



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Resocializace mužů závislých na alkoholu

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

REHABILITACE

Vypracovala: Bc. Ilona Pešáková

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Benešová, Ph.D.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem Resocializace mužů závislých na alkoholu jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 1. 6. 2020

Poděkování

Ráda bych poděkovala především vedoucí mé práce Mgr. Veronice Benešové, Ph.D., za odborné vedení, za ochotu a trpělivost při této složité cestě k cíli. Samozřejmě bych chtěla vyjádřit díky všem účastníkům mého výzkumu a v neposlední řadě i rodině, která to se mnou opravdu neměla jednoduché.

Resocializace mužů závislých na alkoholu

Abstrakt

Diplomová práce se zaměřuje na resocializaci mužů závislých na alkoholu. Soustředí se na postupy, které se aplikují ve službách následné péče zaměřených na doléčování a s tím spojenou následnou resocializaci těchto klientů. Dále na přístupy, metody a techniky sociální práce, které se využívají k úspěšnému začlenění mužů na pracovní trh a v neposlední řadě také, v kterých oblastech pozorují komunikační partneři největší úspěšnost následné léčby v doléčovacím programu. Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

V teoretické části jsem se v první kapitole zaměřila obecně na závislost na alkoholu – definici, vývojová stádia, formy, předpoklady, důsledky, harm reduction a prevenci. Druhá kapitola pojednává o léčbě závislých osob, jejich formách, druzích zařízení poskytující léčeni a její průběh. Ve třetí kapitole jsem se již zabývala resocializací, které druhy služeb následné péče jsou poskytovány, problematiku relapsu a recidivy a které metody, přístupy a techniky sociální práce jsou aplikovány. Popsány zde jsou i oblasti resocializace a její následná úspěšnost.

V praktické části jsem se zaměřila na dílčí cíle formou kvalitativního výzkumu, a to metodou dotazování – polostrukturovaným rozhovorem. Výběrový soubor byl vybrán záměrným (účelovým) výběrem přes instituce v zařízení ALKAT z. s. V Jemnici. V první části jsem se zabývala všeobecnými informacemi týkajícími se závislosti – od kdy trpěli závislostí, jaké jsou jejich rodinné poměry a co bylo důvodem k nástupu do doléčovacího programu následné péče. V druhé části je popsáno, jaký je postup doléčovacího programu v této instituci. Do kterých aktivit a činností se zapojují, aby tím zvýšili svoje šance na úspěšné začlenění do společnosti. Ve třetí části jsem sledovala přístupy, metody a techniky sociální práce využívané v ALKATU z. s. při resocializaci mužů závislých na alkoholu. Soustředila jsme se na vyjádření komunikačních partnerů, kteří mi sdělili, které přístupy, metody a techniky sociální práce jsou pro ně přínosné a vhodné, což vzhledem k odlišnostem jedinců bylo rozdílné, ale byli prvky, na kterých se většina shodla. Čtvrtá část pojednává o tom, v které oblasti sledovali komunikační partneři nejlepší úspěšnost resocializace při pobytu v zařízení následné péče. V jakých oblastech pocítují nejvyšší míru zlepšení a co nebo kdo byl pro ně nejvíce motivační na cestě k uzdravě.

Výzkumem bylo zjištěno, že komunikační partneři mají zkušenosti s alkoholem již od mládí. S nadužíváním alkoholu začal každý z nich z různých důvodů, díky kolektivu v zaměstnání, problému nebo neshodám v manželství, stresu či jiné životní situaci. Důvodem k nástupu do doléčovacího zařízení bylo jak zlepšení zdravotního stavu, tak na nátlak rodiny či prodloužení léčby kvůli tomu, že nemají kde bydlet. Postup léčby zhodnotili všichni komunikační partneři jako odpovídající a většinou byli spokojeni i s jeho formou a průběhem. Výzkumem bylo potvrzeno, že každý z klientů je jedinečný, a tak je s nimi i pracováno, každému vyhovuje jiný přístup, metoda či technika sociální práce, které jim jsou přínosné a nápomocné. Účastníci výzkumného šetření uvedli, že jsou záležitosti, které raději konzultují se sociální pracovníci či terapeutkou (metoda sociální práce s jednotlivcem), naopak s ohledem na nácvik dovedností a technik nebo jen zdrojem zkušeností při boji se zvládnutím bažení jim je bližší metoda sociální práce se skupinou. S tím souvisí i oblast využívaných přístupů sociální práce, jde většinou o kombinaci, které se v doléčovacím programu v instituci aplikují (přístup orientovaný na úkoly, systemický přístup a kognitivně-behaviorální přístup). Jako nejméně vhodný a využitelný se komunikačním partnerům jevil systemický přístup. Všichni komunikační partneři se shodli, že nejvíce nápomocné jim jsou techniky motivačního rozhovoru, relaxační a převedení pozornosti. Prvkem, který má velký vliv na úspěšnost a setrvání v léčbě je motivace, která je odlišná s ohledem na různorodost klientů. Na úspěšnosti také závisí počet absolvovaných léčení, které mají klienti již za sebou, jelikož se vzrůstajícím počtem se snižují šance na úspěšnou resocializaci, což může být způsobeno dřívější neefektivní léčbou, nedostatečnou motivací, nekvalitními rodinnými nebo nevhodnými sociálními vztahy a špatným životním stylem.

Klíčová slova:

závislost na alkoholu; důsledky závislosti; léčba; resocializace; úspěšnost;

Resocialization of men addicted to alcohol

Abstract

The diploma thesis focuses on the resocialization of men addicted to alcohol. It focuses on the methods that are applied in aftercare services focused on follow-up treatments and the associated subsequent resocialization of these clients. Furthermore, this thesis focuses on the approaches, methods and techniques of social work that are used to successfully integrate men into the job market. Last but not least, thesis is concentrated on areas the communication partners observe the greatest success of follow-up treatment in the aftercare program. The diploma thesis is divided into theoretical and practical part.

In the theoretical part, in the first chapter I focused on alcohol addiction in general - definition, developmental stages, forms, assumptions, consequences, harm reduction and prevention. The second chapter deals with the treatment of addicts, their forms, types of facilities providing treatments and its progress. In the third chapter I dealt with the resocialization, types of aftercare services offered, the issue of relapse and recurrence and applied methods, approaches and techniques of social work. Areas of resocialization and its subsequent success are also described in this chapter.

In the practical part, I focused on partial goals in the form of qualitative research, namely the method of questioning - semi-structured interview. The sampling was selected by purposeful selection through institutions in the facility ALKAT z. S. in Jemnice. In the first part, I dealt with general information about addicted people - since when did they suffer from addiction, what are their family relationships and what was the reason for joining the aftercare program. The second part describes the procedure of the aftercare program in this institution. What are activities they are taking part of in order to increase their chances of successful integration into society. In the third part, I followed the approaches, methods and techniques of social work used in ALKAT z. s. in the resocialization of men addicted to alcohol. I concentrated on the comments of communication partners, who advised me of approaches, methods and techniques of social work that are beneficial and appropriate for specific men. Some were different due to the differences of individuals, but there were elements on which most agreed. The fourth part deals areas the communication partners monitored the best success of resocialization during the stay in the aftercare facility. It describes also areas where they

feel the highest rate of improvement and what or who was greatest motivation for them on the path to recovery.

Research has shown that communication partners have experienced alcohol since a young age. Each of them started abusing alcohol for various reasons, due to the working team, a problem or disagreement in marriage, stress or another life situation. The reason for entering the aftercare facility was both the improvement of the health condition and the pressure of the family or the extension of the treatment due to the fact that they have nowhere to live. The treatment procedure was evaluated by all communication partners as appropriate and they were mostly satisfied with its form and progress. The research confirmed that each of the clients is unique, and they treat them with respect, with specific approach, method or technique of social work, which are beneficial and helpful to them. The participants of the research survey stated that there are issues that they prefer to consult with a social worker or therapist (method of social work with an individual), on the contrary with regard to training skills and techniques or just a source of experience in fighting cravings the group therapy method is preferred. Related to this, the area of social work approaches used is mostly a combination of more than one method that is applied in the aftercare program in the institution (task-oriented approach, systemic approach and cognitive-behavioral approach). A systemic approach seemed to be the least suitable and usable for communication partners. All communication partners agreed that the most helpful techniques are motivational interviewing techniques, relaxation and distraction of attention. An element that has a great influence on the success and persistence of treatment is motivation, which is different with regard to the diversity of clients. Success also depends on the number of treatments that clients have already completed, as the number of successful resocializations decreases with increasing numbers of successful treatments, which may be due to previous ineffective treatment, insufficient motivation, poor family or inappropriate social relationships and poor lifestyle.

Key words:

Alcohol addiction; consequences of addiction; therapy; resocialization; success

OBSAH

ÚVOD.....	10
1 SOUČASNÝ STAV	11
1.1 Závislost na alkoholu	11
1.1.1 Definice a znaky závislosti na alkoholu	11
1.1.2 Vývojová stadia závislosti na alkoholu	13
1.1.3 Faktory zvyšující pravděpodobnost rozvoje závislosti	14
1.1.4 Důsledky závislosti na alkoholu	17
1.1.5 Harm reduction	19
1.1.6 Prevence závislosti na alkoholu.....	19
1.2 Léčba osob závislých na alkoholu.....	20
1.2.1 Detoxifikace, farmakoterapie a psychoterapie.....	21
1.2.2 Systém péče o osoby závislé na alkoholu.....	22
1.3 Resocializace.....	25
1.3.1 Typy služeb následné péče	25
1.3.2 Prevence relapsu	28
1.3.3 Recidiva	28
1.3.4 Přístupy, metody a techniky sociální práce využívané při doléčování	29
1.3.5 Oblasti resocializace	34
1.3.6 Úspěšnost následné péče a efektivita léčby	35
2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	37
3 METODIKA	38
3.1 Analýza a zpracování dat	39
3.2 Výzkumný soubor	39
3.3 Sběr dat.....	40
4 VÝSLEDKY	41
4.1 Charakteristika komunikačních partnerů	41
4.1.1 Výsledky výzkumu	42
4.1.2 Výsledky výzkumu	44
4.1.3 Výsledky výzkumu	48
4.1.4 Výsledky výzkumu	50
5 DISKUZE	53
ZÁVĚR	60

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	62
SEZNAM TABULEK	67
SEZNAM ZKRATEK	68
SEZNAM PŘÍLOH.....	69

ÚVOD

Ve své diplomové práci jsem se věnovala tématu Resocializace mužů závislých na alkoholu. Ve chvíli, kdy jsem se zabývala myšlenkou, jaké téma práce zvolit, jsem byla zaměstnána na pozici sociální pracovníce na úřadu práce, kde jsem spravovala agendu příspěvku na péči, příspěvku na mobilitu, průkazu ZTP a příspěvku na zvláštní pomůcku. Při mé práci jsem se několikrát setkala s jedinci, kteří následkem své závislosti na alkoholu byli odkázáni na tyto příspěvky, které jim v jejich tíživé situaci byly nápomocny v resocializaci. S klienty jsem se setkávala blíže ve chvílích sociálního šetření a tato celá problematika úspěšnějšího začlenění mě silně zaujala. Proto jsem využila toho, že nedaleko od mého bydliště je provozováno zařízení ALKAT, z. s., Jemnice, kde se zaměřují na doléčovací program ve službě následné péče mužů závislých na alkoholu. Zajímalo mě, jak v takové instituci, která s ohledem na to, že se nachází na malém městě, probíhá fáze doléčování.

Resocializace mužů závislých na alkoholu je téma, které se většině lidí zdá zbytečné, protože žijí v představě, že osoba, která trpí závislostí, je bez šance na návrat do normálního života, což je způsobeno nízkou úspěšností léčby. Problémem je, že většina závislých absolvuje jen základní léčbu a poté se navrací zpět domů, ale starosti každodenního života je svedou opět k abúzu, ať již způsobenému sociálním kontaktem s lidmi, kteří také konzumují alkohol, nebo vyvolané nějakou stresovou situací. Odborníci na léčbu závislostí se shodují, že s absolvováním dlouhodobější léčby se zvyšuje možnost úspěšného začlenění do společnosti. Důležité je, aby klienti byli dostatečně motivováni, měli podporu rodiny a tím byl vytvořen předpoklad pro dokončení pobytu v doléčovacím programu. Klienti se zaměřují na prohloubení léčby, ustálení změn v životě a k řešení záležitostí za pomoci sociální pracovníce a terapeutů, bez nichž by jinak byli na tuto důležitou etapu sami a byli by vystaveni riziku stresu vedoucímu k relapsu nebo recidivě. Nachází zde oporu a přátelství, které jim mohou být nápomocny při zvládnutí boje se závislostí.

Cílem práce bylo zmapovat přístupy přispívající k úspěšnému začlenění do společnosti, proto jsem se v teoretické části zaměřila na závislost – definici, předpoklady, důsledky, formy a typy léčby. Popsala jsem možnosti léčby a také metody, přístupy a techniky sociální práce, které se využívají při závislostech. V závěru jsem se snažila popsat oblasti resocializace a charakterizovat úspěšnou a efektivní léčbu.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 *Závislost na alkoholu*

Fischer a Škoda (2009) upozorňují na to, že alkohol je nejčastěji užívanou, nejrozšířenější a v naší společnosti značně akceptovatelnou psychoaktivní látkou, která je bohužel ve většině zemí světa běžně dostupná, ale i především značně propagovaná prostřednictvím masivních reklam. Skoro každý z nás od doby dospívání, ale bohužel i dříve získává určitou zkušenost s alkoholem, který je ve společnosti legální a oblíbenou drogou, kterou máme spojenou s příjemnými a uvolňujícími zážitky. Siegfried et al. (2017) také popisují vliv reklamy na užívání alkoholu u dospělých a mladistvých a dodávají, že v případě omezení či zákazu reklamy na alkohol bylo pozorovatelné snížení konzumace alkoholu. Dle Hellera et al. (2011) na závislost na alkoholu málo myslí nejen lékaři prvního kontaktu, ale i odborní lékaři, jelikož ani pacienti nejsou sdílní. Dodává, že v podvědomí celé společnosti stále koluje přesvědčení, že do této situace se dostal člověk sám, proto si musí od závislosti i sám pomoci, ale skutečnost, že závislost je vážná choroba, si uvědomuje pouze malé procento lidí. Pešek (2018) uvádí, že nejvyšší spotřebu alkoholu mají Evropané, mezi nimiž kralují se svou spotřebou alkoholu Češi, asi 1 milion dospělých Čechů (většinou muži) pije alkohol nadměrně nebo problémově. Vysvětluje, že problémové pití je možné rozdělit na rizikové (týká se 0,5 milionu dospělých, kteří vypijí 40–60 g alkoholu denně) a na škodlivé (týká se zbývajících 0,5 milionu obyvatel České republiky a jedná se o konzumaci více než 60 g alkoholu denně). Dle OECD (2019) v roce 2017 vzrostla spotřeba alkoholu na 11,6 litru na osobu, což řadí Českou republiku na přední místo v Evropské unii, znepokojující je i vysoká konzumace u mladistvých.

1.1.1 *Definice a znaky závislosti na alkoholu*

Procházková a Večeřová-Procházková (2014) definují závislost z pohledu neurobiologického pohledu (působení látky na mozek a vyvolávání závislostního chování) jako chronické onemocnění mozku s recidivou, které se projevuje některými behaviorálními projevy (užívání má kompulzivní charakter, preferencí drog před ostatními odměnami, dlouhodobě vysokými sklony k relapsu). Nešpor (2018) uvádí, že závislost na alkoholu je možné z formálního hlediska klasifikovat dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10) – statistický kód F10.2, jako skupinu behaviorálních, fyziologických a kognitivních fenoménů, v nichž má užití nějaké látky nebo třídy látek

u určitého jedince přednost před jiným jednáním, které pro něj bylo dříve ceněno více. Centrální charakteristikou syndromu závislosti je touha (mnohdy silná, někdy přemáhající) užívat psychoaktivní látky, které mohou, ale nemusí být lékařsky předepisovány (tabák nebo alkohol). Navrácení k braní látky po období abstinence často vede k rychlejšímu novému projevu jiných rysů syndromu, než je tomu u lidí, u kterých se závislost nevyskytuje. Jeřábek (2015) dodává, že konečná diagnóza by se většinou měla stanovit v případě, pokud došlo během jednoho roku ke třem nebo více z následujících jevů:

- Pocit puzení užívat látku nebo silná touha.
- Problémy v sebeovládání při užívání látky, v případě začátku a ukončení nebo množství látky.
- Odvykací tělesný stav. Látka se užívá z důvodu zmenšit příznaky vyvolané dřívějším užíváním této látky, popřípadě dochází k odvykacímu stavu, který nastává při užití této látky. Ke zmírnění odvykacího stavu se občas využívá příbuzná látka s podobným účinkem.
- Tolerance k účinku látky, dožadování se vyšších dávek látky, aby bylo dosaženo účinku, který dříve vyvolávaly nižší dávky (typické pro jedince závislé na alkoholu a opiátech, kteří jsou schopni užívat denně takové množství, které by zneschopnilo nebo usmrtilo jedince bez tolerance). Jeřábek (2015) dále uvádí
- Pozvolné zanedbávání jiných zájmů nebo potěšení ve prospěch užívání psychoaktivní látky a větší množství času určeného k získání, užití nebo zotavení se z účinku návykové látky.
- Pokračování v užívání látky i přesto, že je prokázán škodlivý následek: depresivní stavy kvůli nadměrnému užívání látky nebo toxicky poškozené myšlení nebo poškození jater.

Nešpor (2018) poukazuje na to, že se Světová zdravotnická organizace v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN – 10) shoduje v určitých bodech s Americkou psychiatrickou asociací, ale je překvapující, že bažení (craving) popisuje jen Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10) a upozorňuje na důležitost hovořit s klientem srozumitelně, což mu ostatně potvrdila praxe. Neinformovaný člověk, kterého se zeptáme na růst tolerance nebo craving (bažení), vůbec netuší, na co se ho vlastně dotazujeme.

Nešpor (2018) pro potřeby praxe zpracoval definici do dotazníku o šesti otázkách, které se vztahují k období 12 měsíců, ve kterých se doptává, zda:

- jedinec pocítuje silnou touhu nebo nutkání užít drogu,
- se stalo, že by se jedinec nebyl schopen ovládat ve vztahu k droze,
- uživatel látky měl tělesné odvykací potíže po vysazení drogy, nebo jestli nějaký lék nebo drogu bral, aby zmírnil odvykací potíže,
- zvyšoval dávku, aby došlo k účinku, který původně vyvolalo užití nižší dávky,
- zanedbával zájmy kvůli droze nebo zda bylo nutno více času k získání a užití drogy nebo se zotavit z jejího účinku;
- pokračoval v užívání drogy i přes škodlivé následky, o kterých věděl;

Pokud je při vyhodnocení dotazníku více než 3krát označena odpověď „ano“, dle pohledu Nešpora se nejspíše jedná o závislost (2018).

