

**Univerzita Karlova**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



**Bc. Barbora Kotrlá**

**Matky uživatelky návykových látek a jejich motivace k nástupu do léčby  
v terapeutické komunitě**

Substance using mothers and their motivation for treatment in the therapeutic community

Diplomová práce

Vedoucí práce:

doc. PhDr. MUDr. Kamil Kalina, CSc.

Praha, 2019

## **Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, dne 25.4. 2019

Bc. Barbora Kotrlá

## **Identifikační záznam:**

KOTRLÁ, Barbora. *Matky uživatelky návykových látek a jejich motivace k nástupu do léčby v terapeutické komunitě [Substance using mothers and their motivation for treatment in the therapeutic community]*. Praha, 2019. 120 stran, 8 příloh, Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce doc. PhDr. MUDr. Kamil Kalina, CSc.

## **Poděkování:**

Ráda bych poděkovala doc. PhDr. MUDr. Kamilovi Kalinovi, CSc. za jeho odborné vedení mé diplomové práce, za jeho trpělivý a vstřícný přístup a podnětné rady. Dále bych velice ráda poděkovala pracovníkům terapeutické komunity, že mi umožnili zrealizovat výzkumnou část této diplomové práce. Samozřejmě děkuji samotným klientkám, které se zúčastnily rozhovoru a vyplnily dotazníky ve svém volném čase. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině, manželovi a dětem za jejich podporu a pomoc po celou dobu mého studia a také při psaní diplomové práce.

## **Abstrakt**

**Východiska:** Naše moderní společnost už jako by byla schopna přijmout a tolerovat drogově závislé muže, ale závislé ženy se i v dnešní době potýkají s předsudky a jistým druhem opovržení ze strany společnosti. Gender problematika na poli závislosti je téma, kterému bychom měli věnovat naši pozornost. Mapovat motivaci a okolnosti, které ženy přivádějí do léčby, nebo naopak jim zabraňují léčbu nastoupit.

**Cíle:** Prvním cílem této práce bylo zmapovat právě ty okolnosti a motivaci, které přivádí klientky-matky spolu s jejich dětmi do léčby v terapeutické komunitě. Druhým cílem bylo zjistit, které specifické motivační determinanty klientky v léčbě udržují. Třetím cílem této práce bylo zjistit, která oblast dotazníku CMRS se na motivaci klientek podílí nejvíce.

**Metodika:** Sběr dat se uskutečnil v červenci a srpnu loňského roku v jedné konkrétní terapeutické komunitě. S klientkami byl veden polostrukturovaný rozhovor, následně vyplnily dva krátké dotazníky CMRS a DAST.

**Výzkumný soubor:** Výběrový soubor tvořilo 8 klientek terapeutické komunity ve věku 24-35 let, které byly zároveň matkami.

**Výsledky:** Z výpovědí dotazovaných respondentek vyplynulo, že nejčastějším motivem k nástupu do léčby bylo dítě. Buď hrozba jeho odebrání, či touha na jeho navrácení zpět do péče. Okolnosti, které předcházely nástupu do komunity, byl nejčastěji život na ulici, který klientky vnímaly jako velice nežádoucí situaci.

**Doporučení:** Po nastudování odborné literatury z oblasti drogově závislých žen – matek, motivace a z výsledků našeho výzkumu navrhuje tato opatření: Posilovat kompetentnost klientek jako matek. Brát zřetel na gender v rámci adiktologických služeb. Rozvoj a posilování citlivého a šetrného přístupu při práci s naší cílovou skupinou – uživatelky matky. Velkou výzvou u těchto klientek je také práce s relapsem a to především z důvodu, že otcové jejich dětí jsou obvykle uživatelé návykových látek, tudíž s nimi nelze zcela vyrušit kontakt.

**Klíčová slova:** Matky – uživatelky návykových látek, motivace, cyklický model změny, léčba závislostí, terapeutická komunita

## **Abstract**

**Purpose:** While our modern society seems to have learnt how to accept and tolerate drug-addicted men, drug-addicted women on the other hand are even typically confronted with prejudice and contempt from the part of society. We should pay more attention to gender problematics despite the addiction background. We should map the motivation and circumstances that could on one side convince women to addiction treatment and on the other side prevent them from taking treatment and completing it.

**Goals:** The first goal of this thesis was to map the circumstances and motivation that bring female clients – substance-using mothers with their children – to treatment in the therapeutic community. The second target was to find out which specific motivational determinants keep female clients in treatment. The third aim of this work was to find out which area of CMRS questionnaire is most involved in the motivation of clients.

**Research Methodology:** Research data collection took place in July and August 2018 in one particular therapeutic community. A semi-structured interview was conducted with clients followed by two short CMRS and DAST questionnaires.

**Research Target Group:** The target research group consisted of eight clients from the therapeutic community. All clients were mothers in the age of 24 – 35 years.

**Findings:** The respondents' testimonies clearly proved the child or children was the most frequent motive for treatment. Either the threat of removal or the desire to get him or her back into care. The most common preceding circumstances prior to entering the community were homeless life on the street which client-mothers perceived as very undesirable.

**Conclusion and Recommendation:** Having studied the professional literature on drug addicted women - mothers, motivation and applying the results of our research, following measures are recommended: Strengthen the competence of clients as mothers. Consider gender specifics also in addictology services. Develop and further improve a sensitive and considerate approach to working with the target group of drug substance using mothers. A relapse is a big challenge and a potential risk for such clients. It is hard to completely disturb the contact with fathers of children who are usually users of addictive substances as well.

**Key words:** Substance using mothers, motivation, cyclic model of change, addiction treatment, therapeutic community

## OBSAH

ÚVOD.....	9
1 ZNEUŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA NÁVYKOVÝCH A PSYCHOTROPNÍCH LÁTKÁCH .....	10
1.1 Důsledky užívání psychotropních látek.....	10
1.2 Syndrom závislosti .....	11
1.3 Příčiny vzniku závislosti .....	11
1.4 Typy závislostí na psychotropních látkách .....	12
2 ŽENY UŽIVATELKY NÁVYKOVÝCH LÁTEK.....	13
2.1 Matky uživatelky .....	15
2.2 Průběh těhotenství uživatelky návykových látek .....	16
2.3 Porod uživatelky návykových látek.....	17
2.4 Abstinenční syndrom novorozence .....	17
2.5 Kojení.....	18
3 MOTIVACE.....	19
3.1 Motivační teorie.....	21
3.1.1 Maslowova teorie hierarchie potřeb .....	21
3.2 Vlastnosti motivace .....	23
3.3 Motivace z pohledu problematiky závislosti.....	24
3.4 Specifika motivace matek-uživatelky návykových látek.....	25
3.5 Motivační rozhovory.....	25
3.6 Kruhový model změny dle Prochasky a DiClementa.....	27
3.6.1 Jednotlivé fáze kruhového modelu změny dle Prochasky a DiClementa.....	28
3.7 Schéma CMRS .....	32
4 TERAPEUTICKÁ KOMUNITA.....	33
4.1 Vliv vrstevníků jako podpora skupinového procesu změny .....	34
4.2 Režim terapeutických komunit.....	34
4.3 Fáze léčby v terapeutické komunitě .....	35
4.4 Specifické aspekty léčby žen.....	36
5 POPIS ZKOUMANÉ PROBLEMATIKY .....	38
5.1 Výzkumné otázky .....	38

5.2	Popis metodologického rámce a metod .....	38
5.3	Výzkumné nástroje .....	39
6	METODY ZRACOVÁNÍ A ANALÝZA DAT.....	41
6.1	Polostrukturovaný rozhovor.....	41
6.2	CMRS .....	41
6.3	DAST .....	42
7	ETICKÉ ASPEKTY A LIMITY VÝZKUMU .....	43
8	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	44
9	DISKUSE.....	65
10	ZÁVĚR.....	69
11	ZDROJE.....	71
12	PŘÍLOHY .....	76



# ÚVOD

Tato diplomová práce se věnuje problematice závislosti na drogách a to z pohledu uživatelk-matek. Drogová problematika je stále velice aktuální téma, kterému je třeba věnovat pozornost. Stejně tak jako genderové otázky v oblasti závislostí. Existují určitá specifika, která jsou spojená s uživatelkami návykových látek, a to také proto, že ženství s sebou přináší i možnost mateřství. Fenomén matky je v každém z nás hluboko a pevně zakořeněný a možná i právě proto nejsme schopni na matky uživatelky nahlížet bez předsudků. I to je jeden z důvodů, proč je třeba se tomuto tématu cíleně věnovat a soustředit na něj svou pozornost.

Dále se tato práce věnuje motivaci jako jedné z klíčových otázek v možnostech léčby závislostí. Na motivaci je třeba nahlížet jako na dynamicky se měnící mentální proces. V procesu dosažení stanoveného cíle nezůstává motivace konstantní, ale mění se v závislosti na osobě a prostředí a jejich vzájemné interakci.

Tato práce by se dala rozdělit na dvě hlavní části. První část popisuje ženy a matky užívající návykové látky a specifika těchto skupin. Dále se zde také věnujeme motivaci a možnostem léčby cílové skupiny v terapeutické komunitě. Je zde popsán režim a chod komunit jakožto bezpečného prostředí, ve kterém lze dosáhnout požadovaných pozitivních změn. Druhá část se věnuje vlastnímu výzkumu a mapuje motivaci a okolnosti, které přivedly matky závislé na drogách do léčby. Při výzkumu bylo naší snahou přistupovat ke každé klientce empaticky a bez předsudků. Klientky, které na výzkumu participovaly, pobývaly tou dobou v terapeutické komunitě, což je rezidenční zařízení poskytující dlouhodobou léčbu závislostí a celkovou sociální rehabilitaci.

# 1 ZNEUŽÍVÁNÍ A ZÁVISLOST NA NÁVYKOVÝCH A PSYCHOTROPNÍCH LÁTKÁCH

*„Závislost zpravidla přivádí postiženého člověka do tělesné, psychické a sociální bídý a vede často k předčasné smrti...ničí důstojnost, protože narušuje sebeúctu a rozvrací akceptování takového člověka sociální sítí.“(Rahn a Mahnkopf in Vágnerová, 2012).*

Společnost se odjakživa snažila najít možnost, jak uniknout svým problémům, dosáhnout pocitu štěstí, pohody, síly, fantastických zážitků, mimořádných schopností a inspirace. Lákavé vždy bylo prožít něco takového okamžitě bez vynaložení vlastního úsilí. Tuto variantu, nebo alespoň její iluzi, lidem pomohly poskytnout psychotropní látky. Přestože je všeobecně známo, že užívání návykových a psychotropních látek má velmi nepříznivé důsledky, společnost se jich nikdy nedokázala zcela zříci.

Pro tyto účely byly zprvu používány přírodní látky, později i uměle syntetizované. Každé historické období mělo svou drogu, která byla upřednostňována a časem si v této kultuře našla své místo. Společnost následně začala tolerovat jistou míru jejího užívání, protože se stala tradiční. V našich zeměpisných šířkách je takovou látkou alkohol. Někteří ji odmítají a jiní až nekriticky přijímají, často se její užívání stalo módou. Teprve postupně v průběhu času došlo ke stabilizaci postoje k této látce a názoru na její užívání. Každá společnost si vytváří vlastní normy, které sankcionují nežádoucí chování ve vztahu k různým drogám, s nimiž neumí zacházet, nezná hranice jejich rizika, které se nestaly součástí této kultury. Zákazy i jistá sociální stigmatizace mohou někdy naopak tendenci mladých lidí zkusit návykové látky posilovat, chtějí zjistit, co je tabuizováno (Vágnerová, 2012).

## 1.1 Důsledky užívání psychotropních látek

Za psychotropní látky označujeme takové látky, které mění psychický stav a prožívání subjektivně žádoucím způsobem. Důsledkem jejich užívání může být:

- **Akutní intoxikace** jako přechodná změna psychických i fyziologických funkcí. Takto změna může dosáhnout až charakteru poruchy.

- **Zneužívání** psychické nebo somatické změny vznikající v důsledku dlouhodobého užívání návykové nebo psychotropní látky. Konzumací látky, která má podobné účinky, můžeme označit za sebepoškozující chování.
- **Závislost na užívání psychotropní látky** Závislý člověk bude danou látku užívat i bez ohledu na to, jaké jsou negativní důsledky pro jeho zdraví. Závislost je onemocněním vedoucím k postupnému narušení tělesných, psychických i sociálních funkcí (Vágnerová, 2012).

## 1.2 Syndrom závislosti

Syndrom závislosti můžeme v praxi definovat jako soubor emočních, kognitivních, behaviorálních a somatických změn, které jsou následkem opakovaného užívání návykových a psychotropních látek. Závislost můžeme chápat jako životní styl, ve kterém dominuje preferenční zaměření na tuto látku. Projevuje se určitými příznaky, které přetrvávají po dobu 12 měsíců (Smolík, 1996).

- **Silná potřeba získat a užívat tuto látku** v novodobé terminologii bývá tento stav nazýván jako bažení – craving
- **Neschopnost kontroly a sebeovládání ve vztahu k užívání návykové nátky**
- Růst tolerance, potřeba stále většího množství a častějších dávek návykové látky
- Abstinenční syndrom, který je reakcí na snížení nebo vysazení návykové látky, může být i rozdílně intenzivní
- Potřeba drogy je dominantní, stranou jdou všech ostatní zájmy a potřeby. Jedinec vynaloží mnoho času, finančních prostředků a energie, aby potřebnou dávku získal, protože droga se stala nejvýznamnější hodnotou jeho života.
- Potřeba konzumace drogy přetrvává, i když závislý člověk ví o jejím škodlivém vlivu. Mnohdy mu užívání vadí, chtěl by jej omezit, možná dokonce přestat, ale nedokáže to.

## 1.3 Příčiny vzniku závislosti

Závislost na užívání psychotropní látky je multifaktoriálně podmíněnou poruchou. Na jejím vzniku se mohou podílet psychické a somatické vlastnosti jedince, ale i vlivy sociálního prostředí. Je potřeba diferencovat působení všeobecných sociokulturních faktorů, sociálních skupin, i situační podněty, kterými může např. být aktuální dostupnost drogy.

Interakce těchto faktorů pak určuje pravděpodobnost experimentace i míry rizika vzniku závislosti. Ze studií různých autorů vyplývá, že tendence k určitému způsobu prožívání, uvažování a reagování zvyšuje pravděpodobnost užití nějaké psychoaktivní látky a tím i vzniku závislosti (Gorman, 2001).

#### **1.4 Typy závislostí na psychotropních látkách**

Jednotlivé psychoaktivní látky mají rozdílné účinky a mohou vyvolávat rozdílné typy závislostí. Přesné rozlišení je obtížné a mnozí autoři tvrdí, že na buněčné úrovni jde o podobný mechanismus (Halgin, Whitbourne, 1994). Somatická závislost je definována jako stav adaptace biologických funkcí organismu na příslušnou psychoaktivní látku, často doprovázený zvyšující se tolerancí. Při vysazení drogy se projevuje abstinenčním syndromem. Ten může mít různé příznaky v závislosti na druhu látky, ale téměř vždy zahrnuje neklid, napětí a vegetativní potíže, jako je třes a zvýšené pocení (Rahn, Mahnkopf, 2000). Psychická závislost se projevuje „obtížně přemožitelnou touhou vzít svou dávku drogy“, potřebou užívat ji opakovaně a přesvědčením, že pokud by to neudělal, bude se cítit zle. Podrážděnost a úzkost vyvolává i pouhá představa že by svou dávku nezískal. Závislý jedinec se naučil takto reagovat a zafixoval si, že mu droga něco přináší (Dörner, Plog, 1999).

## 2 ŽENY UŽIVATELKY NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Genderové otázky na poli adiktologické problematiky se začínají poprvé ve větší míře objevovat koncem osmdesátých letch minulého století v zahraničních zdrojích. V letech devadesátých se toto téma otevírá i v našich společenských kruzích.

Kalina (2008) upozorňuje na skutečnost, že kulturní a společenská tabuizace užívání návykových látek vede ke skutečnosti, že se ženy často obávají společenského odsouzení, a bojí se tak vystoupit z anonymity a vyhledat odbornou pomoc. Výzkum Browna a spol. (1971) přinesl poznatky, že ve 45,9 % uvádí ženy fyzické komplikace a problémy jako hlavní důvod pro vstup do léčby, naopak muži tento důvod uvádějí pouze v 19,4 % případech (Vobořil, 2003).

Budeme-li hovořit o ženách jako uživatelkách návykových látek, setkáme se s řadou specifických problémů. Na jedné straně to budou faktory biologické, vyplývající z fyziologických rozdílů mezi mužem a ženou, a na straně druhé to budou faktory kulturní, spojené s určitou představou o ženské roli ve společnosti.

S tématem ženy a drogy je spojen i termín dvojí deviace. Ettore ve své publikaci „Women and Substance Use“ (1992) přináší zjištění, že žena-uživatelka návykových látek je společností vnímána jako dvojí deviant („double deviant“). Lidé ženu-uživatelku návykových látek vnímají jako problematickou osobu nejen pro samotné užívání, ale také pro to, že neuspěla v roli manželky a matky. To vede k tlaku vyvíjeného ze strany společnosti, který s sebou přináší reálná rizika v podobě strachu. Uživatelky se brání vystoupit z anonymity a zahájit adekvátní léčbu (Vobořil, 2003).

Mnohé výzkumy zaměřené na ženy uživatelky návykových látek popisují specifické problémy spojené s užíváním. U těchto žen se mohou objevovat hormonální dysbalance, problémy s menstruačním cyklem, plodností, těhotenstvím, kojením, menopauzou. Navíc samotné ženy udávají jedinečné důvody pro užívání návykových látek, jako je např. kontrola hmotnosti, zvládnutí bolesti či stresu, boje s únavou a vyčerpáním nebo potlačení psychických problémů.

Co se psychických problémů týká, udávají ženy uživatelky dvakrát vyšší míru depresivity než muži. Také je jejich subjektivní prožívání depresivnější a úzkostnější než u

mužů. Existují již studie, které nám říkají, že u žen vzniká závislost rychleji a po nižších dávkách, než je tomu u mužů. Na druhou stranu mívají ženy uživatelky méně konfliktů se zákonem (Kalina a kol., 2015).

Jak uvádí Kotková (2009, s. 56) „*podobnost v anamnézách lze sledovat u většiny závislých žen. Opakují se u nich podobné vzorce chování, které zažívaly ve své rodině. Často jako děti návykovou látku odsuzovaly, a přesto v pozdějším věku droze podléhají. Svůj podíl na závislosti má i dědičnost. Závislé ženy jsou často oběťmi psychického i fyzického násilí. Traumata z fyzického násilí, sexuálního a emočního zneužívání řeší užíváním návykové látky. Mají pocit nedostatku lásky v rodině, od partnerů či dětí. Chybí jim semknutost rodiny, pocit bezpečí*“.

U ženské klientely se také setkáváme s prostitucí a to ať přímou nebo nepřímou (tím, že se chovají účelově). Jsou to zajisté témata, která by se měla během léčby otevírat. Velmi častý jev, se kterým se setkáváme v léčbě závislých klientek, je určitá neúcta ke svému tělu a ženství. Těmto ženám také chybí dovednost navazovat zdravé a bezpečné vztahy (Kalina a kol., 2015). Ve Velké Británii proběhla řada studií, které přinášejí zjištění, že mezi prostituujícími ženami je až polovina žen užívajících návykové látky. Také poukazují na fakt, že tzv. „low class“ prostitutky užívají spíše opiáty, a naopak u prostitutek „high class“ se spíše objevují drogy stimulační. Tyto poznatky vedly mnohé výzkumné pracovníky k hypotézám a širokou veřejnost k obavám, že jsou to právě ony „low class“ prostitutky, které jsou pro společnost největším rizikem z pohledu přenosu HIV a hepatitidy. Jsou stigmatizovány a kriminalizovány ve větší míře než muži. Při bližším zkoumání toho jevu však docházíme ke zjištění, že skutečnost může být jiná, než jak nám ji prezentuje moralistická evropsko-americká společnost. Výše zmiňované ženy jsou opravdu vystaveny vyššímu riziku přenosu infekčních chorob, ale většina údajů napovídá, že u HIV je tomu naopak, častěji je přenášeno na prostituující ženy od mužské klientely. Tyto poznatky popírají soudobý společenský pohled obviňující tuto skupinu žen z vyšší rizikovosti oproti mužské skupině uživatelů. Tyto fakta nás také přivádí k hypotéze, že prostituující uživatelky návykových látek provozují častěji bezpečný sex, než je tomu u mužů uživatelů drog (Ettore, 1992 in Vobořil, 2003).

Dalším závažným tématem, se kterým se setkáváme, je problém zdravotnictví. Ženám jsou vysoce návykové benzodiazepiny předepisovány třikrát až čtyřikrát častěji než mužům, což vede k vysokému počtu závislých žen. Mezi nejčastější důvody pro předepisování těchto

léků patří potíže spojené s krizí v manželství či vysoké nároky kladené na ženy (Vobořil, 2003).

V populaci problémových uživatelů v Evropě se poměr mezi muži a ženami odhaduje na 2:1, v léčbě pak 4:1. Zaměříme-li se na hodnocení úspěšnosti a výsledky léčby, jsou na tom ženy srovnatelně jako muži (Radimecký, 2007).

Z Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2017 lze zjistit odhadované počty problémových uživatelů návykových látek. Z celkového počtu 47 800 uživatelů drog jich zhruba jednu třetinu tvoří právě ženy. Z toho vyplývá, že pokud jde o stimulancia, jde o počet 11376 uživatelek, v případě opioidů to je 4362 uživatelek.

## 2.1 Matky uživatelky

I v dnešní společnosti je genderová role ženy vnímána především jako role matky pečující o rodinu. Ženy, které bychom mohli označit jako problémové uživatelky návykových látek, nejsou schopny tuto roli řádně plnit. Se svými dětmi mívají většinou jen minimální kontakt a v péči o ně jsou nestálé. Nutno podotknout, že tyto ženy často samy pocházejí z nefunkčních rodin a jejich partneři jsou také často závislí. Společnost jako by tolerovala závislost u mužů více než u žen (Nepustil a kol., 2012).

V souvislosti s pohledem na matky – uživatelky drog, se Preslová zmiňuje: „*V průběhu let jsme se postupně učili nebát se toho, že naši mnohdy problémoví klienti přivádějí na svět děti, což bylo někdy mnohem obtížnější, než se smířit s tím, že kradou, prodávají drogy, apod. Fenomén matky je v každém z nás zabudován hluboko a niterně. Očekávání, osobní prožitky, postoje a zkušenosti s tím spojené nás na vědomé i nevědomé úrovni ovlivňují i tam, kde na to nejsme vnitřně připraveni. Naučili jsme se klientky neodsuzovat za užívání drog v těhotenství a za nezáměr o dítě, stejně jako neodsuzujeme ostatní klienty za to, že jsou závislí a berou drogy. Má to jeden prostý důvod: nikomu tím nepomůžeme.*“ (Preslová, 2009, s. 11).

Matky uživatelky jsou ze strany společnosti vnímány negativně a s velkou dávkou nedůvěry a to i v případě, že se taková matka rozhodne svou situaci řešit a o své dítě pečovat.

I tak je vystavena každodenní kritice a kontrole ze strany svých blízkých, sociálních pracovníků či zdravotníků. Na psychickém stavu takové ženy se tento neustálý nátlak podepíše v podobě pocitů viny a nezdaru. Pochybuje, zda je schopna svoji roli matky zvládnout. Tato nedůvěra v sebe samu bývá často překážkou pro vymanění se ze své minulosti a zařazení se zpět do tzv. normální společnosti (Preslová, n. d.). Preslová (2015) říká: „*Nepamatuju si uživatelku, která by si věřila, že je dobrá matka. Ony se bojí, že to nezvládnou, nezvládnou ten stres a často na něj nejsou ani vybavení a z péče o dítě utíkají.*“

## **2.2 Průběh těhotenství uživatelék návykových látek**

Ženy, které užívají návykové látky, mívají často poruchy menstruačního cyklu a to v podobě nepravidelné menstruace nebo amenorhei (nedostavení se menstruace). I proto závislé ženy často odhalí své těhotenství až v pokročilém stádiu (Kotková, 2009).

Uživatelky, které si aplikují návykové látky intra venózně, představují nejrizikovější skupinu z důvodu možné nákazy hepatitidou B, C a virem HIV. To je spojené s častým sdílením injekčního materiálu s dalšími uživateli v komunitě. Intra venózní užívání však s sebou přináší i další komplikace, jako např. flebitidy, flebotrombózy. Pro správný vývoj plodu je nutné, aby těhotná žena měla dostatečný příjem nutričně vyvážené potravy, což je obecně u uživatelů návykových látek často problém. Z pohledu správného vývoje plodu je nejdůležitější částí těhotenství první trimestr. Vzhledem k rychlému vývoji a růstu je plod v tomto období nejvíce ohrožen negativními vnějšími vlivy (Binder, Vavřínková, 2007). Těhotenství uživatelék je více ohroženo abrupcí placenty, prematuritou (předčasný porod) a IUGR (nitroděložní růstová retardace) (Day a Sanju, 2005). Stav zvaný preeklamsie (porucha, která se vyskytuje v pozdním stádiu těhotenství, pro kterou je charakteristické zvýšení krevního tlaku, otoky a může vyústit až v eklamtický záchvat ohrožující plod udušením) může nastat po akutní intoxikaci stimulanty (Day a Sanju, 2005). U žen, které během těhotenství užívají velké množství sedativ, může dojít u narození k deformaci obličeje, k malformaci prstů či psychomotorické retardaci (Hamplová, Sedláčková, Veselý, 2015).



