

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Nikola Červenková

Zkušenosti klientů se vstupem do rezidenční adiktologické léčby
Clients' experience with seeking in-patient addiction treatment

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce: doc. MUDr. Viktor Mravčík, Ph.D.

Praha, 2022

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 27.4.2022

.....
Nikola Červenková

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu mé bakalářské práce doc. MUDr. Viktoru Mravčíkovi, Ph.D. za cenné rady, odborné připomínky a inspirativní podněty. Zároveň děkuji za veškerý čas, který mi věnoval a ochotu při konzultacích.

Identifikační záznam

ČERVENKOVÁ, Nikola. *Zkušenosti klientů se vstupem do rezidenční adiktologické léčby.* [*Clients' experience with seeking in-patient addiction treatment*]. Praha, 2022. 43 s., 2 přílohy. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Mravčík, Viktor.

Abstrakt

Východiska: Dostupnost je klíčovým faktorem podmiňujícím využívání adiktologických služeb. Bariéry a facilitující faktory vstupu do léčby na straně klienta, profesionálů i systému jako takové jsou obecně známy. Zkušenosti klientů se vstupem do léčby a související faktory však dosud nejsou v České republice popsány nebo systematicky zmapovány.

Cíl: Cílem bakalářské práce bylo popsat, jak probíhá výběr zařízení a proces nástupu do rezidenční adiktologické léčby z perspektivy klientů a jaké jsou faktory, které vstup do léčby ovlivňují.

Metodika: Pro výzkum byl použit kvalitativní design. Ke sběru dat byly využity polostrukturované rozhovory, které proběhly s klienty se závislostí na alkoholu, kteří se léčili v rezidenční psychiatrické léčbě. Výzkumný soubor tvořilo 22 respondentů. Data byla analyzována pomocí interpretativní fenomenologické analýzy, resp. metody vytváření trsů.

Výsledky: Z výzkumu vyplývá, že většina respondentů volila zařízení z důvodu krátké čekací doby nebo na základě doporučení. Respondenti také uváděli, že zařízení volili z důvodu specifických znaků toho zařízení (geografická blízkost, délka léčby, přísnost režimu). Z výzkumu byly analyzovány 4 kategorie facilitujících faktorů: dostatek informací o léčbě, předchozí pozitivní zkušenost s daným zařízením, podpora rodiny a přístup a podpora kolektivu zařízení a ostatních pacientů. Dále bylo popsáno 6 kategorií bariér. Jako nejvýznamnější se ukázala absence náhledu na problém, dále starost o rodinu a odloučení od rodiny, strach z léčby, finanční problémy a strach ze ztráty práce a také strach ze stigmatizace okolím. Pouze malá část respondentů uvedla, že byli přímo odkázáni jinou odbornou službou a nikdo z respondentů nevedl, že byl předmětem case managementu.

Závěr: Bakalářská práce mapuje zkušenosti klientů se vstupem do rezidenční léčby. Z výsledků vyplynulo, že při výběru zařízení hraje roli především krátká čekací doba a praktické faktory, ale důležité jsou také doporučení okolí a charakteristiky léčebného režimu. Byla identifikována řada facilitujících faktorů a bariér, které vstup do léčby provázejí. Ukázalo se, že provázanost adiktologické péče a odborná podpora při hledání léčby a vstupu do léčby není dostačující.

Klíčová slova: bariéry, facilitující faktory, rezidenční léčba, vstup do léčby, závislost

Abstract

Background: Accessibility is a crucial factor in entering addiction treatment. Barriers and facilitating factors of starting treatment are well known from the perspective of clients, professionals, and the system. However, the experience of clients with starting treatment and related factors are not described and characterized enough in the Czech Republic.

Aims: The aim of this bachelor thesis was to describe how clients choose facilities and how does the process of starting in-patient addiction treatment looks like from clients' perspective, and what are the factors that influence this process.

Methods: Quality research was conducted using semi-structured interviews with clients addicted to alcohol, in in-patient treatment. The sample consisted of 22 clients. The data was analysed using interpretive phenomenological analysis, respectively the method of creating themes.

Results: Results showed that most of the respondents chose the organization based on the waiting period or because it was recommended by someone. Another theme was, that they picked it because of some specific characteristics (geographical accessibility, the length of treatment, strict regime). 4 factors which helped clients with starting treatment were analysed: enough information about treatment, previous experience with the facility, support of family and support of the facility and other patients. 6 themes of barriers were identified. The most important were absence of a problem, worry about their families, worry about treatment, financial problems, and fear of losing a job and the stigmatisation from others. Only a small portion of respondents stated that they had recommendation from some other organization and none of the respondents were helped through case management.

Conclusion: This bachelor thesis covers clients experience with starting in-patient treatment. Results showed that the waiting time is a very important aspect when choosing the facility, as well as practical factors such as recommendation of others and characteristics of the treatment. Barriers and facilitating factors of starting treatment were identified. It turned out that connection of addiction care and professional support when seeking and starting treatment is not sufficient.

Key words: barriers, facilitating factors, in-patient treatment, starting treatment, addiction

Obsah

1	Úvod	8
	TEORETICKÁ ČÁST	9
2	System péče	9
2.1	Terénní programy	9
2.2	Nízkoprahová kontaktní centra	9
2.3	Ambulantní léčba	10
2.4	Denní stacionáře	10
2.5	Detoxifikace, střednědobá léčba a terapeutická komunita	10
2.6	Následná péče	10
2.7	Substituční léčba	10
2.8	Dostupnost adiktologické péče	11
3	Detoxifikace	12
3.1	Terapeutické postupy detoxifikace	12
3.2	Detoxifikační jednotky	13
3.2.1	Terapeutický tým a strategie zařízení	14
3.2.2	Další léčba	15
4	Střednědobá ústavní léčba	15
4.1	Cíle střednědobé léčby	16
4.2	Strukturovaný léčebný program	17
4.3	Základní aktivity strukturovaného programu	18
4.4	Léčebný režim	19
4.5	Bodovací systém	19
4.6	Délka léčby a možné komplikace	20
4.7	Podmínky pro přijetí do střednědobé ústavní léčby	20
5	Terapeutická komunita	21
5.1	Charakteristiky terapeutických komunit	21
5.2	Terapeutický tým	22
5.3	Strukturovaný program	22
5.4	Fáze léčby	23
5.5	Cíle terapeutické komunity	24
6	Bariéry vstupu do léčby	25
	VÝZKUMNÁ ČÁST	27
7	Cíle výzkumu a výzkumné otázky	27
8	Metodika výzkumu	27

8.1	Výzkumný soubor	27
8.2	Metody sběru dat.....	28
8.3	Metody analýzy dat	28
9	Etická hlediska.....	28
10	Výsledky	29
10.1	Popis souboru	29
10.2	Výzkumná otázka 1.....	29
10.2.1	Jak probíhá výběr zařízení?	29
10.2.2	Jak probíhá proces nástupu?	31
10.3	Výzkumná otázka 2.....	33
10.4	Výzkumná otázka 3.....	34
11	Diskuze	35
12	Závěr	37
13	Seznam použité literatury	39
14	Přílohy.....	42

1 Úvod

Bakalářská práce se zabývá zkušenostmi klientů se vstupem do rezidenční adiktologické léčby. Toto téma u nás zatím není dostatečně prozkoumáno a popsáno. Publikované studie jsou spíše zahraniční.

Cílem práce je zmapovat proces nástupu do léčby z perspektivy klienta a na základě vlastních zkušeností klientů popsat možné faktory, které pomáhají klientům se vstupem do léčby a bariéry v tomto procesu.

Práce je tvořena dvěma částmi, teoretickou a praktickou. V teoretické části je krátce popsán systém péče, jeho jednotlivé složky a dostupnost sítě adiktologických služeb v České republice. Dále detailněji popisuje detoxifikaci a detoxifikační jednotky, střednědobou léčbu a léčbu v terapeutických komunitách, neboť právě rezidenční služby byly předmětem zkoumání ve výzkumné části. V těchto kapitolách jsou popsány cíle služby, jak léčba v těchto zařízeních probíhá i jaké jsou cílové skupiny těchto služeb. V neposlední řadě jsou přiblíženy bariéry léčby a jsou popsány nástroje a výzkumy, které na toto téma proběhly.

Výzkumnou část tvoří kvalitativní výzkum, který byl prováděn s klienty v pobytových službách se závislostí na alkoholu. Výzkum probíhal formou polostrukturovaných rozhovorů. Celkem se do výzkumu zapojilo 22 mužů a žen ze dvou oddělení psychiatrické nemocnice. Ve výzkumné části jsou popsány zkušenosti respondentů s nástupem a identifikovány faktory a bariéry, které na straně klientů v procesu nástupu do léčby hrají významnou roli.

TEORETICKÁ ČÁST

2 Systém péče

Síť adiktologických služeb tvoří různé typy zařízení, jejichž zakotvení je v různých oborech (lékařských, sociálních a v oblasti školství) i legislativních rámcích. Jsou pokryty téměř všechny problémy spojené s užíváním návykových látek. Adiktologické služby jsou multidisciplinární, což je jedna z jejich nejsilnějších stránek. Avšak toto může být i překážkou v jejich fungování a propojování (Mravčík et al., 2020). „*Léčba závislostí by měla být pokud možno dlouhodobá a intenzivní.*“ (Nešpor, 2018). V některých případech je nutné, aby klienti využívali možnosti léčby v různých zařízeních. Aby toto bylo možné a efektivní, je nezbytné, aby o sobě jednotlivá zařízení věděla a spolupracovala. V takovém případě je léčba nejúčinnější (Nešpor, 2018). Existují určitá kritéria, která by měla být splněna, aby byla léčba závislostí efektivní. Tato kritéria se mohou rozdělit na kvalitativní a kvantitativní. Do kvalitativních patří komplexnost, provázanost a efektivita léčby. Mezi kvantitativní se řadí rozsah systému péče a dostupnost (Bém in Kalina, 2003).

2.1 Terénní programy

Terénní programy jsou často první službou, se kterou se uživatelé návykových látek setkají. Tato služba je poskytována na místech tzv. otevřené drogové scény, což znamená na ulici nebo jiných veřejných místech. Pracovníci také navštěvují byty a domovy klientů, této formě se říká tzv. uzavřená drogová scéna. Specifikum terénních programů je, že pracovníci aktivně oslovují klienty, než aby pouze čekali, jestli je klienti osloví. Služba je anonymní a je postavena na principu „public health“ tedy ochrana veřejného zdraví a „harm reduction“, což znamená snižování zdravotních rizik spojených s užíváním návykových látek (Kalina et al., 2008). Cíle terénních programů jsou: udržet výskyt AIDS na nízké úrovni, snížit výskyt hepatitidy B a C, snižovat počet předávkování a s tím spojených úmrtí, předcházet kriminalitě, motivovat klienty ke změně, edukovat klienty o bezpečnějších způsobech užívání a udržovat čisté veřejné prostory, kde je drogová scéna nejběžnější (Hrdina & Korčišová in Kalina, 2003).

2.2 Nízkoprahová kontaktní centra

Nízkoprahová kontaktní centra fungují na podobných principech jako terénní programy. Kontaktní centra poskytují výměnný program a další „harm reduction“ aktivity, kam patří výměna injekčního materiálu, distribuce zdravotnického materiálu i edukace o bezpečnějším užívání. Dále poskytují základní poradenství ať už o možnostech léčby nebo o možných

rizicích užívání, krizovou intervencí, poradenství pro rodinné příslušníky nebo sociální práci. Cílem je tedy hlavně harm reduction a motivace klientů ke změně životního stylu (Kalina et al., 2008).

