

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2012–2015

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Miroslava Felbabová

Podpůrný adiktologický program v Psychiatrické nemocnici

Marianny Oranžské Bílá Voda

Praha 2015

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Marie Farková

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED (PART TIME) STUDIES

2012-2015

BACHELOR THESIS

Miroslava Felbabová

Addictology Support Programme in the Psychiatric Hospital

Marianny Oranžské at Bílá Voda

Prague 2015

The Bachelor Thesis Work Supervisor: PhDr. Marie Farková

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 30. 1. 2015

Miroslava Felbabová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat PhDr. Marii Farkové za poskytování odborných rad a vstřícný přístup při vedení mé bakalářské práce.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá tvorbou podpůrného adiktologického programu na jednom z lůžkových oddělení Psychiatrické nemocnice Marianny Oranžské Bílá Voda. Teoretická část zahrnuje problematiku vzdělávání zvláštních sociálních skupin, kam je možno uživatele návykových látek zařadit. Dále je zde popsána problematika výchovy a edukace uživatelů návykových látek, definována závislost, systém péče a léčba závislosti. Součástí teoretické části je také popis předchozího a současného stavu lůžkového oddělení, pro které bude podpůrný adiktologický program tvořen. V empirické části autorka podrobně popisuje metody, které navrhuje do programu zařadit. Empirickou část doplňuje SWOT analýza, která má poukázat na silné a slabé stránky navrhovaného programu.

Klíčová slova

Bakalářská práce, edukace, klient, motivace, návyková látka, Psychiatrická nemocnice, režim, SWOT analýza, uživatel, výchova, závislost.

Annotation

My bachelor thesis focuses on a creation of an addictology support programme in one of the in-patient wards at the Psychiatric Hospital Marianny Oranžské at Bílá Voda. The theoretical part includes issues of an education for specific social groups, such as addictive substances users. Furthermore, it also describes the issues of upbringing and education of addictive substance users; it defines addiction, the system of care and addiction treatment. The theoretical part also describes previous as well as current status of the in-patient ward, for which the addictology support programme will be created. The empirical part describes in detail methods proposed to be used as part of the programme. The empirical part also includes SWOT analysis, which points out strengths and weaknesses of the proposed programme.

Key words

Addiction, addictive substance, Bachelor thesis, client, education, mode, motivation, Psychiatric Hospital, SWOT analysis, upbringing, user.

OBSAH

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 ANDRAGOGIKA V OBLASTI ZVLÁŠTNÍCH SOCIÁLNÍCH SKUPIN.....	10
1.1 Výchova v oblasti práce s uživateli návykových látek.....	13
1.2 Edukace v oblasti práce s uživateli návykových látek.....	15
2 ADIKTOLOGIE.....	17
2.1 Vymezení oboru.....	18
2.2 Paradigma závislosti.....	21
2.3 Systém adiktologické péče.....	22
2.4 Druhy adiktologické terapie.....	26
2.4.1 Edukace v terapii.....	29
2.4.2 Výchovná složka v terapii.....	30
2.5 Metody terapeutické komunity.....	31
3 PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE MARIANNY ORANŽSKÉ BÍLÁ VODA.....	34
EMPIRICKÁ ČÁST.....	39
4 MOTIVAČNÍ METODY V PROGRAMU.....	40
5 EDUKAČNÍ METODY V PROGRAMU.....	44
6 GARANTSKÁ PRÁCE.....	46
7 VÝCHOVNÉ METODY.....	48
8 METODA PRACOVNÍ.....	50
9 METODA VOLNOČASOVÁ.....	51
10 SWOT ANALÝZA.....	53
ZÁVĚR.....	57
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	59
SEZNAM ZKRATEK.....	63
SEZNAM TABULEK.....	64
SEZNAM PŘÍLOH.....	65

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá tvorbou podpůrného adiktologického programu na jednom z lůžkových oddělení (oddělení II) Psychiatrické nemocnice Marianny Oranžské Bílá Voda, které je určeno pro léčbu závažných psychických poruch včetně standardní psychiatrické péče. Od roku 2013 jsou navíc na tomto oddělení hospitalizováni klienti s komplikovanými adiktologickými poruchami (duálními diagnózami a problematickou motivací), a proto se autorka, působící na tomto oddělení na pozici staniční sestry, rozhodla pro dané téma. Výběr tématu kvalifikační práce ovlivnila i absence jakéhokoliv vzdělávacího a výchovného programu pro tyto klienty a potřeba jeho vytvoření. Autorka při jeho tvorbě také zúročila znalosti získané při studiu oboru vzdělávání dospělých.

Cílem práce je vytvoření podpůrného adiktologického programu na jednom z lůžkových oddělení Psychiatrické nemocnice Marianny Oranžské Bílá Voda, který bude odpovídat současnému modelu terapie uživatelů návykových látek. Dílčím cílem bude rozpracování edukativní, výchovné a motivační části tohoto programu. Nezbytnou součástí programu tvoří složky medicínské a ošetrovatelské, které jsou na tomto oddělení již realizovány.

Práce je rozdělena do dvou částí, a to teoretické a empirické. První, teoretická část je zaměřena na problematiku vzdělávání a výchovy uživatelů návykových látek. Ve druhé, empirické části jsou navrhovány a popisovány metody práce, které je vhodné do programu zařadit. Teoretická část je rozdělena do tří kapitol. První kapitola je zaměřena na problematiku vzdělávání a výchovy uživatelů návykových látek. Vzdělávání dospělých osob se závislým chováním musí být realizováno s ohledem na jejich individuální limity. Společným znakem těchto jedinců je nejčastěji nízké vzdělání, téměř žádné profesní zkušenosti a pracovní návyky, chybí jim sociální dovednosti a v neposlední řadě mají problematické interpersonální vztahy a kriminální anamnézu. Je nutné konstatovat, že vzdělávání uživatelů návykových látek stojí na hraně vzdělávání dospělých, protože práce s takto postiženými osobami vyžaduje mezioborový přístup a

znalosti z oborů jako je pedagogika, psychologie, oblast poradenství a vzdělávání, sociální práce. Autorka čerpá převážně ze sociální a speciální andragogiky, speciální pedagogiky. Sociální andragogika zahrnuje oblast sociální péče o člověka. Jejím cílem je především socializace jedince. Výchovou, vzděláním a péčí pomáhá dospělým v rozvoji sociálních vztahů, dodržování sociálních norem a plnění sociálních rolí. Její snahou je začlenění jedince do společnosti. Speciální andragogika se zabývá podstatou a zákonitostmi edukace dospělých jedinců se specifickými potřebami. Jedná se o jedince tělesně, smyslově, duševně či psychosociálně handicapované. Jejím posláním je pomoc při integraci takto postiženým a narušeným jedincům v integraci do pracovního a společenského života (Vacínová, 2010).

Druhá kapitola se zabývá oborem adiktologie. Je zde popsán systém péče, druhy terapie a také metody terapeutické komunity. Třetí kapitola je věnována principům a zaměření Psychiatrické nemocnice Marianny Oranžské Bílá Voda a obsahuje také popis předchozí a současné situace na oddělení II, kde bude program realizován. Autorka popsala metody, které jsou již uplatňovány, včetně ošetrovatelské a medicínské části, která tvoří nezbytnou součást léčby ve zdravotnickém zařízení.

Empirickou část tvoří šest kapitol. Jejich obsahem je návrh a popis jednotlivých metod, které autorka navrhuje zařadit do programu. Šestá kapitola obsahuje SWOT analýzu navrhovaného programu, která má poukázat na jeho silné a slabé stránky a možný potenciál či neúspěch.

Přínos této práce spatřuje autorka ve zkvalitnění práce s uživateli návykových látek na oddělení II a zpřehlednění adiktologických služeb v PN MO Bílá Voda.

Závislost na návykových látkách je stále aktuální a globální problém, který způsobuje velké škody ve společnosti. Existuje mnoho názorů na vznik a původ závislosti jako nemoci. Jedno je však jisté, a to, že nadměrná konzumace návykových látek má nepříznivý dopad jak na samotného jedince, tak na společnost.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANDRAGOGIKA V OBLASTI ZVLÁŠTNÍCH SOCIÁLNÍCH SKUPIN

Termín andragogika byl poprvé zmíněn v roce 1833 v díle německého vysokoškolského učitele Alexandra Kappa. Název andragogika je tvořen předponou anér, andros (muž) a slovesem agogé (vésti), doslovně vedení mužů. Toto omezení na muže je již historicky překonané. Beneš hovoří o andragogice jako o: „*doprovázení člověka při jeho cestě za vzděláním, poznáním a pochopením světa*“ (Beneš, 2003, s. 13). Andragogika se zabývá vzděláváním dospělých, výchovou a péčí o dospělé. Respektuje zvláštnosti dospělého člověka a zaměřuje se na průběh celé jeho životní dráhy (Palán, 2008).

Andragogika se jako věda začala prosazovat od šedesátých let 20. století na univerzitách např. v Německu, Francii, Švédsku, ale také ve výzkumných ústavech a má podporu mnoha mezinárodních organizací (Beneš, 2008). V České republice termín andragogika zavedl až Vladimír Jochmann v roce 1990.

Interdisciplinarita a úzký vztah k řadě věd předurčuje andragogiku k vnitřnímu členění. Má vytvořen systém subdisciplín, díky nimž může hlouběji proniknout do předmětu svého zájmu. Subdisciplíny andragogiky lze diferencovat na základní a aplikované. Mezi základní subdisciplíny řadíme ty, z nichž andragogika zdrojově čerpá a poznatky z prováděného teoretického zkoumání aplikuje do konkrétní oblasti. K základním andragogickým subdisciplínám patří:

- obecná andragogika
- historie andragogiky
- komparativní andragogika
- andragogická didaktika.

Aplikované subdisciplíny andragogiky vycházejí z poznatků nabytých základními subdisciplínami a jsou uplatňovány často v kombinaci s příbuznými vědními disciplínami. Mezi aplikované andragogické disciplíny se řadí:

- personální andragogika
- sociální andragogika
- kulturní andragogika
- speciální andragogika
- gerontagogika (Palán, 2008).

Na oblast společenské nápravy dospělých osob se zaměřuje etopedická andragogika, která se zabývá dospělými osobami trpícími poruchami chování, sociálních vztahů a emocí, kam uživatele návykových látek lze zařadit. Tyto osoby mají narušený hodnotový systém ve výchově, vzdělávání, sociální rehabilitaci a resocializaci (Krejčířová, 2013).

Pro účely práce bude blíže popsána speciální a sociální andragogika.

Speciální andragogika má velmi mnoho společného se speciální pedagogikou, sociální prací a péčí. Je to věda o vzdělávání, péči a poradenství u lidí se specifickými potřebami – sociálně, tělesně nebo mentálně znevýhodněnými (Palán, 2008). Vacínová popisuje speciální andragogiku jako vědu zkoumající podstatu a zákonitosti edukace dospělých jedinců, kteří jsou tělesně, smyslově, duševně nebo psychosociálně postiženi. Dále se zmiňuje o poslání této disciplíny pomáhat takto postiženým a narušeným jedincům v integraci do pracovního a společenského života vytvářením a upevňováním kompenzačních a adaptačních mechanismů. Vzdělávání zvláštních sociálních skupin zahrnuje rizikové skupiny dospělých osob. Do této skupiny Vacínová řadí:

- *„negramotné či pologramotné*
- *menšiny a etnická uskupení*
- *migrující dělníky*
- *uprchlíky a azylanty*
- *bezdomovce*

- *postižené*
- *občany vracející se z výkonu trestu, nebo ve výkonu trestu“ (Vacínová, 2010).*

Dále Vacínová specifikuje vzdělávání znevýhodněných a sociálně vyloučených skupin nebo skupin sociálním vyloučením ohrožených. Mezi znevýhodněné řadí dospělé, kteří vyžadují sociální péči z důvodu:

- *„mentálního, sensorického, somatického nebo psychosomatického postižení*
- *narušené komunikační schopnosti nebo narušené celkové socializace*
- *izolace od společnosti*
- *znevýhodnění nízkou způsobilostí k zaměstnatelnosti, vyčlenění z trhu práce či společnosti“.*

Vyloučené skupiny jsou:

- *handicapovaní občané, jejichž handicap je vyřazuje z možnosti zapojit se do občanského života a vstoupit na trh práce*
- *drogově závislí*
- *bezdomovci*
- *dlouhodobě nezaměstnaní*
- *osoby ve výkonu trestu“ (Vacínová, 2010).*

Sociální andragogika je vědní disciplína zahrnující oblast sociální péče o člověka. Má své základy v sociologii, sociální psychologii a sociální pedagogice. Jejím cílem je především socializace jedince, tedy jeho začlenění do sociální skupiny (rodina, pracovní či vrstevnická skupina) a společnosti. Výchovou, vzděláváním a pomocí (péčí) dospělému se snaží o rozvoj sociálních vztahů a vazeb, zajištění dodržování sociálních norem, plnění sociálních rolí. Pomáhá řešit sociálně tíživé situace lidem, jejichž schopnosti takovou situaci řešit jsou limitované (Palán, 2008).

V posledním desetiletí roste význam sociální andragogiky v důsledku ekonomických a politických změn. Tržní ekonomika, orientace na ekonomický profit, růst politické moci patří mezi příčiny zhoršující se sociální jistoty, dochází ke zvýšení

počtu dlouhodobě nezaměstnaných lidí a bezdomovců. To vše působí na vznik sociálních problémů (Palán, 2008).

1.1 Výchova v oblasti práce s uživateli návykových látek

S výchovou se člověk setkává v průběhu celého života. Proces výchovy probíhá v rodině, ve škole, při trávení volného času. Výchovné působení je záměrné i nezáměrné, přičemž nezáměrné výchovné působení má větší vliv než záměrné (Bakošová, 2008).

Výchova je celoživotní proces, kdy dochází k přenosu hodnot a formuje se hodnotové vědomí člověka. V průběhu vývoje jedince může docházet k jeho formování záměrně (intencionální výchova) nebo nezáměrně (funkcionální výchova). Osobnost však může být formována také působením na city a vůli (Müller, Vymazalová, Krejčířová, 2013).

Podle Bakošové je výchova složitý společenský proces, ve kterém probíhá vzájemná interakce vychovatel – vychovávaný. Podstatnými znaky výchovy jsou cílevědomost, záměrnost, organizovanost a soustavnost (Bakošová, 2008).

Výchovou dochází u člověka ke změnám, které se projevují vyšší mírou samostatnosti, socializace a společenského přizpůsobení. Měřítkem společenského přizpůsobení je míra připravenosti člověka k plnění sociálních rolí (Czapów, Jedlewski, 1981).

Socializaci lze popsat jako proces postupného přizpůsobení. Jedná se o zařazení člověka do společnosti například prostřednictvím nápodoby, hry, učení a identifikace. Primárním socializačním činitelem je rodina, dále mají vliv na socializaci malé společenské skupiny (školní třída, zájmové kroužky) a sdělovací prostředky. Pokud dojde k absenci instituce rodiny, může dojít k poškození osobnosti člověka. Charakteristickým rysem socializace je společenská adaptace, přijetí základních právních a etických norem (Müller, Vymazalová, Krejčířová, 2013).