1.1.2 Vývojová stadia závislosti na alkoholu

Kopecká (2015) charakterizuje vývojová stadia dle Jellinka takto:

1. stadium: počáteční, iniciální – budoucí pacient se neliší od svého okolí. Může, ale nemusí si uvědomovat, že pije pro psychotropní účinek alkoholu – cítí se pak daleko lépe než střízlivý, necítí bolest a pocit, že něco nezvládne či nevyřeší. Díky častější konzumaci dochází k růstu tolerance v pití alkoholu.

2. stadium: varovné, prodromální – popisuje autorka tak, že kvůli rostoucí toleranci je nutné zvyšovat hladinu alkoholu v krvi, která se ale již projevuje zřetelnou opilostí, musí pít rychleji, a aby nebyl nápadný, tak začíná pít potají. Díky psychickému vypětí se může dostat do okénka (palimpsestu) – nepamatuje si intoxikaci, což vyvolává rostoucí pocit viny a pocit vyrovnat se s alkoholem, ale tím se dostává do začarovaného kruhu.

3. stadium: rozhodné, krucióální – Kopecká (2015) upozorňuje, že tolerance nadále stoupá, jedinec již snese vysoké dávky alkoholu. Pacient působí střízlivým dojmem a během chvíle je úplně opilý. Snaží se napít a neopít se, to ale už není možné, jelikož došlo ke změně kontroly v pití. S ohledem na rostoucí frekvenci zjevné opilosti dochází ke konfliktům s okolím, na které pacient reaguje budováním racionalizačního systému (omluvy a zdůvodňování pití). Mění se osobnostní struktura, vystupují do popředí

negativní stránky. Jedinec, který býval hodný, spolehlivý a čestný, je nyní zlý, nespolehlivý, lže, neplní sliby, začíná být vztahovačný a na každou poznámku reaguje protiútokem. Již se projevila choroba, a proto je nutné vyhledat odbornou pomoc, další otálení vede jen k prodloužení utrpení pacienta a jeho blízkých a může způsobit nenapravitelné škody.

4. stadium: konečné, terminální – pro toto stadium je dle autorky typickým znakem nepříjemný stav po vystřízlivění řešený tzv. ranními doušky. Pokud uživatel pokračuje ranními doušky v pití, vzniká několikadenní tah bez vystřízlivění, kdy z nouze pije i jiné chemické prostředky, které obsahují etanol (Iron nebo kolínské vody, Alpu). Dochází k poklesu tolerance na základě poškození jater, již stačí malá dávka alkoholu. Vyskytují se různá orgánová poškození – slinivky břišní, jater, trávicího systému, nervového systému včetně duševních poruch a oběhového systému. Nastupuje degradace osobnosti, jediným cílem je získat drogu, bez ní to již nejde, ale ani s ní. Pro třetí a čtvrté stadium je charakteristická možnost vzniku chronické choroby, která vlivem abúzu (nadužívání) alkoholu se stane neodstranitelnou a trvalou.

1.1.3 Faktory zvyšující pravděpodobnost rozvoje závislosti

Fischer a Škoda (2009) popisují základní predispozice, které mohou zvyšovat pravděpodobnost vzniku závislosti takto:

Genetické predispozice – zatím není jednoznačně prokázáno, že by existovaly genetické informace, které by vedly ke vzniku závislosti. Komplexní porucha se nevyvíjí jen na základě genetického podkladu, ale vzniká interakcí prostředí a genetické výbavy. Nejvíce je zkoumán vztah genetických podkladů a závislosti na alkoholu a bylo prokázáno, že u jedinců z rodin, kde otec je alkoholik, je pravděpodobnost 10× vyšší než u ostatních. Dle autorů bylo na základě výzkumů také prokázáno, že nadužívání alkoholu a jiné patologie mají společného jmenovatele, a to systém v mozku, který je určen původně k vytvoření potěšení z odměny, které se dostavuje při určitém chování.

Biologické predispozice – vliv na riziko spojené s užíváním psychoaktivních látek může mít především průběh metabolického zpracování. Určití jedinci mohou po požití látky mít obzvláště příjemné pocity, necítí kocovinu, tím je u nich ale větší předpoklad k vyššímu množství a častějšímu užívání látky.

Kuklová (2016) doplňuje, že mezi biologické faktory je možné zařadit i okolnosti během těhotenství (závislost matky), průběh porodu (tlumivé látky) nebo časný motorický vývoj dítěte ovlivněný nemocí či traumatizujícími faktory.

Psychické faktory – dle Fischera a Škody (2009) předpoklad k užívání psychoaktivních látek zvyšují sklony k určitému druhu prožívání, pro které je typické emocionální ladění spojené s dráždivostí a labilitou, se zvýšenou úrovní aktivace a se stavy deprese nebo způsob uvažování a hodnocení různých situací – sklon k sebepodceňování, nepřiměřené hodnocení, sklon k přeceňování. Dále pravděpodobnost užívání zvyšují i tendence ke způsobu chování, kdy někteří jedinci disponují nižší mírou sebekontroly a volních vlastností, jsou méně flexibilní, neučí se zkušenostmi či osoby depresivní, s vysokou mírou neuroticizmu, zatvrzelosti a sociální nonkonformity. Předpoklady k závislosti mohou zvyšovat i osobnostní rysy – snížená citlivost k ohrožení, sklon k riskantním strategiím, potřeba vyhledávat nové zážitky, které poukazují na nižší míru sociální citlivosti a nižší zralost. Pravděpodobnost užívání psychoaktivních látek je typická i pro jedince s poruchami osobnosti (emočně nestabilní a disociální) či s psychickým onemocněním, kde závislost je sekundárním problémem. Dle Kuklové (2016) je dalším psychosociálním faktorem s vlivem na vznik a rozvoj závislosti vývoj jedince v rodině, jak jsou uspokojovány základní potřeby dítěte, jak jsou stanoveny adekvátní hranice, jak je poskytována pomoc a podpora např. v období adolescence a puberty. Hebein et al. (2018) potvrzuje skutečnost propojení užívání návykových látek a nedostatečného poskytnutí emočních vazeb v dětství zejména ze strany matky (připoutání) či nějakých traumatizujících zážitků z dětství.

Kuklová (2016) uvádí konkrétní rodinné faktory s tzv. typickými znaky:

- a) Nedostatečná pozornost rodičů – rodiče jsou málo pozorní k pozitivnímu chování, naopak v případě, že dítě udělá jakoukoliv chybu, dochází k nadměrné citlivosti, která může narušit sebejistotu dítěte. Problematická je také nedůslednost v dodržování výchovných prvků způsobující pocit nedostatečnosti a nadměrného pocitu viny.
- b) Narušené vztahy mezi dítětem a rodičem – autorka popisuje, že v těchto rodinách je častou konstelací pečující a nadměrně ochraňující matka, naopak otec je chladný nebo nepřítomný. Vztah otce a syna je konfliktní, negativní či

prázdný, setkává se poté s reakcí milující matky a chybějící autority a disciplíny otce, což vede k nedostatečnému kontaktu dítěte s realitou.

- c) Chaotické hranice mezi generacemi nebo špatně vymezené – prarodiče se nadměrně vměšují do chodu mladé rodiny, není stanoveno, kdo je v rodině odpovědný a o co se má kdo starat, dítě tím postrádá jistotu, protože jeho odpovědnost, kompetence a svoboda se stále mění dle Kuklové (2016).
- d) Excesivní vyjádření vzteku nebo naopak nedostatečné – v rodinách existují dva extrémy – na jedné straně je vyjádření pocitu zlosti určité tabu, jelikož existuje názor, že každá taková reakce může vyústit v rozpad rodiny, proto jsou tyto pocity potlačovány, naopak druhý extrém spočívá v tom, že každá komunikace či diskuse vyústí v hádku a zlostné výkřiky. Ani jedna z variant není v pořádku a navozuje pocit ohrožení a zvýšené napětí v rodině postihující všechny členy rodiny.
- e) Závislost dítěte na určité látce může být vhodná a rodiče ji podvědomě podporují, jelikož mají pocit, že v případě odpoutání dítěte dojde k odkrytí neřešeného dlouhodobého partnerského problému.
- f) Jeden či více závislých osob v rodině – Kuklová (2016) informuje, že většinou jde o závislost otce, ale i matky mohou být závislé, s tím souvisí vliv na chod rodiny a následně na zdravý vývoj dítěte. Rizikové je, že rodič bývá vzorem dítěte, v případě jeho závislosti dítě stále zklamává a tím narušuje proces zdravé identifikace vedoucí k postoji životní rezignace. Vliv mají i důsledky chování druhého rodiče, který dlouho odkládá řešení situace nebo nechce vidět problémy v rodině.
- g) Kodependence znamená dle autorky určitý vzorec rysů osobnosti, který je předpokládán se závislým jedincem u většiny členů rodiny (přebírání odpovědnosti na uspokojení potřeb jiných na úkor sebe, nevymezené hranice mezi rolmi v rodině a generacemi, nadměrná kontrola druhého na úkor sebeúcty).

Kuklová (2016) popisuje také protektivní faktory (věkově přiměřenou a dostatečnou pozornost rodičů dítěti, rozvoj kvalitních zájmů dítěte, kvalitní citové vazby, vědomí toho, s kým a jak dítě tráví volný čas, směřování dítěte k pravidelné sportovní aktivitě). Nutné je také přiměřeně dítě zatěžovat, sebemenší snahu na výkonu a školním prospěchu, pozitivně hodnotit a v případě kritiky a trestu postupovat opatrně, hlavně

trestat brzy po prohřešku. Důležité je si uvědomit, že rodič je vzorem, ať už co se týče chování, tak také sklonů k užívání psychoaktivních látek osobami, se kterými se stýká a tráví volný čas, pracovním vyčerpáním a spokojeností v práci a v neposlední řadě také vztahy udržovanými ve společenském prostředí.

Sociální faktory – Fischer a Škoda (2009) uvádí, že k významným sociálním faktorům je možné zařadit vliv sociální skupiny (subkultura, parta), vliv rodiny (anomalita rodičů, syndrom CAN, dysfunkční rodina), sociální konformita (tvorba a uchování sociálních kontaktů a vazeb), vliv životního prostředí (vykořeněnost, migrace obyvatel, anonymita a snížená společenská kontrola). Rizikovými faktory prostředí mohou být i sociální změny, zařazení do společenské třídy, výchovný styl nebo profesní skupiny (chemici, umělci, lékaři, sportovci). Vliv na jedince má také společnost, její názory a postoje k užívání psychoaktivních látek a kulturní normy.

Kuklová (2016) poukazuje i na další faktor, který se může spolupodílet na vzniku a rozvoji závislosti, jde o spirituální faktor – jde vlastně o spirituální rozměr jedince, pro některé kultury je typické, že k rozšíření vědomí (rituály za přesně daných podmínek) jsou využívány některé psychoaktivní látky. Spiritualita (duchovní autorita) tvoří pevné místo u svépomocných skupin Anonymních alkoholiků, kteří ji považují za základ svého léčebného programu vedoucího k úzdavě závislého člověka.

1.1.4 Důsledky závislosti na alkoholu

Somatické komplikace závislosti dle Hellera a Pecinovské et al. (2011) jsou bohužel často léčeny, aniž by se přišlo na jejich hlavní příčinu – nadměrné užívání alkoholu. Přitom je lze odhalit, protože léčba selhává, jelikož pacient stále alkohol konzumuje. Naopak existují zkušenosti, že pokud jedinec přestane užívat alkohol, jeho zdravotní stav se rapidně zlepší mnohdy i bez medikace. Důsledky na zdravotním stavu uživatele jsou závislé na množství konzumace alkoholu, frekvenci užití, denní dávce a trvání abúzu.

Minařík a Řehák et al. (2015) se v praxi setkávají a nacházejí nejvíce se vyskytující komplikace z různých oblastí. *Interní komplikace alkoholismu* se nejdříve projevují na játrech (jaterní steatóza, jaterní fibróza, akutní alkoholická hepatitis, cirhóza jater), poškozena bývá i slinivka břišní (chronická pankreatitida, akutní pankreatis) – asi polovina onemocnění je následkem nadužívání alkoholu. Poškozen bývá trávicí trakt od

úst až po konečník (žaludeční vřed), kardiovaskulární systém (alkoholická kardiomyopatie), dýchací systém (časté a opakované záněty dýchacích cest), pohlavní systém (klesá sebekontrola a potence). Autoři uvádí známky poškození, které se projevují na kostře (osteoporóza), na kůži (alkoholický obličej), ale jsou známy i hematologické projevy (chudokrevnost, anémie, zvýšená krvácivost z nosu). Mnoho diskusí se zabývá vlivem abúzu alkoholu na vznik nádorového bujení.

Neurologické komplikace alkoholismu se projevují destruktivní a degenerativní změnou nervové tkáně a jsou příčinou poruch nervového systému, alkohol zvyšuje práh bolesti, porušuje vedení nervového vzruchu, narušuje REM spánek, vyskytují se poruchy krátkodobé a dlouhodobé paměti a také poruchy koordinace a hybnosti. Jedná se o alkoholický tremor (třes prstů, rukou, hlavy nebo celého těla), alkoholickou polyneuropatii (onemocnění nervů vyskytující se asi u 20 % pacientů, paretická, ataktická a somestická), alkoholická myopatie (onemocnění svalů), atrofie mozku, atrofie mozečku, alkoholická epilepsie. Minařík a Řehák et al. (2015)

Psychické komplikace závislosti na alkoholu (psychózy) vznikají dle Hosáka et al. (2015) v souvislosti s alkoholem a alkoholové intoxikace ve větší intenzitě a rozsahu se objevují i v psychotickém stavu. Je možné mezi ně zařadit patickou opilost, delirium tremens (nejznámější zástupce alkoholických psychóz, vyskytuje se nejčastěji u osob ve věku mezi 30. a 50. rokem, ale nyní se setkáváme se stále mladšími pacienty. Nejvyšší pravděpodobnost vzniku deliria je po náhlém přerušení každodenní masivní a dlouhodobé konzumace alkoholu rozvíjející se 7-48 hodin po přerušení, ale může se projevit i po 7–10 dnech. Autor upozorňuje, že akutní průběh může trvat 3–10 dní a během něj je nutné minimalizovat ohrožení), alkoholická halucinóza (sluchové halucinace provázené pocitem pronásledování), alkoholická paranoidní psychóza (nejméně vyhraněná psychóza, pro kterou jsou typické masivní úkorné bludy), Korzakova psychóza (dezorientace při zachování dávných zážitků, porucha krátkodobé paměti), alkoholická demence. De León et al. (2019) upozorňuje na provázanost užívání alkoholu a depresí a tím na zvýšené riziko sebevražedných sklonů, proto je nutná včasná diagnóza a léčba.

Sociální důsledky závislosti na alkoholu popisuje Fischer a Škoda (2014) a uvádí oblasti, kterých se tato problematika nejvíce dotýká. Rodina je alkoholismem velice narušena, je to pro ni značná zátěžová situace, potýká se s rozvojem obranných

mechanismů, které vedou k celkové devastaci a deprivaci vzájemných vazeb a abnormalitě vztahů. Jedinec, který je závislý na alkoholu, není schopen plnit své rodičovské role ani funkce materiální, sociální a psychologické. Heller (2011) řeší dopady závislosti na oblast zaměstnání, kde způsobuje alkoholismus problém (ztráta pracovního výkonu, která vede ke ztrátě pracovních dovedností, a především návyků nutných k výkonu trvalého a řádného povolání). Společnost, jak už bylo řečeno, je vysoce tolerantní k užívání alkoholu, dojde-li k překročení této pohyblivé normy, dochází ke stigmatizaci jedince (kritika, odmítání, štítivost, opovrhování). Jedinci hrozí společenské vyloučení, zbývají mu jen jedinci podobně postižení a on se ocitá v začarovaném kruhu. Fischer a Škoda (2014)

1.1.5 Harm reduction

V souvislosti s důsledky závislostního chování je jistě vhodné se zmínit o harm reduction, který s nimi úzce souvisí. Janíková (2015) uvádí, že se tak označují činnosti, koncepce nebo programy, které vedou k minimalizaci nepříznivých zdravotních, ekonomických a sociálních dopadů souvisejících se závislostí na legálních i nelegálních látkách, přestože nutně nemusí docházet ke snížení jejich spotřeby a také ke snížení poškození na úrovni celé společnosti, komunity nebo jedince. Pracovník neupozorňuje klienta pouze na možná poškození zdravotní, ale poskytuje informace týkající se problematiky nesplacení dluhů, zajištění sociálních dávek nebo získání stabilního bydlení.

1.1.6 Prevence závislosti na alkoholu

S prevencí jsou spojené všechny její typy: primární, sekundární, terciální. Nešpor (2018) definuje primární prevenci jako předcházení nemoci předtím, než tato nemoc vznikne, sekundární prevence je prováděna po vzniku nemoci, ale dříve, než způsobí poškození, a cílem terciální prevence je předcházet dalším škodám. Nešpor (2018) dodává, že zásadní postavení má primární prevence, která aby byla účinná, musí splňovat určité zásady programu: musí začínat brzy a odpovídat věku, brát v úvahu místní specifika, být interaktivní a méně obsáhlý, zahrnovat podstatnou část žáků, zahrnovat získávání dovedností (zvládání stresu, odmítání), využívat pozitivní vrstevnické modely, být soustavný a dlouhodobý, využívat více strategií a být komplexní, počítat s komplikacemi a nabízet kvalitní možnosti jejich zvládnutí, zahrnovat snižování poptávky a dostupnosti návykových rizik, zahrnovat legální i

nelegální návykové látky. Angus et al. (2019) ve své analýze upozorňují na jednu z možností zákonodárců s důsledkem na primární prevenci v souvislosti s konzumací alkoholu, kterou je vyšší zdanění alkoholických nápojů v zemích Evropské unie.

Heller a Pecinová et al. (2011) charakterizují sekundární prevenci jako orientaci na pomoc v již probíhající závislosti a s ní spojená nebezpečí, jde o včasné rozpoznání symptomů a co nejrychlejší omezení a zmírnění škody v sociální i osobní oblasti vlivem nadměrné konzumaci návykové látky. Terciální prevence je dle autorů zaměřena na zamezení návratu akutního stadia závislosti, podpoření výsledků léčby a postupné odstranění následků, posilování sociální zodpovědnosti a přijetí aktivního stylu života, ale na upevňování a trénování procesů získaných v průběhu terapie v reálném životě (v zaměstnání a rodině).