2.3 Ambulantní léčba

Ambulantní léčba probíhá ve zdravotnických i nezdravotnických zařízeních. Klient pravidelně dochází na sezení v předem určených intervalech. Hlavní výhodou je, že klient zůstává ve svém sociálním prostředí a není nutné přerušit zaměstnání nebo školu. Cílovou skupinou jsou klienti, kteří nepotřebují být hospitalizováni. Také tento druh služby mohou navštěvovat blízké osoby klientů. Při ambulantní léčbě dochází k celkovému zhodnocení stavu klienta, může se využít farmakoterapie a zapojit do léčby rodina (Kalina et al., 2008).

2.4 Denní stacionáře

Denní stacionáře jsou zařízení mezi ambulantní léčbou a rezidenční léčbou. Klienti zařízení navštěvují 5 dní v týdnu na minimálně 6 hodin. Je zde stejně jako v rezidenčních léčbách strukturovaný program s přesným časovým rozvrhem a pravidly. Léčba obvykle trvá 3-6 měsíců (Kalina, 2003). Cílem léčby je změna životního stylu, abstinence nebo zlepšení fyzického i psychického stavu (Kalina et al., 2008).

2.5 Detoxifikace, střednědobá léčba a terapeutická komunita

Tato zařízení jsou podrobněji popsána v následujících kapitolách.

2.6 Následná péče

Následná péče neboli doléčovací programy, jsou programy zaměřené na udržení změny chování a abstinence. Forma, kterou léčba probíhá, může být různá – od ambulantní péče jednou za týden až po strukturované programy. Léčba je určena pro klienty, kteří absolvovali ambulantní nebo rezidenční léčbu a pro klienty, kteří 3 měsíce abstíní sami a chtějí si abstinenci udržet. Zařízení mohou navštěvovat i rodinní příslušníci (Kalina et al., 2008).

2.7 Substituční léčba

Substituční léčba probíhá ambulantně ve zdravotnických zařízeních. Principem substituční léčby je nahradit nelegální návykovou látku, látkou legální a bezpečnější. Nejběžnější formou léčby je v České republice substituce metadonem a buprenorfinem (Kalina et al., 2008).

2.8 Dostupnost adiktologické péče

V současné době je odhadováno, že v České republice je téměř 300 adiktologických služeb. Tyto služby mají svůj rámec v oblasti zdravotních a sociálních služeb, ale i ve školství. Je možné tyto služby rozdělit do 3 sítí:

- Síť zdravotnických zařízení. Tato zařízení poskytují ambulantní, ale i rezidenční služby, převážně uživatelům alkoholu, ale i uživatelům nelegálních návykových látek a patologickým hráčům.
- Síť preventivních programů, nízkoprahových programů, programů ambulantní léčby a poradenství a terapeutických komunit. Zařízení jsou většinou sociální a velmi často provozována nestátními neziskovými organizacemi. Cílovou skupinou jsou uživatelé nelegálních návykových látek.
- Síť center pro léčbu závislostí na tabáku. Tato síť se rozvíjela převážně v lůžkových odděleních nemocnic.

První dvě zmiňované sítě tvoří základ adiktologických služeb a do různé míry se prolínají (Sekteretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, 2021).

Silnými stránkami sítě adiktologických služeb jsou, jak už bylo zmiňováno, multidisciplinarita, různá nabídka služeb, možnost intenzivní individuální péče, dostatek lůžek v rezidenčních službách, systém vzdělávání nebo monitorovací nástroje a systém evaluace.

Mezi slabé stránky patří nedostatečně koordinovaný průchod klienta službami, malé množství neabstinenčně orientovaných programů, nedostatek profesionálů a služeb v některých krajích nebo nerovnoměrný rozvoj služeb (Chomynová et al., 2021).

Podle Sčítání adiktologických služeb v roce 2020 je v České republice celkem 292 adiktologických služeb. Kontaktních a poradenských služeb je 87, stejně tak programů ambulantní léčby. Terénních programů je 65. Denních stacionářů a zařízeních krátkodobé a střednědobé léčby je 87. Detoxifikace probíhá ve 13 specializovaných zařízeních. Celkem je v České republice 16 terapeutických komunit a 18 zařízení poskytuje klientům substituční léčbu (Janíková & Nechanská, 2021).

3 Detoxifikace

Odvykací stav je jedním ze základních znaků závislosti. Často se znaky odvykacího stavu dělí na tělesné a duševní. Odvykání od návykové látky může mít různě závažné dopady a někdy může vést až ke stavům ohrožující život klienta. Některé skupiny návykových látek (např. kanabinoidy) nemají zaznamenané žádné typické znaky odvykacího stavu. Reakce na návykovou látku, ale může být velmi individuální. Odvykací stav je znakem negativního posilování, kdy klient užívá návykovou látku, aby se možnému odvykacímu stavu vyhnul (Dvořáček in Kalina, 2003). „Proces zvládnutí odvykacího stavu se nazývá detoxifikace“ (Kalina et al., 2015), může probíhat formou ambulantní tzv. medicínsky supervidovaná detoxifikace, která není v České republice běžně využívána nebo hospitalizací pacienta tzv. medicínsky řízená detoxifikace, která je u nás častější. Kalina (2015) uvádí 3 hlavní důvody, proč je detoxifikace podstatná forma zvládnutí odvykacího stavu:

1. Odvykací stav a jeho zvládnutí je často prvním krokem při navazování terapeutického vztahu.
2. Odvykací stav může být příčinou navrácení k užívání návykové látky.
3. Odvykací stav může ohrožovat klienta na životě, pokud je komplikovaný například křečemi nebo deliriem.

Při detoxifikaci se léčba zaměřuje na akutní problémy odvykacího stavu. Chronické problémy se mohou projevit až v průběhu několika týdnů nebo měsíců. Těmito problémy může být například úzkost, nespavost, nechutenství nebo touha užít látku. Obecně se odborníci shodují, že detoxifikace je pouze prvním krokem při dlouhodobější abstinenci a bez návaznosti dalšího programu je často nedostačující (Kalina et al., 2015).

3.1 Terapeutické postupy detoxifikace

Detoxifikace může probíhat ve zdravotnických zařízeních, kde je důraz na medicínské strategie nebo v zařízeních sociálních. V sociálních zařízeních je lékařsko-ošetrovatelská část léčby praktikována například lékařem, který do zařízení pouze dochází. Uvádí se tři přístupy, které se v různé míře kombinují v jakémkoliv zařízení:

- Lékařsko-ošetrovatelský zahrnuje ošetrovatelskou péči, farmakoterapii, ale soustředí se i na zabránění vzniku dalších komplikací nebo provedení základního zdravotnického vyšetření. Pokud to je nutné, probíhá zahájení léčby dlouhodobějších problémů.

- Psychoterapeutický se zaměřuje na navázání terapeutického vztahu a na motivování klienta do další léčby.
- Sociální práce pomáhá klientovi vyřešit sociální potíže, které mohly vzniknout nástupem do léčby nebo předchozím užíváním. Sociální pracovník také asistuje klientovi při sjednávání další péče.

Dále se do psychoterapeutického přístupu mohou zařadit režimové volnočasové prvky, které pomáhají klientům vrátit strukturu do jejich dne a mohou pomoci klientům se soustředit na něco jiného než drogovou tematiku. Je také nutné si uvědomit, že fyziologická stránka problému je pouze jeho součástí a je třeba pracovat i s možným stresem vzniklým z drogové závislosti a jejich současného života.

Dalšími konkrétními terapeutickými postupy jsou: komplexní psychoterapeutické a základní somatické vyšetření, ošetření aktuálních zdravotních komplikací, navazování terapeutického vztahu, posilování motivace k další léčbě, řešení sociálních problémů a případné naplánování další péče (Kalina et al., 2015).

3.2 Detoxifikační jednotky

„Detoxifikační jednotky jsou určeny k zvládnutí odvykacích stavů a intoxikací návykovou látkou, které nevyžadují intenzivní péči v jiném zařízení.“ (Nešpor in Kalina, 2003). Mezi hlavní důvody, proč klient detoxifikaci podstoupí patří:

- klient může být nebezpečný jak sobě tak i svému okolí, a to z důvodu intoxikace nebo odvykacího stavu
- příprava klienta na další léčbu
- není jasný klientův stav a je nutné zjistit, zda se jedná o intoxikaci, toxickou psychózu nebo jinou duševní poruchu
- snížení tolerance na návykovou látku
- detoxifikace je podmínkou rodiny, aby klientovi například stále poskytovali ubytování (Nešpor in Kalina, 2003).

Některá zařízení nechtějí přijímat klienty, kteří chtějí podstoupit detoxifikaci z důvodu snížení tolerance nebo odpočinku. Tento důvod, by se ale měl brát jako oprávněný, protože se dá považovat za formu harm reduction, a je možné pracovat na klientově motivaci (Kalina, 2008). Možnost detoxifikace je prakticky na každém lůžkovém oddělení, kam klient může být převezen například po těžkém úrazu. Nejčastěji jsou detoxifikační jednotky součástí střednědobé nebo dlouhodobé péče nebo samostatná oddělení v nemocničním komplexu.

Ambulantní zařízení nabízí detoxifikaci v domácím prostředí, ale jak už bylo zmiňováno, tato forma detoxifikace není v České republice tak častá. Podstatnou součástí detoxifikačních jednotek jsou strukturované aktivity, které jsou zahrnuty do denního programu klientů, za účelem změny životního stylu a zvýšení motivace nebo získání další motivace k léčbě (Nešpor in Kalina, 2003).

3.2.1 Terapeutický tým a strategie zařízení

Detoxifikační jednotky vede lékař s příslušnou kvalifikací, dále jsou v týmu sociální pracovníci, terapeuti a střední zdravotnický personál. Pokud je společně s detoxifikační jednotkou v zařízení i další forma léčby, například střednědobá léčba, je někdy nutné, aby se zaměstnanci věnovali i dalším úkolům. Toto sice přidává práci členům terapeutického týmu, ale může být snazší navázat terapeutický vztah s klientem a usnadňuje to i návaznost péče (Nešpor in Kalina, 2003).

Mezi terapeutické strategie používané na detoxifikačních jednotkách patří farmakoterapie, psychoterapie a sociální práce. Úkolem sociální práce na detoxifikačních jednotkách je hlavně vybrat a zprostředkovat další léčbu, pomoci s kontaktováním rodiny a poskytnout pomoc při jednání s úřady. Farmakoterapie se dá dále rozdělit na:

- Farmakologickou léčbu intoxikace, která není nutná ve všech případech, ale někdy je nezbytné podání antidota jako například u otravy opiáty nebo benzodiazepiny. Sem se řadí i podpurná medikace za účelem zmírnit projevy intoxikace.
- Farmakologickou léčbu odvykacích stavů. Kdy nejnebezpečnější odvykací stav může nastat po užití vysokých dávek některých tlumivých léků jako jsou barbituráty nebo benzodiazepiny. V těchto případech je nutné návykovou látku stále podávat v postupně snižujících se dávkách. Odvykací stav po užití heroinu není běžně život ohrožující, ale podání vhodného léku odvykací stav ulehčuje. Tím se i zvyšuje pravděpodobnost, že se detoxifikaci povede úspěšně dokončit. U těchto stavů se nejčastěji podává buprenorfin. Ten se klientovi podává 4 dny a poté se vysadí. Odvykací stav od buprenorfinu je totiž méně náročný. Pervitin, kokain a halucinogenní látky obvykle silné odvykací příznaky nevyvolávají, a proto není tento druh farmaceutické léčby většinou nutný. Epileptické záchvaty nebo rozvrat minerálního a vodního prostředí jsou potíže odvykacího stavu u alkoholu. V tomto případě je nutno sledovat hladiny minerálů, doplňovat tekutiny a zlepšovat odvykací stav

pacienta vhodnými léky. Pokud klient užíval více návykových látek je nutné léčbu individuálně přizpůsobit.