## 2.3 Porod uživatelé návykových látek

Ženy závislé na drogách si často aplikují dávku před příjezdem do porodnice, což může vést ke komplikacím a znesnadnění průběhu porodu. Po užití stimulantů se mohou u plodu objevit poruchy srdečního rytmu. Po celou dobu porodu je nutné, aby byla rodička připojená na kardiokotograf, který snímá srdeční aktivitu plodu a kontrakce matky (Binder, Vavřínková, 2007). Blinick, Wallach, Jerez a Ackerman (1976) ve své studii popisují, že až 40 % těhotných uživatelé si aplikovalo heroin z důvodu tlumení porodních bolestí. U uživatelé drog se také často setkáváme s problémy při zajištění žilního vstupu, proto je nutné zavést kanylu co nejdříve po příjezdu do porodnice. V případě, že kanylu zavést nelze, je nutné zajistit vstup přes centrální žilní katétr. Pro rodičku i plod může být život ohrožující nástup abstinčních příznaků, který bývá doprovázen nižším průtokem krve dělohou, který zvyšuje riziko hypoxie plodu. Je tedy nutné těmto abstinčním stavům předcházet vhodnou substituční terapií. Při porodu dítěte drogově závislé matky je třeba věnovat speciální pozornost také analgezi. Tyto ženy hůře snášejí bolest a jsou často velice neklidné. Vhodnou metodou tišení bolesti je zavedení epidurálního katetru, ale to pouze v případě, že je při zavádění rodička schopná spolupráce. K celkové anestezii přistupujeme v případě akutního císařského řezu nebo u intoxikovaných klientek (Binder, Vavřínková, 2007).

## 2.4 Abstinční syndrom novorozence

S abstinčním syndromem novorozence (Neonatal abstinence syndrom – NAS) se setkáváme u dětí matek, které v průběhu těhotenství užívaly např. opiáty, stimulantia nebo kanabinoidy, a projevuje se poškozením nervového systému, gastrointestinálního traktu, respiračními a vegetativními poruchami (Stará, 2009). Objevuje se nejčastěji do 48 hodin po porodu a je doprovázen tremorem, hypertonusem, nekoordinovanými pohyby úst a očí, pronikavým a neutišitelným křikem, neklidem, poruchami spánku, intermitentní cyanózou, apnoe, neefektivním sáním, nízkým přírůstkem na váze, zvýšenou reakcí na zvuky a křečemi (Hamplová, Sedláčková, Veselý, 2015). Abstinční syndrom novorozence hodnotíme pomocí systému skórování dle Finneganové. Při dosažení skóre nad 8 bodů je třeba zahájit substituční léčbu (Stará, 2009).

Dle Staré (2009) se diagnostika abstinčního syndromu novorozence skládá ze čtyř důležitých částí:

- Anamnéza matky – zmapování délky závislosti, na jaké látce je žena závislá, kdy si aplikovala poslední dávku, popř. substituční léčba.
- Přítomnost klinických příznaků abstinčního syndromu – skórování dle Finneganové.
- Toxikologický screening –
  - a) u novorozence: moč, krev, smolka (v současné době je tato metoda považována jako jedna z neúčinnějších metod pro zjištění vlivu drog na plod ve 2. a 3. trimestru), vlasy, pupečnicková krev a tkáň;
  - b) u matky: moč, krev
- Laboratorní vyšetření – to provádíme z důvodu vyloučení jiného onemocnění, které může mít podobný klinický obraz jako abstinční syndrom.

Terapie abstinčního syndromu novorozence je podpůrná i farmakologická. S novorozencem potýkajícím se s abstinčním syndromem minimálně manipulujeme, zajistíme mu klidné a tiché místo. Polohujeme jej na břicho či pravý bok z důvodu snížení rizika aspirace (Binder, Vavřínková, 2007).

## 2.5 Kojení

Kojící žena užívající návykové látky vystavuje své dítě intoxikaci a abstinčnímu syndromu, protože většina drog je rozpustná v tucích a tím pádem se uvolňují do mateřského mléka. Kontraindikace kojení je HIV pozitivita, užívání kokainu, cracku a velkých dávek amfetaminů. Žena by neměla kojit hodinu až dvě po aplikaci drogy, protože v tu dobu je plazmatická koncentrace drogy nevyšší. Naopak za kontraindikaci nepovažujeme hepatitidu B a C. Kojící uživatelky by měly být poučeny o příznacích intoxikace a abstinčního syndromu, aby v případě nutnosti okamžitě vyhledaly lékařskou pomoc (Day, Sanju, 2005).

### 3 MOTIVACE

Slovo motivace má svůj původ v latině. Vychází ze slov *movent*, *movente*, *dojím*, *hýbat*, *pohybovat*, *měnit*. Na pojem motivace lze nahlížet z různých úhlů, stejně tak různě na něj nahlíží autoři odborných monografií, např. Plháková (2003, s. 319) definuje pojem motivace *„jako souhrn všech intrapsychických dynamických sil neboli motivů, které zpravidla aktivují a organizují chování i prožívání s cílem změnit existující neuspokojivou situaci nebo dosáhnout něčeho pozitivního“*.

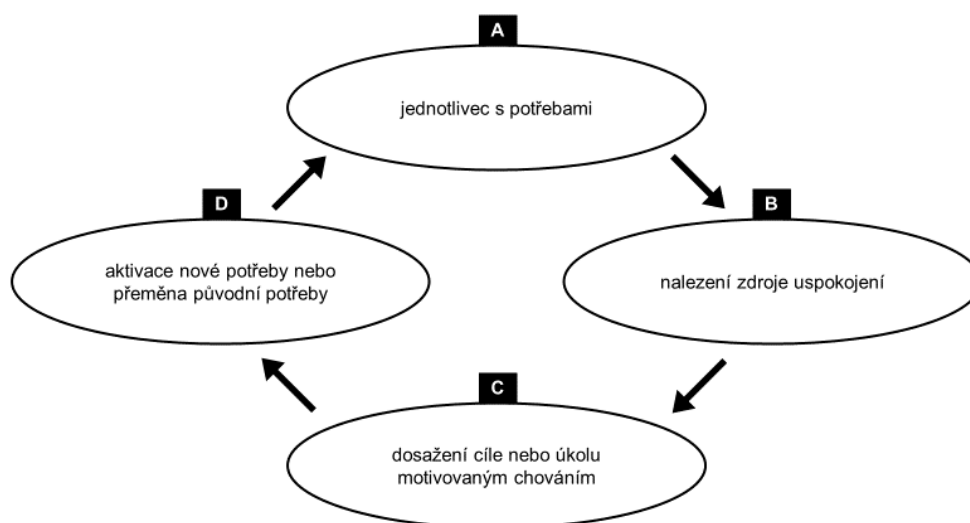
Pojem motivace se dává do souvislosti s procesem a aktivitami zaměřenými na dosažení určitých cílů (Schunk, Pintrich and Meece, 2008; in Ryan, 2012). V životě lidí je ústředním procesem. Mezi její vlastnosti řadíme směr, energii, vytrvalost a *equifinata* – princip, podle kterého existuje více různých cest pro dosažení požadovaného cíle (Deci and Ryan, 2000a).

Ryan a Deci (2000a) označují motivaci za ústřední otázku v oblasti psychologie. Považují ji za jádro biologické, kognitivní a sociální regulace lidského chování.

Mnozí autoři se shodují, že motivace se obecně snaží vysvětlit tři vzájemně související aspekty lidského chování: výběr příslušné akce, vytrvalost v ní a velikost vynaložené námahy. Názory odborníků na to, jak mediační procesy a faktory, skrze které motivace ovlivňuje lidské chování, se různí. I to je důvod, proč psychologie motivace přináší mnoho navzájem si konkurujících a překrývajících se teorií. Tento fakt je zcela pochopitelný, když vezmeme v úvahu, že motivační teorie se nám snaží vysvětlit komplexně něco tak složitého, jako je způsob přemýšlení a jednání jedinců, a tím nám vlastně odhaluje podstatu lidského chování (Dornyei, 2000). Heinz Heckhausen ve svých publikacích upozorňuje na velký problém spojený s motivační psychologií. Jedná se o různé pojetí a vnímání samotného pojmu „motivace“ od přání přes rozhodování a konání. K lepšímu pochopení navrhuje postup zaznamenávání událostí na časové ose, který nám umožní vidět motivační proces tak, jak se v čase děje (Heckhausen, Heckhausen, 2012).

K lepšímu pochopení lidské motivace nám pomůže zaměřit se na **proces motivace**. Jedná se o koloběh dějů od vzniku motivace, až po její naplnění a vzniku motivace nové.

### Schéma č. 1 - Konceptuální model motivace



*Pramen: Halepota, H. A. Motivational Theories and Their Application Construction, s. 15.*

Schéma č. 1 nám znázorňuje proces motivace a jeho průběh. Pod písmenem „A“ je zobrazen jedinec se svými aktuálními potřebami, jehož snahou je tyto potřeby naplnit. Písmeno „B“ je tento jedinec, který hledá zdroje a možnosti, jak by mohl své potřeby uspokojit. V písmeně „C“ se uskutečňuje naplnění dané potřeby, které je způsobeno motivací chování, kdy se jedinec dopracoval ke splnění svého cíle a svých úkolů. Písmeno „D“ znázorňuje poslední fázi motivačního procesu, který má cyklickou podobu. V momentě, kdy jedinec uspokojí své potřeby, objeví se potřeby nové a to povede jedince k jejich uspokojení (Halepota, 2005).

Motiv lze chápat jako určitou hnací sílu chovat se určitým způsobem nebo alespoň k takovému chování inklinovat. Může vycházet z člověka samotného, pak hovoříme o motivu řízeném potřebou. Může také vycházet z prostředí, pak se jedná o motiv řízený pobídkou, nebo může jít o jejich vzájemnou kombinaci (Heckhausen, Heckhausen, 2012). Na motiv můžeme nahlížet jako na potřeby, hodnoty, ideály, cíle či pudy. Elliott and Trash (2002) ve své práci rozdělili motivy do dvou základních skupin, a to na motivy pozitivní,

které v nás budí pocity libosti a naší snahou je se jim co nejvíce přiblížit, a na motivy negativní, které se snažíme eliminovat.

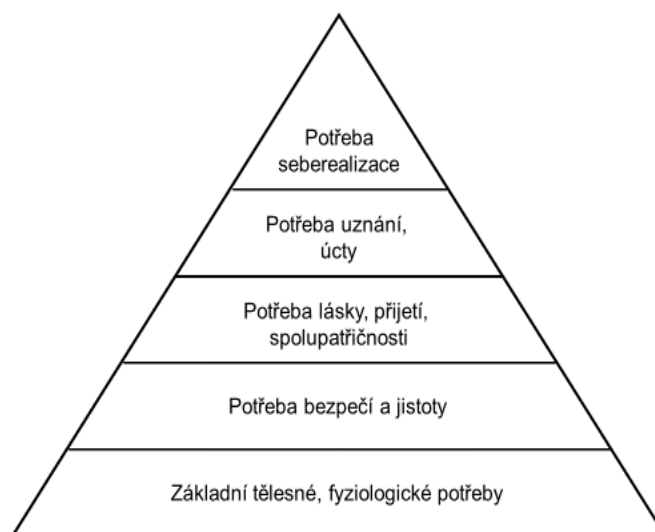
### 3.1 Motivační teorie

Budeme-li se snažit pochopit lidské chování, musíme se zaměřit především na to, co člověka k danému chování motivuje. Existuje řada teorií, které se nám snaží lidské chování vysvětlit. Jedna z nejcitovanějších motivačních teorií je Maslowova hierarchie potřeb.

#### 3.1.1 Maslowova teorie hierarchie potřeb

Jednou z nejnámějších motivačních teorií je Maslowova teorie hierarchie potřeb, která je založená na lidských potřebách. Maslow vycházel ze své dlouholeté klinické praxe a klasifikoval lidské potřeby od těch nejnižších – základních až po ty nejvyšší. V zásadě věřil, že jakmile je určitá úroveň potřeby uspokojená, již nadále neslouží jako motivační faktor. Následně pak musí existovat další, vyšší úroveň potřeb, aby byl člověk dále motivován. Maslow rozdělil lidské potřeby do pěti úrovní (Madsen, 1979).

#### Schéma č. 2 Maslowova pyramida potřeb



*Pramen: Madsen, K. B.: Moderní teorie motivace, s. 78.*

## **1. Základní tělesné, fyziologické potřeby**

Jsou to potřeby, které se týkají přežití a udržování lidského života. Mezi tyto základní potřeby tedy řadíme vzduch, vodu, jídlo, přístřeší apod. Jejich naplnění či naopak nenaplnění má obrovský vliv na lidské chování. Tyto základní lidské potřeby je třeba naplnit alespoň z části, částečné naplnění vyvolá postup k potřebám vyšším, jakmile jsou fyziologické potřeby naplněny, nepředstavují již základní motivaci.

## **2. Potřeba bezpečí a jistoty**

Po uspokojení fyziologických potřeb přichází na řadu potřeby bezpečí a jistoty. Sem řadíme např. potřeby ekonomické jistoty nebo ochranu před fyzickými hrozbami vnějšího světa. Naplnění těchto potřeb vyžaduje již více úsilí. Stejně tak jak tomu bylo u potřeb fyziologických, dojde-li k naplnění potřeb bezpečí a jistoty, přestanou být pro člověka motivační silou.

## **3. Potřeba lásky a sounáležitosti – sociální potřeby**

Člověk je bytost společenská. Pro lidi je přirozené navazovat vztahy. Vyhledávat společenskou interakci s jinými lidmi a integrovat se. V rámci moderní společnosti i proto většina lidí preferuje práci v kolektivu.

## **4. Potřeba uznání, úcty**

Tyto potřeby se týkají sebeúcty a sebevědomí. Řadíme sem takové potřeby jako např. potřebu vzdělávat se, potřebu nezávislosti či dosažení kompetence. Plnění požadavků na úctu vede k sebevědomí, psychické síle a odolnosti a ke schopnosti být ve společnosti užitečný. Nenaplnění těchto potřeb vede k pocitům méněcennosti, slabosti a bezmocnosti.

## **5. Potřeba seberealizace**

Dle Maslowa je to nevyšší lidská potřeba. Pokud nejsou nižší potřeby uspokojeny, nemůže dojít k uspokojování těch vyšších. K uspokojení této potřeby nemusí nikdy dojít.

### **3.2 Vlastnosti motivace**

V zásadě lze říci, že motivace má vlastnosti kvalitativní i kvantitativní. Názor, že chování ve vztahu ke změně má podobu pouze motivovanou či nemotivovanou, je již překonán.

Zásadní rozlišení motivace je dělení na motivaci vnitřní a vnější.

#### **Vnitřní (intrinsická) motivace:**

Dle Plhákové (2003) se jedná o motivaci, která řídí lidské chování a prožívání bez očekávání vnější odměny. Vede jedince k aktivitám, které jsou uspokojující samy o sobě. Mezi tyto aktivity lze zařadit hru, vědecké bádání, uměleckou tvorbu. Jádrem vnitřní motivace je člověku vlastní přirozená touha po novosti a rozptýlení, dokazování si své schopnosti řešit problémy, řídit svůj život aj.

#### **Vnější (extrinsická) motivace:**

Plháková (2003) tuto motivaci popisuje jako aktivitu jedince, kterou jedinec vykonává za účelem získání určité odměny.

Ryan a Deci (2000b) uvádí, že většina lidského chování není motivována vnitřně. Většina lidského chování v dospělosti není spontánní. I přesto je takové chování žádoucí z důvodu socializace a integrace jedince do společnosti. Ryan a Deci přináší Self-determination theory (Teorii sebeurčení), která přináší poznání, že existují vnitřní potřeby jedince, jako je sebeurčení, přidruženost a kompetence v biologickém kontextu, a ty pomáhají organismu adaptovat se na vnější prostředí. Dochází k učení internalizace chování s čím dál tím více vzdálenými pobídkami, které mohou být postupem času zcela odstraněny. V ten moment jedinec porozumí důležitosti samotného chování, což je integrováno do struktury sebeurčení. Hodnoty společnosti jsou v tu chvíli přijaty jako hodnoty vlastní. Zvyšování autonomie, kompetence a pevných vztahů zaručuje optimální fungování procesu internalizace (Simoneau and Bergeron, 2003).

### 3.3 Motivace z pohledu problematiky závislosti

Z počátku odborníci nahlíželi na závislost pouze z pohledu psychické a fyzické závislosti, snažili se pochopit chování závislých jedinců, kladli si otázku, proč pokračují v užívání, i když si uvědomují negativní dopady svého chování. Postupem času se zaměřili spíše na motivaci, které je zapotřebí k zastavení užívání, a na problematiku relapsu. Do popředí zájmu se dostává proces změny, který je chápán jako důležitý faktor u uživatelů návykových látek a to především ve fázi zahájení nebo ukončení léčby (Prochaska, DiClemente, 1984; in DiClemente, 1999). Proces motivace ke změně chování a k léčbě se stává jedním z klíčových témat výzkumu na poli adiktologické problematiky.

Abychom pochopili motivaci klienta, je třeba vždy zvažovat konkrétní osud a zkušenost člověka. Obecně rozlišujeme tyto čtyři úrovně motivačních faktorů (Miovský, 2003):

1. Zdravotní a psychické
2. Sociálně-psychické
3. Sociální
4. Trestně-právní

Je třeba si uvědomit, že všechny tyto úrovně se navzájem prolínají a nelze je od sebe zcela oddělit. V našem případě jsou seřazeny odshora dolů podle kvality pro potencionální zahájení léčby. Obecně lze říci, že pokud klient nijak netrpí, není mu fyzicky či psychicky zle, nemá bolesti atd., nemívá většinou mnoho důvodů k nástupu do léčby. Velice důležitá je míra reflexe (tj. uvědomění) těchto problémů a dopadů. Ti klienti, kteří si uvědomují problémy, které jim užívání drogy přináší, jsou obvykle více motivováni k léčbě. V tomto případě je klíčový moment vnímání a hodnocení problémů, které by měly vadit klientovi samotnému a měl by je vnímat jako ohrožující, nepříjemné a nežádoucí. Motivační faktory jako rodina, partner, zaměstnavatel aj., které nejsou klientovi vlastní, nepřinášejí kvalitní motivaci ke změně. Za nejméně kvalitní vstupní motivaci lze označit povinnou, soudem nařízenou léčbu, která je klientovi ukládána po konfliktu se zákonem. Tento typ léčby se ukazuje jako nejméně efektivní a současně nejvíce náročný na umění terapeutů probudit v klientovi jeho vlastní motivaci ke změně (Miovský, Bartošíková, 2003).



### 3.4 Specifika motivace matek-uživatelék návykových látek

Na těhotenství a mateřství uživatelék návykových látek lze nahlížet dvojím způsobem. Na jedné straně lze tyto skutečnosti chápat jako motivační faktor a na straně druhé to může představovat i překážku pro vstup do léčby. Statistiky však hovoří ve prospěch žen. Ty vstupují do léčby dříve než muži. Budeme-li hovořit o ženách s dětmi, které procházejí léčbou, jsou úspěšnější než všichni ostatní (NTA, 2007 in Nepustil a kol., 2012). Nevšimal a Frouzová (2007) poukazují na to, že závislé ženy nebo matky s dětmi upřednostňují ambulantní a krátkodobé léčebné programy. Do rezidenční léčby vstupují častěji mladší uživatelky, pro které je charakteristický nižší pocit zodpovědnosti za svůj život. Tyto ženy mají často špatné rodinné zázemí, nezdravé partnerské vztahy a nízké sebevědomí. Jsou to matky, které čelí hrozbě soudního odebrání dítěte, mají zkušenost s kriminální činností a nezhřídky mají soudem nařízenou léčbu jako následek užívání návykových látek nebo jiné nelegální zacházení. Motivaci matek-uživatelék návykových látek lze charakterizovat jako „pasivní“. Jedná se tedy o takovou motivaci, která je vnějšími sekundárními dopady abúzu návykových látek.

Motivace matek uživatelék návykových látek (Nevšimal a Frouzová, 2007):

- Hrozba odebrání dítěte z péče nebo naděje získání dítěte zpět do péče
- Zajištění bydlení, stravy a celkově vhodného prostředí pro dítě
- Tlak rodiny či partnera
- Selhání v jiném programu
- Snaha začít žít lepší život a postarat se o dítě
- Hrozba odnětí svobody, soudně nařízená léčba

### 3.5 Motivační rozhovory

Jedním ze základních pilířů léčebného procesu závislosti jsou motivační rozhovory. Ty lze chápat jako poradenský přístup orientovaný na klienta. Tento přístup je zaměřený na pomoc klientům řešit jejich ambivalenci a dále pak podpořit vnitřní motivaci ke změně chování. V adiktologickém pojetí nám jde zejména o motivaci k nástupu do léčby, přestat brát drogy nebo změnit své problémové chování (Kalina a kol. 2015).

Principy motivačních rozhovorů lze chápat jako určité roviny, na kterých s klientem pracujeme, a vodítka, kterých se při práci držíme. Vyjadřování empatie a sounáležitosti vede k navázání kvalitního terapeutického vztahu, což lze označit jako princip číslo jedna. Základem je pozorné naslouchání klientům. Terapeut se snaží porozumět jejich vnímání světa a získat podstatné informace, aby mohl adekvátně posoudit v jaké fázi změny se klient aktuálně nachází, pochopit, proč o změně uvažuje a jaké okolnosti udržují jeho aktuální chování. Velice důležité je, aby si terapeut neustále ověřoval, zda klientovi rozumí správně, a poskytoval mu tím i zpětnou vazbu.

Jako druhý princip označujeme tzv. rozvíjení rozporů. Terapeut napomáhá klientovi uvědomit si rozpory mezi tím, co říká, že chce, a tím, jak se ve skutečnosti chová a jedná. Naší snahou je, aby to byl právě klient sám, kdo se konfrontuje s vlastní situací. Terapeut by se měl věnovat oběma stranám ambivalence.

Třetím principem bychom mohli označit snahu vyhnout se napravovacímu reflexu. Napravování, argumentování ve prospěch změny vyvolává reflex obhajování opačné strany argumentu. V takovém případě klient uvádí důvody, proč by měl v aktuálním stavu setrvat.

Čtvrtý princip vychází z poznatků o předpokladech změny. To znamená, že se snažíme v klientovi podpořit pocit vlastní schopnosti dosáhnout změny. Pomáháme klientům vidět svoje předchozí úspěchy a také se jim snažíme ukázat, jak se z předchozích neúspěchů poučit. Hledáme vhodné způsoby, kterými je možné uskutečnit změnu. Stanovujeme dosažitelné cíle.

Na motivační rozhovory nelze nahlížet jako na způsob, jak s klientem manipulovat. Klienta nekonfrontujeme, respektujeme ho jako člověka ve všech jeho aspektech. Klademe důraz na jeho potřeby, nesnažíme se uplatňovat edukativní přístup. Mezi základní techniky vedení motivačních rozhovorů patří reflektivní naslouchání, používání otevřených otázek, oceňování, shrnování a informování (Kalina, 2015).

### 3.6 Kruhový model změny dle Prochasky a DiClementa

Kruhový model změny byl poprvé popsán v roce 1983 Jamesem Prochaskou a Carlem DiClementem. Skládá se z několika fází, kterými jedinec v procesu změny prochází. Tento model hraje klíčovou roli pro pochopení relapsu u závislého chování (Kalina, 2013). DiClemente (2003) poukazuje nejen na využití při práci s prevencí relapsu, ale také při vedení motivačních rozhovorů, které budou v každé fázi změny vyžadovat jiný přístup. V rámci tohoto modelu nahlížíme na motivaci jako na aktuální stav jedince nebo jeho momentální připravenost ke změně. Tento vnitřní stav je ovlivněn vnitřními faktory.

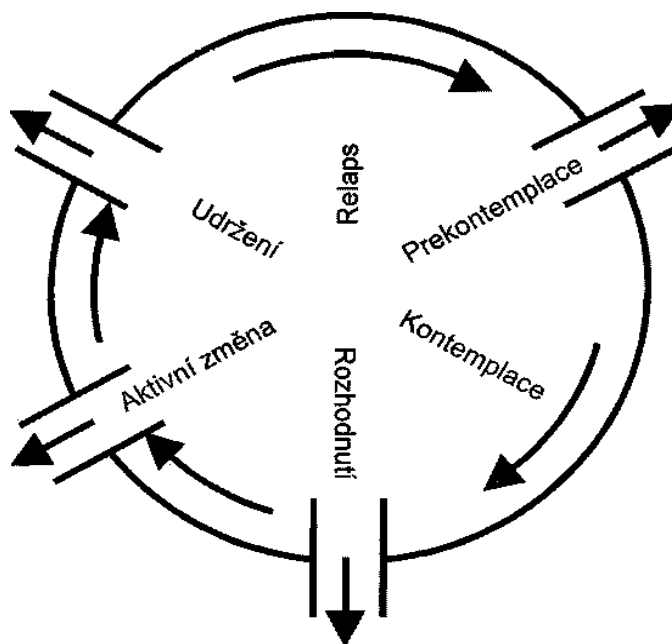
DiClemente (2003) přirovnává práci terapeuta k práci porodní asistentky. Jeho úkolem je provést jedince, pár či celou rodinu jednotlivými fázemi procesu změny. Tato změna má vždy jedinečný průběh a vyžaduje individuální přístup.

Prochaska (1992) poukazuje na to, že ke změnám u lidí dochází tehdy, když se ve správnou dobu realizuje správný a vhodný proces. Se stupněm klientovy motivace v jednotlivých fázích procesu změny by měla být spojená vhodná intervence tzv. „párování potřeb“. Úkolem terapeuta je tedy správně určit, ve které fázi se klient aktuálně nachází, a následně zvolit vhodnou intervenci.

DiClemente (2003) poukazuje na to, že tento model se dá aplikovat na různé typy chování. Ať už se jedná o nadměrné pití alkoholu, poruchy příjmu potravy, špatné komunikaci v manželství, kouření či nízké sebevědomí, struktura změny je stejná.

Dle Winigaratnea (2008) je tento kruhový model názornější než modely lineární, což umožňuje optimističtější přístup ke změně chování. V případě, že jedinec „zrelapsuje“, může znovu vstoupit do cyklu a znovu tímto cyklem procházet, než dosáhne požadované změny ve svém chování.

