrejme, aj počas liečenia potrebuje mať človek istotu, že to nerobí zbytočne a to, že sa rozhodol ísť touto cestou, bolo správne. Nástup na liečbu je, samozrejme, dobrovoľný, avšak keď je niekto po našom boku, kto nám pomôže prejsť touto cestou, je to aspoň o pár percent jednoduchšie.

Vzťahy

„Matka byla jako hrozně podporující ale neměla jako moc sílu to už se mnou řešit“ (Respondent č. 1). Naopak, ako uvádza respondent č. 2: „Ze začátku jsem neměla podporu ze strany rodiny ale pak postupem času už i jo.“ Niektorí blízki drogovo závislých ľudí strácajú postupom času už vieru a nádej v to, že by sa celá situácia mohla začať uberať dobrým smerom, hlavne pri opakovaných zlyhaniach. Je preto logické, že zo začiatku niektorí rodičia neveria, že to ich dieťa dokáže.

„Podporu jsem docela měl, hlavně ze strany mojí tehdy přítelkyně“ (Respondent č. 3). Opäť môžeme na výroku respondenta vidieť, že partner môže byť naozaj veľkým hnacím motorom. Priateľka tohto respondenta sa však musela po nejakej dobe odsťahovať. „... přes Facebook mi dávala hodně najevo, že při mě stojí. Máma se ségrou byly taky hodně rády, že jsem šel. Psali mi dopisy, že jsou na mě pyšní i všechno,“ uvádza ďalej respondent č. 3.

„Nejvíc mě podporovala moje babička. Byla taková moje druhá máma. Snažila sem se dát nějakým způsobem dohromady,“ spomína respondent č. 4. Respondent po smrti svojej matky videl svoju „druhú“ mamu vo svojej starej mame. Tá svojím spôsobom prebrala danú rolu matky a snažila sa svojmu vnukovi pomôcť, no neúspešne. Ďalej však respondent č. 4 uvádza: „... i takový myšlenky na tu malou, že vylezu a budem spolu. Přítel mě taky podporoval no ale nejvíc ta babička s tou mou malou.“ Človek je na začiatku procesu liečenia namotivovaný najviac. Vidí všetko veľmi pozitívne a verí si, že to dokáže. Čo, žiaľ, veľa ľudí nevidí, sú odvykacie stavy, s ktorými sa počas liečenia stretne. Abstinenčný syndróm (ktorý popisujem vo svojej teoretickej časti) je stav, kedy si človek prechádza veľmi nepríjemnými stavmi, ktoré trvajú rôzne dlho. Je to pomerne individuálne vzhľadom na typ drogy a dobu užívania látky.

Pomoc zo strany organizácií

Respondent č. 2 uvádza: „Tak já jsem docházela vlastně k psychologovi, se kterým jsme se o léčení vlastně bavili.“ Vyhľadanie psychológa môže byť pre klientov taktiež výborný hnací motor.

Psychológovia, ale aj psychoterapeuti majú s liečbou závislostí bohaté skúsenosti. Pri svojich liečbach používajú rôzne metódy a prístupy, pomocou ktorých pomáhajú drogovu závislým si uvedomiť, akú úlohu v ich živote práve droga zastáva. Terapeuti sú na začiatku (ale aj počas a po) resocializačného procesu pre drogovu závislých jedni z najdôležitejších ľudí. Ako uvádza respondent č. 2: „*Postupem času jsem si uvědomila, že jsem úplně v prdeli tak jsem se rozhodla, že ho kontaktuju a on mi pak se vším pomohl. S tím nástupem na léčení.*“ Je vidieť, že tento typ pomoci je pri resocializácii veľmi dôležitou súčasťou. Ďalej respondent č. 1 uvádza: „... *chodila jsem už asi 5 let na ‚káčko‘ do Přerova, kde jsem se o tom s pracovníky bavila a ti byli moc fajn a pomohli mi k tomu, abych tam nastoupila. Vlastně mě doporučili k tomu léčení. Byli při tom, když jsem si to zařizovala, takže byli taková jako moje podpora. Dávali mi různý kontakty a vyhledávali jsme místa, kde bych mohla nastoupit.*“ Pomoc zo strany „pomáhajúcich“ profesií sa po rozhovore s respondentmi v mojom výskume zdala tiež ako veľmi dôležitá. Respondenti vedia, že sa môžu na týchto ľudí vždy obrátiť. Pomôžu im nielen s bývaním alebo prácou, ale ich aj naďalej motivujú k zmene a sú im neustále k dispozícii.

„*Pomoc s hledáním práce úplně nebyl, protože mi pomohli holky z ‚káčka‘. Obvolala jsem spoustu inzerátů, a nakonec jsem tu práci našla,*“ spomína respondent č. 2.

6.3 Čo bolo najťažšie po návrate z liečby? Musel/a si niečo obetovať?

Na otázku, čo bolo najťažšie pri návrate, sa odpovede respondentov pomerne opakovali. Návrat z liečenia musí byť pre všetkých drogovu závislých veľmi náročný a ťažký proces. Vracajú sa do prostredia, v ktorom sa pohybovali aj predtým, ale s výnimkou toho, že by nemali už fungovať v rovnakom režime.