- Farmakologickou léčbu psychotických stavů, které jsou vyvolány návykovými látkami, například toxické psychózy. Tyto stavy se obvykle medikují použitím antipsychotik, ale je časté, že klienti s toxickou psychózou jsou překládáni na jiná oddělení.
- Farmakologickou léčbu tělesných komplikací, kam patří například podání antibiotik.
- Podpůrnou farmakologii, což znamená podávání vitamínů nebo léků napomáhajících regeneraci jater. Tento druh farmakoterapie může mít psychologické účinky a může pomoci navázat terapeutický vztah s klientem (Nešpor in Kalina, 2003).

3.2.2 Další léčba

Jak už bylo zmíněno, detoxifikace není obvykle dostačující léčebnou intervencí, a proto má návaznost péče podstatný význam. Nejčastější zařízení, kam detoxifikační jednotky své pacienty předávají jsou: nízkoprahové služby (pokud pacient léčbu řádně nedokončí), programy ambulantní léčby s monitorovanou abstinencí, krátkodobé nebo střednědobé léčby (kde často bývá podmínkou nástupu absolvování detoxifikace) anebo terapeutické komunity (kdy je u většiny zařízení tohoto druhu také podmínkou ke vstupu předchozí detoxifikace). S tím souvisí i pojem „aktivní předání“, což znamená, „že pracovníci detoxifikační jednotky léčbu jinde předem dohodnou a klientovi oznámí místo, čas i kontaktní osobu.“ (Nešpor in Kalina, 2003). Někdy si klienti další léčbu zajistí sami a poté to oznámí týmu detoxifikační jednotky, který dále komunikuje se zařízením. Vhodné je, pokud se podaří klientovi zajistit doprovod. Může to být rodina, někdo blízký nebo i jeden z terapeutů. Tímto se velmi zvýší šance, že předání proběhne v pořádku a klient do následné léčby nastoupí (Nešpor in Kalina, 2003).

4 Střednědobá ústavní léčba

Na detoxifikaci velmi často navazuje střednědobá ústavní léčba. Ta je běžně vymezena trváním v délce 3-6 měsíců. Pokud je léčba kratší než 3 měsíce obvykle je označována jako krátkodobá léčba nebo prodloužená detoxifikace, nicméně tato forma není v České republice příliš rozšířena. V některých případech je tento pojem používán i pro léčbu v terapeutických komunitách, která je zkrácena na délku pouze 6 měsíců, oproti klasickému trvání léčby 1 rok

nebo déle. Tento druh léčby je v České republice poskytován některými psychiatrickými léčebnami, popřípadě některými specializovanými psychiatrickými odděleními nemocnic. Střednědobá ústavní léčba má specifické cíle a léčebné strategie, které se odvíjí od délky trvání a zdravotnického charakteru léčby. Terapeutické týmy v těchto zařízeních jsou multidisciplinární, tento požadavek vychází z Akreditačních standardů. Ve většině případů je tým veden psychiatrem. Mezi další členy týmu patří zdravotničtí pracovníci, lékaři, psychologové, psychoterapeuti, sociální pracovníci, pracovní terapeuti a popřípadě další pracovníci. Celý terapeutický tým by se měl v rámci své práce pravidelně účastnit supervize (Dvořáček in Kalina, 2003).

4.1 Cíle střednědobé léčby

Dalším Akreditačním požadavkem je, že cíle musí být přiměřené délce programu a potřebám pacienta. Nejběžněji uváděným cílem je trvalá a důsledná abstinence od všech návykových látek. Jednou z dovedností, kterou musí terapeutický tým ovládat, je nalézt rovnováhu mezi tímto zmiňovaným cílem a takovým postojem k relapsu, který by zbytečně nezatěžoval klienta pocity viny či pocity nezvládnutého úkolu a nezhoršoval by těmito nadměrnými nároky situaci, ve které se pacient nachází. Abstinence je v zařízeních, která vychází z apolinářského modelu, viděna jako prostředek k vyšší subjektivní kvalitě života a způsob k co nejkompletnějšímu znovu převzetí původních životních rolí. Jednotlivé cíle, které si pacient v průběhu léčby stanovuje jsou velmi individuální, mezi nejběžnější cíle se řadí:

- Stabilizovat sekundární problémy spojené se závislostí.
- Akceptovat závislost jako svůj problém.
- Postupně řešit nebo zahájit řešení problémů, které vznikly jako důsledek drogové kariéry.
- Vystřídat původní motivaci z vnějšího tlaku na vnitřní motivaci.
- Zvnitřnit abstenenční normy.
- Internalizovat struktury dne a týdne a s tím související časové struktury.
- Zaměřit se na problémy, které nemusí souviset přímo se závislostí.
- Rozeznat rizika relapsu a nalézt strategie minimalizace těchto rizik.
- Provést změny v původním prostředí (suchá domácnost).
- Zlepšit sebehodnocení a prožívání.

Z důvodu velkého počtu pacientů, kteří řeší další sociální nebo psychiatrickou problematiku, a také k počtu klientů, kteří z léčby z nějakého důvodu předčasně odejdou je nutné, aby

terapeutický tým byl schopen nabídnout klientovi spolupráci, která by směřovala k cílům dílčím nebo přechodným. Tyto cíle jsou reálnější pro pacienta a může mezi ně patřit doporučení další péče, stabilizace substitučním programem, edukace v minimalizaci rizik a další. „*Pro komplexní pohled na klienta, který při volbě nejvhodnější formy pomoci bere v úvahu nejen diagnostickou kategorii, ale i řadu dalších okolností, se v zahraniční literatuře vžil pojem matching.*“ (Nešpor in Kalina, 2003). Jinými slovy matching znamená, že při hledání a přiřazování nejvhodnější intervence pro klienta nebereme ohled pouze na diagnózu, ale i na další faktory, kterými mohou být psychologická charakteristika klienta, délka závislostního problému, sociální situace, klientova síť sociálních vztahů, případné trestní stíhání, stádium motivace nebo i věk a pohlaví. (Dvořáček in Kalina, 2003).

S tímto souvisí i návaznost v systému léčby. Je užitečné na tento druh léčby nahlížet pouze jako na jeden z kroků léčebného procesu. Jedním z důvodů je, že změny, které si klienti v průběhu několika týdnů v léčbě osvojili mají tendenci mizet po návratu do běžného prostředí. I proto je důležité připravit si a naplánovat další postup po výstupu z ústavní léčby. Většina klientů využije následnou péči ve formě ambulantní léčby. Menší množství klientů nastoupí do terapeutické komunity, kde jejich léčba pokračuje nejméně další rok. Psychiatrické léčebny také poskytují tzv. opakovací léčby, které mají většinou formu 3týdenního pobytu v prvním roce abstinence, ale mohou se vyskytnout i výjimky, kdy opakovací léčbu podstoupí klient, který abstínuje déle (Dvořáček in Kalina, 2003).

4.2 Strukturovaný léčebný program

Základním předpokladem léčebného programu je bezpečný azyl. Léčba by měla zaručit bezpečný psychosociální prostor, ve kterém má každý člen své definované místo. Tímto vzniká i závazek k dodržování základních pravidel jako jsou zákaz násilí a nátlaku, nepřipustnost psychoaktivních látek nebo zákaz navazování intimních vztahů mezi klienty. Tato pravidla vedou k zajištění bezpečného prostředí (Kalina et al., 2015).

Program střednědobé ústavní léčby je komplexní, spojují se zde přístupy jak terapeutické tak i výchovně-edukativní. Základem komplexního programu je strukturovaná léčba s režimem. „*Základní model střednědobé léčby v našich podmínkách vychází z modelu zavedeného Jaroslavem Skálou – tzv. Skálův či Apolinářský model.*“ (Dvořáček in Kalina, 2003). Strukturovanou léčbou se rozumí strukturovaný průběh léčby, který je rozdělen do několika fází, běžně do 4:

- První fáze, které se také někdy říká detoxifikace, trvá obvykle 1-3 týdny. V této fázi se s pacientem pracuje na jeho stabilizaci, provádějí se základní

vyšetření, zahajuje se budování terapeutického vztahu a posiluje se motivace k pokračování v léčbě.

- Druhá fáze má většinou délku jednoho měsíce. V této době si pacient zvyká na terapeutický program a na zařízení. Také si osvojuje principy strukturovaného programu, režimu i léčebného společenství. Zvyká si na komunitu, akceptuje komunitní normy a začíná si vytvářet náhled.
- Třetí fáze je nejdelší z těchto 4 fází se svým běžným trváním 2-3 měsíců. Této fázi se také říká fáze aktivní léčby. Pacient se aktivně zapojuje v psychoterapii a podílí se na chodu léčebného společenství, jezdí pravidelně na vycházky. V této fázi také hraje roli rodinná terapie. Dochází k aktivnímu řešení důsledků klientovi drogové kariéry a více se upřesňuje motivace k abstinenci.
- Čtvrtá fáze neboli fáze přípravy na návrat do původního prostředí. Tato fáze trvá přibližně měsíc. Vytváří se plány na následnou péči, ale i na běžný život. Shání se zaměstnání nebo bydlení.

Dále pojem strukturovaná léčba znamená strukturovaný průběh týdne, který zajišťuje vyváženou skladbu programu a je požadovaných nejméně 20 strukturovaných hodin. A nakonec i strukturovaný program dne, kdy klienti dodržují přesný časový rozvrh jednotlivých aktivit: psychoterapeutické, pracovní nebo volnočasové. Význam tohoto systému je nejen v zajištění vyváženosti komplexního programu, ale také slouží k udržení přehledu o pacientech v průběhu dne a umožňuje i zpřehlednění postupu v léčbě (Dvořáček in Kalina, 2003).

4.3 Základní aktivity strukturovaného programu

Skupinová psychoterapie je velmi rozšířená forma psychoterapie. V zařízeních střednědobé léčby má tento druh terapie určitou strukturu a je aktivně veden terapeutem (Dvořáček in Kalina, 2003). I z tohoto důvodu je nutné aby terapeuti byli obeznámeni se základními přístupy a technikami. Některé skupiny mohou být určené specifickým klientům v léčbě. Toto rozdělení může být podle fáze léčby nebo podle toho na co se skupina bude zaměřovat (Millerová, 2011). Komunitní setkání jsou oproti skupinovým psychoterapiím více zaměřena na celou komunitu. Nutnou součástí léčby jsou i individuální sezení, která jsou ale většinou vymezena na speciální situace a jsou spíše doplňkem zmíněných aktivit. Dále sem také patří pracovní terapie a volnočasové aktivity. Při pracovní terapii se klienti mohou podílet na chodu zařízení. S tímto jsou spojené i některé funkce, které mají na starost

konkrétní činnosti. Volnočasové aktivity by měly být jak individuální tak i komunitní. Smyslem je si odpočinout a naučit se lepšímu způsobu trávení volného času. Při komunitních aktivitách se klade důraz na vytváření koheze společenství (Dvořáček in Kalina, 2003).