Obrázek č. 3: Kruhový model změny



*Pramen: Kalina K. a kol. Kruhový model změny (Prochaska a DiClementi, Klinická adiktologie, kap. 29*

### 3.6.1 Jednotlivé fáze kruhového modelu změny dle Prochasky a DiClementa

#### - Fáze prekontemplace (předzvažování)

Užívání návykové látky v tomto stádiu klient nevnímá jako svůj problém, který by měl řešit. Daná situace mu vyhovuje a je přesvědčený, že má své užívání plně pod kontrolou a kdyby chtěl, může s užíváním kdykoliv přestat. Drogy si vychutnává a v jejich užívání vidí pouze pozitivum. Své chování dokáže velice dobře zracionalizovat. Někdy se mohou objevit určité pochybnosti a myšlenky na změnu.

Dle Millerové (2001) si jedinec v této fázi problém neuvědomuje a pokud ano, tak pouze ve velice omezené míře, byť druzí lidé si mohou být problému plně vědomi. Pro tuto fázi je typická rezistence (Prochaska, 2002).

Klienty nacházející se v této fázi nemá smysl motivovat ke změně či úplné abstinenci. Naším úkolem je s těmito klienty neztratit kontakt a nabízet služby minimalizující rizika užívání. Dále se snažíme vyvolat pochybnosti o návykovém chování.

V této fázi lze klienty označit jako „klienty odporu, tedy ty, co popírají svůj problém“ (Miller, Rollnick, 2004). Direktivní přístup a poskytování doporučení a rad může být v této fázi spíše kontraproduktivní (Rollnick, MacEvan; in Miller, Rollnick, 2004). Terapeut by měl být zdrojem informací a zpětné vazby, aby si klient uvědomil své problémy.

DiClemente (2003) popisuje čtyři základní postoje ve fázi prekontemplace: nerozhodnost, rebelství, rezignace a racionalizace.

Nerozhodní lidé ve fázi prekontemplace buď nemají dostatečné informace nebo z pouhé setrvačnosti nechtějí o změně přemýšlet. Pro rebely je typické, že do svého chování vkládají spoustu energie, působí nepřátelsky a mají problém s tím, když jim někdo radí a říká, jak se mají chovat a co dělat. Rezignovaní jsou svým chováním opakem rebelů. Je pro ně typický nedostatek energie a zacílení. Na cestě za změnou vidí nepřekonatelné překážky. Změna je pro tuto skupinu nedosažitelný cíl a svou situaci vidí beznadějně. Lidé, kteří svou situaci racionalizují, mají tam, kde mají rezignovaní pustinu a prázdno, pohotové odpovědi na všechny otázky. Tato skupina klientů o změně neuvažuje, má spoustu důvodů, proč své chování neměnit (DiClemente, 2003).

Kalina (2013) uvádí, že fáze prekontemplace se nedá ztotožňovat s nulovou motivací. Možná změna je nasnadě, ale klient se však ještě nerozhodl o ní uvažovat. Klient ještě není ten, koho by se možná změna mohla týkat, ale může prožívat určitou nespokojenost a stejně neurčitou naději.

#### - **Fáze kontemplace (zvažování)**

Největší rozdíl oproti předchozí fázi je, že klient je schopen si výskyt problémů dát do souvislosti s užíváním návykových látek. Toto užívání klientovi stále přináší uspokojení, ale zároveň v něm rostou pochybnosti a obavy z vývoje stávající situace. Charakteristickým znakem této fáze jsou pocity ambivalence. Klient o změně přemýšlí, ale zároveň ji odmítá. Zvažuje možné zisky a ztráty, výhody a nevýhody vyplývající ze změny. Pro jedince

nacházející se v této fázi je běžné vyhledávání terapeuta. V této chvíli se otevírá prostor pro motivační rozhovory (Miller, Rollnick, 2004).

Dle Kaliny (2008) je vhodné v tuto chvíli posilovat v klientovi pocit sebedůvěry a rozhodovací kompetence. Terapeut by měl u klienta rozvíjet rozpor a motivovat ho k pozitivním změnám. To by mělo mít dobrý vliv na jeho sebevědomí v případě, že se je daří realizovat a udržet.

Pro tuto fázi je typické, že klient zvažuje, co ho bude vyřešení problému stát ve smyslu úsilí a energie, kterou bude muset vynaložit. Také přemýšlí nad tím, co mu změna přinese do života.

Di Clemente (2003) popisuje tuto fázi jako paradoxní moment v procesu změny. Pouhý fakt, že klient je ochoten o změně uvažovat, nám dává naději na pozitivní změnu. Na druhou stranu je také možné, že se v této fázi stane ambivalence chronickou záležitostí a to naopak vede k pocitům frustrace.

#### **- Fáze rozhodnutí (příprava na změnu)**

Tato fáze bývá popisována jako brána do krajiny možností, která se otevírá na určitou dobu. Proces změny pokračuje v případě, že klient postoupí k činům. V této fázi rozhodování je prací terapeuta víc než samotná motivace klienta hledání konkrétního, přijatelného, efektivního a dostupného postupu (Miller, Rollnick (2004). V případě, že se klient nerozhodne, vrací se zpět do fáze kontemplace.

Dle Kaliny (2008) je motivování klienta ve „fázi odhodlání“ zcela žádoucí a velice potřebné. Svou situaci se klient odhodlal změnit, ale ve svém okolí se mu nemusí dostávat příliš potřebné podpory. Terapeut by měl přijít s konkrétním postupem, který povede k dosažení stanoveného cíle. Tato fáze je charakteristická velkou mírou spolupráce ze strany klienta, jeho odhodláním svou životní situaci změnit a podstoupit léčbu.

Dle DiClementea (2003) je pro fázi rozhodování typická snaha učinit ty správné kroky, které povedou klienta k zastavení problémového chování a vykročení správným směrem.

### - **Fáze akce**

Do této fáze se klient dostane v momentě, kdy rozpor dostatečně zesílí. Klíčovou roli hraje vztah mezi terapeutem a klientem, který by měl být založený na důvěře a respektu. Cílem této fáze je realizace změny problémového chování. Terapeut doprovází klienta těmito pozitivními změnami.

Dle Millerové (2011) klient v tomto stádiu vynakládá spoustu energie a času na realizaci změny svého dosavadního chování, toto je patrné i pro lidi v klientově okolí.

### - **Fáze udržování**

Vytvoření nového vzorce chování, který je pro změnu nezbytný, chvíli trvá. Nový model se nevytváří ani snadno ani automaticky. Další neméně důležitou fází, která následuje po fázi akce, je fáze udržování. Nové chování si klient již zažil a riziko návratu k původnímu nežádoucímu chování či relapsu již nepředstavuje akutní hrozbu.

Kalina (2008) popisuje, že v této fázi dokáže klient žít bez návykové látky a vrací se zpět do běžného života bez drog. Udržet si tuto pozitivní změnu není pro klienta jednoduché. Do této chvíle byl doprovázen terapeutem, který mu pomáhal čelit tvrdé realitě. Nyní však přichází čas, aby se klient vrátil do prostředí, které stále vnímá jako ohrožující. Klient by měl stále využívat strategie k udržení pozitivní změny a prevenci relapsu (upevňování žádoucího životního stylu, vyhýbání se rizikovým lidem a místům).

V této fázi je zapotřebí zachovat změnu, které klient dosáhl v předchozím stádiu, a vyvarovat se relapsu (Marlatt, Gordon, in Miller, Rollnick, 2004).

Dosažení pozitivní změny ovšem nezaručuje, že klient nepostoupí do fáze relapsu. Klientova mysl je naplněna dobrými předsevzetími, může však dojít k regresi a krokům zpět.

V této fázi terapeut pracuje s klientem na prevenci relapsu. Dosaženou změnu chování by si klient měl udržet nejméně šest měsíců, abychom mohli mluvit o postoupení do další fáze, a to do fáze ukončení. Zde hovoříme o tom, že požadovaná změna nastala a není již potřeba více pracovat na prevenci relapsu. Dle Millerové (2011) nelze tuto fázi aplikovat na klienty, kteří se nevyrovnali se svou ambivalencí ohledně užívání návykových látek.

## - **Fáze relapsu**

Toto je fáze, kdy klient selhává. Klient se může vrátit do první fáze, kdy o pozitivní změnu nestojí a jeho chování mu vyhovuje. Důležitým krokem je zastavit „syndrom porušení abstinence“, což je běžná reakce na selhání. K relapsu může dojít v jakékoliv fázi tohoto cyklického modelu procesu změny. Klienti mohou pociťovat neočekávané a neodolatelné nutkání k relapsu, kterému neodolají. Příčin může být spousta, např. testování sám sebe nebo přílišné uvolnění.

Miller, Rollnick (2004) uvádějí, že uklouznutí a relaps jsou zcela běžné, normální a očekávané události v procesu změny, kdy se klient snaží změnit dlouhodobý návyk. Práce terapeuta je zamezit demoralizaci, pomoci obnovit záměr a odhodlání a podpořit akci.

**3.7 Schéma CMRSDe Leon (2000)** popisuje motivaci jako součást komplexu, který se skládá z vnějších okolností, vnitřní motivace, připravenosti k léčbě a vhodného párování potřeb klienta s typem léčby. Tato škála byla aplikována v řadě studií u klientů, kteří nastupovali do léčby v terapeutické komunitě. Vyšlo najevo, že pro udržení v léčbě má nejzásadnější vliv vnitřní motivace a připravenost.

C – circumstances (vnější okolnosti) – vyjadřuje tlak vnějších okolností, které na klienta působí, ten však nemusí být vnitřně motivován.

M – motivation (vnitřní motivace) – představuje vnitřní motivaci klienta, který je motivován provést osobní změnu, nemusí však být připraven nastoupit do léčby.

R – readiness (připravenost) – vyjadřuje připravenost klienta k nástupu do léčby, nemusí však jít o ten správný typ léčby.

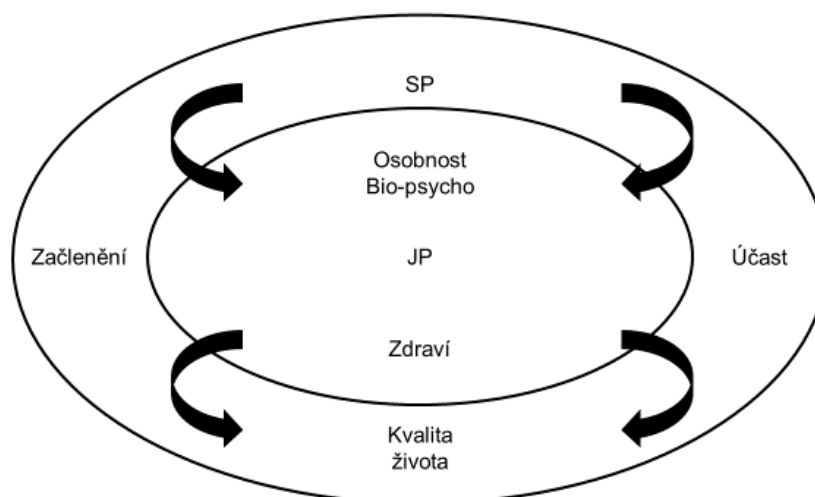
S – suitability (vhodnost) – klient se ztotožnil s daným typem léčby, který vnímá jako vhodný a vyhovující jeho potřebám.



## 4 TERAPEUTICKÁ KOMUNITA

Terapeutické komunity pro léčbu závislostí jsou rezidenční zařízení, kde panuje otevřená a neformální atmosféra. Léčba je zaměřená na abstinenci a sociální rehabilitaci (Kalina, 2008). Jednou z hlavních perspektiv terapeutických komunit je to, že je složená z vrstevníků, kteří jsou pozitivními vzory pro nastartování osobní změny. Pod vedením personálu, který poskytuje racionální autoritu a průvodce, jsou důležitým vodítkem v procesu zotavení (De Leon, 2010). Terapeutické komunity pracují s bio-psycho-sociálním modelem přístupu k nemoci i uzdravení klienta (Kalina, 2008). Bio-psycho-sociální model chápe závislost a postižení jako výsledek interakce.

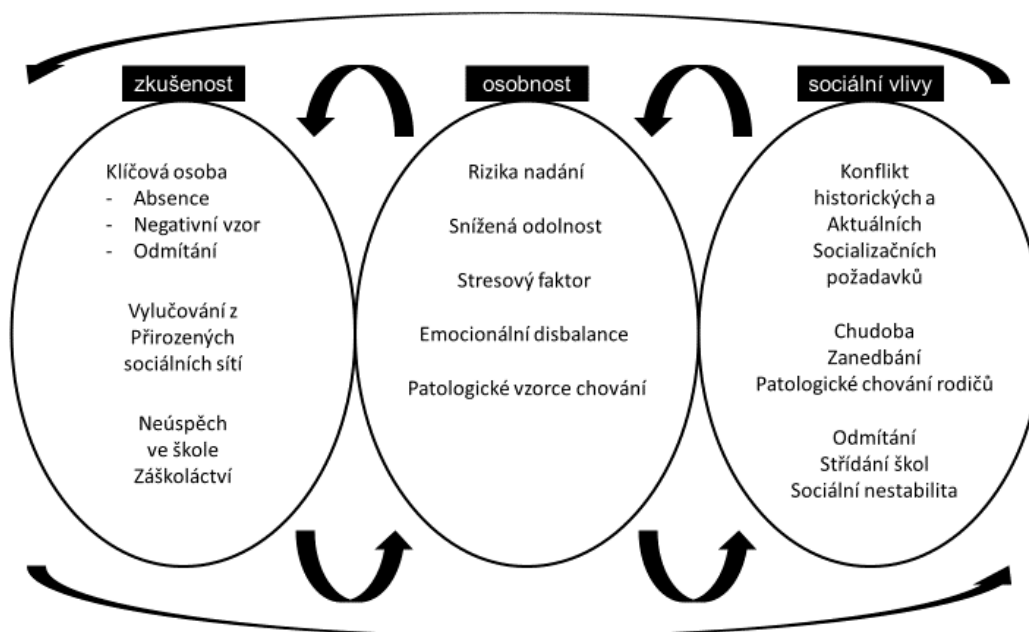
**Schéma č. 3 Bio-psycho-sociální model funkčnosti**



*Pramen: WHO, ICF, 2001*

Hlavní prioritou tedy není sama abstinence od návykových látek, ale kompletní proměna životního stylu a identity klientů. Potlačením negativních vzorců myšlení, cítění, chování jakožto symptomů návykového chování dochází ke ztrátě potřeby užívání návykových látek. Celý tento přístup ke klientovi vychází z triády rizikových faktorů, které jsou spouštěči poruchového a návykového chování

#### Schéma č. 4 Triáda rizikových faktorů ve vývoji poruchy chování



*Pramen: Presová, J.: Školní vztahová síť jako riziko vývoje poruch chování*

#### 4.1 Vliv vrstevníků jako podpora skupinového procesu změny

Vrstevnická skupina je důležitým pomocníkem v rozvoji sociálních dovedností a norem. V této perspektivě jsou účastníci terapeutických komunit důležitým terapeutickým potenciálem nejen pro druhé, ale i sami pro sebe (Malivert a kol., 2012). Od začátku programu je na klienty kladen důraz na osobní zodpovědnost za své vyléčení, proto je vyžadována abstinence od alkoholu, návykových a psychotropních látek. Je nutné, aby si klient vzdal užívání drog díky vlastnímu rozhodnutí, a to z důvodu, že pobyt v terapeutických komunitách je dobrovolný a klient může skupinu kdykoliv opustit (De Leon, 2000).

#### 4.2 Režim terapeutických komunit

Režim v TK probíhá velmi obdobně jako v normálním životě (tzn. běžné denní aktivity, práce, vaření, vzdělávání a volný čas). Režim je navíc obohacen o různé formy psychoterapií, nácviků a komunitních setkávání. Program je co nejvíce zaměřen na snahu o kolektivní sdílení informací, což je na rozdíl od sdílení informací mezi dvojicemi či

v separované skupině žádoucí. Izolace klienta od skupiny se jeví jako velmi nevhodná (Campling, 2001). Nedílnou součástí TK jsou její pravidla a řád, které určují režim, sankce, ale i výhody a odměny za jeho plnění. Dodržování pravidel a řádu má značný resocializační význam. Po klientech je změna chování vyžadována okamžitě po nástupu do komunity (Kalina, 2008). Pravidla TK jsou nastavená tak, aby byla jasná a srozumitelná. Za jejich nedodržování či porušení je možno uložit členům sankce. V každé terapeutické komunitě je vytyčen i soubor tzv. kardinálních pravidel, při jejichž porušení je klient z programu vyloučen. Tyto pravidla v sobě nesou naprostý zákaz užívání návykových a psychotropních látek, zákaz fyzického násilí, obvykle také platí zákaz navazování intimních vztahů. Jedná se ale o pravidlo, které je diskutabilní, a ne vždy je na něj nahlíženo tak rigidně (Kalina, 2008). Mezi sankce za drobnější prohřešky patří např. prospěšné práce, dočasný sestup v hierarchii. Sankce jsou udělovány okamžitě na rozdíl od ocenění, které je spojeno spíše s postupným získáváním výhod a vzestupem v hierarchii (Adameček, Richterová – Těmínová, Kalina, 2003).

#### **4.3 Fáze léčby v terapeutické komunitě**

Léčba v terapeutické komunitě je charakterizována tím, že je rozdělena do několika fází, ke kterým se váží jasně charakterizované práva a povinnosti. Jednotlivé fáze se od sebe liší především mírou odpovědnosti, která je na klienta kladena. Nejčastěji se setkáváme s modelem čtyř fází (Kalina a kol. 2001).

##### **- Nultá fáze**

Tato fáze trvá dva týdny, ale nezřídka může trvat i déle. V této fázi se klient seznamuje s chodem terapeutické komunity, probíhají vstupní procedury a identifikace klientových potřeb a snaha o minimalizaci stresových situací, které by mohly klienta vést k předčasnému odchodu z komunity. V této fázi klient ještě není plnohodnotným členem komunity a i když se účastní jejího programu, nemá např. hlasovací právo. O vstup do komunity musí klient požádat ostatní členy. V případě, že souhlasí, musí jedinec projít tzv. přijímacím rituálem a podepsat kontrakt (Kalina a kol.;2001; Kalina, 2008b).

#### - **První fáze**

Při jednoroční léčbě trvá tato fáze zpravidla tři měsíce. V této fázi by se klientova pozornost měla zaměřit na změnu nežádoucího, negativního chování. Klient by měl získat náhled na své problémy a připustit si skutečnost, že za nimi stojí užívání drog, které je pro jeho život, zdraví i vztahy škodlivé. Jedinec se učí pravidlům komunity a životu bez drog. O přestupu do další fáze rozhoduje celá komunita, která hodnotí klientovo snažení. K tomu, aby mohl přestoupit, je třeba souhlas komunity, kterou musí klient požádat. V této fázi klienti zažívají velké změny a pravidla a život uvnitř komunity pro ně může být velice náročný. I v této fázi je riziko, že klient opustí komunitu předčasně. Jsou klienti, pro které je přestup do další fáze náročný a dělá jim problémy (Kalina a kol.;2001; Adameček, 2007).

#### - **Druhá fáze**

Tato fáze je časově nejdelší. Trvá zhruba šest měsíců, což je při roční léčbě zhruba polovina. Klient je zapojen do odpovědných rolí komunity a učí se prosazovat nově nabyté hodnoty a přijímá zodpovědnost. Cílem této fáze je pochopení a ujasnění si vztahů. Klient se učí, jak adekvátně vyjadřovat emoce. Jedinec se staví ke své minulosti čelem a pravdivě o ní hovoří před komunitou. V této fázi začíná klient pracovat na zlepšení vztahů s rodinou za pomoci rodinné terapie (Kalina a kol., 2001; Kalina, 2008b).

#### - **Třetí fáze**

Ne všechny komunity tuto fázi ve svém programu mají. Někde klienti opouští komunitu po druhé fázi a nastupují do doléčovacího programu. Pokud je třetí fáze dostupná, trvá přibližně tři měsíce. Důraz je kladen na posílení vztahů s rodinou a lidmi mimo komunitu. Hovoří se o plánech do budoucna a životě mimo komunitu. Klienti tráví více času samostatně mimo dění komunity, jsou schopni poznat své hranice a vyhnout se rizikovým místům a lidem. Jedinci jsou schopni vyhnout se dlouhodobému stresu. Umí relaxovat. Klienti si hledají místo, kam se mohou vrátit po odchodu z komunity. Tato fáze je ukončena výstupním rituálem (Kalina a kol., 2001; Adameček, 2007).

### **4.4 Specifické aspekty léčby žen**

Gossop (2009) uvádí, že není zcela jasné, zda jsou zapotřebí specializované léčebné programy pro ženy užívající návykové látky. Novější studie (EMCDDA, 2012c) i názory

řady odborníků poukazují právě na odlišnosti v přístupu k léčbě žen. Gossop (2009) uvádí, že mezi základní stavební pilíře léčby žen patří rodinná terapie, terapie skupinová a zvláštní služby určené pouze ženám od žen terapeutek. Gossop (2009) také píše, že opravdu malé množství vědeckých studií potvrdilo tvrzení, že existuje reálný přínos specializovaných intervencí na ženy. Dále pak poukazuje na skutečnost, že existuje pouze velice málo vědeckých důkazů, které by potvrdily obecně přijímaný názor, že léčba žen je obtížnější na rozdíl od léčby mužů a také že ženy mají nižší pravděpodobnost na vyléčení. Výzkumy přinášejí poznatky, že úspěšnost v léčbě je u obou pohlaví podobná. Problémové uživatelky amfetaminu vykazují oproti mužům lepší výsledky pouze v oblasti narovnání rodinných vztahu a zlepšení zdravotního stavu, byť na tom na začátku léčby bývají mnohdy mnohem hůř než muži. Často se v jejich anamnézách vyskytuje domácí násilí či zneužívání (Hser a kol 2005, in Gossop, 2009). Další výzkumy (Hser a kol 2003, in Gossop, 2009) popisují skutečnost, že navzdory tomu, že ženy setrvávají v léčbě obecně déle než muži, jsou výsledky podobné. Další studie přinášejí poznání, že výběr terapeuta z pohledu rasy či pohlaví nehraje v efektivitě léčby žádnou roli. Skutečnost, kterou je třeba během léčby žen věnovat zvláštní pozornost, je fakt, že ženy trpí psychickými problémy častěji než muži a téma sexuálního zneužívání u těchto klientek není zcela ojedinělé. Gossop (2009) ve svém článku také zmiňuje studie, které poukazují na skutečnost, že faktickým důvodem bránícím ženám v nástupu do léčby nebo v setrvávání v léčbě je nedostatek možností současně pečovat o dítě.

## **5 POPIS ZKOUMANÉ PROBLEMATIKY**

Tato práce je zaměřená na problematiku motivace u klientek závislých na návykových látkách. Především je zaměřená na zmapování okolností, které klientku přivádí do léčby v terapeutické komunitě. Tyto klientky jsou zároveň matkami. Jak již bylo zmíněno výše, tato skupina uživatelék často ze strachu ze společenské stigmatizace nástup do léčby odkládá. Samotné dítě může v procesu motivace k léčbě sehrát až sekundární roli.

To, že motivace během léčby kolísá, je pro nás obecně známá věc. Hodnotíme-li samostatnou motivaci k léčbě a různé vnitřní motivační determinanty klientek, je vhodné se ptát, jaký je mezi nimi vztah. Na jedné straně jsou determinanty, které motivaci k léčbě upevňují. Na straně druhé jsou to ty determinanty, které způsobují úbytek této motivace. Na tomto vztahu se také podílí vnější faktory (Drieschner a kol., 2004). V této práci tedy definujeme výzkumný problém jako souhrn vnitřních a vnějších motivačních faktorů, které přivádí klientky do terapeutické komunity.

### **5.1 Výzkumné otázky**

Na základě stanovených cílů byly vytvořeny výzkumné otázky:

1. Jaké motivy a okolnosti přivedly klientku do léčby v terapeutické komunitě?
2. Jaké jsou specifické motivační determinanty podílející se na setrvání v terapeutické komunitě?
3. Která oblast z dotazníku CMRS se bude nejvíce podílet na motivaci?

### **5.2 Popis metodologického rámce a metod**

#### **Základní soubor:**

Základní soubor tvoří ženy, uživatelky nelegálních návykových látek, které jsou zároveň matkami nebo jsou těhotné. Další podmínkou je, že jsou po detoxu a nastoupily do léčby v terapeutické komunitě pro matky s dětmi. V loňském roce se v této komunitě léčilo 24 matek, s nimi v léčbě bylo 28 dětí a 5 dětí se během pobytu matek narodilo.

## **Výzkumný soubor:**

Výběr výzkumného souboru probíhal metodou záměrného účelového výběru v TK Karlov. Metoda záměrného účelového souboru přes instituce patří mezi tzv. nepravděpodobnostní metody výběru výzkumného souboru v rámci kvalitativního přístupu, a jak píše Miovský (2006, s. 138), je v tomto případě nejlepší volbou pro výběr výzkumného souboru. Ze základního souboru se nám podařilo touto metodou získat data od osmi klientek, které se dobrovolně rozhodly na výzkumu participovat. S těmito klientkami byl následně proveden polostrukturovaný rozhovor a vyplnily dva krátké dotazníky CMRS a DAST.

## **5.3 Výzkumné nástroje**

### **Polostrukturovaný rozhovor**

Pro účel toho výzkumu byl jako výzkumný nástroj zvolen polostrukturovaný rozhovor (viz. příloha 1). Je to jedna z nejrozšířenějších metod sběru dat v kvantitativním přístupu. Nespornou výhodou této metody je kombinace strukturovanosti a volnějšího přístupu v kladení otázek. Požadavky na technickou přípravu jsou náročnější, než je tomu v případě nestrukturovaného rozhovoru. Jádrem polostrukturovaného rozhovoru je vytvoření určitého schématu, který je pro tazatele závazný. Toto schéma specifikuje okruhy otázek, na které se výzkumník bude ptát. Pořadí otázek lze během rozhovoru zaměňovat a dle potřeby upravovat, abychom dosáhli maximální výtěžnosti. Tazatel se může během rozhovoru doptávat na ne zcela jasné odpovědi, aby vše bylo srozumitelné. Předem vytvořené schéma umožní výzkumníkovi nevzdálit se od tématu, které je předmětem jeho zájmu a výzkumu (Mioviský, 2006).