Vacínová o socializaci dospělých píše: „každá socializace v dospělosti je vlastně resocializace.“ (Vacínová, 2010).

Resocializací se rozumí opětovná socializace po její ztrátě, jež byla způsobena delším odloučením jedince od společnosti nebo nedostatečnou socializací, vlivem asociálního prostředí či vrozenou dispozicí (Müller, Vymazalová, Krejčířová, 2013).

Uživatelé návykových látek patří do skupiny náročných klientů, kteří mají za sebou složitou minulost, chybí jim sociální dovednosti a kompetence. Tito lidé mají problém s adaptací na danou společnost a přijímáním nebo neznalostí norem společnosti, ve které se právě nachází. Důvodem může být dlouhý pobyt mimo běžnou sociální skupinu, kde si jedinec osvojí vzorce chování, které se mu jeví výhodné v situaci, v níž žije. Mezi klienty, kteří nerozumí pravidlům, např. z důvodu intelektového defektu, je možno zařadit i dlouhodobě závislé na alkoholu či drogách, neboť dlouhodobý abusus návykových látek vede k organickému poškození nervové soustavy (Venglářová, 2008).

Součástí výchovy v oblasti práce s uživateli návykových látek je snaha o úpravu chování. Tento typ klientů má odlišnou sociální zkušenost než většina populace. Velkou roli zde hraje nedostatek vhodných modelů chování a pobyt v problematické společnosti, jenž vede k vytvoření specifické životní zkušenosti. Proto k základním principům práce v této oblasti patří vymezení jasných pravidel, posilování vhodných vzorců chování a omezení excesů (Venglářová, 2008).

V oblasti výchovy uživatelů návykových látek je uplatňována sociálně výchovná činnost. Výchovná metoda je určitý konkrétní postup, kterým se snažíme realizovat výchovný záměr a ovlivňovat vychovávanou osobnost v daném směru. Mezi klasické výchovné metody se řadí například vysvětlování, přesvědčování, metoda souhlasu a nesouhlasu, příkladu, odměny a trestu. Zásadní pro sociálně výchovnou činnost je metoda rozhovoru, která tvoří základ pro některé další metody. Rozhovor může plnit funkci diagnostickou, výchovnou, poradenskou a terapeutickou. Mezi další výchovné metody patří prostředí, práce se skupinou a metoda režimová. Podstatou práce se skupinou je využití skupinového mínění, tedy názorů a postojů, na jednotlivé členy skupiny nebo skupinu celou. Metoda režimová spočívá v časovém uspořádání určitých

činností. Jde o organizování a řízení životního procesu v určitém čase a na určitém místě. Rysem každého režimu je soubor norem, které obvykle určuje instituce uplatňující režim (Kraus, 2008).

1.2 Edukace v oblasti práce s uživateli návykových látek

Slovo edukace je odvozeno od latinského slova educo, educare, což lze přeložit jako vésti vpřed, vychovávat. Pojem edukace Juřeníková definuje jako: „ proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho postojích, vědomostech, návycích a dovednostech. „Edukací se rozumí výchova a vzdělávání jedince, jež jsou vzájemně propojeny“ (Juřeníková, 2010, s. 9).

S edukací souvisí několik důležitých pojmů, které je potřeba definovat.

Edukační proces – je činnost, při které dochází k učení, a to buď záměrně, nebo nezáměrně. Edukační procesy probíhají od prenatálního období až do smrti člověka (Juřeníková, 2010).

Edukant – je jednatel bez rozdílu věku. Ve zdravotnickém zařízení je edukantem zdravý nebo nemocný klient. Individualita každého edukanta je charakterizována jeho fyzickými, kognitivními a afektivními vlastnostmi (Juřeníková, 2010).

Edukátor – aktivní účastník edukační činnosti, tedy ten, kdo učí. Ve zdravotnictví to je především lékař, všeobecná sestra (Juřeníková, 2010).

Edukační konstrukty – jsou například edukační materiály, plány, standardy, které mají vliv na kvalitu edukačního procesu (Juřeníková, 2010).

Edukační prostředí – neboli edukační realita je místo, kde edukace probíhá. Na charakter edukačního prostředí má vliv osvětlení, nábytek, prostor, ale i sociální klima a atmosféra při edukaci (Juřeníková, 2010).

Edukaci lze rozdělit na základní, reedukační a komplexní.

Základní edukace spočívá v předávání nových vědomostí nebo dovedností klientovi, který je motivován ke změně hodnotového žebříčku a postojů. Reedukační

(také pokračující, rozvíjející, nápravnou) edukací se rozumí taková edukace, při níž lze navázat na dříve získané vědomosti a dovednosti edukanta. Cílem reedukace je tyto vědomosti a dovednosti dále prohlubovat. Při komplexní edukaci jsou klientovi předávány ucelené informace, jsou vytvářeny nové dovednosti a postoje vedoucí k udržení či zlepšení zdraví (Juřeníková, 2010).

„Rozvoj osobnosti jedince v edukaci probíhá prostřednictvím učení, rozvoje vědomostí, dovedností, návyků a schopností.“ Učení lze vymezit v širším i užším pojetí. V širším pojetí je učením každé obohacování individuální zkušenosti člověka po celou dobu jeho vývoje, které má vliv na jeho chování. V užším pojetí je učením cílevědomé, systematické a záměrné získávání vědomostí, dovedností, návyků, forem chování a osobních vlastností (Kuberová, 2008, s. 49).

Na učení má vliv mnoho faktorů. Jedním z nejdůležitějších je motivace k učení. Motivace je souhrn okolností, které nutí jedince k jisté aktivitě. Je rozlišována vnitřní a vnější motivace. Vnitřní motivace je charakterizována vlastní potřebou jedince naučit se něco nového nebo změnit své jednání. V popředí je vlastní zájem.

Vnější motivace se většinou uskutečňuje prostřednictvím edukátora, jehož cílem je vzbudit zájem o učení (Juřeníková, 2010).

Metody výchovného působení v oblasti výchovně - vzdělávacích problémů mohou mít účinek preventivní, nápravně – výchovný nebo nápravně – léčebný. Edukační metody lze rozdělit na slovní (přesvědčování, vysvětlování), názorné (demonstrování, prezentace příkladů) a činnostně – praktické (výchovná cvičení). Velký význam v edukaci je přikládán rozboru psychických kvalit jedince (motivy, postoje, vlastnosti a potřeby), faktorů výchovného působení, sociálního prostředí, z něhož osobnost pochází. Je nezbytný respekt ke specifickým zvláštnostem a změnám chování, které jsou způsobeny nemocí (Kuberová, 2008).

2 ADIKTOLOGIE

Adiktologii lze definovat jako multidisciplinární obor, který se zabývá prevencí, léčbou a výzkumem užívání návykových látek a jiných forem potencionálně závislostního chování. Zkoumá také dopady na jedince a společnost a na sociální reintegraci osob, které v důsledku takových forem chování strádají (Kalina a kol., 2008).

Adiktologie je mladý obor, který však má pevné základy a tradice. Vymezil se mezi ostatními vědami a vyvinul v samostatnou vědní disciplínu. V České republice je za zakladatele tohoto oboru považován Jaroslav Skála, který zavedl pojem atologie (alkoholismus a toxikomanie). Tato terminologie dala možnost rozvoji adiktologie jako multidisciplinárního oboru. Jaroslav Skála byl propagátorem mezioborového přístupu k závislým klientům, který prosazoval i v době, kdy to bylo neobvyklé a kdy převažoval přístup biomedicínský. Jeho myšlenka neustálého rozvoje s respektováním nejnovějších poznatků a potřeb praxe je jedním z paradigmat oboru. Dále autor uvádí, že se jedná o „léčbu“ v širším slova smyslu, kam patří nejen medicínské, ale i nemedicínské a všechny specializované služby. Adiktologie se soustřeďuje na oblasti související s přímou prací s klientem (Kalina a kol., 2008).

Dle Radimeckého je adiktologie vědní obor, který „se zaměřuje na studium různých forem lidského konání, jež mohou vést k vytvoření závislého chování.“ Zaměřuje se na opatření, jak toto chování ovlivňovat, tj. jak mu předcházet, řešit je nebo minimalizovat rizika a nepříznivé dopady nejen pro závislé, ale i pro společnost. Obor adiktologie se zaměřuje na formy chování, jež mohou vést k vytvoření:

Látkové závislosti – související s užíváním legálních či ilegálních drog. Což je jakákoliv přírodní či syntetická látka schopná ovlivňovat a měnit lidské vnímání.

Nelátkové závislosti - tzv. závislosti na procesech jako je závislost na práci – workoholismus, závislost na komunikačních médiích a gambling (Radimecký, 2007, s. 9).

Obor vznikl díky propojování nových poznatků o příčinách a rozvoji závislého chování z oborů medicíny, psychologie, sociologie a sociální práce. Jádrem oboru je bio-psycho-sociální model závislosti a léčby. Důležité pro tento obor jsou i poznatky z ekonomiky, kriminologie, práva, pedagogiky, politologie, religionistiky nebo kulturní a sociální antropologie (Kalina a kol., 2008). Oblast adiktologické péče tvoří v současné době relativně ucelený systém, zahrnující síť poradenských, léčebných a sociálních služeb. Provázanost a systémová návaznost by měla odpovídat nejen potřebám klientů, ale i společnosti (Richterová Těmínová, 2008).

2.1 Vymezení oboru

V současné adiktologii panuje složitá názorová situace, charakterizovaná neshodou v základním vymezení oboru. Jeřábek uvádí, že Nešpor, Popov a Páleníček et al., raději užívají pro vymezení oboru souhrnný název návykové poruchy. Naproti tomu Kalina a Jeřábek upřednostňují souborný pojem adiktologie (Jeřábek, 2011).

Závislost je možno označit jako chronickou a progredující poruchu, která se rozvíjí na podkladě přirozené touhy člověka po změně prožívání. To, co mění kvalitu prožívaného, může být alkohol, droga, jídlo, sex, moc nebo práce (Kudrle, 2003).

Dle Kaliny „vznik závislosti na návykových látkách ovlivňuje v základě fakt, že jako živé bytosti se a priori s tématem závislosti konfrontujeme od prvních chvil života. Vyvíjíme se v absolutní závislosti na organismu matky v jejím lůně a nebyli bychom se schopni rozvinout v moudré lidské bytosti homo sapiens, kdyby ihned po narození nebyla k dispozici dost citlivá péče dospělé blízké osoby.“ (Kalina a kol., 2008, s. 17).

Návykové látky a jejich užívání jsou stále aktuálním problémem, a to kdekoli v lidské historii. Závislost na těchto látkách představuje celospolečenský problém. Uživatelé jsou představitelé téměř všech věkových kategorií i společenských vrstev (Mahrová, Venglářová a kol., 2008).

Dle Dvořáčka nahlížení na podstatu závislosti prošlo vývojem „od různě krajně pojímaných modelů morálních přes modely sociální, model úzce medicínský až k

dnešnímu komplexnímu modelu bio-psycho-sociálnímu“, který někteří autoři (Kudrle, 2003) doplňují o úroveň spirituální (Dvořáček, 2008, s. 25).

Přibližně v polovině 20. století se začalo na závislost pohlížet jako na nemoc a postupně se prosazovala v evropské i americké klasifikaci nemocí. Poté, kdy docházelo ke zpochybňování závislosti jako medicínského problému, se díky rozvoji neurověd a zobrazovacích technik vytvořil nový medicínský model závislosti, model neurobiologický. Neurobiologický model drogové závislosti vychází z dopaminové hypotézy, podle které je odměňující efekt drog závislý na vyplavení dopaminu z nucleus accumbens, v češtině nazývaný jako systém odměny (Dvořáček in Kalina a kol., 2008).

Rozlišujeme závislost psychickou a fyzickou. Jeřábek popisuje psychickou závislost jako „*syndromový komplex s jádrovým psychickým cravingem*“, narušenou kontrolou užívání a nerespektováním následků (craving = bažení). Fyzická závislost se projevuje rostoucí tolerancí k návykové látce, přítomností abstinčních příznaků a fyzickým cravingem (Jeřábek in Kalina a kol., 2008, s. 55).

Při léčbě osob se závislým chováním je uplatňována řada teoretických modelů vzniku a udržování závislého chování. Tyto teoretické přístupy se vztahují nejen na problematiku užívání návykových látek, ale také na patologické hráčství či poruchy příjmu potravy (Radimecký, 2007).

Bio-psycho-sociální model vnímá příčiny závislosti jako komplexní. Je to teorie, která naznačuje, že na vzniku a trvání problémů spojených s užíváním návykové látky se podílí soubor vzájemně propojených faktorů, které se navzájem mohou posilovat. Příčinou vzniku závislosti je narušená rovnováha mezi vnějším tlakem, vnější podporou a autonomií jedince. Pokud jeden z faktorů převládne nebo není dostatečně vyjádřen, prožívá člověk stres, který překonává opakovaným užíváním návykové látky. Tím tak pomyslně nachází dočasné řešení svých problémů (Radimecký, 2007).

Biologická složka modelu obsahuje biologické příčiny a souvislosti, které by co nejpřesněji vystihly etiopatogenezi závislosti. K biologickým faktorům, které přispívají ke vzniku závislosti, můžeme řadit některé problematické okolnosti v těhotenství matky dítěte – například požívání návykové látky v době těhotenství a setkání plodu dítěte

s účinkem těchto látek. Také okolnosti porodu a celý psychomotorický vývoj dítěte v poporodním období, existence traumat a nemocí jsou považovány za biologické faktory (Kudrle in Kalina a kol., 2003).

Psychologická složka modelu se zabývá vlivem psychogenních účinků a faktorů, které přispěly k rozvoji abusu návykových látek a závislosti. Mezi významné činitele patří opět nitroděložní vývoj, dále můžeme jmenovat úroveň péče o harmonický vývoj dítěte, uspokojování a rozlišování potřeb, jejich přiměřené uspokojování a respekt k hranicím, podpora v době dospívání a krizi hledané identity, pomoc v případě duševních poruch (Kudrle in Kalina a kol., 2003). Sociální složka modelu se zabývá vlivy, které formují nebo naopak deformují či brzdí zrání jedince. Do širokého spektra vlivů, které ovlivňují jedince na jeho životní dráze, můžeme zařadit společenské postavení rodiny, rasovou příslušnost, úroveň sociální zajištěnosti a prostředí, ve kterém jedinec žije, sociální učení (Kudrle in Kalina a kol., 2003).

Spirituální úroveň modelu se vztahuje ke smyslu života, duchovním hodnotám a duchovním autoritám. Spiritualitu lze chápat jako vztah k nejvyšší autoritě, řádu, ideji. Je to otázka smyslu života v každodenním úsilí. Spirituální je nutno odlišit od pojmu náboženský v tradičním pojetí, neboť jde především o hledání pokory, přijetí reality života a nalezení jeho smysluplnosti (Kudrle in Kalina a kol., 2003).

Životní styl orientovaný na konzumní uspokojení a absence duchovních hodnot vede v posledních letech ke zvýšené potřebě spirituálního naplnění. Mezi často využívané metody k navození spirituálního rozměru vnímání a aktivizaci uzdravného potenciálu patří relaxace, meditace, holotropní dýchání nebo jógická cvičení (Kudrle in Kalina a kol. 2003).