Návrat do rovnakého prostredia

„*Já bych řekla, že nejtěžší bylo asi se vrátit k těm feťákům do Přerova. Jakože nejhorší je to místo, z kama pocházíš a Přerov je prostě obrovský feťácký doupě*“ (Respondent č. 1). Rovnako bol návrat najťažší aj podľa respondenta č. 2. „*Nejtěžší pro mě asi bylo, když jsem se vrátila prostě do Ostravy, do toho stejného prostředí, ... vybavovali se mi vzpomínky. Nechtěla jsem se potkávat s těma lidma ale potkávala jsem je.*“ V tomto prípade je značné, že prostredie, v ktorom sa pohybujú, je veľmi dôležité. Pokiaľ sa človek neustále vracia na miesta, kde sú drogy na každom kroku, je len veľmi ťažké odolať. V tomto prípade im chýba nejaká následná podpora vo forme následného bývania alebo rozšírenie tzv. „prechodných bytov Pasáž“ aj do iných miest, ako napríklad Přerov. Aktuálne sídlia len v Brne. V tomto prípade by mohli po návrate z liečenia

požiadať práve o chránené bývanie, kde sa klient zaväzuje k abstinencii. Táto služba využíva case-management ako základný spôsob. Pracovníci tu pomáhajú klientom pri nadväzovaní a obnove vzťahov s blízkymi alebo sprostredkujú spoluprácu s ďalšími poskytovateľmi služieb. Vzhľadom na kapacitu nejde o doliečovaciu službu, ale o sociálnu. Túto službu vidím ako jednu z možností bývania, pokiaľ sa človek nechce vrátiť do rovnakého prostredia. Klienti by sa opätovne mohli začleniť do spoločnosti a pri tomto procese resocializácie by sa odtrhli od pôvodnej subkultúry.

Nastavenie zrkadla sebe samému

Priznať si závislosť samotnú je asi úplne prvý krok k úspechu. Pokiaľ sa cez túto prvú fázu človek dostane a vie, že nejaký problém má, môže na ňom začať pracovať. Dôležité je problém pomenovať.

„Nejtěžší pro mě asi bylo si přiznat před ostatními, že jsem v té době ‚byl‘ závislej. Moje hrdost mi to nedovolila si to dřív přiznat,“ uvádza respondent č. 3. Ďalší respondent č. 4 hovorí: *„Realita hlavně. Všechny okolní vjemy a prostě abych měla tu sílu si nedat.“*

Odlišné životné podmienky užívateľov

„Začala jsem chodit do práce,“ uvádza respondent č. 2. *„Práci bych si taky sám nenašel. Kdyby mi to tatka tehdy nevybaví tak nemám šanci se zaměstnat. Kdo by chtěl feťáka, že jo. Plus jsem měl něco, vlastně pořád mám v trestním rejstříku. Na bydlení jsem měl ‚šťěstí v neštěstí‘,“* hovorí respondent č. 3. Všeobecne je problém s hľadaním práce u ľudí s drogovou alebo aj s trestnou minulosťou dosť veľký. Ako spomínal respondent č. 3, zamestnávateľia si nechcú brať na zodpovednosť do svojej firmy niekoho, kto má v registri trestov to, že bol zatknutý za krádeže a podobné veci. U niekoho môže byť strata práce príčinou a u niekoho dôsledkom drogovej závislosti. Preto medzi týmito ľuďmi, žiaľ, prevláda práca načierno. Tieto práce sú poväčšine v nejakých stavebných firmách a podobne, kde pracujú ako robotníci. Peniaze majú vo väčšine prípadov okamžite na ruku. Respondent č. 4 uvádza: *„Byla jsem však úplně bez ničeho. Neměla jsem nic našetřený. Prostě nic. Musela jsem si hledat práci novou, jenomže práce moc jako není. Já jsem z Hranic a tam těch pracovním nabídek moc není. Takže jsem si hledala furt něco po agenturách. Agentury nejsou jednoduchý prostě ty podmínky jsou složitější a kto by chtěl zaměstnat feťáka, že jo.“* Rovnako aj respondent č. 1 uvádza: *„...a taky jsem neměla žádnou práci a chtěla jsem to změnit.“* Predsudky odohrávajú pri tejto cieľovej skupine veľkú rolu.

6.4 Čo alebo kto ti po návrate najviac pomohol?

V tejto kapitole sme sa s respondentmi venovali obdobiu po ich návrate z liečenia. Väčšinou ľudia, ktorí im po liečení pomáhali, boli rovnakí ľudia, ktorí im pomáhali aj nastúpiť vôbec na liečenie.