Tazatel si vytvoří tzv. jádro interview. Tím se rozumí minimum otázek, na které bude respondent odpovídat, což je de facto, jak píše Mioviský (2006) „*určitý stupeň jistoty, že všechna tato témata probrána budou*“ (p.160).

## **CMRS**

CMRS (Circumstances, Motivation, Readiness, Suitability) (Kalina, 2015). Jedná se o sebesuzující škálu, která zkoumá tyto následující čtyři oblasti: okolnosti (1), vnitřní motivaci (2), připravenost jedince k léčbě (3) a vhodnost této léčby (4). Autorem této škály je George De Leon, Ph.D (De Leon, 1998), který zároveň dále rozvádí, že pro jedince není důležitá pouze motivace a připravenost. Důležitou roli hrají zajisté i další okolnosti, čímž může být i např. tlak vnějších okolností. Dosažené maximální skóre pro nás ve výsledném efektu může představovat významný prediktor k určení, zda bude pacientka schopna léčbu dokončit (De Leon, 2000, 2010 in Kalina, 2015).

Dotazník se skládá z celkového počtu 18 položek. Položky 1-3 jsou zaměřené na vnější okolnosti (1), položky 4-6 pak vypovídají o vnitřních okolnostech (2). Motivaci jsou pak věnovány položky 7-11 (3), závěrečných 7 otázek 12-18 se zabývá připraveností jedince k léčbě (4). Na Likertově škále je v rámci šetření na výběr z možností 1 (naprosto nesouhlasím) – 5 (naprosto souhlasím), navíc je zde možnost označení hodnoty 9 (nelze hodnotit). Bodování zahrnuje obrácení hodnot skóre pro položky 4, 5, 6 a 12, proto musí být pro tyto položky škála překódována. Jednotlivé hodnoty stupnice se následně sčítají pro dosažení celkového skóre. Odpovědi s označením možnosti 9 se výsledně rekonstruují na průměrně dosažené skóre (De Leon, 1993, 1998).

V našem výzkumu byl CMRS dotazník (viz. příloha č. 3) použitý až v průběhu léčby v terapeutické komunitě, ač se doporučuje jeho využití již před nástupem do léčby. Naším cílem bylo zjistit vnitřní motivaci, podporu od rodiny a okolí a okolnosti zpětně. Ze získaných dat budeme tedy moci usuzovat, zda klientka zpětně vnímá svou závislost jako negativní a nežádoucí. Časová dotace činí maximálně patnáct minut.

## **DAST**

Klientky byly rovněž požádány o vyplnění dotazníku DAST (viz. příloha č. 4), což je screeningový nástroj k určení míry zneužívání návykových látek. Časová náročnost v této oblasti přesahovala limit patnácti minut.



## 6 METODY ZRACOVÁNÍ A ANALÝZA DAT

### 6.1 Polostrukturovaný rozhovor

Data sesbíraná pomocí polostrukturovaného rozhovoru byla fixována pomocí audiozáznamu. Dle Miovského (2006, s. 197) má tento způsob „*nespornou výhodu v komplexnosti záznamu a v jeho autentičnosti*“.

Metodou transkripce byla tato data převedena do textové podoby (viz. příloha 2), čímž došlo k první redukci dat. Pro větší přesnost transkripce byla použita technika „*kontrola transkripce opakovaným poslechem*“ (Miovský, 2006, s. 207).

Následně byla provedená redukce prvního řádu. Tím se rozumí, že z textu byly odstraněny např. opakující se výpovědi nebo takové výpovědi, které se nevztahují k tématu, nedokončené věty nebo dle Miovského (2006, s. 210) „*vynechání částí vět, které nesdělují nějakou identifikovatelnou explicitně vyjádřenou informaci*“.

Pro utřídění a systematizaci dat byla použita metoda kódování. Metoda kódování spočívá v seskupování daných výpovědí do větších celků dle jejich podobnosti. Toto kódování dat nebývá ovšem konečné, většinou dochází k vytváření nových a nových kódů, za účelem co největší konkretizace (Schwand, 2001 in Miovský, 2006).

Pro lepší přehled a systematičnost byly dané kódy dále roztrženy dle hlavních témat a výpovědí jednotlivých respondentek do tabulky. Následně budou data propojována vytvářením podtémat, které nazýváme trsy. Jedná se o metodu vytváření trsů (Miovský, 2006).

### 6.2 CMRS

Sesbírané dotazníky byly očíslovány a následně vyhodnoceny podle manuálu postupu. Data byla pomocí programu Microsoft Excel převedena do tabulek, následně popsána za pomoci absolutních a relativních četností a aritmetického průměru. Dosažené skóre bylo následně porovnáno s metodikou originální verze CMRS dotazníku.

### **6.3 DAST**

Dotazník se vyhodnocoval dle standardizovaného postupu, sčítáním kladných odpovědí. Celkově dosažené skóre nám udává, jak velký problém mají klientky se zneužíváním návykových látek. Výsledná data byla pomocí programu Microsoft Excel prostřednictvím absolutních a relativních četností dle originální metodiky dotazníku DAST rozdělena do oblastí: 1-2 nízká úroveň, 3-5 střední úroveň, 6-10 podstatná úroveň problémů. Poté proběhla analýza dat využitím deskriptivního přístupu, tedy popisné a matematicko-statistické. Pro přehlednost a systematicčnost budou vytvořeny tabulky.

## 7 ETICKÉ ASPEKTY A LIMITY VÝZKUMU

Miovský (2006, s. 277) uvádí, že „o etických pravidlech a normách je třeba uvažovat ve třech základních rovinách: vliv výzkumníka na výzkumné pole a jeho zpětné ovlivnění polem, ochrana účastníků výzkumu, ochrana výzkumníků.“

Realizace tohoto výzkumu probíhala v terapeutické komunitě, což nám umožnilo provádět rozhovory a rozdat dotazníky ve známém a bezpečném prostředí, ve kterém bylo také bylo zajištěno soukromí respondentek. Před samotným šetřením bylo nutné požádat etickou komisi Sananimu a terapeutický tým terapeutické komunity o povolení k výzkumu. Účastnice výzkumu byly informovány, že veškerá získaná data a informace jsou anonymní. Každá respondentka rovněž podepsala informovaný souhlas (viz. příloha 5) a byla poučena o dobrovolnosti se výzkumu zúčastnit a také o možnosti kdykoliv z něj odstoupit. Respondentky byly informovány o nahrávání našeho rozhovoru. Získaná data nebudou poskytnuta dalším osobám ani institucím a bude s nimi nakládáno dle zákona 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů a dle nového nařízení EU GDPR.

Na výzkumníka, který se rozhodne provádět výzkum, a to kvalitativní nebo i kvantitativní, vždy čekají různá úskalí a rizika, se kterými je nutné počítat a snažit se je co nejvíce eliminovat již před samotným šetřením. Jako velké úskalí tohoto výzkumu vidím nemožnost získání údajů od většího množství respondentek z důvodu kapacity zařízení a délky léčby.

## 8 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Tato kapitola je věnována interpretaci výsledků kvalitativního výzkumu. O každé klientce byl ze získaných informací sestaven stručný medailonek.

### **Klientka č. 1 Marie, 17 dnů v léčbě**

Klientka Marie je třicetiletá žena závislá na pervitinu, která je matkou 4 dětí. Pervitin začala užívat ve svých 18 letech. Má za sebou 12 let nitrožilního užívání. Nedokončila učiliště, v posledním ročníku odešla ze školy. V komunitě má s sebou dvě dcery ve věku 4 a 3 let, které jsou v ústavní péči. Nejstarší syn, 9 let, je momentálně u matky klientky a nejmladší syn je v péči pěstounů. Nejstarší syn má jiného otce než zbylé 3 děti. Klientka s ním žila, než šel do výkonu trestu, což mělo za následek, že se ocitla na ulici. Marie pochází z neúplné rodiny. Vyrůstala jen s matkou a bratrem, který má lehkou mentální retardaci. Otce viděla pouze párkrát v životě a dle jejích slov s ním nikdy žádný vztah neměla, byť o to stála. Z jeho strany se potýkala s nezájmem a odmítáním. Matka klientku v léčbě plně podporuje a slíbila jí pomoc při hledání vlastního bytu po ukončení léčby. Zdravotní stav klientky je dobrý. Největší problémy má se zuby. Motivace pro vstup léčby byla touha získat děti do vlastní péče, svou roli hrály také výčitky svědomí po narození nejmladšího syna s vývojovou vadou srdce.

Marie opakovaně porušovala kardinální pravidla, navazovala intimní vztahy, nepřijímala léčbu a byla vyloučena z komunity. Obě dcery, které s ní byly v komunitě, se musely vrátit do dětského domova.

### **Klientka č. 2 Dagmar, 11 dnů v léčbě**

Klientka Dagmar má 24 let a je závislá na pervitinu, který užívá od svých 13 let. Momentálně je v 8. měsíci těhotenství. Bývalý partner má v péči čtyřletého syna. Obě děti má klientka s jiným partnerem. První partner byl ve výkonu trestu za výrobu a distribuci návykových látek, které tou dobou také užíval. Druhé dítě Dagmar čeká s mužem, kterého téměř nezná a ani ho o svém těhotenství neinformovala. Dagmar vyrůstala pouze s matkou, starší sestrou a mladším bratrem. Otce prakticky nezná. S matkou se vztah zlepšil po nástupu do léčby. Ve 14 letech byla umístěna do diagnostického ústavu pro dívky. Dagmar absolvovala pouze základní školu. Klientka přišla do léčby z ulice. Těhotenství klientky

probíhá fyziologicky. Na prohlídky do prenatální poradny dochází pravidelně. Zdravotní problémy Dagmar neudává. Klientčinou motivací pro vstup do léčby bylo těhotenství, současný přítel, který se také rozhodl abstinovat a odjel do Německa, a touha získat syna do péče.

Dagmar léčbu nedokončila, porodila holčičku a po šestinedělí komunitu opustila. Momentálně je v doléčovacím centru v Českých Budějovicích.

### **Klientka č. 3 Oldřiška, 10 týdnů v léčbě**

Oldřiška má 30 let a je uživatelka pervitinu. Je matkou čtyřletého syna. Syn je v komunitě s ní, mimo komunitu byl Oldřišce soudně odebrán a svěřen do péče její matky. Oldřiška začala užívat ve svých 15 letech. Oldřiška má základní vzdělání. Vyrůstala v neúplné rodině, pouze se svou matkou, která dle jejích slov byla velice často v práci, neměla na ni čas a také nadužívala alkohol. Od dvou let vychovávala Oldřišku vychovatelka. Matku vídala zhruba jednou týdně. S otcem se klientka nevidá, téměř ho nezná. Pěkný vztah má s otčímem, který ji také doprovodil do léčby. Otec dítěte je také uživatel návykových látek. Oldřiška přišla do léčby z ulice, neměla žádné pevné zázemí a po skončení léčby se nemá kam vrátit. Zdravotní komplikace se u klientky nevyskytují, neustále však naráží na téma své hmotnosti i přesto, že působí velice štíhle. Motivace pro vstup do léčby byl fakt, že už nechtěla žít na ulici a také chtěla získat syna zpět do péče.

Oldřiška si v komunitě domluvila individuální odchodový plán. Jedním z důvodů jejího odchodu byly její problémy typu poruchy příjmu potravy.

### **Klientka č. 4 Veronika, 10 měsíců v léčbě**

Veronika má 29 let a je závislá na pervitinu. Je matkou čtyřleté dcery. Pervitin začala užívat ve 20 letech. Má vystudovanou střední školu s maturitou. Během léčby získala dceru zpět do péče. Veronika vyrůstala s matkou, 4 sourozenci a nevlastním otcem, se kterým dle jejích slov nikdy neměla pěkný vztah. Často se s ním hádala. Vlastního otce nezná. Veronika před léčbou žila s otcem své dcery, ke kterému se vrátila po tom, co šel její bývalý partner do výkonu trestu. Dcera byla tou dobou svěřená do péče pěstounů. Veronika za 14 dní

opouští komunitu a odchází do doléčovacího centra. Jako hlavní motivaci, která stála za vstupem do léčby, byla touha získat dceru zpět do léče, což se Veronice zdárně povedlo.

Veronika po jedenácti měsících úspěšně dokončila léčbu. Prošla rituálem a odešla i s dcerou do Prahy do doléčovacího centra.

#### **Klientka č. 5 Lenka, 5 měsíců v léčbě**

Lenka má 26 let, je závislá na pervitinu. V terapeutické komunitě je spolu s ní i její čtyřletý syn. Lenka začala pervitin užívat ve svých 20 letech po smrti matky. Od 12 let vyrůstala pouze s otcem, který ji měl po rozvodu svěřenou do péče. Lenka má staršího bratra, který je také uživatel návykových látek, stejně jako otec jejího dítěte. Po rozchodu s ním se Lenka i se synem ocitla na ulici, přespávala u známých, kteří jsou také uživatelé. Lenka je vyučená kadeřnice. Pro Lenku jsou vztahy s muži velkým tématem. Zdravotní stav Lenky je dobrý, jen jako všechny předešlé klientky má problémy se zuby. Během pobytu v komunitě pravidelně dojíždí k zubnímu lékaři. Lenka uvedla, že ji do léčby přivedla skutečnost, že prostě neměla se synem kam jít. Odešla od otce svého syna, který užíval návykové látky a se kterým se doma často hádali.

Lenka léčbu nedokončila, odešla i se synem, ze dne na den po šesti měsících v komunitě. Vrátila se k otci svého syna.

#### **Klientka č. 6 Anna, 5 měsíců v léčbě**

Klientka Anna má 31 let. Má za sebou 16 let na pervitinu. Je vyučená v oboru kuchařka, číšnice. Spolu s ní je v komunitě její čtyřletý syn. S otcem svého syna se Anna rozešla krátce po jeho narození. On drogy nebral a u Anny to odsuzoval. O syna nemá zájem. Anna vyrůstala v úplné rodině, má ještě mladší sestru. Anna během své drogové kariéry také pervitin vařila, takže o finance neměla nouzi. Bydlela ve vlastním bytě. Anna se potýká s řadou zdravotních komplikací. Trápí ji gynekologické obtíže a také vleklé záněty v dutině ústní. Anna měla léčbu nařízenou soudem s ohledem na nízký věk jejího syna. Po detoxu nastoupila do terapeutické komunity, která nebyla určená pro matky s dětmi. Po 4 měsících si vyřídila přestup do komunity, ve které se léčí v současné době. I přesto, že musela projít počáteční fáze léčebného programu znovu, byla motivována touhou mít syna u sebe.

Anna léčbu úspěšně zakončila rituálem. Strávila v komunitě dohromady deset měsíců.

### **Klientka č. 7 Kateřina, 6 měsíců v léčbě**

Kateřina má 35 let a je matkou 3 dětí. Je závislá na pervitinu, který začala užívat před třemi lety. Na začátku užívání se jí líbilo, že výrazně ztratila na váze a dostávalo se jí pozornosti a komplimentů od mužů. Manžel už byl po letech vztahu na takové projevy skoupý. Během tří let však stihla napáchat velké škody nejen na poli vztahů, ale i na svém zdraví. Kateřina se také výrazně zadlužila. Ztratila práci. Má vystudovanou vysokou školu, obor ošetrovatelství. S Kateřinou se rozvedl manžel, se kterým má dvě starší děti, poté co zjistil, že užívá pervitin. Dle jejích slov by jí byl schopen odpustit i nevěru, ale vůči drogově závislým má značné předsudky. Třetí dítě má klientka s uživatelem návykových látek, se kterým žila na ulici. Kateřina vyrostla v úplné rodině. Kde dle její výpovědi všechno fungovalo, jak má. Kateřina má žloutenku typu C. Do léčby ji přivedl manžel, kterému byly po rozvodu svěřeny děti do péče. Ten jí řekl, že se s nimi může vídat pouze za předpokladu, že se půjde léčit. Svůj slib dodržel a pravidelně Kateřině děti vozí na návštěvu.

Kateřina úspěšně ukončila léčbu rituálem.

### **Klientka č. 8 Eva, 3 měsíce v léčbě**

Klientka Eva má 30 let. Je matkou 4 dětí. Léčí se ze závislosti na pervitinu. Má za sebou 17 let nitrožilního užívání. V komunitě má s sebou jen nejmladší dceru, kterou má v péči. Zbylé tři děti šly do adopce. Každé z jejich dětí má jiného otce. Všichni však jsou však uživatelé návykových látek. Eva nikdy nezažila zdravé rodinné zázemí. Vyrůstala střídavě v péči pěstounů, ústavu a otce, kterého již 6 let neviděla. Nemá s ním prakticky žádný vztah. Matku viděla poprvé ve svých 23 letech. Je také drogově závislá. Eva odchodila pouze základní školu. Eva má žloutenku typu C, jako následek nitrožilního užívání pervitinu. Evinou motivací pro vstup do léčby byla touha neztratit nejmladší dceru, tak jak se jí to stalo se staršími dětmi.

Eva byla z komunity vyloučena za nedodržení kardinálních pravidel. Z jednoho výjezdu se vrátila a po kontrolním otestování moči byla pozitivní na amfetaminy.

Získaná data prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru byla pro větší přehlednost přepsána do tabulek a následně popsána.

Tabulka 1: Délka užívání nelegálních návykových látek v letech:

	Klientka č. 1	Klientka č. 2	Klientka č. 3	Klientka č. 4	Klientka č. 5	Klientka č. 6	Klientka č. 7	Klientka č. 8
Aktuální věk	30 let	24 let	30 let	29 let	26 let	31 let	35 let	30 let
Počet let	12 let	11 let	13 let	9 let	6 let	16 let	3 roky	17 let

Z této tabulky je patrné, že klientka č. 7 se zcela vymyká zbytku dotazovaných respondentek z pohledu délky užívání návykových látek i z pohledu počátku užívání.

Tabulka 2: První kontakt s drogou přes:

	Klientka č. 1	Klientka č. 2	Klientka č. 3	Klientka č. 4	Klientka č. 5	Klientka č. 6	Klientka č. 7	Klientka č. 8
Přítel	X	X	X	X				
Parta						X		X
Kamarád /-ka					X		X	

Z výše uvedených dat vyplývá, že polovina dotazovaných klientek se dostala k drogám přes partnera. Z toho je jasné, že nejrizikovějším faktorem je nejbližší sociální skupina, ve které se dívky s potenciálem uchýlit se k návykovému chování pohybují.

Tabulka 3: Oběť šikany ve škole:

	Klientka č. 1	Klientka č. 2	Klientka č. 3	Klientka č. 4	Klientka č. 5	Klientka č. 6	Klientka č. 7	Klientka č. 8
Ano	X			X	X			X
Ne		X	X			X	X	

Ze získaných dat vyplývá, že polovina klientek v našem výzkumu se stala obětí šikany během školní docházky. S tímto zjištěním by tedy bylo vhodné pracovat při práci s oběťmi šikany a zařadit do terapie také krátké intervence z oblasti prevence užívání návykových látek.



Tabulka 4: Nejvyšší dosažené vzdělání

	Klientka č. 1	Klientka č. 2	Klientka č. 3	Klientka č. 4	Klientka č. 5	Klientka č. 6	Klientka č. 7	Klientka č. 8
Základní škola	X	X	X					X
Učiliště					X	X		
Střední škola				X				
Vysoká škola							X	

To, že nízká úroveň vzdělání vede k sociálnímu znevýhodnění, je obecně známý fakt. V našem výzkumu má polovina respondentek pouze základní vzdělání, což tento fakt jen potvrzuje. V rámci terapie by bylo vhodné tyto klientky edukovat o důležitosti vzdělání, aby tuto hodnotu mohly dál předávat svým dětem.

Tabulka 5: Absence jednoho/obou rodičů při výchově:

	Klientka č. 1	Klientka č. 2	Klientka č. 3	Klientka č. 4	Klientka č. 5	Klientka č. 6	Klientka č. 7	Klientka č. 8
Ano	X	X	X	X	X			X
Ne						X	X	

Z výše uvedené tabulky je patrné, že více než polovina dotazovaných respondentek pochází z neúplných rodin. Tento fakt by bylo vhodné zohlednit v rámci preventivních programů. Cíleně soustředit pozornost na děti z takových rodin.

Tabulka 6: Příchod do komunity z:

	Klientka č. 1	Klientka č. 2	Klientka č. 3	Klientka č. 4	Klientka č. 5	Klientka č. 6	Klientka č. 7	Klientka č. 8
Ulice	X	X	X	X	X		X	X
Ubytovna								
Vlastní bydlení						X		

Téměř sto procent dotazovaných klientek přichází do komunity z ulice. Toto zjištění lze považovat za určitý motivační faktor k nástupu do léčby, kdy je pro klientku přijatelnější nastoupit do léčby, než žít na ulici. Z rozhovorů vyplynulo, že ztráta střechy nad hlavou je často spojená s odchodem partnera do výkonu trestu.

Tabulka 7: Dítě ve vlastní péči:

	Klientka č. 1	Klientka č. 2	Klientka č. 3	Klientka č. 4	Klientka č. 5	Klientka č. 6	Klientka č. 7	Klientka č. 8
Ano				X	X	X		
Ne	X	X	X					
Pouze některé							X	X

Pouze tři dotazované respondentky mají své děti ve vlastní péči. Klientce č. 4 bylo do péče svěřené až během léčby. Zbytek respondentek by při předčasném odchodu z komunity musely dítě navrátit do péče osob, které odpovídaly za jejich výchovu před nástupem do léčby (pěstouni, jiné fyzické osoby), popřípadě zpět do ústavní péče. I tento fakt je pro dané klientky motivací v léčbě setrvat co nejdéle.

Tabulka 8: Vztah a komunikace s otcem dítěte:

	Klientka č. 1	Klientka č. 2	Klientka č. 3	Klientka č. 4	Klientka č. 5	Klientka č. 6	Klientka č. 7	Klientka č. 8
Žádný				X		X	X	X
Minimální	X	X	X		X			
Dobrý, pevný								

Všechny dotazované klientky mají shodný problém v komunikaci s otcem dítěte. Polovina z nich s ním v kontaktu není vůbec a druhá polovina pouze minimálně z důvodu alimentů. Pro tyto klientky jsou muži celkově velké téma, kterému je třeba během terapie věnovat pozornost. Navazování pevných, zdravých vztahů je pro tyto klientky mnohdy problém. Často navazování vztahů během léčby vede k jejímu předčasnému ukončení. Probudit v klientkách zájem o pochopení mezilidských vztahů by mohl být určitý motivační prvek během léčby.

Tabulka 9: Předchozí zkušenost s léčbou:

	Klientka č. 1	Klientka č. 2	Klientka č. 3	Klientka č. 4	Klientka č. 5	Klientka č. 6	Klientka č. 7	Klientka č. 8
Žádná	X			X		X	X	X
Ambulantní								
Pobytová		X	X		X			

Z dotazovaných klientek pouze 3 měly již předešlou zkušenost s léčbou. Klientka č. 2 byla jako mladistvá umístěná do diagnostického ústavu právě z důvodu zneužívání návykových látek. Tuto zkušenost však nelze brát jako pozitivní zkušenost s léčbou, protože nešlo o léčbu v pravém slova smyslu. Klientka č. 3 byla v minulém roce v PL Červený Dvůr, kde strávila 5 měsíců. Následně docházela do doléčovacího centra Sananim v Praze. Kvůli synovi se však stýkala s jeho otcem, který je stále aktivní uživatel, což mělo za následek, že po půl roce zrecidivovala. Klientka č. 5 byla před rokem ve stejné komunitě jako nyní. Dle jejích slov však léčbu nebrala příliš vážně. Během léčby se zamilovala do klienta, což se jí

děje i při této léčbě, má tzv. „distanč“ a odešla s ním před řádným ukončením léčby. Vztah netrval dlouho a Lenka se nakonec vrátila k otci svého syna a začala s ním opět užívat.

Tabulka 10: Odhodlání se k nástupu do léčby:

Klientka č. 1	Výčitky svědomí, narození syna s vrozenou vývojovou vadou srdce, touha získat dcery do péče
Klientka č. 2	Těhotenství, přítel, touha získat syna do péče
Klientka č. 3	Život na ulici, touha získat syna do péče
Klientka č. 4	Touha získat dceru do péče
Klientka č. 5	Život na ulici se synem
Klientka č. 6	Soudem nařízená léčba
Klientka č. 7	Touha vídat děti
Klientka č. 8	Touha mít dítě ve vlastní péči

Z této tabulky je zřejmé, že dotazované respondentky vedla k nástupu do léčby touha po svém dítěti. Touha jej vídat, získat do péče nebo s ním nežít na ulici.

Tabulka 11: Tři nejobtížnější věci, kterým je třeba během léčby čelit:

	Klientka č. 1	Klientka č.2	Klientka č. 3	Klientka č. 4	Klientka č. 5	Klientka č. 6	Klientka č. 7	Klientka č. 8
1	Režim komunity	Režim komunity	Práce na zahradě	Sankce	Mluvení na skupinách	Přestup z Němčic	Přijmout abstinenci	Sankce
2	Péče o děti	Stesk po partnerovi	Režim komunity	Mluvení na skupinách	Hledání svých témat	Žádný čas pro sebe	Režim komunity	Práce v kuchyni
3	Mluvení na skupinách	Kouření jen o pauzách	Příprava úkolů na komunitu	Pracovní bloky	Nenavazovat vztahy	Přijímání reflexí od mladších	Sankce	Kouření jen o pauzách

Téměř u všech klientek se u této otázky objevuje, že měly problém si zvyknout na režim v komunitě. Je to pravděpodobně dáno i tím, že do komunity nepřišly z pracovního procesu a režim jako takový jim dělá problém. Podřízení se pravidlům a dodržování časového harmonogramu dne bývá těmito klientkami označováno jako těžký úkol. Ve třech

případech se objevilo mluvení na komunitách, což se hlavně v počátcích léčby zdá klientkám obtížné. Ve třech případech se také vyskytla odpověď sankce, což je trest za neplnění přiděleného úkolu, či jiné porušení pravidel.