1.2 Léčba osob závislých na alkoholu

Fischer a Škoda (2014) uvádí, že k léčbě alkoholu se rozhodne pouze malá část osob, jejichž konzumace alkoholu je diagnostikovaná jako hraniční, škodlivá či již jako závislost. Důvodem k léčbě je pravděpodobně strach z postojů a reakcí blízkého okolí, spolupracovníků a společnosti nebo z důvodu zdravotního stavu či ztráty opory (blízkých, rodiny, práce), jež jsou nezbytné pro normální fungování ve společnosti. Degenhardt et al. (2017) sdělují, že důvodem k nízkému procentu osob absolvujících léčbu může být nedostatek informací o dostupnosti léčby a její účinnosti, neodpovídající finanční prostředky na pokrytí léčby či obavy ze stigmatizace okolí. Heller et al. (2011) doplňuje, že důvodem k absolvování léčby problémů spojených s alkoholem je i nucená léčba nařízená pouze soudem v souvislosti s pácháním trestné činnosti nebo při ohrožení a narušování osobní svobody a výchovy dětí. Nešpor (2018) zdůrazňuje nutnost intenzivní a dlouhodobé léčby, spolupráce jednotlivých zařízení a zapojení do řešení této nepříznivé situace dalších lidí (praktických lékařů, psychologů, učitelů, zaměstnavatelů a sociálních pracovníků). Vymětal (2010) upozorňuje na důležitost komplexního přístupu k léčbě, jelikož závislost má stránku biologickou, osobnostní a sociální, které je nutné respektovat, a dodává, že díky zakladateli alkoholické léčby J. Skálovi máme v České republice největší zkušenosti právě s léčbou alkoholové závislosti.

Pešek (2018) uvádí, že každý rok podstoupí léčbu závislosti na alkoholu v ústavním zdravotnickém zařízení asi 10 000 osob, z toho zhruba 7 000 tisíc mužů, počet jedinců s problémy spojenými s alkoholem, kteří se léčili, je ale vyšší, jelikož existují i další typy a formy léčby.

Dle Hellera (2011) musí léčebný postup odpovídat dosaženému stupni závislosti a zajistit odstranění drogy z organismu (detoxikace nebo detoxifikaci), obnovení a rehabilitace somatických funkcí organismu, obnovení psychických funkcí a vytvoření pozitivní psychiky, odstranění základního problému a dodání schopnosti vyřešit životní situace bez drog, stabilizaci a přijetí nového životního stylu, resocializaci.

Příjem uživatele závislého na návykové látce

Psychiatrická nemocnice Bohnice (2019) uvádí, že příjem uživatele závislého na alkoholu je odvozen od celkového zdravotního a psychického stavu v den nástupu. Pokud je schopen komunikace a není v akutním odvykacím stavu, je seznámen s právy a povinnostmi pacienta, také s řádem zařízení, ve kterém bude léčba probíhat. Dle Kuklové (2016) většinou probíhá nejprve konzultace s psychiatrem, který na základě rozhovoru (osobní anamnéza, rodinná anamnéza, sociální zázemí, průběh života, prodělané nemoci a podrobné popsání problému, se kterým klient přichází) stanoví následný průběh léčby a součástí bývá i vyšetření zdravotního stavu. Po přijetí nastupuje jedinec na detoxifikační jednotku, a pokud již tuto část absolvoval, je zařazen do léčebného programu (krátkodobého či střednědobého).

1.2.1 Detoxifikace, farmakoterapie a psychoterapie

Heller a Pecinovská et al. (2011) vysvětlují komplexní léčebný program, který se skládá z detoxifikace a na ní navazující psychoterapie (resocializační a rehabilitační techniky) a podpůrné farmakoterapie.

Detoxifikace trvající 2–3 týdny vedoucí k odstranění drogy z těla je vhodná u chronických forem závislosti s cílem přiblížit zdravotní stav k normě s nejčastějšími druhy komplikací, např. delirium tremens, kdy je nutné využít menší či větší rozsah farmakoterapie (Hosák et al., 2015).

Farmakoterapie má největší význam při detoxifikaci, při léčbě duálních psychóz, při chronickém stadiu závislosti či somatických komplikací. Cílem averzivní terapie je omezení, někdy až eliminace pocitu nutkání k napití se alkoholu – anticravingová léčiva, vytváří se na podkladě podmíněného reflexu založeného na spojení důležitých charakteristik alkoholu s následným zvracením, nevolností nebo nepříjemných pocitů. Nepříjemné pocity vyvolávají medikamentózní prostředky, hypnotické instrukce, elektrické stimuly, autosugesce a další, které se u nás již od devadesátých let nepoužívají. Farmakoterapie využívá i senzibilní terapii, jejímž cílem je změna v reaktivitě organismu na alkohol dosahující medikamentózně (antabus), ale je nutná správná indikace, spolupráce pacienta, dodržování postupu terapie a posouzení kontraindikací, neboť může vést k těžkým či život ohrožujícím komplikacím (Heller et al., 2011).

Psychoterapie zaměřená na léčbu závislosti využívá především kognitivně-behaviorální a integrativní psychoterapie formou sugestivní, racionální, abreaktivní, interpersonálně korektivní a dalších. Psychoterapie je spolu s medikamentózní léčbou, léčebným programem s režimem a bodovacím systémem základní terapeutický pilíř v léčbě závislosti a je aplikována ve formě individuální, skupinové či hromadné (Kuklová, 2016).

1.2.2 Systém péče o osoby závislé na alkoholu

Richterová Těmínová et al. (2008) uvádí, že síť léčebných, poradenských a sociálních služeb je v České republice vybudována relativně uceleně a upozorňuje na splnění důležitých kvantitativních kritérií, která musí splňovat – komplexnost (různé specifické cílové skupiny s rozdílnou motivací a vhodný typ služby jim určený), provázanost (návaznost služeb a jejich propojenost), efektivita (maximální a optimální). Výběr léčby dle Hellera et al. (2011) je velmi důležitý a pro určitou formu je nutné se rozhodnout na základě možností a způsobu práce, které každý typ má obsahovat. Rozlišuje tři formy léčení – ambulantní, stacionární a ústavní, upozorňuje na dodržení systematické práce léčebného programu trvajících tři roky s využitím základních léčebných forem s ohledem na stav rozvoje choroby nebo potřeby.

Pešek (2018) upozorňuje, že v případě, kdy je jedinec dostatečně motivován ke změně, může se ze závislosti vyléčit sám, výhodu je možné spatřovat v tom, že tato léčba nekomplikuje život, nestojí tolik peněz ani času. Naopak rizikový může být nebezpečný odvykací stav nebo to, že během uzdravování bude jedinci chybět podpora a pohled druhého člověka a šlápne vedle.

Arnoldová (2016)) řadí mezi služby systému péče **Terénní programy**, které je možné brát za první článek systému péče o závislé. Jsou poskytovány na ulici a veřejných místech a využívají mnoha prostředků a metod, např. poradenství – základní zdravotní, sociální a krizovou intervenci; poskytování informací a monitoring, výměnu zdravotnického materiálu. Terénní programy jsou charakteristické třemi fázemi – fáze seznamovací, fáze navázání osobního kontaktu a fáze práce na změně chování klienta.

Nízkoprahová kontaktní centra – jsou dostupná v místě, poskytují včas poradenství, intervenci, krizovou intervenci, sociální a zdravotní poradenství a službu harm reduction (anonymně). Tato centra nejsou určena jen pro uživatele návykových látek, ale i pro jejich blízké (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Detoxifikační jednotky – určeny pro zvládání odvykacích stavů a intoxikací, mohou být součástí zařízení pro léčbu závislostí nebo samostatné jednotky v nemocnici. Poměrná většina rezidenčních zařízení požaduje před nástupem ústavní detoxifikaci. Důvodem je buď nástup na dlouhodobou léčbu, snížení tolerance či vyloučení duševní poruchy, nebezpečí pro sebe či okolí (Hosák et al., 2015).

Ambulantní léčba – Heller et al. (2011) uvádí, že se zaměřuje na rozvoj a podporu pacientova rozhodnutí zvládnout abstinenci a přijmout program k tvorbě fyzických a psychických schopností. Pacient, který se rozhodl pro ambulantní léčbu by měl být schopen abstinovat na základě svého rozhodnutí alespoň půl roku. Léčebný program se skládá z farmakoterapie, psychoterapie, socioterapie, osvěty a dalších, jejich prostřednictvím získá podklady pro sestavení svého programu ke změně životního stylu. Pešek (2018) doplňuje význam ambulantní léčby v tom, že je možné během ní užívat léky a zároveň docházet pravidelně na individuální či skupinovou psychoterapii. Vhodná je pro jedince, jejichž závislost není příliš závažná, jejich sociální situace je stabilní a netrpí závažnějšími zdravotními a psychickými problémy. Její nevýhodu spatřuje v nižší intenzitě psychoterapie a problematická může být i nedostupnost terapeuta, který se specializuje na závislost, a zároveň jeho omezená kapacita.

Stacionární léčba (denní stacionáře) – jedná se o krátkodobou (několikatýdenní) léčbu, při které pacient navštěvuje celodenní léčebný program, který mu umožní začít abstinovat při každodenním kontaktu s prostředím domácnosti. Důležitá je spolupráce pacienta, v programu získá základní informace pro sestavení osobního programu životního stylu s abstinencí (Praško et al., 2019).

Ústavní léčba se skládá z psychoterapie, farmakoterapie, informačního systému, léčebného programu s režimem, socioterapeutickými prvky uskutečňovanými v komunitním systému. Heller et al. (2011) a Pešek (2018) dodávají, že vedle ústavní existuje i rezidenční a lůžková léčba a řadíme ji mezi pobytovou léčbu, kterou dále můžeme dělit na krátkodobou (do 3 měsíců), střednědobou (do šesti měsíců) a dlouhodobou (déle než šest měsíců). Richterová Těmínová et al. (2008) vysvětluje střednědobou ústavní léčbu jako rezidenční ve zdravotnickém zařízení trvajícím 3–6 měsíců na oddělení pro léčbu závislostí či v psychiatrických léčebnách. Jsou zde využívány prvky terapeutických komunit (komunitní setkání, trénink odpovědnosti, skupinová psychoterapie, režim a pravidla), ale i pracovní, rodinná a partnerská terapie. Pešek (2018) popisuje výhody pobytové léčby, které je možné spatřovat v intenzivnějším terapeutickém programu, v komplexnosti péče a v odloučení od rizikového prostředí. Nevýhodou může být dočasné přerušování zaměstnání, povinné dodržování pravidel a povinností léčebného režimu a pobyt mimo domácí prostředí. Pobytová služba probíhá ve zdravotnickém zařízení, kde bude jedinec označen za pacienta, léčba je hrazena zdravotní pojišťovnou (občas s příplatky za stravu a ubytování), výhodou je možné spatřovat v nižších finančních nákladech a stálé přítomnosti zdravotnických pracovníků, nevýhodná může být nižší kvalita stravování a ubytování, omezené prostory pro soukromé aktivity, nedostatečná psychoterapeutická péče (míra individuálního přístupu bude nižší s ohledem na vysokou vytíženost terapeutů). Pešek (2018) dále dodává, že je možné absolvovat léčbu v soukromém nezdravotnickém programu, kde jedinec bude nazýván klientem a jehož výhodou je kvalitní strava a ubytování, doplňkové služby jsou více nabízené, je k dispozici více prostoru pro soukromé aktivity, vyšší kvalita psychoterapie (menší počet klientů, vyšší nasazení terapeutů – reklama kvality zařízení). Nevýhodné pro někoho může být vyšší finanční zatížení, většinou nepřítomnost lékařů nebo diskutabilní kvalita terapie – není odborně kontrolována.

Terapeutické komunity je možné definovat dle Richterové Těmínové et al. (2008) jako specializované pobytová (rezidenční) zařízení fungující za účelem léčby vedoucí k abstinenci a sociální rehabilitaci. Poskytují střednědobou a dlouhodobou odbornou péči v délce 6–18 měsíců. Cílem v terapeutické komunitě je změna životního stylu, tomu napomáhají jednotlivé aktivity (skupinová terapie, setkání komunity, individuální terapie, práce s rodinou, vzdělávání, pracovní terapie volnočasové a rehabilitační aktivity, sociální práce). Autorka dále dodává, že pobyt v terapeutické komunitě je rozdělen do čtyř fází. Nultá fáze (2–3 týdny, jedinec absolvuje program – není ještě považován za člena), první fáze (trvá cca 3 měsíce, odstranění destruktivního a negativního chování, dosažení nadhledu a rozhodnutí k životu bez drogy, izolace od okolního světa), druhá fáze (6 měsíců, podílí se na chodu komunity, nachází sám sebe, styk již s okolím – převážně s rodinou), třetí fáze (využití komunity převážně k přespaní, dochází již do zaměstnání, shánění bydlení či doléčování).

1.3 Resocializace

Kuda et al. (2008) zmiňuje rozpor, který koluje mezi odborníky v tom, kdy vlastně začíná následná péče – zda po absolvování základní léčby nebo již po detoxifikaci, protože už obecným cílem léčby je navrácení závislého do podmínek normálního života. Pavlovská a Makovská Dolanská (2015) dodávají, že následná péče je důležitou složkou léčby a resocializace jedinců závislých na návykových látkách, někdy je následná péče zaměňována s pojmem doléčování (podpora a posila abstinence), to je ale jen částí následné péče. Heller et al. (2011) upozorňuje na nutnost doléčování, které vede k úspěšné resocializaci osob závislých na alkoholu a k úspěšnému začlenění do společnosti. Po absolvování léčby dochází k návratu somatického i psychického zdraví, nutné je ale zaměřit se na fungování jedince ve společnosti bez izolace, která mu byla v léčebně či jiné službě poskytnuta, se všemi nástrahami života.

1.3.1 Typy služeb následné péče

Služby následné péče jsou uvedené v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Řadíme je mezi služby sociální prevence, jedná se o ambulantní či pobytové služby určené osobám s chronickým duševním onemocněním nebo jedincům závislým na návykových látkách, kteří abstinují nebo se již podrobili ambulantní či pobytové léčbě ve zdravotnickém zařízení. Dle Pavlovské a Makovské Dolanské et al. (2015) je cílem služeb následné péče překlenutí etapy přechodu zpět do normálního života a integrace

ve společnosti s postupným slábnutím či ukončením kontaktu s programy zaměřenými na léčbu a následnou péči závislosti na návykových látkách. Mravčík et al (2019). ve Výroční zprávě o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2018 uvádí, že v ČR bylo k 2. 8. 2019 evidováno 27 poskytovatelů následné péče v 36 programech (centrech), využitých v roce 2017 celkem 168 uživateli alkoholu a v roce 2018 už 201 uživateli, což svědčí o vzniku povědomí o těchto službách a o jejich začínajícím využívání.

Doléčovací programy mohou probíhat jednou týdně ambulantně ve skupinách nebo ve formě pobytové s intenzivním programem, který bude strukturovaný. Služba následné péče, která je praktikována doléčovacím programem, je poslední fází procesu změn v životě závislého jedince, která se snaží o jejich udržení či minimalizaci faktorů spojených s relapsem. Pavlovská a Makovská Dolanská (2015) ještě dodávají, že každé zařízení může mít jiný program, ale jsou některé základní, které musí obsahovat a to: podpůrnou psychoterapii (podpora dosažených změn a stabilizace abstinence), prevence relapsu (je jedním z důvodů nástupu klientů a základní složkou v procesu doléčovacího programu), sociální práce (sociální pracovník se zabývá mnoha sociálně-právními problémy – stíhání na základě spáchání trestného činu, řešení dluhů, vyřízení poskytnutí sociálních dávek), péče lékařů (zajištění lékařů praktiků nebo odborných lékařů), nabídka volnočasových aktivit (důležité nabídnout jinou alternativu trávení volného času, které bude pro klienta možné a smysluplné), práce s rodinnými příslušníky (někdy může být nápomocna úzdravě klienta, jedná se o kontaktování rodiny či snaha o narovnání konfliktních nebo špatných vztahů v rodině). Heller a Pecinová et al. (2011) dodávají, že pokud klient využije nabídky zapojení se do doléčovacího programu a aktivně spolupracuje, pak dlouhodobé remise je dosahováno až u 80 % pacientů.

Chráněná bydlení (někdy azylové domy, domy na půl cesty) staví na faktu, že si klient nebyl během dlouhodobé léčby schopen zajistit bydlení a že návrat do dřívějšího prostředí není snadný a mnohdy ani reálný. Jde o přechodné (maximálně na dobu jednoho roku) poskytnutí ubytování propojené s doléčovacím programem, nemělo by ale sloužit jako útek od společnosti, ale především o zlepšení schopností k zapojení do normálního života. Pavlovská, Makovská Dolanská (2015).

Podporované/chráněné zaměstnání je určeno ke zlepšení pracovních a ostatních dovedností, k upevnění pracovních návyků a k získání pracovního místa na otevřeném pracovním trhu. U osob, které nedisponují pracovními návyky, je nutné jejich zařazení na práci v chráněné dílně, kde si je postupně osvojí (Pavlovská, Makovská Dolanská, 2015).

Dalšími službami zaměřenými na zaměstnávání uživatelů návykových látek jsou sociální firmy směřující klienty k začlenění do normálního života, sociální a pracovní agentury zajišťující zprostředkování pracovního místa nebo pomoc při vyhledávání zaměstnání a následné komunikaci se zaměstnavatelem. Pracovní a sociální agentura SANANIM (2019) nabízí pomoc bývalým uživatelům návykových látek prostřednictvím nácviku dovedností při hledání zaměstnání, zprostředkováním kontaktu na ostatní služby (sociální, zdravotní a poradenské), zprostředkováním a vyhledáním nabídek práce a rekvalifikačních programů a jiných možností, které usnadní klientovi vstup na pracovní trh a také řešení individuálních problémů. Ambrož et al. (2012) ve své příručce určené pracovníkům a klientům doléčovacích zařízení shrnuje, jak se připravit, jak získat a udržet si pracovní místo, toto vše shrnuje do sedmi kroků, které na sebe logicky navazují.

V rámci následné péče lze využít svépomocná sdružení, z nichž u nás nejznámější jsou ANONYMNÍ ALKOHOLICI s výhodami anonymity, ambulantní docházky, ušetření času a financí. Nevýhodná může být skutečnost, že skupina není v blízkosti bydliště, nefunguje dobře nebo někomu nemusí vyhovovat psychospirituální zaměření. Formulováno bylo 12 kroků Anonymních alkoholiků, která využívají i profesionálové: přiznání bezmoci vůči alkoholu, víra ve větší sílu, že nás může duševně uzdravit, rozhodnutí předat svoji vůli a život do rukou Boha – tak jak ho kdo chápe, provedení důkladného sebezpytování a inventury v sobě, přiznání Bohu a sobě přesně své chyby, svolení s odstraněním našich charakterových vad Bohem, požádání Boha o odstranění nedostatků, sepsání seznamu lidí, kterým jsme ublížili, chceme to napravit, pokračování v morální inventuře, prostřednictvím modlitby a meditace zlepšovat styk s Bohem – tak jak jsme ho chápali, výsledkem těchto kroků bylo duchovní probuzení a snaha předat toto poselství ostatním alkoholikům (Anonymní alkoholici, 2019).

Bano et al. (2019) ve své experimentální studii popisují pozitivní vliv náboženské terapie spolu s ostatními prvky léčby na zvýšenou psychickou pohodu osob závislých na návykové látce.