Medicínský model pohlíží na závislost jako na nemoc. Dvěma ústředními prvky tohoto modelu jsou ztráta kontroly nad pitím a progrese onemocnění, jež může končit smrtí. Závislost na alkoholu je chápána jako nemoc fyzické, duševní a duchovní povahy, kdy uživatel návykové látky není zodpovědný za vznik závislosti, ale nese odpovědnost za své chování v budoucnu. Otevřenost a vstřícnost tohoto modelu spočívá v přístupnosti k léčbě a pojistnému krytí. Závislosti se lze zbavit tím, že alkoholik

přizná svou bezmoc vůči alkoholu i škodu způsobenou lidem ve svém okolí a přijme pomoc (Millerová, 2011).

Model minimalizace rizik je založen na individuálním přístupu ke klientovi a je zaměřený na jeho potřeby a budoucnost. V rámci tohoto modelu se spíše klade důraz na snižování problémů spojených s užíváním návykové látky (Millerová, 2011). Cílem přístupu minimalizace poškození není abstinence klienta od návykové látky, ale ani tuto perspektivu nevyklučuje. Akceptuje klientovu volbu, jeho životní styl se snahou o udržení maximálně možného zdraví. (Kalina a kol., 2003).

2.2 Paradigma závislosti

Paradigma nazírání na závislost je mezi odbornou veřejností stále diskutabilní. Jedni zastávají názor, že závislost je nemoc, druzí tvrdí, že jde o naučené chování, které se dá odnaučit. V 90. letech, kdy se ve světě dynamicky rozvíjely služby pro závislé (harm reduction, substitute, profesionální ambulance a zdravotnická zařízení), začal vznikat také tzv. „nový model léčby“. Tento nový model léčby závislosti nemění pouze paradigma závislosti jako nemoci, ale také další měřítko. Kalina rozděluje starý a nový model léčby drogových závislostí takto:

- *Začátek léčby* – ve starém modelu platilo, že léčba má smysl teprve tehdy, až bude klient v debaklu, tzv. na dně. Nový model se přiklání ke včasné intervenci, tedy čím dříve, tím lépe. Nečeká se tedy na motivovaného klienta, i nedobrovolná léčba může být účinná.
- *Ohraničení léčby* – v případě, že léčba bude mít ohraničení, přiměřený čas a intenzitu, nahrazuje starý model „čím déle, tím lépe“.
- *Morální princip* – starý model je založen na principu: vina za selhání a náprava, v novém modelu platí: odpovědnost za vlastní pozitivní potenciál.
- *Cíl léčby* – v medicínském modelu se klade důraz na abstinenci, v novém modelu je zdůrazňována kvalita života.
- *Výchozí bod léčby* - požadavky a pravidla zařízení byly výchozím bodem léčby, v novém modelu jsou nahrazeny potřebami a možnostmi klienta.

- *Cesta v léčbě* – oproti vyžadování dospělého chování nový model podporuje růst a vyrovnání se s vývojovými úkoly.
- *Klíčové prvky* – režim, učení konfrontací, zvyšování frustrační tolerance je nahrazeno novými: řád, porozumění, podpora, interpersonální učení.
- *Program v léčbě* – v programu, kde se bere stejná léčba pro všechny, je nyní zdůrazňován individuální přístup.
- *Role terapeuta* – role trenéra ve starém modelu byla role trenéra v sociálních dovednostech a manažera kontraktu. V novém modelu se objevuje jako „průvodce“. Na terapeuta jsou kladeny vyšší nároky, získávání a udržování motivace není odpovědností klienta, ale terapeuta (Kalina a kol., 2008).

2.3 Systém adiktologické péče

Vznik prvního zařízení pro léčbu alkoholových závislostí lze považovat za počátek specializované péče o uživatele návykových látek. Toto zařízení založil v roce 1948 MUDr. Jaroslav Skála v Praze U Apolináře. Postupně vznikala další obdobná zařízení, většinou při psychiatrických léčebnách. Poté začala vznikat síť ambulantních zařízení, tzv. AT ordinací (AT znamená alkohol a jiné toxikomanie). V roce 1978 vzniká v pražském Apolináři první ambulantní zařízení pro léčbu osob na nealkoholových drogách. Zakladatelem byl MUDr. Jaromír Rubeš (Grohmannová, 2007).

V současné době je v ČR vybudován systém péče o uživatele návykových látek, který tvoří státní i nestátní organizace. Tato síť je tvořena poradenskými, léčebnými a sociálními službami. Vývoj těchto služeb se odvíjel v závislosti na akutních potřebách uživatelů návykových látek. Každá složka systému péče odpovídá potřebám klientů, kteří jsou v různé fázi rozvoje závislosti. Taktéž jsou zohledněna specifika jednotlivých cílových skupin, kterým jsou určeny. Níže budou popsána specifika jednotlivých složek systému adiktologické péče (Richterová Těmínová, 2008).

Terénní programy jsou specifickým typem sociální služby a představují první článek systému péče o drogově závislé. Cílovou skupinu tvoří rizikovní jedinci, kteří nemají žádný kontakt se zdravotní, sociální či výchovnou institucí. Zvláštností této

služby je prostředí, ve kterém je tato služba poskytována, a specifický přístup ke klientovi. Terénní služba je poskytována na ulici, ale také v bytech uživatelů (Kalina a kol., 2008). Práce terénního pracovníka spočívá v aktivním vyhledávání jednotlivých skupin uživatelů přímo v jejich přirozeném prostředí a nabízení příslušné služby (Radimecký, 2007).

Richterová Těmínová o terénní práci píše, že „*filosofie terénní práce je postavena na přístupu „public health“ (ochrana zdraví veřejnosti) a přístupu „harm reduction“ (snižování zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním návykových látek)*“ (Richterová Těmínová, 2008, s. 370).

Mezi základní cíle terénní práce patří minimalizace negativních důsledků užívání drog nejen pro uživatele, ale i pro společnost, motivace uživatelů ke změně životního stylu ve smyslu abstinence a v neposlední řadě je to monitorace drogové scény v příslušném regionu s účelem hledat a vytvářet účinné cesty, jak pomoci dané cílové skupině (Kalina a kol., 2008).

Nezbytným předpokladem dané práce je navázání takového vztahu s klientem, který vnímá jako bezpečný a umožňuje mu služby využívat. Profesionalita, osobnostní kvality a komunikativnost terénních pracovníků jsou nezbytným předpokladem pro výkon této práce. Součástí terénního programu je spolupráce s externími pracovníky. Těmi jsou stabilizovaní uživatelé drog, proškolení v zásadách bezpečného užívání. K základním službám terénních pracovníků patří výměna a distribuce injekčního materiálu, zdravotní a sociální poradenství, krizová intervence a také motivační trénink (Kalina a kol., 2008)

Dalším článkem systému adiktologické péče jsou **kontaktní centra**. Jedná se o nízkoprahová zařízení, která pracují s uživateli návykových látek, problémovými uživateli, ale také s rodinnými příslušníky a blízkými osobami uživatelů. Princip takových zařízení spočívá v omezení překážek, které by mohly klienta odradit od využití služby. Úkolem kontaktních center je opět snižování negativních dopadů na tělesné a duševní zdraví a sociální podmínky u daných jedinců (Radimecký, 2007).

Je však důležité zmínit, že aktuální abstinence klienta není podmínkou pro poskytování služeb. Metody a přístupy práce vyžadují multidisciplinární tým, tvořený sociálními pracovníky, pedagogy, zdravotnickými pracovníky a psychology (Kalina a kol., 2008).

K základním metodám práce patří tzv. kontaktní práce, jejímž cílem je navázání kontaktu s uživateli návykových látek a vybudování důvěry k odborné pomoci. Dalšími prostředky práce jsou programy harm reduction, situační a strukturované poradenství, edukace, sociální práce, základní zdravotní péče, motivační trénink, krizová intervence (Janíková, 2008).

Ambulantní léčba je určena klientům, kteří jsou motivováni k léčbě a jejichž zdravotní stav to umožňuje, ale také klientům nemotivovaným, klientům se soudně nařízenou léčbou a klientům experimentujícím (Kalina a kol., 2008).

Ambulantní léčbu provádí zařízení zdravotnické i nezdravotnické povahy. Tato služba umožňuje klientovi pravidelně docházet do zařízení a nevyřazuje klienta z běžného života. Klient dále setrvává ve svém sociálním prostředí, dochází do práce či školy. Podmínkou úspěšnosti ambulantní léčby je sociální stabilita klienta, podpora rodiny a blízkých. Cílem ambulantní léčby je změna životního stylu, jejíž součástí je abstinence. Dalším cílem pak může být snížení frekvence užívání či příprava klienta na rezidenční léčbu (Kalina a kol., 2008).

K základním používaným prostředkům a metodám patří základní zhodnocení stavu včetně laboratorního vyšetření klienta, farmakoterapie, psychoterapie, rodinná terapie a poradenství, motivační trénink, sociální práce, volnočasové aktivity (Richterová Těmínová, 2008).

Denní stacionář je ambulantní zařízení s intenzívním denním strukturovaným programem. Klienti do něj docházejí ve všední dny minimálně na 6 hodin. Stacionář využívá řadu prvků z principů terapeutických komunit, přičemž klient zůstává ve svém přirozeném prostředí. Mezi metody využívané v denním stacionáři patří režimově strukturovaný program, skupinová psychoterapie, komunitní setkání, individuální

terapie a poradenství, pracovní terapie, sociální práce a sportovní a volnočasové aktivity (Richterová Těmínová, 2008).

Detoxifikační jednotka slouží ke zvládnutí odvykacích stavů a intoxikací, které nevyžadují intenzivní péči v jiném zařízení. Detoxifikační jednotky tvoří buď součást zařízení pro léčbu závislostí, nebo to jsou samostatné jednotky v rámci nemocnic (Jeřábek, 2011).

Střednědobá ústavní léčba probíhá v psychiatrických nemocnicích nebo léčebnách. Tento typ rezidenční léčby trvá od 3 do 6 měsíců (Grohmanová, 2007). Cílem ústavní léčby je změna životního stylu, jehož součástí je abstinence od návykových látek (Kalina, 2008). Cílovou skupinu tvoří osoby starší 15 let, problémoví uživatelé a závislí na návykových látkách včetně alkoholu. Do léčby vstupují většinou dobrovolně, jsou zde však také přijímání klienti s nařízenou ústavní ochrannou léčbou. Základ léčby tvoří strukturovaný program, jehož základní skladbu tvoří režim a pravidla. Léčebné společenství umožňuje vytvořit bezpečné a inspirující prostředí pro terapii, dává množství zpětných vazeb a interakcí. Klíčovou metodou je skupinová a individuální psychoterapie. Nedílnou součástí je pracovní terapie, volnočasové aktivity a sport. Terapeutický tým je většinou tvořen zdravotnickým personálem (Jeřábek, 2011).

Terapeutická komunita je specializované pobytové zařízení, které se zaměřuje na léčbu vedoucí ke změně životního stylu, jehož součástí je abstinence a sociální rehabilitace. Cílovou skupinu tvoří osoby závislé na návykových látkách (Grohmannová, 2007). Léčba v komunitě ztělesňuje vývojový proces postupného učení, jenž směřuje ke stabilní změně chování, postojů a hodnot „správného života“, což předpokládá udržování abstinence (Jeřábek, 2011).

Doléčovací programy tvoří ambulantní zařízení následné péče zaměřené na udržení změny v chování a životním způsobu klienta, které nabyl v průběhu léčebného procesu či abstinence. Smysl spočívá v pomoci při stabilizaci životního stylu spojeného s abstinencí. Hlavní prvky následné péče tvoří psychoterapie, prevence selhání, sociální práce, pomoc při hledání zaměstnání či rekvalifikace, lékařská péče, práce s rodinnými příslušníky, nabídka volnočasových aktivit (Grohmannová, 2007).

2.4 Druhy adiktologické terapie

V léčbě závislosti se uplatňuje řada specifických léčebných postupů podle specifických potřeb konkrétního klienta. Léčba a její priority se mohou v různých fázích měnit, což vyžaduje z terapeutického pohledu flexibilitu. Do léčby často klient vstupuje až při výskytu komplikací, jejichž zvládnutí je prvořadé. V systému adiktologických poruch zaujímá důležité místo syndrom závislosti, od kterého jsou příčinně odvozovány specifické psychické a somatické komplikace (odvykací stav, intoxikace, psychotická porucha). Zásadní tedy pro léčbu závislosti je ovlivnění syndromu závislosti, protože při dosažení plné abstinence je množství komplikací reverzibilních a nevznikají nové. V souvislosti s abstinencí dochází i ke zlepšení kvality života. Mnoho pacientů však nemá zájem o abstinencně zaměřenou léčbu, tudíž je nutné primárně pracovat s motivací. Pacienti, u kterých vlivem dlouhodobých komplikací došlo úbytku kognitivních funkcí nebo k osobnostní degradaci, již nejsou komplexně pojaté léčby schopni. Pro tyto klienty je určena léčba symptomatická a paliativní (Jeřábek, 2011).

Pokora a Chadima o paliativní léčbě v adiktologii píše: *„Cílem dobrovolné protialkoholní léčby je trvalá a důsledná abstinence. Bohužel skoro polovina pacientů, kteří podstoupí léčbu, nejsou schopni požadavek trvalé a důsledné abstinence splnit a dříve či později abstinenci poruší a dojde u nich k rozvoji excesivního pití.“* Pro takové pacienty je vhodný *„rehabilitačně-ostřízlivovací program“*, jehož cílem je minimalizace zdravotních rizik a zlepšení fungování v sociální oblasti. Tento program je obdobný jako program „harm reduction“ pro drogově závislé (Pokora, Chadima, 2014, s. 81).

V léčbě závislosti je základní metodou léčby režimová terapie, různé psychoterapeutické techniky a své místo má i léčba farmakologická. Ke zvládnutí odvykacích stavů a při léčbě psychotických poruch jsou používána psychofarmaka (léky s primárním účinkem na nervový systém, ovlivňující patologické psychické funkce). Nedílnou součástí léčby je kontrola abstinence (Randáková Modes, 2014). Důležitou metodou v přístupu k osobám se závislým chováním je práce s motivací. Posilování motivace je možno provádět v malé i velké skupině, při individuálním rozhovoru, při práci s rodinou apod. Novým trendem v adiktologii je metoda motivačního rozhovoru,

který využívá přímé konfrontace a přesvědčování. Cílem metody motivačního rozhovoru je dosahování změn směrem k bezpečnějšímu a šťastnějšímu životnímu stylu. Změny tvoří přirozenou součást běžného života každého člověka. Určitými změnami prochází i závislý jedinec a tyto lze rozdělit do pěti fází. Tyto fáze nastávají při zahájení a udržování změny.