Tabulka 12: Tři motivy, které udržují klientky v léčbě:

	Klientka č. 1	Klientka č. 2	Klientka č. 3	Klientka č. 4	Klientka č. 5	Klientka č. 6	Klientka č. 7	Klientka č. 8
1	Získat děti do péče	Jiný stav	Získat dítě do péče	Já, už nechci brát	Dítě	Na prvním místě jsem já	Snaha změnit svůj život	Získat dítě do péče
2	Nechci žít na ulici	Získat dítě do péče	Matka	Dítě	Touha si najít partnera	Dítě	Vídat své děti	Partner
3	Nemít výčitky svědomí	Partner	Nevlastní otec	Snaha o normální život	Normální vztah bez drog	Hrozba vězení	Dítě	Nechci žít na ulici

U všech dotazovaných respondentek se vyskytuje dítě jako motivační prvek udržující je v léčbě. Klientky číslo čtyři, šest a sedm uvedly, že je v léčbě udržuje fakt, že již nechtějí dále užívat drogy a jsou to právě ty tři klientky, které léčbu dokončily úspěšně. Dvě klientky na tuto otázku odpověděly, že se nechtějí vrátit na ulici. Tento fakt už jsme popsali výše jako silný motivační faktor pro samotný nastup do léčby.

CMRS

Data získaná z dotazníku CMRS byla převedena do tabulek pro každou otázku zvlášť.

Tabulka 13: Primární psychotropní látka

<b>Primární psychotropní látka</b>	Klientka č. 1	Klientka č. 2	Klientka č. 3	Klientka č. 4	Klientka č. 5	Klientka č. 6	Klientka č. 7	Klientka č. 8
Kokain								
Crack								
Opiáty								
Marihuana								
Alkohol								
Různé drogy								
Amfetaminy, metamfetaminy	X	X	X	X	X	X	X	X
Jiné								

Tabulka 14: Otázka č. 1 Jsem přesvědčená, že bych šla do výkonu trestu, kdybych se nezačala léčit

	Klientka č. 1	Klientka č. 2	Klientka č. 3	Klientka č. 4	Klientka č. 5	Klientka č. 6	Klientka č. 7	Klientka č. 8
Naprostou nesouhlasím	X		X				X	
Nesouhlasím								
Ani souhlas, ani nesouhlas								
Souhlasím								
Naprostou souhlasím		X		X		X		X
Nedá se posoudit					X			

Tabulka 15: Otázka č. 2 Určitě bych se začala léčit i bez toho, že mi hrozilo trestní stíhání nebo odnětí svobody

	Klientka č. 1	Klientka č. 2	Klientka č. 3	Klientka č. 4	Klientka č. 5	Klientka č. 6	Klientka č. 7	Klientka č. 8
Naprosto nesouhlasím								
Nesouhlasím		X		X		X		
Ani souhlas, ani nesouhlas								
Souhlasím			X					
Naprosto souhlasím	X				X			X
Nedá se posoudit							X	

Tabulka 16: Otázka č. 3 Domnívám se, že by má rodina měla velký problém s mým setrváním s nimi ve společné domácnosti, kdybych nenastoupila do léčby

	Klientka č. 1	Klientka č. 2	Klientka č. 3	Klientka č. 4	Klientka č. 5	Klientka č. 6	Klientka č. 7	Klientka č. 8
Naprosto nesouhlasím								
Nesouhlasím					X			
Ani souhlas, ani nesouhlas	X							
Souhlasím		X		X				
Naprosto souhlasím			X			X		
Nedá se posoudit							X	X

První tři otázky byly zaměřené na vnější okolnosti přivádějící klientku do léčby.

Tabulka 17: Otázka č. 4 Myslím si, že mě mí příbuzní/přítel budou přemlouvat, abych po pár měsících ukončila léčbu

	Klientka č. 1	Klientka č. 2	Klientka č. 3	Klientka č. 4	Klientka č. 5	Klientka č. 6	Klientka č. 7	Klientka č. 8
Naprosto nesouhlasím		X	X			X	X	
Nesouhlasím				X	X			
Ani souhlas, ani nesouhlas								
Souhlasím	X							X
Naprosto souhlasím								
Nedá se posoudit								

Tabulka 18: Otázka č. 5 Mám obavy ze své finanční situace, pokud setrvám v léčbě

	Klientka č. 1	Klientka č. 2	Klientka č. 3	Klientka č. 4	Klientka č. 5	Klientka č. 6	Klientka č. 7	Klientka č. 8
Naprosto nesouhlasím	X							
Nesouhlasím		X		X	X			
Ani souhlas, ani nesouhlas			X			X	X	X
Souhlasím								
Naprosto souhlasím								
Nedá se posoudit								



Tabulka 19: Otázka č. 6 Domnívám se, že mám mimo komunitu příliš mnoho problémů, které mi znemožní absolvovat celý léčebný program

	Klientka č. 1	Klientka č. 2	Klientka č. 3	Klientka č. 4	Klientka č. 5	Klientka č. 6	Klientka č. 7	Klientka č. 8
Naprost nesouhlasím	X							
Nesouhlasím		X	X	X	X	X	X	
Ani souhlas, ani nesouhlas								
Souhlasím								
Naprost souhlasím								X
Nedá se posoudit								

Tyto tři otázky reflektují vnitřní okolnosti tak, jak je vnímá klientka.

Tabulka 20: Otázka č. 7 Mohu říci, že užívání drog/pití alkoholu je v mém životě velmi závažný problém

	Klientka č. 1	Klientka č. 2	Klientka č. 3	Klientka č. 4	Klientka č. 5	Klientka č. 6	Klientka č. 7	Klientka č. 8
Naprost nesouhlasím			X					
Nesouhlasím								
Ani souhlas, ani nesouhlas					X			
Souhlasím	X	X					X	
Naprost souhlasím				X		X		X
Nedá se posoudit								

Tabulka 21: Otázka č. 8 Často zažívám pocity frustrace a výčitky svědomí kvůli tomu, že jsem brala drogy

	Klientka č. 1	Klientka č. 2	Klientka č. 3	Klientka č. 4	Klientka č. 5	Klientka č. 6	Klientka č. 7	Klientka č. 8
Naprost nesouhlasím								
Nesouhlasím						X		
Ani souhlas, ani nesouhlas					X			
Souhlasím			X	X				X
Naprost souhlasím	X	X					X	
Nedá se posoudit								

Tabulka 22: Otázka č. 9 Poslední dobou mám pocit, že pokud se nezměním, můj život půjde stále z kopce a vše se zhorší

	Klientka č. 1	Klientka č. 2	Klientka č. 3	Klientka č. 4	Klientka č. 5	Klientka č. 6	Klientka č. 7	Klientka č. 8
Naprost nesouhlasím			X					
Nesouhlasím								
Ani souhlas, ani nesouhlas								
Souhlasím	X			X			X	X
Naprost souhlasím		X				X		
Nedá se posoudit					X			

Tabulka 23: Otázka č. 10 Opravdu mě mrzí, že jsem brala drogy a že způsob, jakým jsem žila, způsobil bolest mnohým lidem

	Klientka č. 1	Klientka č. 2	Klientka č. 3	Klientka č. 4	Klientka č. 5	Klientka č. 6	Klientka č. 7	Klientka č. 8
Naprosto nesouhlasím								
Nesouhlasím								
Ani souhlas, ani nesouhlas								
Souhlasím				X				X
Naprosto souhlasím	X	X	X		X	X	X	
Nedá se posoudit								

Tabulka 24: Otázka č. 11 Jako jednu z nejdůležitějších věcí v mém životě vidím abstinenci od drog

	Klientka č. 1	Klientka č. 2	Klientka č. 3	Klientka č. 4	Klientka č. 5	Klientka č. 6	Klientka č. 7	Klientka č. 8
Naprosto nesouhlasím								
Nesouhlasím								
Ani souhlas, ani nesouhlas							X	
Souhlasím				X	X	X		X
Naprosto souhlasím	X	X	X					
Nedá se posoudit								

Otázky 7-11 mapují motivaci klientek.

Tabulka 25: Otázka č. 12 Nejsem přesvědčená o tom, že se musím léčit, abych přestala brát drogy. Pokud budu chtít, můžu přestat sama

	Klientka č. 1	Klientka č. 2	Klientka č. 3	Klientka č. 4	Klientka č. 5	Klientka č. 6	Klientka č. 7	Klientka č. 8
Naprosto nesouhlasím			X			X		
Nesouhlasím				X			X	X
Ani souhlas, ani nesouhlas	X	X						
Souhlasím					X			
Naprosto souhlasím								
Nedá se posoudit								

Tabulka 26: Otázka č. 13 Důvod mého nástupu do komunity je, že se skutečně cítím připravená zvládnout to a překonat svou závislost

	Klientka č. 1	Klientka č. 2	Klientka č. 3	Klientka č. 4	Klientka č. 5	Klientka č. 6	Klientka č. 7	Klientka č. 8
Naprosto nesouhlasím								
Nesouhlasím								
Ani souhlas, ani nesouhlas			X					
Souhlasím	X			X			X	
Naprosto souhlasím		X				X		X
Nedá se posoudit					X			

Tabulka 27: Otázka č. 14 Proto, abych si dala svůj život do pořádku, jsem připravená udělat cokoli

	Klientka č. 1	Klientka č. 2	Klientka č. 3	Klientka č. 4	Klientka č. 5	Klientka č. 6	Klientka č. 7	Klientka č. 8
Naprosto nesouhlasím								
Nesouhlasím								
Ani souhlas, ani nesouhlas								
Souhlasím	X	X	X	X	X			
Naprosto souhlasím						X	X	X
Nedá se posoudit								

Tabulka 28: Otázka č. 15 Podstoupit léčbu vidím momentálně jako jediné řešení své dosavadní životní situace

	Klientka č. 1	Klientka č. 2	Klientka č. 3	Klientka č. 4	Klientka č. 5	Klientka č. 6	Klientka č. 7	Klientka č. 8
Naprosto nesouhlasím								
Nesouhlasím								
Ani souhlas, ani nesouhlas		X			X			
Souhlasím	X			X		X		
Naprosto souhlasím			X				X	X
Nedá se posoudit								

Tabulka 29: Otázka č. 16 Jsem přesvědčená, že nedokážu brát drogy pouze s pomocí a podpory svých přátel, příbuzných nebo víry. Určitě potřebuji léčbu

	Klientka č. 1	Klientka č. 2	Klientka č. 3	Klientka č. 4	Klientka č. 5	Klientka č. 6	Klientka č. 7	Klientka č. 8
Naprosto nesouhlasím								
Nesouhlasím								
Ani souhlas, ani nesouhlas	X	X						
Souhlasím				X			X	
Naprosto souhlasím			X		X	X		X
Nedá se posoudit								

Tabulka 30: Otázka č. 17 Braní drog mě velmi vyčerpává a potřebuji změnu, jen nevím, jak to mohu zvládnout sama

	Klientka č. 1	Klientka č. 2	Klientka č. 3	Klientka č. 4	Klientka č. 5	Klientka č. 6	Klientka č. 7	Klientka č. 8
Naprosto nesouhlasím								
Nesouhlasím								
Ani souhlas, ani nesouhlas		X						
Souhlasím	X		X	X	X	X	X	
Naprosto souhlasím								
Nedá se posoudit								X

Tabulka 31: Otázka č. 18 Jsem ochotná začít léčbu co nejdříve

	Klientka č. 1	Klientka č. 2	Klientka č. 3	Klientka č. 4	Klientka č. 5	Klientka č. 6	Klientka č. 7	Klientka č. 8
Naprosto nesouhlasím								
Nesouhlasím								
Ani souhlas, ani nesouhlas								
Souhlasím								
Naprosto souhlasím	X	X	X	X	X	X	X	X
Nedá se posoudit								

Posledních šest otázek zjišťuje připravenost respondentek k léčbě. Vzhledem k faktu, že klientky dotazník vyplňovaly již po zahájení léčby, odpovídaly na otázku č. 18 všechny shodně, a to naprosto souhlasím.

Tabulka 32: Bodové skóre dotazníku CMRS

	Klientka č. 1	Klientka č. 2	Klientka č. 3	Klientka č. 4	Klientka č. 5	Klientka č. 6	Klientka č. 7	Klientka č. 8
Skóre	71 bodů	74 bodů	69 bodů	73 bodů	74 bodů	78 bodů	73 bodů	71 bodů

V dotazníku CMRS dosahovaly klientky poměrně vysokého skóre. Budeme brát v úvahu, že maximální počet bodů je 90. Nejvíce bodů nasbírala klientka č. 6, což je také jedna ze tří klientek, které léčbu ukončily výstupním rituálem.

Tabulka 33: CMRS – Jednotlivé části dotazníku

	Klientka č. 1	Klientka č. 2	Klientka č. 3	Klientka č. 4	Klientka č. 5	Klientka č. 6	Klientka č. 7	Klientka č. 8
Vnější okolnosti	9	11	10	11	11	12	9	15
Vnitřní okolnosti	12	13	12	12	12	12	12	6
Motivace	23	24	16	21	19	21	21	21
Připravenost	27	26	31	29	32	33	31	29

V první kategorii dotazníku, která hodnotí vnější okolnosti, které přivádějí klientky do léčby, získala klientka č. 8 plný počet bodů, z čehož lze usuzovat, že byla pod vnějším tlakem, aby nastoupila do terapeutické komunity, a na druhou stranu ta samá klientka získala nejnižší bodové skóre ve druhé kategorii, která hodnotí vnitřní okolnosti. Ve třetí kategorii, která zjišťuje míru motivace získala klientka č. 2 nejvíce bodů, přesto se její léčba zcela nepovedla a klientka zhruba po třech měsících opustila komunitu i se svou šestitýdenní dcerou. Poslední kategorie dotazníku hodnotí připravenost. V tomto případě to byla klientka č. 6, která získala nejvíce bodů, a tato klientka byla jedna ze tří, která léčbu úspěšně zakončila rituálem.

Tabulka 34: DAST

	Klientka č. 1	Klientka č. 2	Klientka č. 3	Klientka č. 4	Klientka č. 5	Klientka č. 6	Klientka č. 7	Klientka č. 8
Skóre	5 bodů	5 bodů	7 bodů	7 bodů	6 bodů	8 bodů	7 bodů	6 bodů

Z výše uvedených údajů je patrné, že 2 dotazované klientky se pohybují na horní hranici střední úrovně závislosti tak, jak ji popisuje hodnotící škála dotazníku DAST. Zbylých 6 klientek získalo skóre v pásmu podstatné úrovně problémů na poli užívání návykových látek.



## 9 DISKUSE

V této kapitole budou výsledky našeho šetření konfrontovány s výsledky již realizovaných výzkumů na podobné téma. Našeho výzkumu se účastnilo osm klientek z jedné specifické terapeutické komunity, která je přímo zaměřená na klientky s dětmi a nastávající matky. Věk klientek se pohyboval v rozmezí 24 - 35 let. Průměrný věk respondentek byl 29 let. Všechny dotazované klientky uvedly jako svou primární drogu pervitin. Průměrná délka závislosti byla 11 let. Obvyklý způsob aplikace drogy intravenózní. Výzkum také ukázal, že průměrný věk, kdy klientky účastníci se našeho výzkumu začaly užívat návykové látky, byl 18 let.

Dle Farella (1999) mají matky uživatelky a těhotné uživatelky partnery, kteří jsou většinou také drogově závislí. V našem výzkumu tomu není jinak. Nejen otcové jejich dětí jsou uživatelé, ale i další partneři, kteří se v jejich životě objevují, užívají návykové látky. V našem případě tomu je u sedmi z osmi dotazovaných klientek. Farell (1999) ve své studii dále popisuje sociodemografické prostředí, ze kterého tyto ženy pocházejí, a většinou se jedná o nižší socioekonomické třídy. Tomuto tématu se tato diplomová práce příliš do hloubky nevěnovala, bylo však zjištěno, že sedm z osmi respondentek přišlo do TK z ulice a čtyři z osmi dotazovaných klientek dokončilo pouze základní vzdělání.

Další část je věnována porovnání zjištěných výsledků našeho šetření s cíli, které byly pro tuto práci stanoveny. Pět z osmi respondentek se rozhodlo nastoupit léčbu z důvodu soudního odebrání dítěte, nebo z hrozby, že se tak stane, pokud tak neučiní. Jedna respondentka se rozhodla na základě těhotenství, jedné klientce hrozilo odnětí svobody za výrobu a distribuci omamných látek. Z důvodu nástupu do léčby soud zmírnit trest na podmíněčné odsouzení. Jedna klientka uvedla jako důvod nástupu do TK fakt, že prostě neměla se synem kam jít. Tyto skutečnosti se shodují s názory Nevšimala a kol. (2007) a Hanzala (2009), že hlavním motivačním faktorem matek k léčbě a abstinenci je hrozba odebrání dítěte z péče, či naděje a touha získání dítěte zpět do péče. Motivace těchto matek je většinou pasivní a je dána sekundárními dopady závislosti na návykových látkách („*musím, jsem donucena, už nechci zažívat*“). Fakt, že tři klientky léčbu dokončily úspěšně, lze připisovat skutečnosti, že během léčebného procesu objevily pozitivní zdroje motivace (Nevšimal a kol., 2007), mezi které lze zařadit např. osvojení si dovedností spojených s péčí o dítě, jejich společné soužití a komunikace.

Nevšímal a kol. (2007), že jako pasivní motivaci lze označit také snahu zajistit obydlí a stravu, což se u jedné klientky také potvrdilo.

Jak již bylo popsáno dříve, Miovský (2003) rozlišuje čtyři úrovně motivačních faktorů: **1. zdravotní a psychické, 2. sociálně-psychické, 3. sociální, 4. trestně-právní**, kdy jsou tyto faktory seřazeny dle důležitosti od jedničky po čtyřku. V případě, že klient netrpí žádnými zdravotními komplikacemi, bolestmi a podobně, nepocítuje aktuální potřebu se začít léčit. Velkou úlohu zde hraje také míra uvědomění si těchto dopadů. Patrná je přímá úměra mezi vlastním uvědoměním si problémů a následnou motivací k léčbě. Problémy pak musí především vadit samotnému klientovi, který se v jejich důsledku cítí nepříjemně a ohroženě. V našem výzkumném šetření měly dvě klientky hepatitidu typu C. Všechny dotazované respondentky užívaly pervitin i během těhotenství a tři z nich pak měly předčasný porod. Všechny klientky pak mají problémy se zuby, i přesto tyto skutečnosti nebyly důvodem k nástupu do TK. Toto zjištění lze vysvětlit tím, že se jedná o zdravotní komplikace, které klienty samotné bezprostředně neohrožovaly na životě a nebyly v zásadě bolestivé.

2 z 8 klientek uvedly psychické obtíže spojené s užíváním jako jsou pocity úzkosti a deprese a jedna klientka se potýká s poruchou příjmu potravy, která se objevila v raných fázích užívání. Ani tyto psychické problémy však klientky nevedly ke změně životního stylu, léčbě a abstinenci.

Dle Miovského (2003) se mezi další motivační faktory, které nemají na klienta příliš významný vliv, řadí nátlak ze strany rodičů, partnera, dětí aj. sociální vlivy. Z našeho šetření, jak již bylo popsáno dříve, je patrné, že nejvýznamnějším motivem k nástupu do terapeutické komunity je právě dítě. Vliv partnera a rodičů se v motivaci promítá až v pozdějších fázích, ale ne při samotném rozhodování, zda do léčby vůbec nastoupit. Jako další výrazný motivační faktor, který se podílel na setrvání klientek v léčbě, byl fakt, že přišly z ulice, kam se již nechtějí vrátit.

Za nejméně kvalitní vstupní motivaci považuje Miovský (2003) povinnou léčbu. Tedy takovou, která vyplývá z nařízení soudu po konfliktu se zákonem. Taková léčba se v praxi jeví jako nejméně účinná a na druhou stranu je terapeutickým personálem takový klient označován jako jeden z nejnáročnějších, co se vlastní motivace týká. V našem šetření měla 1 respondentka soudem nařízenou léčbu. Právě s přihlédnutím na fakt, že má nezletilé dítě,

přistoupil soud k alternativnímu trestu. Zároveň to byla 1 ze 3 klientek, která léčbu úspěšně dokončila.

Binder a Vavřínková (2007) ve své práci popsali skutečnost, že u matek uživatelé návykových látek dochází k předčasnému porodu častěji než u matek, které návykové látky neužívají. Ke stejným závěrům došla i Kailová (2009), která se ve své studii zaměřila na následky užívání drog na plod. Oslovila 112 porodních asistentek z nichž 106 uvedlo, že nejčastější komplikací u těhotných uživatelé návykových látek je předčasný porod. V našem výzkumu to byly 3 respondentky, které rodily před termínem. Důvodem předčasného porodu bývá nejčastěji bakteriální infekce, při níž dochází ve složitých enzymatických procesech k vyplavení hormonu prostaglandinu, který je zodpovědný za vyvolání děložních kontrakcí, které spouští porod (Čech a kol., 2006).

Nepustil (2012) popisuje skutečnost, že závislé matky mívají často se svými dětmi minimální kontakt a jsou v jejich výchově laxní. Důvodem často bývá špatná zkušenost s vlastní matkou a špatným rodinným zázemím. Budeme-li nahlížet na tuto skutečnost přes optiku rodinného zázemí, tak 6 z 8 z našich dotazovaných klientek pochází z neúplných rodin.

Tvrzení UNODC (2004), ve kterém se uvádí, že ženy jsou k užívání nejčastěji přivedeny svými partnery, podporují i výsledky našeho šetření. Polovina našich dotazovaných respondentek měla první kontakt s drogou přes svého partnera.

V dotazníku CMRS dosáhly klientky poměrně vysokého skóre. Je možné, že výsledky našeho šetření mohly být částečně zkresleny tím, že klientky již zahájily léčbu. Dotazník se běžně používá ještě před nástupem do terapeutické komunity. Bodové skóre, které klientky nasbíraly, se pohybovalo v rozmezí od 69-78 bodů, průměrné skóre pak činilo 73 bodů. Přičemž maximální možný počet bodů tohoto dotazníku činí 90 bodů. Podíváme-li se na jednotlivé kategorie, pak u první, která mapuje vnější okolnosti přivádějící klientku do léčby, byl bodový průměr 11 bodů z 15 možných. Ve druhé kategorii zjišťující vnitřní okolnosti dosáhly respondentky stejně jako v předchozí kategorii bodový průměr 11 bodů z možných 15 bodů. Třetí kategorie zaměřená na motivaci klientek byl bodový průměr 21 bodů, přičemž v této kategorii je maximální možný počet 25 bodů. V poslední kategorii hodnotící připravenost klientek na léčbu bylo průměrné skóre našich respondentek 30 bodů z maximálního počtu 35 bodů. I přes tyto pozitivní výsledky pouze 3 dotazované respondentky ukončily léčbu závěrečným rituálem.

Výsledky dotazníku DAST, který zjišťuje míru rizika spojeného s užíváním návykových látek (jiných, než je alkohol a tabák), přinesl toto zjištění. 2 dotazované respondentky nasbíraly body odpovídající horní hranici střední úrovně závislosti a problémů s ní spojených, u zbylých 6 klientek pak bodové skóre odpovídalo podstatné úrovni problému spojených s užíváním návykových látek.

## 10 ZÁVĚR

Hlavním cílem této diplomové práce bylo zjistit, které okolnosti měly vliv na rozhodnutí klientky nastoupit do léčby v terapeutické komunitě a zda existují motivační determinanty, které jsou pro tuto skupinu uživatelék specifické.

Výsledky našeho šetření v podstatě korespondují s jinými výzkumnými studiiemi či odbornou literaturou, které se tématu motivace u matek užívajících návykové látky věnovaly. Motivace u takových žen bývá většinou vnější. Na dítě je nahlíženo jako na motivaci pasivní, čímž je myšleno, že matky nastupují do léčby z důvodu, že chtějí dítě, které jim bylo soudně odebráno, zpět do péče. Jinak tomu nebylo ani u našich respondentek. I přesto, že u více než poloviny dotazovaných klientek byla motivace nástupu do terapeutické komunity pasivní, jedna třetina těchto klientek léčbu řádně dokončila.

Další výzkumný záměr byl zjistit motivaci klientek pomocí standardizovaného dotazníku CMRS, který zkoumá tyto následující čtyři oblasti: okolnosti (1), vnitřní motivaci (2), připravenost jedince k léčbě (3) a vhodnost této léčby (4). Autorem této škály je George De Leon, Ph.D (De Leon, 1998), který zároveň dále rozvádí, že pro jedince není důležitá pouze motivace a připravenost. Důležitou roli hrají zcela zajisté další okolnosti, čímž může být i např. tlak vnějších okolností. Dosažené maximální skóre pro nás ve výsledném efektu může představovat významný prediktor k určení, zda bude pacientka schopna léčbu dokončit (De Leon, 2000, 2010 in Kalina, 2015). Tyto zjištěné informace by mohly být následně zohledněny při terapeutické práci s danou klientkou na zvýšení její motivace k léčbě.

Dále byl při výzkumu použitý DAST dotazník, který zjišťuje míru závislosti na jiných návykových látkách, než je alkohol a tabák.

Na začátku empirické části práce byly položeny tyto výzkumné otázky, na které bych nyní ráda odpověděla:

Jaké motivy a okolnosti přivedly klientku do léčby v terapeutické komunitě.

- Nejčastějším motivem k nástupu do léčby bylo u našich respondentek dítě. Buď hrozba jeho odebrání, či touha na jeho navrácení zpět do péče. Okolnosti, které

předcházely nástupu do komunity, byl nejčastěji život na ulici, což v konečném důsledku klientkám nevyhovovalo.

Jaké jsou specifické motivační determinanty podílející se na setrvání v terapeutické komunitě?

- I u této otázky se objevovalo dítě jako motivační faktor k setrvání v léčbě stejně jako jistá nechuť vrátit se zpět na ulici. U 3 klientek se v odpovědi objevil partner a 3 klientky uvedly, že to dělají kvůli sobě a pro sebe. Zároveň to byly ty 3 klientky, které léčbu úspěšně dokončily výstupním rituálem.