1.3.2 Prevence relapsu

Skoncovat s návykovým chováním není při vhodných podmínkách a efektivní léčbě není úplně těžké, ale je obtížné s ním skončit doživotně. Pešek (2018) se s tímto názorem ztotožňuje a poukazuje na to, že pokud jedinec závislý na alkoholu dokončil úspěšně léčbu, je dostatečně motivován a absolvuje k tomu kvalitní následnou péči nebo doléčování, má nakročeno k úspěšnému začlenění do společnosti a vysokému předpokladu tento stav udržet. Předčasné ukončení léčby podporuje pravděpodobnost relapsu na 60–90 %. Pavlovská (2015) upozorňuje, že relaps k závislosti patří a je i stálou součástí práce s jedinci užívajícími návykové látky. Zároveň autorka dodává, že po určité době abstinence, kdy to, co bylo nové, je už zažitě, osoba ztrácí pocit existence a jistotu v prožívání a potřebuje ukotvit prostřednictvím srovnání a hodnocení sebe sama s ostatními. Pavlovská (2015) popisuje možné rizikové spouštěče, kterými mohou být negativní emocionální stavy (nutné zjistit jeho příčiny a pracovat na jejich odstranění), interpersonální konflikty (vyhnout se hádkám a konfliktům v mezilidských vztazích), sociální tlak (pracovat na možných strategiích, jak na tyto přímé nebo nepřímé tlaky reagovat). Autorka ještě dodává, že praxí doléčování se zjistilo, že příčinou relapsů může být i pocit osamění, sociální izolace, zklamání z očekávání nebo chybějící ocenění. S tímto souhlasí i Nešpor (2018) a uvádí, že ke zvládnutí bažení přispívá dlouhodobá abstinence, dobrý tělesný a duševní stav, stabilní životní situace, prostředí motivující ke střízlivosti, vyvážený životní styl a přiměřená fyzická aktivita, převládající pozitivní a zdravé emoce. Pavlovská et al. (2015) říká, že máme různé modely a strategie (behaviorální – aktivní chování a sebe monitorování nutných změn, kognitivní – kognitivní restrukturalizace), které se aplikují v případě prevence relapsu, a podotýká, že v České republice patří k léčbě závislostí, a hlavně k následné léčbě.

1.3.3 Recidiva

Běžně se v souvislosti s léčbou závislých osob setkáme s recidivou nebo opakovaným odvykacím pobytům. Nešpor (2018) uvádí, že recidiva není známka slabé vůle, ale v důsledku mnoha okolností (pokles motivace, popření závislosti, nevýznamná rozhodnutí) se jedinec vrátil k závislostnímu chování. Kuklová (2016) popisuje

problematiku recidivy tak, že i přestože klient absolvoval léčbu, vlivem stresu nebo nějaké negativní události selže a znovu začne konzumovat alkohol. Tím dochází k recidivě, lepší varianta je, že se klient opět dostane na léčení, v tom horším případě propadne nezvladatelnému dlouhodobému nadužívání alkoholu. Nešpor (2018) doporučuje v případě recidivy a k jejímu zvládnutí učinit rychlé kroky směřující ke kontaktování blízkého člověka, profesionálního terapeuta nebo organizace Anonymních alkoholiků a k nastoupení opakované léčby, pokud je to možné. Důležité je zaměřit se po této situaci na zamyšlení nad přínosem zkušenosti s recidivou na intenzivnější doléčování a soustředit se na odpočinek a pobyt v prostředí, které je pro jedince bezpečné a usnadní mu abstinenci.

1.3.4 Přístupy, metody a techniky sociální práce využívané při doléčování

West et al. (2019) poukazují na nejednotnost v termínech a definicích v souvislosti s problematikou závislostí a nutností sjednocení, které povede ke snadnější a efektivnější komunikaci a možnostech řešení této problematiky mezi odborníky.

Přístupy sociální práce

Kalina a Mladá (2015) řadí mezi přístupy využívané v léčbě a následném doléčování závislých na alkoholu *behaviorální terapii*, která popisuje závislost jako naučené chování prostřednictvím některých jeho forem, ať už podmiňováním (operantní – manipulace s následky, nebo klasický – podmiňování podnětu) či sociálním učením. Tento přístup se zaměřuje na změnu chování v různých oblastech osob se závislostí, např. v podpoře a úspěšném absolvování léčby, v prevenci relapsu, ve snížení konzumace drog a také v integrované léčbě duálních diagnóz. Špiláčková a Nedomová (2013) uvádí jako další *přístup orientovaný na klienta* od Carl R. Rogerse, pro nějž je typické řízení terapie klientem (empatií, autenticitou, reflexí) psychoterapeuta a (úctou ke klientovi a plnou akceptací). Je zaměřený na osobnostní rozvoj klienta (sebeaktualizaci, seberealizaci) s cílem plně fungující osobnosti a poskytovaný individuálně či skupinově. *Kognitivně-behaviorální terapie* je dle Kuklové (2016) hojně využívána v léčbě závislostí, staví na behaviorální terapii, která je charakterizována naučeným chováním a kognitivním procesem, jenž je popisován jako změna návykového chování vlivem okolního prostředí nebo změnou dosaženou samotným jedincem skrze odlišný typ myšlení a sebekontroly. Kalina a Mladá et al. (2015) doplňují, že tato terapie pomáhá klientovi rozpoznat pro něj škodlivé postupy chování a

kognitivní schémata, přepracovat původní a najít pro něj méně poškozující a fungující postupy a schémata, posílit klientovu sebekontrolu a kompetence. Špiláčková a Nedomová (2013) uvádí *systemický přístup dle Úlehly*, který je zaměřen na řešení problému klienta s předpokladem, že každý člověk je odpovědný za svůj život a za to, jak ho prezentuje ostatním. Systemický přístup řeší otázku pomoci a kontroly, kdy činnost sociálního pracovníka je ještě pomoc a kdy už je to kontrola, dále dojednávání a stanovení cílů spolupráce (zakázka, objednávka). K realizaci těchto postupů jsou stanoveny techniky, jež je nutné využít. *Psychodynamické a integrované přístupy* lze dle Kaliny a Hajného et al. (2015) charakterizovat jako teorie zaměřené na vznik závislosti z důvodu určité vývojové poruchy vzniklé skrze problém v psychosociálním vývoji v dětství, zranitelné osobnosti, nedostatečné tolerance k psychickému vypětí, spouštěcích a spolupodílejících se podmínek. Psychodynamická a psychoanalytická teorie pomáhá v odkrytí původu problému, je vhodná v případě, že je riziko ohrožení léčby (abstinence) vedené kognitivně-behaviorální terapií. Snaží se klientovi pomoci uvěřit v prospěšnost a smysluplnost meziosobního vztahu a také v introspekci (zájmem o vlastní osobu a dostatečnou empatií v sebe). *Přístup orientovaný na úkoly* charakterizuje Špiláčková a Nedomová (2013) jako přístup, jehož hlavní myšlenkou je, že klient má sice problém, ale má také prostředky k jeho řešení, proto je nutná participace klienta a spolupráce se sociálním pracovníkem v celém procesu změny. Je rozdělen do tří fází – počáteční (vysvětlení rolí a účelu terapie, shromáždění důležitých údajů, identifikace problému, explorace a zhodnocení problémů, stanovení cílů a uzavření smlouvy), střední (plánování a nalezení možností úkolů, motivace, realizace, zhodnocení realizace úkolů), terminální (konečné zhodnocení řešení problému, identifikace úspěšného postupu a uvědomění si získaných dovedností). Tento přístup si klade za cíl naučit jedince správným strategiím, aby při objevení dalšího problému byl již schopen řešit tuto situaci sám. Novotná (2014) dodává, že základní myšlenkou tohoto přístupu je, že i malý úspěch zvyšuje sebeúctu i sebedůvěru člověka.

Metody sociální práce

Gabrielová (2017) popisuje metodu sociální práce jako specifický postup, jak dosáhnout předem stanoveného cíle skrze profesionální práci sociálních pracovníků a předpokladem je, že pokud se budeme držet této metody, dojdeme k platným výsledkům.

Dle Gabrielové (2017) řadíme dle klasického rozdělení mezi metody sociální práce – sociální práce s jednotlivcem, sociální práce s rodinou, sociální práce se skupinou a komunitní sociální práce. Nyní si každou z následujících metod blíže specifikujeme.

Sociální práce s jednotlivcem je jednou z metod, která je také využívána v léčbě závislostí klientů a řadíme ji k mezi nejstarších metody sociální práce. V Americe je označována jako case work, individuální sociální práce či případová sociální práce. Dle Gabrielové (2017) můžeme sociální práci s jednotlivcem řadit do určitého počtu etap, jednotliví autoři uvádějí různý počet etap a také jejich odlišné části. Jedním z nejnámějších je model dle Levické, který je dělen na čtyři etapy:

- 1) Seznámení se s klientem skládající se z prvotního kontaktu, z rozboru případu a z evidence.
- 2) Sociální hodnocení složené z diagnostiky sociální situace, z naplánování práce a výběru pracovních metod.
- 3) Sociální intervence, do níž můžeme zařadit sociální rehabilitaci, terapii a poradenství a diskuzi.
- 4) Ukončení případu.

Kalina et al. (2015) dodává, že individuální práce s klientem předchází skupinové práci se skupinou, měla by totiž jedince odpovídajícím způsobem motivovat a připravit na způsob vedení práce se skupinou.

Sociální práce se skupinou, kterou popisuje Gabrielová (2017) jako metodu sociální práce s několika důležitými cíli (pomoc členům účastnit se na dění ve skupině, posílení zodpovědnosti a rozvoj chápání problematiky, díky rozvoji skupiny napomáhat rozvoji potenciálu jednotlivců a zlepšení jejich života, zajistit bezpečný rozvoj a růst činnosti členů skupiny, poskytovat oporu a pomoc jednotlivcům, dosažení společného cíle). Sociální práce se skupinou je dle Kaliny et al. (2015) pokládána za velice důležitou, není zásadní v léčbě závislostí, staví na větší strukturovanosti (iniciativa na straně terapeuta, podpora interakcí terapeutem i návrhy témat), využívání konfrontací (využití k tvorbě náhledu klienta a změně jeho rizikových postojů), emoční podpora (zpočátku důležitá, než dojde k důvěře klientů), zvláštní charakter přenosů (riziková oblast), vazba na skupinu (důležitý článek v léčbě, ale jen v určitém čase), problém heterogenity a homogenity (skupiny závislých jsou spíše homogenní). Kalina et. al (2015) dodává, že vedle známých skupin (tematické, životopisné a interakční) se v praxi adiktologie

označují některé skupiny (dynamické či analytické) nebo psycho edukativní, nácvikové a hodnotící. Gabrielová (2017) uvádí, že skupinová práce je využívána ve více oborech (psychoterapii, sociální psychologii, sociální práci) a je charakteristická dynamikou skupiny s jejími charakteristickými rysy. V práci se skupinou se praktikují tři modely (sociálně orientovaný model – společný cíl, nápravný model – jinak řečeno terapeutický si klade za cíl podporu a posílení změny, interakční model – vzájemnost a patřičnost členů skupiny). Šerychová (2016) ve své bakalářské práci poukazuje na důležitost výskytu skupinové soudržnosti, interpersonálního učení a katarze při práci se skupinou a v případě možných překážek jejich rychlé odstranění, aby všechny tyto důležité faktory skupinové terapie byly využity.

Sociální práce s rodinou je Gabrielovou (2017) popisována jako důležitá metoda v řešení problému jednotlivců, jelikož je sociální skupinou, která poskytuje svým členům (podporu autonomie, bezprostřední přijetí, ochranu – sociální i hmotnou, zajištění životních potřeb, vzájemnou podporu atd.). Sociální práce se setkává většinou s klienty označovanými jako klinická rodina, pro kterou je typická určitá porucha a jež je ve styku s pomáhajícími institucemi. Gabrielová (2017) uvádí typy služeb, které mohou být rodině poskytovány (krizové intervence, služby poradenské, terapeutické služby – profesionálně vedené či svépomocné typy). Nešpor (2018) upozorňuje také na důležitost využití v léčbě závislosti terapii rodiny, která může mít pozitivní efekt na schopnost klienta dokončit léčbu. Terapie se skládá z poradenství (komunikace, trávení času v rodině) či nácviku dovedností rodičů nebo ostatních členů v rodině pro lepší fungování, které má vliv na zneužívání návykových látek.

Sociální práci s komunitou Gabrielová (2017) popisuje jako komunitní sociální práci s cílem podpory a aktivizace členů komunity, v léčbě osob závislých na návykových látkách je využívána terapeutická komunita (léčebná komunita či specifický typ léčebné instituce), kde na změně osobnosti klienta pracuje on sám, skupina i komunita, jejímž je členem. Adameček a Radimecký (2015) uvádějí jako hlavní cíl terapeutické komunity růst osobnosti klientů, kterého lze dosáhnout společenstvím osob a změnou životního stylu. Terapeutická komunita dodává pocit, že osoba je součástí něčeho, co jej přesahuje, členové se podílejí na řízení komunity, společně se pracuje na činnostech ve prospěch celé komunity, dochází k interakci mezi jedinci a komunitou a s tím k souvisejícímu hodnocení členů a vedení k zodpovědnosti.

Techniky sociální práce

Gabrielová (2017) definuje techniku jako určitý postup (návod) k použití metody uzpůsobené tak, aby byla aplikovaná na problémy klienta, pomáhala klientovi něčeho dosáhnout či získat a je konkrétněji a úžeji vymezena.

V problematice závislostí je dle Soukupa et al. (2015) používán *rozhovor – motivační*, který vychází z přístupu orientovaného na klienta a je veden formou otevřených otázek, reflektivního naslouchání, oceňování, poskytování informací a shrnování) s cílem aktivace motivace a zdrojů klienta, která je důležitou složkou v procesu údravy a následného začlenění do společnosti. Autor dále uvádí, že motivační rozhovory jsou založeny na dlouhodobé a skutečné změně chování spojené se změnou postojů a prožívání, a to hlavně na vnitřní motivaci klienta oproti nátlaku z vnějšku. Má využití všude tam, kde je třeba podporovat zájem, zaměřit spolupráci ve směru změny upevňovat motivaci a naplánovat k tomu potřebné kroky.

Pešek (2018) uvádí techniku psaní *dopisů (terapeutických)*, které jsou nápomocny k uvědomění, uvolnění potlačených emocí prostřednictvím dopisů (necenzurovaných, oceňujících, empatických z druhého břehu), jež ale nejsou poslány adresátovi. Využívané jsou převážně v základní protialkoholní léčbě.

Nešpor (2018) řadí mezi další využívané techniky *muzikoterapii – pozitivní zkušenosti* jsou především se zklidňující orientální a klasickou hudbou, kterou je možné kombinovat s relaxačními technikami a také *arteterapií* (koláže, malby).

Kuklová (2016) popisuje, že důležitou technikou využívanou v léčbě závislostí jsou *relaxace*, které jsou nápomocné ke zvládnutí stresových situací či k uvolnění a které mohou praktikovat vždy, když potřebují zmírnit bažení nebo se jen uvolnit. Nešpor (2018) dodává, že jsou určeny hlavně osobám, které jsou vystavovány vysokému stresu, ale mohou mít i příznivý vliv na mírnění úzkostí, depresí a ovlivnění životního stylu, proto jsou vhodné pro komplexní léčebné programy.

Pešek (2018) poukazuje také na důležitost využití techniky odměňování a sebe odměňování, jelikož odměna upevňuje a posiluje zdravější a prospěšnější vzorce chování. Okolí nás odměňuje pozorností, povzbuzováním či pochvalou, ale pro jedince s návykovou závislostí je velice důležitá sebe odměna za práci na sobě samém a překonání nástrah v řešení problémů. Je důležité se naučit za každý malý krok se umět

odměnit. Kuklová (2016) upozorňuje, že užívání odměn je pro závislé klienty nutné s ohledem na zviditelnění jejich úspěchu provázané s posílením sebeúcty a sebeprosazením a každý z nich by měl mít vypracován seznam odměn, který bude používat, aby se soustředil více na úspěchy, ne na chyby, jak tomu u jedinců trpících závislostí bývá.

Ludewig (2011) uvádí *techniky systemického přístupu* prostřednictvím otázek (konstruktivních, srovnávacích, cirkulárních a zjišťovacích), které jsou nutné k rozebrání situace a stanovení zakázky, na níž je nutné s klientem pracovat, sám klient je veden k tomu, aby sám přišel se zakázkou.

Kuklová (2016) sděluje, že ke zvládnutí životních nástrah je lidem sužovaným závislostí velice přínosná technika *asertivního NE*. Mnoho osob trpí ztrátou sebevědomí a nedokážou vyjádřit své pocity a již vůbec ne odmítnout někoho, proto je nutné s nimi pracovat na nácviku této techniky.

Praško et al. (2019) popisuje *techniku nácviku komunikace*, protože osoby se sklonek k závislostem mají kvůli nedostatečnému sebevědomí problém s komunikací. Je důležité umět správně komunikovat, a hlavně se nebát vyjádřit svá přání a sdělit je druhé osobě. Tento nácvik probíhá většinou ve skupině, kdy jedinci vysvětlíme situaci a poradíme, jak komunikovat, to mu přehrajeme formou scénky a on si to poté zkusí sám a nato si vymění roli a díky tomu si může uvědomit, jaké pocity jeho chování či komunikace vyvolává v druhých lidech.