Rodina a blízki

„...matka je ten záchranný bod v tomhletom, že mňa nenechá v tom plávať a že mňa vzala zase späť k sobe,“ rozpráva respondent č. 1. Rovnako aj respondent č. 4 uvádza: *„Babička mi pomáhala hlavne. I finančne i s hadrama treba. Taky holky z káčka.“* *„Vycházel jsem od taty s kamošem Láďou. Toho půl roku mi byl velkou oporou a já měl pocit, že nejsem sám. Taky mi pomohla samozřejmě moje mamka a rodina. Věřili mi, pomohli mi s prací. Taky jsem opět navázal kontakt s tou mou. To mi taky hodně pomáhalo. Slíbila mi, že pokud budu čistej, uvidím syna. Dělal jsem ve firmě, kde i tatka. Ale v Praze,“* spomína respondent č. 3. Rovnako aj respondent č. 2 hovorí: *„S rodinou po tu dobu, co jsem abstinovala, tak jsme byli v kontaktu. Byli na mě pyšní. Měla jsem přítelkyni, se kterou jsem byla nějaký čas 3 roky počas mé abstinence.“*

Ostatné

Človek po návrate z liečenia potrebuje istú formu podpory. *„Léčení mi pomohlo určitě, uvědomila jsem si skrz to hodně věcí,“* hovorí respondent č. 2. Niektorí ľudia mali v sebe samom ten dobrý pocit zo svojho úspechu. *„Ten pocit, že jsem to zvládl. Přešel jsem všechny stupně v komunitě a byl jsem mezi lidma, který mňa neodsuzujú,“* uvádza respondent č. 3. Niekedy dostatočne nakopne aj svoj vlastný vnútorný motor.

6.5 Prečo nastal relaps? Čo by ti pred ním mohlo pomôcť?

Tento okruh mal respondentom pomôcť uvedomiť si, prečo sa k drogám opäť vrátili. Na ich výrazoch tváre bolo vidieť, že sú zo seba sklamaní. Jeden z respondentov abstinoval 3 roky a vyzeralo to, že svoj život začína od začiatku (Respondent č. 3). Bohužiaľ, vždy sa stalo „niečo“, čo chuť po drogách opätovne obnovilo. Toto „niečo“ rozoberám v celej tejto kapitole. Ľudia, ktorí so závislosťou žijú už dlho, majú isté zaužívané zvyky, ktoré nie je jednoduché „zo dňa na deň“ zmeniť. Rovnako aj stereotypy, ktoré o nich ako o drogovu závislých existujú, nie je jednoduché prekonať a presvedčiť okolie, že u nich zmena nastala, alebo minimálne to, že sa o danú zmenu usilujú.

Známosti z minulosti (miesto aj väzby)

Respondent č. 1 uvádza: „*No byl to hlavně ten bývalý přítel, protože toho jsem potkala hned asi pár dní po tom, co jsem se vrátila, řekla bych no tak tejdén, dva týdny po tom.*“ Myslím si, že vplyv partnerov môže mať aj pozitívny, aj negatívny dopad na život drogovu závislých. Môžeme sa stretnúť s partnermi, ktorí toho druhého dostanú opäť do normálneho života. Realita je, žiaľ, iná. Vo väčšine prípadov sú, bohužiaľ, závislí obaja partneri a navzájom sa do toho sťahujú znova a znova. „*Ten mě začal hodně zase manipulovat a dostal mě zpátky do toho, kde jsem byla předtím,*“ dodáva respondent č. 1. Respondent č. 2 uvádza: „*To bylo pro to, že jsem potkala tu kamarádku. Prostě jsem si říkala, že tam půjdu jednou a bude to v pohodě. No, ale nebylo.*“ Opäť sa opakuje rovnaká situácia. Rovnaké miesto, rovnakí ľudia a človek je späť v zabehnutých koľajách. Podobnú situáciu uvádza aj respondent č. 3: „*...a jsem bydlel u té moji segřenky a tam to šlo zas celý do háje. A hlavně v Praze. Zas ten stejnej kolotoč. Prostředí, lidi no a tak dál.*“ V tomto prípade sa, naopak, potvrdzuje to, že blízki, rodina a kamaráti nemusia mať len pozitívny vplyv na človeka. Očakávali by sme, že tieto skupiny ľudí budú práve tie, ktoré danému človeku pri abstinencii budú pomáhať. Vzťahy teda nemusia byť len motiváciou človeka ísť sa liečiť, ale môžu byť zároveň faktorom, ktorý do značnej miery ovplyvňuje ich návrat k drogám. Ľuďom po návrate z liečenia stačí hocijaký malý popud a môžu v drogách skončiť opäť. „*...po práci, když jsem byl unavený tak jsem došel dom, a dali jsme si spolu brko. No a to asi byla chyba. To je podle mě asi první krok k tomu aby do toho člověk zase prostě vlítl.*“ Obklopovať sa ľuďmi, ktorí taktiež bojujú s nejakou závislosťou, je jednoducho zlé a je len veľmi malá pravdepodobnosť, že človek odolá. Respondent č. 4 uvádza: „*...jsem ako jsem říkala z Hranic, kde se všichni známe. Všichni se poznáme kor my feťáci. Víme kde jsou, jaký, kde, co a jak. Takže jsem se znovu začala stýkat s těma lidmi, co jsem se stýkala předtím. Začala jsem prostě zase fetovat a nějak mi bylo už pak všechno jedno. I moje holčička.*“ Ako som už spomínala vyššie, človek je medzi rovnakými ľuďmi a možno aj z hľadiska nejakého „zapadnutia do kolektívu“ nechce odporovať a byť za toho „divného a nudného“. Ľudia nevidia v ničom motiváciu, práve naopak. Sú extrémne demotivovaní, nič ich nezaujíma, ani vlastné deti, ani ich vlastná budúcnosť.