Která oblast dotazníku CMRS se nejvíce podílí na motivaci?

- Podíváme-li se na jednotlivé kategorie dotazníku a na odpovědi našich respondentek dojdeme k závěru, že nejvíce se na motivaci podílely vnější okolnosti. I přesto, že klientky nevstupovaly do léčby primárně ze svého rozhodnutí a snahy změnit svůj život, podařilo se u 3 klientek v rámci terapeutické práce dosáhnout zdárného ukončení léčby.

Po nastudování odborné literatury z oblasti drogově závislých žen – matek, motivace a z výsledků našeho výzkumu navrhuji tato opatření:

- Posilovat kompetentnost klientek jako matek.
- Brát zřetel na gender v rámci adiktologických služeb.
- Rozvoj a posilování citlivého a šetrného přístupu při práci s naší cílovou skupinou – uživatelék matek.
- Velkou výzvou u těchto klientek je také práce s relapsem a to především z důvodu, že otcové jejich dětí jsou uživatelé návykových látek, tudíž s nimi nelze zcela vyrušit kontakt.

Matky – uživatelky návykových látek zůstávají pro adiktologické pracovníky velkou výzvou. Mnozí stále vnímají ženy – uživatelky – matky jako určitou hrozbu společnosti a nejsou ochotni nahlédnout na tento problém s respektem a pochopením k těmto ženám. V České republice máme však to štěstí, že je zde i dostatek odborníků, kteří tuto problematiku přinášejí na světlo jako např. pracovníci denního stacionáře SANANIMU či terapeutické komunity Karlov.

## 11 ZDROJE

Adameček, D., Richterová-Těmínová, M. a Kalina, K. (2003). Kapitola 8/8. Rezidenční léčba v terapeutických komunitách (pp. 201 –207). In Kalina, K. & Radimecký, J.(eds.). *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Praha, Česká Republika:Úřad vlády České Republiky.

Achtziger, A. & Gollwitzer, P. M. (2012). Chapter 11: Motivation and volition in the course of action(272–295). In Heckhausen, J. & Heckhausen, H. (eds.).*Motivation and action* (Paperback 2nd ed.). UK: Cambridge University Press.

Ball, S. A., Carroll, K. M., Canning-Ball, M., & Rounsaville, B. J. (2006). Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation. *Addictive Behaviors*, 31(2), 320-330.

Bedrnová, E. a Novotný, I. (2007). *Psychologie a sociologie řízení*. Praha: Management Press

Binder, T. and Vavřinková, B. (2007). Návykové látky v těhotenství. Specifika péče o uživatelky drog a jejich novorozence. *Zaostřeno na drogy*, 5(4), 2 – 11. Praha: Úřad vlády České republiky.

Campling, P. (2001). Therapeutic communities. *Advances in Psychiatric Treatment*,7(5), 365-372.

Čech, E., Hájek, Z., Maršál, K., Srp, B., Binder, T. & Calda, P. a kol. (2006). *Porodnictví*. Praha: Grada.

DiClemente, C. C. (1999). Motivation for change: Implications for substance abuse treatment. *Psychological Science*, 10(3), 209–213.

DiClemente, C., C. (2003). Motivační rozhovory a fáze změny in Miller, W., R., Rollnick, S. (2003). *Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování* (p. 175-185). Tišnov:Sdružení SCAN.

De Leon, G. (2000).*The therapeutic community: Theory, model, and method*. New York, NY: Springer Publishing Co.

De Leon, G. (1993). CMRS Scale for Substance Abuse Treatment. Retriever from: [ě](#)

Dörner, K., Plog, U. (1999). *Bláznit je lidské*. Praha: Grada.

- Elliot, A. J., & Thrash, T. M. (2002). Approach-avoidance motivation in personality: approach and avoidance temperaments and goals. *Journal of personality and social psychology*, 82(5), 804-818.
- EMCDDA. (2012c). *Pregnancy, child care and the family: key issues for Europe's response to drug*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Farrell, E. (1999). *Women, Children and Drug use*. A Collection of Papers on Drug Issues in Ireland. Internal document. Dublin: The Health Research Board, Drug Misuse Research Division.
- Gorman, M. D., Heather, N., Peters, T., Stockwell, T. (2001). *Alcohol dependence and problems*. New York: Chichester.
- Gossop, M. (2009). *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Halgin, R. P., Whitbourne, S. K. (1994). *Abnormal psychology*.
- Hanzal, P. (2009). Po porodu neberu. In: I. Preslová and V. Maxová (Eds.), *Sborník odborné konference Ženy a drogy 2009* (s. 23 -30). Praha: Sananim.
- Halepota, H. A. *Motivational Theories and Their Application in Construction*, s. 15.
- Heckhausen, J. & Heckhausen, H. (2012). Chapter 1: Motivation and Action: introduction and overview. In Heckhausen, J. & Heckhausen, H. (eds.). *Motivation and Action (Paperback 2nd ed.)*.UK: Cambridge university press.
- Hser, a kol. (2003). Gender comparisons of drug abuse treatment outcomes and predictor. *Drug Alcohol Dependence* 72, 255-264. in Gossop, M. (2009). *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Hser, a kol. (2005). Treatment outcomes among women and men methamphetamine abusers in California. *Journal of Substance Abuse and Treatment* 28, 77-85. in Gossop, M. (2009). *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kailová, K. (2009). *Specifika péče o ženy závislé na psychotropních látkách*. Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
- Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: GradaPublishing.
- Kalina, K. a kol. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.
- Madsen, K., B. (1979). *Moderní teorie motivace*. Praha: Academia.



Malivert, M., Fatséas, M., Denis, C., Langlois, E., & Auriacombe, M. (2012). *Effectiveness of therapeutic communities: a systematic review*. *European Addiction research*, 18(1), 1-11.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Grolmusová, L., Tion Leštinová, Z., ..., Malinová, H. (2015). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2014 [Annual Report on Drug Situation 2014 -Czech Republic]. Mravčík, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky

Miovský, M. a Bartošíková, I. (2003). Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislostí. In: K. Kalina a J. Radimecký (EDS.), *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup* (s. 25 – 29). Praha: Úřad vlády České republiky.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu* (138 – 277). Praha: Grada

Nakonečný, M. (1997). *Motivace lidského chování*. Praha: Academia.

Nepustil, P., Pančocha, K., Frišaufová, M., Kalivodová, R., Bartáková, A. (2012). *Užívání drog s obtížným přístupem k drogovým službám – situace v ČR: Analýza informačních zdrojů*. Praha: Úřad vlády České republiky

Nevšímal, P. (Ed.). (2007). *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. – Česká praxe*. Praha: Krajský úřad Středočeského kraje /o. p. s. Magdaléna

NTA. (2007). *Woman in Drug Treatment: What the Latest Figures Reveal*. in Nepustil a kol. *Užívání drog ve skupinách s obtížným přístupem k drogovým službám. Situace v ČR: analýza informačních zdrojů* (s. 51-58). Praha: Úřad vlády ČR.

Plháčková, A. (2003). *Učebnice obecné psychologie* (s. 319 – 385). Praha: Academia.

Preslová, I. (2009). Drogy, ženy a my. In I. Preslová and V. Maxová (Eds.), *Sborník odborné konference Ženy and Drogy 2009* (s. 11 – 14). Praha: Sananim.

Preslová, I. (2011). *Manuál práce s dětmi drogově závislých klientů* (s. 13 - 14). Praha: Sananim

Preslová, I. (n. d.). *Drogově závislá klientka a žena pracující v protidrogových službách*. Retrieved from:

<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/download/1176/Preslova-Drogove-zavisla-klientka-a-zena-pracujici-v-protidrogovych-sluzbach-pdf>

Preslová, I. (2015). *Prezentace. Drogově závislý rodiče – možnosti a meze pomoci*. Dne 23.6. 2015 na semináři Drogově závislé matky a jejich děti.

Presová, J. (2014). *Školní vztahová síť jako riziko vývoje poruch chování*. Brno: MU.

Radimecký, J. (2009). *Úvod do MR a procesy změny*. Retrieved from: <http://motivacnirozhovory.cz/J.Radimecky%20Uvod%20do%20MR%20a%20procesy%20zmeny.pdf>

Radimecký, J. (2007). *Užívání drog a genderové rozdíly*. Medical Tribune, 13,6. Retrieved from <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/60/1049/Uzivani-drog-a-genderove-rozdily>

Rahn, E., Mahnkopf, A. (2000). *Psychiatrie*. Praha: Grada.

Ryan, R. M. (2012). Chapter 1: Motivation and the organisation of Human Behavior: Three reasons for the Reemergence of a Field (3-12). In Ryan, R. M. (ed.). *The Oxford Handbook of Human Motivation*. UK: Oxford University Press.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1) 68.

Ryan, R. M., Plant, R. W., & O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive behaviors*, 20(3), 279-297

Sananim, o. s. (c 2016). *Výroční zpráva 2016*. Retrieved from: <http://www.sananim.cz/ke-stazeni/vyrocní-zpravy.html>

Simoneau, H., & Bergeron, J. (2003). Factors affecting motivation during the first six weeks of treatment. *Addictive behaviors*, 28(7), 1219-1241.

Soyez, V., De Leon, G., Rosseel, Y., & Broekaert, E. (2006). Motivation and readiness for therapeutic community treatment: Psychometric Evaluation of the Dutch translation of the

circumstances, motivation, readiness, and suitability -scales. *Journal of substance abuse treatment*, 30(4), 297-308.

UDONC (2004). *Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lesson learned*. in Kalina, K., a kol. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Vobořil, J. (2003). Gender – ženy jako specifická skupina. Kapitola 9/3, in: Kalina, K. a kol., *Drogy a drogové závislosti. Mezioborový přístup*. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.

## 12 PŘÍLOHY

### Příloha č. 1

Anamnestický list – otázky ke strukturovanému rozhovoru

1. Věk klientky
2. Jaká byla drogová kariéra, co a jak dlouho brala
3. Kolik má klientka dětí, zda je má ve své péči
4. Zná klientka otce dětí
5. Žije klientka mimo komunitu s otcem svých dětí, je s ním v kontaktu, podporuje ji v léčbě, jezdí ji navštěvovat, je sám uživatel návykových látek?
6. Má klientka jiného partnera? Jak se staví k léčbě?
7. Jaké měla klientka dětství? Pochází z úplné rodiny? Jaký má klientka vztah se svými rodiči?
8. Vyrůstala klientka se svými rodiči?
9. Zda je to klientky první léčba, jestli již v minulosti nějakou léčbu podstoupila, o jaký typ léčby se jednalo, jak dlouho trvala a co se nepovedlo.
10. Má klientka místo, kam se může po skončení léčby vrátit, z jakého přichází prostředí např. ulice, ubytovna, svůj byt...
11. Jak probíhalo těhotenství, nějaké komplikace v těhotenství spojené s užíváním např. předčasný porod

### Příloha č. 2

Přepsaný audio záznam polostrukturovaných rozhovorů

#### **Klientka č. 1 Marie – 17 dní v komunitě.**

Tazatelka: Jak se jmenuješ?

Respondentka: Marie

Tazatelka: Kolik máš roků?

Respondentka: 30 let

Tazatelka: Jaké je tvoje vzdělání?

Respondentka: Učila jsem se na prodavačku, ale v posledním ročníku jsem ze školy odešla.

Tazatelka: Setkala ses někdy s šikanou ve škole?

Respondentka: Jo setkala, dost se mi ve škole spolužáci posmívali, že jsem cigánka, ale nejsem.

Tazatelka: Jaká byla tvoje drogová kariéra, co a jakým způsobem jsi brala? Jak dlouho jsi brala a kdy jsi začala brát?

Respondentka: Brát jsem začala v 18 letech s tehdejším přítelem, do té doby jsem s drogami neměla žádnou zkušenost. Beru vlastně 12 let. Brala jsem pervitin. Nejdřív jsem šňupala a pak jsem si začala píchat.

Tazatelka: Po jaké době sis začala píchat.

Respondentka: Šňupala jsem asi půl roku a pak jsem přešla na jehlu. Když jsem zjistila, že jsem těhotná s nejstarším synem, tak jsem zase přešla na šňupání. Když byly Dominikovi tři roky, tak jsem si zase začala píchat a od té doby jsem si píchala a neuměla jsem to nějak korigovat.

Tazatelka: Kolik máš celkem dětí?

Respondentka: 4.

Tazatelka: Máš je všechny ve své péči?

Respondentka: Nejstaršího Dominika osmiletého mám ve své péči, čtyřletá a tříletá dcera jsou tady se mnou. Ty jsou momentálně v ústavní péči, což teď budu přes soud rušit. Nejmladší František je v přechodné pěstounské péči, má vrozenou vadu srdce. Sem jsem si stejně mohla vzít jen dvě děti.

Tazatelka: Znáš otce svých dětí? Mají všechny děti stejného otce?

Respondentka: Nejstarší Dominik má jiného otce, kterého nezná, nemá ho ani uvedeného v rodném listě. A ani já si nejsem úplně jistá, kdo to je. Zbylé tři děti mají stejného otce.

Tazatelka: Mimo komunitu žiješ s otcem svých dětí?

Respondentka: No ani vlastně nevím, on je totiž momentálně zavřený ve vězení. Ale než si šel sednout, tak jsme spolu byli.

Tazatelka: A jste spolu v kontaktu, i když je ve vězení?

Respondentka: No momentálně ne, protože mi ještě neposlal testy, že je čistý a tady v komunitě je vyžadují. Přišlo mi asi dvacet dopisů, ale nemůžu si je přečíst, dokud nepošle ty testy, že je čistej.

Tazatelka: Podporuje tě v léčbě?

Respondentka: No ze začátku nechtěl abych nastoupila, říkal ať nikam nechodím. Pak ale změnil názor, když jsem mu slíbila, že ho neopustím, když se vyléčím.

Tazatelka: Partner užívá návykové látky?

Respondentka: Jo, taky bere pervitin.

Tazatelka: Navštěvovat vás nejezdí, když je ve výkonu trestu.

Respondentka: Nejezdí, je ve vězení.

Tazatelka: Máš jiného partnera, se kterým se stýkáš?

Respondentka: Ne.

Tazatelka: Můžeš mi říct, jaké jsi měla dětství?

Respondentka: Rodiče jsou rozvedení, takže jsem vyrůstala pouze s maminkou a bráškou. Brácha je sice o sedm let starší, ale já ho beru jako brášku, o kterého jsem se starala. Je totiž mentálně retardovaný. Má epilepsii. Mamka nás fyzicky trestala, mě samozřejmě víc, protože já jsem byla zdravá, tak jsem často dostala i za něj.

Tazatelka: Kolik ti bylo roků, když se tvoji rodiče rozešli?

Respondentka: Když jsem byla úplně miminko.

Tazatelka: Jaká máš vztah se svými rodiči?

Respondentka: S mamkou teď úplně úžasný vztah. Hodně mě podporuje. Stará se o Dominika, nejstaršího syna, hodně mě finančně podporuje, i moje holky. Hodně nám pomáhá.

Tazatelka: Takže nejstarší syn momentálně žije a bydlí u tvé matky?

Respondentka: Ano. A tat'ka před dvěma lety zemřel. Co si pamatuju, tak jsem se k němu vždycky snažila nějak vtírat, když to tak řeknu. No, co si pamatuju, tak on mi nikdy sám od sebe nezavolal, nikdy mi neřekl Marie. Co od něj odešla teta, jako jeho druhá žena, tak zůstal sám a byl to takový morous.

Tazatelka: Dále by mne zajímalo, zda je toto tvoje první léčba.

Respondentka: Jo.

Tazatelka: Takže žádnou jinou léčbu, byť ambulantní, si nikdy neabsolvovala.

Respondentka: Ne zatím nic.

Tazatelka: Máš místo, kam se můžeš po léčbě vrátit?

Respondentka: Jsem domluvená s mamkou, že dva tři měsíce před koncem léčby mi pomůže najít byt, protože kdybych neměla byt, tak bych holky musela vrátit do dětského domova. Takže mi mamka najde byt, třeba zaplatí kauci a koupí nám nějaký nábytek, prostě abych nemusela holky zase vracet. Slíbila jsem jim, že už zůstanou se mnou.

Tazatelka: Než si nastoupila sem do léčby, tak si žila kde?

Respondentka: Jako v jakém městě?

Tazatelka: Spíš mě zajímá, jestli si žila na ubytovně, v pronájmu, na ulici.....

Respondentka: Bydlela jsem na ubytovně. Pak šel partner do vězení a jsem skončila na ulici, občas jsem přespala u mamky.

Tazatelka: Jak probíhaly tvoje těhotenství? Měla jsi nějaké komplikace spojené s užíváním? Mám na mysli třeba předčasný porod.

Respondentka: U toho nejstaršího Dominika, když jsem zjistila, že jsem těhotná, tak jsem si přestala píchat a začala jsem jen šňupat, po porodu, když jsem kojila, tak jsem šňupala minimálně. Narodil se normálně v termínu, jen ta bolest při porodu bylo strašně intenzivní. Když jsem čekala Kristýnku, tak jsem si píchala, ale jen jednou maximálně dvakrát za den. Bylo mi z toho fyzicky zle. Když jsem čekala Viktorku, tak jsem si píchala docela dost, chtěla jsem jít i na potrat, ale už bylo pozdě, tak jsem si ji prostě taky nechala a teď jsem za to ráda. Obě holky se narodily v termínu a jsou zdravé. Po Viktorce jsem jednou potratila a pak jsem otěhotněla s Františkem. Toho jsem taky nechtěla, během těhotenství jsem ani nechodila na kontroly na gynekologii. Když se pak narodil, bylo o měsíc dřív, měl moc nemocné srdíčko. Museli ho už dvakrát operovat.

Tazatelka: Poslední otázka, můžeš mi říct co předcházelo nástupu do komunity? Co byla ta poslední kapka, když sis řekla, že půjdeš na detox a sem do Karlova?

Respondentka: No měla jsem výčitky svědomí kvůli Františkovi, jestli náhodou není nemocný kvůli tomu, že jsem celé těhotenství brala a taky jsem chtěla holky do své péče. Přejde mi, že jsem zahodila strašně moc let, třeba i s tím Dominikem, který má raději mou mámu než mě.

Tazatelka: Můžeš mi říct tři motivy, podle důležitosti, první nejvíce důležitý, které tě udržují v léčbě a dodávají ti sílu léčbu dokončit?

Respondentka: Chtěla bych dcery do své péče. Už nebylo zbylí, když jsem byla na ulici. Výčitky svědomí.

Tazatelka: Můžeš mi říct, jaké tři věci, skutečnosti pro tebe byly tady v komunitě nejobtížnější? První nejvíce obtížné, a tak dál.

Respondentka: Tak asi ten režim. Jako všechno si pamatovat. Pak taky ta péče o děti a třetí... asi to mluvení na komunitách.



Marie opakovaně porušovala kardinální pravidla, navazovala intimní vztahy, nepřijímala léčbu a byla nakonec z komunity vyloučena. Obě dcery, které s ní byly v komunitě, se vrátily do dětského domova.

### **Klientka č. 2 Dagmar – 11 dnů v komunitě.**

Tazatelka: Můžeš mi říct, jak se jmenuješ?

Respondentka: Dagmar.

Tazatelka: Kolik máš roků?

Respondentka: 24.

Tazatelka: Jaké je tvoje vzdělání?

Respondentka: No jako žádné, nedodělala jsem učňák. Jako už jsem totiž fetovala a nějak mě škola ani nebavila.

Tazatelka: Zažila jsi někdy šikanu ve škole?

Respondentka: No když řeknu pravdu, to spíš já jsem patřila do party těch drsňáků, co občas na někoho byla dost ostrá.

Tazatelka: Jaká byla tvoje drogová kariéra, co a jakým způsobem jsi brala? Jak dlouho jsi brala a kdy jsi začala brát?

Respondentka: Začala jsem brát ve 13. Ve 13 jsem vlastně začala s alkoholem a marihuanou. Ve 14 jsem začala užívat pervitin a od 15 jsem ho začala užívat nitrožilně a užívala jsem ho vlastně až do teď do 24 s přestávkou 2 roky.

Tazatelka: Kdo tě k drogám přivedl? S kým jsi užila poprvé?

Respondentka: S tehdejším přítelem a naší společnou partou.

Tazatelka: Kolik máš dětí?

Respondentka: Mám šestiletého syna a teď čekám dceru, jsem v osmém měsíci.

Tazatelka: Máš syna ve své péči?

Respondentka: Syn v péči nemám, ale dceru, až ji porodím, tak tu v péči mít budu.

Tazatelka: Znáš otce svých dětí? Mají obě děti stejného otce?

Respondentka: Zním je oba, nemají stejného otce.

Tazatelka: Mimo komunitu žiješ s jedním z nich?

Respondentka: S otcem od Radima, jako od syna, mám velmi špatný vztah a otec od Kačenky, co se narodí, vůbec neví, že jsem těhotná. Přestali jsem se stýkat v době, kdy jsem ještě nevěděla, že jsem těhotná. Když to tak řeknu, já jsem s ním chodila asi jen měsíc. On nebral a když zjistil, že beru, tak se mnou nechtěl nic mít.

Tazatelka: Byli nebo jsou ve výkonu trestu?

Respondentka: Tak otce od Kačenky vlastně skoro neznám, takže to nevím a táta od Radima byl ve výkonu trestu, ale už je venku.

Tazatelka: Jsi s některým z nich v kontaktu?

Respondentka: Tak s otcem od Radima v kontaktu jsem, protože má malého v péči, tudíž s ním komunikovat musím a jak jsem říkala, ten druhý ani neví, že se má malá narodit. Toho už jsem půl roku neviděla a kontaktovat ho nebudu.

Tazatelka: Podporuje tě v léčbě?

Respondentka: Zas až tahle spolu nekomunikujeme.

Tazatelka: Jezdí sem za tebou na návštěvu?

Respondentka: Bude muset, ale já jsem zatím v nulté fázi, takže nemám žádné návštěvy, ale musí přijet s malým. My máme spolu neustálé boje, co se mého styku s malým týká.

Tazatelka: On sám je uživatel návykových látek?

Respondentka: Vlastně před 7 lety, když jsme spolu začali, než se narodil malej, tak vařil drogy i je užíval a co se vrátil z vězení, tak je čistej, teda to alespoň tvrdí, ale já mu to nevěřím.

Tazatelka: Máš mimo komunitu vztah?

Respondentka: Jo, ale jak říkám, není to ani jeden otec mých dětí, ale můj partner souhlasí, abych ho Kačence, až se narodí, uvedla do rodného listu jako otce.

Tazatelka: A tvůj přítel tě podporuje v léčbě?

Respondentka: Samozřejmě.

Tazatelka: Je to uživatel návykových látek?

Respondentka: Bývalý uživatel, teď se snaží abstinovat.

Tazatelka: Teď se tě zeptám, jaké jsi měla dětství?

Respondentka: Ach jo, dětství. Mám starší sestru a mladšího brácha. Tátu skoro neznám, mamka na nás byla vlastně sama. Já jsem začala dost brzo dělat kraviny. Dětství jsem dost trávila u babičky. Kde jsem měla svou partu a kluka. Dětství bylo krátký, já jsem dospěla fakt brzo. Moc mě ani nebavilo být děckem.

Tazatelka: Jaký máš vztah se svými rodiči?

Respondentka: No s tátou žádněj a s mámou se to teď postupně lepší. Do mejch 18 let jsem se s ní vůbec nebavila. Jsem byla v pašáku.

Tazatelka: Takže mamka ví, že jsi tady v komunitě, podporuje tě v léčbě?

Respondentka: Jojo, ona mě sem přivezla.

Tazatelka: Je toto tvoje první léčba?

Respondentka: Ne.

Tazatelka: Jakou léčbu jsi v minulosti tedy podstoupila a co se nepovedlo, v čem vidíš ty kámen úrazu?

Respondentka: První léčba byla vlastně ve 14 letech, když jsem šla do výchovného zařízení. Tam jsem byla dva roky. To jsem fetovala už před tím a když mě pustili, tak jsem fetovala dál. Pak v 18 letech jsem byla tady na Karlově. To jsem opravdu přestala brát. Byla jsem dva roky čistá, ale pak se mi zabila teta, která pro mě byla víc než moje vlastní máma, a to byl takový zlom, když jsem zase začala brát, jako fetovat.

Tazatelka: Máš místo, kam se můžeš po léčbě vrátit?

Respondentka: No plánujeme bydlení s přítelem, chceme si najít společný byt.

Tazatelka: Ten zatím ještě nemáte?

Respondentka: Ten budeme hledat, až budu odcházet.

Tazatelka: Odkud jsi přišla, zajímá mě, kde jsi bydlela, než si nastoupila sem do léčby, jako například podnájem, ubytovna, ulice....

Respondentka: No tak já jsem bydlela tak všude a nikde, no a pak jsem byla na ubytovně s přítelem, který šel pracovat do Německa, a já jsem se přestěhovala do bytu, kde nebyla voda, ani elektrika a nakonec jsem skončila u mámy teda.

Tazatelka: Jak probíhala tvoje těhotenství? Měla jsi nějaké komplikace spojené s užíváním?

Respondentka: Tak první těhotenství jsem fetovala od začátku až do konce. Poprvé jsem šla na prohlídku až v sedmém měsíci. Takže to bylo takový rychlý. Malej se narodil o měsíc dřív a když mu byl měsíc, tak mi ho odebrali, protože jsem měla pozitivní testy. Teď jsem teda v osmém měsíci, o těhotenství vím asi od druhého týdne, takže hned od začátku jsem chodila na všechny kontroly a všechno vypadá dobře a od šestého měsíce se snažím nefetovat, byla jsem na detoxu a teď jsem tady.

Tazatelka: Poslední otázka, co byla ta poslední kapka, že jsi se rozhodla nastoupit do léčby?