1.3.5 Oblasti resocializace

Dle Jankovského (2014) je nutné na jedince pohlížet jako na bytost bio-psycho-sociální, proto je nutné se zaměřit na všechny tyto oblasti. Nápomocny v oblasti resocializace mohou být prostředky ucelené rehabilitace (léčebné, sociální, psychické, pracovní a pedagogické). Gabrielová (2017) ji charakterizuje jako koordinované, komplexní využití prvků léčebných, výchovných, sociálních a pracovních s cílem znovu začlenění do společnosti (integrace). *Léčebná složka rehabilitace* je dle Pfeiffera et al. (2014) vhodná u klientů, kteří následkem nadužívání návykové látky mají určité trvalé následky, a proto je nutné další doléčování a řešení tohoto znevýhodnění např. farmaky, kompenzačními pomůckami či jinými léčebnými složkami. *Pracovní rehabilitaci* upravuje zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, který se zaměřuje na činnosti

směřující k získání a udržení si zaměstnání všemi možnými prostředky, které jsou k dispozici, a k doplnění pracovních dovedností a návyků např. pomocí rekvalifikace. *Pedagogické prostředky rehabilitace* jsou dle Pfeiffera et al. (2014) rozsáhlé, jejich význam je veliký, někdy je možné nahradit pojmem reedukace. Jankovský (2014) poukazuje na nutnost doplnění si vzdělání a tím zvýšení svých možností v rámci začlenění do společnosti. *Sociální rehabilitaci* popisuje Gabrielová (2017) jako činnost zaměřující se na nezávislost a samostatnost jedince, na komunikaci, na dobré společenské vystupování, na zájmy klienta a na rodinný život (vztahy v rodině, bydlení, hospodaření). Také Kiluk et al. (2019) uvádí oblasti fungování ve společnosti (oblast zdraví, práce, rodiny, sociální a psychická oblast), tyto domény jsou důležité při sledování změn stavu pacienta. Kuda et al. (2008) upozorňuje, že sociální rehabilitace si klade za cíl reintegraci závislého jedince do společnosti skrze opětovné nabytí profesních a sociálních dovedností a podporu vztahů a sociálního prostředí. Zaměřuje se na problematiku neexistující nebo narušené sítě vztahů a schopnost navazovat a rozvíjet nové vztahy, nedostatečnou komunikaci a sebeprosazení, finanční a právní problémy, změnu životního stylu. Pešek (2018) popisuje s ohledem na resocializaci důležitost sestavení individuálního abstinčního plánu konzultovaného s terapeutem ještě před ukončením léčby. Tento abstinční plán by měl být realizovatelný s dosažitelnými kroky, aby jedince zbytečně nestresoval a nedopomohl tím k relapsu. Měl by se dotýkat všech oblastí a musí obsahovat i havarijní plán v případě porušení abstinence. Pešek (2018) uvádí na příkladu oblasti, které by měly být zahrnuty do individuálního abstinčního plánu – doléčování (možnosti pokračování – pravidelná návštěva psychoterapeuta, docházení do svépomocné skupiny anonymních alkoholiků), alkohol (postup, jak se vyhnout alkoholu – odstranění z okolí, vyhýbání se míst spojených s konzumací), práce (v zaměstnání si lépe rozvrhnu čas, snížení pracovního tempa), rodina (větší a častější komunikace se členy rodiny, více stráveného času s rodinou), přátelé (trávení času s přáteli smysluplnějším způsobem), tělesný pohyb (zaměřím se na zdravý způsob života a pomalu budu zvyšovat svoji fyzickou aktivitu, koníčky (ve svém volném čase se budu věnovat vhodné volnočasové aktivitě).

1.3.6 Úspěšnost následné péče a efektivita léčby

Pavlovská a Makovská Dolanská (2015) upozorňuje, že není snadné přesně definovat efektivitu následné péče a doléčování. Klíčovými kritérii, dle kterých je možné určit úspěšnost péče, může být zajištění zaměstnání s pravidelným měsíčním příjmem,

bydlení a po zjištění také splácení dluhů. Za úspěšného klienta léčby pokládají autorky jedince, který se sociálně stabilizoval, je ztotožněn s tím, že jeho cesta na jeho uzdravení není u konce, má nadhled a ví, že v případě potřeby vyhledá odbornou pomoc, především nahradil užívání návykové látky jiným způsobem. Ray et al. (2019) uvádí, že je nutné na začátku léčby podrobně vést diagnostický rozhovor a porovnat ho s rozhovorem na konci (úlevu od příznaků závislosti, změnu v psychice a celkové fungování jedince). Tyto změny by měl pozorovat lékař, ostatní pacienti, ale i rodina. Nešpor (2018) popisuje principy efektivní léčby závislosti na drogách, které čerpal z amerických pramenů. Jsou spíše ale jen jakýmsi ideálem, kterému je důležité se přibližovat – léčba by měla (být vhodná pro daného jedince, řešit potřeby jedince – psychologické, zdravotní, právní a sociální, být dostatečně pružná a reagující na změněné potřeby pacienta v průběhu léčby, obsahovat skupinové nebo individuální poradenství a kognitivně-behaviorální postupy, obsahovat vyšetření na infekční nemoci). Léčení by mělo být dostupné, aby bylo účinné, mělo by být dostatečně dlouhé – přináší lepší výsledky, někdy se může i opakovat. Některým pacientům je nutné podávat vhodné léky a jedinci trpící i duševní chorobou by měli absolvovat léčbu pro obě nemoci současně. Detoxifikace je pouze první stádium léčby, v průběhu léčby je také nutné zjišťovat, zda jedinec neporušuje abstinenci. Léčení nemusí být dobrovolné, ale tlak ze strany zaměstnavatele, rodiny či úřadů může pozitivně ovlivnit souhlas s léčbou, setrvání v ní a celkově její výsledek.

2 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Hlavní cíl: Zmapovat přístupy přispívající k úspěšnému začlenění do společnosti

Dílčí cíle:

- 1) Zjistit, jak probíhá resocializace u těchto komunikačních partnerů.

Výzkumná otázka: Jaké postupy jsou využívány k procesu resocializace mužů závislých na alkoholu?

- 2) Zjistit přístupy, metody a techniky, které přispívají k úspěšné resocializaci osob na pracovní trh.

Výzkumná otázka: Jaké metody a techniky sociální práce jsou využívány při resocializaci mužů závislých na alkoholu?

- 3) Zjistit nejčastější oblast, kde je resocializace z pohledu komunikačních partnerů nejúspěšnější.

Výzkumná otázka: V které oblasti spatřují komunikační partneři nejlepší úspěšnost?

3 METODIKA

Problematika resocializace mužů závislých na alkoholu je stále aktuální téma, kterým se zabývá mnoho odborníků a jehož cílem je snaha o úspěšnější začlenění do společnosti. Při zpracování diplomové práce byl využit kvalitativní typ výzkumného šetření, který se mi z mého pohledu jeví jako nejvhodnější k pochopení procesu resocializace. Kvalitativní výzkum se pokusil definovat jeden z metodologů Creswell (1998) jako určitý proces hledání porozumění, jenž je založen na rozdílných metodologických zvycích zkoumání lidského nebo sociálního problému. Při něm výzkumník tvoří holistický a komplexní obraz, vede výzkum v přirozených podmínkách, sděluje názory účastníků výzkumu a analyzuje různé typy textů.

Kvalitativní výzkum má své přednosti, ale disponuje i některými nevýhodami. Dle Hendla (2005) je možné za přednosti považovat získání podrobného popisu a vzhledu při zkoumání do hloubky a v přirozeném prostředí. Hlavní nevýhodou je dle autora možné spatřovat v časové náročnosti při zpracování dat a možnosti snadnějšího ovlivnění výzkumníkem a jeho preferencemi.

Rozhodující pro zvolení kvalitativního výzkumu bylo pro mě to, že jednou z technik je polostrukturovaný rozhovor (interview), který je typický svou vyšší výpovědní hodnotou, jelikož v jeho průběhu je možné dopodrobna vysvětlit názor dotazovaného a doptávat se na ověření správného porozumění sdělené informace (Miovský, 2006).

V sestavení koncepce polostrukturovaného rozhovoru jsem postupovala dle Miovského (2006), který interview dělí na etapy. V úvodní a přípravné fázi se výzkumník věnuje přípravě otázek, pro komunikační partnery jsem měla připraveno 15 základních otázek, které jsem v průběhu rozhovoru doplňovala či rozváděla. Miovský (2006) charakterizuje další etapu jako navázání kontaktu s komunikačním partnerem – schůzky jsem si domlouvala osobně za přítomnosti sociální pracovnice pracující v organizaci ALKAT. Seznámení komunikačních partnerů s podmínkami rozhovoru proběhlo a bylo jim vysvětleno, čeho se týká a jak bude probíhat, aby se mohli rozhodnout, zda přistoupí na účast ve výzkumu a tento souhlas s rozhovorem stvrdí svým podpisem na Informačním souhlasu o výzkumu. Miovský (2006) popisuje další část jako upevnění kontaktu s účastníkem např. prostřednictvím kratičkého rozhovoru o obecnějším tématu. Postupně se přejde k hlavní části, která se již týká vlastního rozhovoru vedoucího k zodpovězení otázek spojených s cílem výzkumu. V této fázi jsem se věnovala

dotazování komunikačních partnerů, jejich reakcím na otázky a doplnění jimi sdělených odpovědí. V závěru dle autora dochází k ukončení rozhovoru s komunikačním partnerem. Všem účastníkům výzkumu jsem poděkovala za jejich čas, ochotu, otevřenost a hodnotné informace k mé diplomové práci.

3.1 Analýza a zpracování dat

Výzkum proběhl formou polostrukturovaných rozhovorů s klienty následné péče (doléčování) v ALKATU v Jemnici, a to na základě žádosti o povolení výzkumného šetření adresovaného sociální pracovníci uvedené instituce a jejího souhlasu (Příloha č. 1). Rozhovory se uskutečnily v měsíci únoru a březnu 2020 v předem domluveném čase a termínu v objektu ALKATU. Všechny rozhovory byly zaznamenány audiozáznamem a následně doslovně přepsány, aby bylo možné získané informace přehledně analyzovat formou metody vytváření trsů. Miovský (2006) uvádí, že tato metoda spočívá v seskupování výroků do skupin, které vzniknou vzájemnou podobností (překryvem). Společným znakem může být podobnost tematická, časová nebo prostorová. V souvislosti s metodou vytváření trsů jsem využila metodu kódování, kterou autor definuje jako přiřazení klíčových symbolů či slov k určitým částem textu tak, aby bylo možné rychleji a snadněji s nimi pracovat a prostřednictvím kódů lehce pracovat s rozsáhlejšími významovými celky. Proces kódování je prakticky systematické označování významových celků podle stanovených kritérií a identifikací.

3.2 Výzkumný soubor

Komunikační partneři – klienti instituce ALKAT byli vybíráni na základě záměrného (účelového) výběru přes instituce, který Miovský (2006) popisuje jako metodu, kdy využijeme služby nebo činnosti nějaké instituce, jež je určena cílové skupině důležité pro náš výzkum.

Instituce ALKAT má kapacitu pro 12 klientů, která ale v době konání výzkumného šetření nebyla naplněna. Oslovila jsem proto všech 9 klientů, kteří v té době v ALKATU pobývali, seznámila jsem je s cílem výzkumu a předložila jim informovaný souhlas k vyjádření, zda souhlasí s poskytnutím rozhovoru (Příloha č. 2). Dva z oslovených klientů se výzkumu nechtěli účastnit, toto rozhodnutí jsem plně respektovala, a proto se výzkumného šetření účastnilo 7 komunikačních partnerů různého věku, rodinného stavu, vzdělání, doby závislosti a počtu absolvovaných léčeb.

3.3 *Sběr dat*

K naplnění dílčích cílů: Zjistit, jak probíhá resocializace, jaké přístupy, metody a techniky přispívající k úspěšné resocializaci osob na pracovní trh jsou uplatňovány, a nejčastější oblast, kde je resocializace z pohledu komunikačních partnerů nejúspěšnější, proběhl sběr dat v období měsíce února a března se sedmi komunikačními partnery. Rozhovory se konaly v objektu ALKATU v Jemnici v předem domluvený den a čas, na kterém jsem se s nimi domluvila. Schůzka trvala průměrně 1,5 hodiny a komunikační partneři reagovali na předem připravené otázky a případné mé doptávání. Byli sdílní a cítili se příjemně, jelikož ve svém známém prostředí se cítili bezpečně a uvolněně.

4 VÝSLEDKY

4.1 Charakteristika komunikačních partnerů

Komunikační partner 1 – 51 let, vyučen, montážní dělník, rozvedený, bezdětný, bez domova, závislý 8 let, absolvoval 2 základní 3měsíční léčby, příčina – kolektiv pracovníků na montážích, smutek z nenaplněného manželství. V ALKATU je 8 měsíců, chodí do zaměstnání – zedník.

Komunikační partner 2 – 46 let, středoškolské s maturitou, podnikatel ve stavebnictví, rozvedený, 3 děti, bydlení u matky, závislost 5 let, 3× základní léčba, příčina – popíjení při schůzkách se zákazníky a stres z podnikání. V ALKATU je 4 měsíce.

Komunikační partner 3 – 52 let, vyučen, montáž satelitů, svobodný, bezdětný, bydlení u rodičů, závislost – od mládí, 10× základní léčba, doléčovací zařízení – 3× mu byla léčba zrušena, jelikož požil alkohol, příčina – kolektiv pracovníků na montážích. V ALKATU je 1 měsíc. Projednávání práce v chráněné dílně.

Komunikační partner 4 – 39 let, vyučen, vedoucí týmu ve firmě, svobodný, momentálně bez bydlení – byt prodal (gambler), 5× základní léčba (4 nedokončil), příčina – nespokojenost v životě. V ALKATU 6 měsíců. Chodí do zaměstnání – dělník.

Komunikační partner 5 – 45 let, vyučen, zedník, ženatý, 2 děti, vlastní byt, 2× základní léčba, závislost 5 let, příčina – kolektiv pracovníků na stavbě. V ALKATU 3 měsíce. Chodí do zaměstnání – dělník.

Komunikační partner 6 – 60 let, vyučen, bez práce, rozvedený, 1 dítě, bez bydlení, 12× základní léčba – 8× nedokončil, doléčovací zařízení 3× – pokaždé odešel na vlastní žádost, závislost od 20 let, příčina – mladická nerozvážnost. V ALKATU 4 měsíce.

Komunikační partner 7 – 44 let, vysokoškolské vzdělání, manažer, rozvedený, 4 děti, vlastní byt, 3× základní léčba – 2× nedokončil, závislost – 5 let, příčina – problémy v manželství a stres v práci. V ALKATU 10 měsíců.

4.1.1 Výsledky výzkumu

Tabulka 1 Trs – 1 – Důvod nástupu do doléčovacího zařízení

Důvody	Komunikační partneři						
	KP 1	KP 2	KP 3	KP 4	KP 5	KP 6	KP 7
Zdraví	x	x		x			x
Zaměstnání			x		x		x
Nátlak rodiny		x	x		x		
Bydlení	x			x		x	

Zdroj: Vlastní výzkum

Dle odpovědí komunikačních partnerů byl důvodem k nástupu do doléčovacího programu pobytové služby následné péče zdravotní stav, který se vlivem nadužívání alkoholu zhoršil – psychické problémy, onemocnění trávicího orgánu či jiných vnitřních orgánů. Tři komunikační partneři uvedli, že důvodem k nástupu byl i problém v zaměstnání, kdy byli svými nadřízenými upozorněni a bylo jim doporučeno absolvovat protialkoholní léčbu, jinak by je zaměstnavatel musel propustit nebo je kvůli jejich závislosti také propustil. Chránil tak je, ostatní spolupracovníky a šlo především o nespolehlivost i riziko porušení bezpečnosti práce. Komunikační partner 7 uvedl: „Šéf mi dal nůž na krk, že pokud nenastoupím léčbu, tak se se mnou rozloučí, vážím si jeho nabídky.“ Důvodem nástupu byl i nátlak rodiny, která již déle neholdala snášet celou tuhle nelehkou situaci a uvědomovali si, že základní tříměsíční protialkoholní léčba nepřinese takové výsledky jako dlouhodobější a intenzivnější doléčování. Pro tři komunikační partnery byla důležitá i možnost bydlení, která v tuto chvíli díky pobytu v doléčovacím zařízení byla prozatím vyřešena, a oni se mohli soustředit více na ustálení změn, které jim přinesla základní léčba. KP 6 podotkl: „Je zima a já nemám, kde bydlet a tady je mi teplo a jídlo taky dostanu.“

Tabulka 2 Trs – 2 – Důležité oblasti resocializace pro komunikační partnery

Oblasti	Komunikační partneři						
	KP 1	KP 2	KP 3	KP 4	KP 5	KP 6	KP 7
Zdraví	x	x		x			x
Zaměstnání		x	x	x	x		x
Rodina		x	x		x		
Bydlení	x			x		x	
Psychika	x					x	

Zdroj: Vlastní výzkum

Oblasti, které jsou pro komunikační partnery důležité pro jejich úspěšné začlenění do společnosti se ve většině bodů shodují s důvody, které byly impulsem pro nástup do doléčovacího programu. Jelikož pro fungování v životě je nutné mít vyřešenou situaci ohledně zdraví, s kterou je provázána i možnost ucházet se o zaměstnání a získání stálého měsíčního příjmu i šance zajistit si odpovídající ubytování. Pouze KP 1 a KP 6 ještě dodali, že je pro ně nutné zlepšit i psychickou stránku, která je nedílnou součástí na cestě k úzdavě. KP 1 sdělil: *„Po všech těch hnusných urážkách manželky a odvrácení mé rodiny potřebuju pomoc, moje sebevědomí je na nule.“*

Tabulka 3 Trs – 3 – Rodinné zázemí

Rodinné zázemí	Komunikační partneři						
	KP 1	KP 2	KP 3	KP 4	KP 5	KP 6	KP 7
Špatné		x	x			x	x
Podpůrné					x		
Žadné	x			x			
Konfliktní		x	x				x

Zdroj: Vlastní výzkum

Většina komunikačních partnerů se zmínila, že jejich rodinné zázemí a celkově dětství a dospívání nebylo dobré, to jistě bylo spojeno se sklony k závislosti, byli zde již nějaké predispozice – rodinné a sociální. S rodinou mají buď minimální kontakt či nemají žádnou podporu a motivaci od rodinných příslušníků, a toať již proto, že nemají rodinu nebo se od nich rodina odvrátila vlivem jejich problému se závislostí. Tři komunikační partneři uvedli, že v rodině docházelo a stále dochází ke konfliktním situacím, které se podepisují na špatných rodinných vztazích, a částečně bylo i důvodem útěku ke konzumaci k alkoholu, kdy všechny sváry byly na chvíli zapomenuty. KP 2 sdělil: *„Matka mě celou dobu prudí a nenechá mě na pokoji, celý život mi do všeho kecá.“* Pouze KP 5 má plnou podporu rodiny: *„Manželka i děti mi fandí a já jsem za to velice vděčný, že mě nehodily přes palubu a daly mi šanci.“* Podotýkám, že to byl jediný účastník rozhovorů, který byl stále ženatý a silně motivovaný, ve své ženě a dětech měl plnou podporu, což bylo jistě velice nápomocno v boji se závislostním chováním.

Tabulka 4 Trs – 4 – Oblasti s největšími dopady závislosti

Dopady	Komunikační partneři						
	KP 1	KP 2	KP 3	KP 4	KP 5	KP 6	KP 7
Zdraví	x	x		x			x
Zaměstnání		x	x		x		x
Bydlení	x			x		x	
Finance	x	x	x	x	x	x	x
Rodinné vztahy	x	x	x				x

Zdroj: Vlastní výzkum

Všichni komunikační partneři se shodli, že nejvíce se jejich závislost odrazila na jejich finanční situaci, potřebě za každou cenu sehnat peníze na alkohol, kterou řešili i tím, že si začali ve svém okolí půjčovat a po čase již nebyli schopni svoje závazky splácet. Čtyřem komunikačním partnerům narušila jejich závislost na alkoholu rodinné vztahy. Pro okolí již tato situace byla neúnosná, věčné sliby, že už vše bude dobré, že už se nenapíjí a vše vyřeší a poté opět období, kdy s jedinci nebylo možné s ohledem na jejich neustálé popíjení ani komunikovat. KP 1 uvedl: „*Manželka mi oznámila, že není zvědavá na alkáče, který buď není doma, nebo je na mol.*“ Alkoholismus se u tří komunikačních partnerů podepsal i na neschopnosti udržet si bydlení, buď byli nespolehliví, nebo neměli dostatek financí na zaplacení nájemného, proto se ocitli bez domova. KP 6 zmínil: „*Po smrti rodičů už nebyl nikdo, kdo by mi dal šanci a já všechny prachy utrácel za chlást.*“ I přestože prakticky všem závislost na alkoholu nějakým způsobem zhoršila zdravotní stav, pouze čtyři komunikační partneři uvedli, že jejich alkoholismus ovlivnil jejich zdravotní stránku.