Chýbajúca následná starostlivosť

Problémom však môže byť aj to, že títo ľudia sa nedostanú do žiadnej následnej starostlivosti a forma tejto pomoci im chýba. „*Nastoupila bych do doléčováku, ale tam nebylo místo. A taky jsem neměla žádnou práci,*“ konštatuje respondent č. 1.

„Pomôcť mi mohlo ...“

Pri tejto otázke som bola veľmi prekvapená, že respondenti nehľadali žiadne zbytočné výhovorky a veci povedali narovinu. Nehľadali chybu v okolí ani v celkovom systéme. Uvedomujú si, že za svoj život si môžu sami. „*Pomohlo by mi asi, kdyby tady byla tá máma. Celkově podpora ze strany rodiny,*“ pokračuje v rozprávaní respondent č. 4. Rodina môže stratiť záujem udržiavať kontakt s daným človekom, nedôveruje mu a podobne. Je to veľmi individuálne v každej rodine. Respondent č. 4 pokračuje: „*Možná kdybych se snažila a měla tu vůli tak by to šlo. Ale ja tu vůli nemám.*“ Drogovo závislí ľudia si po liečení nastavujú veľmi ťažko vlastné hranice. Nemajú pri sebe nikoho, kto by im tieto hranice alebo pravidlá nastavil a následne ich kontroloval. Do určitej miery ich vôľu zastupuje počas liečenia práve sociálna kontrola, ktorú tam majú zo strany personálu, ale aj ďalších liečených.

6.6 Urobil/a by si teraz niečo inak?

V tomto okruhu sme sa venovali ich minulosti. Snažila som sa zistiť, aký pohľad na drogy a celú situáciu okolo nich majú aktuálne, ako na svoj život nahliadajú v súčasnej dobe, čo vo svojom živote mohli urobiť inak. Bol to taký pohľad do ich minulosti, kde respondenti spomínali, prečo vôbec drogy začali brať, poprípade prečo sa k nim opäť vrátili.

Nikdy s drogami nezačať

Ako uvádza respondent č. 1, „...*nejlepší je to nezačít nikdy fetovat, ani to zkusit.*“ Respondent č. 2 uvádza pomerne podobnú odpoveď: „*Nikdy bych ty drogy nezkusila, kdybych dřív věděla, jak to všechno dopadne a kde budu teď a no prostě neměla jsem chodit na párty, kde jsem si myslela, že to bude v pohodě a nebylo.*“ Táto otázka ma, úprimne, zaujímala asi najviac. Zaujímali ma nielen samotné odpovede, ale aj autetické emócie klientov. Nad odpoveďou ani dlho neuvažovali. Rovnako aj respondent č. 4 spomína: „*Tak určite bych celý život překopala a nefetovala bych. Odstěhovala bych se určite.*“ Opätovne sa nám potvrdzuje, že návrat do rovnakého prostredia pre klientov nie je vhodným riešením. „*Nenavštívila jsem žádného psychologa, předtím, než jsem nastoupila do tý léčebny tak to bych možná udělala jinak ale asi bych se nevracela k tomu přítelovi, to je to hlavní,*“ skonštatoval respondent č. 1. Podpora zo strany odborníkov sa opäť zdá ako veľmi dôležitá. „*Všetchno. Celý svůj život bych úplně změnil od prvního potáhnutí si z brka. Celý svůj život jsem si zničil. Bohužel nejen sobě.*“ Týmito slovami reagoval na moju otázku respondent č. 3. Na záver našej debaty respondent č. 3 dodal:

*„Nevím, kdo si bude tuhle tvou práci někdy přečte, ale vkaž jim, aby nebrali drogy. ŽÁDNÉ!
Ničí to životy věřte mi. Ty sama vidíš, jak vypadám.“*

Diskusia

Drogovo závislí ľudia sú veľmi ohrozenou sociálnou skupinou. Je až priam žiaduce, aby sme im ich cestu resocializácie uľahčovali, ako sa najviac dá, pokiaľ sa teda, samozrejme, rozhodli abstinovať, pomáhať im nielen materiálnou formou, ale pomôcť im napríklad pri opätovnom začleňovaní sa do spoločnosti a nájsť riešenia, ako im byť nápomocný.