4.4 Léčebný režim

Léčebný režim je soubor pravidel, která jsou nutná k udržení optimálního terapeutického prostředí. Dále také specifikují výhody a sankce, které jsou udávány podle toho, jak se pacientovi daří dodržovat léčebný režim. Režimu je jednotlivými zařízeními přikládán různě velký význam. Tento režim je ale se svými jasně danými pravidly a pevnou strukturou nepochybně nepostradatelnou složkou léčby: *„Vzhledem k tomu, že návykové látky mění u pacienta strategie chování zaměřené na získání libosti či odměny, ve smyslu: dosáhnout libosti rychleji, jednodušeji a nutkavěji.“* (Dvořáček in Kalina, 2003). Mezi hlavní dva významy tohoto systému patří podporování chování, které vede pacienta k dosažení odměny bezpečnější cestou a také se zdá být méně rizikové z pohledu možného relapsu. Nejdůležitějším smyslem tohoto režimu je, aby se tato daná vnější pravidla a struktury stala pro pacienta vnitřní a on byl schopen si tento režim udržet sám. Snaha nějakým způsobem zhodnotit pacienta a jeho postup v léčbě je ve většině zařízení prováděna bodovacím systémem (Dvořáček in Kalina, 2003).

4.5 Bodovací systém

Bodovací systém je formou behaviorální terapie a v České republice vychází z původního Skálova či apolinářského modelu, který kromě odměn zahrnuje i tresty (Kalina et al., 2015). *„Bodovací systém zahrnuje řadu požadavků, povinností, různých zákazů, ale současně i tvůrčí možnosti, které sledují, kontrolují, hodnotí, odměňují a trestají.“* (Skála, 1987). Postupně tento přístup k léčbě převzala většina zařízení střednědobé léčby na našem území (Kalina et al., 2015). V roce 2009 proběhla studie *„Průzkum bodovacího systému na specializovaných odděleních pro léčbu závislostí v léčebnách a nemocnicích v ČR,“* autor oslovil 15 zařízení s žádostí o popsání jejich bodovacího systému a dostal 10 odpovědí. Bylo zjištěno, že bodovací systémy jsou často komplikované, velmi detailní a hodnotí se téměř každé jednání pacienta. Dále se ukázalo, že mezi nejběžnější sankce bývají „úkoly navíc“ mezi které patří: práce navíc, napsání zvláštního elaborátu, příprava nějaké přednášky pro ostatní, zkrácení nebo ztráta vycházky. Sankce za jednotlivé přestupky jsou odstupňované. Klienti mají nastavený týdenní limit kladných bodů, který musí splnit a body mohou získat prací v komunitě, nějakou mimořádnou prací nebo kvalitně napsaným elaborátem. Dále byly popsány cíle bodovacího systému:

1. Upevňovat žádoucí chování a zeslabovat chování nežádoucí
2. Nabízet pacientovi jednoduchý souhrn toho „jak si stojí“
3. Určit, zda je tento typ léčby pro pacienta vhodný
4. Motivovat klienta, aby přijmul odpovědnost za „skupinu“
5. Zachovat v zařízení řádné prostředí

V závěru autor shrnuje své poznatky, že bodovací systémy mají velký význam pro léčbu, pokusy o inovaci těchto systémů nejsou moc běžné a že rizika, výhody a nevýhody, které popsal docent Skála jsou dodnes aktuální (Kalina et al., 2013).

4.6 Délka léčby a možné komplikace

Již bylo zmíněno, že běžná délka střednědobé ústavní léčby je 3-6 měsíců, za minimální délku pobytu, aby léčba byla úspěšná se považují 3 měsíce. V jednotlivých zařízeních se délka léčby liší, ale ve většině případů se odvíjí od individuálních potřeb klienta. Do určování délky léčby zasahuje několik faktorů například kvalita spolupráce klienta, rychlost postupu léčebného procesu, přítomnost somatických nebo psychických komplikací, potřeba speciální péče nebo výsledky předchozích léčebných pokusů. Při určování délky léčby je však hlavní dohoda mezi pacientem, terapeutickým týmem a komunitou.

Komplikace léčby mohou mít různé důvody, přičemž téměř vždy vyústí ve 3 možné situace: dojde k porušení abstinence, je nutná jiná specializovaná péče nebo je léčba předčasně ukončena. Hlavními komplikacemi léčby je relaps klienta například na vycházce, tzv. drop out, kdy je léčba předčasně ukončena nebo porušení zásadních pravidel léčebného společenství. Jelikož se závislost pokládá za chronické recidivující onemocnění, relaps se stává jednou z nejčastějších komplikací léčby. Zařízení mají způsoby jak se s touto situací vypořádat tak, aby nějakým způsobem relaps akceptovali jako projev závislosti, ale také, aby se v komunitě toto porušení nějak projevilo. K předčasnému ukončení léčby dochází jak ze strany klienta, tak i ze strany terapeutického týmu z disciplinárních důvodů. Nejčastěji dochází k ukončení léčby v prvním měsíci po nástupu, s postupující léčbou se pravděpodobnost předčasného ukončení snižuje. Na počet předčasných ukončení má vliv práh vstupu do zařízení nebo i přísnost pravidel (Dvořáček in Kalina, 2003).

4.7 Podmínky pro přijetí do střednědobé ústavní léčby

Dle Skály (1987) jsou pro ústavní léčbu indikovány osoby, které mají závažné důsledky na svém tělesném nebo duševním zdraví, značné důsledky ve společenských vztazích, změny osobnosti ať už primární nebo sekundární. Dále také osoby, které jsou závislé na více drogách a osoby, kterým nevyhovuje ambulantní léčba z důvodu opakované recidivy nebo

nedostatečné spolupráce (Skála, 1987). Mezi další obecné podmínky patří: věk alespoň 18 let, hlavní diagnózou je syndrom závislosti, psychický i somatický stav dovoluje klientovi účastnit se všech aktivit a není nutná jiná okamžitá léčba, klient je motivovaný k léčbě, sepsání životopisu, žádosti o přijetí do léčby a doporučující zprávy od lékaře. Také je většinou nutné před vstupem do střednědobé léčby projít detoxifikačním oddělením (Šimonová, 2016).

5 Terapeutická komunita

Kratochvíl (1979) definuje terapeutickou komunitu jako „*zvláštní formu intenzivní skupinové psychoterapie, kde klienti, většinou různého věku, pohlaví a vzdělání, spolu určitou dobu žijí a kromě skupinových sezení sdílejí další společný program s pracovní a jinou různorodou činností, což umožňuje, aby do tohoto malého modelu společnosti promítali problémy ze svého vlastního života, zejména vztahy k lidem.*“ Dále je možné na terapeutické komunity hledět v širším a užším smyslu. V širším smyslu se na terapeutické komunity pohlíží jako na systém organizace léčebného oddělení. Důležitou roli zde hraje komunikace a na řešení různých situací se podílí jak členové komunity tak i terapeutický tým. Pořádají se schůzky personálu s pacienty, kde se probírají vzájemné vztahy a možné problémy v těchto vztazích. Také schůzky personálu, kde se usiluje o pochopení interpersonálních procesů v léčebné jednotce, mají podstatnou roli. Terapeutické komunity v užším smyslu znamenají psychoterapeutickou metodu, při které se využívají modelové situace malé společenské skupiny (Kratochvíl, 1995). Třetí možná definice terapeutické komunity je užívání tohoto termínu pro pojmenování různých typů zařízení, ve kterých se tento systém a metoda uplatňují. Mezi tyto zařízení může patřit psychiatrické oddělení nemocnice, psychoterapeutické středisko nebo část věznice (Richterová-Těmínová et al. in Kalina, 2003).

5.1 Charakteristiky terapeutických komunit

Kalina (2008) uvádí tyto charakteristické rysy:

- Bezdrogové prostředí
- Vysoký stupeň organizační autonomie
- Komunita je oddělena od vnějšího světa
- Svépomoc klientů v léčebném procesu i v každodenním provozu terapeutické komunity
- V týmu jsou kromě profesionálů i bývalí uživatelé

- Klade se velký důraz na strukturu a pravidla
- Léčba je pojata jako léčba celé osoby
- Rozdělení pobytu do fází
- Podle pokroku v léčbě se klientům přiřazují jejich funkce a role
- Práce a vzdělávání je velkou součástí programu

Léčba v terapeutických komunitách je střednědobá nebo dlouhodobá a trvá 6-18 měsíců. Cílovou skupinou jsou klienti závislí na návykových látkách, většinou ve středním až těžkém stupni závislosti a často klienti s kriminální anamnézou. Terapeutické komunity jsou obvykle součástí komplexního systému péče v jedné organizaci nebo fungují jako samostatné zařízení, ale jsou propojeny na další odborná zařízení. Terapeutické komunity jsou obvykle sociální zařízení (Adameček et al. in Kalina, 2003).

5.2 Terapeutický tým

Týmy v terapeutických komunitách jsou multidisciplinární. Pracovníci mají různé vzdělání jako například psychologie, sociální práce, psychiatrie nebo adiktologie. Specializované výcviky ve skupinové nebo individuální psychoterapii, v rodinné terapii nebo arteterapii, dále doplňují vzdělání zaměstnanců komunity. Samozřejmě se uplatňují i zkušenosti nebo praktické dovednosti (Kalina, 2008). Nepostradatelnost multidisciplinárního týmu dále popisuje Bartošíková (Kalina, 2003), kdy uvádí, že jelikož závislost a její aspekty se odehrávají na více rovinách, je nutné aby se na léčbě podíleli odborníci z více než jedné profese, pokud je to možné. Vlastnosti terapeutů jako pasivita, nutkavost, submisivita nebo závislost výrazně snižují účinnost terapie. Naopak atributy jako jistota, přirozenost, důvěra jak v klienta, tak i v sebe, pevná identita, humor i schopnost uznat svůj omyl, jsou velmi přínosné pro práci s klientem. Pasivní terapeut nesplňuje klientovu potřebu mít k dispozici někoho, kdo mu pomůže rozlišit realitu a vnitřní zkreslení. Pokud je terapeut submisivní, může v klientovi budit pocit nezájmu tím, že klienty nekonfrontuje. Vedoucím terapeutické komunity by měl být odborný kvalifikovaný pracovník. Vedle praxe v komunitě by měl mít i praxi ve skupinové terapii nebo psychoterapii. Kromě znalostí je i důležitá povaha vedoucího, protože tato pozice je velmi náročná (Adameček et al. in Kalina, 2003).