4.1.2 Výsledky výzkumu

Tabulka 5 Trs – 5 – Aktivity v zařízení, kterých se zúčastňují

Aktivity	Komunikační partneři						
	KP 1	KP 2	KP 3	KP 4	KP 5	KP 6	KP 7
Pracovní terapie		x	x			x	x
Trénování paměti	x					x	
Skupinová terapie	x	x	x	x	x	x	x
Individuální terapie	x	x	x	x	x	x	x
Edukační skupina	x	x	x	x	x	x	x
Výlety		x	x		x		x

Zdroj: Vlastní výzkum

Čtyři komunikační partneři se v doléčovacím zařízení zúčastňují pracovní terapie, která se zaměřuje na různé výrobky či práce spojené s údržbou zahrad (tato aktivita je zpoplatněna a finance z ní putují na provoz tohoto zařízení). Učí se zde různým pracovním dovednostem, a především tomu mít nějakou povinnost, nejen nečinně trávit čas, ale i nácvikem dovedností zvyšovat svůj úspěch při získání zaměstnání. Dva klienti se s ohledem na svůj věk věnují aktivitám spojeným s trénováním paměti, tuto aktivitu shledávají jako zajímavou a přispívá i ke zlepšení. KP 6 poznamenal: „*Začínám asi z chlastu být dementní, tak jsem na tom začal trochu pracovat.*“ Všichni komunikační partneři uvedli, že absolvují skupinové, individuální a edukační skupiny, což je i podmínkou při absolvování doléčovacího programu v této pobytové službě následné péče. Čtyři komunikační partneři velice rádi jezdí na pravidelné výlety převážně do blízkého okolí. Předem se vždy s pracovníci domluví a naplánují, kam by se mohli společně vydat, je to i důležité v rámci nácviku organizačních schopností pro klienty. Komunikační partner 3 vyjádřil názor: „*Rád vypadnu někam jinam, do normální společnosti a přijdu si jako svobodný.*“

Tabulka 6 Trs – 6 – Činnosti, do kterých se klienti zapojují

Činnosti	Komunikační partneři						
	KP 1	KP 2	KP 3	KP 4	KP 5	KP 6	KP 7
Úklid prostor	x	x	x	x	x		x
Příprava oběda	x		x			x	
Údržba objektu		x			x	x	x
Příprava stravy		x	x	x			x
Nákupy		x	x			x	x

Zdroj: Vlastní výzkum

Všichni komunikační partneři se díky domovnímu řádu a činnostem, které jsou stanoveny jako povinné, podílejí dle svých schopností a možností na chodu zařízení. Tyto činnosti jsou záměrné, jelikož se klienti naučí sociálním dovednostem, které některým chyběly a jež mohou využít v budoucnu. Prakticky všichni se podílejí různou měrou na úklidu společných prostor, výjimkou je KP 6, který dodal: „*já na úklid nikdy nebyl a ve svém věku s tím opravdu nebudu začínat, to je práce pro ženskou.*“ Je samozřejmé, že si vlastní pokoje musí automaticky udržovat v čistotě, jinak by jim hrozilo ukončení pobytu v této instituci. Ti, kteří mají nějaké zkušenosti s vařením, se o víkendech, kdy není možnost dovážky obědů (někdy i v týdnu, protože všichni obědy neodebírají), podílejí na jeho přípravě, a to od nápadu, co budou vařit, co je potřeba

nakoupit až po samotné vaření. Všech 7 komunikačních partnerů se společně vždy domluví, co budou vařit a složí se na náklady spojené s obědem. Ostatní se podílejí zase na přípravě snídaní či večeří, protože tato činnost není pro tyto určité klienty tak náročná jako vaření oběda. KP 4 uvedl: „*Tak namazat nějaký chleba a uvařit kafe nebo čaj k snídani není nic, co bych nezvládl, to mi problém nedělá.*“ V rámci pobytu je nutné zajistit i nákupy, kterými jsou pověřené určité osoby, které poté jedou s pracovníci zařízení do města, kde každému dle jeho nebo společného seznamu nakoupí. O údržbu objektu se starají další klienti k tomu určení, kteří mají zkušenosti týkající se stavebních, instalatérských a jiných provozních prací. KP 5 řekl: „*Doma si taky prakticky všechno spravím sám, tak nemám problém se zapojit do údržby tady – bilení, drobné opravy, výměny žárovek atd.*“

Tabulka 7 Trs – 7 – Na které oblasti se se sociální pracovníci zaměřují

Oblasti	Komunikační partneři						
	KP 1	KP 2	KP 3	KP 4	KP 5	KP 6	KP 7
Zdraví		x	x		x	x	x
Rodina	x	x	x				x
Zaměstnání			x			x	x
Bydlení	x			x		x	
Finance	x	x	x	x	x	x	x

Zdroj: Vlastní výzkum

Všichni komunikační partneři se se sociální pracovníci zaměřují na oblasti, které uvedli již výše jako důvody nástupu do doléčovacího zařízení. Každý z komunikačních partnerů pociťuje pro něj prioritní oblast, která je důležitá pro jeho další fungování. Na tom se společně se sociální pracovníci domluví převážně při úvodním rozhovoru, který absolvují při nástupu do této pobytové služby. Společně sestaví individuální plán klienta, dle něhož postupují v průběhu pobytu v zařízení – průběžně je plán hodnocen, doplňován či upravován dle měnících se potřeb a přání klienta.

Tabulka 8 Trs – 8 – Konkrétní záležitosti řešené se sociální pracovníci

Záležitosti	Komunikační partneři						
	KP 1	KP 2	KP 3	KP 4	KP 5	KP 6	KP 7
Vyřízení dokladů	x		x			x	
Příspěvek na bydlení			x	x		x	
Doplatek na bydlení			x	x		x	
Hmotná nouze			x	x		x	
Zaměstnání			x				x
Sehnání bydlení	x			x		x	
Kontakty na lékaře	x	x		x	x	x	x
Dluhy na ZP a SP		x					
Jiné dluhy	x	x	x	x	x	x	
Urovnání vztahů v rodině		x	x				x

Zdroj: *Vlastní výzkum*

Konkrétní záležitosti, na které se klienti se sociální pracovníci zaměřují, jsou předem definovány v individuálním plánu, dle kterého volí priority a postupné kroky k vyřešení různých oblastí jejich života. Vzhledem k různým majetkovým, sociálním a rodinným poměrům se problematické záležitosti účastníků výzkumu liší. Někteří z komunikačních partnerů se kvůli své závislosti přestali prakticky starat o běžné věci spojené s fungováním ve společnosti, proto bylo nutné, aby s nimi sociální pracovnice vyřídila doklady, většinou kartičku zdravotní pojišťovny, občanský průkaz či další doklady nutné k legitimaci nebo vyřízení dalších záležitostí na úřadech. Se třemi komunikačními partnery se s ohledem na jejich situaci, kdy se ocitli bez bydlení, zaměřila sociální pracovnice na vyřízení příspěvku na bydlení, doplatku na bydlení případně hmotné nouze, jelikož jako pobytová služba je hrazená, měsíční náklady jsou 4 100 Kč a ty je nutné hradit. Zabývají se i myšlenkami na další možnosti ubytování po dokončení programu doléčování v ALKATU v Jemnici. S většinou klientů řeší na základě jejich špatné finanční situace navíc ještě dluhy, které si nastřádali za dobu nejen jejich nezvladatelné konzumace alkoholu, ale s ní spojenou nezodpovědností a neplacením pravidelných plateb. Úhrada nájemného, elektřiny, vodného, topení a dalších, které musí každý člen společnosti platit. KP 4 uvedl: „*Protože jsem nejen popíjel, ale i hrál bedny, tak jsem si různě půjčoval a ta sumička celkem narostla, tak jsme řešili se sociální pracovníci také splátkový kalendář, abych se z toho snad jednou dostal.*“ Tento klient propadl nejen alkoholu, ale i hraní automatů, které s tím měl spojené, proto jeho dluhy narostly opravdu do horentní sumy. Většina klientů v době závislosti zanedbávala také svoji zdravotní stránku, proto bylo nutné kontaktovat lékaře kvůli preventivním

prohlídkám či na základě doporučení objednat klienty ke specialistovi. Většina z komunikačních partnerů nenavštěvovala stomatologa, nechodila na preventivní prohlídky ke svému praktickému lékaři a s ohledem na jejich původní zdravotní omezení se nedostavovali na kontroly ani k odborným vyšetřením. Se třemi klienty se sociální pracovnice orientovala také na urovnání vztahů v rodině, které byly z různých důvodů neuspokojivé, ať již docházelo ke konfliktům, nebo byly vztahy úplně zpřetrhané.

4.1.3 Výsledky výzkumu

Trs – 9 – Metody sociální práce využívané v rámci léčby

Klienti doléčovacího zařízení v souvislosti s léčbou využívají metody sociální práce s jednotlivcem a se skupinou. Na sociální práci s rodinou se instituce nezaměřuje, nemá kompetentní terapeuty. Shodli se, že práce ve skupině je jim přínosná z pohledu zkušeností ostatních a možných nácviků různých technik a dovedností. Ale uvedli, že jsou určité záležitosti, které chtějí řešit jen se sociální pracovnicí nebo s terapeutem s ohledem na jejich intimitu či udržení si určitého soukromí. KP 1 dodal: „*Některé věci se mě osobně moc dotýkají a nechci je řešit s celou skupinou, kupříkladu to, že nemůžu mít děti.*“

Tabulka 9 Trs 10 – Přístupy sociální práce, které komunikační partneři preferují

Přístup	Komunikační partneři						
	KP 1	KP 2	KP 3	KP 4	KP 5	KP 6	KP 7
Kognitivně-behaviorální	x	x	x	x	x	x	x
Systemický	x				x		x
Orientovaný na úkoly	x	x	x	x	x	x	x

Zdroj: Vlastní výzkum

V rámci léčby se uplatňuje u klientů doléčovacího programu v ALKATU v Jemnici přístup orientovaný na úkoly, systemický přístup a kognitivně-behaviorální přístup. S klienty je pracováno všemi těmito uvedenými přístupy, navštěvují určité terapie nebo aplikace přístupu s nimi. Dle jejich preferencí, tzn. který přístup je pro ně nejideálnější a nejvíce jim vyhovuje, bylo výzkumem zjištěno, že klienti, kteří mají největší motivaci a jsou opravdu rozhodnutí svůj problém zvládnout, jsou spokojeni i se systematickým přístupem sociální práce, který označují jako další podporu při zvládnutí jejich nelehké životní situace.

Tabulka 10 Trs -11 – Techniky, dle kterých se pracuje

Techniky	Komunikační partneři						
	KP 1	KP 2	KP 3	KP 4	KP 5	KP 6	KP 7
Motivační rozhovor	x	x	x	x	x	x	x
Povzbuzování	x					x	
Relaxační techniky	x	x	x	x	x	x	x
Technika asertivního NE		x		x			x
Seznam odměn	x		x	x	x		
Technika převedení pozornosti	x	x	x	x	x	x	x
Konstruktivní otázky	x				x		x
Srovnávací otázky	x				x		x

Zdroj: Vlastní výzkum

Pro všechny komunikační partnery je velice přínosná technika motivačního rozhovoru, uvádějí, že se zde mohou realizovat a utřídit si myšlenky, co pro ně je ten hnací motor nadále pokračovat v abstinenci a celkově se orientovat na další kroky ve svém životě a hledat další cíle, které jim mohou být následnou další motivací. Všem jsou také nápomocné relaxační techniky, které jim pomáhají uklidnit se a zvládat stresové situace. Důležité v podpoře abstinence také shledávají techniku převedení pozornosti, kterou využívají ve chvílích, kdy na ně přijde touha se opět napít. KP 5 řekl: „*Technika převedení pozornosti mi je dost nápomocná, protože stále přichází chvíle, kdy cítím chuť si dát kapku alkoholu.*“ Tato technika je velice nápomocna v předcházení relapsu a případné recidivě. Klienti se učí i jinak pracovat s pocitem bažení, ale popsali pouze tuto techniku. Silně motivovaní komunikační partneři také uvedli, že pro ně jsou velice užitečné techniky konstruktivních a srovnávacích otázek, díky kterým se zamýšlejí nad situacemi, které by je možná samotné nenapadly. Pro dva účastníky výzkumu je přínosem technika povzbuzování, jak uvedl KP 1: „*Potřebuju nějak naťuknout a dodat sílu a podporu.*“ Naopak KP 2 řekl: „*Nepotřebuji nějak pomáhat, nejsem závislý, když budu chtít, tak vše zvládnou. Piju jen kvůli problémům v podnikání a s matkou, jinak bych nepil.*“ Pro čtyři komunikační partnery je nápomocnou technika odměn a sebeodměňování, ačkoliv jsou chváleni ostatními, i oni sami se musejí naučit se za určité kroky, postupy v léčbě, odměnit, ať již slovně nebo nějakou maličkostí.

4.1.4 Výsledky výzkumu

Tabulka 11 Trs – 12 – Oblasti, ve kterých KP pociťují zlepšení

Oblasti zlepšení	Komunikační partneři						
	KP 1	KP 2	KP 3	KP 4	KP 5	KP 6	KP 7
Zdraví	x	x	x	x	x	x	x
Práce	x		x	x	x		
Bydlení	x			x		x	
Vztahy s rodinou		x	x				
Finance	x			x	x		
Dluhy	x			x	x		
Psychika	x	x	x	x	x	x	x
Přátelství		x	x	x	x	x	x
Koníčky	x				x	x	x

Zdroj: Vlastní výzkum

Všichni účastníci výzkumu se shodli, že nejlepší zlepšení pociťují v oblasti zdraví, dlouhodobá abstinence přináší svoje pozitivní stránky, většině se zmírnily nejen zažívací potíže, ale již také u nich nedochází k abstinčním příznakům. Všichni se cítí lépe i po psychické stránce, uklidnili se, něco již dokázali a cítí se jistější, že vše lépe zvládnou. KP 4 uvedl: „*Dal jsem se tady do pohody a srovnal si mnoho věcí v hlavě.*“ Mají zde prostor a možnost promyslet si svoje další kroky a také se především poradit s někým, kdo jim s jejich starostmi pomůže a navede je správným směrem. Čtyři komunikační partneři pociťují zlepšení po pracovní stránce, jelikož se jim povedlo sehnat zaměstnání v místních firmách a práci si drží, což se také projevilo na zvýšení financí, které již delší dobu postrádali. Velice nápomocna jim byla sociální pracovnice, která s nimi hledala možné inzeráty a doporučila jim firmy, které by mohli kontaktovat. Poradila jim, jak se chovat, co vše je nutné v případě nástupu zařídit a jaké povinnosti pro ně z pracovního vztahu vyplývají, co vše je nutné na pracovišti dodržovat – včasné příchody, spolehlivost, omluva v případě nepřítomnosti. Většina zde navázala přátelství, která jsou pro ně velice přínosná, mají si s kým popovídat o svých pocitech a sdílet své problémy s někým, kdo si sám prošel něčím podobným. KP 7 řekl: „*Je fajn si promluvit s někým, kdo vám rozumí, a vědět, že se nemusíte stydět a neodsoudí vás.*“ Komunikačním partnerům 2 a 3 se také povedlo zlepšit jejich konfliktní vztahy s rodinnými příslušníky, což v dlouhodobém horizontu bude velice prospěšné pro jejich fungování v budoucím životě a díky jejich podpoře to bude mít i pozitivní vliv na udržení změn a pokračování v doléčování a s tím spojené abstinence.

Trs – 13 – Charakteristika úspěšné léčby

Komunikační partneři se shodli na tom, že léčbu je možné považovat za úspěšnou v případě zlepšení zdravotního stavu, tím se jim otevírají možnosti k získání zaměstnání bez omezení pracovního výkonu. Většina také uvedla, že důležité pro další fungování ve společnosti je sehnání stálého zaměstnání, s kterým souvisí získání financí, díky nimž je možné si zaplatit bydlení, potraviny a celkově žít, a pokud je to reálné, tak i začít vyrovnávat dluhy, které si s sebou nesou z minulosti. KP 3 uvedl: *„Já nemít práci, tak skončím tam, kde jsem byl. Musím splácet dluhy, najít si bydlení a platit nájem a to bez práce není možné. Jednou bych chtěl žít normálně.“*

Tabulka 12 Trs –14 – Co je mojí motivací

Motivace	Komunikační partneři						
	KP 1	KP 2	KP 3	KP 4	KP 5	KP 6	KP 7
Děti		x			x		x
Rodina					x		
Splacení dluhů	x			x			
Normální život	x		x	x			
Zlepšení zdraví	x	x		x			x
Partnerka		x	x	x		x	x

Zdroj: Vlastní výzkum

Pro většinu komunikačních partnerů je motivací zlepšení jejich zdravotního stavu, protože tam se poté odráží celá jejich situace. Pokud nebudou zdravotně v pořádku, neseženou zaměstnání a tím pádem ani finance na bydlení či splacení dluhu a nebudou moci vést plnohodnotný život jako většina společnosti. Pro pět komunikačních partnerů bylo motivací i to, že v případě jejich abstinence by mohli potkat partnerku, s kterou by žili a plánovali budoucnost. Shodně uvedli, že už je nebaví žít samotné a rádi by strávili život po boku partnerky a vedli normální život. Komunikační partner 5 uvedl: *„Největší motivací je pro mě moje manželka s dětma, chci jim vše vynahradiť a konečně se chovat jako manžel a otec.“* Pro dva komunikační partnery bylo silnou motivací začít řešit otázku ohledně dluhů, které udělali v době závislosti na alkoholu, jelikož to je velice tížilo a vyvolávalo hrozné představy o tom, že tady dluhy stále budou, a jak to mají vyřešit, aby mohli fungovat a možná jednou být bez závazků. Tři účastníci výzkumu poznamenali, že motivační pro ně je představa normálního života bez věčné touhy po alkoholu. Žít jako ostatní, dívat se do budoucnosti a neřešit, co bylo. Chodit do zaměstnání, mít domov a případně blízkou osobu po svém boku. KP 1 řekl: *„Už chci*

konečně normálně žít, tak jako ostatní lidé. Nemít jen myšlenky, kde seženu chlast. “ Dva účastníci výzkumu řekli, že pro ně jsou silně motivující jejich děti, protože už nechtějí být těmi nespolehlivými a hlavně táty, za které se jejich děti musí stydět nebo se jich bát. Chtějí jim být oporou, a hlavně být tu pro ně.