Na začiatku môjho výskumu bolo základným cieľom zistiť, s akými problémami sa drogovu závislí ľudia stretávajú po absolvovaní nejakého typu liečenia. Metódou rozhovoru som zisťovala, ako celý ich proces resocializácie prebiehal a s akými prekážkami sa na svojej ceste stretli. Ako som v úvode mojej práce písala, závislosť je veľmi často hlavne psychickým problémom. Tým pádom je proces resocializácie značne ohrozený. Žiaľ, aj keď sa človek po zdravotnej stránke zdá už ako vyliečený, psychická nepohoda je veľakrát silnejšia než zdravotná. Snažila som sa zistiť, čo je hlavným problémom neúspešnosti ich resocializácie. Výsledky môjho výskumu poukázali na to, že na začiatku celého resocializačného procesu mali všetci zúčastnení respondenti motiváciu začať. Ani jeden z nich nešiel na liečenie z nejakého donútenia. Vždy, samozrejme, tomu rozhodnutiu predchádzal nejaký popud. Výsledky ukázali, že hlavnou motiváciou bola hlavne rodina, blízki alebo aj napríklad zdravotné problémy. Rovnako mali aj podporu pri ceste resocializácie, či už zo strany rodiny, partnerov, alebo odborného personálu. Pri otázke: „Čo bolo pre Vás najťažšie na tejto ceste resocializáciou alebo čo by mohlo prípadne následnému relapsu pomôcť?“ som sa už stretla s rôznymi názormi. Závislosť so sebou prináša veľké množstvo dopadov na život človeka. Ako jednu z najväčších prekážok alebo problémov vnímam určite doliečovacie centrá. Tie radíme k následnej starostlivosti. Následná by mala znamenať, že bude poskytnutá okamžite. Bez následnej pomoci existuje veľké percento pravdepodobnosti, že ľudia, ktorí po strete s realitou nezvládajú nátlak, sa opätovne k drogám vrátia. Tu vidím ako hlavný problém chýbajúcu následnú pomoc. To znamená, istú podporu resocializácie v priebehu začleňovania sa do bežného života. V Českej republike je doliečovacích centier málo. Aj počas mojej praxe sa stretávam s tým, že majú preplnené kapacity, a tým pádom ich nemajú kde umiestniť.

Rovnako vnímam za veľmi významný aj problém návratu do rovnakého prostredia. Predsa len sa človek vráti na miesto, kde sa „to“ celé odohrávalo. Spomienky, myšlienky a predovšetkým ľudia, s ktorými sa na tom mieste opäť stretne, sú jedným z hlavných problémov pri resocializácii. Pri téme relapsu vyplynulo, že miesto a ľudia boli opätovným spúšťačom závislosti. Podľa ich slov by im stačilo nevracať sa tam, kde sa to celé konalo. Jednorazový relaps nemusí nutne znamenať, že sa človek okamžite vráti do stavu závislosti. Obdobie „rekreačného“ užívania je však

veľmi krátke. Toto obdobie, ako som vo svojej teoretickej časti spomínala, býva „víkendové“. Človek sa však cez jednotlivé fázy závislosti dostane rýchlejšie, pretože už si nimi jeden či viackrát prešiel.

Resocializácia ako taká prebiehala v „umelých“ podmienkach inštitúcií. To znamená, že to, ako fungovali v období liečenia v týchto inštitúciách (napríklad, ako som popisovala v kapitole 4.4.), je úplne odlišné od toho, aká je realita a skutočný život. Počas liečenia pracujú 24 hodín denne s odborníkmi. Rozprávajú sa, vymieňajú si skúsenosti s ľuďmi, ktorí prechádzajú tým istým. V rámci liečebného procesu v týchto službách fungujú drogovo závislí ľudia podľa daných pravidiel, ktoré sú im stanovené. Tieto pravidlá sú kontrolované a vyžadované. Nejde len čisto o personál. Pravidlá v komunite musia fungovať aj medzi jednotlivými ľuďmi, ktorí sú liečení. Problém nastáva po opustení takejto inštitúcie. Vzorce správania, ktoré mali ľudia zaužívané počas „doby užívania“, môžu prevládnuť. Sociálna kontrola nielen zo strany inštitúcií, ale aj tých „spoluliečených“ mizne. Človek si tak musí sám stanoviť pravidlá, ktoré bude dodržiavať. Nemajú nikoho, kto by ich kontroloval.

Na pomoc ľuďom, ktorí sú aktuálne drogovo závislí alebo si prechádzajú aktuálne liečením, sa vynakladá extrémne veľa energie a rovnako aj finančných prostriedkov. Avšak následná pomoc je hodená už len na nich samotných. Následná odborná pomoc chýba a rodina a oni samotní však nemajú kompetencie na to, aby si/ím sami pomohli.

U niektorých ľudí môže byť problém práca a materiálne zabezpečenie. Po návrate z liečenia nemajú prakticky žiadne peniaze, sú vedení ako „ľudia po liečení“. So závislosťou sa spája poväčšine aj kriminálna minulosť a následné zápisy v registri trestov, s čím majú, samozrejme, zamestnávateľia problém. Tu nastáva hlavný problém s hľadaním práce, čo je opäť jeden z negatívnych ekonomických dopadov drog na človeka. Látková závislosť ide v mnohých prípadoch ruka v ruke s nelátkovou závislosťou. Najčastejšou nelátkovou závislosťou v spojení s drogovo závislými je gambling. Pomerne pravidelne sa stretávam s ľuďmi, ktorí si idú z času na čas zahrať automaty. Opäť je to vec, ktorá veľmi zasahuje do financií človeka. Nie teda len látková, ale aj nelátková závislosť je veľkým spúšťačom ekonomických dopadov. Čo sa týka bývania, podľa mojich výsledkov mali vždy možnosť vrátiť sa „niekde“, či už k rodine, alebo blízkym ľuďom, takže to by som úplnou prekážkou nenazývala. Ako som však spomínala, osobne by som možnosti chránených bývaní rozšírila nielen kapacitou v jednotlivých chránených bývaniach, ale aj lokalitou, kde sa vôbec tieto chránené bývania vyskytujú.