Respondentka: No za poslední rok, co pustili bývalého přítele z výkonu trestu, jsem přišla úplně o všechno, přepsala jsem na něj byt, co byl můj, on mě dost psychicky týral. A on se má teď dobře a já jsem zůstala na ulici. On vařil drogy a já jsem mu je prodávala, já jsem byla stále ta špatná. Pak můj současný přítel odjel do Německa, protože už nechtěl brát a chtěl změnit úplně prostředí. Tím, že odjel, jsem najednou zůstala sama. Přijela jsem se sem podívat na absolventskou a rozhodla jsem se si tady znovu vyřídít léčbu. No a na to konto mě i máma vzala zpět k ní domů.

Tazatelka: Můžeš mi říct tři motivy, podle důležitosti, první nejvíce důležitý, které tě udržují v léčbě a dodávají ti sílu léčbu dokončit?

Respondentka: Těhotenství. Pak bych chtěla syna do své péče, aby ho neměl můj ex. No a poslední: přítel taky chce přestat, tak jsme si řekli, že přestaneme spolu. On odjel pracovat do Německa a já jsem tady zůstala sama.

Tazatelka: Můžeš mi říct, jaké tři věci, skutečnosti pro tebe byly tady v komunitě nejobtížnější? První nejvíce obtížné, a tak dál.

Respondentka: Pro mě je asi nejtěžší být všude na čas. Pak mi chybí přítel, ale ten je stejně v Německu. No a to, že si nemůžu zakouřit, kdy chci. Ale jen v těch pauzách.

Dagmar léčbu nedokončila, porodila holčičku a po šestinedělí opustila komunitu. Momentálně je v doléčovacím centru V Českých Budějovicích.

### **Klientka č. 3 Oldřiška – 10 týdnů v komunitě**

Tazatelka: Ahoj můžeš mi říct, jak se jmenuješ?

Respondentka: Oldřiška

Tazatelka: Kolik máš roků?

Respondentka: 30 let.

Tazatelka: Jaké je tvoje vzdělání?

Respondentka: Mám nedokončenou střední školu fotografickou, ukončila jsem třetí ročník, mám papír na fotografkou, ale maturitu nemám.

Tazatelka: Zažila jsi někdy ve škole šikanu?

Respondentka: Asi ne, nic takého si neuvědomuju.

Tazatelka: Jaká byla tvoje drogová kariéra, co a jakým způsobem jsi brala? Jak dlouho jsi brala a kdy jsi začala brát?

Respondentka: Takže začala jsem brát ve 14. Začalo to trávou od 15 pak už i pervitin. Ten jsem brala asi do svých 19, než jsem poznala přítele, který nebral. To jsem byla dva roky čistá. Pak jsem si našla práci a měla jsem docela dobrý přísun peněz a začalo to znovu, jako myslím to fetování, a fetovala jsem až do teď. Po porodu ve 26 letech jsem na půl roku vysadila a pak jsem zase začla. Celou dobu to byl teda pervitin i ta marihuana. Minulej rok jsem byla v léčbě, a to jsem byla asi půl roku čistá, ale pak jsem to zase rozjela pervitinem a i trávou ve velké míře a taky alkohol.

Tazatelka: Kdo tě k drogám přivedl? S kým sis dala poprvé?

Respondentka: Začala jsem hulit v partě. A pak se k nám přidal jeden kluk, který vařil a dotáhl pervitin a nám se to líbilo, tak jsem začali dávat piko. A já jsem s ním začala chodit. Nebo úplně chodit ne, spíš jako jen spát.

Tazatelka: Kolik máš dětí?

Respondentka: Jedno.

Tazatelka: Máš ho ve své péči?

Respondentka: Ne, je v péči mojí mámy.

Tazatelka: Kolik má roků?

Respondentka: 4 roky.

Tazatelka: Víš, kdo je jeho otec?

Respondentka: Jo, znám jeho otce, žili jsem spolu do jeho tří let. Po té minulé léčbě jsem se od něj odstěhovala a to jsem teda nebrala toho cca půl roku, ale kvůli malýmu jsem se s ním dál stýkala a prostě jsem s ním zase začala brát, spadla jsem do toho znova. On totiž taky furt bere, je závislej.

Tazatelka: Mimo komunitu s ním tedy nežiješ?

Respondentka: Ne.

Tazatelka: Jseš s ním v kontaktu?

Respondentka: No momentálně s ním v kontaktu vůbec nejsem.

Tazatelka: Je nebo byl někdy ve výkonu trestu?

Respondentka: Ne nikdy neseseděl ve vězení.

Tazatelka: Podporuje tě v léčbě?

Respondentka: Nepodporuje, malýmu se sem pokoušel psát, ale jelikož neposlal testy, tak nic.

Tazatelka: Jezdí sem na návštěvu za tebou nebo za synem?

Respondentka: To vůbec!

Tazatelka: Z toho, co jsi říkala, je patrné, že je tedy také uživatel.

Respondentka: Jo a ani nechce přestat.

Tazatelka: Máš jiného partnera?

Respondentka: Ne, jsem sama s Dominikem, jako se synem.

Tazatelka: Jaké jsi měla dětství?

Respondentka: No, když mi byly dva roky, tak se naši rozvedli, táta má tak různě ještě dalších 7 dětí. No, v dětství jsem byla dost sama. Měla jsem chůvu, mámu jsem skoro nevidala, třeba jednou za týden večer. Ona dost pracovala a taky pila alkohol.

Tazatelka: Jaký máš vztah se svými rodiči?

Respondentka: Tátu jsem od těch dvou let viděla jen jednou, mám nevlastního tátu, který sem za mnou jezdí i do léčby, i mě přivezl, dost mě podporuje. Máma už s ním teda taky není, ale my máme hezký vztah. Má rád i Dominika, bere ho jako vlastního vnuka. A máma dobrý, asi normál. Má právě toho Domču v péči, za co jsem ráda, že nemusel do děčáku.

Tazatelka: Je toto tvoje první léčba?

Respondentka: Ne, toto je moje druhá léčba.

Tazatelka: Kde jsi se v minulosti léčila a o jaký typ léčby se jednalo? Co se z tvého pohledu nepovedlo?

Respondentka: Bylo v PL v Červeném Dvoře, minulý rok v dubnu. Trvala do konce září. Tu léčbu jsem řádně ukončila, pak jsem nastoupila na doléčovací centrum Sananim, kde jsem byla do ledna. A v lednu...no jako já jsem se totiž celou dobu stýkala s tím otcem malého a chodila jsem i do toho bytu, kde jsme spolu bydleli, tam byly i ty drogy. Já jsem se snažila odolávat a odolávat a pak jsem si prostě jednou dala. Takže mě vyhodili i z toho doléčováku a já jsem prostě začala zase brát naplno.

Tazatelka: Máš místo, kam se můžeš po léčbě vrátit?

Respondentka: Ne.

Tazatelka: Z jakého si přišla prostředí? Z ulice, ubytovny, podnájmu....

Respondentka: No tak nějak v podstatě z ulice. Bydlela jsem tak různě po kamarádech, taky u mého bývalého jsem přespávala.

Tazatelka: Jak probíhalo tvoje těhotenství, měla jsi nějaké obtíže spojené s užíváním? Chodila si pravidelně na prohlídky na gynekologii?



Respondentka: Těhotenství probíhalo dobře, i jsem rodila v termínu. K doktorovi jsem chodila na všechna vyšetření, jen jsem teda celou dobu brala.

Tazatelka: Co byl teď ten impuls, že ses rozhodla nastoupit do léčby?

Respondentka: Tak ten život na ulici, to jak jsem vypadala, že jsem všechno ztratila a taky bych chtěla zpátky syna do péče.

Tazatelka: Můžeš mi říct tři motivy, podle důležitosti, první nejvíce důležitý, které tě udržují v léčbě a dodávají ti sílu léčbu dokončit?

Respondentka: Hlavně kvůli Dominikovi. Pak asi kvůli mamce. A kvůli nevlastnímu otci. Mám s ním pěkný vztah, to on mě sem přivezl a doprovodil.

Tazatelka: Můžeš mi říct, jaké tři věci, skutečnosti pro tebe byly tady v komunitě nejobtížnější? První nejvíce obtížné, a tak dál.

Respondentka: Tak já mám ještě furt problém si pamatovat všechny pravidla. Potom je těžké psát ty úkoly. Víš jako je třeba životopis a tak. No a třetí věc ta práce na zahradě. To je ale asi na prvním místě.

Oldřiška si v komunitě domluvila individuální odchodový plán. Jedním z důvodů jejího odchodu byly její problémy typu poruchy příjmu potravy.

#### **Klientka č. 4 Veronika – 10 měsíců v komunitě**

Tazatelka: Jak se jmenuješ?

Respondentka: Veronika.

Tazatelka: Kolik máš roků?

Respondentka: 29.

Tazatelka: Jaké je tvoje vzdělání?

Respondentka: Vystudovala jsem střední zemědělskou školu.

Tazatelka: Zažila jsi někdy šikanu ve škole?

Respondentka: Na základní škole ano, ještě jsem se neuměla bránit.

Tazatelka: Jaká byla tvoje drogová kariéra, zajímá mě, co a jak dlouho jsi brala, kdy jsi začala brát a jakým způsobem jsi užívala?

Respondentka: Takže jsem začala brát až v 19. To jsem jen šňupala. Ve 21 jsem začala vařit a taky jsem tou dobou už brala nitrožilně. Ve 24 jsem šla do kriminálu, kde jsem byla rok, a to jsem teda byla čistá. Po propuštění jsem si zase začala píchat a kromě těhotenství, kdy jsem jen občas šňupala, jsem si píchala až do teď, než jsem nastoupila sem vlastně každý den.

Tazatelka: A o jakou šlo tedy návykovou látku?

Respondentka: Jo, brala jsem pervitin.

Tazatelka: Kdo tě k drogám přivedl?

Respondentka: No začala jsem brát se svým tehdejším přítelem. On bral už delší dobu a jsem to chtěla zkusit s ním. Pak mi přišlo, že nás to dost spojilo, teda alespoň na začátku.

Tazatelka: Kolik máš dětí?

Respondentka: Jedno.

Tazatelka: Máš ho ve své péči?

Respondentka: Jo, teď už jo.

Tazatelka: Kolik má roků?

Respondentka: Rebeka, teda jako dcera, má tři roky.

Tazatelka: Znáš otce Rebeky?

Respondentka: Zním, teda jako jde o to, že já ho znám, ale on není uvedený v jejím rodném listě. Tam je uvedený přítel a ten je teď ve výkonu trestu, prostě sedí.

Tazatelka: Jsi s otcem své dcery v kontaktu?

Respondentka: Ne, vůbec.

Tazatelka: Tím pádem se nedá říct, že by tě podporoval v léčbě, nebo sem za tebou jezdil na návštěvy.

Respondentka: No to vůbec. Ani nevím, kde teď bydlí nebo co dělá.

Tazatelka: A tvůj přítel teda ví, že se léčíš, a jak se k tomu staví on?

Respondentka: No ani neměl moc velkou radost, tak je naštvanej, že je v kriminálu. Vůbec nevím, jak to bude, až ho pustí. Má tam být ještě pět let, tak to asi nemá žádnou budoucnost.

Tazatelka: Jaké jsi měla dětství, co tě k tomu napadne?

Respondentka: No tak byli jsme čtyři děti, takže nás bylo hodně, nevím co k tomu mám říkat. Asi jsem měla jako normální dětství, já nevím.

Tazatelka: Vyrůstala jsi v úplné rodině s matkou i otcem?

Respondentka: No s mamou a nevlastním tátou a ti se teda dost hádali a jinak prostě fakt nevím.

Tazatelka: Jak máš vztah se svými rodiči?

Respondentka: Tak s tátou žádněj, s tím nevlastním, no jak to mám říct, asi formální a s mamou teď už dobrý.

Tazatelka: Je toto tvoje první léčba? Podstoupila jsi v minulosti nějaké léčení?

Respondentka: Ne, nikde jsem se neléčila, Karlov je moje první léčba.

Tazatelka: Máš se kam vrátit po skončení léčby?

Respondentka: To už mám domluvené, nastupuju na doléčovák a tam mi pomůžou nějak s tím bydlením, nebo si našetřím, teda doufám a budu se moct postavit na vlastní nohy a postarat se no nás. O mě a o Rebeku.

Tazatelka: Než jsi nastoupila do komunity, tak jsi žila kde, na ulici, v ubytovně, v podnájmu?

Respondentka: No žila jsem s přítelem, ale ten šel právě kriminálu a já jsem teda bydlela, tak různě po známých a tak, neměla jsem žádné vlastní bydlení.

Tazatelka: Jak probíhalo těhotenství, měla jsi nějaké potíže spojené s užíváním?

Respondentka: Ne, vše bylo úplně bez problémů, já jsem totiž ani v těhotenství neužívala, před a po ano, ale během těhotenství vážně nic.

Tazatelka: Co předcházelo nástupu do léčby, co byl ten impuls, že jsi se opravdu odhodlala?

Respondentka: No to, že mi vlastně sebrali Rebeku, já jsem se snažila za každou cenu skloubit to mateřství a drogy, ale nešlo to a pak jsem si musela vybrat.

Tazatelka: Můžeš mi říct tři motivy, podle důležitosti, první nejvíce důležitý, které tě udržují v léčbě a dodávají ti sílu léčbu dokončit?

Respondentka: Na prvním místě bych řekla, že jsem to já. Už nechci brát a žít jak jsem žila. Pak bych řekla, že je Rebeka. No a třetím místě, chtěla bych si najít práci a pronajmout si byt.

Tazatelka: Můžeš mi říct, jaké tři věci, skutečnosti pro tebe byly tady v komunitě nejobtížnější? První nejvíce obtížné, a tak dál.

Respondentka: Tak jako nejhorší jsem vnímala ty sankce, potom mi ze začátku moc nešlo mluvit na komunitách, hlavně poslouchat ty reflexe a pak asi pracovní bloky.

Veronika po jedenácti měsících úspěšně dokončila léčbu. Prošla rituálem a odešla i s dcerou do Prahy do doléčovacího centra.

### **Klientka č. 5 Lenka – 5 měsíců v komunitě**

Tazatelka: Ahoj, jek se jmenuješ?

Respondentka: Lenka

Tazatelka: Kolik máš roků?

Respondentka: 26 let.

Tazatelka: Jaké je tvoje vzdělání?

Respondentka: Jsem vyučená kadeřnice.

Tazatelka: Zažila jsi někdy šikanu ve škole?

Respondentka: Ano, a musím říct, že občas to bylo dost drsný. Byla jsem kvůli tomu dost smutná a uzavřená sama do sebe. Ani jsem to neměla s kým probrat.

Tazatelka: Jaká byla tvoje drogová kariéra, zajímá mě co, jaký způsobem a jak dlouho jsi brala?

Respondentka: Brala jsem pervitin, začala jsem v 18 letech po smrti mamy, brala jsem až do teď, ale měla jsem dvouletou přestávku, kdy jsem nebrala nic. A brala jsem nitrožilně.

Tazatelka: Kdo tě k drogám přivedl?

Respondentka: Poprvé jsem si dala s kamarádkou a pak jsem si našla přítele, který bral. Měl i céčko a já jsem ho chtěla taky, ale i když jsem si několikrát píchla stejnou buchnou, tak jsem zdravá.

Tazatelka: Céčko? Máš namysli virovou hepatitidu typu C?

Respondentka: Jo přesně.

Tazatelka: Kolik máš dětí?

Respondentka: Jedno, kluka Tomáška.

Tazatelka: Kolik má tvůj syn roků?

Respondentka: Tři a půl.

Tazatelka: Máš ho ve své péči?

Respondentka: Ano, mám ho ve své péči.

Tazatelka: Znáš otce svého syna?

Respondentka: Ano, znám.

Tazatelka: Mimo komunitu s ním žiješ?

Respondentka: No, než jsem sem nastoupila, tak jsem s ním žila, ale už se k němu vrátit nechci. Ale nežila jsem s ním jako sexuálně.

Tazatelka: Je nebo byl někdy ve výkonu trestu?

Respondentka: Byl třikrát ve výkonu trestu.

Tazatelka: A momentálně?

Respondentka: Momentálně je na svobodě.

Tazatelka: Jsi s ním v kontaktu?

Respondentka: Ano, jsem.

Tazatelka: Podporuje tě v léčbě?

Respondentka: To já nevím, asi jo. Myslím, že jo. Jo.

Tazatelka: Jezdí tě sem navštěvovat?

Respondentka: Chtěl by, ale já zatím asi nechci, nechávám tomu volný průběh.

Tazatelka: Je on sám uživatel návykových látek?

Respondentka: Ano, my jsme právě fetovali spolu, tak nevím, jestli s ním mám ještě udržovat vztah.

Tazatelka: Mimo otce Tomáška, máš jiného partnera?

Respondentka: Ano, mám.

Tazatelka: A jak on se staví k tvé léčbě.

Respondentka: No já jsem s ním právě ztratila kontakt, jak jsem sem nastoupila. Asi se s ním taky rozejdu, až se vrátím domů, a najdu si někoho, kdo nikdy nebral.

Tazatelka: Jaké jsi měla dětství?

Respondentka: No naši se hodně hádali. Skoro furt. A taky tam byl alkohol. Máma hodně pila. Pamatuju si ji opilou.

Tazatelka: Pocházíš z úplné rodiny? Vyrůstala jsi s oběma rodiči?

Respondentka: Do mých dvanácti jo a pak šli naši od sebe.

Tazatelka: A ty jsi zůstala s kým?

Respondentka: Já jsem zůstala u táty.

Tazatelka: Jaká máš vztah se svými rodiči?

Respondentka: S tátou je to teď takový, že už mi moc nevěří. Byl tady za mnou na návštěvě, ale asi to bude potřebovat ještě čas, než zase získám jeho důvěru. Mamka umřela, když mi bylo osmnáct.

Tazatelka: Je toto tvoje první léčba?

Respondentka: Ne, druhá.

Tazatelka: Jakou léčbu jsi v minulosti podstoupila?

Respondentka: Tady na Karlově, před rokem. Deset měsíců.

Tazatelka: Co se nepovedlo? Dokončila jsi léčbu řádně?

Respondentka: Ne, nedokončila, měla jsem individuální odchodový plán.

Tazatelka: Z důvodu?

Respondentka: Z důvodu, že mi to tady nějak nešlo. Docela jsem na to tady kašlala. Nemluvila jsem na komunitách. První půlka léčby byla v pohodě, ale pak jsem to přestala brát nějak vážně, Měla jsem taky distanc s jedním klukem a nesoustředila jsem se tolik na tu léčbu. Ani jsem neotevírala svoje témata.

Tazatelka: Máš místo, kam se můžeš po léčbě vrátit?

Respondentka: No, když bych chtěla, tak bych se mohla vrátit k Tomášovi, to je otec Tomáška. Ale chci jít na doléčovák.

Tazatelka: Z jakého jsi přišla prostředí, kde jsi žila? Ulice, ubytovna, vlastní podnájem....

Respondentka: No bydlela jsem v podnájmu s Tomášem (otec syna). Ale od toho jsem často utíkala ke známým, protože mě fyzicky napadal. Takže věci jsem měla tak různě po známých.

Tazatelka: Jak probíhalo tvoje těhotenství? Měla jsi nějaké komplikace během těhotenství? Užívala jsi během těhotenství?

Respondentka: Užívala jsem do čtvrtého měsíce, pak jsem přestala a začala jsem zase až v osmém měsíci, protože jsem měla neshody s partnerem, protože on utíkal za jinou. Ale ne moc. Žádný komplice jsem teda neměla, ani abstinenční příznaky jsem neměla, ani Tomášek, když se narodil.

Tazatelka: Co byl ten poslední impuls, že jsi se rozhodla nastoupit do léčby?

Respondentka: No Tomáš mi doma neustále vyhrožoval, ničil mi věci. Tomášek u toho všeho byl, což mě hrozně trápilo. Začal se zase počůrávat. No a taky jsem měla dobrou kamarádku, kterou jsem potkala, tady v té minulé léčbě a když to bylo blbý, tak jsem chodila k ní a mohla jsem tam i s malým přespat, ale ona zase začala brát a teď začala říkat, že když u ní chci být, musím jí přinést gram. No a to už jsem si říkala, že mezi takovýma lidma vážně být nechci. A že vlastně taky nemám kam jít a tady už jsem jednou byla a znala jsem to tady, tak jsem se rozhodla jít sem.

Tazatelka: Můžeš mi říct tři motivy, podle důležitosti, první nejvíce důležitý, které tě udržují v léčbě a dodávají ti sílu léčbu dokončit?



Respondentka: Na prvním místě je Tomášek, ten teda nejvíc trpěl hlavně kvůli Tomášovi (jeho otec), to že jsem brala ani nevěděl, brala jsem tak, aby to neviděl. Pak bych řekla, že bych si chtěla najít normálního partnera, který nebere.

Tazatelka: Můžeš mi říct, jaké tři věci, skutečnosti pro tebe byly tady v komunitě nejobtížnější? První nejvíce obtížné, a tak dál.

Respondentka: Mluvení před všema na komunitě. Hledání těch témat. Myslím těch svých, které bych si tady měla řešit. A taky je pro mě těžké se nezamilovat. Jak víš, mám distanc s Pepou a minule se mi to taky právě stalo.

Lenka léčbu nedokončila, odešla i se synem, ze dne na den po šesti měsících v komunitě. Vrátila se k otci svého syna.

### **Klientka č. 6 Anna – 5 měsíců v léčbě**

Tazatelka: Jak se jmenuješ?

Respondentka: Anna

Tazatelka: Kolik máš roků?

Respondentka: 31

Tazatelka: Jaké máš vzdělání?

Respondentka: No začala jsem studovat gymnázium, z tama jsem odešla, pak jsem byla na obchodní akademii, taky jsem odešla a nakonec jsem se vyučila na soukromé hotelovce.

Tazatelka: Setkala jsi se někdy se šikanou ve škole?

Respondentka: Ne to vůbec, já jsem patřila mezi ty oblíbené.

Tazatelka: Jaká byla tvoje drogová kariéra, zajímá mě co, jak dlouho a jakým způsobem jsi brala?

Respondentka: Brala jsem pervitin, brala jsem 16 let a nitrožilně.

Tazatelka: Kdo tě k drogám přivedl? S kým jsi začala užívat?

Respondentka: S kamarádama v partě. Byli jsme dost divoká parta, samej večírek a diskotéky.

Tazatelka: Kolik máš dětí?

Respondentka: Jedno, mám tříapůlletého syna Adámka.

Tazatelka: Máš syna ve své péči?

Respondentka: Ano, Adam je v mojí péči.

Tazatelka: Znáš jeho otce?

Respondentka: Ano, znám. Ale o Adámka se vůbec nezajímá. Vůbec se na jeho výchově nepodílí.

Tazatelka: Mimo komunitu s ním žiješ?

Respondentka: Ne, já jsem od něj odešla chvilku po narození Adámka.

Tazatelka: Je nebo někdy byl ve výkonu trestu?

Respondentka: Ne, to nikdy nebyl.

Tazatelka: Podporuje tě v léčbě?

Respondentka: To vůbec, on ani neví, že jsem tady.

Tazatelka: Je on sám uživatel návykových látek?

Respondentka: Ne, není, to byl právě důvod, proč jsme se rozešli. On úplně nenáviděl, když jsem brala. Zamykal mě doma, abych nemohla odejít a něco si sehnat. Já jsem brala tajně.

Tazatelka: Máš jiného partnera?

Respondentka: No, měla jsem, ale ten sedí za drogy, dostal osm let za výrobu a distribuci a já se k němu nechci vrátit.

Tazatelka: Jaké jsi měla dětství?

Respondentka: Já jsem měla krásné dětství, s mámou i tátou a mladší sěgrou. Hodně jsme jezdili na výlety a na dovolený. Bylo to báječný.

Tazatelka: Jaký máš nyní vztah se svými rodiči?

Respondentka: No já jsem se s něma dost dlouho nestýkala, když jsem brala. Ale díky tady té komunitě a těm rodičovským sobotám, tak jsem zase s těma rodičema prostě navázala nějaký kontakt. Cítím, že si jdeme prostě naproti nějakým způsobem. A jsem za to vážně moc moc ráda. Mají moc rádi Adámka, berou si ho na prázdniny.

Tazatelka: Je toto tvoje první léčba?

Respondentka: Ano, je to moje první léčba, já jsem teda byla v Červeňáku na detoxu a pak jsem nastoupila do Němčic, ale tam jsem nemohla mít Adámka a rozhodla jsem se přestoupit sem, abych si ho mohla vzít k sobě.

Tazatelka: Takže jsi v minulosti žádnou, byť ambulanti, léčbu nepodstoupila?

Respondentka: Jo, podstoupila jsem ambulanti léčbu, kterou jsem měla nařízenou soudem a pak jsem taky byla před deseti lety v tom Červeňáku, kde mě po čtrnácti dnech vyhodili.

Tazatelka: Kde myslíš, že byl kámen úrazu, že se ty předchozí léčby nepovedly?

Respondentka: No, tak já jsem jako vůbec neměla žádný kladný vztah k té léčbě. Já jsem prostě nechtěla, to nebylo z mojí iniciativy, všechno to bylo z donucení.

Tazatelka: Máš místo, kam se můžeš po skončení léčby vrátit?

Respondentka: Ano, mám, já mám stále svůj vlastní byt.

Tazatelka: Z jakého prostředí jsi přišla sem do léčby? Mám na mysli ulici, ubytovnu, svůj byt...

Respondentka: No já jsem byla u sebe doma, ve svém bytě. Já jsem nikdy nežila na ulici.

Tazatelka: Jak probíhalo tvoje těhotenství, měla jsi nějaké komplikace spojené s užíváním?

Respondentka: Rodila jsem předčasně, já jsem vlastně celé těhotenství brala. Začala jsem rodit v šestém měsíci, tak to se jim podařilo zastavit a pak jsem až do toho osmého měsíce ležela na riziku na tom rizikovým oddělení.

Tazatelka: Co předcházelo nástupu do léčby, co byla ta poslední kapka, ten impuls, že jsi se rozhodla nastoupit?