1. Prekontemplace – zde se nacházejí klienti před nástupem do léčby. V této fázi klient nechce přestat užívat návykovou látku, je přesvědčený, že vše má pod kontrolou a své chování dokáže sám sobě úspěšně zracionalizovat. Změna mu připadá zbytečná a obtížná. V této fázi je klientovi nabízena služba, která minimalizuje rizika jeho užívání a také se doporučuje vyvolat pochybnosti o návykovém chování.
2. Kontemplace - fáze, kdy klient váhá, uvažuje o změně. Užívání návykové látky ho stále uspokojuje, avšak již vnímá problémy, které s sebou závislost přináší. Klient v tomto okamžiku zvažuje výhody a nevýhody, zisky a ztráty. Zde je nutné posilovat sebedůvěru a rozhodovací kompetence klienta.
3. Rozhodnutí – fáze, kdy ztráty z užívání návykové látky jsou vyšší než zisky. Klient je ochoten připustit přímou souvislost mezi jeho užíváním a současnou situací a reálně přemýšlí o potřebě změnit situaci. Zde je vhodné navrhnout konkrétní kroky, které by měl klient udělat.
4. Jednání – tato fáze nastupuje, pokud klientův rozpor má dostatečnou sílu a potřeba změny se stává prioritou. Zde je na místě pomoc terapeuta tuto změnu realizovat.
5. Udržování - znamená pro klienta schopnost žít bez návykové látky a začátek návratu do běžného života. Jsou podnikány kroky k udržení změny a prevenci relapsu.
6. Relaps – selhání, recidiva, návrat k původnímu, předchozímu. Tato fáze je nebezpečná, neboť se klienti mohou dostat zpět do 1. fáze, kdy nemají zájem o změnu. Zde je nejdůležitější recidivu zastavit. Relaps může nastat v kterékoliv z uvedených fází (Dobiášová, Broža, Kalina, 2008).

Farmakologická terapie syndromu závislosti není prioritním způsobem léčby. Měla by doplňovat komplexní léčbu (Jeřábek, 2011). Kalina píše, že naopak někdy bývá

farmakoterapie při léčbě závislostí nesprávně považována za doplněk jiných léčebných postupů, zejména psychoterapie. Dále Kalina uvádí, že: „*v rámci komplexní terapie závislosti je často nezbytná paralelně realizovaná farmakoterapie vážných somatických komorbidit*“ (Kalina, 2008, s. 146).

Jedním ze zásadních nefarmakologických přístupů je psychoterapie. Psychoterapií existuje celá řada podle různých směrů a škol. Kalina a Miovský uvádějí dvě definice psychoterapie: „*Psychoterapie je napomáhání zdraví psychologickými prostředky*“ a další definice: „*Psychoterapie je odborné použití mezilidských situací se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a/nebo osobní charakteristiky*“ (Kalina, 2008, s. 159).

Kalina specifikuje formáty psychoterapie na individuální, skupinovou, párovou a rodinnou. Při individuální psychoterapii se setkává jeden klient a jeden terapeut a tento prostor je pokládán za intimní. Skupinová psychoterapie se uskutečňuje ve skupině, kterou vede jeden až dva terapeuti. Symbolem skupinové psychoterapie je kruh ze židlí. Kruh symbolizuje jednotu, dokonalost a harmonii. Párová psychoterapie je setkání jednoho či dvou terapeutů a partnerské dvojice. Je vhodná dvojice terapeutů složená z ženy a muže. Sezení je ve čtvercovém uspořádání. Při rodinné psychoterapii je opět přítomen jeden či dva terapeuti a celá rodina nebo její část (Kalina, 2013).

Pracovní terapie je rovněž považována za důležitou součást léčby. Má své nezastupitelné místo ve strukturovaném programu léčby. Jejím cílem je zajištění osvojení či obnovení pracovních návyků a dovedností, posílení sebeúcty a sociální odpovědnosti klienta. Dále podporuje získávání postojů a interpersonálních dovedností (například spolupráce, přijímání kritiky, vyrovnávání se s autoritami). Plnění těchto cílů je jednodušší tam, kde je práce součástí každodenního chodu komunity (úklid, údržba domu a okolí, vaření). Obtížnější je to v psychiatrických nemocnicích, kde je provoz zajišťován touto institucí. Je těžké najít smysluplnou práci s viditelným výsledkem a dát jí terapeutický či socializační rozměr (Kalina, 2008).

Dalším prvkem v léčbě je trávení volného času v rámci strukturovaného programu. Není zde místo pro konzumní způsob života s pasivním sledováním televize.

Volnočasové, sportovní, zátěžové a jiné rehabilitační aktivity by měly být zdrojem pozitivních zážitků, zábavy, uvolnění a přirozené euforie, jež posilují odolnost a stmelují komunitu. Většinou jsou provozovány takové činnosti, které může klient využít pro trávení volného času i po dokončení léčby. Trávení volného času by mělo obsahovat část společnou a individuální. Společná část je důležitá pro vytváření soudržnosti společenství a vznik širšího pole pro sociální interakce. Význam individuálního trávení volného času spočívá jak v odpočinku, tak ve zkoušení jiných aktivit trávení volného času (Kalina, 2008).

2.4.1 Edukace v terapii

V edukaci probíhá interakce mezi edukátorem (zdravotní sestrou, terapeutem, lékařem) a edukantem (klientem), která je zaměřená na realizaci obsahů a cílů edukace s využitím výchovně vzdělávacích metod, prostředků a principů edukace. Edukace může probíhat individuální nebo skupinovou formou. Individuální edukace může probíhat formou:

- *„individuálních edukačních setkání*
- *individuálních edukačních plánů a programů*
- *edukačních listů*
- *edukačních standardů, které se týkají konkrétního onemocnění.“*

Skupinová edukace je prováděna u skupiny klientů. Je vhodná k vytváření vzájemných interakcí mezi zúčastněnými, dochází k výměně zkušeností, vědomostí a vzájemnému učení. Skupinová edukace může mít podobu například:

- *„skupinové edukace klientů se stejnými či podobnými problémy*
- *edukace v rámci primární, sekundární a terciární prevence*
- *psychoterapie s edukací*
- *reedukace u návykových poruch, negativního vztahu k práci, ke své vlastní osobě*
- *praktických edukačních rehabilitačních a terapeutických aktivit*

- *praktických řešení konfliktních situací*“ (Kubertová, 2008, s. 205-210).

V terapii závislosti edukace (učení) prochází všemi léčebnými modalitami. Velký význam má tam, kde je uplatňována přes procesy pozorování, nápodoby a provádění (Jeřábek, 2011).

Edukace může mít různou podobu. Jsou využívány letáky a brožury s danou problematikou, rozhovor se členy týmu nebo skupinová terapie zaměřená na náhled na problém či onemocnění (Venglářová, 2008).

Velký význam v léčbě závislosti má vzdělávání klientů v oblasti zdravého životního stylu, léčby v terapeutických komunitách a v neposlední řadě závislostí. K této edukaci jsou využívány edukační skupiny, které tvoří součást strukturovaných programů. Podstatu edukačních skupin tvoří zejména výklad či vysvětlování různých příčin dané psychické nemoci a s tím souvisejících témat (Kalina, 2013).

2.4.2 Výchovná složka v terapii

Napravení, přetváření návyků a stereotypů modelů chování představuje obtížnější, náročnější a dlouhodobější proces, než je vlastní formování osobnosti při výchově. Pro označení terapie lze použít několik termínů. Pojem terapie má počátek v medicíně a označuje léčbu poruch a nemocí prostředky biologickými (medikamenty) a psychologickými (psychoterapie). Terapii lze však chápat i v jiném, širším pojetí jako léčbu poruch a závad chování, u kterých lze aplikovat i prostředky pedagogické. Terapií se rozumí proces komplexní nápravy osobnosti. Průběh terapeutického procesu má několik fází, kterými klient prochází. Zpočátku je neochota o problému hovořit, či si problém vůbec připustit. Následují fáze, kdy již klient o sobě hovoří, popisuje své zkušenosti jako něco dávného, uplynulého. Později přichází fáze, kdy klient začíná prožívat sám sebe a uvolňuje se. Vrcholem terapeutického procesu je získání zodpovědnosti klienta za vlastní život (Kraus, 2008).

V případě maladaptivního chování se využívá postupů resocializace, reedukace, psychoterapie, socioterapie, někdy i medikamentózní léčby. Psychoterapie pomocí psychologických prostředků, tj. slovem, gestem, ale také úpravou prostředí léčí duševní

poruchy, psychosomatické a duševní onemocnění. Socioterapie pomáhá danému jedinci vytvořit sociální kontakty vhodné k udržení či opětovnému vytvoření přiměřeného sociálního chování. Jde o proces úpravy, pozměňování prostředí s cílem usnadnění adaptace daného jedince. Důležitou složkou v socioterapii je sociální rehabilitace, která má za úkol obnovit sociální vztahy, praktické dovednosti a schopnosti, jež jsou díky způsobu života dané osoby a sociálnímu handicapu narušeny (Kraus, 2008).

2.5 Metody terapeutické komunity

Základní filosofií léčby v terapeutické komunitě je zásadní změna životního stylu klienta, která vede k životu bez návykové látky a zapojení do normálního života. Program terapeutické komunity je nastaven tak, aby podporoval osobní růst klienta. Prostřednictvím programu terapeutické komunity klient dosahuje změn v chování a vztazích, sebepojetí a prožívání. Pro úspěšnou léčbu je důležité, aby klient přijal abstinenci jako součást svého dalšího života (Kalina, 2008).

Základní metodou terapeutické komunity je samotný život v komunitě, který se maximálně snaží přiblížit reálnému životu. Život v terapeutické komunitě však má svá pravidla, řád a režim. Mezi další metody patří jednotlivé části strukturovaného programu (Kalina, 2008).

Řád terapeutické komunity tvoří soubor pravidel. Tato pravidla jsou využívána při veškerých aktivitách klientů a terapeutů. Obsahuje časovou strukturu dne a týdne, požadavky na chování klienta v programu, povinnosti klienta. Dále má význam při hodnocení žádoucího chování, zahrnuje sankce za režimové přestupky a výhody za plnění režimu (Kalina, 2008). Pravidla v terapeutické komunitě je možno rozdělit na čtyři základní typy:

- klíčová pravidla
- další psaná pravidla
- nepsaná pravidla
- nevědomá pravidla (Broža, 2007).

Klíčová pravidla jsou formulována v souladu se základními cíli a metodami terapeutických komunit. Mezi klíčová pravidla se řadí zákaz užívání drog, alkoholu, či jiných návykových látek, zákaz agrese a sexu s dalším členem komunity. Pokud klient zásadně poruší tato pravidla, je z terapeutické komunity vyloučen (Kalina, 2008).

Každá terapeutická komunita má řadu dalších veřejných pravidel, která jsou zpracována v operačním manuálu. Další pravidla se mohou měnit a měla by být pravidelně revidována celým týmem (Broža, 2007).

Nepsaná pravidla se vytvářejí spontánně, předávají se ústně, ale i neverbálně z klientů na klienty a mnohdy přetrvávají dlouhou dobu. Některá mohou být prospěšná pro komunitu, jiná však mohou mít destruktivní charakter (Broža, 2007).

Pravidla, která lze nazvat nevědomými, se týkají především osobních pravidel a norem každého člena komunity. Každý jedinec si do života přináší řadu nevědomých pravidel, která pramení především z původní rodiny a výchovy (Broža, 2007).

Pravidla jsou pro klienty zárukou bezpečí a ochrany a také dávají podněty pro sociální učení a změnu chování (Kalina, 2008).

Režim klade důraz na nutnost strukturovaného uspořádání dne a týdne, které je podobné běžnému životu. Jedná se o přesné rozložení dne do dílčích časových úseků, které mají svůj konkrétní obsah. Denní režim umožňuje obnovení návyků, které klienti ztratili, nebo je nikdy neměli. Jedná se o metodu, která čerpá z teorie sociálního učení. Podporuje dosažení zdravých sociálních návyků a narušení vzorců maladaptivního chování (Mahrová, 2008).

Denní režim musí mít časovou a obsahovou spojitost. Obsahuje základní aktivity všedního života jako je vstávání, hygiena, jídlo, spánek, volný čas. Dále jsou to činnosti důležité pro chod komunity. Jedná se o pracovní část, úklid, plnění pracovních funkcí, případně práce mimo komunitu (klienti ve vyšší fázi léčby). Cílem pravidelného režimu je dosažení schopnosti klienta vytvořit si vlastní režim, jenž umožní zachovat zásady správného způsobu života (Mahrová, 2007).

Mezi další terapeutické aktivity Richterová-Těmínová, Adameček a Kalina řadí:

- *Setkání komunity* – jsou klíčovým prvkem v životě terapeutické komunity, uskutečňují se denně, řeší se zde problémy, navrhuje se a přijímá rozhodnutí komunity, dochází ke sdílení.
- *Skupinová terapie* – tvoří nedílnou součást terapie. Dělí se na skupiny tematické, bibliografické a interakční s použitím psychodynamického nebo kognitivně behaviorálního přístupu.
- *Individuální terapie* – v užším slova smyslu se v terapeutických komunitách neprovádí. Je využívána formou garantské práce, kdy garant vede klienta po dobu léčby, podporuje ho v zapojení do programu.
- *Práce s rodinou* – je žádoucí, pokud je přítomen člen rodiny či partner na terapeutické komunitě nebo při organizovaných pravidelných setkáních rodičů s klienty.
- *Pracovní terapie* – musí mít smysl a viditelný výsledek. Doporučuje se hierarchické uspořádání, kdy nejméně zodpovědné práce vykonává klient z nižších fází programu a zodpovědnější práce jsou přidělovány klientům s delší dobou pobytu.
- *Vzdělávání* – uskutečňuje se formou seminářů, přednášek, nácviků, obsahuje témata prevence relapsu, filosofie a principů komunity.
- *Volnočasové, sportovní, zátěžové a jiné rehabilitační aktivity* – mají poskytovat pozitivní zážitky, zábavu, uvolnění a přirozenou euforii. Posilují odolnost a stmelují komunitu.
- *Sociální práce* – má usnadňovat klientovi přístup do sítě institucí a pomáhá jim v oblasti sociální a pracovně-právní (Kalina a kol, 2008).

3 PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE MARIANNY ORANŽSKÉ BÍLÁ VODA

Psychiatrická nemocnice Marianny Oranžské Bílá Voda (PN MO Bílá Voda) je státní zdravotnické zařízení, zřizované přímo Ministerstvem zdravotnictví ČR. PN MO Bílá Voda je umístěna v prostorách bývalého zámku, který byl v průběhu let přebudován do dnešní podoby. Poskytuje péči klientům s duševními poruchami, klientům závislým na návykových látkách a také klientům ze spádového území okresu Jeseník, kterým je uloženo ochranné léčení. V PN MO je zaměstnáno celkem 133 zaměstnanců, z toho 101 zdravotnických pracovníků, ostatní jsou dělnické a hospodářsko technické profese. Nemocnice má svou centrální kuchyň, prádelnu, kotelnu, údržbu a sklad. Součástí nemocnice je pracoviště léčebné rehabilitace. Lůžková kapacita je 150 lůžek a tento fond je rozdělen mezi šest oddělení.

Oddělení I – psychoterapeutické oddělení pro komplexní léčbu alkoholových a smíšených závislostí komunitního typu (Harmonie). Má kapacitu 24 lůžek.

Oddělení II – oddělení s kombinovanou péčí pro komplexní léčbu závažných psychiatrických poruch (demence, těžké schizofrenní průběhy včetně postprocesuálních defektů), včetně standardní psychiatrické péče, dále pro léčbu komplikovaných adiktologických poruch. Celková kapacita je 37 lůžek.