Ďalší výsledok, ktorý sa u všetkých mojich respondentov zhodoval, bola odpoveď na otázku: „*Čo by ste teraz urobili inak?*“ Odpoveď tu bola jednoznačná: „*Nikdy by som nezačal brať drogy.*“ Myslím, že si všetci uvedomujú, že za to, v akej situácii sa nachádzajú, si môžu sami. Zničili život

nielen sebe, ale aj svojim blízkym. Po zdravotnej stránke je „návrat“ rovnako ťažký. Pokiaľ človek trpí HCV alebo podobnými chorobami, je určite dôležité nastaviť správnu liečbu, ktorá je v tejto dobe dostupná všetkým. V dnešnej dobe sa tieto formy zdravotných dopadov liečia v krátkom časovom rozmedzí, konkrétne liečba HCV je u ľudí s poistením zadarmo. Pritom, ako som vyššie spomínala, financovanie je veľmi náročné.

Záver

Cieľom tejto bakalárskej práce bolo zistiť, s akými problémami sa stretávajú ľudia po absolvovaní protidrogového liečenia. Touto prácou som chcela taktiež poukázať na to, že téma drogovej závislosti je stále aktuálna a je dobré o nej hovoriť. Aj ľudia so závislosťou potrebujú mať pocit bezpečia a podpory. Podpora bola jednou z významných tém mojej práce. Pri návrate do bežného života je práve podpora hlavným mantinelom, na ktorom by sme mali budovať. V tejto práci sa však potvrdilo, že rodina a blízki (ako by sme predpokladali) nemusia byť vždy tým „hnacím motorom“, ktorý im pomáha sa zo závislosti dostať. Rodina môže s nimi pretrhnúť vzťahy buď úplne, alebo môže byť opätovným spúšťačom závislosti. Verejnosť často nechápe a rovno takýchto ľudí odsudzuje, čo je pre mňa ako človeka pracujúceho v tomto prostredí nepochopiteľné. Prácu som rozdelila na teoretickú a výskumnú časť, kde som sa venovala výskumnej otázke: „Aké úskalia vnímajú respondenti ako ťažké pri ich opätovnom vstupe do bežného života?“

V teoretickej časti boli upresnené pojmy spojené s drogovou tematikou, jednotlivé fázy drogovej závislosti, ktorými si prechádzajú, a taktiež som opísala pojem resocializácia a jednotlivé možnosti liečenia, ktoré títo ľudia majú. V tejto časti boli informácie čerpané z odbornej literatúry.

V praktickej časti som sa už venovala konkrétnym úskaliam, s ktorými sa stretli. Na riešenie tejto výskumnej otázky som použila empirický výskum, ktorý bol realizovaný pomocou rozhovoru. Zistila som, že problémov, s ktorými sa respondenti stretávajú, je viacero. Jedným z problémov bola napríklad chýbajúca následná starostlivosť, hľadanie práce a odstrihnutie (pre nich) toxických vzťahov. Rovnako aj priznanie si vlastnej závislosti môže byť pre niekoho limitujúce. Vyplynulo, že návrat do prostredia, v ktorom sa pohybovali, obzvlášť medzi rovnakými ľuďmi, neprinesie nikdy nič dobré. Myslím si, že ľudia po absolvovaní liečenia potrebujú maximálny reštart nielen od drog, ale aj od ľudí a miest, kde drogovou závislosťou trpeli. Vnímam ako veľmi dôležité, že potrebujú dostať šancu ukázať, že sa zmenili alebo že sa zmeniť naozaj chcú. Je taktiež potrebné myslieť aj na pre nás bežné veci, ako je ubytovanie, materiálne zabezpečenie a práca. Preto vnímam sociálne podniky, ktoré takýmto ľuďom pomáhajú získať opätovné pracovné návyky, za taktiež veľmi zásadné pri zmene. Čo bola pre mňa veľmi prekvapujúca situácia, bol ich pohľad do minulosti. Podľa slov respondentov by s drogami nikdy nezačínali. Znie to trochu ako klišé, ale nezávisle od seba to zopakovali všetci štyria respondenti.

Som si taktiež vedomá limitov, ktoré táto práca môže obsahovať. Takéto priame rozhovory som s klientami už párkrát viedla, a preto viem, že otázky môžu byť veľakrát zle položené alebo otázky nemusia byť úplne pochopené. Limitom môže byť taktiež aj samotná cieľová skupina. Respondenti mohli byť v čase rozhovoru pod vplyvom nejakej drogy, čo mohlo samotnú situáciu

len sťažiť. Limitom mojej práce môže byť aj počet respondentov, ktorých som mala. Vzhľadom na situáciu, ktorá však nastala v okrese Přerov, som, žiaľ, nemala na výber. Myslím si, že aj napriek tomu som od nich získala všetky potrebné informácie a výpovede. Ako pozitívum tejto práce vnímam však prístup a autenticitu jednotlivých klientov. Aj napriek tomu, že už sa spolu nejaký čas poznáme, stále som pre nich pomerne neznáma osoba a nemusia mať vo mne úplnú dôveru. Napriek tomu mi na všetky otázky odpovedali priamo a ja som tým pádom mohla zistiť informácie, ktoré boli pre mňa dôležité.