5.3 Strukturovaný program

Strukturovanému programu se také někdy říká léčebný nebo léčebně-výchovný. Tento systém je definován následujícími charakteristikami:

- Je zde přesný časový rozvrh

- Existuje soubor pravidel, který upravuje podmínky léčby, patřičné a nepatřičné chování nebo případné sankce
- Program zahrnující skupinové terapie, pracovní terapie, kulturní nebo sportovní aktivity
- Tyto aktivity trvají minimálně 20 hodin a jsou rozvrženy do 5 pracovních dní (Glosář, 2001)

S tímto programem souvisí i režim, ten je utvářen pravidly programu terapeutické komunity. „*Režim není samoučelný: představuje vnější strukturu a jeho dodržování je procesem internalizace této struktury.*“ (Adameček et al. in Kalina, 2003). Do režimu patří časová struktura dne a týdne, která se v terapeutických komunitách přibližuje běžnému životu. Povinnosti klientů a požadavky na jejich chování v programu jsou určeny nejen kardinálními pravidly, ale i pravidly dalšími, která vedou k mírnějším sankcím (Adameček et al. in Kalina, 2003). Mezi kardinální pravidla patří pravidlo „čisté komunity“, které zakazuje užívání nebo přinášení legálních i nelegálních návykových látek do komunity. Násilí, nepodřízení se režimu komunity a nerespektování rozhodnutí jsou také důvody k vyloučení z komunity. Posledním kardinálním pravidlem je zákaz erotických a sexuálních vztahů, které vedou k vyloučení jednoho z partnerů (Kalina, 2008). Součástí režimu je i hodnocení a kontrola klientů. Toto hodnocení může probíhat na komunitách, hodnotících skupinách nebo na individuálním rozhovoru s garantem. Je ale důležité, aby se k hodnocení mohla vyjádřit i celá komunita. Poslední složkou režimu jsou sankce a ocenění. Sankce mohou mít formu slovní nebo prostřednictvím práce navíc, sestup v hierarchii komunity nebo v závažnějších případech odchod z komunity. Ocenění jsou většinou více dlouhodobá a neprojevují se tak rychle jako sankce.

Jednotlivými aktivitami v programu jsou setkání komunity, skupinová terapie, individuální terapie, rodinná terapie, pracovní terapie, vzdělávání, volnočasové aktivity a sociální práce. Setkání komunity, skupinová terapie, volnočasové aktivity a pracovní terapie se ve své podstatě neliší od těchto aktivit v zařízeních střednědobé léčby. Individuální terapii je v terapeutických komunitách prováděna formou garantských pohovorů. Klient si na začátku léčby zvolí jednoho z terapeutů, se kterým spolupracuje v průběhu celého svého pobytu v komunitě (Adameček et al. in Kalina, 2003).

5.4 Fáze léčby

Jednotlivé fáze se dají pokládat za hierarchické stupně, které určují i roli a pozici klienta v komunitě. Toto rozdělení léčby je významné z hlediska sociálního učení a nácviku nového

chování, které je přinášeno ve zvládnutelných dávkách. Jednotlivé fáze určují klientům cíle a dosažením těchto cílů je znakem pokroku klienta. Díky tomu, že mají fáze definované cíle a obsah, může tým i sám klient lépe hodnotit svůj pokrok (Kalina, 2008).

Léčba je obvykle rozdělena do 4 fází a začíná se „nultou“ fází po níž následuje první fáze. Nultá fáze trvá nejčastěji 2 nebo i více týdnů, pokud léčba trvá jeden rok. Klient ještě není pokládán za člena komunity, i přesto že se účastní programu a pobývá v komunitě. Aby byl přijat do komunity musí podat žádost. Samotný vstup se označuje rituálem a podepsáním smlouvy.

První fáze léčby, která trvá 3 měsíce, pokud je délka léčby jeden rok, je zaměřena na odnaučení negativního a destruktivního chování klienta. Klient získává náhled na svou situaci a postupně si osvojuje pravidla komunity. Aby mohl klient přestoupit do další fáze musí si opět zažádat a komunita poté zhodnotí, zda do další fáze postoupí nebo ne. Samotný přestup je poté doprovázen rituálem.

Druhá fáze je většinou nejdelší a trvá 6 měsíců. V této fázi klient přebírá odpovědné role v komunitě, učí se zacházet se svými emocemi i vztahy s ostatními. Přestup do další fáze probíhá stejným způsobem, jak bylo popsáno u první fáze.

Třetí, a tedy poslední fáze, trvá 3 měsíce a klient si tvoří vztahy mimo komunitu, pracuje na svých vztazích s rodinou, přáteli nebo partnery. Ujasňuje si své plány po odchodu z komunity, zařizuje práci, vzdělání. V této fázi už klient může v komunitě trávit pouze noc a v průběhu dne je mimo komunitu, například v práci. Tato poslední fáze také končí rituálem a odchodem z komunity (Glosář, 2001).

5.5 Cíle terapeutické komunity

Přestože se léčbě v terapeutických komunitách říká „léčba vedoucí k abstinenci“ nebo „léčba orientovaná k abstinenci“ abstinence není cílem léčby, spíše podmínkou a nezbytným prostředkem, aby klient mohl po ukončení léčby pokračovat v normálním životě. Obecným cílem je změna životního stylu, změna v sebepojetí, prožívání, chování a vztazích (Kalina et al., 2008). Jednotlivými cíli je naučit klienty, jak se vypořádat s každodenní chutí na návykovou látku, přijmout zodpovědnost sama za sebe, získat lepší komunikační dovednosti, znovu osvojení pracovních a hygienických návyků nebo uvědomění si, jak důležité je zdraví a lépe o něj pečovat. Tyto změny pomohou klientům rozhodnout, jakým způsobem povedou svůj život. Způsob, kterým tohoto dosáhnout, je samotný život v komunitě, společné rozhodování, otevřená komunikace a konfrontace (Adameček et al. in Kalina, 2003).

6 Bariéry vstupu do léčby

„Účast uživatelů drog v léčbě je komplikovaná řadou faktorů, které představují bariéry vstupu a udržení v léčbě.“ (Mravčík et al., 2020). Toto platí nejen pro léčbu závislosti, ale i pro další komorbidity. Těmito komorbiditami mohou být infekční onemocnění nebo další somatické problémy. Mravčík (et al., 2020) ve svém článku o bariérách léčby komorbidit u uživatelů drog zmiňuje předchozí výzkum od Andersena. Ten rozděluje bariéry na dvě hlavní kategorie, individuální a systémové. Do systémových řadí místní a časovou dostupnost, čekací dobu, mezery v přizpůsobení potřebám klientů nebo přísná vstupní kritéria. Mezi individuální patří bariéry z oblasti sociálního fungování, což je zaměstnání nebo rodinné vztahy. Dále motivace k léčbě nebo uvědomění si problému (Mravčík et al., 2020).

Barriers to Treatment Inventory (BTI) je prostředek, kterým mohou klienti, ale i členové týmu určit bariéry bránící klientům při vstupu do léčby. BTI definuje 7 hlavních bariér vstupu do léčby: absence problému, špatná sociální podpora, strach z léčby, obavy o soukromí, problém s časem, nedostatečná dostupnost léčby a obtížný vstup do léčby. Tyto bariéry je dále možné rozdělit na systémové, kam by se zařadily problém s časem, nedostatečná dostupnost léčby a obtížný vstup do léčby a na individuální bariéry, kterými jsou absence problému, špatná sociální podpora, strach z léčby a obava o soukromí. Původně seznam zahrnoval až 100 jednotlivých položek, které ale byly následně přezkoumány odborníky, aby odpovídaly současné situaci a klientům. V BTI tedy zůstalo 59 položek, ze kterých 25 odpovídá alespoň jedné z 7 hlavních bariér. Ukazatele jako pohlaví, věk, vzdělání nebo rodinný stav se nepovažují jako bariéry, ale mohou nepřímo ovlivnit vstup do léčby. Další faktory jako předchozí zkušenost s léčbou nebo kriminální historie, mohou hrát roli při nástupu do léčby (Rapp et al., 2006).

Tucker ve své studii z roku 2004, která se zaměřovala na faktory ovlivňující vzorce hledání léčby u uživatelů alkoholu, popisuje 3 bariéry vstupu do léčby, ale i 3 hlavní důvody, proč se klienti rozhodnout léčbu vyhledat. Těmito třemi bariérami jsou: obavy o soukromí, klientovo přesvědčení, že léčba není nutná, nebo že nepomůže a ekonomické překážky jako například jejich finanční situace nebo problémy s povinnostmi. Faktory, které byly důležité pro rozhodnutí klienta vyhledat pomoc jsou: problémy v každodenním fungování ovlivněné užíváním alkoholu, komplikace v práci a problémy z právního hlediska (Tucker et al., 2004). V roce 2009 proběhla studie zaměřená na možné bariéry vstupu do léčby u injekčních uživatelů drog, kteří jsou v kontaktu s terénními pracovníky nebo kontaktními centry. Tento výzkum rozdělil bariéry vstupu do léčby do 10 kategorií: rodinné nebo osobní problémy,

nezájem o léčbu, nemají pojištění, odpor k léčbě, chybějící potřebné dokumenty, problémy s ubytováním, dlouhá čekací doba, starost o děti, klient neuvedl důvod a jiný důvod. Nejčastěji uváděné byly důvody spojené s rodinou a nezájem o léčbu (Appel et al., 2009).

VÝZKUMNÁ ČÁST

V rámci výzkumné části bakalářské práce byl proveden kvalitativní výzkum procesu nástupu do rezidenční adiktologické léčby z perspektivy klienta se zaměřením na faktory, které klientům pomáhají nebo naopak brání vstoupit do léčby.

7 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumné části bakalářské práce bylo zmapovat zkušenosti klientů se vstupem do rezidenční adiktologické léčby a popsat bariéry a facilitující faktory vstupu do léčby.

Za účelem splnění cílů byly stanoveny následující výzkumné otázky:

1. Jak probíhá výběr zařízení a proces nástupu do rezidenční adiktologické léčby z perspektivy klienta?
2. Jaké faktory pomáhají klientům se vstupem do léčby?
3. Jaké jsou hlavní bariéry v tomto procesu?

8 Metodika výzkumu

Byla provedena kvalitativní studie na souboru klientů v rezidenční psychiatrické léčbě závislých na alkoholu za pomoci strukturovaných rozhovorů.

8.1 Výzkumný soubor

Výběrový soubor tvořili klienti a klientky v rezidenční léčbě. Důvodem výběru právě tohoto typu léčby byly lepší podmínky pro uskutečnění rozhovorů, hlavně z časového hlediska. Pomocí emailové komunikace byla oslovena 3 zařízení, jedna terapeutická komunita a dvě psychiatrické léčebny. Rozhovory se uskutečnily pouze v jedné psychiatrické léčebně, jelikož druhá psychiatrická léčebna na zprávy neodpověděla a v oslovené terapeutické komunitě nebyl žádný klient, který by s rozhovorem souhlasil. Rozhovory proběhly na dvou odděleních, a to na oddělení pro detoxifikaci a krátkodobou léčbu a na oddělení pro střednědobou komplexní léčbu. Možnost účastnit se výzkumu byla poskytnuta všem klientům na oddělení. Kritéria vstupu do výzkumu byla ochota se výzkumu účastnit a závislost na alkoholu. Na obou odděleních v rámci komunity proběhlo představení výzkumníka i výzkumu. Bylo popsáno, jakým způsobem bude výzkum probíhat, jaká by byla role respondenta a také bylo zdůrazněno, že účast je dobrovolná a výzkum anonymní. Poté měli klienti možnost se rozhodnout, zda se do výzkumu zapojí či nikoliv. Výzkumný soubor tvořilo celkem 22 klientů, z toho bylo 15 mužů a 7 žen. 6 respondentů bylo z detoxifikačního oddělení a 16 z oddělení střednědobé péče.

8.2 Metody sběru dat

Výzkum probíhal formou polostrukturovaných rozhovorů. Tato metoda byla zvolena z důvodu dostatečné otevřenosti a flexibility. Respondent má možnost o tématu volně mluvit a současně výzkumník může sledovat, co je pro respondenta významné. Také to výzkumníkovi umožňuje rozhovor usměrňovat, aby se stále držel tématu (Miovský, 2006). Délka rozhovorů se lišila, ale většinou rozhovor trval 5-10 min. Pro rozhovor byly připraveny okruhy témat a doplňující otázky, podle kterých rozhovor následně probíhal. Rozhovor začal otázkami k získání základních charakteristických údajů o respondentovi. Následoval okruh ohledně historie závislostního problému. Poté už byly okruhy postaveny tak, aby bylo možné ze získaných dat odpovědět na výzkumné otázky. Tyto okruhy byly: proč si klient vybral toto zařízení, jaká byla zkušenost s nástupem do zařízení, jaké faktory pomohly vstupu do léčby a jaké jsou hlavní bariéry vstupu do léčby.

Rozhovor probíhal osobně na odděleních léčebny. Respondenti obdrželi informace pro účastníka výzkumu. Poté byl udělen ústní souhlas s účastí na výzkumu. Rozhovor byl zaznamenáván na diktafon. Respondenti byli požádáni o souhlas, který všichni poskytl. Informovaný souhlas byl zaznamenán na nahrávce. Nahrávky byly následně přepsány do textové formy.

8.3 Metody analýzy dat

Pro metodu analýzy dat byla použita kvalitativní analýza dat, přesněji interpretativní fenomenologická analýza. „*Výzkumným fokusem interpretativní fenomenologické analýzy je porozumění žité zkušenosti člověka.*“ (Řiháček et al., 2013). Rozhovory byly přepsány z diktafonu do textové formy. Texty byly několikrát přečteny, aby se s nimi výzkumník, co možná nejvíce seznámil. Poté byly k textům dopsány poznámky a výzkumníkovy postřehy. Následovalo hledání společných charakteristických znaků a souvislostí mezi jednotlivými respondenty. Byla využita metoda tvoření trsů, byly tedy vytvářeny tematické shluky, které byly sdružovány podle dílčích témat (Řiháček et al., 2013).

9 Etická hlediska

Psychiatrická léčebna poskytla souhlas k realizaci výzkumu na jejich odděleních. Respondenti byli informováni o výzkumu a jejich roli ve výzkumu. Byli upozorněni na fakt, že účast je dobrovolná a všechny informace, které poskytnou budou anonymní. Respondenti se mohli rozhodnout, zda se výzkumu účastní či nikoliv. Ti, kteří se zúčastnili, dostali před výzkumem informace pro účastníka výzkumu a čas na přečtení těchto informací. Poté měli možnost se zeptat na otázky ohledně výzkumu. Byli požádáni, zda by se rozhovor mohl

nahrávat a obeznámeni s tím, jak s nahrávkou bude nakládáno. Nahrávka byla přepsána do textové formy a následně byla nahrávka smazána a přepisy zničeny. Respondenti poskytli informovaný souhlas, který byl zaznamenán na nahrávku.

10 Výsledky

10.1 Popis souboru

Výzkumu se účastnilo 22 respondentů. Z toho 15 mužů a 7 žen. Na detoxifikačním oddělení proběhlo 6 rozhovorů se 4 muži a 2 ženami. Na oddělení střednědobé péče rozhovor poskytlo 11 mužů a 5 žen. Průměrný věk respondentů byl 43 let. Nejmladšímu respondentovi bylo 27 let a nejstaršímu 61 let. Z mužů, kteří se výzkumu účastnili byli 4 ženatí a 2 rozvedení, zbytek respondentů uvedlo, že jsou svobodní. 6 žen uvedlo, že jsou vdané nebo svobodné, pouze jedna respondentka uvedla, že je rozvedená. Polovina respondentů uvedla, že jsou bezdětní. U žen to byla pouze jedna respondentka.

10.2 Výzkumná otázka 1.

První stanovená výzkumná otázka zněla: Jak probíhá výběr zařízení a proces nástupu do rezidenční adiktologické léčby z perspektivy klienta? Pro zodpovězení této výzkumné otázky byly použity odpovědi respondentů týkající se důvodu výběru zařízení a jejich zkušenosti s nástupem do léčby.

10.2.1 Jak probíhá výběr zařízení?

Z uvedených odpovědí vyplývá, že zařízení nejčastěji respondenti volili z důvodu nejkratší čekací doby anebo jim zařízení bylo od někoho doporučeno.

R¹⁸: „Vybral jsem z hlediska toho, že tady byla krátká nástupní doba,“

V²: Jak dlouhá byla čekací doba? A bylo Vám zařízení od někoho doporučeno?

R8: „Já jsem měl asi týden, a od nikoho mi to doporučené nebylo, vybral jsem sám.“

R18: „Protože jsem si ho našel na internetu, a jakoby bylo nejdřív dostupné.“

V: Jak dlouhá byla čekací doba? A bylo Vám zařízení od někoho doporučeno?

R18: „Čekal jsem 2 měsíce, a ne, našel jsem si to sám na internetu.“

R6: „Bylo mi doporučeno mojí doktorkou obvodní.“

V: Jak dlouhá byla čekací doba?

¹ Respondent

² Výzkumník

R6: „Bylo volné místo, ale chtěla jsem na Vánoce být s dětma, takže jsem si to posunula.“

R13: „Bylo mi doporučeno.“

V: Jak dlouhá byla čekací doba? Kým Vám bylo doporučeno?

R13: „Do 8 dnů mě vzali. Organizací Bílý kruh bezpečí.“

První dva respondenti uvedli, že hlavním důvod volby byla krátká čekací doba a že jim zařízení od nikoho doporučeno nebylo, že si léčbu našli sami. Respondenti 6, 13 a další dva odpověděli, že zvolili zařízení z důvodu doporučení od jiné odborné služby nebo od známých. Z odpovědí těchto 4 respondentů také vyplývá, že čekací doba byla poměrně, krátká.

R2: „Zkoušel jsem to i jinde, ale tam bylo plno nebo čekací doba i 3 měsíce a tady mi řekli, že mě vezmou během měsíce, tak jsem nastoupil sem.“

V: A bylo Vám zařízení od někoho doporučeno?

R2: „Měl jsem tady neteř ta se tady léčila, jako na jiným oddělení, a docela si to chválila. A pak kolega, kterej tady měl příbuznýho, tak říkal, že to je skvělý.“

R3: „To jsem si nevybrala přímo sama, já jsem začala spolupracovat, protože mám děti, s OSPODem, a ty mi teda tady to nabídli, a bylo to jako nejrychlejší, já jsem zavolala a oni mě vlastně do 3 dnů vzali.“

V: Takže čekací doba byla 3 dny a zařízení Vám bylo doporučeno OSPODem?

R3: „No já jsem jakoby chtěla sama už, protože v posledním roce to už bylo nesnesitelný. Ale pomáhal mi ten OSPOD a i Šance pro tebe. Zrovna se uvolnilo místo, já měla nastupovat až někdy v dubnu, ale zavolala jsem v pondělí a řekli mi, že ve čtvrtek můžu nastoupit.“

R4: „Tady bylo volné místo zrovna v tom termínu, který potřebuju, abych mohl v klidu nastoupit do práce, protože v té naší oblasti to byl červen, červenec a dál.“

V: Jak dlouhá byla čekací doba? A bylo Vám zařízení od někoho doporučeno?

R4: „Tady se zavolalo v pondělí a v pátek už jsem byl tady. Hledala to moje přítelkyně, až prostě našla zařízení, kde mě přijali.“

R16: „Byl nejbližší termín a přítelkyně jelikož dělá ve zdravotnictví, tak má nějaký informace, takže tohle zařízení je jedno z nejúspěšnějších.“

V: Jak dlouhá byla čekací doba? A bylo Vám tedy doporučeno přítelkyní?

R16: „*Když jsem nastupoval tak nebylo volné místo, ale uvolnilo se asi po 2 měsících. No a psychiatr, ale ten mi neřekl konkrétně kam, to jsem si zařídil sám.*“

Tito respondenti uvádí, že hlavním důvodem vstupu byla krátká čekací doba, ale v jejich nástupu a volbě zařízení hrál roli i někdo ze známých nebo jiné odborné zařízení. Do této kategorie je možné zařadit 12 respondentů a je to tedy nejpočetnější kategorie, která z analýzy vyplynula.

V další kategorii je hlavním důvodem nějaká specifická charakteristika tohoto zařízení.

R5: „*Protože bydlím 500 metrů odsud, dostupnost toho zařízení, nechtěl jsem nikam jít, ikdyž jsem věděl, že budu v kontaktu s lidmi, které znám, ale to mě nevadí.*“

V: Jak dlouhá byla čekací doba? A bylo Vám zařízení od někoho doporučeno?

R5: „*Volné místo nebylo, ale potom se uvolnilo, takže mi sestřička volala, že můžu nastoupit, to bylo zhruba 14 dní. Jsem místní já to tady znám, takže to byla jasná volba.*“

R19: „*Protože je to jedno z „nejhorších“ nejpřísnějších, takže proto. A už jsem tu byl jednou a vím, že to není procházka růžovou zahradou.*“

V: Jak dlouhá byla čekací doba? A bylo Vám zařízení od někoho doporučeno?

R19: „*Jelikož jsem tady už byl tak jsem měl nástup možný ihned, ale ještě jsem si to oddálil o 2 týdny. Ne to nebylo.*“

Těmito specifickými charakteristikami byla předchozí zkušenost, delší doba léčby, přísný režim, geografická dostupnost a dobrá pověst zařízení. Tyto charakteristiky bylo možné určit u 10 respondentů a je to tedy druhá nejpočetnější kategorie.

V poslední kategorii 2 respondenti uvedli, že nástup do tohoto zařízení nebyl jejich volbou a byli převezeni z jiné léčebny.

Z odpovědí na otázku Proč jste si vybral/a toto zařízení byly identifikovány 3 kategorie – nejkratší doba nástupu a doporučení, specifická charakteristika tohoto zařízení, a že zařízení nebylo volbou respondenta.

10.2.2 Jak probíhá proces nástupu?

Pro zodpovězení této výzkumné otázky, byly respondenti vyzváni aby popsali svůj nástup do zařízení, podmínky vstupu nebo co bylo potřeba zařídit před nástupem do léčby.

Z odpovědí byly analyzovány 3 kategorie – nástup byl v pořádku, respondent měl předchozí zkušenost a respondent nástup nijak nevnímal.

R5: „*Jojo v pořádku, na příjmu byla velmi příjemná paní doktorka, tady je socioložka taky velmi příjemná.*“

V: Jaké jsou podmínky vstupu do léčby?

R5: „*Samozřejmě při vstupu nesmím být pod vlivem alkoholu, a to je asi všechno. Jo a ještě dobrovolnost.*“

R21: „*Naprosto v pořádku to bylo.*“

V: Jaké jsou podmínky vstupu do léčby?

R21: „*Určitě za střízliva, a po fyzické i psychické stránce být tak nějak v pořádku.*“

Vedle respondentů 5 a 21 dalších 8 odpovědělo podobně, že vstup do léčby byl v pořádku, nenastal, žádný problém a komunikace se zařízením byla velmi příjemná. Všichni respondenti uvedli, že podmínkou vstupu je být střízlivý. Několik respondentů zmiňovalo i očkování proti koronaviru, mít osobní věci, mít deník, ale tyto odpovědi byli ojedinělé.

R1: „*De fakto žádná, prostě sem jít abych se toho zbavil.*“

V: Jaké jsou podmínky vstupu do léčby?

R1: „*No člověk nesmí být pod alkoholem, musí být v klidu.*“

R4: „*Mě to bylo v podstatě jedno, já se chci nějak dostat z toho alkoholu ven, takže kdyby tady byl ještě přísnější režim, tak mi to je úplně fuk, rád se přizpůsobím, protože to dělám pro sebe.*“

V: Jaké jsou podmínky vstupu do léčby?

R4: „*Být střízlivý a žádné jiné asi.*“

Dohromady 8 respondentů odpovědělo, že jejich zkušenost s nástupem téměř žádná není. Byli převezeni z jiného zařízení a na nástup si moc nepamatují nebo chtěli vstoupit do léčby a další faktory pro ně nehrály velkou roli.

Poslední skupinou byli 4 respondenti pro které byl nástup jednodušší, protože věděli, co je čeká, protože na léčbě v tomto zařízení už předtím byli.

R19: „*Věděl jsem, že budu nervózní, protože tady bude hodně nových lidí, ale nebyl jsem tak nervózní jako poprvé. Už jsem věděl, co mě tady bude čekat.*“

V: Jaké jsou podmínky vstupu do léčby?

R19: „*Určitě přijít za střízlivého stavu. To je asi to nejdůležitější, možná i to jediný. Jo a nenést s sebou žádný alkohol nebo jiný drogy a chtít se léčit.*“

Při popisování toho, co museli zařídit před nástupem do léčby, byly uváděny nejčastěji 4 okruhy povinností – nic nebylo potřeba zařídit, práci a finanční situaci, administrativní věci jako přeposílání pošty nebo zařídit si pracovní neschopnost a poslední kategorií je dát vědět rodině nebo postarat se o rodinu. Zde je, ale nutné podotknout, že respondenti většinou neuváděli pouze jednu záležitost, která byla potřeba zařídit a jednotlivé záležitosti na sebe často navazovali.

R8: *„Byl jsem na nemocenské, takže ohledně toho vlastně pokračuju v pracovní neschopnosti. Manželka se stará o chod domácnosti.“*

R13: *„Požádala jsem syna o to, aby mi sem přeposílal finance a došla jsem si na prohlídku k lékaři.“*

10.3 Výzkumná otázka 2.

Druhá výzkumná otázka byla: Jaké faktory pomáhají klientům se vstupem do léčby? Odpovědi na tuto výzkumnou otázku byly rozděleny do 4 kategorií. I u této výzkumné otázky je nutné zmínit, že respondenti, často neuváděli pouze jeden faktor, ale faktorů, které jim pomohli do léčby bylo víc.

První kategorie se dá označit jako získání informací. Byly to informace od známých, z internetu, od personálu, ale i od pacientů s kterými se potkali v léčbě. Tento faktor uvedlo 8 respondentů.

R3: *„Informace na internetu to jsem si zjišťovala. A měla jsem tady kamarádku, tak jsem se vyptávala, jak to tady asi funguje.“*

R20: *„Pomoc od sester i terapeutického týmu.“*

Druhou kategorií je pomoc nebo i nátlak od rodiny což uvedli 4 respondenti.

R4: *„Telefonicky to vyřídila moje přítelkyně a sdělila mi, že bych relativně neměl mít obavy, že to tady bude v pořádku, pokud budu dodržovat určitá pravidla a dorazím střízlivý.“*

Třetí kategorie, která vyplynula z odpovědí respondentů jako faktor, který jim pomohl s nástupem do léčby byla předchozí zkušenost nejen z léčby, ale i ze situace, ve které se ocitli.

R2: *„Bylo to znát, že už věděli, o koho jde, takže to přijetí bylo takový vstřícnější.“*

R15: *„Pomohlo mi to, že jsem chtěl, protože sám bych nedokázal přestat.“*

Poslední kategorií bylo přijetí pacientů na oddělení, jejich pomoc nebo přidělení průvodce.

R13: „*Určitě mě pomohlo to přijetí tý komunity a příjemný personál. A dostala jsem svého průvodce a k němu jsem se se vším obracela.*“

10.4 Výzkumná otázka 3.

Poslední výzkumná otázka byla definována jako: Jaké jsou hlavní bariéry v tomto procesu? Ze získaných odpovědí bylo určeno 6 kategorií. Stejně jako u předchozích otázek je nutné brát v potaz, že respondenti často uváděli více bariér než pouze jednu.

Kategorie, která byla zmiňována nejčastěji bylo, že si respondent nechtěl přiznat svou závislost. Tuto bariéru uvedlo 9 respondentů.

R5: „*Dlouhodobá překážka bylo to, že jsem si to nechtěl přiznat, to že jsem závislej. Možná kdybych si to uvědomil dřív, třeba by se nestalo tolik věcí, co se stalo.*“

R6: „*Já jsem si vždycky říkala, že to zvládnou sama, že léčbu nepotřebuju. Taky na mě tlačila maminka a poslední tečka byl řídičský průkaz.*“

R7: „*No tak ostych, vůbec se mi sem nechtělo, přiznat si, že jsem na tom opravdu špatně.*“

Další respondenti uvádí velmi podobné bariéry, nejčastěji opakovaným důvodem bylo, že si problém neuvědomovali nebo si ho nechtěli přiznat. Respondenti také uvádí, že si dlouho mysleli, že svou závislost zvládnou sami.

Druhou často zmiňovanou bariérou byla starost o rodinu, odloučení od dětí, strach, kdo se o děti postará a pocit odloučení od rodiny.

R3: „*Mám děti no, mají jenom mě a sehnat pro ně hlídání bylo hodně náročné.*“

R12: „*Určitě rodina, jak to zvládnou doma beze mě.*“

R18: „*No rodina, že nevidím děti, to odloučení od rodiny.*“

Dalšími kategoriemi byla obava z léčby, jak léčbu zvládne, krok do neznáma nebo špatná komunikace s ostatními. Dále tam byla práce a finanční situace což uvedlo 5 respondentů, to že léčbu vůbec nezvažoval byla následující kategorie.

R14: „*Asi dvakrát jsem si tu otázku položil: „A není to už na léčení?“ ale nic jsem s tím nedělal, ani jsem nad tím nepřemýšlel.*“

Poslední kategorie je stigmatizace okolí, co si řekne okolí a že na léčbu obvykle není dobře pohlíženo.

11 Diskuze

První výzkumná otázka byla postavena tak, aby získala odpověď na to, jak probíhá výběr zařízení a proces nástupu do rezidenční adiktologické léčby z perspektivy klienta. Z výzkumu vyplynulo, že většina respondentů volí zařízení podle toho, jak dlouhá je čekací doba. Dalším faktorem bylo to, zda jim bylo zařízení od někoho doporučeno či nikoliv. Tyto dva faktory spolu často souvisely. Respondenti tedy vybírali zařízení nejen podle toho, jak dlouhá byla čekací doba, ale i podle toho zda jim bylo doporučeno. Několik respondentů také uvádí, že jim léčba byla doporučena jejich lékařem a samotné zařízení někým jiným. Dalším důvodem volby byla konkrétní specifická charakteristika zařízení například předchozí zkušenost, dostupnost nebo délka léčby. Dva respondenti také uvedli, že zařízení sami nevolili, ale že tam byli převezeni z jiné léčebny.

Druhá část první výzkumné otázky se zaměřila na to jak probíhá proces nástupu, jaké jsou podmínky a jestli je potřeba něco před nástupem zařídit. Většina respondentů uvedla, že nástup proběhl v pořádku a nenastaly žádné komplikace. Dále respondenti uváděli, že měli předchozí zkušenost s nástupem do léčby a proto jim nástup nepřišel nijak náročný nebo nový. Poslední kategorie, která z této otázky vyplynula bylo, že někteří respondenti si nástup nepamatovali nebo ho nijak nevnímali, protože do léčby nastoupit potřebovali a jinou možnost neviděli. Podmínky vstupu uvedli všichni respondenti stejné a to, že je nutné být střízlivý. Z povinností, které byly potřeba zařídit před nástupem bylo možné analyzovat 4 kategorie. První byla, že nebylo nutné zařídit nic, ale je nutné podotknout, že někteří respondenti uváděli, že už například měli zařízenou pracovní neschopnost. Další kategorií bylo, že bylo nutné vyřídit povinnosti v zaměstnání a zaměřit se i na finanční situaci. Třetí kategorie byla administrativa, jako přeposílání pošty nebo vyřízení pracovní neschopnosti. Poslední kategorií bylo postarat se o rodinu.

Z druhé výzkumné otázky vyplynulo, že nejčastějším faktorem, který pomáhá respondentům se vstupem do léčby, je získání si informací o léčbě i zařízení, kam nastupují. Jako primární zdroj informací respondenti uváděli internet a webové stránky zařízení, informace od známých, od personálu ale i od pacientů, které potkali v léčbě. Další kategorií byl vliv rodiny, která respondenty nejen podporovala v léčbě, ale někdy na ně i tvořila nátlak, aby do léčby vstoupili. Třetí kategorie byla předchozí zkušenost nejen s léčbou, ale i situací, ve které se ocitli před začátkem léčby. Poslední kategorií bylo přijetí kolektivem, pomoc od ostatních pacientů i personálu a přidělení průvodce, který měl pomoci se respondentovi v léčbě lépe zorientovat.

Třetí a poslední výzkumná otázka byla Jaké jsou hlavní bariéry v tomto procesu? Z odpovědí bylo možné určit 6 kategorií bariér. Nejvíce uváděnou bariérou bylo nepřiznání si svého problému. Sem se dají zařadit i odpovědi, že si svůj problém nechtěli uvědomit nebo si přiznat, že svou závislost sami nezvládnou a potřebují odbornou pomoc. Druhou nejčastěji zmiňovanou bariérou vstupu byla starost o rodinu. Respondenti uváděli, že se báli odloučení od rodiny, vypadnutí z rodinného života, nebo že měli problém sehnat hlídání na takto dlouhou dobu. Další kategorie byly strach z léčby, kdy se respondenti obávali, jak léčbu zvládnout, jestli to na ně nebude moc náročné nebo strach ze špatné komunikace a ostychu mluvit před ostatními. Jednou z bariér byla také finanční situace a situace v práci. Obavy měli z nedostatku příjmů nebo absencí v práci, kde zastávají vysoké pozice. Poslední dvě kategorie byly, že léčbu respondent vůbec nezvažoval a stigmatizace od okolí.

V teoretické části jsou v kapitole Bariéry vstupu do léčby uvedeny předchozí výzkumy. Barriers to Treatment Inventory je nástroj, který rozděluje bariéry do 7 hlavních kategorií – absence problému, špatná sociální podpora, strach z léčby, obavy o soukromí, problém s časem, nedostatečná dostupnost léčby a obtížný vstup do léčby (Rapp et al., 2006). Velmi podobné poznatky vyplývají i z výzkumu této bakalářské práce.

Je nutné zmínit, že výsledky jsou ovšem pouze zlomkem cílové skupiny. V tomto výzkumu byli respondenti pouze z jednoho zařízení, což mohlo ovlivnit výsledky, například při výběru zařízení. Respondenti nejčastěji volili zařízení z důvodu krátké čekací doby, tento výsledek, by se ale mohl výrazně lišit, pokud by bylo zařazeno další zařízení. Také chybí respondenti z rezidenční léčby v terapeutických komunitách. Toto se mohlo projevit například u vstupu do zařízení a podmínek, které jsou nutné splnit. Vstup do terapeutické komunity je většinou podmíněn předchozím pobytem na detoxifikační jednotce a sepsáním několikastránkového životopisu. Výzkumný soubor tvořili pouze klienti se závislostí na alkoholu, je tedy možné, že odpovědi klientů s jiným problémem se mohou podstatně lišit.

Téma zkušenosti klientů s nástupem do léčby by se nemělo opomíjet. Jak bylo zmiňováno v teoretické části, léčby by měla být dlouhodobá a propojenost zařízení je nezanedbatelným faktorem úspěšnosti léčby. Přesto ale byl jen zlomek respondentů, kteří uvedli, že jim služba byla přímo doporučena jinou odbornou službou a žádný z respondentů nezmněl, že by se setkal s case managementem.

12 Závěr

Práce popisuje zkušenosti klientů se vstupem do rezidenční adiktologické léčby. V teoretické části krátce seznamuje se sítí služeb, jejími jednotlivými složkami a popisuje dostupnost adiktologické péče v České republice. Dále se práce věnuje kapitolám detoxifikace a detoxifikační jednotky, střednědobá léčba a léčba v terapeutických komunitách. Tyto tři druhy zařízení detailněji popisuje. Jsou vyznačeny cíle, cílové skupiny i jak vypadá léčba v těchto zařízeních. Nakonec se práce zabývá bariérami vstupu do léčby, kde odkazuje na předchozí výzkumy a studie, provedené v České republice i zahraničí.

Ve výzkumné části byla provedena kvalitativní analýza. Výzkum byl proveden pomocí polostrukturovaných rozhovorů s klienty a klientkami závislými na alkoholu, kteří se léčili na oddělení detoxifikace a střednědobé léčby. K analýze dat byla použita metoda vytváření trsů. Výzkumu se zúčastnilo 22 respondentů.

Bylo zjištěno, že ve výběru konkrétního zařízení je pro klienty důležité, jak dlouhá je čekací doba na vstup do léčby a doporučení. Několik respondentů uvedlo, že jim byla léčba doporučena lékařem, ale zařízení, ve kterém se léčí si sháněli sami nebo jim bylo doporučeno známými. Dalším důvodem byla konkrétní specifika zařízení, kterými byla předchozí zkušenost nebo délka léčby. Dvě odpovědi zněly, že si zařízení nevybrali respondenti sami, ale že byli převezeni z jiné nemocnice. Proces vstupu do léčby proběhl podle většiny respondentů v pořádku. Někteří uváděli, že díky předchozí zkušenosti jim nástup nijak zvláštní ani náročný nepřišel. Zaznamenané odpovědi také byly, že si nástup nepamatují, nebo že ho nijak nevnímali. Podmínkou vstupu, kterou uvedli všichni respondenti byla střízlivost. Povinnosti, které je potřeba před nástupem zařídit se možné rozdělit do 4 kategorií. Nejčastější odpověď byla, že respondenti nemuseli zařizovat nic. Dále také uváděli vyřídit povinnosti v zaměstnání, postarat se o administrativu a o rodinu. Významnými faktory na straně klienta, které mu pomohly do léčby nastoupit, byly dostupné informace o léčbě, vliv rodiny, předchozí zkušenost s léčbou a situací, ve které se ocitli a přijetí kolektivem a pomoc od ostatních pacientů. Z rozhovorů bylo analyzováno 6 kategorií bariér. Nejčastěji uváděnou bylo nepřiznání si svého problému a starost o rodinu. Dalšími byly strach z léčby, finanční situace a jejich práce, nezvažování léčby a stigmatizace okolím.

Z výsledků je vidět, že provázanost adiktologické péče je nedostatečná. Pouze několik respondentů uvedlo, že jim byla léčba doporučena jinou odbornou službou a žádný z klientů nezmínil case management nebo okolnosti, které by nasvědčovaly tomu, že byl předmětem case managementu. Na zkušenost se vstupem do léčby by se mělo více zaměřit, aby bylo

možné toto téma více zmapovat a popsat, a tím zpřístupnit léčbu většímu počtu klientů z cílové populace.

13 Seznam použité literatury

Adameček, D., Richterová-Těminová, M. & Kalina, K. (2003). Rezidenční léčba v terapeutických komunitách. In *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. (st. 201-207). Praha: Úřad vlády České republiky.

Appel, P. W., Ellison, A. A., Jansky, H. K. & Oldak, R. (2009, July). Barriers to Enrollment in Drug Abuse Treatment and Suggestions for Reducing Them: Opinions of Drug Injecting Street Outreach Clients and Other System Stakeholders. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30(1), 129-153. Dostupné z: <https://doi.org/10.1081/ADA-120029870>.

Bartošíková, I. (2003). Práce v multidisciplinárním týmu. In *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup* (st. 125-129). Praha: Úřad vlády České republiky.

Bém, P. (2003). Složky systému péče v ČR. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. (st. 155-157). Praha: Úřad vlády České republiky.

Dvořáček, J. (2003). Detoxifikace, léčba odvykacího syndromu. In *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup* (st. 304-309). Praha: Úřad vlády České republiky.

Hrdina, P. & Korčišová, B. (2003). Terénní programy. In *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. (st. 159-163). Praha: Úřad vlády České republiky.

Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Rous, Z., Černíková, T., Cibulka, J. & Mravčík, V. (2021). *Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2021*. Praha: Úřad vlády České republiky. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocnizpravy/souhrnna-zprava-o-zavislostech-v-ceske-republice-2021/>.

Janíková, B. & Nechanská, B. (2021). Sčítání adiktologických služeb 2020. *Zaostřeno* 7(3), 1-20. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/zaostreno-na-drogy/2021-zaostreno/03-21-scitani-adiktologickyh-sluzeb-2020/>.

Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunity: Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada Publishing.

Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada Publishing.

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

- Kalina, K. a kolektiv (2008). *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K. a kolektiv (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kratochvíl, S. (1979). *Terapeutická komunita*. Praha: Academia.
- Kratochvíl, S. (1995). *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén.
- Millerová, G. (2011). *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z. ...
Vopravil, J. (2020). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019*.
Praha: Úřad vláda České republiky. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocní-zpravy/vyrocní-zprava-o-stavu-ve-vecech-drog-v-ceske-republice-v-roce-2019/>.
- Mravčík, V., Koženy, J., Nečas, V. & Tišanská, L. (2020). Bariéry léčby infekčních a dalších somatických onemocnění u uživatelů drog. *Epidemiologie, mikrobiologie, imunologie*, 69(2), 73-80. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/epidemiologie/2020-2-24/bariery-lecby-infekcnich-a-dalsich-somatickych-onemocneni-u-uzivatelu-drog-123372>.
- Nešpor, K. (2003). Detoxifikační jednotky. In *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup* (st. 190-193). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Nešpor, K. (2003). Úvod do problémů diagnostiky a „matchingu“. In *Drogy a drogové závislosti 1: Mezioborový přístup* (st. 213-215). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Nešpor, K. (2018). *Návykové chování a závislost současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál.
- Rapp, R. C., Xu, J., Carr, C. A., Lane, D. T., Wang, J. & Carlson, R. (2006, April). Treatment barriers identified by substance abusers assessed at a centralized intake unit. *Journal of Substances Abuse Treatment*, 30(3), 227-235. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.01.002>.
- Richterová-Těmínová, M., Adameček, D. & Kalina, K. (2003). Terapeutická komunita jako metoda a systém. In *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup* (st. 53-60). Praha: Úřad vlády České republiky.

Řiháček, T., Čermák, I., Hytych, R. a kolektiv (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova Univerzita.

Řiháček, T., Čermák, I., Hytych, R. a kolektiv. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.

Sekteratiát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP (2021). *Koncepce rozvoje adiktologických služeb*. Praha: Úřad vlády České republiky. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/navykove-latky/protidrogova-politika/koncepce-rozvoje-adiktologickych-sluzeb/>.

Skála, J. (1987). *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum. Dostupné z: <https://dnnt.mzk.cz/view/uuid:eb708030-cfac-11e3-b110-005056827e51?page=uuid:70388e60-fcbd-11e3-99ee-001018b5eb5c>.

Šimonová, T. (2016). *Bariéry v přístupu k ústavní léčbě u obchodovaných osob závislých na návykových látkách*. (Diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/73933?fbclid=IwAR1E7Bfg7-2ZEO3uX4pHUKWQNsZ9vK0m4SdPOJ09PFCIcFAZ8U2UyrJ5atw>.

Tucker, J., Vuchinich, R. & Rippens, P. (2004, April). A factor analytic study of influences on patterns of help-seeking among treated and untreated alcohol dependent persons. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26(3), 237-242. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(03\)00209-5](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(03)00209-5).

14 Přílohy

Příloha 1. Informace pro účastníka výzkumu

Informace pro účastníka výzkumu

pro potřeby bakalářské práce s názvem **Zkušenosti klientů se vstupem do rezidenční adiktologické léčby**

Hlavní řešitel: Nikola Červenková

Vedoucí práce: doc. MUDr. Viktor Mravčík, Ph.D.

Vážená paní/Vážený pane,

Byl/a jste vyzván/a k účasti ve výzkumu. Přečtěte si, prosím, následující informace, které Vás seznámí s cíli a metodami výzkumu a Vaším zapojením ve výzkumu.

Cílem a očekávaným přínosem výzkumu je prozkoumání, popsání a porozumění problematice.

Výzkum bude probíhat formou strukturovaných rozhovorů.

Vaše zapojení do projektu bude vypadat tak, že Vaše odpovědi na předem připravené otázky ohledně Vaší zkušenosti se vstupem do služby budou zaznamenány na diktafon a výzkumník si bude dělat poznámky i papírovou formou.

S informacemi o účastníkovi bude nakládáno tak, aby nebyla narušena anonymita výstupních dat. Veškerá data budou anonymizována. Nahrávky budou po zaznamenání odpovědi smazány. Publikace výsledků dat bude provedena výhradně anonymně a tak, aby nebylo možno účastníky studie identifikovat.

Vaše účast na tomto výzkumu je **zcela dobrovolná**. Můžete odmítnout účast a můžete účast přerušit kdykoliv během výzkumu bez udání důvodu.

Příloha 2. Polostrukturovaný rozhovor

Zkušenosti klientů se vstupem do rezidenční adiktologické léčby – polostrukturovaný rozhovor

1. Informace o respondentovi

- a. Věk
- b. Pohlaví
- c. Rodinný stav
- d. Počet dětí

2. Historie závislostního problému

- a. Jaká je Vaše primární návyková látka?

- b. Kolikátá je tato léčba?

- c. Jaké další léčby jste absolvoval/a před touto?

- d. Jaké mělo užívání dopad na Váš život? Na zdravotní nebo sociální stav?

3. Proč jste si vybral toto zařízení?

- a. Bylo volné místo?

- b. Jak dlouhá byla čekací doba pro přijetí?

- c. Bylo Vám od někoho doporučeno? CM? Facilitováno odbornou službou?

- d. Byla to Vaše první volba nebo jste chtěli původně do jiného zařízení?

4. Jaká byla Vaše zkušenost s nástupem do zařízení?

- a. Jaké byly podmínky vstupu do léčby?

- b. Co bylo potřeba zařídit, udělat před nástupem?

- c. Jaká byla komunikace a domluva se zařízením?

5. Jaké faktory pomohly Vašemu vstupu do léčby?

- a. Co Vám pomohlo se zorientovat v podmínkách přijetí?)
(Co Vám pomohlo splnit podmínky pro přijetí?)

6. Jaké byly Vaše hlavní bariéry vstupu do léčby?

(Měla roli starost o děti, rodinu? Byla jednou z bariér Vaše finanční situace, sociální situace? Doprava do zařízení? Složitá administrativa pro přijetí? Délka léčby? Možná stigmatizace od okolí? Dlouho si neuvědomoval/a problém?)