Oddělení III - specializované oddělení pro komplexní střednědobou a dlouhodobou léčbu typu terapeutické komunity (terapeutická komunita Fénix) pro alkoholové, drogové a smíšené závislosti. Kapacita je 26 lůžek.

Oddělení IV – oddělení s kombinovanou péčí pro dva okruhy klientů

1) příjem širokého spektra psychických poruch (kromě závažných demencí), včetně standardní akutní psychiatrické péče (zahrnuje i detoxifikaci);

2) komplexní léčba psychotických stavů a poruch přizpůsobení, včetně biologické léčby. Kapacita je 26 lůžek.

Oddělení V - specializované oddělení pro komplexní střednědobou a dlouhodobou léčbu komunitního typu pro drogové závislosti (Terapeutická komunita Fides). Kapacita je 21 lůžek.

Oddělení VI - oddělení pro komplexní léčbu alkoholových a smíšených závislosti komunitního typu (Tao). Kapacita je 16 lůžek.

Všechna oddělení jsou koedukovaná a profil jednotlivých oddělení respektuje odlišné požadavky na péči o různé skupiny psychiatrické klientely (Organizační řád PN MO Bílá Voda, 2013).

Pro účely bakalářské práce bude blíže charakterizováno oddělení II, pro jehož část autorka navrhuje podpůrný adiktologický program.

Oddělení II (také gerontopsychiatrické oddělení) je koedukované oddělení s 37 lůžky. Je určeno pro muže a ženy s chronickými psychiatrickými diagnózami, s lehčí i těžší formou demence, pro pacienty s organickými poruchami, inkontinentní, hůře pohyblivé, vyžadující intenzivní ošetrovatelskou péči. Tomuto profilu klientely je přizpůsobeno stavební a materiální vybavení oddělení (polohovací lůžka, pomocná zařízení, bezbariérový přístup) a také skladba nelékařského zdravotnického personálu: tým, který tvoří 1 registrovaná staniční zdravotní sestra se specializací v oboru psychiatrické ošetrovatelské péče, 5 registrovaných zdravotních sester, 1 zdravotnický asistent, 2 ošetrovatelky a 3 sanitářky, je výhradně v ženském zastoupení.

Vzhledem ke zvýšenému zájmu klientů s různou formou závislosti o léčbu v PN MO Bílá Voda a aktuálnímu úbytku kmenových klientů oddělení II v roce 2013 byla část uživatelů návykových látek dočasně přesouvána z příjmového oddělení na oddělení II. U těchto klientů byla většinou problematická motivace, přítomnost psychiatrické diagnózy, či somatické omezení, bránící okamžitému nástupu na regulární dlouhodobou léčbu komunitního typu. Jedná se o neobvyklé koncepční řešení, kdy na jednom oddělení jsou hospitalizováni klienti s výrazně odlišnými potřebami a jinou úrovní péče. Délka hospitalizace těchto klientů byla stanovena na 3 měsíce.

Původní klientela a zaměření péče oddělení II nevyžadovala existenci pravidel ani režimu. To v nových podmínkách vedlo k mnoha nedorozuměním jak mezi klienty, tak mezi personálem, který vynikal v ošetrovatelské péči, neměl však potřebné zkušenosti s adiktologickými klienty. Tým musel být posílen o dva zdravotnické pracovníky se zkušenostmi v oblasti práce s uživateli návykových látek. Bylo nezbytné pro tuto část klientely vypracovat strukturu dne a klíčová pravidla, která vycházejí z modelu terapeutické komunity.

Struktura dne pro adiktologické klienty obnáší ranní vstávání, úklid lůžka a jeho okolí, rozcvičku, jídlo, ranní setkání, medicínskou a ošetrovatelskou část, dopolední a odpolední pracovní blok, plnění pracovních funkcí, volný čas. Tuto strukturu autorka navrhuje rozšířit o metodu motivační, edukační, garantskou práci a práci s deníkem a doplnit pracovní a volnočasové metody, které budou podrobně zpracovány v empirické části práce.

Podávání jídla, medikace, případně realizace dalších ošetrovatelských intervencí, pravidelné sledování somatického a psychického stavu je v kompetenci zdravotnického personálu, který tyto činnosti zajišťuje. Zdravotnický personál pracuje metodou ošetrovatelského procesu, který zajišťuje systematické plánování a poskytování ošetrovatelské péče. Je metodologií oboru ošetrovatelství a všeobecně uznávaným mezinárodním standardem. Tato metoda spočívá v průběžné realizaci předem promyšleného sledu ošetrovatelských postupů, které vedou k uspokojování tělesných, duševních a sociálních potřeb klienta. V PN MO Bílá Voda je organizace ošetrovatelské péče založena na systému primárních sester. V praxi to znamená, že ihned po přijetí je klientovi přidělena konkrétní zdravotní sestra, která vede jeho ošetrovatelskou dokumentaci, koordinuje ošetrovatelskou péči, úzce spolupracuje s nemocným a vede ho k aktivní spolupráci.

Metody užívané při práci s adiktologickou klientelou v současné době na oddělení II:

Ranní setkání (ranní komunita) – je metodou každodenní komunikace. Jde o setkání klientů a členů týmu v trvání 60 minut. Je zde prostor k řešení vztahů, konfliktů,

poskytnutí zpětné vazby druhým, klienti se zde hlásí na lékařskou vizitu, objednávají si finanční výběry z ústavní pokladny, rozdělují se pracovní funkce.

Pracovní blok - se koná každý všední den dopoledne i odpoledne. Klienti jsou obvykle zařazeni do práce na zahradě, kde se jim věnuje pracovní terapeut. Vykonávají pomocné sezónní práce jako je hrabání listí, pletí záhonů, zalévání květin, sběr ovoce nebo odklizení sněhu v zimním období. Tato metoda má za úkol obnovit pracovní návyky nebo se vůbec naučit pracovat. Dopolední blok je v délce 1 hodiny a 15 minut, odpolední trvá 2,5 hodiny.

Plnění pracovních funkcí - je metodou, která má důležitý vzdělávací efekt, podporuje rozvoj dovedností a posiluje sebepoznávání a osobní růst. Pracovní funkce jsou přizpůsobeny prostředí lůžkového oddělení, kdy provoz oddělení je zajištěn zaměstnanci nemocnice (strava, úklid, teplo). Jsou zde tedy obsaženy aktivity spojené s plněním pomocných prací na oddělení. Tyto funkce jsou rozdělovány každý týden na ranním setkání. Jedná se například o funkci „šéfa skupiny“, který se zajímá o nově příchozí klienty, seznamuje je s oddělením, denním režimem, předkládá akutní problémy členům zdravotnického týmu. Mezi další funkce patří úklid kuchyňky po celý den, úklid společných prostor v odpoledních hodinách, funkce „sportáka“, který vede rozcvičku.

Volný čas – dává prostor pro uvolnění, týmovou spolupráci, legraci. Klienti mají možnost využít volný čas ke sportu (v areálu nemocnice je hřiště na fotbal, tenis, sportovní sál) nebo mohou využít nabídky společenských her, které jsou k dispozici na oddělení. Sledování televize není doporučeno, nelze je však vzhledem ke gerontologickým a psychicky nemocným klientům úplně eliminovat.

Klíčová pravidla - lze zařadit mezi metodu výchovnou. Pravidla jsou důležitá pro stanovení hranic, které klient v léčbě musí dodržovat. Pokud dojde závažným způsobem k porušení těchto pravidel, které se neslučuje s dalším pobytem v PN MO, následuje vyloučení klienta z léčby. V léčbě je nepřípustné požití nebo vnesení drogy či alkoholu do nemocnice během hospitalizace. Dále platí zákaz hrubé fyzické a verbální agrese vůči ostatním klientům nebo personálu, včetně zákazu manipulativního chování

k psychicky nemocným a nesvéprávným klientům. Také není tolerováno navazování erotických kontaktů v léčbě.

Na závěr lze zmínit další používané terapeutické metody na oddělení II a těmi jsou biologická léčba zajišťovaná lékařem, individuální psychoterapie poskytovaná psychologem a sociální práce.

EMPIRICKÁ ČÁST

Empirická část bakalářské práce se zabývá návrhem metod, které lze v podmínkách lůžkového oddělení Psychiatrické nemocnice Marianny Oranžské Bílá Voda zařadit do podpůrného programu pro malou skupinu uživatelů návykových látek, kteří jsou hospitalizováni současně s gerontopsychiatrickými a psychicky nemocnými klienty. Cílem empirické části je podrobné rozpracování motivačních, edukačních a výchovných metod, dále také garantské práce, metody volnočasové a pracovní, které autorka navrhuje do programu začlenit. Autorka práce navrhuje podpůrný adiktologický program v trvání pěti týdnů, ve kterých bude mít klient možnost se seznámit s podmínkami léčby, pracovat na své motivaci k léčbě, učit se respektovat pravidla a řád oddělení.

Pokud se klient během pětitédenního programu rozhodne pro střednědobou či dlouhodobou léčbu na kterékoliv terapeutické komunitě PN MO Bílá Voda, bude mu umožněn motivační pohovor se členem týmu příslušné terapeutické komunity a následně přestup na danou terapeutickou komunitu.

V případě, že se motivace klienta, který projde komplexním programem zaměřeným na jeho individuální potřeby, během pětitédenního programu nezmění a jeho zdravotní stav bude stabilizován, bude po uplynutí této doby propuštěn do ambulantní péče.

4 MOTIVAČNÍ METODY V PROGRAMU

Motivace a práce s ní je důležitým prvkem v terapii adiktologických klientů. Autorka zvolila metodu motivační z toho důvodu, že většinu závislých klientů na oddělení II pro dlouhodobou péči tvoří uživatelé návykových látek ve druhé motivační fázi. Tato fáze se nazývá kontemplace, neboli uvažování o změně a rozhodování. Motivace pacientů je proces, který není konstantní, ale který má svůj vývoj a postupně se mění. Pacient prochází několika stadii změny, které vyžadují odpovídající způsob přístupu.

Motivační rozhovor – je metoda, která používá přímé konfrontace a přesvědčování. Dle Kaliny: „Filosofie motivačního rozhovoru odmítá černobílý přístup k motivaci klienta („klient je motivován, nebo ne“) a předpokládá, že lidé jsou ve skutečnosti celkem motivováni, ale stav připravenosti ke změně kolísá a je ovlivněn množstvím různorodých faktorů a vnějších podmínek“ (Kalina a kol., 2008, s. 122). Základním cílem motivačního rozhovoru je dosahování změn ve smyslu zdravějšího a šťastnějšího životního stylu spočívající v redukci užívání návykových látek nebo v trvalé abstinenci. Efekt motivačního pohovoru se závislými klienty spočívá v přesunutí odpovědnosti za změnu. Práce na změně spočívá na klientovi, úkol terapeuta je vytvořit takové prostředí, jež usnadní klientovu vnitřní motivaci ke změně a pomůže eventuálně využít a zvnitřnit motivaci vnější. Je zde uplatňována role rodiny, zaměstnání, soudů (Kalina a kol., 2008).

Zásady vedení motivačního rozhovoru

- 1 *Vyjádření empatie* - jde o schopnost akceptace klienta, aniž souhlasíme se vším, co dělá a říká. Protichůdný postoj je vnímán jako pochopitelný, což snižuje odpor na straně klienta.
- 2 *Vytváření rozporu* - spočívá v zesilování rozporu, který klient vnímá mezi svým chováním a osobními cíli a představami o sobě. Tento rozpor vzniká při sledování následků chování, které jsou rozebírány s terapeutem, klient je s nimi konfrontován a následně si uvědomuje důvody ke změně.

- 3 *Vyhýbání se sporu* - spory způsobují terapeutovu frustraci a klient v nich nachází zdroj odporu. Proto je dobré se sporu vyhnout. Příkladem sporu může být označení klienta „nálepkou“ (alkoholik, feťák), či snaha ho přesvědčit pomocí důkazů a logiky o jeho zdravotním poškození.
- 4 *Práce s odporem* – patří mezi nejdůležitější část motivačního rozhovoru. Vznik odporu může mít původ v předchozích zkušenostech s terapií nebo na podkladě vnucené léčby. Zde není na místě konfrontace, ale vedení konstruktivního rozhovoru. Terapeut klade otevřené otázky, parafrázuje, potvrdí a zrekapituluje, případně zopakuje to, co bylo řečeno.
- 5 *Podpora sebedůvěry* - sebedůvěra klienta je důležitá při práci na změně v motivaci. Úkolem terapeuta je podpořit klienta, dodat mu sílu věřit ve vlastní schopnosti a důvěřovat si. Pozornost zaměřujeme na detaily a drobné dovednosti, kterých klient dosáhl a z nichž se skládá výsledek (Kalina a kol., 2008).

Při motivační práci s klientem jsou využívány techniky a dovednosti, které shrnuje akronym OARSS, jenž Kalina shrnuje podle Millera, Rollnicka a Carrolla takto:

„**O** (*open questions*) – používání otázek s otevřeným koncem, kterým terapeut motivuje klienta ke komunikaci a přemýšlení o svých tématech.“

„**A** (*affirming*) – potvrzování kladných postojů, ve kterém terapeut projevuje ocenění a uznání.“ Nemělo by však jít o jediný způsob komunikace, ve vyslovených oceněních musí klient vnímat pravdivost, aby nenabyl pocitu falešnosti.

„**B** (*reflecting*) – reflektující naslouchání, které spočívá v průběžném zrcadlení nejdůležitějších informací, které klient podává.“

„**S** (*summarising*) – schopnost čas od času shrnout do uceleného tvaru to, co dosud klient popisoval.“

„**S** (*self-motivation*) – vytváření prostoru pro sebemotivaci klienta, která je vždy výhodnější a trvalejší než motivace, která přichází pouze ze strany terapeuta.“ Je úkolem terapeuta všimnout si všech projevů sebemotivace klienta a na konci sezení tyto zveřejnit (Kalina a kol. 2008, s. 127).

Metodu motivačního rozhovoru navrhuje autorka použít na začátku a na konci pětítýdenního programu, protože tato stadia v léčbě patří k nejkritičtějším z pohledu vývoje závislosti a rizika relapsu (opětovné užití návykové látky) a umožňuje ovlivnit i nízkou úroveň motivace. Měl by být prováděn formou individuálního sezení klient – terapeut.

Motivační skupiny - jde o metodu tematické skupinové terapie. Jsou zde využívány rovněž techniky a dovednosti popsané v předchozí části. Skupina má předem určené téma. Metodu motivační skupiny navrhuje autorka zařadit do programu 2 dny v týdnu v délce 90 minut.

Na skupině jsou přítomni dva terapeuti a všichni klienti zařazení do programu. Židle jsou uspořádány do kruhu. Téma skupiny přináší terapeut, nebo je vybráno podle aktuálního dění na oddělení. Může se jednat například o vysvětlování významu některých pravidel, zvládání projevů cravingu (bažení), návrat domů či ne, plnění povinností v rámci programu a podobně.