Osobne by som sa možno do budúcnosti zamerala hlavne na doliečovacie centrá. Je vidieť, že po nich dopyt je, avšak ako som už spomínala, kapacita je celkom obmedzujúca. Taktiež by som sa viac zamerala na sociálne podniky, ktoré by pomocou navýšenia pracovných pozícií mohli týmto ľuďom uľahčiť hľadanie práce. Pracovali by medzi ľuďmi, ktorí si prechádzajú „tým istým“ a môžu mať teda opätovne pocit „komunity“. Nikto ich neodsudzuje a postupne si môžu obnovovať svoje pracovné návyky, ktoré kvôli drogám stratili. Pri finančných problémoch, do ktorých ľudia veľmi často (skôr vždy) spadajú, existujú taktiež rôzne riešenia vo forme insolvencií a rôznych finančných poradní, ktoré môže človek navštíviť aj zadarmo. Osobne si myslím, že finančná gramotnosť by mala byť vyučovaná v postupných dávkach už od základnej školy. Následné vzdelávanie ľudí po absolvovaní liečenia (alebo počas) by teda mohol byť tiež dobrý nápad. Podpora rodín je pre mňa taktiež veľmi dôležitou súčasťou resocializačného procesu. Do budúcnosti by som sa teda zamerala viac na podporu jednotlivých členov rodín, ako s drogovými závislými komunikovať alebo ako im pomôcť pri začlenení.

Ďalšou dôležitou súčasťou tohto procesu je motivácia. Hlavné rodina a blízki vedia, čo danému človeku robí radosť, a spoločne by mohli dôjsť k systému odmeňovania za dosiahnuté úspechy. Počas celého procesu musí byť nielen závislý človek, ale aj jeho blízki veľmi trpezliví. Cesta z drog je náročná, ale s pozitívnym myslením a dostatočnou odhodlanosťou sa dá zvládnuť a opäť sa zaradiť medzi bežne fungujúcich ľudí.

Bibliografia

Monografia:

BURIÁNEK, Jiří a Eva RICHTER. 2020. Život v průsečíku rizik. Praha: Univerzita Karlova. ISBN: 978-80-246-4644-2

DOLEČEK, Martin., 2011. Halucinogeny. In: ŠVELA, K., ŠEVČÍK, P., a kol., Akutní intoxikace a léková poškození v intenzivní medicíně. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN: 978-80-247-3146-9

HAMPLOVÁ, Lidmila. 2019. Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro zdravotnické obory. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN: 978-80-271-0568-7

CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., JANÍKOVÁ, B., ROUS, Z., ČERNÍKOVÁ, T., CIBULKA, J., MRAVČÍK, V. 2022. Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2021. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN: 978-80-7440-294-4

KALINA, Kamil a kol. 2008. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN: 978-80-247-1411-0

KALINA, Kamil a kol. 2015. Klinická adiktologie. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN: 978-80-247-4331-8

KALINA, Kamil. 2003. Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR. ISBN: 80-86734-05-6

KRATOCHVÍL, Stanislav. 1979. In: KALINA, Kamil. 2008. Terapeutická komunita: Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN: 978-80-247-2449-2

MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M., 2006. Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN: 80-247-1151-6

MIOVSKÝ, Michal a kol. 2008. Konopí a konopné drogy: Adiktologické kompendium. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN: 978-80-247-0865-2

MIOVSKÝ, Michal. 2006. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN: 80-247-1362-4

NAKONEČNÝ, Milan. 1970. In REICHEL, Jiří. 2008. Kapitoly systematické sociologie. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN: 978-80-247-2594-9

PAVLOVSKÝ, Pavel a kol. 2009. Soudní psychiatrie a psychologie. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN: 9788024726182

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ a kol., 2014. Ošetrovatelství v psychiatrii. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN: 978-80-247-4236-6

PRŮCHA, Jan a Jaroslav VETEŠKA. 2014. Andragogický slovník: 2. aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing a.s.. ISBN: 978-80-247-4748-4

ŠTEFAN, Jiří a Jan MACH. 2005. Soudně lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN: 80-247-0931-7

ŠVARÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ a kol., 2007. Kvalitativny výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál s.r.o. ISBN 978-80-7367-313-0

ZÁBRANSKÝ, Tomáš. 2003. Drogová epidemiologie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN: 80-244-0709-4

ZADÁK, Zdeněk a Eduard HAVEL a kol. 2017. Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN: 978-80-271-0282-2

Internetové zdroje:

Český statistický úřad. 2021. Spotřeba alkoholických nápojů na 1 obyvatele v České republice [online]. [cit. 2023-02-15]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/graf-spotreba-alkoholickych-napoju-na-1-obyvatele-v-ceske-republice>