Respondentka: No k nám domů vtrhla zásahovka, mě a přítele vzali do vazby. Vzali mi dítě a já jsem pak čekala na soud, byla jsem obviněná z výroby a distribuce omamných látek a do té léčby jsem vlastně nastoupila jenom proto, aby mě nezavřeli, ale v tom Červeňáku se mi to prostě rozleželo, jak jsem začala abstinovat, tak se mi úplně změnil úhel pohledu. Já jsem do té doby abstinovala maximálně jeden den. Ale tam jsem si uvědomila, že do té léčby chci investovat a chci v ní pokračovat.

Tazatelka: Můžeš mi říct tři motivy, podle důležitosti, první nejvíce důležitý, které tě udržují v léčbě a dodávají ti sílu léčbu dokončit?

Respondentka: No já jsem si tady během léčby uvědomila, že to dělám hlavně kvůli sobě. Já mám odfetováno šestnáct let a už toho mám dost. Pak je to Adam, chci pro něj být dobrá máma. No a taky mi hrozil kriminál.

Tazatelka: Můžeš mi říct, jaké tři věci, skutečnosti pro tebe byly tady v komunitě nejobtížnější? První nejvíce obtížné, a tak dál.

Respondentka: Tak náročné bylo sem přejít z Němcic. A tady začít úplně od začátku. Někdy je to těžké s Adámkem. A asi nejhorší je, že tady člověk nemá vůbec čas pro sebe. Taky mi přišlo dost divný přijímat reflexe od těch mladejch, kteří tahali kačera v době, kdy jsem já už dávno fetovala.

Anna léčbu úspěšně zakončila rituálem. Strávila v komunitě deset měsíců.

## **Respondentka č. 7 Kateřina – 6 měsíců v léčbě**

Tazatelka: Jak se jmenuješ?

Respondentka: Kateřina

Tazatelka: Kolik máš roků?

Respondentka: 35, za tři dny mi bude 36.

Tazatelka: Jaké je tvoje vzdělání?

Respondentka: Mám vystudovanou vysokou školu. Mám bakaláře z ošetrovatelství, jsem vysokoškolsky vzdělaná zdravotní sestra.

Tazatelka: Setkala jsi se někdy se šikanou ve škole?

Respondentka: Ne, nesetkala.

Tazatelka: Jaká byla tvoje drogová kariéra, co a jak dlouho jsi brala a jakým způsobem?

Respondentka: Brala jsem jenom perník, a to dva až tři roky. Přesně si úplně nevybavuju začátek, ale byly to ty dva až tři roky. První to začalo nosem a pak jsem přešla na jehlu.

Tazatelka: Kdo tě k drogám přivedl?

Respondentka: No byla to moje kamarádka, ze začátku to bylo jen o víkendech, když jsme šly spolu ven. Já jsem na začátku, jako když jsem s tím perníkem začala, dost zhubla a cizí chlapi i mladší, než jsem já, mi začali lichotit, a to se mi líbilo. Manžel už mi doma nic pěkného neříkal.

Tazatelka: Kolik máš dětí?

Respondentka: Tři.

Tazatelka: Máš je všechny ve své péči?

Respondentka: Ne ty starší dvě má v péči bývalý manžel a to poslední, to jako ani nemám s ním ,je v mojí péči. No a ty starší dvě bydlí u bývalého manžela, který je vychovává, a já na ně platím.

Tazatelka: Znáš tedy otce svých dětí?

Respondentka: Ano, to znám, ale jak říkám to poslední má teda jiného otce.

Tazatelka: Mimo komunitu žiješ s otcem svých dětí?

Respondentka: To ne, nežiju.

Tazatelka: Jsi s nimi v kontaktu?

Respondentka: S otcem svých starších dětí v kontaktu jsem a s otcem té nejmladší vůbec.

Tazatelka: Je nebo byl některý z nich ve výkonu trestu?

Respondentka: Tak bývalý manžel ne a otec Alex to nevím, jestli ale není, tak určitě brzy bude. Minimálně za to, že neplatí alimony.

Tazatelka: Podporuje Tě v léčbě?

Respondentka: Tak ten od Alex vůbec.

Tazatelka: A bývalý manžel?

Respondentka: Ten ano, finančně teda ne, ale podporuje mě tak, že mi sem vozí děti a tím, že na mě dohlíží, abych zde zůstala co nejdýl. To on mě sem dokopal.

Tazatelka: Jezdí tě sem navštěvovat?

Respondentka: No nejedí sem za mnou, vozí mi sem děti, dělá jim takového taxikáře, abych s nimi mohla trávit čas.

Tazatelka: Je jeden z nich, tím mám na mysli otce tvých dětí, uživatel návykových látek?

Respondentka: Bývalý manžel ne, ten to přímo odsuzuje a otec Alex je uživatel.

Tazatelka: Máš aktuálně partnera?

Respondentka: Ne, nemám.

Tazatelka: Jaké jsi měla dětství?

Respondentka: No já jsem vyrostla v úplné rodině, brácha, máma táta. Jezdili jsme v létě pod stan kempovat. Spoustu času jsme trávili všichni spolu. Bylo to fajn, prostě mi nic nechybělo.

Tazatelka: Jaký máš vztah se svými rodiči?

Respondentka: Táta před deseti měsíci umřel a s mamčou si k sobě zase hledáme cestu. Díky tomu, že jsem v léčbě, tak ta cesta je samozřejmě jednodušší.

Tazatelka: Je toto tvoje první léčba?

Respondentka: Ano je, první a poslední.

Tazatelka: Takže jsi v minulosti žádnou léčbu, byť ambulantní, nepodstoupila.

Respondentka: Léčbu ne, ale měla jsem dohled, abych se mohla stýkat s dětma, tak jsem chodila na Prevent na adiktologii, abych si dělala testy.

Tazatelka: Máš se po skončení léčby kam vrátit?

Respondentka: To nemám, ale plánuju doléčovací centrum.

Tazatelka: Z jakého prostředí jsi do komunity přišla, mám na mysli jestli si byla na ulici, na ubytovně, ve vlastním podnájmu....

Respondentka: No, byla jsem na ulici. Na poslední chvíli měsíc před porodem jsem si sehnala byt přes sociální pracovníci, ona to byla teda jen jedna místnost, ale nemusela jsem být s novorozencem přímo na ulici.

Tazatelka: Měla jsi nějaké komplikace během těhotenství spojené s užíváním, například předčasný porod?

Respondentka: Vůbec ne, těhotenství probíhalo bez komplikací, porodila jsem na termín, jediné co tam bylo, měla jsem zelenou plodovou vodu, což může být způsobené užíváním v těhotenství, ale není to jisté.

Tazatelka: Co byla ta poslední kapka, ten impuls, že jsi se rozhodla nastoupit do léčby?

Respondentka: Abych se mohla stýkat s dětma. Tlak manžela, abych byla čistá, jinak že mi nebude půjčovat děti. Takže jsem vlastně nastoupila kvůli svým dětem z prvního manželství.

Tazatelka: Můžeš mi říct tři motivy, podle důležitosti, první nejvíce důležitý, které tě udržují v léčbě a dodávají ti sílu léčbu dokončit?

Respondentka: Tak mě motivuje asi změna, já jsem si za tři roky užívání úplně zničila svůj dosavadní život, manželství, zdraví i práci. No pak musím přestat brát, abych se mohla vídat s dětma, které mám s exmanželem. A dalším motivem je Alex (nemanželská dcera, která je s klientkou v léčbě).

Tazatelka: Můžeš mi říct, jaké tři věci, skutečnosti pro tebe byly tady v komunitě nejobtížnější? První nejvíce obtížné, a tak dál.

Respondentka: Tak asi nejhorší pro mě bylo si říct, že už nikdy nebudu brát. Pak všechno hlásit dopředu. Jako když potřebuju s malou třeba k doktorce. No a pak ty sankce.

Kateřina úspěšně ukončila léčbu rituálem.

### **Klientka č. 8 Eva – 3 měsíce v léčbě**

Tazatelka: Jak se jmenuješ?

Respondentka: Eva.

Tazatelka: Kolik máš roků?

Respondentka: 30 let.

Tazatelka: Jaké je tvoje vzdělání?



Respondentka: No, já mám vychozenou jenom základku.

Tazatelka: Setkala jsi se někdy se šikanou ve škole?

Respondentka: Ano, ve škole se mi vůbec nelíbilo, neměla jsem tam žádné kamarády. To byl taky důvod, proč jsem se kamarádila se staršíma lidma mimo školu.

Tazatelka: Jaká byla tvoje drogová kariéra, co a jak dlouho jsi brala a jakým způsobem?

Respondentka: Brala jsem pervitin, do žíly a brala jsem sedmnáct let.

Tazatelka: Kdo tě k drogám přivedl?

Respondentka: Naši brali. Teda jako máma brala. Všichni kolem mě brali i všichni moji kamarádi.

Tazatelka: Kolik máš dětí?

Respondentka: Čtyři.

Tazatelka: Máš je všechny ve své péči?

Respondentka: V péči mám pouze jedno, tu nejmladší Dominičku, kterou mám tady v komunitě.

Tazatelka: A jak jsou staré tvoje děti?

Respondentka: Nejmladší má půl roku, pak tři roky, devět a jedenáct let.

Tazatelka: Znáš otce svých dětí? Mají všechny děti stejného otce?

Respondentka: Zním jejich otce, každé má teda jiného, ale všechny je znám.

Tazatelka: Žiješ mimo komunitu s otcem svých dětí?

Respondentka: Ne, já se nestýkám ani s jedním z nich.

Tazatelka: Jsi s nimi v kontaktu, jezdí tě sem navštěvovat? Podporuje tě v léčbě?

Respondentka: Ne, ne a ne. Já je ani nemám uvedené v rodném listě. Prostě jakoby by nebyli. Ani nevím, kde jsou a oni možná ani neví, že mám děti, já ani nevím.

Tazatelka: Jsou oni sami uživatelé návykových látek?

Respondentka: Ano, všichni čtyři berou.

Tazatelka: Byli nebo jsou ve výkonu trestu?

Respondentka: Co vím, tak jeden z nich určitě sedí, a jinak nevím.

Tazatelka: Máš partnera?

Respondentka: Ano, mám.

Tazatelka: A jak se on staví k tvojí léčbě?

Respondentka: Dobře, podporuje mě, to on mě sem dovezl, všechno mi pomohl zařídit, abych sem mohla s Dominikou nastoupit. Slíbil, že si Dominičku osvojí.

Tazatelka: A tady ten tvůj přítel užívá drogy?

Respondentka: Ne, ten vůbec nic nebere.

Tazatelka: Jaké jsi měla dětství?

Respondentka: No od půl roku do čtyř let jsem byla umístěná v jednom dětském centru, pak jsem byla v péči svého otce a od jedenácti let jsem byla u jedněch známých. Já jsem moc dětství ani neměla.

Tazatelka: Jaký máš se svými rodiči vztah?

Respondentka: Otce jsem neviděla tak šest let a moji matku jsem poprvé viděla ve svých třidvaceti letech a ta teda fetuje ostošest, takže já s nima žádný vztah nemám. Jsou mi úplně jedno.

Tazatelka: Je toto tvoje první léčba?

Respondentka: Ne, už jsem to v minulosti zkoušela.

Tazatelka: O jaký typ léčby šlo a co se nepovedlo?

Respondentka: No já jsem byla jen na detoxu, ale odešla jsem na reverz, prostě se mi ještě asi nechtělo přestat úplně brát. A pak jsem taky docházela na motivační skupiny do Sananimu.

Tazatelka: Máš se po skončení léčby kam vrátit?

Respondentka: Ne, nic nemám.

Tazatelka: Z jakého jsi přišla prostředí? Mám na mysli ubytovnu, svůj byt, ulici....

Respondentka: Přišla jsem z ulice.

Tazatelka: Jak probíhala tvoje těhotenství? Měla jsi nějaké komplikace spojené s užíváním?

Respondentka: Já jsem měla nesledovanou graviditu, k žádnému doktorovi jsem nechodila, ale komplikace jsem neměla. Porodila jsem v termínu. U těch prvních třech dětí jsem i dost fetovala, ale u toho posledního už jsem se právě snažila brát co nejmíň.

Tazatelka: Co byl ta poslední kapka, ten impuls, že jsi se rozhodla nastoupit do léčby?

Respondentka: To bylo, když jsem byla ve stejné situaci, jako teď s Dominičkou, to jsem měla Bárta, jeho tatínek sedí a já jsem si nějak nestihla v těch termínech všechno vyřídit a nastoupit do léčby, tak mi ho bez souhlasu matky odebrali, on to ten jeho otec v kriminálu totiž podepsal a Bárt šel do osvojení. Pak jsem zase otěhotněla, šla jsem na interrupci. No a mezi interrupcema musíš mít půl roku odestup a já jsem znovu otěhotněla, ale neměla jsem právě ten půl rok odestup, tak mi ji ze zákona neudělali a tím vlastně vzniklo to, že mi Dominička zůstane. A já už bych nedopustila, že bych o ni takhle měla přijít, jako jsem přišla o toho Bárta.

Tazatelka: Můžeš mi říct tři motivy, podle důležitosti, první nejvíce důležitý, které tě udržují v léčbě a dodávají ti sílu léčbu dokončit?

Respondentka: No tak já hlavně nechci, aby mi vzali Dominičku. Já, kdybych sem nešla, tak by mi ji odebrali. Další věc je, že můj současný přítel nebere a nechce, abych brala. No a jako poslední věc bych řekla, že ono vlastně nebylo zbylí, já jsem prostě neměla a nemám tak úplně kam jít.

Tazatelka: Můžeš mi říct, jaké tři věci, skutečnosti pro tebe byly tady v komunitě nejobtížnější? První nejvíce obtížné, a tak dál.

Respondentka: Sankce. Práce v kuchyni. To, že si nemůžu jít zapálit, když mám chuť.

Příloha č. 3

CMRS dotazník

Jméno klientky:

Primární psychotropní látka:

1 = Kokain

5 = Alkohol

2 = Crack

6 = Různé drogy

3 = Opiáty

7 = Amfetaminy, Medamfetaminy

4 = Marihuana

8 = Jiné

To, jak se cítíte, má významný vliv na průběh Vaší léčby. Pocity, které prožíváte, jsou spojené s okolnostmi, problémy ve Vašem životě, vnímáním sebe samé a také vnímáním samotné léčby. Pozorně pouvažujte nad každým z uvedených tvrzení a určete, do jaké míry vyjadřují Vaše myšlenky a pocity. Zakroužkujte číslo, které nejlépe vyjadřuje Vaši odpověď.

1 –naprosto nesouhlasím

2 –nesouhlasím

3 –ani souhlas, ani nesouhlas

4 –souhlasím

5 –naprosto souhlasím

9 –nedá se posoudit

1. Jsem přesvědčená, že bych šla do výkonu trestu, kdybych se nezačala léčit.

1

2

3

4

5

9

2. Jistě bych se začala léčit, i bez toho, že by mi hrozilo trestní stíhání nebo odnětí svobody.

1

2

3

4

5

9

3. Domnívám se, že by má rodina měla velký problém s mým setrváním s nimi ve společné domácnosti, kdybych nenastoupila do léčby.

1

2

3

4

5

9

4. Domnívám se, že mě mí příbuzní/přítel nebo přítelkyně budou přemlouvat, abych po pár měsících ukončila léčbu.

1

2

3

4

5  
9

5. Mám obavy ze své finanční situace, pokud setrvám v léčbě.

1  
2  
3  
4  
5  
9

6. Domnívám se, že mám mimo léčebnu/komunitu příliš mnoho problémů, které mi znemožní absolvovat celý léčebný program (rodiče, partner/přítel nebo přítelkyně, děti, ztráta práce, ztráta příjmu, ohrožené další vzdělávání, rodinné problémy, ztráta domova/bydlení atd.)

1  
2  
3  
4  
5  
9

7. Lze říci, že užívání drog/pití alkoholu je v mém životě velmi závažný problém.

1  
2  
3  
4  
5  
9

8. Často prožívám pocity frustrace a výčitky svědomí za to, že jsem brala drogy/pila alkohol.

1  
2  
3  
4  
5

9

9. Poslední dobou mívám pocit, že pokud se nezměním, můj život půjde stále z kopce a vše se zhorší.

1

2

3

4

5

9

10. Opravdu mě mrzí, že jsem brala drogy a že způsob, jakým jsem žila, způsobil bolest mnohým lidem.

1

2

3

4

5

9

11. Ta nejdůležitější věc v mém životě je přestat brát drogy/pít alkohol.

1

2

3

4

5

9

12. Nejsem přesvědčená o tom, že se musím léčit, abych přestala brát drogy/pít alkohol. Domnívám se, že pokud budu chtít, můžu přestat sama.

1

2

3

4

5

9

13. Důvod mého nástupu do programu léčby je, že se skutečně cítím připravená zvládnout to a překonat svou závislost.

1  
2  
3  
4  
5  
9

14. Proto, abych si dala svůj život do pořádku, jsem připravená udělat cokoliv.

1  
2  
3  
4  
5  
9

15. Podstoupit léčbu vidím momentálně jako jediné řešení své dosavadní životní situace.

1  
2  
3  
4  
5  
9

16. Jsem přesvědčená, že nedokážu přestat brát drogy/pít alkohol pouze s pomocí a podpory svých přátel, příbuzných nebo víry. Určitě potřebuji nějaké léčení.

1  
2  
3  
4  
5  
9

17. Braní drog/pití alkoholu mě velmi vyčerpává a potřebuji změnu, jen nevím, jak to mohu zvládnout sama.



- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 9

18. Jsem ochotná začít léčbu co nejdříve.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 9

Příloha č. 4

Dotazník DAST

ČÍSLO/POLOŽKA	ANO	NE
1. Zneužívala jste léky na předpis?		
2. Užívala jste více než jednu drogu najednou?		
3. Jste kdykoli schopna přestat s užíváním drog?		
4. Měla jste „výpadky“ nebo „flashbacky“ jako následky užití drogy?		
5. Cítila jste se někdy špatně kvůli svému užívání?		
6. Stěžovala si někdy váš (vaše) partner(ka) (nebo rodiče), že užíváte drogy?		
7. Byla jste někdy zatčena kvůli neobvyklému chování pod vlivem drog?		
8. Měla jste někdy abstinenční příznaky jako následek užití tvrdé drogy?		
9. Zanedbávala jste někdy svou rodinou nebo vynechávala jste práci z důvodu užívání drog?		
10. Měla jste někdy zdravotní potíže jako následek užívání drog? (ztráta paměti, hepatitida, křeče, krvácení, atd.)		

Příloha č. 5

Informovaný souhlas

Jméno a příjmení klientky: .....

## **INFORMOVANÝ SOUHLAS S ÚČASTÍ VE VÝZKUMU**

### **Úvodní informace**

Název výzkumné studie: Matky-uživatelky návykových látek a jejich motivace k léčbě v terapeutické komunitě

Řešitel: Bc. Barbora Kotrlá, studentka adiktologie na 1. lékařské fakultě LF UK

Účel: Diplomová práce v magisterském studiu oboru adiktologie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze

Garant výzkumu/vedoucí diplomové práce: doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc.,  
Klinika adiktologie 1.LF UK a VFN

Pracoviště, kde bude výzkum prováděn: Terapeutická komunita Karlov

Širší rámec výzkumu: studijní účely

### **Vysvětlení výzkumu**

Zjistit, jaká byla u vybraných klientek motivace k nástupu do léčby v TKK.

### **Čeho se týká souhlas s účastí ve výzkumu**

Co se bude dělat přímo s klientkami (metoda, postup): S klientkami bude pomocí strukturovaného rozhovoru sepsána anamnéza a následně pak vyplní dotazníky CMRS a DAST.

Tam, kde se to ukáže potřebné, mohou výzkumníci požádat o doplnění informací z běžné dokumentace klienta v TKK a/nebo od členů týmu zařízení.

## **Zabezpečení osobních údajů**

Dotazníky, nahrávky z rozhovorů a případné doplňující informace budou kódovány a zpracovány kryptonymně.

Přístroje, v nichž bude dokumentace o výzkumu uchovávány (např. notebook, diktafon), budou zabezpečeny proti zneužití cizí osobou.

Papírová dokumentace bude uschována na zabezpečeném místě.

Po sepsání výzkumné zprávy/diplomové práce budou podklady obsahující osobní údaje zničeny.

V žádném výstupu z této výzkumné studie se neobjeví osobní údaje klienta ani údaje o zařízení.

Případové ilustrace budou zpracovány tak, že nebude možné klienta identifikovat.

Garant i řešitelka výzkumné studie jsou vázáni povinnou mlčenlivostí zdravotnického pracovníka.

Zabezpečení osobních údajů odpovídá požadavkům GDPR pro zacházení s citlivými osobními údaji v členských zemích EU.

## **Prohlášení klientky**

Prohlašuji, že souhlasím s účastí ve výzkumu pro účely výše uvedené diplomové práce studentky oboru adiktologie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.

Moje účast ve výzkumu je dobrovolná. Mám v kterémkoliv okamžiku právo svou účast ve výzkumu bez udání důvodů ukončit.

Potvrzuji, že jsem se seznámila s informacemi o výzkumu, jeho smyslem a předpokládaným přínosem, a že jsem jim plně porozuměla. Všechny moje dotazy byly zodpovězeny k mé plné spokojenosti.

Prohlašuji, že souhlasím se zpracováním údajů o mé osobě pro studijní a výzkumné účely za podmínky, že výzkumníci jsou povinni o nich zachovat mlčenlivost a zacházet s nimi takovým způsobem, aby nebylo možné identifikovat mou totožnost a aby byla zachována moje osobní důstojnost a moje práva.

Místo, datum: .....

Podpis klientky: .....

*Případné stížnosti klientky nebo zařízení, v němž získávání údajů pro tuto výzkumnou studii probíhá, prosíme adresujte garantovi výzkumu: Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc., Klinika adiktologie I.LF UK a VFN, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2, mail: [kalina@adiktologie.cz](mailto:kalina@adiktologie.cz) .*

Příloha č. 6

Seznam tabulek:

Tabulka 1: Délka užívání nelegálních návykových látek v letech:

Tabulka 2: První kontakt s drogou přes:

Tabulka 3: Oběť šikany ve škole:

Tabulka 4: Nejvyšší dosažené vzdělání:

Tabulka 5: Absence jednoho/obou rodičů při výchově:

Tabulka 6: Příchod do komunity z:

Tabulka 7: Dítě ve vlastní péči:

Tabulka 8: Vztah a komunikace s otcem dítěte:

Tabulka 9: Předchozí zkušenost s léčbou:

Tabulka 10: Odhodlání se k nástupu do léčby:

Tabulka 11: Tři nejobtížnější věci, kterým je třeba během léčby čelit:

Tabulka 12: Tři motivy, které udržují klientky v léčbě:

Tabulka 13: Primární psychotropní látka

Tabulka 14: Otázka č. 1 Jsem přesvědčená, že bych šla do výkonu trestu, kdybych se  
nezačala léčit

Tabulka 15: Otázka č. 2 Určitě bych se začala léčit, i bez toho, že mi hrozilo trestní stíhání  
nebo odnětí svobody

Tabulka 16: Otázka č. 3 Domnívám se, že by má rodina měla velký problém s mým  
setrváním s nimi ve společné domácnosti, kdybych nenastoupila do léčby

Tabulka 17: Otázka č. 4 Myslím si, že mě mí příbuzní/přítel budou přemlouvat, abych po pár měsících ukončila léčbu

Tabulka 18: Otázka č. 5 Mám obavy ze své finanční situace, pokud setrvám v léčbě

Tabulka 19: Otázka č. 6 Domnívám se, že mám mimo komunitu příliš mnoho problémů, které mi znemožní absolvovat celý léčebný program

Tabulka 20: Otázka č. 7 Mohu říci, že užívání drog/pití alkoholu je v mém životě velmi závažný problém

Tabulka 21: Otázka č. 8 Často zažívám pocity frustrace a výčitky svědomí za to, že jsem brala drogy

Tabulka 22: Otázka č. 9 Poslední dobou mám pocit, že pokud se nezměním, můj život půjde stále z kopce a vše se zhorší

Tabulka 23: Otázka č. 10 Opravdu mě mrzí, že jsem brala drogy a že způsob jakým jsem žila způsobil bolest mnohým lidem

Tabulka 24: Otázka č. 11 Jako jednu z nejdůležitějších věcí v mém životě vidím v abstinenci od drog

Tabulka 25: Otázka č. 12 Nejsem přesvědčená o tom, že se musím léčit, abych přestala brát drogy. Pokud budu chtít, můžu přestat sama

Tabulka 26: Otázka č. 13 Důvod mého nástupu do komunity je, že se skutečně cítím připravená zvládnout to a překonat svou závislost

Tabulka 27: Otázka č. 14 Proto abych si dala svůj život do pořádku jsem připravená udělat cokoli

Tabulka 28: Otázka č. 15 Podstoupit léčbu vidím momentálně jako jediné řešení své dosavadní životní situace

Tabulka 29: Otázka č. 16 Jsem přesvědčená, že nedokážu brát drogy pouze s pomocí a podpory svých přátel, příbuzných nebo víry. Určitě potřebuju léčbu

Tabulka 30: Otázka č. 17 Braní drog mě velmi vyčerpává a potřebuju změnu, jen nevím, jak to mohu zvládnout sama

Tabulka 31: Otázka č. 18 Jsem ochotná začít léčbu co nejdříve

Tabulka 32: Bodové skóre dotazníku CMRS

Tabulka 33: CMRS – Jednotlivé části dotazníku

Tabulka 34: DAST

Příloha č. 7

Seznam obrázků:

Obrázek č. 1: Konceptuální model motivace

Obrázek č. 2: Maslowova pyramida potřeb

Obrázek č. 3 Kruhový model změny

Obrázek č. 4 Bio-psycho-sociální model funkčnosti

Obrázek č. 5 Triáda rizikových faktorů ve vývoji poruchy chování

Příloha č. 8

Seznam zkratk:

a kol. – a kolektiv

atd. – a tak dále

CMRS – Circumstances Motivation Readiness Suitability

č. – číslo

DAST – Drug Abuse Screening Test

EU – Evropská unie

např. – například

TK – terapeutická komunita

UK – Univerzita Karlova

VFN – Všeobecná fakultní nemocnice