Svépomocné skupiny – jde o metodu, při níž vstupují do programu klienti z vyšších fází léčby jiných oddělení terapeutických komunit PN MO Bílá Voda. Tito klienti by měli v pravidelných časech docházet na oddělení II, kde bude probíhat v určené místnosti tato skupina. Přítomnost terapeuta je nežádoucí. Konání svépomocné skupiny navrhuje autorka 2 krát týdně v délce 60 minut. Při svépomocné skupině by měli klienti opět sedět v kruhu. Je vyžadována přítomnost dvou klientů z příslušné terapeutické komunity a všichni klienti odd. II zařazení do programu. Na začátku se vždy všichni vzájemně představí. Určí se pravidla diskuze (například: témata ze skupiny nevynášet ven, dát si vzájemný prostor k projevu a nezasahovat do něj). Svépomocnou skupinu vede klient z vyšší fáze léčby a navrhne téma, případně se ostatních klientů zeptá, co by chtěli řešit.

Cílem této skupiny je poskytnout pohled na závislost očima uživatelů návykových látek, kteří již mají určitý náhled na tuto problematiku. Klienti oddělení II zařazení do programu se mohou ptát na jejich zkušenosti v léčbě, zvládání zátěže a krizových

situací, které s sebou léčba přináší. Přínosem této metody je poskytnutí reflexe klientům, kteří se rozhodují, co udělají se svým životem.

5 EDUKAČNÍ METODY V PROGRAMU

Cílem edukace v programu je odstranění nebo zmírnění informační nerovnováhy. Pilířem edukačních skupin je podání informací klientům o jejich onemocnění, tedy závislosti. Vysvětlit možnosti léčby, získat náhled a pomocí něj zvýšit kvalitu života.

Edukační metody lze chápat jako promyšlené a cílevědomé působení edukátora, který aktivizuje edukanta v jeho učení tak, aby byly efektivně naplněny cíle učení (Juřeníková, 2010). Než je zvolena příslušná edukační metoda, je nutné vždy přihlídnout k osobnosti edukovaného, k jeho vědomostem, zkušenostem a dovednostem.

Vzhledem k délce programu, který je navrhován na pět týdnů, doporučuje autorka zařadit edukační metody teoretické (klasická přednáška, přednáška s diskuzí) a metody praktické (instruktáž a praktické cvičení) do programu jedenkrát týdně. Jedno edukační sezení nebo instruktáž by mělo být v trvání 90 minut.

Vzdělávání by mělo být také součástí každodenních úkolů, které klient plní a učí se novým dovednostem. Přípravou přednášky může být pověřen i klient, který si zadané téma připraví a následně interpretuje. Klient má možnost výběru témat jako např. co je to závislost, prevence relapsu, doléčování, duální diagnóza, jak hovořit o minulosti ve svém zaměstnání, jak říkat ne (na nabídku návykové látky) aj.

Metodou přednášky jsou předávány klientům poznatky a vědomosti v ucelené podobě. Klasická přednáška má zpravidla tři části – úvod, vlastní výklad a závěr. V úvodu jsou klienti seznámeni s tématem a cílem přednášené problematiky. Je vhodné uvést na příkladu smysl přednášeného tématu. Na úvod navazuje vlastní výklad, během kterého jsou klientům předkládána vědecky podložená a logicky uspořádaná fakta. Tato fakta je nutné přizpůsobit znalostem klientů. Je vhodné výklad doplnit o příklady z praxe a vysvětlit pojmy, které klient nezná a jsou pro něho nové. V závěru by mělo dojít ke shrnutí nejdůležitějších částí přednášky (Juřeníková, 2010). V průběhu přednášky lze využít různých pomůcek, které umožní klientovi vytvořit si lepší představu o daném problému. V možnostech oddělení II je využití flip- chartu či

dataprojektoru s počítačem, který umožní projekci připravené prezentace, včetně fotografií, či videí.

Výhoda přednášky spočívá v možnosti předání ucelených informací větší skupině klientů najednou, nevýhodou pak je nízká aktivita edukovaných klientů. Tento jev lze eliminovat tím, že v průběhu přednášky jsou kladeny klientům otázky, na které odpoví buď klient, nebo sám edukující terapeut. Pro zvýšení aktivity lze do průběhu přednášky nebo na její závěr zařadit diskuzi (Juřeníková, 2010).

Instruktaž a praktické cvičení – instruktaž je teoretický úvod před praktickou činností, která má klienty seznámit s určitým pracovním postupem, k získání psychomotorické dovednosti. Instruktaž je prováděna prostřednictvím mluveného slova a navazuje na znalosti edukovaných klientů. V úvodu je nutné vysvětlit, co bude předmětem instruktaže a jaký je očekávaný výsledek. Při první ukázce praktické činnosti je nutné postupovat pomalu a se slovním doprovodem, kdy je vhodné upozornit na správný postup a případné chyby, kterých by se klient dopustil. Poté by měla následovat praktická ukázka činnosti v rychlosti, která bude vyžadována u klienta. Po této ukázce znovu opakujeme činnost v pomalém tempu v dílčích krocích. Na instruktaž plynule navazuje praktické cvičení klientů, kdy klienti zahájí praktický nácvik činnosti. Tento nácvik může probíhat individuálně, ale i ve skupině dvou a více osob. Maximální počet edukovaných klientů je deset (Juřeníková, 2010).

Příkladem takové instruktaže s praktickým cvičením může být v podmínkách lůžkového oddělení nácvik odmítání návykové látky.

6 GARANTSKÁ PRÁCE

Garant je klíčový pracovník týmu, který je klientovi přidělen po příchodu na oddělení a věnuje se mu zpravidla po celou dobu pobytu. Těmito klíčovými pracovníky na oddělení II jsou dvě terapeutky s psychoterapeutickým výcvikem a staniční sestra oddělení. Každý klíčový pracovník má v péči hned několik klientů. Garant tedy představuje pro klienta průvodce léčbou, stává se hlavní blízkou osobou, pomáhá mu s orientací v léčbě. Hlavní činnost garanta na oddělení II by měla spočívat ve vedení klienta k individuálnímu plánování, řešení sociální a finanční situace. Setkání klienta s garantem by se mělo uskutečňovat jedenkrát týdně v trvání půl hodiny, a to v osobním volnu klienta. Vědomí časového limitu by mělo klienty vést k důkladné přípravě. Na těchto setkáních by měli společně konzultovat a vytvářet podobu dalších kroků, které by měly následovat v plnění individuálního plánu.

Individuální plán by měl mít písemnou formu, ve které si klient ve spolupráci s garantem naplánuje úkoly a termíny jejich plnění na jeden týden. Při zpětném posouzení při garantském pohovoru má garant přehled, které úkoly se povedlo splnit a s čím má klient problém a je potřeba další intervence. Individuální plán je pro klienta motivací a umožňuje mu řešit problémy v dílčích krocích. I dosažení malého výsledku může být pro klienta signál smysluplnosti snažení o změnu.

Individuální týdenní plány mohou mít podobu, v níž klient mapuje tyto oblasti:

- zdravotní stav, dieta, kondice (popis současného stavu a plán dalších kroků)
- vztahy, jejich vývoj, konflikty (zde klient rekapituluje stávající vztahy v komunitě i mimo ni, události, jež je ovlivňují, související interpersonální konflikty a způsob jejich řešení)
- aktivita v terapii (obsahuje účast na skupinové terapii a její přínos pro klienta, práce s deníkem)
- pracovní dovednosti (mapuje objevené schopnosti a získané dovednosti)

- sociálně právní otázky (finanční situace, řešení dluhů, jednání s institucemi)
- finanční plán (podrobné finanční plánování, tvorba rozpočtu na dané období)
- volný čas - plánování volného času, aktivita v jeho trávení a vliv na psychický stav (Nevšímal, 2007).

Návrh individuálního týdenního plánu pro adiktologické klienty zařazené do programu na oddělení II je v příloze C.

Mezi důležité metody sebereflexe klienta patří práce s deníkem. Deník by si měl klient psát každý den v osobním volnu a popsat zde své emoce, nálady a chutě, může zde hodnotit své fungování ve skupině nebo reagovat na aktuální dění na oddělení. Deník by měl klient odevzdávat garantovi 1 x za týden. Garant je oprávněn poskytnout písemně drobnou reflexi do deníku klienta. Tyto reflexe mohou být pro mnoho klientů velmi cenné a jsou projevem individuální péče (Nevšímal, 2007).

7 VÝCHOVNÉ METODY

Mezi výchovné metody v léčbě osob se závislým chováním patří režimová terapie, pravidla a plnění pracovních funkcí. Některé z těchto metod jsou již na oddělení II realizovány, ale metodu dodržování pravidel je potřeba rozšířit.

V teoretické části autorka specifikovala klíčová pravidla, která jsou klienti povinni dodržovat. Stávající pravidla je nutné rozšířit, aby se vymezily hranice požadovaného způsobů chování a jednání a byly nastoleny podmínky spolupráce. Znalost pravidel bude vyžadována nejen ze strany klientů, ale je nezbytná i ze strany ostatního personálu oddělení II. Dodržování pravidel ze strany klientů není samozřejmostí. Řada z nich má zkušenosti z výkonu trestu, nemají respekt k nastaveným hranicím a překračují dohodnuté normy chování. K udržení pořádku doporučuje autorka zavedení hodnotícího systému a jeho důsledné dodržování. Tento hodnotící systém je založen na evidenci přestupků – tedy porušení pravidel oddělení II. Evidence přestupků by měla začít po dvacet čtyři hodiny trvající adaptaci na oddělení II, kdy bude mít klient možnost se seznámit s prostředím a chodem oddělení, nastudovat pravidla. Po uplynutí této adaptace je již klient zapojen do programu a nese plnou zodpovědnost za své chování. Evidence přestupků navrhuje autorka rozdělit na čtrnáctidenní fáze, kdy může klient pětkrát porušit pravidla. Při šestém porušení pravidel by mělo následovat mimořádné setkání skupiny, na kterém by se klient měl vyjádřit ke svému chování. Tým a skupina doporučí klientovi sepsat tzv. „dohodu“, ve které si sám stanoví podmínky setrvání v programu a léčbě (např. budu chodit včas do pracovního bloku, nebudu používat vulgarismy apod.). Součástí dohody však také musí být činnosti, které klient v případě porušení dohody musí vykonat (např. vypracování přednášky na určité téma, práce na oddělení navíc ke svým povinnostem apod.). Klíčová pravidla navrhuje autorka doplnit o tyto další pravidla, jejichž porušení bude považováno za přestupek v režimu:

- vzdálení se mimo areál nemocnice bez vědomí personálu
- neomluvená neúčast na programu (rozcvička, ranní setkání, skupinová terapie, podávání medikace, pracovní blok)

- neplnění pracovních funkcí na oddělení
- nevhodné chování k ostatním klientům oddělení II (půjčování si finanční hotovosti, prodej osobních věcí)
- používání vulgarismů
- kouření v prostorách oddělení
- nedodržování večerky a nočního klidu
- nedodržování pořádku na pokoji a ve svých věcech během celého dne
- návštěvy mužů na ženských pokojích a naopak
- ponechání si léků, včetně vitamínů
- neodevzdání ostrých předmětů, včetně obyčejných žiletek
- nepřezouvání na oddělení a v tělocvičně nemocnice
- úmyslné poškozování majetku nemocnice (kreslení na zdi, nalepování plakátů)
- nedostatečná spolupráce (např. nezodpovědnost při nakládání s finančními prostředky)
- zákaz používání soukromé elektroniky, včetně sluchátek
- zákaz zakrývání hlavy kapucí na oddělení
- odmítnutí odběru moče na toxikologické vyšetření, kontroly zornic a dechové zkoušky na přítomnost alkoholu.

Tato další pravidla vyplývají z nejčastějších problematických situací, které bylo nutné v průběhu roku řešit. Prioritně jsou uvedena ta, která mají nastavit pevné hranice a bezpečné prostředí nejen pro klienty, ale i personál.

8 METODA PRACOVNÍ

Pracovní metoda je již na oddělení II realizována formou dopoledního a odpoledního pracovního bloku a lze sem také zahrnout plnění pracovních funkcí na oddělení, které byly vyjmenovány ve třetí kapitole teoretické části práce. Bližší popis těchto funkcí je uveden v příloze D. Autorka navrhuje doplnit pracovní metody o pomocné činnosti orientované na gerontopsychiatrickou část oddělení vykonávané pod dohledem odborného personálu. Tato pracovní metoda může být vnímána pod heslem: „Pomocí druhým pomáhám sám sobě.“

Pomocné činnosti budou zaměřeny na převlékání lůžek, pomoc při úklidu pokojů gerontopsychiatrických klientů (včetně úpravy a převlékání lůžek), úklid čistého prádla. Všechny pracovní funkce budou vykonávány v době osobního volna, klienti zařazeni do pomocných pracovních činností budou omluveni z programu, který je v ranních hodinách, a to z rozcvičky.

Před zahájením této pracovní metody bude provedena klientovi instruktáž, která zahrnuje popis jeho pracovní činnosti, praktickou ukázkou a nácvik úpravy lůžka včetně edukace v oblasti zásad přístupu k seniorům s duševním onemocněním a zásadách BOZP. Dále musí být klient seznámen s úložnými prostorami pro prádlo a úklidové pomůcky. Veškeré činnosti bude klient vykonávat pod přímým dohledem odborného personálu.

Pomocné činnosti (úprava lůžek a úklid pokojů, úklid čistého prádla) je nutné z provozních důvodů zařadit v harmonogramu na ranní hodiny.

Tato metoda vyžaduje individuální přístup a je možné ji provádět pouze s jedním či dvěma klienty, aby byl zachován potřebný dohled ze strany personálu. Volba klientů určených na tuto pracovní metodu bude prováděna denně na ranním setkání.

9 METODA VOLNOČASOVÁ

Volný čas je důležitým aspektem života, se kterým uživatelé návykových látek neumí nakládat. Volný čas z hlediska léčby závislostí je důležitý v oblasti osobnostního rozvoje závislého, resocializace a prevence relapsu. V rámci léčby je možno volný čas charakterizovat jako strukturovanou formu (včleněnou do programu a různým způsobem organizovanou) a nestrukturovanou formu (tedy neorganizovanou a její náplň závisí na každém klientovi).

V teoretické části autorka popsala volnočasové aktivity, které klienti v současné době realizují a které patří do nestrukturované formy. Proto jsou v empirické části navrhovány strukturované formy trávení volného času.

Sport – většinou kolektivní míčové hry (fotbal, nohejbal, volejbal), případně tenis, stolní tenis. Tyto aktivity navrhuje autorka do programu zařadit jedenkrát týdně v trvání 90 minut. Plánování sportovních aktivit by mělo být náplní pracovní funkce „sportáka“, který po konzultaci s týmem předloží návrh na ranním setkání, vždy den předem než je plánovaná aktivita.

Klub – jde o společnou zábavnou aktivitu, která by se měla uskutečňovat ve večerních hodinách. Plánování aktivit na společném klubu by mělo být v náplni pracovní funkce

„šéfa skupiny“, který opět předloží svůj návrh aktivit týmu ke schválení. Náplní klubu by mělo být hraní společenských her, zpěv, hraní pohybových her, tedy činností, které nejsou náročné na prostor.

Společný výlet – jednou za měsíc navrhuje autorka zařadit do programu společný celodenní výlet. Výlet by měl být plánován ve spolupráci s týmem, protože nemocnice se nachází v těsné blízkosti státních hranic s Polskem. Většinou by se měl výlet uskutečnit formou pěší turistiky do okolí nemocnice v doprovodu dvou členů týmu. Vzhledem k tomu, že se jedná o celodenní výlet, je nutné den předem zajistit v centrální kuchyni balíčky se stravou místo oběda. To je v kompetenci týmu.

Příležitostné akce – sem patří účast na akcích v regionu. Jedná se o návštěvy kulturních a společenských akcí – výstavy, přednášky, účast na mši apod. Tyto aktivity jsou limitovány finanční situací klientů, kteří v mnoha případech nemají dostatek finančních prostředků k pokrytí nákladů spojených s dopravou či vstupným. Podle toho je autorka navrhuje zařadit do programu mimořádně.

Povinné samostudium – jedná se o strukturované trávení volného času, kdy klienti mají k dispozici písemně zpracované charakteristiky a pravidla ostatních oddělení terapeutických komunit (TK Fides, TK Fénix, TK Harmonie a TK Tao).

10 SWOT ANALÝZA

SWOT analýza je jednou z metod poznání organizačního prostředí a vnitřních možností organizace. „SWOT je zkratkou anglických slov *Strengths* (přednosti = silné stránky), *Weaknesses* (nedostatky = slabé stránky), *Opportunities* (příležitosti) a *Threats* (hrozby), přičemž se jedná o přednosti a nedostatky organizačních interních kapacit a o příležitosti a hrozby v organizačním vnějším prostředí“ (Šuleř, 1995).

Autorka provedla SWOT analýzu navrhovaného podpůrného adiktologického programu na oddělení II Psychiatrické nemocnice Marianny Oranžské Bílá Voda. Jedná se o analýzu silných a slabých stránek a analýzu příležitostí a hrozeb. Vzájemnou interakcí jednotlivých složek lze získat nové informace. SWOT analýza zahrnuje jak vnější, tak vnitřní faktory. Úspěch programu je možné dosáhnout tím, že budou minimalizovány nedostatky a hrozby a naopak maximalizovány přednosti a příležitosti.

Silné stránky

První silnou stránku vidí autorka v tom, že program bude realizován v prostředí, které díky své specifičnosti umožní uživatelům návykových látek přehodnotit své životní hodnoty. Další předností může být získání nových zkušeností a dovedností v komunikaci se starší generací, učení se ohleduplnosti a trpělivosti. Bude docházet k cílené a řízené změně chování, k tvorbě vztahů, podpoře regulace emocí. Program dává příležitost k léčbě klientům, kteří nejsou rozhodnutí pro terapeutickou komunitu, stane se tak součástí sítě adiktologických služeb. Dává předpoklad k vytvoření podmínek pro adaptaci na prostředí. Silnou stránkou programu může být i malá skupina klientů (8-12 klientů), se kterou bude program realizován.

Slabé stránky

Jako první slabou stránku autorka vidí soužití klientů s různými potřebami a úrovní péče. Další slabou stránkou je nedostatek vhodných prostor k realizaci programu, protože nemocnice se nachází v prostorách bývalého zámku a oddělení je přizpůsobeno hlavně k péči o imobilní a nesoběstačné klienty (otevřené prostory), chybí vybavení,

potřebné k učení a resocializaci (pračka, kuchyně, apod.). V neposlední řadě je možné za nedostatek označit složení týmu, který tvoří výhradně nelékařský zdravotnický personál a pouze ženy.

Příležitosti

Příležitostí je možnost spolupráce s ostatními odděleními s adiktologickými klienty v rámci PN MO, například absolvováním výměnných stáží na daných odděleních a získání tak cenných zkušeností. Druhou příležitostí je vzdělávání a rozvoj pracovníků v oblasti práce s uživateli návykových látek. Poslední příležitost tvoří rozšíření nabídky péče o adiktologický klienty v PN MO Bílá Voda.

Hrozby

Největší hrozbu vidí autorka ve zhoršení péče o gerontopsychiatrické klienty a současně nízkou úroveň péče o adiktologické klienty v době, kdy péče o gerontopsychiatrické klienty bude příliš náročná. Další hrozbou by mohl být nízký počet dokončených léčeb v programu z důvodu nezvládnutí soužití s gerontopsychiatrickými klienty. Hrozbou by mohlo být zrušení programu z důvodu plánované reformy psychiatrické péče. Pak by mohlo dojít i k částečné restrukturalizaci některých oddělení v PN MO Bílá Voda.

Pro lepší přehlednost vytvořila autorka SWOT matici:

Tabulka 1: SWOT matice

	Silné stránky	Slabé stránky
Vnitřní faktory	<ul style="list-style-type: none"> • Přehodnocení životních hodnot u klientů • Nové zkušenosti a dovednosti v komunikaci se starší generací • Cílená a řízená změna chování • Vytvoření podmínek pro adaptaci na prostředí • Tvorba interpersonálních vztahů • Podpora regulace emocí • Příležitost k léčbě • Malá skupina klientů 	<ul style="list-style-type: none"> • Soužití klientů s různými potřebami a úrovní péče • Nedostatek vhodných prostor k realizaci programu • Oddělení je uzpůsobeno hlavně k péči o imobilní a nesoběstačné klienty (chybí vybavení k resocializaci) • Chybí multidisciplinarita týmu
	Příležitosti	Hrozby
Vnější faktory	<ul style="list-style-type: none"> • Možnost spolupráce s dalšími odděleními v rámci PN MO • Další vzdělávání a rozvoj pracovníků v oblasti adiktologické péče • Rozšíření nabídky péče pro adiktologické klienty 	<ul style="list-style-type: none"> • Zhoršení péče o gerontopsychiatrické klienty • Nízká úroveň péče o adiktologické klienty • Nezvládnutí soužití adiktologických klientů s klienty gerontopsychiatrickými a z toho plynoucí nízký počet dokončených léčeb v programu • Zrušení programu z důvodu plánované reformy psychiatrické péče

Závěr SWOT analýzy

Z provedené SWOT analýzy vyplývá, že program může vést ke zhoršení péče o gerontopsychiatrické pacienty. Hrozbu zhoršení péče je možné minimalizovat dobrou organizací práce, dostatkem personálu, důsledným a zodpovědným plněním povinností každého člena týmu vyplývající z jeho náplně práce. Počet personálu na každém oddělení je dán tabulkami na předepsané personální obsazení, což nelze výrazně ovlivnit. Je však možné ovlivnit další vzdělávání pracovníků a zvýšení jejich odborného statutu. Počet nedokončených léčeb z důvodu nezvládnutí soužití pacientů sice může mít vliv na průběh programu, ale je vnímán autorkou jako menší hrozba.

Jak ukázala SWOT analýza, program má také řadu příležitostí. Jedná se především o možnost vzájemné spolupráce formou výměnných stáží s dalšími adiktologickými odděleními PN MO, které by umožnily získat potřebné zkušenosti v oblasti práce s uživateli návykových látek. Realizací programu bude také rozšířena nabídka pro adiktologické klienty PN MO s problematickou motivací, somatickými a psychickými komplikacemi, čímž jim bude dána příležitost k absolvování střednědobé či dlouhodobé léčby na odděleních TK PN MO Bílá Voda. Soužití klientů s různými potřebami a úrovní péče může být jak silnou, tak slabou stránkou programu. Bude důležité udržet kvalitu poskytované péče, což je možné ovlivnit, jak bylo popsáno výše, dobrou organizací práce a zodpovědným plněním pracovních povinností. Nejdůležitější silnou stránkou je pozitivní přínos pro adiktologické klienty, kteří díky neobvyklému koncepčnímu řešení budou mít možnost poznat život z „druhé strany“, pomůže jim to zastavit se, přehodnotit své priority, naučí se ohleduplnosti a toleranci, bude jim dána příležitost cíleně pracovat na své změně směrem k bezpečnějšímu a úspěšnějšímu stylu života.

Z provedené SWOT analýzy vyplývá, že pokud budou v maximální možné míře eliminovány všechny hrozby odhalené autorkou během analýzy a naopak využity veškeré silné stránky způsobem, který autorka výše popisuje, program bude určitě přínosem nejen pro adiktologické, ale i pro gerontopsychiatrické klienty. Zároveň autorka odhalila několik příležitostí, ve kterých shledává velký potenciál pro budoucnost programu, pokud budou správně využity.

ZÁVĚR

Každý člověk si musí najít ve svém životě cestu, po které se vydá. Je možno konstatovat, že většina rodičů si přeje, aby jejich dítě bylo nejen zdravé, ale i šťastné a úspěšné. Ne vždy se to však podaří. Život přináší řadu překážek, zkoušek a pokušení a ne každý člověk je vybaven tak, aby je dobře zvládl. Proto se může stát, že při hledání cesty zakopne nebo upadne. Takovým zakopnutím či upadnutím může být například závislost na drogách nebo alkoholu. Užívání návykových látek provází lidstvo od dávné historie a je spojováno s hledáním snadné úlevy, může být zdrojem nevyčerpatelné energie nebo může sloužit jako prostředek na cestu do jiných dimenzí vnímání. Odstranit návykové látky ze světa nelze. Je možné pouze mírnit jejich následky a dopady jak pro jedince, tak pro společnost. Závislost na alkoholu a drogách jsou témata, ke kterým se může vyjadřovat každý. Názory laiků však mají stejnou míru nebezpečnosti jako látky samotné. Platí to především v pomáhajících profesích.

Cílem bakalářské práce bylo vytvořit podpůrný adiktologický program na jednom z lůžkových oddělení Psychiatrické nemocnice Marianny Oranžské Bílá Voda, kde autorka působí na pozici staniční sestry, který bude odpovídat současnému modelu terapie uživatelů návykových látek. Dílčím cílem bylo rozpracování motivační, edukativní a výchovné části tohoto programu. V teoretické části práce se autorka zabývala vzděláváním zvláštních sociálních skupin, kam je možné uživatele návykových látek zařadit. Ke vzdělávání dospělých osob se závislým chováním je nutno přistupovat s přihlédnutím k jejich limitům. Společným znakem těchto lidí jsou nedostatečné sociální dovednosti v oblasti komunikace, projevování emocí a odpovídající seberealizace, neukončené nebo nízké vzdělání a malá míra profesních návyků a dovedností. Pozornost v této části byla věnována také problematice vzniku závislosti, byl popsán systém adiktologické péče, nastíněny druhy terapie a v neposlední řadě autorka zmínila metodu terapeutické komunity. Teoretickou část práce uzavírá popis Psychiatrické nemocnice Marianny Oranžské Bílá Voda a konkrétního lůžkového oddělení, pro které byl podpůrný adiktologický program tvořen. Také zde byly uvedeny metody, které jsou na daném oddělení již realizovány, včetně ošetrovatelské a

medicínské části. V empirické části bakalářské práce se autorka zaměřila na návrh dalších metod, které by bylo vhodné do programu zařadit. Dále byl podrobně popsán způsob jejich realizace v podmínkách lůžkového oddělení. Empirickou část uzavírá SWOT analýza, ze které vyplynulo, že pokud budou v maximální možné míře eliminovány všechny hrozby odhalené autorkou během analýzy a naopak využity veškeré silné stránky způsobem, který autorka výše popsala, bude program určitě přínosem nejen pro adiktologické, ale i gerontopsychiatrické klienty. Zároveň autorka odhalila několik příležitostí, ve kterých shledala velký potenciál pro budoucnost programu (možnost spolupráce s dalšími odděleními v rámci PNMO, další vzdělávání a rozvoj pracovníků, rozšíření nabídky péče o adiktologické klienty), pokud budou správně využity.

Autorka se snažila využít jiného pohledu na vzdělávání dospělých s důrazem na aplikaci andragogických metod v prostředí netypickém pro vzdělávání dospělých, zejména s ohledem na nízkou motivaci cílové skupiny, tvořené uživateli návykových látek.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BENEŠ, M. *Andragogika*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 136 s. ISBN 978-80-247-2580-2.

BENEŠ, M. *Andragogika-teoretické základy*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2003. 216 s. ISBN 978-80-86432-23-8.

BROŽA, J. Klíčová pravidla a režim. In NEVŠÍMAL, P. et al. *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe*. 1. vyd. Praha: Středočeský kraj a Magistrát hl. m. Prahy ve spolupráci s Magdaléna, o.p.s., 2007. 317 s. ISBN 978-80-7106-937-9.

DOBIÁŠOVÁ, D., BROŽA, J., KALINA, K. Teoretická východiska motivačního rozhovoru in Kalina et al. *Základy klinické adiktologie*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.

DVOŘÁČEK, J. Neurobiologie závislosti. In KALINA et al. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.

GROHMANNOVÁ, K. Systém péče o uživatele návykových látek. In Radimecký. *Učební texty ke kurzu. Úvod do Adiktologie*. 1. vyd. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty VFN, Univerzita Karlova Praha, 2007. 59 s. ISBN 978-80-239-9960-0.

JANÍKOVÁ, B. Harm reduction: Časná intervence v nízkoprahových službách. In KALINA et al. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.

JEŘÁBEK, P. Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek. In PRAŠKO et al. *Klinická psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigis, 2011. 515 s. ISBN 978-80-87323-00-7.

JEŘÁBEK, P. Psychopatologie závislosti. In KALINA et al. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.

JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 77 s. ISBN 978-80-247-2171-2.

KALINA, K. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. 528 s. ISBN 978-80-247-4361-5.

KALINA, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.

KALINA, K. et al. *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6.

KRAUS, B. *Základy sociální pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 216 s. ISBN 978-80-7367-383-3.

KREJČÍŘOVÁ, O. *Speciálněpedagogická andragogika – teorie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. 99 s. ISBN 978-80-244-3690-6.

KUBERTO VÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 248 s. ISBN 978-80-7367-684-1.

KUDRLE, S. Psychopatologie závislosti. In KALINA et al. *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003. 319 s. ISBN 80-86734-05-6.

MAHROVÁ, G. Denní program. In NEVŠÍMAL, P. et al. *Terapeutická komunita pro závislé II. Česká praxe*. 1. vyd. Praha: Středočeský kraj a Magistrát hl. m. Prahy ve spolupráci s Magdaléna, o.p.s., 2007. 317 s. ISBN 978-80-7106-937-9.

MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. et al. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.

MILLEROVÁ, G. *Adiktologické poradenství*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011. 451 s. ISBN 978-80-7262-765-3.

MÜLLER, O., VYMAZALOVÁ, E., KREJČÍŘOVÁ, O. *Sociálněpedagogická andragogika-metodika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc, 2013. 109 s. ISBN 978-80-244-3689-0.

PALÁN, Z. *Základy andragogiky*. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2008. 184 s. ISBN 978-80-86723-58-7.

POKORA, J., CHADIMA, Z. Radikální a paliativní léčba v adiktologii. *Alkoholismus a drogové závislosti (Protialkoholický obzor)*. 2014, roč. 49, č. 2, 37-95 s. ISSN 0862 0350.

PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE MARIANNY ORANŽSKÉ BÍLÁ VODA: *Provozní řád*. 2013.

RADIMECKÝ, J. *Učební texty ke kurzu: Úvod do Adiktologie*. 1. vyd. Praha: Centrum adiktologie Psychiatrické kliniky 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova Praha, 2007. 59 s. ISBN 978-80-239-9960-0.

RANDÁKOVÁ MODES, M. Duševní poruchy vyvolané psychoaktivními látkami. In TOMÁŠ, P., MARKOVÁ, E. et al. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2014. 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.

RICHTEROVÁ TĚMÍNOVÁ, M., ADAMEČEK, D. KALINA, K. Jednotlivé aktivity programu terapeutické komunity. In Kalina et al. *Základy klinické adiktologie*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.

RICHTEROVÁ TĚMÍNOVÁ, M. Systém péče a jeho složky. In KALINA et al. *Základy klinické adiktologie*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 392 s. ISBN 978-80-247-1411-0.

ŠULEŘ, O. Manažerské techniky. 1. vyd. Olomouc: Rubico, 1995. 225 s. ISBN 80-85839-89-X.

VACÍNOVÁ, T. *Studijní materiál pro studenty kombinovaného studia*. Praha: UJAK, 2010.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

BAKOŠOVÁ, Z. *Sociálna pedagogika ako životná pomoc*. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava, 2011. 251 s. ISBN 978-80-9699-44-0-3.

SEZNAM ZKRATEK

PN MO - Psychiatrická nemocnice Marianny Oranžské

BOZP – bezpečnost a ochrana při práci

TK – terapeutická komunita

ŠS – šéf skupiny

TV - televize

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: SWOT matice.....	55
-----------------------------	----

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Původní časový harmonogram oddělení II.....	I
Příloha B – Návrh nového časového harmonogramu programu pro adiktologické klienty	II
Příloha C – Týdenní individuální plán.....	VII
Příloha D – Popis jednotlivých pracovních funkcí.....	VIII

Příloha A – Původní časový harmonogram oddělení II

6,30 hod.	budíček (o víkendech, svátcích v 7,00 hod.)
6,30 – 7,30 hod	ranní hygiena, úklid pokojů
7,15 – 7,30 hod.	hod. rozcvička
8,00 – 8,45 hod.	snídaně, podávání léků
9,00 - 10,00 hod.	ranní setkání - netýká se gerontologických a psychicky nemocných klientů
9,30 – 10,00 hod. (v sobotu a neděli od 8,30 – 9,00 hod.)	možnost výběru peněz, které máte uloženy v trezoru na oddělení
9,30 – 9,45 hod.	dopolední svačina
10,00 hod.	lékařská vizita
10,00 – 11,15 hod.	pracovní blok (pouze v pracovní dny), aktivizace gerontopsychiatrických klientů
11,30 – 12,00 hod.	oběd, podávání léků
12,00-13,00 hod.	odpolední klid, osobní volno
13,00 – 15,30 hod	odpolední pracovní blok (pouze v pracovní dny)
14,30 hod.	odpolední svačina
15,30 – 17,15 hod.	osobní volno
17,15 – 18,00 hod.	večeře
18,00 -19,00 hod.	osobní volno
19,00 – 19,30 hod.	podávání léků
20,00 hod.	podávání II. Večeře klientům s diabetem (cukrovkou)
20,00 – 21,00 hod.	osobní volno
21,00 hod.	podávání nočních léků, noční klid
22,00 hod.	večerka (v pátek, sobotu a ve svátky ve 24,00 hod.)

Tento harmonogram je společný pro všechny klienty oddělení II

Příloha B – Návrh nového časového harmonogramu programu pro adiktologické klienty

DENNÍ HARMONOGRAM NA PONDĚLÍ a ČTVRTEK

6,30 hod.	budíček
6,30 hod.	určení klienti-pomocné činnosti na pokojích gerontoloických klientů
6,30 – 7,00 hod.	ranní hygiena a úklid pokojů
7,00 hod.	porada ŠS s týmem
7,15 – 7,30	hod. rozcvička
7,45 – 8,15 hod.	podávání snídaně, léků
8,30 – 9,30 hod.	ranní setkání skupiny
10,00 – 11,30 hod.	motivační skupina
11,30 – 12,00 hod.	podávání oběda, léků
12,00 – 13,00 hod.	osobní volno
12,30 hod.	možnost výběru peněz z ústavní pokladny, lékařská vizita
13,00 – 15,30 hod.	pracovní blok
15,30 – 17,00 hod.	svačina, osobní volno
17,00 -17,30 hod.	podávání večeře
17,30 -17,45 hod.	úklid jídelny určený klient
17,30 – 19,00 hod.	osobní volno
19,00- 19,30 hod.	podávání léků
19,30 hod.	ostatní večerní úklidy dle pracovních funkcí, osobní volno
21,00 hod.	noční klid
21,50 hod.	vypínání TV
22,00 hod.	večerka

DENNÍ HARMONOGRAM NA ÚTERÝ

6,30 hod	budíček
6,30 hod.	určení klienti- pomocné činnosti na pokojích gerontopsychiatrických klientů
6,30 – 7,00 hod.	ranní hygiena, úklid pokojů
7,00 hod.	porada ŠS s týmem
7,15 – 7,30	hod. rozcvička
7,45 – 8,15 hod.	podávání snídaně, léků
8,30 – 9,30 hod.	ranní setkání skupiny
10,00 – 11,15 hod.	pracovní blok
11,30 -12,00 hod.	podávání oběda, léků
12,00 – 13,00	osobní volno
13,00 – 14,00 hod.	svépomocná skupina s klienty TK Fides
14,30 – 15,30 hod.	povinné samostudium
15,30 – 15,45 hod.	svačina
15,45 – 17,00 hod.	osobní volno
17,00 – 17,30 hod.	podávání večeře
17,30 – 17,45 hod.	úklid jídelny určený klient
17,30 - 19,00 hod.	osobní volno
19,00 – 19,30 hod.	podávání léků
19,30 hod.	ostatní večerní úklidy dle pracovních funkcí, osobní volno
21,00 hod.	noční klid
21,50 hod.	vypínání TV
22,00 hod.	večerka

DENNÍ HARMONOGRAM NA STŘEDU

6,30 hod.	budíček
6,30 hod.	určení klienti – pomocné činnosti na pokojích gerontopsychiatrických klientů
6,30 – 7,00 hod.	ranní hygiena, úklid pokojů
7,00 hod.	porada ŠS s týmem
7,15 – 7,30 hod.	rozcvička
7,45 – 8,15 hod.	podávání snídaně, léků
8,30 – 9,30 hod.	ranní setkání skupiny
10,00 – 11,30 hod.	edukační skupina
11,30 – 12,00 hod.	podávání oběda, léků
12,00 – 13,00 hod.	osobní volno
13,00 – 15,30 hod.	pracovní blok
15,30 – 15,45 hod.	odpolední svačina
15,45 – 17,00 hod.	osobní volno
17,00 – 17,30 hod.	podávání večeře
17,30 – 17,45 hod.	úklid jídelny určený klient
17,30 – 19,00 hod.	osobní volno
19,00 – 19,30 hod.	podávání léků
19,30 – 21,00 hod.	ostatní večerní úklidy dle pracovních funkcí, večerní klub
21,00 hod.	noční klid
21,50 hod.	vypínání TV
22,00 hod.	večerka

DENNÍ HARMONOGRAM NA PÁTEK

6,30 hod.	budíček
6,30 hod.	určení klienti- pomocné práce na pokojích gerontopsychiatrických klientů
6,30 – 7,00 hod.	ranní hygiena, úklid pokojů
7,00 hod.	porada ŠS s týmem
7,15 – 7,30 hod.	rozcvička
7,45 -8,15 hod.	podávání snídaně, léků
8,30 – 9,30 hod.	ranní setkání skupiny
10,00 -11,15 hod.	pracovní blok
11,30 – 12,00 hod.	podávání oběda, léků
12,00 – 13,30 hod.	osobní volno
13,30 – 15,30 hod.	sportovní odpoledne
15,30 – 15,45 hod.	odpolední svačina
15,45 – 17,00 hod.	osobní volno
17,00 – 17,30 hod.	podávání večeře
17,30 – 17,45 hod.	úklid jídelny určený klient
17,30 – 19,00 hod.	osobní volno
19,00 – 19,30 hod.	podávání léků
19,30 – 21,00 hod.	ostatní večerní úklidy dle pracovních funkcí, osobní volno
21,00 hod.	noční klid
21,50 hod.	vypínání TV
24,00 hod.	večerka

DENNÍ HARMONOGRAM NA SOBOTU A NEDĚLI

7,00 hod.	budíček
7,00 hod.	určení klienti – pomocné činnosti na pokojích gerontopsychiatrických klientů
7,00 – 7,30 hod.	ranní hygiena, úklid pokojů
8,00 – 8,30 hod.	podávání snídaně, léků
9,00 – 10,00 hod.	svépomocná skupina s klienty TK Fénix (jen v sobotu)
10,00 – 11,30 hod.	osobní volno
11,30 – 12,00 hod.	podávání oběda, léků
12,00 – 13,00 hod.	osobní volno
13,00 – 15,00 hod.	sportovní odpoledne (jen v neděli)
15,30 – 15,45 hod.	odpolední svačina
15,45 – 17,00 hod.	osobní volno
17,00 – 17,30 hod.	podávání večeře, léků
17,30 – 17,45 hod.	úklid jídelny
17,30 – 19,00 hod.	osobní volno
19,00 – 19,30 hod.	podávání léků
19,30 – 21,00 hod.	ostatní večerní úklidy dle pracovních funkcí, osobní volno
21,00 hod.	noční klid
21,50 hod.	vypínání TV
24,00 hod.	večerka
v neděli ve 22,00 hod.	

Příloha C – Týdenní individuální plán

Jméno klienta:

Jméno garanta:

Individuální plán na týden od: do:

1. Funkce – jaké plánujete pracovní funkce a co můžete udělat pro jejich úspěšné zvládnutí.

2. Práce – v čem jste dobrý(á) a můžete to ještě zlepšit. Co vám nejde a chcete se to naučit. Případně co vás nebaví a uvítal(a) byste motivaci.

3. Komunikace – jak komunikujete v rámci skupiny. Jste aktivní? O čem nemluvíte? Dozvídáte se něco o sobě?

4. Volný čas – jak trávíte volný čas? Výčet vašich aktivit (sport, zábava, seberozvoj).

5. Sociální a finanční oblast – které nutné kroky děláte pro vyřizování dokladů, dokumentů, jednání s úřady, vyřízení PN, sociálních dávek, mapování dluhů a řešení jejich splácení. Jak hospodaříte s penězi, umíte si vytvořit finanční rezervu?

6. Zdraví – vaše případné zdravotní problémy a kroky vedoucí k jejich zlepšení (upevňování hygienických a stravovacích návyků, pravidelný pohyb a odpočinek).

Termín další schůzky s garantem:

Příloha D – Popis jednotlivých pracovních funkcí

Šéf skupiny:

- Je volen každý pátek na ranním setkání skupiny
- Každý všední den se účastní porad s týmem
- Zahajuje a řídí ranní setkání skupiny
- Každé ráno budí členy skupiny odd. II v 6,30 hod.
ve všední dny, v sobotu, neděli a svátky v 7,00 hod.
- Seznamuje nové klienty s oddělením a denním Harmonogramem
- Předkládá akutní problémy týmu a spolu s nimi pracuje na jejich řešení

Sporták:

- Vede rozcvičku ve všední dny od 7,15 hod do 7,30 hod. venku v prostoru před správní budovou, při nepříznivém počasí v tělocvičně
- Zodpovídá za účast všech klientů na rozcvičce
- Plánuje sportovní odpoledne
- Kontroluje přezutí klientů v tělocvičně
- Odpovídá za sportovní potřeby a za klíč od skříňky se sportovními potřebami
- Kontroluje stav hřiště

Kuchyňka:

- Zodpovědnost za úklid kuchyňky po celý den (úklid nádobí, otřít všechny plochy, vynést zbytky, vytřít podlahu)
- Odnášet použité nádobí z jídelny
- Utřít stoly po každém jídle
- Průběžně od 6,30 – 18,00 hod. připravovat kávu pro ostatní klienty, vydávat výdejním okénkem

- Po každém jídle umývat nádobí a várnice (vnitřní i vnější obal) ve dvojdřezu v dostatečně teplé vodě se saponátem. Poté vkládat opláchnuté nádobí do myčky (myčku obsluhuje odborný personál), po mytí jej vytáhnout a uložit na místo. Dále vyčistit dřezu, veškeré zbytky jídla vynášet do označené nádoby a odnášet na vrátnici nejpozději do 17,30 hod. Není přípustné uchování jídla, které zbude. Služba v kuchyňce končí ve 20,00 hod., kdy je předána čistá a uklizené službu konajícím personálu. Příprava a podávání jídla je v kompetenci odborného personálu. Během celého dne na činnost klientů dohlíží odborný personál.

Vytírání jídelny a večerní úklid jídelny:

- Po obědě a večer po večeři vytrít podlahu.
- Po dobu úklidu na jídelně nikdo nesedí.
- Večer jídelnu celkově uspořádat (židle musí být zasunuty u stolů).
- Zavřít všechna okna.

Zvedání a sundávání židlí:

- Připravit židle v jídelně oddělení na ranní setkání skupiny, motivační, edukační a svépomocné skupiny do kruhu, po ukončení vrátit židle zpět na místo.
- Před vytíráním jídelny zvednout židle na stoly a po uschnutí podlahy je opět sundat.

Utírání prachu na vestibulu včetně stolků a večerní úklid vestibulu:

- Ráno a po obědě utřít stolky
- Setřít prach na všech ostatních plochách
- Večer vyměnit textilní podložky (čisté vydá personál) na koženkových křeslech
- Vše uspořádat

Vytírání chodby a vestibulu:

- Po obědě a večer v 19,30 hod. vytrít podlahu hlavní chodby a vestibulu

Vytírání schodiště a vstupní chodby:

- Po obědě a večer v 19,30 hod. vytrít podlahu vstupní chodby a schodiště

Úklid koupelny a společného WC:

- Úklid provádět večer od 20,00 – 21,00 hod., o víkendu a svátcích také po obědě.
- Umýt umyvadla

- Umýt toaletní mísy
- Vytřít podlahu

Vytírání tělocvičny a odnášení čistých várníc:

- Tělocvična se vytírá v pondělí a úterý ve 20,00 hod.
- Várnice odnášet vždy po umytí, průběžně, po každém hlavním jídle a uložit na připravený vozík ve vstupní chodbě

Ochranné pomůcky (rukavice) a čisticí prostředky vydává personál, úklidové pomůcky (kbelíky, smetáky, mopy) jsou uloženy a označeny v místnosti vedle WC klientů.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Miroslava Felbabová

Obor: Vzdělávání dospělých

Forma studia: kombinované studium

Název práce: Podpůrný adiktologický program v Psychiatrické nemocnici
Marianny Oranžské Bílá Voda

Rok: 2015

Počet stran textu bez příloh: 51

Celkový počet stran příloh: 10

Počet titulů českých použitých zdrojů: 20

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 1

Počet internetových zdrojů: 0

Počet ostatních zdrojů: 2

Vedoucí práce: PhDr. Marie Farková