DRTIL, Jiří., 1978. Drogová závislost jako jeden z fenoménů současné kriminality. s.18. In: HOKEŠ, Jiří., Aktuální drogové závislosti. Avicenum [online]. [cit. 2023-02-16]. Dostupné z: https://dspace.tul.cz/bitstream/handle/15240/50222/V_05699_Pb.pdf?sequence=-1

HAJNÝ, Martin. 2001. O rodičích, dětech a drogách.[online]. [cit. 2023-02-16]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/47047395_O_rodicich_detech_a_drogach_drogy_a_je_jich_ucinky_rizika_zvysujici_uzivani_drog_lecba_problemove_situace

KAPPA-HELP, z.s. nedátované. Terénní programy. Přerov.[online]. [cit. 2023-02-17]. Dostupné z: http://www.kappa-help.cz/eTerenni_program/index.htm

KLUBERTO VÁ, Viera. 2014. Evanjelizácia ľudí na okraji spoločnosti.[online]. [cit. 2023-02-17]. Dostupné z: https://www.google.cz/books/edition/Evanjeliz%C3%A1cia_%C4%BEud%C3%AD_na_okraji_spolo%C4%8Dn/nkgBEAAQBAJ?hl=cs&gbpv=1&dq=Evanjeliz%C3%A1cia+%C4%BEud%C3%AD+na+okraji+spolo%C4%8Dnosti+isbn&pg=PA338&printsec=frontcover

Mapa pomoci. Nedátované. Detoxifikace v České republice. [online]. [cit. 2023-02-24]. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/mapa-pomoci/?t=5&st=&r=#result>

National Institute on Drug Abuse (NIDA). 2020. What is drug addiction? [online]. [cit. 2023-02-16]. Dostupné z: <https://nida.nih.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/drug-misuse-addiction>

ŘEKNI NE DROGÁM – ŘEKNI ANO ŽIVOTU. 2019. Pravda o alkoholu [online]. [cit. 2023-02-15]. Dostupné z: <https://www.drogy.cz/alkohol#>

STAFF, C.P. 2009. The Four Stages of Drug Addiction [online]. [cit. 2023-02-16]. Dostupné z: <https://casapalmera.com/blog/the-four-stages-of-drug-addiction/>

Substitučná liečba. Nedátované. Sociálne dopady drogovej závislosti. Praha. [online]. [cit. 2023-02-17]. Dostupné z: <https://www.substitutna-liecba.sk/novinky/socialne-dopady-drogovej-zavislosti-99>

ŠEVČÍK, Pavel a Marek HAKL. 2013. Opioidní analgetika v léčbě chronické bolesti [online]. [cit. 2023-02-15]. Dostupné z: <https://www.remédia.cz/rubriky/prehledy-nazory-diskuse/opioidni-analgetika-v-lecbe-chronicke-bolesti-5383/>

World Health Organization. 1969. Who Expert Committee on Drug Dependence. Geneva. [online]. [cit. 2023-02-15]. Dostupné z: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40710/WHO_TRS_407.pdf;jsessionid=091275AF7CB24F1B5894171FCDE3DB67?sequence=1

Zákonné normy:

Zákon č. 108 ze dne 31.3.2006 o sociálních službách (zákon o sociálních službách). In: Sbírka zákonů České republiky. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Anotácia

Táto bakalárska práca sa zaoberá drogovou problematikou. Konkrétne sa zameriava na proces resocializácie a na úskalia, ktoré s ňou sú spojené. Cieľom je zistiť, s akými problémami sa najčastejšie ľudia po liečení stretávajú a prečo ich resocializácia nebola úspešná. Práca je rozdelená do dvoch častí. Teoretická časť definuje drogy, drogovú závislosť a vymedzuje možnosti, ktoré majú drogovu závislosť ľudia. Taktiež popisuje, čo je resocializácia. V praktickej časti sa zameriavam na konkrétnych ľudí, ktorí si liečením a procesom resocializácie prešli. Zameriavame sa hlavne na problémy a prekážky, s ktorými sa po liečení stretli. Snažím sa nájsť podobné alebo rovnaké znaky, ktoré stáli v ceste väčšine užívateľov. Myslím si, že práca môže byť dobrým pohľadom do problematiky resocializácie. Taktiež sa môžeme ako spoločnosť zamyslieť, ako daným ľuďom cestu opätovnej resocializácie uľahčiť.

Kľúčové slová: drogy, drogová závislosť, resocializácia, možnosti liečenia, prevencia

This bachelor's thesis deals with drug issues. Specifically, it focuses on the process of resocialization and the pitfalls associated with it. The goal is to find out what problems people most often encounter after treatment and why their resocialization was not successful. The work is divided into two parts. The theoretical part defines drugs, drug addiction and defines the possibilities that drug addicts have. It also describes what resocialization is. In the practical part, I focus on specific people who have gone through treatment and the process of resocialization. We mainly focus on the problems and obstacles they encountered after treatment. I try to find similar or the same characters that stood in the way of most users. I think that the work can be a good insight into the issue of resocialization. We, as a society, can also think about how to make the path of resocialization easier for the given people.

Keywords: drugs, drug addiction, resocialization, treatment options, prevention