5 DISKUZE

Závislost na alkoholu je celosvětový problém, s kterým se potýká mládež, dospělí, senioři a nejedná se pouze o muže, nevyhýbá se ani ženám. Pešek (2018) poukazuje na to, že již v dospívání získává většina první zkušenosti s alkoholem, jelikož v naší společnosti je alkohol legální a je spojován s mnoha kulturními zážitky a tradicemi. Jsem si také vědoma této skutečnosti, protože i ve svém okolí se setkávám se situacemi, kdy si děti přitukávají při oslavách dětským šampaňským – jde o gesto, které mají spojené s oslavou. Bohužel jsem svědkem i situací, kdy rodiče dají s úsměvem ochutnat například pivo nebo jim kupují různé značky ochuceného Birellu. To se potvrdilo i ve výzkumné části, kdy většina z komunikačních partnerů uvedla, že první zkušenosti s alkoholem pochází již z období dospívání, u některých již z dětství. Konzumace alkoholu příjemně uvolňuje zábrany a navozuje většinou příjemné pocity, na straně druhé se již každý z nás jistě setkal s člověkem, který se stal závislým na alkoholu, ztratil kontrolu a trpěl nejen on, ale především jeho okolí. Příčina závislosti může být dle Kudrle (2008) předpokladem biologickým, sociálním, psychickým a spirituálním. Neznamená to ale, že má někdo určité predispozice a automaticky poté bude mít problém s některou se závislostí. Dotazovaní ve výzkumné části uvedli, že u nich byl příčinou stres, kolektiv pracovníků a problémy v manželství, také se na nich jistě podepsaly napjaté vztahy v rodině, které většina uvedla jako špatné. Jsem toho názoru, že někteří jedinci, kteří nemají podporu ve svém okolí, nemají nějaký koníček nebo osobu, s kterou mohou sdílet své těžkosti, mají vyšší předpoklad závislosti propadnout. Dle Hellera (2011) je nutné si uvědomit, že závislost je choroba, kterou je nutné léčit, není vůbec snadné s ní skoncovat jen tak, jak si mnoho lidí ve společnosti myslí. Je více forem léčby závislosti – ambulantní, stacionární, ústavní a s tím spojená zařízení – základní tříměsíční léčba, terapeutická komunita nebo doléčovací zařízení. Mnoho osob, které propadly alkoholu, si dle Hellera (2011) vůbec neuvědomují, že jsou závislí a potřebují pomoci, většinou právě blízcí vidí důsledky, které alkohol páchá v jejich životě, a jsou těmi, kdo přesvědčují, aby byla léčba podstoupena. Ve svém okolí jsem se také setkala se situací, kdy bylo zjevné, že muž má již problémy se závislostí, ale jelikož si stále myslel, že má vše pod kontrolou a jeho chování je vlastně naprosto v pořádku, vždyť je normální si dát pivo, tak vlastně není, jak mu pomoci, pokud sám není přesvědčen nastoupit léčbu. Dát si občas nějaké to pivo není nic špatného, ale pokud je to již pravidelně a nezůstane jen u jednoho piva a konzumuje se již i tvrdý

alkohol, tak si nemyslím, že je to v pořádku. I ve výzkumné části se ukázalo, že někteří z účastníků výzkumu podstoupili léčbu v doléčovacím zařízení ALKAT, z. s., v Jemnici až na nátlak rodiny. Dlouhodobé nadužívání alkoholu se podepsalo především na zdraví, ale i na ztrátě bydlení či problémech v zaměstnání a následné finanční situaci. Nešpor (2018) upozorňuje na to, že léčba závislosti na alkoholu by měla být intenzivní a především dlouhodobá, prakticky doživotní. Heller (2011) dodává, že doléčovací léčba má svůj nejdůležitější stabilizační vliv, jelikož teprve po roce se objevují psychické problémy, které primárně způsobily závislost. Proto je vhodné absolvovat doléčovací léčbu, která tím zvyšuje šance na vyléčení a doživotní abstinenci, protože ke stabilizaci všech poměrů v životě člověka dochází teprve třetím rokem abstinence. S autorem naprosto souhlasím, protože jsem již několikrát byla svědkem, kdy osoba závislá na alkoholu absolvovala pouze základní léčbu bez dalších aktivit spojených s doléčovací fází a bohužel také dlouhodobou abstinencí neudržela a dostala se do recidivy.

Pro zodpovězení výzkumné otázky: *„Jaké postupy jsou využívány k procesu resocializace mužů závislých na alkoholu?“* jsem se zaměřila na oblasti, které jsou pro komunikační partnery důležité a pociťují v nich největší potřebu resocializace, aby jim byl zlepšen vstup do normálního života ve společnosti. Kalina et al. (2015) uvádí, že program v léčebném zařízení by měl nabízet dostatečné podněty k abstinenci, které souvisí se zlepšením zdraví, s vyřešením osobních problémů a sociální integrací. Nejúspěšnější je dle jeho názoru kombinace kognitivně-behaviorálního přístupu ke zvládání rizikových situací a působení psychoterapeutické skupiny, jasně daná pravidla s pevným režimem a trénování sociálních dovedností. V doléčovacím zařízení v ALKATU v Jemnici postupují na základě rozhovorů s komunikačními partnery, což odpovídá názoru Kaliny. Mají přesně daný řád, zúčastňují se různých aktivit (pracovní terapie, trénování paměti, skupinových, individuálních a edukačních skupin), zapojují se do činností (údržba objektu, úklidu společných prostor, příprava oběda a ostatní stravy), které jim pomáhají zvládat sociální dovednosti a nastavit řád v jejich životě. Dle mého názoru je důležité, aby osoby měly řád, aby si osvojily nějaké sociální návyky, především pak aby vyplnily svůj volný čas nějakou smysluplnou aktivitou, aby neměly možnost zůstat o samotě s myšlenkou na napití se, Oblasti, na které se sociální pracovníci zaměřují, se týkají zdravotní stránky, zaměstnání, finanční situace a s ní spojených dluhů. Konkrétní věci, které společně řeší, jsou od sehnání kontaktů na lékaře, vyřízení příspěvku na bydlení, doplatku na bydlení či hmotné nouze, práce na

zlepšení rodinných vztahů, pomoc při hledání zaměstnání či bydlení až po vyřešení jejich špatné finanční situace a s ní spojených dluhů, které nastřádali v době popíjení. Ve své funkci sociální pracovnice jsem se setkala s lidmi, kteří řešili nelehké životní situace, a pokud neměli podporu rodiny či nějaké blízké osoby, tak byli bezradní a nevěděli si rady. Proto je nutné, aby v rámci začlenění do společnosti byla resocializovaným nabízena odborná pomoc sociálního pracovníka, který je kompetentní nebo je schopný doporučit někoho, kdo se v dané oblasti orientuje.

Jedním z dílčích cílů mé práce bylo: „Zjistit přístupy, metody a techniky, které přispívají k úspěšné resocializaci osob na pracovní trh.“ Výsledkem cíle bylo zjistit, které přístupy, metody a techniky jsou z pohledu komunikačních partnerů pro ně vhodnější a nápomocné k usnadnění vstupu na otevřený trh práce. Pavlovská a Makovská Dolanská (2015) uvádí, že v době doléčování se nejvíce využívá metod sociální práce s jednotlivcem a se skupinou, to ostatně potvrdili i účastníci výzkumu a shodli se na tom, že jsou záležitosti, které rádi řeší pouze s terapeutem nebo sociální pracovníci, naopak jsou situace, kdy jim je velice nápomocna spíše skupinová sociální práce. Byla jsem překvapena, že v ALKATU není využívána sociální práce s rodinou, která by mohla přinést vyšší úspěšnost při začlenění jedinců do společnosti, ale bylo mi řečeno, že vzhledem k personálnímu obsazení, jeho specializaci, a hlavně k omezenému rozpočtu není zatím možné tuto metodu aplikovat, i přestože si jsou pracovníci vědomi jeho důležitosti v procesu doléčování. Na základě rozhovorů s komunikačními partnery bylo zjištěno, že jsou při pobytu v doléčovacím zařízení využívány tři přístupy, a to přístup orientovaný na úkoly, v němž se angažuje sociální pracovnice a na základě sestaveného individuálního plánu je pomocnicí při řešení klientových problémů. Dále jev procesu doléčování využíváný systemický přístup, který shledali jako přínosný ti komunikační partneři, kteří byli dle mého názoru silně motivovaní. Kognitivně-behaviorální přístup, který vede terapeutka docházející do zařízení, radí mnoho odborníků mezi nejvyužívanější při léčbě závislostí. Tuto informaci potvrzuje i Kuklová (2016), která popisuje konkrétní kroky v rámci kognitivně-behaviorálního přístupu. Techniky, které byly většinou účastníků rozhovoru potvrzeny jako využívané a přínosné při jejich zapojení do pracovního procesu jsou motivační rozhovory – k posílení nebo k nastavení motivační složky, relaxační techniky – vedoucí k uvolnění a uklidnění při vypjatých a stresových situacích a technika převedení pozornosti, která jim je nápomocna při zvládnání bažení a je jednou z technik k prevenci relapsu nebo recidivě,

což potvrzuje Kuklová (2016) i Soukup et al. (2015). Pro tři komunikační partnery je přínosná při zapojení na pracovním trhu technika asertivního NE – osoby trpící závislostí mají problémy s nízkým sebevědomím a nejsou poté schopné odmítnutí nebo vyjádření svých potřeb dle Kuklové (2016), konstruktivní a srovnávací otázky, které jsou dle Ludewiga (2015) technikami využívanými v systemickém přístupu. Dva účastníci uvedli jako účinnou také techniku povzbuzení, jelikož je pro ně důležité povzbudit, aby se lépe resocializovali a zapojili na pracovním trhu – také díky nízkému sebevědomí a nerozhodnosti. K naplnění cíle tedy bylo vyhodnoceno, že nejvíce přínosné jsou pro klienty motivační rozhovory, relaxační techniky a technika převedení pozornosti. Další byli spíše kombinací s ostatními. Jsem si vědoma faktu, že velikost a místo, kde se služba následné péče při procesu resocializace nachází, má vliv na možnosti a množství nabízených metod, přístupů a technik sociální práce. Naopak si myslím, že může být přínosné, že se objekt nachází v klidné chatové a zahrádkářské oblasti s možností odpoutání se od vlivu města.

Výzkumná otázka: „*V které oblasti spatřují komunikační partneři nejlepší úspěšnost?*“ byla zaměřena na naplnění třetího dílčího cíle: „Zjistit nejčastější oblast, kde je resocializace z pohledu komunikačních partnerů nejúspěšnější.“ Pavlovská a Makovská Dolanská (2015) popisují efektivní následnou péči doléčování jako klientovu sociální stabilizaci, pod níž si lze představit zmapování a splácení dluhů, zajištění bydlení a pravidelného finančního příjmu ze zaměstnání. Nešpor (2018) definuje principy efektivní léčby závislosti, mezi něž patří: delší léčba přináší větší úspěch, pro klienta je nutné zvolit nejvhodnější léčbu a také by měla reagovat na měnící se potřeby klienta. Z rozhovorů s komunikačními partnery vyplynulo, že největší úspěch vidí ve zlepšení zdravotního stavu z důvodu dlouhodobější abstinence a v psychickém rozpoložení. Je logické, že je to vlivem nulové tolerance užití alkoholu, která je nastavena v tomto zařízení a jejíž namátková kontrola přináší pozitiva po zdravotní a psychické stránce. Celkově se při pobytu v doléčovacím zařízení uvolnili a nejsou tolik stresováni. Šest účastníků rozhovoru navázalo přátelství, které je jim přínosné tím, že mají spojence v boji se závislostí, někoho, kdo jejich situaci rozumí, protože se ocitli ve stejné situaci. Čtyřem komunikačním partnerům se podařilo sehnat zaměstnání, což úplně mění jejich situaci, zlepšila se tím jejich finanční stránka, mohou splácet dluhy a celkově se cítí silnější a schopnější úspěšně se začlenit do společnosti. Jsem potěšena, že i přestože je Jemnice malé město s omezenými možnostmi zaměstnání, povedlo se

i tak získat klientům adekvátní pracovní pozici. Tři klienti doléčovacího zařízení mi sdělili, že se prozatím vyřešila jejich situace s bydlením, jelikož do nástupu na doléčovací program byli bez domova. O jednom z účastníků výzkumu jsem byla přesvědčena, že využil možnosti doléčovacího programu jen z důvodu ubytování a nějakého zázemí přes zimu. To mi také potvrdila sociální pracovnice, že se bohužel často setkávají s klienty, kteří k nim nastoupí v podzimních měsících, přečkají u nich zimu a s příchodem teplých jarních dní od nich odcházejí. Dvěma klientům se zlepšily vztahy s rodinou, nyní si již pravidelně volají a celkově pocítují podporu v léčbě, která jim dosud chyběla. Čtyři respondenti uvedli, že se při pobytu měli možnost zamyslet nad trávením volného času, který vyplnili tím, že si našli nějaké koníčky, které je naplňovaly už dříve, ale hlavně díky závislosti je zavrhli. Jedná se o četbu knih, sledování fotbalových a hokejových zápasů, věnování se sportu a rybaření. Bylo zajímavé pozorovat a poslechnout si, s jakým nadšením a horlivostí mluvili klienti o svých zálibách, které je naplňovaly a nabídly jim smysluplnější využití svých volných chvil. Komunikačních partnerů jsem se také dotázala, zda by mi mohli sdělit, co nebo kdo pro ně byl nejvíce motivační k tomu, aby nadále vydrželi a pokračovali v doléčování. Na úspěšnosti udržení abstinence má vysoký vliv zvláště motivace dle Soukupa (2015). Pět klientů uvedlo, že největší motivací pro ně byla partnerka, ať již už nějakou mají, či by chtěli v budoucnosti potkat a fungovat s ní v normálním životě. Na základě zkušeností ze života před závislostí si uvědomují, že pokud nebudou abstinovat, tak jim žádný vztah nevydrží a ani partnerka jim jejich popíjení nebude tolerovat. Silnou motivací pro tři komunikační partnery byly děti, pro které by konečně chtěli být opravdovým tátou, který s nimi bude trávit volný čas a bude jim oporou. Zlepšení zdraví je motivační pro čtyři účastníky výzkumu, kteří pocítují, že by byli rádi, pokud by se jejich zdravotní stav ještě zlepšil, jelikož by jim to celkově usnadnilo všechny ostatní oblasti jejich života. Nešpor (2018) potvrzuje, že motivace je jednou z klíčových věcí, které vedou k úspěšnosti a efektivnosti léčby, jelikož klient má nějaký cíl a důvod v pokračování léčení. I já jsem přesvědčena, že v životě každého člověka je důležitá motivace, vycházející z vnitřního přesvědčení. Pokud jsme někým přesvědčováni o něčem, ale nemáme vlastní motiv, který nás vede k cíli, má tato změna pouze krátkodobý charakter.

Hlavním cílem mé práce bylo: *„Zmapovat přístupy přispívající k úspěšnému začlenění do společnosti.“* Dle mého názoru je velice důležité, aby jedinci v procesu doléčování

měli podporu v rodině, v přátelích, v terapeutovi nebo v sociální pracovníci. Heller a Pecinová et al. (2011) upozorňují na důležitou skutečnost, že léčbou se vyléčí pouze příznaky choroby (závislosti), proto je možné kdykoliv spadnout do bludného kruhu závislosti. Tím pádem léčbou resocializace nekončí a je nutné dlouhodobě, prakticky celoživotně podporovat změněný životní styl, s kterým souvisí především abstinence v požívání alkoholu. Je možné absolvovat také opakovací léčbu, která je například desetidenní, sloužící k udržení stávajícího stavu či k posílení vůle a také jako kontakt s někým, kdo opravdu rozumí pocitům a nesnázím mužů závislých na alkoholu, což potvrzuje i Nešpor (2018). K posílení doléčování mohou muži využít i možnosti svépomocných skupin nebo skupin Anonymních alkoholiků, kteří se pravidelně setkávají, podporují, a hlavně se nachází v každém větším městě, jak uvádí Anonymní alkoholici (2019). Výzkumem bylo zjištěno, že osoby, kterým se již povedlo získat zaměstnání, byly dobře namotivovány, jelikož se tím vyřešilo mnoho problémů v jejich životě. Díky stálému příjmu si již dovedou představit, jak budou platit nájemné, další jiné poplatky, splácet případné dluhy a poté moci i žít s partnerkou. Tím se jim otvírá cesta k úspěšnému začlenění do společnosti a reálná šance na kvalitní fungování v životě. Myslím si, že velký podíl na úspěšnosti léčby a případném doléčování má vliv i doba závislosti a také kolikrát klient nastoupil a jak dlouho setrval v léčbě. S vyšším počtem absolvovaných léčeb klesá úspěšnost vyléčení, což mi potvrdila i sociální pracovníce z ALKATU, z. s., v Jemnici. Tento názor jsem diskutovala i se sociální pracovníci, která mi tuto skutečnost potvrdila, jelikož dle její zkušenosti se setkává s klienty, kteří mají za sebou i patnáct protialkoholních léčeb, ale pokaždé ukončili doléčovací program předčasně.

Nutné je, aby i společnost změnila pohled na osoby, které trpí závislostí na alkoholu. Většina k těmto lidem přistupuje tak, že jsou nevléčitelní, nespolehliví a bez nároku na poskytnutí další šance uplatnit se v životě, ať již po pracovní stránce, nebo v normálním fungování ve společnosti. Že si závislost způsobili, a proto si také sami musí od tohoto problému pomoci, to ale není bez pomoci odborníka a podpory ostatních možné. Musím se přiznat, že i já dle svých zkušeností s osobami bojujícími se závislostí v mém okolí jsem byla přesvědčena, že tyto osoby nemají šanci na vyléčení, ale vždy tito muži absolvovali pouze základní léčbu bez procesu doléčování, a to ať už ambulantním, nebo pobytovým. Tento názor rozhodně nepomáhá k úspěšné resocializaci a je potřeba pracovat na jeho změně, což potvrzuje i Heller a Pecinová et al. (2011). Důležité také

je více informovat klienty základní protialkoholní léčby o možnosti dalšího doléčování, které s sebou přináší vyšší úspěšnost. Jde o větší propojenost zařízení podílejících se na léčbě závislostí, aby mohla již během základní léčby informovat klienty o této možnosti, protože mnoho těchto zařízení s ohledem na dlouhodobější pobyt je plně vytižena (terapeutické komunity a zařízení následné péče). Proto je potřeba je kontaktovat co nejdříve, aby se zabránilo navázání na již absolvovanou protialkoholní léčbu. Na tento fakt upozorňuje i Pavlovská a Makovská Domanská (2015).

ZÁVĚR

Cílem mé diplomové práce bylo: *Zmapovat, které přístupy, metody a techniky jsou využívány k úspěšné resocializaci mužů závislých na alkoholu do společnosti v rámci resocializace následnou péčí v ALKATU v Jemnici, po absolvování protialkoholní léčby.* Cíl byl pro přehlednější zmapování rozdělen do tří dílčích cílů:

- 1) Zjistit, jak probíhá resocializace u těchto komunikačních partnerů.
- 2) Zjistit přístupy, metody a techniky, které přispívají k úspěšné resocializaci osob na pracovním trhu.
- 3) Zjistit nejčastější oblast, kde je resocializace z pohledu komunikačních partnerů neúspěšnější.

K naplnění těchto cílů jsem zvolila typ kvalitativního výzkumu pro jeho prohloubení tématu. Sběr dat byl proveden metodou dotazování, technikou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumem získaná data jsem zpracovala dle obsahové analýzy – seskupením do trsů a se zhodnocením odpovědí prostřednictvím kódování.

Ke zjištění prvního dílčího cíle byl zkoumaný vzorek sedmi komunikačních partnerů ze služby následné péče v ALKATU v Jemnici rozdílného věku, vzdělání, zaměstnání, rodinných poměrů, délky a příčin závislosti i druhů a počtu absolvovaných léceb.

Výzkumem bylo zjištěno, že v doléčovacím programu v ALKATU se dle odborníků zaměřují na pevný režim – domovní řád, učení sociálních dovedností (příprava stravy a obědů, úklid společných prostor, účasti na metodách sociální práce se skupinou a jednotlivcem). V průběhu pobytu s nimi spolupracuje jak sociální pracovnice, která se zaměřuje především na práci s jednotlivcem, a to od vyřízení dokladů, příspěvků či doplatků na bydlení – jelikož tato služba je zpoplatněna, přes kontaktování lékařů až po získání zaměstnání a bydlení nebo řešení splácení dluhů.

K naplnění druhého dílčího cíle jsem se s komunikačními partnery zaměřila na přístupy, metody a techniky sociální práce zaměřené na úspěšné začlenění na trhu práce.

V rámci metod sociální práce využívají metodu s jednotlivcem i se skupinou. Klienti shodně uvedli, že jsou záležitosti, které raději řeší v soukromí, protože jsou pro ně velice osobní, proto je vhodná metoda sociální práce s jednotlivcem. Naopak skupina jim je přínosná reakcemi a nácvikem sociálních dovedností. V tomto zařízení pracují

s přístupem orientovaným na úkoly, systematickým a v neposlední řadě kognitivně-behaviorálním. Přístup orientovaný na úkoly využívají při práci se sociální pracovníci a ostatní dva přístupy jsou praktikovány s terapeutkou, která do instituce pravidelně dochází. Jako techniky, které dle účastníků výzkumu jsou pro ně nejvíce přínosné, byly označeny – motivační rozhovor, relaxační techniky a technika převedení pozornosti. Uvedli i jiné techniky (povzbuzení, seznam odměn, technika asertivního NE, konstruktivní a srovnávací otázky), které byly považovány jako přínosné určitým jedincům, což je ale naprosto v pořádku, jelikož každý jedinec je odlišný, proto by se k němu tak mělo také přistupovat.

Ke zjištění třetího dílčího cíle jsem se pokusila od komunikačních partnerů získat informace o oblastech, v kterých již zaznamenali úspěch. Všem se shodně zlepšil zdravotní stav a psychika, také většina navázala přátelství a v rámci volného času se začali věnovat určitým koníčkům. Ti, kteří získali zaměstnání, pocítili zlepšení i po finanční stránce a mohli začít splácet dluhy. Tři byli spokojení, že sehnali bydlení. Dotázala jsem se také na motivaci, která je vedla k těmto úspěchům a u některých to byly děti nebo partnerka, zlepšení zdravotního stavu, vyřešení dluhů a vedení normálního života.

Dle mého pohledu na celou situaci je nutné, aby klienti protialkoholní léčby byli informováni o možnosti nastoupit do služby následné péče doléčovacího programu a tím zvýšit svoje šance na úspěšnou a efektivní resocializaci. S tím souvisí i propojenost institucí zaměřených na léčbu závislostí.

Diplomová práce byla přínosná i mně jako laikovi. Neměla jsem povědomí o tom, že funguje takový typ následné péče pomáhající se závislostí na alkoholu v blízkosti mého bydliště, především jsem byla mile překvapena aktivním přístupem všech zúčastněných výzkumu. Musím se také přiznat, že i já jsem patřila ke skupině, která dle zkušeností osob, které bojovaly s alkoholem, již předem nad nimi zlomila hůl. Podotýkám ale, že všichni zúčastnění absolvovali pouze základní tříměsíční léčbu.

Práce by mohla být přínosná pro společnost k uvědomění si nelehkého postavení jedinců bojujících se závislostí a k vřelejšímu přístupu k nim. Přispět by také mohla k zamyšlení, že by bylo dobré zajistit lepší informovanost mezi zařízeními a v neposlední řadě také ke zřízení dalších takových institucí následné péče – momentálně je jich stále nedostatek.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1) ADÁMEK, D., RADIMECKÝ, J., 2015. Terapeutická komunita v adiktologii. In: KALINA, K. et al. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, s. 446–461. ISBN 978-80-247-4331-8.
- 2) AMBROŽ, M., PAVLOVSKÁ, A., ŠILAROVÁ, V., 2012. *Jak získat a udržet si práci. Základní doporučení pro klienty a pracovníky léčebných a doléčovacích zařízení s ohledem a budoucí návrat klientů do společnosti a vstup na trh práce*. Praha: SANANIM. 79 s.
- 3) ANGUS, C., HOLMES, J., MEIER, P. 2019. Comparing alcohol taxation throughout the European Union. *Addiction. Exp. Ther.* 114(8), 1489–1494, doi: 10.1111/add.14631.
- 4) Anonymní alkoholici, 2019. 12 kroků AA. *Anonymníalkoholici.cz* [online]. © 2019 [cit. 2019-12-30]. Dostupné z: www.anonymníalkoholici.cz/pro-cleny/12-kroku-aa.
- 5) ARNOLDOVÁ, A., 2016. *Sociální péče 2. díl – učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing. 320 s. ISBN 978-80-247-5148-1.
- 6) BANO, Z. et al., 2019. Psychological well-being of substance use patient: Role of religious therapy as the treatment. *J Med Sci. Exp. Ther.* 35(5), 1376–1381, doi: 10.12669/pjms.35.5.561.
- 7) CRESWELL, J. W., 1998. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks: Sage Publications. 403 s. ISBN 978-076-1901-433.
- 8) DE LEÓN, M., GARCÍA, A., ARIAS, D., 2019. Depression, Substance Abuse and Suicide Risk: A Rising. Lippincott Williams and Wilkins. *Exp. Ther.* 18(2), 99–104, doi: 10.1097/ADT.0000000000000155.
- 9) DEGENHART, L. et al., 2017. Estimating treatment coverage for people with substance use disorders: an analysis of data from the World Mental Health Surveys. *Blackweel. Exp. Ther.* 16(3), 299–307, doi: 10.1002/wps.20457.
- 10) DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. vyd. Praha: Grada. 648 s. ISBN 978-80-247-4826-9.
- 11) FISCHER, S., ŠKODA, J., 2009. *Sociální patologie – analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-2781-3.

- 12) FISCHER, S., ŠKODA, J., 2014. *SOCIÁLÍ PATOLOGIE – Závažné sociálne patologické jevy, príčiny, prevence, možnosti řešení*. 2. vyd. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-5046-0.
- 13) GABRIELOVÁ, J., 2017. *Metody a techniky sociální práce*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická – katedra sociální práce. 76 s.
- 14) HEBEIN, U., QUANTSCHNIG, B., ANDREAS, S., 2018. Erleben von Emotionen unter Berücksichtigung von frühen traumatischen Erfahrungen und beziehungs-spezifischen Bindungsstilen bei Patienten und Patientinnen mit Alkoholabhängigkeit. Vandenhoeck and Ruprecht. *Exp. Ther.* 64(1). 23–38, doi: 10.13109/zptm.2018.64.1.23.
- 15) HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. et al., 2011. *Pavučina závislosti – Alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga. 215 s. ISBN 978-80-87258-62-0.
- 16) HELLER, J., 2011. Závislost jako aktuální problém. In: HELLER, J. PECINOVSKÁ, O. et al. *Pavučina závislosti – alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: TOGGA, s. 7–12. ISBN 978-80-87258-62-0.
- 17) HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
- 18) HOSÁK, L. et al., 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum. 632 s. ISBN 978-80-246-2998-8.
- 19) JANÍKOVÁ, B., 2015. Harm reduction. In: KALINA, K. et al. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, s. 272–280 s. ISBN 978-80-247-4331-8.
- 20) JANKOVSKÝ, J., 2014. Koordinovaná podpora dětí a mládeže s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením v rámci uceleného systému rehabilitace. In: PFEIFFER, J. et al. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: ZSF JU, s. 176. ISBN 978-80-7394-461-2.
- 21) JEŘÁBEK, P., 2015. Psychopatologie závislosti. In: KALINA, K. et al. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, s. 190-206. ISBN 978-80-247-4331-8.
- 22) KALINA, K. et al., 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada. 696 s. ISBN 978-80-247-4331-8.
- 23) KALINA, K., 2015. Skupinové terapie. In: KALINA, K. et al. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, s. 432–443. ISBN 978-80-247-4331-8.

- 24) KALINA, K., HAJNÝ, M., 2015. Psychodynamické a integrované přístupy. In: KALINA, K. et al. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, s. 419–428. ISBN 978-80-247-4331-8.
- 25) KALINA, K., MLADÁ, K., 2015. Behaviorální terapie. In: KALINA, K. et al. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, s. 395–404 s. ISBN 978-80-247-4331-8.
- 26) KILUK, B. D. et al., 2019. What defines a clinically meaningful outcome in the treatment of substance use disorders: Reducing the direct consequences of drug use or improving overall functioning? *Addiction. Exp. Ther.* 114(5), 25–30, doi: 10.1111/add.14289.
- 27) KOPECKÁ, I., 2015. *Psychologie 3. díl – učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 264 s. ISBN978-80-247-3877-2.
- 28) KUDA, A., 2008. Sociální rehabilitace a následná péče. In: KALINA, K. et al. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, s. 17–24. ISBN 978-80-247-4331-8.
- 29) KUDRLE, S., 2008. Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciální prevenci a kvalifikované pomoci. In: KALINA, K. et al. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, s. 215–222. ISBN978-80-247-4331-8.
- 30) KUKLOVÁ, M., 2016. *Kognitivně-behaviorální terapie v léčbě závislostí*. Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-262-1101-3.
- 31) LUDEWIG, K., 2011. *Základy systemické terapie*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-3521-4.
- 32) MINAŘÍK, J., ŘEHÁK, V., 2015. Somatické komplikace a komorbidita. In: KALINA, K. et al. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, s. 232–242. ISBN 978-80-247-4331-8.
- 33) MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- 34) MRAVČÍK, V. et al., 2019. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2018*. Praha: Úřad vlády České republiky. 252 s. ISBN 978-80-7440-237-1.
- 35) NEŠPOR, K., 2018. *Návykové chování a závislost – Současné poznatky a perspektivy léčby*. 5. vyd. Praha: Portál. 256 s. ISBN 978-80-62-1357-4.
- 36) NOVOTNÁ, J., 2014. *Teorie sociální práce – skriptum*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická, Katedra sociálních věcí. 127 s. ISBN 978-80-87035-96-2.

- 37) OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019. *Česko: zdravotní profil země 2019*. Paris: OECD Publishing. 24 p. ISBN 9789264724662.
- 38) PAVLOVSKÁ, A., 2015. Prevence a zvládání relapsu. In: KALINA, K. et al. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, s. 480–491. ISBN 978-80-247-4331-8.
- 39) PAVLOVSKÁ, A., MAKOVSKÁ DOLANSKÁ, P., 2015. Následná péče a sociální rehabilitace. In: KALINA, K. et al. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, s. 469–477. ISBN 978-80-247-4331-8.
- 40) PEŠEK, R., 2018. *Jak se zbavit závislosti na alkoholu*. Praha: Pasparta. 115 s. ISBN 978-80-88290-02-5.
- 41) PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O., ZEMAN, M., 2014. Posudková rehabilitace. In: PFEIFFER, J. et al. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: ZSF JU. 176 s. ISBN 978-80-7394-461-2.
- 42) Pracovní a sociální agentura SANANIM, 2019. Nabízené služby. *Sananim.cz* [online]. © 2019 [cit. 2019-12-29]. Dostupné z: <https://www.sananim.cz/onas/pracovni-a-socialni-agentura-psa-html>
- 43) PRAŠKO, J. et al., 2019. *Skupinová kognitivně-behaviorální terapie*. Praha: Grada. 379 s. ISBN 978-80-271-0496-3.
- 44) PROCHÁZKA R. et al., 2014. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4451-3.
- 45) Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2019. Přijetí do nemocnice. *Bohnice.cz* [online] © 2019 [2019-12-28] Dostupné z www.bohnice.cz/zakladni-informace/prijeti-do-nemocnice/
- 46) RAY, L., LIM, A.C., SHOPTAW, S., 2019. What defines a clinically meaningful outcome in the treatment of substance use disorders: ‘Getting your life back’. *Addiction. Exp. Ther.* 114(1), 18–20, doi: 10.1111/add.14455.
- 47) RICHTEROVÁ TĚMÍNOVÁ, M., 2008. Systém péče a jeho složky. In: KALINA, K. et al. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, s. 369–384. ISBN 978-80-247-4331-8.
- 48) RICHTEROVÁ TĚMÍNOVÁ, M., KALINA, K., ADAMEČEK, D., 2008. Terapeutická komunita a její aplikace. In: KALINA, K. et al. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, s. 199–206. ISBN 978-80-247-4331-8.
- 49) SIEGFRIED, N. et al., 2014. Restricting or banning alcohol advertising to reduce alcohol consumption in adults and adolescents. *Cochrane Database Syst. Rev.* 11, doi: 10.1002/14651858.CD010704.pub2.

- 50) SOUKUP, J., 2015. Motivační rozhovory. In: KALINA, K. et al. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada, s. 316–325. ISBN978-80-247-4331-8.
- 51) ŠERYCHOVÁ, A., 2016. *Význam vybraných účinných faktorů skupinové práce z pohledu pacientů závislých na alkoholu*. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava.
- 52) ŠPILÁČKOVÁ, M., NEDOMOVÁ, E., 2013. *Metody sociální práce s jednotlivcem*. Ostrava: Ostravská univerzita. 81 s. ISBN 978-80-7464-434-4.
- 53) VYMĚTAL, J., 2010. *ÚVOD DO PSYCHOTERAPIE – 3. aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-2667-0.
- 54) WEST, R., MARSDEN, J., HASTINGS, J., 2019. Addiction Theory and Construction. *Addiction. Exp. Ther.* 114(6), 955–956, doi: 10.1111 / 14545.
- 55) Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006 [online]. [cit. 2019-12-21]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37. Dostupné z: www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108.
- 56) Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, 2004 [online]. [cit. 2019-12-21]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 143. Dostupné z: www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Trs – 1 – Důvod nástupu do doléčovacího zařízení.....	42
Tabulka 2 Trs – 2 – Důležité oblasti resocializace pro komunikační partnery.....	42
Tabulka 3 Trs – 3 – Rodinné zázemí	43
Tabulka 4 Trs – 4 – Oblasti s největšími dopady závislosti	44
Tabulka 5 Trs – 5 – Aktivity v zařízení, kterých se zúčastňují	44
Tabulka 6 Trs – 6 – Činnosti, do kterých se klienti zapojují	45
Tabulka 7 Trs – 7 – Na které oblasti se se sociální pracovníci zaměřují.....	46
Tabulka 8 Trs – 8 – Konkrétní záležitosti řešené se sociální pracovníci.....	47
Tabulka 9 Trs 10 – Přístupy sociální práce, které komunikační partneři preferují.....	48
Tabulka 10 Trs -11 – Techniky, dle kterých se pracuje.....	49
Tabulka 11 Trs – 12 – Oblasti, ve kterých KP pocít'ují zlepšení.....	50
Tabulka 12 Trs –14 – Co je mojí motivací	51

SEZNAM ZKRATEK

KP – komunikační partner

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Žádost o povolení výzkumného šetření Příloha č. 2 – Informovaný souhlas pro účastníky výzkumu	70
Příloha č. 2 – Informovaný souhlas	71

Příloha č. 1 – Žádost o povolení výzkumného šetření Příloha č. 2 – Informovaný souhlas pro účastníky výzkumu

Bc. Lenka Svobodová
ALKAT, z. s.
Nivka 741
675 31 Jemnice

Žádost o povolení výzkumného šetření

Vážená paní Svobodová,

v rámci své diplomové práce se zabývám tématem Resocializace mužů závislých na alkoholu. Mám zájem oslovit klienty ve Vašem zařízení následné péče ALKAT, z. s. v Jemnici.

Jako techniku výzkumné části jsem zvolila rozhovor. Klienti se tohoto výzkumu budou účastnit zcela dobrovolně, anonymně a pouze s jejich souhlasem. S výsledky výzkumu se můžete v případě zájmu seznámit.

Tímto bych Vás chtěla požádat o souhlas k provedení výzkumu.

Děkuji

Bc. Ilona Pešáková

Studentka 2. ročníku navazujícího magisterského studia Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích – zdravotně – sociální fakulta, obor: Rehabilitace a psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory.

Datum a podpis zástupce zařízení

M. L. Doko

ALKAT, z.s.
sídlo: Nivka 741, 742
provozovna: Nivka 741, 742
675 31 Jemnice
IČ: 285 55 597, tel.: 568 422 909
Svobodová

Zdroj: ALKAT, z. s.

Příloha č. 2 – Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

souhlas pro účastníky výzkumu

Informovaný souhlas týkající se diplomové práce na téma Resocializace mužů závislých na alkoholu.

Vážený pane,

Žádám Vás o souhlas s poskytováním výzkumného materiálu pro praktickou část mé diplomové práce ve formě audio nahrávky rozhovoru.

Cílem výzkumu je zmapování přístupů, metod a technik, které jsou využívány k úspěšné resocializaci mužů závislých na alkoholu do společnosti. Výzkum je zcela anonymní a slouží pouze pro účely výzkumu k praktické části diplomové práce. Se získanými daty budu pracovat výhradně já. V konečné verzi práce nebudou uvedeny žádné Vaše osobní údaje. V případě jakýchkoliv dotazů mě neváhejte kontaktovat.

Děkuji za Váš čas a Vaši účast ve výzkumu.

Bc. Ilona Pešáková

P.ilacek@seznam.cz

Podpis

Já, níže podepsaný, souhlasím s poskytnutím rozhovoru
Bc. Iloně Pešákové pro účely výše uvedeného.

V Dne

.....
Podpis

Zdroj: