

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2012–2015

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Lucie Hůlová

**Duševní poruchy způsobené abusem psychoaktivních látek
a možnosti jejich léčby**

Praha 2015

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Hana Aliová

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER COMBINED STUDIES

2012-2015

DIPLOMA THESIS

Lucie Hůlová

**Mental disorder caused by psychoactive drugs abuse
and respective treatment options**

Prague 2015

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Hana Aliová

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová 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 24. 5. 2015

Lucie Hůlová

Poděkování

Děkuji Mgr. Haně Aliové za odborné vedení diplomové práce a za poskytnutí cenných rad a připomínek při zpracování.

Anotace

Diplomová práce představuje problematiku duševních poruch způsobených abusem psychoaktivních látek a možnosti jejich léčby. Teoretická část vymezuje pojmy vztahné k tématu, definuje klasifikaci těchto duševních poruch a jejich projevy a přináší základní přehled o formách a metodách jejich léčby. Věnuje se též problematice motivace k léčbě a zmiňuje faktory účinné při léčbě duševních onemocnění způsobených abusem psychoaktivních látek. Teoretická část též nastiňuje vývoj i současné adiktologické trendy. Praktická část je zaměřena na výzkum kvality péče o klienty léčící se ze závislosti na psychoaktivních látkách. Přináší výsledky dotazníkového šetření probíhajícího mezi pracovníky v pomáhajících profesích zaměstnaných na AT odděleních Psychiatrické nemocnice Bohnice za účelem monitoringu současného stavu sítě jednotlivých adiktologických zařízení a kvality služeb, které poskytují. Cílem praktické části je prokázat vliv léčebného kontinua v procesu léčby závislosti na psychoaktivních látkách.

Klíčová slova

Abusus, adiktologie, duševní poruchy, léčebné kontinuum, motivace, psychoaktivní látky, závislost.

Annotation

The thesis introduces mental disorder issues caused by psychoactive substances and respective treatment options. The theoretical part defines respective terms, classification of these disorders and their symptoms and a basic survey on their forms and treatment methods. It also deals with the motivation issue, and mentions factors beneficial for treatment of mental disorders caused by psychoactive drugs abuse. The theoretical part also sketches the development and contemporary trends in addictology. The practical part is focused on the quality of care of the patients healing from psychoactive drugs addiction. It presents results of a survey made amongst helping professions employees from Addiction treatment departments of Psychiatric Hospital Bohnice in order to chart the present state of addictology facilities network and the quality of services provided. The aim is to prove the influence of healing continuum in the healing from psychoactive substance addiction.

Keywords

Abuse, addiction, addiction treatment, addictology, healing continuum, mental disorders, motivation, psychoactive drugs.

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 DUŠEVNÍ PORUCHY VYVOLANÉ ÚČINKEM PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK.....	10
1.1 Klasifikace duševních poruch a poruch chování vyvolaných účinkem psychoaktivních látek	10
1.2 Fáze užívání psychoaktivních látek	19
2 FORMY LÉČBY.....	21
2.1 Ambulantní léčba.....	21
2.2 Rezidenční léčba	26
2.2.1 Detoxifikační jednotky	26
2.2.2 Záchytné stanice	28
2.2.3 Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba	29
2.2.4 Terapeutické komunity	31
2.3 Následná péče	33
2.4 Harm Reduction	35
3 METODY LÉČBY.....	39
3.1 Psychoterapie	39
3.2 Ergoterapie.....	41
3.3 Arteterapie	41
3.4 Relaxační techniky.....	42
3.4.1 JACOBSONOVA PROGRESIVNÍ RELAXACE	42
3.4.2 AUTOGENNÍ TRÉNINK	48
3.5 Sociální práce.....	51
4 DETERMINANTY ÚČINNOSTI LÉČBY.....	53
4.1 Faktory významné pro účinnost léčby	53
4.2 Motivace k léčbě závislosti.....	54
5 PREVENCE DUŠEVNÍCH PORUCH VYVOLANÝCH ABUSEM PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK	56
PRAKTICKÁ ČÁST	60

6 POPIS VÝZKUMU.....	60
6.1 Cíl výzkumu a stanovení pracovních hypotéz	60
6.2 Metodika výzkumu	62
6.3 Popis prostředí	62
6.4 Popis vzorku respondentů.....	63
7 VÝSLEDKY VÝZKUMU	73
7.1 Interpretace výsledků výzkumu	73
7.2 Ověření hypotéz.....	106
6 DISKUSE.....	109
ZÁVĚR	110
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	111
SEZNAM ZKRATEK	115
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....	116
SEZNAM PŘÍLOH.....	121

ÚVOD

„Kdo však zde na světě přemůže tuto náruživou a neodolatelnou žádostivost, z toho rázem spadnou strasti jako krupěje vody z lotosového květu.“ (Dhammapadam, překlad K. Werner, verš 336).

Péče o klienty závislé na psychoaktivních látkách prochází v současné době vývojem v rámci reformy psychiatrie České republiky. Stěžejním principem této reformy je přesunutí těžiště psychiatrické péče z institucionální sféry do sféry ambulantní a následné péče. Reforma psychiatrie by měla směřovat ke zvýšení kvality péče o psychicky nemocného klienta, zlepšení provázanosti zdravotní, sociální a následné péče a zvýšení dostupnosti pro klienta. Strategie reformy psychiatrické péče v ČR mají za globální cíl zlepšení kvality života duševně nemocných s ohledem na jejich bio-psycho-sociální potřeby. Tato reforma se pochopitelně dotkne i adiktologických služeb.

Ze statistik vyplývá, že systém péče o klienty závislé na psychoaktivních látkách je v České republice je relativně dobře rozvinut. Z pozice psychiatrické sestry na oddělení pro léčbu závislostí v Psychiatrické nemocnici Bohnice však mohu říci, že v síti léčebného kontinua se nachází četné nedostatky, zejména ve smyslu nedostatečných kapacit adiktologických služeb a z toho vyplývajících dlouhých čekacích lhůt na jednotlivé formy léčby, poradníků na detoxifikační jednotky a terapeutické komunity, pohybujících se v řádech týdnů až měsíců, a zcela nedostatečného počtu detoxifikačních jednotek specializujících se na detoxifikaci dětí a mladistvých uživatelů psychoaktivních látek. Péče o jedince závislé na psychoaktivních látkách čelí v současné době mnoha úskalím, kterými se tato diplomová práce bude zabývat, a to především v praktické části. Restrukturalizace služeb a sítě zařízení poskytujících péči napříč celou společností vede k úspěšnému splnění hlavního cíle reformy adiktologie prostřednictvím vybudování sítě ambulantní, rezidenční a následné péče. Rozvoj adiktologického oboru by měl pochopitelně vést ke zkvalitnění péče o klienty závislé na psychoaktivních látkách a optimální léčbě duševních poruch, které psychoaktivní látky mohou způsobovat. Záleží však na jednotlivých faktorech, kterých se reforma psychiatrické péče dotkne.

TEORETICKÁ ČÁST

1 DUŠEVNÍ PORUCHY VYVOLANÉ ÚČINKEM PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK

1.1 KLASIFIKACE DUŠEVNÍCH PORUCH A PORUCH CHOVÁNÍ VYVOLANÝCH ÚČINKEM PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK

V ČR je ke klasifikaci duševních poruch nejčastěji používána Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (dále jen MKN-10). Je možno též použít americký Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 4. revize (dále jen DSM-IV). Obě klasifikační vodítka duševní poruchy nerozlišují dle jejich etiologie, ale zařazují je do jednotlivých kategorií na základě společných znaků. Každá duševní porucha je definována specifickými kritérii, která musí být splněna, aby mohla být stanovena diagnóza.

Základní klasifikace duševních poruch a poruch chování vyvolaných účinkem psychoaktivních látek se rozlišuje dle etiologie, tj. dle typu látek, které je způsobují:

- F10 Poruchy vyvolané požíváním alkoholu.
- F11 Poruchy vyvolané požíváním opioidů.
- F12 Poruchy vyvolané požíváním kanabinoidů.
- F13 Poruchy vyvolané požíváním sedativ nebo hypnotik.
- F14 Poruchy vyvolané požíváním kokainu.
- F15 Poruchy vyvolané požíváním jiných stimulancií (včetně kofeinu).
- F16 Poruchy vyvolané požíváním halucinogenů.

- F17 Poruchy vyvolané požíváním tabáku.
- F18 Poruchy vyvolané požíváním organických rozpouštědel.
- F19 Poruchy vyvolané požíváním několika látek a požíváním jiných psychoaktivních látek.

Alkohol

Poruchy způsobené přímým účinkem alkoholu na centrální nervový systém – bezprostředně po užití, či jako důsledek dlouhodobého užívání alkoholu. Nejčastějšími poruchami vyvolanými nadměrnou konzumací alkoholu jsou odvykací stav, psychotická porucha a amnestický syndrom.

Poruchy projevující se návykovým chováním, které souvisí s konzumací alkoholu ve smyslu narušené kontroly užívání. Sem se řadí ztráta kontroly užívání, syndrom závislosti na alkoholu.

Mezi psychické komplikace způsobené abusem alkoholu patří patická ebrieta, alkoholická halucinóza, alkoholická paranoidní psychóza a alkoholická demence. Patická ebrieta je reakce na alkohol dostavující se po vypití relativně malého množství alkoholu, které by u většiny lidí nevyvolalo intoxikaci. Projevuje se poruchami vědomí, nepochopitelným jednáním, poruchami emocí (strach, úzkost), poruchami vnímání (auditivní a vizuální halucinace), poruchami myšlení (bludy paranoidně – perzekučního charakteru) a agresivitou. Porucha trvá řádově několik minut až hodin. Alkoholická psychóza je psychotická porucha vyvolaná alkoholem a vzniká jako následek dlouhodobého abusu alkoholu. Alkoholická halucinóza se projevuje trvalou přítomností auditivních a vizuálních halucinací, a to po snížení množství konzumace u osob dlouhodobě závislých. Amnestický syndrom je sdružený s chronickým zhoršením krátkodobé paměti. Dlouhodobá paměť zůstává zachována. (Popov, 2003)

Opioidy a opiáty

Během akutní intoxikace je v popředí zklidnění a příjemná euforie, může však vyvolat dysforii (rozladu) spojenou s nevolností, ztrátou koncentrace a zvracením. Příznaky intoxikace jsou především v somatické rovině. Odvykací syndrom se projevuje asi 10 dní po poslední aplikaci a intenzita závisí na podávané dávce. Příznaky jsou především v rovině somatické. (Minařík, 2003)

Psychostimulancia

Psychostimulancia zvyšují psychomotorické tempo a bdělost, projevující se zrychlením myšlení, zvýšenou nabídkou asociací a výbavností paměti (na úkor přesnosti). Snižují potřebu spánku a vvolávají euforické pocity a pocit psychické a fyzické síly. Při dlouhodobém užívání psychostimulancií je jedinec ohrožen vznikem závislosti, a to v rovině psychické. Dlouhodobé užívání může vést až k toxické psychóze, projevující paranoidním či paranoidně halucinatorním syndromem. Psychóza se rozvíjí pozvolna, začíná vztahovostí, náhled postupně mizí. Objevují se zrakové, sluchové a dotykové halucinace. Po vysazení drogy obvykle odezívá. Dalšími obtížemi mohou být strach, neklid, vztahovčnost, podezřívavost, sebevražedé tendence, stavy zmatenosti, poruchy paměti a koncentrace. (Minařík, 2003)

Halucinogenní drogy

Charakteristickým příznakem při užití halucinogenních látek je výskyt iluzí a pseudohalucinací spojených se sklonem k ornamentalizaci, zvýšenému prostorovému vnímání a vnímání barev. U predisponovaných jedinců může edojít k rozvoji velmi intenzivních depresivních stavů, stavů úzkosti, tenze, které mohou přejít až do panického stavu, který může vést až k sebevražedným tendencím, či agresi. Též může dojít ke stavům zmatenosti, poruch myšlení, emocí. S odeznívající intoxikací tyto stavy ustupují též. Přesto však u části uživatelů halucinogenů může dojít k výrazným psychickým poruchám i po odeznění intoxikace. (Mioviský, 2003)

Konopné drogy

Psychická závislost na tomto typu psychoaktivních látek se dostavuje asi jen u 8 – 10% uživatelů. Vzestup tolerance ani odvykací příznaky se nedostavují. Při dlouhodobém, častém a nadměrném abusu se dostavují poruchy kognitivních funkcí ve smyslu zhoršení v oblasti krátkodobé paměti a schopnosti soustředění. Při akutní intoxikaci se poruchy kognitivních funkcí dostavují. Projevují se v oblasti paměti, a to zejména zhoršení paměti krátkodobé. Při dlouhodobém užívání též může dojít k rozvoji intenzivních depresivních stavů a k rozvoji stavů paranoidních. Při vysoké dávce, dlouhodobém zneužívání a u predisponovaných jedinců může docházet k mírným stavům zmatenosti, projevujícími se dezorientací, poruchami myšlení, emocí. Může dojít k agresi či sebepoškození. (Miovský, 2003)

..

Léková závislost

Chronické užívání obvykle vede k psychické a somatické závislosti na dané látce. Při odnětí se dostavuje odvykací syndrom, projevující se neklidem, nespavostí, rozmrzelostí, zvýšenou mírou agrese. Při odnětí benzodiazepinů a některých hypnotik se dostavuje zhoršení prostorového vidění, koncentrace, dostavují se i somatické obtíže. (Hampl, 2003a)

Těkavé látky

Během akutní intoxikace dochází k pocitu euforie, poruchám vnímání, provázenými živými, barevnými halucinacemi, k útlumu, spánku až poruchám vědomí. Vzhledem k nemožnosti cíleného a předvídatelného dávkování může dojít až ke kvantitativním poruchám vědomí – bezvědomí až kóma, kdy může dojít k srdeční zástavě, zástavě dechu nebo udušení zvrátky. (Hampl, 2003b)

Při dlouhodobém užívání může dojít vlivem toxického působení na mozkovou tkáň k organickému psychosyndromu. Dochází k celkovému otupění, poruchám emotivity, afektivní labilitě, agresi, neadekvátnímu reagování, ztrátě zájmů o okolní dění

a celkovému poklesu výkonnosti. Dochází k silné závislosti na těchto látkách, která jedinci znemožňuje zařadit se do běžného života.

Další dělení, označované číslem za desetinnou tečkou, vyjadřuje, o jaký typ poruchy se u konkrétní psychoaktivní látky jedná:

- F1x.0 Akutní intoxikace.
- F1x.1 Škodlivé užívání.
- F1x.2 Syndrom závislosti.
- F1x.3 Odvykací stav.
- F1x.4 Odvykací stav s deliriem.
- F1x.5 Psychotická porucha.
- F1x.6 Amnestický syndrom.
- F1x.7 Reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem.
- F1x.8 Jiné duševní poruchy a poruchy chování.

Akutní intoxikace F 1x.0

MKN - 10 považuje akutní intoxikaci za přechodný stav po aplikaci psychoaktivní látky, jež vede k poruchám vědomí, vnímání, poznávání, emotivity nebo chování, nebo jiných psychofyziologických funkcí a reakcí. Nevyskytují se zde současně žádné vážné nebo trvalé problémy způsobené požíváním psychoaktivních látek. Projevy akutní intoxikace se liší dle druhu užití látky. Definice DSM – IV se neliší.

Léčba akutní intoxikace by měla probíhat pod lékařským dohledem na specializovaném pracovišti z důvodu zajištění vitálních funkcí a dohledu na bezpečí klienta.

Škodlivé užívání F1x.1

Škodlivým užíváním označuje MKN – 10 vzorec užívání, který poškozuje zdraví. Dle MKN je nutno ke stanovení této diagnózy splnit podmínku, aby užívání mělo za následek aktuální somatické či psychické poškození jedince. Dle DSM -IV pro tuto diagnózu postačuje jedno z těchto kritérií:

- selhávání v důsledku užívání látky v některé životní roli, opakované rizikové užívání (např. při řízení motorového vozidla, při obsluze stroje, apod.),
- opakované právní problémy související s návykovou látkou,
- pokračující užívání navzdory trvajícím sociálním či interpersonálním obtížím.

Léčba by měla spočívat v technikách časné a krátké intervence. Obecně lze říci, že je vhodné v této fázi doporučit klientovi abstinenci, zahájit spolupráci s rodinou, posilovat klientovu motivaci, sebemonitoring ve smyslu záznamování si výskytu návykového chování nebo bažení, odkaz na příslušné zařízení a dlouhodobý monitoring klienta.

Syndrom závislosti F1x.2

Hlavním charakteristickým rysem syndromu závislosti je touha užít psychoaktivní látku. Tato diagnóza by dle MKN měla být stanovena, pokud během posledního roku došlo ke třem či více z následujících jevů:

- silná touha nebo pocit puzení užívat psychoaktivní látku,
- obtíže v kontrole užívání látky, pokud jde o začátek a ukončení nebo množství psychoaktivní látky,
- somatický odvykací stav – syndrom z odnětí psychoaktivní látky,
- průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného dávkami nižšími,
- postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch psychoaktivní látky,
- pokračování v užívání psychoaktivní látky i přes jasný důkaz zjevně škodlivých důsledků.

Definice DSM – IV je obdobná, liší se však v tom, že nezahrnuje příznaky bažení po droze, tzv. craving, zaměřuje se však na oblast zhoršeného sebeovládání ve vztahu k psychoaktivní látce.

Syndrom závislosti lze definovat jako soubor psychických a tělesných změn, které se vytvoří jako důsledek opakovaného abusu psychoaktivních látek, které mají různé účinky a vyvolávají různý typ závislosti, biologické či psychické. Dlouhodobé užívání psychoaktivních látek může podstatným způsobem změnit osobnost takového člověka i jeho chování, může vyvolat i závažnější duševní poruchy. Závislost na psychoaktivních látkách mění psychické reakce, procesy i vlastnosti, a tím determinuje celou osobnost závislého jedince.

Léčba závislosti využívá více postupů současně a je časově náročnější než léčba škodlivého užívání.

Odvyskací stav F1x3 a odvyskací stav s deliriem F1x.4

MKN – 10 za odvyskací stav považuje skupinu různě závažných a různě kombinovaných příznaků, ke kterým dochází při úplném nebo částečném odnětí psychoaktivní látky poté, co byla tato látka dlouhodobě či opakovaně znežívána, či po dlouhodobém nebo opakovaném zneužívání vysokých dávek této látky. Odvyskací příznaky nejsou vysvětlitelné somatickým onemocněním a jsou v souladu se známými příznaky odvyskacího syndromu. Definice uvedená v DSM – IV se významně neliší od definice MKN – 10.

Léčba spočívá především v mírnění fyzických odvyskacích příznaků a psychických obtíží spojených s cravingem, tzn. bažením po psychoaktivní látce.

Psychotická porucha F1X.5

MKN – 10 takto označuje poruchu, která se projevila během nebo bezprostředně po požití psychoaktivní látky a která se projevuje smyslově živými halucinacemi (typicky sluchovými, časté jsou však i halucinace vícesmyslové), záměnou osob, bludy zejména paranoidními a perzekučními a nebo paranoiou, psychomotorickými poruchami ve smyslu excitace či stuporu a nepřiměřenými emocemi od intenzivního strachu až k extázi. Vědomí je ve většině případů jasné, přesto se však může projevit porucha vědomí, která se vyvine v dezorientaci. Řadíme sem alkoholovou halucinózu a tzv. toxické psychózy způsobené abusem psychoaktivních látek, zejména pervitinu, cannabis a halucinogeny.

Definice psychotické poruchy vyvolané psychoaktivními látkami podle DSM – IV je podobná, avšak zahrnuje i další poruchy, které se v MKN – 10 nevyskytují, a to:

- emoční poruchu vyvolanou návykovými látkami,
- úzkostnou poruchu vyvolanou návykovými látkami,
- sexuální poruchu vyvolanou návykovými látkami,

- poruchu spánku vyvolanou návykovými látkami.

Zde je dle Nešpora (2002) nutno rozlišit toxickou psychózu a intoxikaci pervitinem, canabinoidy nebo halucinogeny, a to dle délky stavu. Aby bylo možno diagnostikovat psychotickou poruchu, musí stav trvat nejméně 48 hodin. Psychotická porucha by měla vymizet částečně do jednoho měsíce a zcela do šesti měsíců.

Amnestický syndrom včetně Korsakovova syndromu vyvolaného psychoaktivní látkou F1X.6

MKN -10 tento syndrom charakterizuje jako syndrom spojený s chronickým výrazným zhoršením krátkodobé paměti a eventuálním zhoršením dlouhodobé paměti, přičemž paměť bezprostřední je zachována. Vyskytují se zde poruchy časového smyslu a řazení událostí. Schopnost učit se novou věc je zhoršená. Mohou se vyskytovat konfabulace, avšak ke stanovení diagnózy nemusí být přítomny. Ostatní kognitivní funkce jsou relativně dobře zachovány.

Nešpor (2003) uvádí, že se tyto poruchy vyskytují především při abusu alkoholu, mohou se vyskytovat i po dlouhodobém abusu tlumivých léků. K postižení kognitivních funkcí a poruchám pozornosti může docházet i při dlouhotrvajícím abusu těkavých látek a metamfetaminu, tzn. pervitinu.

Definice DMS – IV se významně neliší od MKN – 10.

Reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem F1x.7

Dle MKN – 10 tato diagnóza zahrnuje demenci vyvolanou abusem alkoholu nebo jinými návykovými látkami. Patří sem též poruchy osobnosti a chování, reziduální afektivní porucha a další přetrvávající poruchy kognitivních funkcí. MKN- 10 sem řadí i psychotické reminiscence, tzv. „flashbacky“, tedy stav, během něhož se jedinec

dostává během abstinence do stavu stejného, jako by byl pod vlivem drogy. Tyto prožitky mají nejčastěji charakter vizuálních a emočních. Nejčastější příčinou bývá dle Nešpora (2003) zvýšená míra stresu, nadměrná únava nebo jiná droga.

V DMS – IV jsou flashbaky charakterizovány jako přetrvávající porucha vnímání po halucinogenních drogách.

Léčba by měla být směřována k použití všech dostupných prostředků k dosažení a udržení abstinence.

1.2 FÁZE UŽÍVÁNÍ PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK

Kalina (2000) rozlišuje fáze užívání psychoaktivních látek dle frekvence užívání a způsobených obtíží následovně:

1. Experimentální užívání drogy.
2. Příležitostné užívání drogy.
3. Pravidelné (škodlivé) užívání drogy.
4. Problémové užívání drogy.
5. Závislost na droze.

Experimentální užívání drogy

Ve fázi experimentálního užívání drogy, tzn. užívání občasné a nepravidelné, nemusí užívání způsobovat vážnější následky.

Příležitostné užívání drogy

Ve fázi příležitostného užívání drogy, kdy uživatelé drogu berou pravidelně, avšak ne častěji než jednou týdně, jako součást životního stylu, se obtíže projeví jen bezprostředně po aplikaci. Uživatelé nemusí droga způsobovat obtíže v bio-psycho-sociální rovině.

Škodlivé užívání drogy

Ve fázi škodlivého užívání drogy, kdy klient užívá drogu pravidelně jako součást životního stylu, se následky projevují mírnými nežádoucími účinky.

Problémové užívání drogy

Ve fázi problémového užívání klient užívá drogu pravidelně. Objevují se zde faktory negativně ovlivňující osobní, pracovní i vztahovou rovinu klienta a též faktory ovlivňující jeho somatický stav.

Závislost na droze

Ve fázi závislosti na droze se již projevuje vyšší tolerance k droze a craving (bažení po droze). V této fázi se u uživatele projevují značné bio-psycho-sociální obtíže.

2 FORMY LÉČBY

2.1 AMBULANTNÍ LÉČBA

Poradny pro alkoholismus a toxikomanii

Ambulantní léčba v AT poradnách je vhodná pro klienty s lehčím stupněm závislosti, bez závažných somatických a psychických obtíží. Významným předpokladem k ambulantní formě léčby závislosti na psychoaktivních látkách je velká motivace a kvalitní sociální zázemí. Je zde využívána především individuální terapie (jednou až pětkrát týdně dle potřeby klienta) a skupinová terapie (obvykle jednou týdně). Za efektivní se dle Kaliny (2000) považuje program sestávající se nejméně ze tří kontaktů týdně po dobu šesti měsíců. Je důležité klást důraz na zdravotní edukaci a prevenci relapsu. V ambulantní léčbě se využívá též farmakoterapie jako prostředku k mírnění odvykacích příznaků.

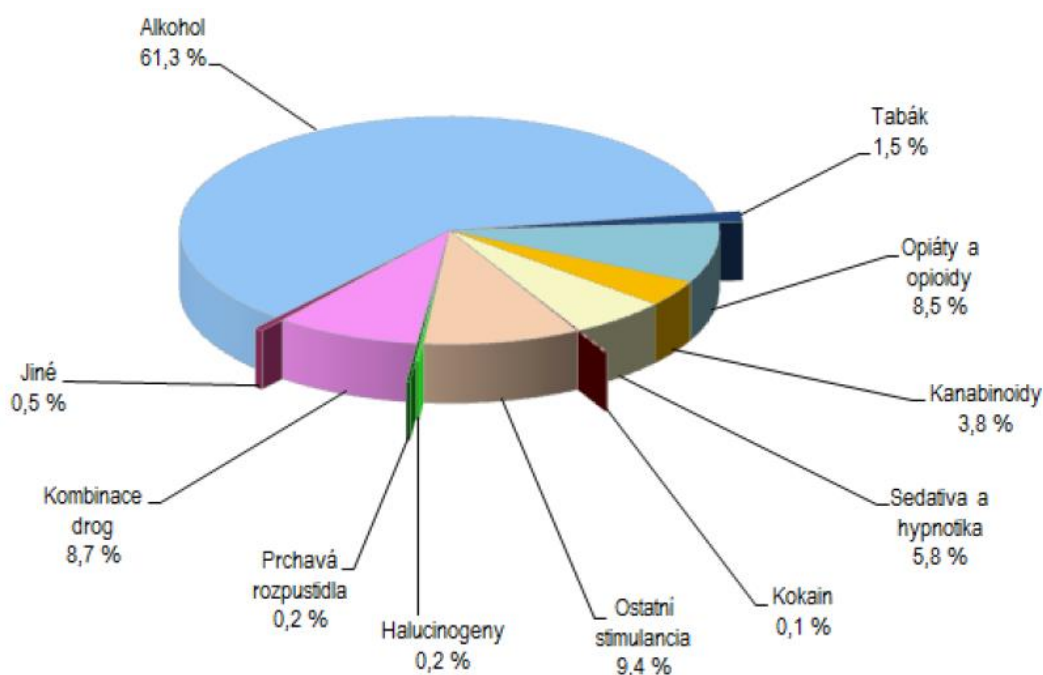
Údaje Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS 2014c) ukazují, že o pacienty zneužívající psychoaktivní látky (AT pacienti), tj. pacienty se základní diagnózou F10 – F19, pečovalo v roce 2013 celkem 488 ambulantních psychiatrických pracovišť. Jsou zde započítány všechny ambulance, které léčily alespoň jednoho AT pacienta, to znamená, že se nejedná pouze o specializované AT ambulance. Psychiatrické ambulance tvořily 85% - tj. 413 ambulancí. Z celkového počtu zařízení hlásících péči o AT pacienti, dále péči poskytovalo 24 ambulancí dětské psychiatrie, 3 ambulance sexuologie a 48 AT ordinací, tj. ordinací specializovaných na léčbu uživatelů alkoholu a dalších návykových látek.

Pouze v 52 ze 488 ambulancí tvořili adiktologičtí pacienti více než 50 % celkového počtu pacientů, z nich bylo 38 AT ordinací, 13 psychiatrických ambulancí a 1 ambulance dětské psychiatrie. Počet pacientů, kteří se aktivně léčili a navštívili psychiatrickou ordinaci v roce 2013 alespoň, byl vykázán v počtu 36 379, téměř o 6 %

méně než v roce 2012. Nejvyšší podíl na celkovém počtu ambulantně léčených pacientů užívajících návykové látky měli pacienti ve věkové skupině 20–39 let u mužů i u žen (téměř polovina mužů a 45 % žen) a ve věkové skupině 40–64 let (40 % mužů a 43 % žen).

V roce 2013 se léčilo v ambulantních psychiatrických odděleních a AT poradnách celkem 23 203 mužů a 13 176 žen zneužívajících psychoaktivní látky. Muži se podíleli na celkovém počtu pacientů 64%. V následujícím grafu je zaznamenáno, o jaké konkrétní psychoaktivní látky se jednalo.

Graf 1: Podíl pacientů podle jednotlivých psychoaktivních látek léčených v ambulantních psychiatrických zdravotnických zařízeních v roce 2013



Zdroj: ÚZIS 2014c

Proti roku 2012 došlo k poklesu ambulantně léčených mužů o 1 825 (7 %), počet žen nepatrně klesl, a to o 350 pacientek. Nejvyšší podíl na celkovém počtu léčených pacientů užívajících návykové látky měli pacienti ve věkové skupině 20–39 let u mužů

i u žen (téměř polovina mužů a 45 % žen) a ve věkové skupině 40–64 let (40 % mužů a 43 % žen). Podíly jednotlivých věkových skupin se proti předchozím letům téměř nezměnily. Podíl dětí do 15 let zůstává na 0,1 % z celkového počtu AT pacientů, podíl mladistvých ve věku 15–19 let nepatrně klesl na necelá 3 % a pacientů starších 65 let se nepatrně zvýšil (na necelých 7 %). (UZIS 2014c)

Intenzivní ambulantní léčba, denní stacionáře

Intenzivní ambulantní léčbou nazýváme strukturovaný program v rozsahu dvaceti a více hodin týdně. Nejrozšířenější formou jsou **denní stacionáře**, které nabízejí strukturovaný program obvykle v rozsahu čtyřiceti hodin týdně (osm hodin každý pracovní den) a trvající tři až čtyři měsíce. Kapacita denního stacionáře bývá obvykle deset až patnáct klientů. Denní program nabízí různé formy skupinových terapií kombinovaných s terapií individuální. Dále nabízí terapeutické aktivity rehabilitační, edukační a volnočasové. Nezbytný je léčebný režim, monitorování abstinence, práce s rodinou a sociální práce. Efektivně se zde uplatňují principy terapeutické komunity. Vhodná je zejména pro středně těžké a komplikovanější stupně závislosti.

Obtíže plynoucí z toho, že klient zůstává během léčby v denním stacionáři v kontaktu s původním prostředím, musí být vyváženy náplní programu. Intenzivní terapeutická práce s klientem a jeho rodinou, plánování a monitorování času, ve kterém klient zůstává mimo denní stacionář, techniky krizové intervence a strategie uplatňující se při prevenci relapsu, jsou pro účinnost léčby v denním stacionáři velmi důležité. (Kalina 2000)

Klient zůstává i nadále v kontaktu s původním, často velmi rizikovým prostředím, proto je nutno naučit klienta technikám rozpoznávání rizikových situací a praktickému nácviku strategií tyto situace rozpoznávat, předcházet jim a zvládat je tak, aby byly využity všechny postupy krizové intervence.

Intenzivní ambulantní léčba není vhodná pro jedince nemotivované, nezralé či s psychopatologickou a psychosociální zátěží.

Svépomocné aktivity

Svépomocné aktivity jsou velmi efektivní z hlediska nutných vynaložených nákladů. Je samozřejmě nutné poskytnout pomoc ve správnou chvíli a správným způsobem. Teoretické charakteristiky svépomocných skupin zformulovala Killieová (In: Kalina, 2000) do následujících bodů:

- **Společná zkušenost členů:** kdo péči poskytuje, trpí stejnou nemocí, jako její příjemce.
- **Vzájemná pomoc a podpora:** skupina se pravidelně setkává, členové projevují o sebe zájem a poskytují si vzájemnou pomoc a podporu.
- **Princip pomáhajícího:** na pomoci druhému nejvíce získává ten, kdo pomoc poskytuje, protože ho to posiluje a podporuje v žádoucím jednání.
- **Přidružení se k novému chování prostřednictvím odlišení se od původního chování:** posílení nového vnímání toho, co se považuje za normální, vzdálení se od předchozí negativní identity.
- **Kolektivní vůle, energie a víra:** každá osoba si své postoje a pocity ověřuje u ostatních členů skupiny, sdílí je s nimi.
- **Význam informací:** zvýšené faktografické, věcné a racionální pochopení problematiky, poskytování potřebných informací a instrukcí umožňuje lépe se vyrovnat s problémem.
- **Konstruktivní jednání ve vztahu ke sdíleným cílům:** Skupiny jsou orientovány na jednání a jejich členové se učí prostřednictvím činností a podobně se mění prostřednictvím jednání.

Právní poradny

Právní poradny poskytují právní poradenskou službu pro závislé klienty, kteří se dostali do konfliktu se zákonem nebo řeší jiné právní problémy ale i případné

zastupování v právních sporech. Právní poradny poskytují služby také zaměstnancům zařízení pro uživatele drog. Tyto služby jsou poskytovány zdarma.

Předléčebné poradenství

Nedílnou součástí ambulantních služeb je předléčebné poradenství. Předléčebným poradenstvím označujeme poradenství poskytované před nástupem intenzivní léčby ve stacionáři, ve specializované léčebně nebo v terapeutické komunitě. Poradenství před nástupem do léčby má kladný vliv na úspěšnost léčby a spolu se samotnou léčbou a následnou péčí vytváří tzv. účinné léčebné kontinuum. Je poskytováno za účelem podpory motivace klienta k léčbě. Je poskytováno za účelem rozvoje a podpory klientovy motivace k léčbě závislosti. Matoušek (2010) rozděluje motivační faktory klienta k léčbě na vnější a vnitřní. Mezi vnější motivační faktory se řadí faktory sociální, např. hrozba trestního stíhání, ztráta sociálního zázemí, obava ze ztráty zaměstnání, rozpad rodiny, apod. Vnitřní motivace se u závislých klientů formuje až během léčby. V procesu motivace je žádoucí správně určit fázi, ve které se klient nachází vzhledem k jejich specifikům.

2.2 REZIDENČNÍ LÉČBA

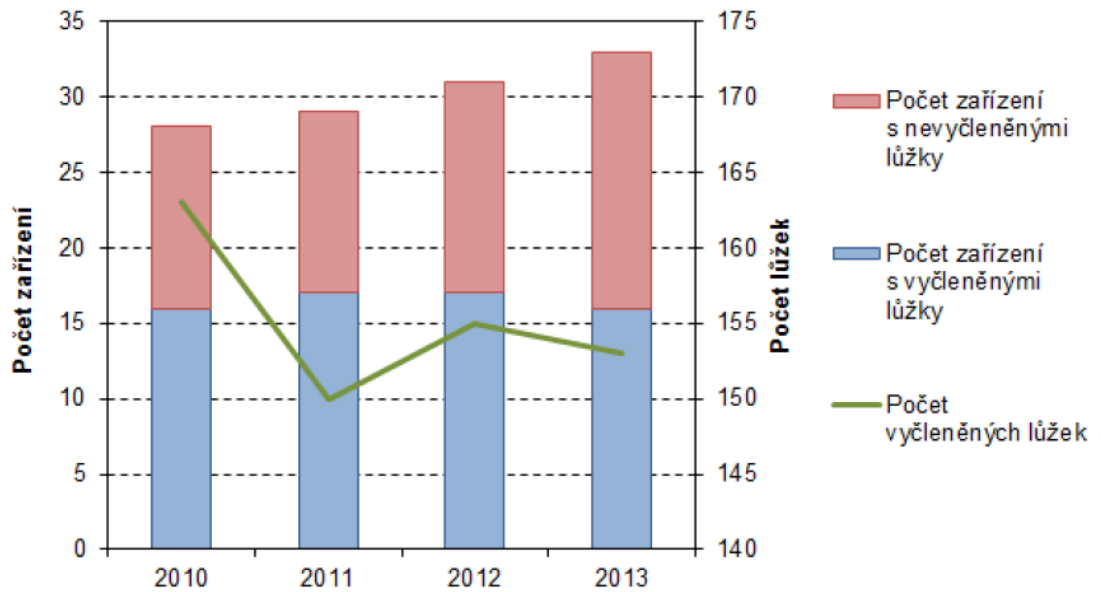
2.2.1 DETOXIFIKAČNÍ JEDNOTKY

Kalina (2000) detoxifikaci považuje za proces zbavení organismu návykové látky a překlenutí možných odvykacích příznaků, vyskytujících se u klienta za účelem přípravy klienta na další formy léčby, a to za farmakologické podpory, či bez ní. Může být prováděna buď ambulantní formou v případě nižšího stupně závislosti a mírnějších odvykacích příznaků, či formou péče v lůžkovém zařízení. Vzhledem k tomu, že ambulantní forma detoxifikace vyžaduje od klienta velkou motivaci a sociální podporu ze strany blízkého okolí, využívá se ambulantní forma detoxifikace jen zřídka.

Ze statistických údajů uveřejněných ÚZIS (2014b) vyplývá, že v ČR detoxifikace probíhá nejčastěji na uzavřených detoxifikačních jednotkách v krajských a fakultních nemocnicích či psychiatrických léčebnách. Dle údajů ÚZIS (tamtéž) v roce 2013 detoxifikaci poskytovalo 33 lůžkových zařízení. Celkový počet lůžek vyčleněných pro detoxifikaci byl 153 a poskytovalo je 16 zařízení. Dalších 17 zdravotnických zařízení poskytovalo klientům detoxifikaci na lůžkách standardních. Dle údajů ÚZIS (tamtéž) bylo v roce 2013 za účelem detoxifikace hospitalizováno celkem 9 361 klientů, z toho 53 % klientů bylo hospitalizováno za účelem detoxifikace od alkoholu. Průměrná ošetrovací doba hospitalizace byla 16 dnů.

Jak vyplývá z následující tabulky a grafu, počet lůžek určených k detoxifikaci od roku 2010 mírně stoupl, a to zejména na odděleních s lůžky nevyčleněnými přímo k účelu detoxifikace.

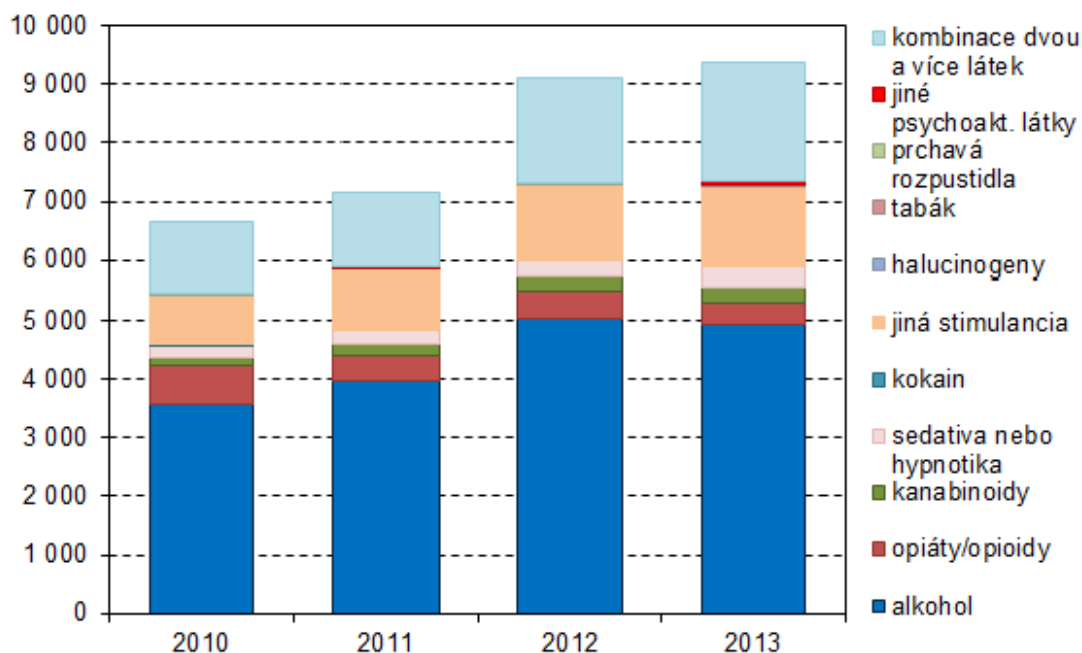
Graf 2: Vývoj počtu zařízení a počtu lůžek určených k detoxifikaci



Zdroj: ÚZIS 2014b

Graf 3 znázorňuje vývoj počtu pacientů detoxifikovaných od návykových látek v letech 2010 – 2013 dle užívaných psychoaktivních látek, kdy téměř polovinu z klientů detoxifikačních jednotek tvoří klienti detoxikující od alkoholu. Jejich počet se v posledních letech příliš nezměnil. Druhou nejčastěji zastoupenou skupinu tvoří klienti detoxifikující od kombinace dvou a více látek, kdy se jejich počet v posledních letech zvedl o 4 %.

Graf 3: Vývoj počtu pacientů detoxifikovaných od návykových látek v letech 2010 – 2013 dle jednotlivých psychoaktivních látek.



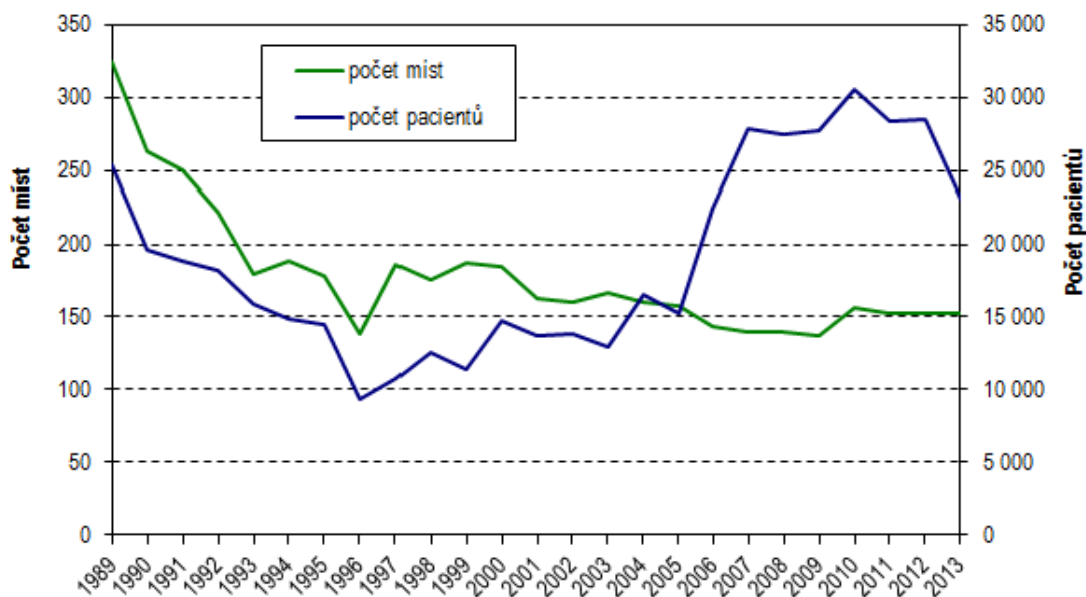
Zdroj: ÚZIS 2014b

2.2.2 ZÁCHYTNÉ STANICE

Záchytnými stanicemi označujeme speciální zdravotnická zařízení určená ke krátkodobému pobytu trvajícím v řádu několika hodin a sloužící klientům k detoxikaci při akutní intoxikaci zejména alkoholem. Tento speciální typ zařízení na pomezí ambulantní a lůžkové péče je unikátní v Evropě i ve světě. První záchytná stanice byla založena v roce 1951 v roce 1951 docentem Skálou u Apolináře.

V následujícím grafu je znázorněn vývoj počtu míst a ošetřených pacientů na záchytných stanicích v letech 1989 – 2013. Ukazuje, že vývoj počtu záchytných stanic má v současné době spíše stagnující charakter.

Graf 4: Vývoj počtu míst a ošetřených pacientů na záchytných stanicích v letech 1989 – 2013



Zdroj: ÚZIS 2014a

2.2.3 KRÁTKODOBÁ A STŘEDNĚDOBÁ ÚSTAVNÍ LÉČBA

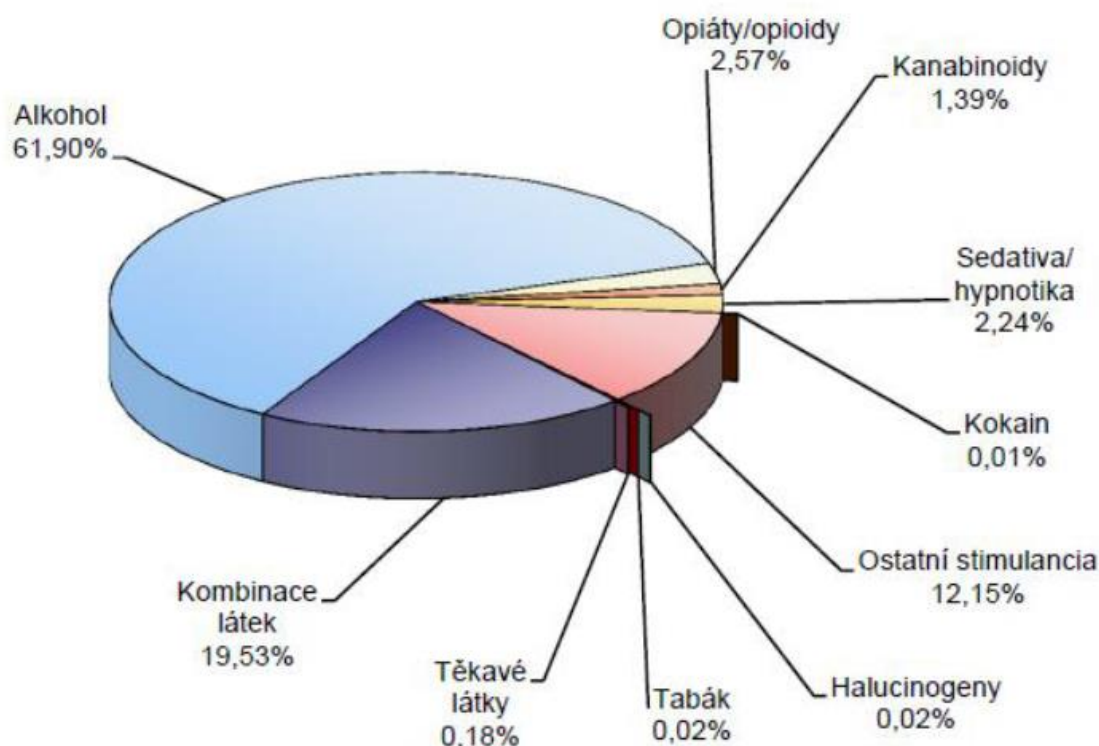
Na specializovaných lůžkových odděleních nemocnic a psychiatrických léčebnách jsou prováděny programy spojené s hospitalizací klienta závislého na psychoaktivních látkách. Krátkodobá ústavní léčba trvá čtyři až devět týdnů, střednědobá ústavní léčba trvá řádově tři až šest měsíců. Během této formy léčby je klient zapojen do vysoce strukturovaného léčebného programu na principech terapeutické komunity. Náplň této léčby spočívá v účasti na individuálních a skupinových terapiích, rehabilitačních, volnočasových a výchovně – vzdělávacích aktivitách. Uplatňují se zde prvky sociální práce, důraz je kladen též na práci s rodinami drogově závislých klientů. Během těchto forem léčby je po klientovi vyžadováno aktivní zapojení do léčby a dodržování léčebného režimu. (Kalina 2000)

Z údajů ÚZIS vyplývá, že v roce 2012 byla nejčtenější skupinou diagnóz, pro kterou byli pacienti hospitalizováni v psychiatrických zařízeních, poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (dg. F10–F19), více než čtvrtina

z celkovéhopočtu hospitalizací (15 419 hospitalizací). Dalšími častými příčinami hospitalizace byla léčba schizofrenie, poruch schizotypálních a poruch s bludy (dg. F20–F29), necelá pětina z celkového počtu hospitalizací (11 058 hospitalizací), a neurotické, stresové, somatoformní poruchy, syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (dg. F40 – F48 a F50–F59), a to 16 %, tj. 9 620 hospitalizací. ÚZIS

Následující graf ukazuje, jako u dalších druhů léčby, že převážná část hospitalizovaných pacientů v ústavní léčbě se léčí ze závislosti na alkoholu.

Graf 5: Struktura pacientů užívajících psychoaktivní látky hospitalizovaných v psychiatrických lůžkových zařízeních v ČR v roce 2012



Zdroj: ÚZIS 2013

2.2.4 TERAPEUTICKÉ KOMUNITY

Historie terapeutických komunit

Vznik terapeutických komunit se datuje do období druhé světové války, kdy se vyvinuly ve Velké Británii v rámci experimentů na nemocničních psychiatrických odděleních, která měla sloužit psychicky narušeným vojákům vojenských nemocnic. Cílem bylo překonání psychických obtíží uzpůsobených válečnými traumaty za účelem znovuzapojení do válečných operací. Bylo využíváno spojení mezi lékaři a pacienty prostřednictvím hierarchického uspořádání, komunitních setkávání a porad personálu.

V roce 1958 abstinující alkoholik Charles Dederich (1913 – 1997) založil na základě svých osobních zkušeností z organizace Anonymní Alkoholici v USA terapeutickou komunitu Synanon, jakýsi autonomní systém fungující zcela nezávisle na okolním světě, uplatňující prvky hierarchie, jeho kontroverze však spočívala v absenci prvků demokratických a nastolení autokracie. V roce 1991 byl Synanon rozpuštěn a Dederich zemřel v zapomnění. Sociolog Lewis Yablonsky, který v Synanonu dlouhodobě pobýval, význam této komunity spatřuje v kladném efektu léčby, který byl v dané době průlomový. (Yablonsky In: Šefránek, 2014)

Další terapeutickou komunitou, která v USA vzniká, je Daytop Village (1963, New York). Zakladatel psychiatr Dan Casriel (1924 – 1983) na základě návštěvy Synanonu soustředil více než sto uživatelů heroinu a vytvořil tak komunitu využívající encounterových principů, tzn. speciálních technik skupinové terapie zaměřené na odstraňování psychických bariér a obranných mechanismů za podpory otevřenosti, ochoty řešit problém a spontaneity. Příkladem encounterových technik je křik, pláč, dotýkání, apod. (Kalina In: Šefránek, 2014)

V České republice vznikla první terapeutická komunita v r. 1991, a to TK Němčice Sananim, nezdravotnické zařízení sociálně - rehabilitačního a výchovného typu s psychoterapeutickou složkou, nabízející rezidenční služby uživatelům nelegálních drog. Základními zde aplikovanými principy jsou především hierarchické uspořádání a psychoterapeutický přístup SUR.

Charakteristické rysy terapeutických komunit

Kalina (In: Šefránek, 2012) definuje základní rysy terapeutických komunit pro drogově závislé takto:

- poskytnutí bezpečného prostředí, tzn. prostředí bez drog, násilí a dalšího rizikového chování,
- poskytnutí možnosti změny u každého člena komunity prostřednictvím vztahů jako nositelů změny,
- změna osobního stylu a osobní identity jedince,
- organizační autonomie,
- svépomoc klientů při chodu terapeutické komunity i během léčebného procesu,
- terapeutický tým sestávající se z profesionálů i bývalých členů terapeutických komunit,
- důraz na strukturaci denního programu, pracovního harmonogramu, dodržování pravidel a norem,
- hierarchie v uspořádání terapeutických komunit,
- hlavní zásadou v komunikaci je otevřenost, je kladen důraz na zpětnou vazbu,
- holistický přístup ke klientovi, kdy je pojetí drogové závislosti vnímáno jako porucha celé osobnosti, a proto i proces léčby musí zahrnovat celou osobnost.

Efekt léčby v terapeutických komunitách

Výsledky studie, kterou provedl Šefránek mezi absolventy léčby v terapeutických komunitách, ukazují na markantní zvýšení kvality života po úspěšném absolvování léčby v terapeutické komunitě, zejména v oblasti sociálních vztahů, která hodnotila míru spokojenosti s interpersonálními vztahy, sexuálním životem a podporou blízkých.

V oblasti prožívání, kde bylo hodnoceno potěšení ze života, sebepřijetí, smysl vlastního života a prožívání negativních pocitů, bylo též zaznamenáno významné zlepšení. (Šefránek, 2012)

Tento výzkum prokázal, že značná část klientů terapeutických komunit jeden rok po ukončení léčby abstinuje od nealkoholických drog a zvýšila se u nich míra abstinence. U klientů, kteří i přes absolvování léčby v terapeutické komunitě nadále pokračovali v abusu psychoaktivních látek, se významně snížila frekvence jejich užívání. Zásadními byla zjištění týkající se resocializace týkající se zaměstnání, kdy se výrazně snížil podíl nezaměstnaných klientů, a to více než o 30% (Šefránek, 2014). Kalina (2003) přikládá v tomto ohledu velký význam následné péči, která na rezidenční léčbu v terapeutických komunitách nasedá, a tím představuje významný zdroj podpory v prvních měsících samostatné abstinence.

2.3 NÁSLEDNÁ PÉČE

Následná péče tvoří poslední fázi léčby závislosti. Zahrnuje veškeré intervence, které se snaží udržet změny navozené fázemi předešlými. Cílem následné péče je udržení dosavadních dovedností umožňujících abstinenci, udržení změny životního stylu a integrace závislého jedince do společnosti za účelem zvýšení kvality života závislého jedince.

Smyslem následné péče je posilování a podpora abstinence po absolvované léčbě. Tvoří ho doléčovací programy a nástroje sociální rehabilitace. Existují i speciální programy, a to především pro matky s dětmi či osoby po propuštění z výkonu trestu. Doléčovací programy se zaměřují též na rodinné příslušníky a blízké osoby uživatelů návykových látek.

Následná péče poskytovaná bezprostředně po ukončení rezidenční léčby výrazně zvyšuje účinnost absolvované léčby a schopnost udržení abstinence. (Matoušek, 2010) Klade si za cíl změnu životního stylu klienta, posilování kladné motivace k abstinenci

i po ukončení doléčovacího programu. Následná péče se zabývá zejména problematikou relapsu, kdy je možno relaps považovat za příležitost k učení. Je však nutno společně s klientem zmapovat obtíže, které relapsu předcházely a vytvořit účinné strategie k zabránění další recidivy. (Pates In: Matoušek, 2010)

Následná péče se zabývá též stabilizací sociálního ukotvení klienta, jeho následného sociálního zařazení, zejména ve smyslu úpravy sociálních vztahů, pracovního zařazení a vztahů v rodině a schopností klienta fungovat bez podpory programů následné péče. Má především podpůrný charakter ve smyslu podpory klienta při zpřehlednění závazků, vytčení priorit a podpoře k samostatnosti.

Sekundární cílovou skupinou v systému následné péče o uživatele drog jsou rodinní příslušníci.

Doléčovací programy

Doléčovací programy jsou strukturované programy zahrnující skupinovou a individuální terapii. Jsou určeny pro osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách nebo problematikou patologického hráčství s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce.

Sociální rehabilitace

Doléčovací programy doplňují nástroje sociální rehabilitace, umožňující zapojení abstinujícího jedince do chráněné bydlení/byty a chráněné/podporované zaměstnání. Cílem sociální rehabilitace je integrace závislého do společnosti prostřednictvím nově nabytých sociálních a profesních dovedností a podpůrného sociálního prostředí a vztahů.

2.4 HARM REDUCTION

Model Harm Reduction je charakterizován pragmatickým pohledem na drogovou závislost. Neusiluje o absolutní omezení drog a jejich užívání. Zaměřuje se především pracovat se závislým jedincem tak, aby minimalizoval negativní důsledky užívání drog. Zaměřuje se zejména na stabilizaci životního stylu klienta, přičemž vychází z jeho bio-psycho-sociálních potřeb a dává mu možnost na aktivním přístupu k možnosti léčby závislosti. Tento model upřednostňuje zdraví a osobní zodpovědnost před perzekucí a kriminalizací. Klade důraz i na ochranu společnosti před nežádoucími dopady užívání drog, čímž souvisí se strategií ochrany veřejného zdraví. (Broža, 2003)

Harm Reduction vznikl jako odezva na vysoký nárůst HIV/AIDS v osmdesátých letech minulého století. Prvními zeměmi, kde se začaly přístupy Harm Reduction uplatňovat byly Nizozemí a Velká Británie, v dalších evropských zemích, např. ve Švýcarsku a Německu, vznikly programy na výměnu injekčních stříkaček, aplikační místnosti, apod. Od konce 90. let je strategie Harm Reduction považována za jeden z pilířů evropské drogové politiky.

Přístupy Harm Reduction, tedy minimalizace poškození návykovou látkou, se uplatňují za účelem ochránit závislého klienta před škodivými následky užívání návykových látek. Cílem je snížení zdravotních, sociálních a ekonomických rizik, a to zejména u klientů, kteří nejsou motivováni k abstinenci. (Matoušek, 2010)

Terénní práce

Terénní práce je poskytována klientům, jejichž obtíže působené abusem psychoaktivních látek nepřevládly nad subjektivními zisky. Je poskytována klientům v jejich přirozeném prostředí, tzn. na veřejných místech, proto je též označována jako „street work“. Snahou terénní práce je nabídnutí uživatelům psychoaktivních látek řešení obtíží s abusem drog, a to pouze do té úrovně, jaká je pro konkrétního klienta přijatelná. Sestává se z naplňování preventivních cílů a uplatňují se zde strategie minimalizace rizik.

Plní funkci edukační ve smyslu poskytování informací o rizicích spojených s aplikací drog a o možnostech omezování těchto rizik, o možnostech léčby závislosti a o možnostech posilování motivace k léčbě, čímž plní též roli předléčebného poradenství, dále poskytuje zdravotnický materiál, zejména sterilní stříkačky, sbírá a likviduje použitý materiál, zprostředkovává lékařské vyšetření ve zdravotnických zařízeních, především testování na infekční nemoci spojené s užíváním drog, např. hepatitis B, C, HIV, pohlavně přenosná onemocnění, atd. (Matoušek, 2010)

Úskalí terénní práce spočívá dle Matouška (2010) v navázání kontaktu s klientem a ve vytvoření kvalitního terapeutického vztahu. Nad formální kvalifikací terénního pracovníka zde převládá schopnost komunikace s cílovou skupinou a důvěryhodnost. Klienti si snáze vytvoří vztah s pracovníky, kteří mají osobní zkušenost s užíváním psychoaktivních látek a svou závislost překonali, tzv. ingidenní pracovník (angl. ingidenous – vlastní, domácí). Tito terénní pracovníci jsou drogově závislími klienty vnímáni jako důvěryhodní a dokáží s nimi navázat méně formální vazby než pracovníci bez osobní zkušenosti. To se týká např. návštěv v bytech, což klienti mnohdy vnímají jako zásah do soukromí. Riziko odmítnutí terénní práce je vzhledem k nedostatečné motivaci některých klientů zvýšené.

Dalším faktorem snižujícím kvalitu terénní práce je obtížná organizace práce a obtížné vykazování efektivity.

Kontaktní poradenská centra

Kontaktní poradenská centra poskytují služby závislým klientům, kteří jsou ochotni navázat kontakt s terapeutem. Je zde očekávána aktivita vycházející ze strany klienta samotného. Kontaktní centra nabízejí možnost posezení v kontaktní místnosti, rozhovor s kontaktním pracovníkem, docházení na programy realizované kontaktním centrem.

Klienti, kteří služby kontaktních center vyhledají, často nejsou se svým životním stylem spokojeni a mají potřebu osobní či sociální změny. To pracovníkům kontaktních center dává prostor pro rozhovory motivující klienta ke změně životního stylu a k dlouhodobější spolupráci s klientem.

Poradenství v nízkoprahových programech by mělo vést k předání srozumitelných informací o možnostech ovlivnění kvality života závislého klienta ve smyslu změny jeho postoje a chování a posílení motivace k abstinenci. Cílem poradenství poskytovaného kontaktními centry není dosažení abstinence, avšak klient by měl být vždy informován o abstinenci jakožto nejúčinnější metodě snížení rizik spojených s abusem drog. V případě ambivalentního postoje klienta k navození stavu abstinence se zde uplatňují metody „Harm Reduction“, jak byly popsány výše.

Kontaktní poradenská centra poskytují též služby příbuzným či blízkým závislých jedinců, a to zejména ve smyslu jasné strukturace jejich situace, reálného vyhodnocení situace, nabídky možnosti řešení situace a poskytnutí bezpečného empatického prostředí. Z tohoto důvodu kontaktní centra organizují pro blízké závislých klientů ambulantní skupiny vedené profesionálem, případně nabízejí možnost účasti na svépomocných skupinách (např. Anonymních rodičů).

Obecně lze říci, že poradenství v kontaktním centru má za cíl vytvářet bezpečný prostor pro klientovu aktivitu a přenášet na něj odpovědnost za svá rozhodnutí, vytváření spolu s klientem jasně vymezené krátkodobě dosažitelné cíle a jejich následné vyhodnocování, posilování pozitivní motivace a osobního rozvoje. (Broža, 2003)

Substituční léčba

Substituční léčba je jednou z metod léčby závislosti na opioidech. Je to časově neomezená udržovací terapie, jež je uplatňována zejména v případech, kdy pacient není schopen podstoupit léčbu orientovanou na abstinenci bez farmakologické podpory. Během této léčby jsou klientovi podávány substituční látky, a to jiným než nitrožilním způsobem, v množstvích, která zmírňují či odstraňují pacientovy abstinenci příznaky, čímž zkvalitňují život pacienta po stránce bio-psycho-sociální.

V roce 2009 hlásilo léčené klienty celkem 34 zařízení poskytujících substituční léčbu. V následujících letech počet těchto zařízení rostl až na 64 v roce 2013, kdy byla substituční léčba poskytnuta 1 991 pacientům (z toho bylo evidováno 631 žen a 1360 mužů). Dále byla substituční léčba poskytována 215 ordinacemi praktických lékařů

a bylo dohromady léčeno 494 osob (z toho evidováno 150 žen a 344 mužů). V roce 2013 tedy substituční léčba v ordinacích psychiatrů a praktických lékařů byla poskytnuta celkem 2 485 pacientům. Pacienti v substituční léčbě se na počtu léčených uživatelů opiátů/opioidů podíleli 54 %, podíl pacientů zneužívajících buprenorfin byl více než 6 % a metadon necelé 1 %. (ÚZIS 2014d)

3 METODY LÉČBY

3.1 PSYCHOTERAPIE

Vymětal (2004, s. 20) vymezuje psychoterapii takto: „Psychoterapie je především léčbou (sekundární prevencí), ale i profylaxí (primární prevencí) a rehabilitací (terciální prevencí) poruch zdraví, která se uskutečňuje výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy.“

Kalina (2013, s. 26) definuje psychoterapii takto: „Psychoterapie je odborné použití mezilidských situací se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a/nebo osobní charakteristiky.“ Z této definice vyplývá důležitost aplikace psychoterapie v léčbě duševních onemocnění vyvolaných abusem psychoaktivních látek.

Rozdělení psychoterapeutických přístupů

Psychoterapeutické přístupy uplatňované v léčbě duševních poruch vyvolaných abusem psychoaktivních látek je možno rozdělit na dvě oblasti. První oblastí je psychoterapie zaměřená na změnu osobnosti a vztahů, na podporu osobnostního zrání a růst. Sem je možno zařadit např. psychoanalýzu, existenciální a humanistickou psychoterapii, psychodynamickou a interpersonální psychoterapii, atd. Druhou oblastí je psychoterapie zaměřená na změnu chování. Do tohoto okruhu patří behaviorální a kognitivně – behaviorální psychoterapie

Individuální psychoterapie

Individuální terapie má v léčbě duševních poruch vyvolaných abusem psychoaktivních látek nezastupitelné místo. Princiem individuální terapie je setkávání jednoho terapeuta a jednoho klienta,

Skupinová psychoterapie

Kratochvíl (1995, s. 14) charakterizuje skupinovou psychoterapii takto: „Skupinová psychoterapie je postup, který využívá k léčebným účelům skupinovou dynamiku, tj. Vztahy a interakce jak mezi členy a terapeutem, tak mezi členy navzájem.“

Cílem skupinové psychoterapie je především dosažení vzhledu do problematiky klienta a pomoc při dosažení pochopení a změny nesprávných postojů, změna maladaptivního vzorce chování ve smyslu dosažení přiměřených sociálních vzorců chování k dosažení zefektivnění a harmonizace interpersonálních vztahů, které se uplatňují zejména v rodinné a párové psychoterapii. (Kalina, 2013) Skupinu vede jeden až dva terapeuti. Setkává se zde více klientů, jejich uspořádání bývá obvykle v kruhu, aby mohlo docházet ke kvalitní verbální i nonverbální komunikaci.

V psychoterapii závislých pacientů jména závislých bývá zpravidla preferována terapie skupinová. Skupiny mívají většinou integrovaný rámec se směsicí prvků podpurné, motivační a behaviorální léčby.

Párová a rodinná psychoterapie

Párová psychoterapie je založena na setkávání jednoho či dvou terapeutů a partnerské dvojice. Jejich cílem je úprava interpersonálních vztahů, řešení konfliktů zjevných i latentních a náprava komunikačních obtíží v mezilidských vztazích. Rodinná terapie zahrnuje účast celé rodiny či její části. Závislost na psychoaktivních látkách ovlivňuje a narušuje celý systém rodinných a partnerských vztahů, proto je tento druh terapie nedílnou součástí komplexní léčby závislostí. Partnerům a rodinným příslušníkům poskytuje možnost sdílení a vzájemné opory a poskytuje též bezpečné prostředí pro řešení svých obtíží.

3.2 ERGOTERAPIE

Ergoterapie je definována Českou asociací ergoterapeutů jako „profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti. Pro podporu participace jedince využívá specifické metody a techniky, nácvik konkrétních dovedností, poradenství či přizpůsobení prostředí. Pojmem „zaměstnávání“ jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho identity. Primárním cílem ergoterapie je umožnit jedinci účastnit se zaměstnávání, které jsou pro jeho život smysluplné a nepostradatelné.“ (Česká asociace ergoterapeutů 2008)

Cílem ergoterapie je podpora zdraví a duševní pohody prostřednictvím vhodně zvolené aktivity či zaměstnání, čímž napomáhá klientovi k plnému zapojení do sociálního prostředí a posiluje ho v udržení, obnovení či získání kompetencí ke zvládnání nároků okolního prostředí.

3.3 ARTETERAPIE

Arteterapie je léčebná metoda využívající výtvarných aktivit za účelem změny sebehodnocení klienta, zvýšení jeho sebevědomí a integrace jeho osobnosti. Využívá postupů zaměřených na léčebné kognitivní, motivační a emocionální aspekty, kterými jsou sebevyjádření, aktivizace, sebepoznání, osobnostní růst, podpora vývoje, změna stereotypů, zmírnění úzkosti, uvědomění, náhled, řešení problémů, odhalení nevědomého materiálu, katarze, zpracování konfliktů, podpora a rozvoj tvořivosti rámci harmonizace osobnosti, adaptivnější zacházení s emocemi a kultivace obranných mechanismů.(Česká arteterapeutická asociace)

3.4 RELAXAČNÍ TECHNIKY

V organismu při relaxaci nastávají opačné změny než při stresu, proto je relaxace užitečným prvkem prevence i léčby problémů způsobených návykovými látkami a hazardní hrou, zejména pokud tyto obtíže souvisí se stresem. Osvědčuje se např. u úzkostí, depresí, stavů vyčerpání.

Jednou z příčin duševních poruch způsobených abusem psychoaktivních látek bývá to, že lidé neumí relaxovat. Důsledkem toho jsou pak napjatí, neklidní, trpí poruchami spánku, bolestmi hlavy, jsou nervózní, podráždění, unavení, přetížení, vyčerpání atd. Pravidelným prováděním relaxačních cvičení je však možné stresu předejít a udržet organismus v rovnováze mezi napětím a uvolněním. Relaxace je spolu se správným dýcháním tím nejlepším způsobem, jak odstranit negativní účinky stresu. Dochází při ní v našem těle k řadě změn, které jsou protipólem tělesných změn vyvolávající stresy. Relaxace tedy je komplexní protistresová reakce, psychofyziologický stav intenzivní regenerace organismu, ve kterém dochází k posílení imunitního systému, zpomalení látkové výměny a hloubkové regeneraci buněk, zejména nervového systému. U jedinců trpících duševními poruchami vvolanými abusem návykových látek svým životním stylem a v některých případech nedostatečnými návyky v oblasti životosprávy je vhodné posilovat odolnost vůči stresorům, které na ně působí. V psychoterapii je často využíváno následujících dvou technik pomáhajících ke zmírnění stresu a úzkosti.

3.4.1 JACOBSONOVA PROGRESIVNÍ RELAXACE

Koncentračně relaxační metodou je progresivní relaxace, jejímž autorem je klinický psycholog Edmund Jacobson. Jacobson při svých výzkumech na Chicagské univerzitě, kde pomocí elektromyografu měřil napětí kosterního svalstva, zjistil, že u relaxovaného člověka stačí pouhá myšlenka na pohyb určité končetiny, aby se změny v ní projevíly na elektromyografu. Následným výzkumem bylo potvrzeno, že veškeré myšlenky jsou provázeny aktivitou kosterního svalstva. Metoda progresivní relaxace je založena na systematickém uvolňování kosterního svalstva prostřednictvím rozvoje schopností uvědomovat si a rozlišovat jemné rozdíly v napětí svalů. Podstatou této relaxace je fakt,

odvozený z Jacobsonových výzkumů, že aby mohl člověk relaxovat mysl a tělo, musí uvolnit celé kosterní svalstvo. Opakovaný, správně prováděný nácvik této metody vede k získání schopnosti úmyslně uvolňovat svalové a tím i psychické napětí.

Smyslem progresivní relaxace je navodit svalové a duševní autorelaxace, odstranit napětí a nepříznivé emoční stavy. Tato metoda je postavena na poznatku, že každé emoční vzrušení vyvolává napětí ve svalech. Snížení svalového napětí proto umožní navodit zpět tělesné a hlavně duševní uvolnění, proto je při cvičích i důležitým prvkem prožitek uvolnění napětí (př. ohyb ruky a následné uvolnění apod.). Cílem je, naučit člověka ovládat a uvolňovat své svalstvo a tím docílit eliminace negativních emocí. Metoda je vhodná především pro lidi trpící silným vnitřním napětím, úzkostí, poruchami spánku a bolestmi

Nácvik Jacobsonovy progresivní relaxace je založen na uvědomování si rozdílu mezi napětím a následným uvolněním. Proces napětí a uvolnění je postupně aplikován na všechny velké svalové skupiny. Postup nácviku je následující:

Nácvik relaxace má být prováděn v tiché místnosti bez rušivých podnětů. Základní poloha je vleže na zádech, ruce podél těla, nohy mírně od sebe. Nejdříve ležte tři až čtyři minuty v klidu a postupně zavírejte oči. Poté ohněte levou ruku v zápěstí, ale nezdvihejte předloktí. Nyní pozorujte mírné pocity napětí vznikající ve svalech horní části levého předloktí. Poté svaly uvolněte a nechte ruku volně spadnout na podložku. Uvědomujte si zážitek uvolnění, relaxaci dříve napjatých svalů. Po několika minutách znovu ohněte ruku v zápěstí a poté opět relaxujte. Uvědomte si, že relaxace nevyžaduje žádné úsilí. Velmi důležité je naučit se rozlišovat pocit napětí od pocitu tahu, tlaku, bolesti a podobně. Napětí je vyvolané aktivním úsilím, zatímco tah, tlak apod. jsou pocity vyvolané jinak a není třeba si jich všímat.

Po několikerém ohnutí ruky v zápěstí dozadu a následném uvolnění, věnujeme celou další půlhodinu nepřetržité relaxaci, nepřerušované žádným pohybem. Následující den se položíme znovu na podložku a uvolníme se. Asi po deseti minutách odpočinku nejdříve s otevřenýma očima, pak pomalu zavíranýma, provedeme první cvičení, ohneme ruku v zápěstí, po několika minutách ji volně pustíme a necháme několik minut relaxovat. Poté ohneme ruku v zápěstí dopředu, setrváme v ohnutí asi minutu a

ozorujeme napětí ve svalech. Totéž ohnutí dlaně dolů proved'te asi třikrát (v intervalu po třech minutách) a zbytek hodiny věnujte relaxaci předloktí i celého těla.

Další cvičení je, po pomalém zavření očí, věnováno vyvolání relaxace v levé paži a pouhému pozorování jakéhokoliv napětí v paži.

Čtvrté cvičení je zopakování prvního a druhého cvičení s přidáním relaxace dvouhlavého svalu pažního. Nejdříve si uvědomíme pocit tenze v tomto svalu, při ohnutí horní končetiny v lokti v úhlu asi 30° od podložky. Toto ohnutí se opakuje na začátku lekce asi třikrát, poprvé v ohnutí 2-3 minuty, s následující několikaminutovou relaxací (ruka spadne na podložku), podruhé a potřetí vydržíme v ohnutí asi minutu, mezitím několik minut relaxujeme. (Uvedené časy jsou pouze orientační.)

V pátém cvičení jde hlavně o relaxaci trojhlavého svalu pažního. Zážitku napětí v tomto svalu dosáhneme, podložíme-li si předloktí několika knihami a vykonáme-li na tyto knihy mírný tlak.

Další cvičení je věnováno prohlubování relaxace ve svalech, na které byla zatím zaměřena pozornost. V sedmém cvičení je aplikována poněkud nová metoda vytváření napětí. Levou horní končetinu necháme položenou podél těla na podložce, aniž bychom s ní hnuli. Napětí svalů se má zesilovat postupně, během asi třiceti vteřin. Po dosažení maxima stahy svalů postupně slábnou až po dosažení relaxace. Stejným způsobem postupujeme při tréninku pravé ruky.

U dolních končetin jde o rozpoznání a relaxování šesti svalových skupin: podkolenní svaly – ohnutí špičky směrem ke tváři, lýtko – ohnutí chodidla opačným směrem, horní část stehna – nohy visí volně natažená z lehátka, dolní část stehna – noha pokrčená v koleni, kyčle a břicho – zvednutí ohnuté nohy, hýždě – podložení nohy pod kolenem knihami a tlak na ně. Poté jsou postupně procvičovány svaly trupu, břicho, hrud', ramena, krk, následuje svalstvo obličeje, svaly očí a řečové svaly.

Tato první fáze progresivní relaxace, po dostatečném trénování, vyúsťuje ve schopnost hluboké relaxace. Další fáze cvičení vede cvičícího k umění využívat schopnost relaxace při každodenní činnosti, jak pro jednotlivé skupiny svalů, tak celkově. A konečně poslední fáze umožňuje člověku uvědomovat si i v běžném životě

napětí v konkrétních svalových skupinách a toto napětí (a sním spojené nepříjemné pocity) redukovat a posléze mu i předcházet. Efekt pro regeneraci spočívá v tom, že cvičenec dokáže uvolnit vědomým příkazem potřebnou svalovou skupinu a obráceně při stavech psychického napětí dokáže metodou uvolnění svalstva normalizovat psychickou nebo emocionální zvýšenou tenzi.

Nácvik progresivní relaxace nám pomůže naučit se rozlišovat mezi napjatými a uvolněnými svaly, takže poznáme, kdy jsme napjatí, a můžeme v tom okamžiku začít relaxovat. Postupně procházíme jednotlivé svalové skupiny, které napínáme a uvolňujeme. Pro pozdější aplikaci do přirozených situací je lépe necvičit vleže, ale sedět na pohodlné židli. Je důležité nacvičovat napětí a uvolnění ve správném pořadí a správném rytmu. Napětí by mělo přijít na konci nádechu, uvolnění s výdechem. Nejdřív příslušné svaly pozvolna napneme a při tom se soustředíme na pocity napětí a námahy. Držíme svaly napjaté asi pět vteřin, pak je povolíme a uvolníme na 10–15 vteřin. Uvědomíme si, jaký máme pocit ve svalech, když je uvolníme. Zaměříme svou pozornost na jednotlivé části svého těla. Toto relaxační cvičení spočívá v tom, že tento postup opakujeme postupně se všemi hlavními skupinami svalů celého svého těla. Normálně napínáme a uvolňujeme každou svalovou skupinu jen jednou. Po projití všech svalů zhodnotíme na stupnici 0–100 %, jakého stupně relaxace se podařilo dosáhnout. Této stupnici využíváme po celou dobu nácviku, abychom mohli sledovat dosažený pokrok.

PŘÍKLAD NÁCVIKU JACOBSONOVY PROGRESIVNÍ RELAXACE

Nácvik: cca 5 minut každý den, v sedě na pohodlné židli nebo v křesle

Instrukce:

Důkladně si přečtete instrukce a naučte se je v daném pořadí nebo požádejte někoho, aby vám je četl. Správný rytmus je 5s napětí a 10-15 s uvolnění.

1. Zatněte pravou pěst tak, abyste cítili napětí v pěsti a předloktí... uvolněte.
2. Zatněte levou pěst tak, abyste cítili napětí v pěsti a předloktí... uvolněte.

3. Ohněte pravý loket a zatněte biceps, ruce jsou uvolněné... uvolněte.
4. Ohněte levý loket a zatněte biceps, ruce jsou uvolněné... uvolněte.
5. Natáhněte pravou paži a zatněte triceps... uvolněte.
6. Natáhněte levou paži a zatněte triceps... uvolněte.
7. Nakrčte čelo a zvedněte obočí... uvolněte.
8. Napněte svaly kolem očí... uvolněte.
9. Napněte čelisti tím, že pevně sevřete zuby... uvolněte.
10. Zatlačte jazyk proti patru, rty jsou zavřené, všimněte si napětí v hrdle... uvolněte.
11. Sevřete pevně rty... uvolněte.
12. Zakloňte hlavu, jak nejdál to jde... uvolněte.
13. Zatlačte hlavu proti hrudi... uvolněte.
14. Zvedněte ramena k uším... uvolněte.

Po krátkém vydýchání můžeme pokračovat s druhou částí progresivní relaxace

15. Dýchejte klidně a pravidelně břichem.
16. Zhluboka se nadechněte, naplňte zcela plíce, zadržte dech, držte... vydechněte a uvolněte.
17. Napněte svaly břicha... uvolněte.
18. Zvedněte zadek nad židli... uvolněte.
19. Napněte hýždě a lýtka tak, že tlačíte nohama do podlahy... uvolněte.
20. Napněte chodidla a tlačte je dolů, prsty nohou tlačte vzhůru... uvolněte.

21. Klidně a pravidelně dýchejte břichem.

Po sezení je možné zadat domácí úkol – procvičování progresivní relaxace 2x denně pod dobu asi 15 minut. Pacienti si mohou zvolit místo a čas, který jim vyhovuje, kdy nebudou rušeni. Mohou si vést záznam, jak dlouho jim relaxace trvá a jakého stupně uvolnění dosáhnou (např. na škále 0 – 100).

VŠEOBECNÁ DOPORUČENÍ

- Než začnete cvičit, rozhodněte se, kdy se budete cvičení věnovat, a snažte se to dodržovat každý den, aby se cvičení stalo součástí vašeho denního režimu.

- Provádějte cvičení dvakrát až třikrát denně: čím častěji budete cvičit, tím snáze budete schopni dosáhnout stavu uvolnění.

- Zvolte si k cvičení klidné místo, kde vás nikdo nebude rušit. Nepouštějte se do cvičení, pokud máte hlad nebo těsně po jídle. Není také dobré, pokud je v místnosti příliš horko nebo příliš zima. Mohlo by vám to bránit dosáhnout uvolněného stavu.

- Cvičení začněte tím, že si pohodlně lehnete v pohodlných šatech. Později můžete nacvičovat relaxaci i vsedě nebo vestoje.

- Snažte se zaujmout pasivní postoj, tj. nedělejte si starosti s tím, jak vám to jde a zda dokážete úspěšně relaxovat.

- Snažte se dýchat nosem a úplně naplnit plíce, takže ucítíte, jak se vám napínají svaly na břiše.

- Dýchejte pomalu a pravidelně; nenadechněte se náhle, rychle a zhluboka, protože by se vám mohla zatočit hlava. Položte si ruku na břicho, a pokud dýcháte správně, ucítíte, jak se vám ruka při nádechu zvedá. Vyzkoušejte si to ještě před nácvičkem relaxace, abyste si na tento způsob dýchání zvykli.

- Zaznamenávejte si po každém cvičení, nakolik jste se dokázali uvolnit, abyste viděli, jak vám to jde. Počítejte s tím, že některý den to bude horší a jindy zase lepší – každý z nás má dny, kdy se uvolní snáze, a dny, kdy je to pro něj obtížnější.

ÚČINKY JACOBSONOVY PROGRESIVNÍ RELAXACE

- lepší vyrovnávání duševního napětí, resp. vzrušení a intenzity zbytkového svalového napětí vede k ovládnutí útlumu svalového napětí
- prevence a součást terapie nemocí způsobených stresem – prevence srdečních chorob, vysokého krevního tlaku, žaludečních vředů, nespavosti nadměrné úzkosti, atd.
- relaxace konkrétních svalových skupin může být nápomocná při migrénách, bolestech

3.4.2 AUTOGENNÍ TRÉNINK

Východiskem pro autogenní trénink se stalo vyvolání pocitu tíhy (vlivem uvolnění svalů) a tepla (vlivem otevření krevních cév) v různých oblastech těla s cílem uvolnění organismu. Autogenní trénink pramení z tzv. Prázdne hypnózy, při které není používána hypnotická sugesce. Hypnózu může správně navodit zkušený terapeut, který však nemusí být vždy k dispozici, což vedlo ke vzniku autogenního tréninku. Metodu vynalezl lékař německého původu Johann Heinrich Schultz, podle kterého se také někdy označuje termínem Schultzův autogenní trénink (Nešpor, 1998). Autogenní trénink lze zřejmě nazvat nejznámější relaxační metodou na světě. Rozlišujeme zde nižší a vyšší stupeň relaxace, ale pro dosažení kvalitní relaxace postačují cviky nižšího stupně, ten sestává z šesti kroků, kterých se dosahuje postupně:

- Návčik tíže (pro uvolnění svalstva)
- Návčik tepla (uvolnění cév)
- Regulace srdce (pocit tlukoucího srdce v těle)
- Úprava dechu (klidný a hluboký dech)
- Uvolnění břišních orgánů
- Cviky hlavy („zachovat si chladnou hlavu“)

Šestého kroku by měl člověk dosáhnout přibližně po třech měsících tréninku. Dle Schultze (1969) je možné dosáhnout:

Zotavení.

Zklidnění.

Autoregulace.

Zvýšení výkonnosti.

Eliminace bolesti.

Sebeurčení.

Sebekritiky a sebekontroly.

Při pohledu na tato hesla je patrný význam autogenního tréninku v rámci duševní hygieny, protože to, co Schultz uvádí jako cíle autogenního tréninku, obecně považujeme za to, čeho by mělo být dosaženo metodami duševní hygieny. Soustředěné uvolnění se postupně vyvolává v pořadí – svalstvo – cévy – srdce – dýchání – tělesné orgány – hlava. Autogenní trénink vzbuzuje soustředěné sebeuvolnění, které umožňuje dosažení klidového stavu podobného spánku bez spolupráce další osoby. Autogenní

cvičení je nutné provádět mlčky. Vytváří se individuální formulky, kdy je důležité zařadit novou formuli až tehdy, kdy je zvládnutá ta předchozí. Návuk autogenního tréninku se provádí každý den po dobu tří měsíců. Autogenní trénink je osvědčenou metodou, která se stává předmětem zájmu mnoha lékařských i nelékařských profesí.

VYUŽITÍ AUTOGENNÍHO TRÉNINKU

Dle Schultze (1969) je možné využít autogenní trénink v následujících oblastech:

Uvolnění jako rekreace.

Pokud je člověk v napětí, dochází k úbytku energie. 5-20 minutové autogenní pohroužení má velmi osvěžující účinek, který má za následek obnovu celkových sil. Je potvrzeno, že veškeré myšlenky jsou provázeny aktivitou kosterního svalstva.

Uvolnění jako uklidnění.

Při dostatečném a vytrvalém tréninku se dostavuje celkově klidnější a pokojnější přístup k životu.

Zvyšování intenzity a výkonu.

Autogenní trénink napomáhá zvyšovat výkony tak, že osoba snažící se vzpomenout si na určitý zážitek nebo vybavit si určitou informaci, je schopna v autogenním pohroužení vidět celý vzpomínkový obraz svým „duševním zrakem“.

Sebeovládání a seburčení.

Autogenní trénink napomáhá k celkovému uvolnění a uklidnění což vede i ke zvýšení schopnosti sebeovládání. Člověk praktikující tuto metodu, je schopný ovládat i takové fyzické funkce (např. tep), které se jeví jako vůlí neovladatelné.

Při popisu autogenního tréninku jsme zmínili vytváření formulí. Nešpor (1998) blíže popisuje, jak je správně vytvořit a uvádí konkrétní příklady toho, jak mají správné

individuální formule vypadat. Formule by měly být kladné, jasné a srozumitelné. Místo toho, aby obsahovaly zápor – ne, doporučuje se formuli stanovit kladně – např. místo „nebudu kouřit“ užít formu „kouření je mi lhostejné“, tzv. individuální.

Pro koho relaxační cvičení nejsou vhodná

Relaxační cvičení jsou bezpečným preventivním i léčebným způsobem, ale ne pro každého se hodí. Nešpor (1998) uvádí přehled skupin lidí, pro které nejsou relaxační techniky vhodné:

Osoby, které se léčí pro schizofrenii a obdobná onemocnění.

Po poradě s lékařem se aplikují spíše krátká cvičení, která jsou zaměřená na svalové uvolnění.

Epileptici, pro které je nevhodné narušit přesné denní schéma spánkem během dne. Taktéž se doporučují krátká cvičení zaměřená na svalovou relaxaci.

Osoby, které nejeví zájem o pravidelné cvičení a nemají zájem o zlepšení svého stavu.

Osoby, které mají nedostatek fyzického pohybu. Relaxace nemůže tělesnou námahu vykompenzovat.

Osoby, které nemají sociální dovednosti a spoléhají se pouze na relaxaci.

Osoby, které se potřebují věnovat dané činnosti a relaxace by mohla

odpoutat jejich pozornost.

3.5 Sociální práce

Sociální práce se uplatňuje ve všech formách léčby duševních poruch vyvolaných abusem psychoaktivních látek. Umožňuje klientům řešit aktuální sociální situaci,

týkající se oblasti bydlení, ubytování, finančních záležitostí, apod. Cílem sociální práce je však pomoci klientovi v samostatnosti a aktivním přístupu k řešení svých sociálních otázek.

4 DETERMINANTY ÚČINNOSTI LÉČBY

4.1 FAKTORY VÝZNAMNÉ PRO ÚČINNOST LÉČBY

Naplnění všech dosažitelných cílů v oblasti léčby duševních poruch je ovlivňováno mnoha faktory, determinujícími průběh léčby a terapeutický efekt léčby po jejím ukončení. Kalina (2000) rozlišuje faktory významné pro účinnost léčby takto:

1. **Včasný začátek léčby**, kdy je nutno využít všech dostupných prostředků k včasné dispenzarizaci, tzn. ihned po prvním výskytu obtíží či po novém relapsu.
2. **Individualizovaný přístup** k závislému jedinci ve smyslu respektování jedinečnosti osobnosti klienta při výběr metod a forem léčby za účelem maximalizace přínosu léčby.
3. **Podpora motivace** ve smyslu získání motivace k léčbě, k udržování motivace k vytrvání a ke změně životního stylu za účasti klienta i terapeuta. Úlohou terapeuta je posílení motivace k abstinenci.
4. **Prevence relapsu** v průběhu léčby i po jejím ukončení, kdy je nutno pohlížet na relaps jako příležitost k pozitivnímu vývoji.
5. **Zužitkování nedobrovolného léčení**, tzn. využití nedobrovolné léčby ve smyslu vyvíjení tlaku na klienta za účelem dosažení motivace k léčbě.
6. **Zhodnocení léčebného kontinua**, kdy jsou zúročeny účinné faktory návaznosti přípravného poradenství, léčby a následné péče.

4.2 MOTIVACE K LÉČBĚ ZÁVISLOSTI

Mezi základní faktory ovlivňující průběh léčby duševních poruch vyvolaných abusem psychoaktivních látek patří motivace klienta k léčbě závislosti. Motivaci definuje Kalina (2001, s. 148) jako „proces usměrňování, udržování a energetizace chování, proces zvýšení nebo poklesu aktivity jedince. Vlivem drog se tato základní osobnostní dimenze zásadně mění, jednak výsledným zájmem o cokoli jiného než záležitosti týkající se drog a jednak ztrátou energie, kterou jedinec potřebuje k růstu a prosperitě. Je jedním faktorem ze čtyř (dalšími jsou: stupeň závislosti, kvalita osobnosti jedince, kvalita jeho okolí včetně sociálního), které rozhodují o úspěšnosti léčby.“

Prochaska a Di Clemente (In Dobiášová, 2003) popsali v 90. letech model pěti stádií motivace k léčbě závislosti.

1. stádium – precontemplation (předchází uvažování o změně), kdy klient chce pokračovat v užívání drog. Nevnímá užívání drog jako problém a není motivován k abstinenci. V tomto stádiu je vhodné během terapeutického rozhovoru vyvolat pochybnosti o návykovém chování, upozornit na možná rizika užívání návykových látek a nabízet služby minimalizující rizika jejich užívání.

2. stádium - contemplation (uvažování o možnosti změny), kdy zisky a ztráty způsobené abusem drog jsou pro klienta v rovnováze. Oproti prvnímu stádiu se u klienta vyskytují obtíže, které je schopn dát do souvislosti s abusem drog. U klienta se již vyskytují pochybnosti o správnosti užívání drog. Klient se změnou váhá. V tomto stádiu se postupuje stejně, jako v první fázi. Terapeutickém rozhovoru je žádoucí posilování sebedůvěry a motivace k drobným změnám.

3. stádium - determination (rozhodování, připravenost k akci), kdy vlivem zhoršení situace klienta převládají ztráty. Klient reálně uvažuje o změně. S pomocí terapeuta jsou schopni aktivně se podílet na vytáření následných cílů a strategií k dosažení abstinence. Uskutečňují rozhodnutí vedoucí k abstinenci. V tomto stádiu, které též nazýváme „stádium odhodlání“, jsou klienti ochotni započít léčbu.

4. stádium – action (akce, pokus o změnu), kdy klient pocítí potřebu změny ve smyslu navození aktivit vedoucích k léčbě. Dochází zde k jednání, kterým klientovi pomáháme zrealizovat pozitivní změnu.

5. stádium – maintenance (udržení plánu), Klient se vrací do běžného života, ve kterém se mohou vyskytovat ohrožující činitele, které by mohly ohrozit klientovu abstinenci. Proto jsou zde využívány strategie k prevenci relapsu, např. soustavné doléčování, preventivní chování a zdravý životní styl.

K relapsu (selhání, návratu k předchozímu, původnímu) může dojít v každé fázi tohoto procesu.

5 PREVENCE DUŠEVNÍCH PORUCH VYVOLANÝCH ABUSEM PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK

Důležité bývá snižování poptávky i dostupnosti. Všeobecná prevence zahrnuje např. interaktivní programy pracující s motivací a nácvikem dovedností ve školním prostředí a prevenci v rodině. Podstatná bývá také krátká intervence pro počínající problémy a léčba.

Mezi nejčastější doporučení patří oslabování působení rizikových činitelů, posilování činitelů ochranných a podpůrných. Ochranné činitele chrání před rizikovými faktory a podpůrné činitele posilují nespecifickou odolnost. Řada vlivů, např. dobré rodinné prostředí, působí na obou rovinách. Preventivní strategie můžeme dělit dle prostředí, ve kterém jsou poskytovány, do následujících skupin (Spoth a spol., In: Nešpor 2010):

1. Programy cílené na rodiny. Tyto programy se často týkají dětí předškolního nebo mladšího školního věku. Existuje jejich velké množství. Efektivitu u dětí předškolního věku je složité zjišťovat, takto orientované programy pro starší děti jsou velmi často účinné.

2. Programy ve školním prostředí ve smyslu peer programů uskutečňovaných vrstevníky.

3. Programy působící na více rovinách, kdy je prevence koordinovaná a souběžně působí na více rovinách, tzn. na úrovni rodiny, místního společenství, školy, legislativy atd. Tyto programy bývají efektivní, ale jejich vytváření není snadné.

4. Intervence na úrovni policie, soudů a v dalších specifických prostředích. Sem patří např. prosazování zákazu prodeje alkoholu nezletilým nebo krátká intervence, která využívá posilování pozitivní motivace u dospívajících.

Prevence by měla brát v úvahu vývojové stadium dítěte. U menších dětí je prevence konkrétní, jednoduchá, direktivní a do značné míry nespecifická. Dle Nešpora (2010) ji

lze propojit s prevencí úrazů, otrav, opatrností vůči neznámým lidem. V pozdějším věku se stává prevence cílenější, je zaměřena zejména na alkohol a nabízí širší paletu lepších alternativ k návykovému chování. Získávají také na významu interaktivní programy. Ty často zahrnují nácvik sociálních dovedností. V dospívání jsou velmi důležití vrstevníci, je proto výhodné využívat jejich pozitivního vlivu.

Prevenci rozdělujeme dle cílové populace na všeobecnou, která je určena celé populaci, selektivní (pro zvláště ohrožené) a indikovanou (pro ty, kdo už alkohol zneužívají).

Všeobecná prevence pro celou populaci

- Zahrnuje omezování dostupnosti alkoholu v domácnosti.
- I předškoláci rozpoznají u rodičů ovlivnění alkoholem (Zucker a spol., In Nešpor, 2010), proto je prospěšné, jestliže se chovají rodiče ve vztahu k alkoholu zdrženlivě.
- Z hlediska prevence je výhodné, jestliže je rodinné prostředí vřelé, rodiče ale zároveň prosazují rozumná pravidla a umějí řešit vlastní problémy.
- České děti jsou masivně vystavovány reklamě alkoholu. Její negativní vliv může do jisté míry oslabit výchova k mediální gramotnosti. Omezení reklamy alkoholu např. na vysílací časy, kdy nesledují televizi děti, by bylo ovšem velmi žádoucí.
- Prevence ve školním prostředí zahrnuje kromě omezování dostupnosti i zmiňovaný nácvik sociálních dovedností a jiných relevantních dovedností. Programy by měly být systematické, dlouhodobé a měly by zahrnovat i spolupráci s rodiči nebo širším okolím. Prevenci problémů působených alkoholem se do značné míry překrývá s prevencí kouření tabáku a zneužívání drog. Často se využívají podobné postupy, většina kvalitních programů proto integruje prevenci různých návykových rizik.

- Na celospolečenské úrovni je výhodné, jestliže jsou alkoholické nápoje pro děti a dospívající obtížně dostupné a drahé. V této souvislosti se hovoří o ceně spojené s opatřováním (tj. finanční náklady za alkohol plus čas a námaha spojené s jeho opatřováním).

Specifika krátké intervence a léčby

Už před lety shrnuli Friedman a Glickman (In: Nešpor, 2010) charakteristiky účinných programů pro dospívající. V ambulantní terapii sem patří léčba většího počtu klientů, speciální vzdělávání pro neprospívající, dostatečný rozpočet, specializované poradenství, týkající se rizikových oblastí a krizová intervence, gestalt terapie, muzikoterapie a arteterapie nebo kognitivně-behaviorální terapie a práce s motivací. Pro rezidenční léčbu to byli dobrovolníci v přímém kontaktu s klienty, relaxační techniky a pomoc při řešení životních problémů.

Nověji identifikovali Deas a Clark (In: Nešpor, 2010) následující postupy, u kterých bylo možné doložit efektivitu.

- Intervence zaměřená na rodinu a širší okolí dospívajícího.
- Posilování pozitivní motivace. Tento postup se používá i jako krátká intervence u problémově pijících dospívajících.
- Behaviorální terapie. Využívá identifikaci rizikových situací (spouštěčů) a nevýhodných vzorců chování, dále pak nácvik vhodných alternativ k nim. S tím souvisí i trénink sociálních dovedností a dovedností sebeovlivnění, jakou jsou relaxační techniky, které již byly popsány výše.
- Kognitivně-behaviorální terapie. Při ní se kromě výše uvedeného klade důraz i na pochopení faktorů a situací, které předcházejí návykovému chování. Dospívající se také učí předvídat následky určitých rozhodnutí a vybírat z nich ta, která jsou výhodná.

- Užitečná může být i účast na setkáních Anonymních alkoholiků souběžné s profesionální léčbou (Kelly a Myers, 2007)

- Farmakoterapie. Farmakoterapie má pozitivní efekt např. u dospívajících s duální diagnózou, tj. např. u závislým na alkoholu v kombinaci s bipolární afektivní poruchou.

PRAKTICKÁ ČÁST

6 POPIS VÝZKUMU

6.1 CÍL VÝZKUMU A STANOVENÍ PRACOVNÍCH HYPOTÉZ

Cílem výzkumu je zmapování postojů pracovníků v pomáhajících profesích na oddělení pro léčbu závislostí k současným trendům v léčbě duševních poruch způsobených užíváním psychoaktivních látek, a to v regionu Praha a též na jejich pracovišti.

Výzkumná otázka č. 1:

Považují pracovníci zaměstnaní na oddělení pro léčbu závislostí v Psychiatrické léčebně Bohnice kapacitu zařízení poskytujících ambulantní služby drogově závislým klientům v regionu Praha dostačující?

Hypotéza č. 1

Kapacitu služeb nabízejících ambulantní péči v regionu Praha považuje personál oddělení pro léčbu závislostí za nedostačující.

Výzkumná otázka č. 2 :

Považují pracovníci zaměstnaní na oddělení pro léčbu závislostí v Psychiatrické léčebně Bohnice kapacitu zařízení poskytujících rezidenční služby drogově závislým klientům v regionu Praha za dostačující?

Hypotéza č. 2

Kapacitu služeb nabízejících rezidenční péči v regionu Praha považuje personál oddělení pro léčbu závislostí za nedostačující.

Výzkumná otázka č. 3 :

Považují pracovníci zaměstnaní na oddělení pro léčbu závislostí v Psychiatrické léčebně Bohnice kapacitu zařízení poskytující služby následné péče drogově závislým klientům v regionu Praha za dostačující?

Hypotéza č. 3

Kapacitu služeb nabízejících následnou péči v regionu Praha vnímá personál oddělení pro léčbu závislostí jako nedostačující.

Výzkumná otázka č. 4

Je léčebné kontinuum ve smyslu návaznosti ambulantní, rezidenční a následné péče nezbytným faktorem pro úspěšnost duševních poruch vyvolaných účinky psychoaktivních látek?

Hypotéza č. 4

Léčebné kontinuum je faktorem nezbytným pro úspěšnost léčby duševních poruch vyvolaných účinky psychoaktivních látek.

Výzkumná otázka č. 5

Jsou dostatečně saturovány potřeby klientů a personálu na detoxifikačních jednotkách v Psychiatrické nemocnici Bohnice? Ve kterých oblastech vidí pracovníci v pomáhajících profesích možnost vedoucí k zefektivnění péče?

Hypotéza č. 5

Potřeby klientů a personálu na detoxifikačních jednotkách nejsou dostatečně saturovány, a to převážně v oblasti materiální a technické a v oblasti zajištění bezpečí.

6.2 METODIKA VÝZKUMU

K výzkumu bylo využito dotazníkového šetření. Dotazník se sestává ze tří částí.

V první části, označené písmenem A, se otázky týkají oblasti ambulantní léčby, tzn. AT poraden, svépomocných skupin, denních stacionářů ve smyslu postojů respondentů k dostatečnosti kapacit.

Ve druhé části, označené písmenem B, jsou kladeny otázky týkající se kvality poskytované péče rezidenční léčby, tzn. na detoxifikačních jednotkách, lůžkových psychiatrických odděleních a v terapeutických komunitách. Zde je zjišťováno, zda respondenti považují kapacity rezidenční péče za dostatečné a jakým způsobem lze zkvalitnit péči o klienty podstupující rezidenční léčbu.

Třetí část dotazníku, označená písmenem C, zjišťuje, jak respondenti vnímají problematiku následné léčby, tzn. doléčovacích programů a sociální rehabilitace ve smyslu dostatečnosti kapacit.

Část B, tedy část týkající se poskytování rezidenční péče, je zaměřena kromě kvantity i na kvalitu, a to proto, že výzkum probíhal na odděleních, kde je poskytována především péče rezidenční. Péče ambulantní i následná je zde poskytována též, ale jen v omezené formě.

Dotazník je doplněn identifikačními údaji pro kvalitnější statistické zpracování.

6.3 POPIS PROSTŘEDÍ

Výzkumné šetření bylo realizováno v průběhu měsíce dubna 2015 v Psychiatrické nemocnici Bohnice, a to na dvou primariátech. Primariát „Závislosti – muži“ se zabývá léčbu závislostí na psychoaktivních látkách včetně alkoholu u mužů a sestává se ze tří pavilónů, a to pavilonu 31, 35 a 18. Primariát „Závislosti - ženy“ se zabývá léčbou závislosti na psychoaktivních látkách u žen a sestává se ze dvou pavilónů, a to pavilonu 8 a 7.

Na pavilonech 31 a 8 se nachází detoxifikační jednotka, kam jsou umisťováni klienti v akutním dekompenzovaném psychickém i somatickém stavu. V přízemí pavilónu se režimové oddělení následné psychoterapeutické péče, určené pro klienty ve stabilizovaném psychickém a somatickém stavu, se nachází v přízemí obou pavilónů. Většina klientů detoxifikační jednotky i režimového oddělení není ještě dostatečně motivována k léčbě závislosti. Terapeutický tým pracuje s pacienty na obou odděleních.

Na dalších třech pavilónech, a to pavilónu 7, 18 a 35, se nacházejí režimová oddělení následné psychoterapeutické péče. Klienti jsou zde ve většině případů motivováni k léčbě závislosti. Terapeutický tým nepřichází běžně do kontaktu s klienty v akutním dekompenzovaném somatickém a psychickém stavu. Na odděleních následné péče je denní program strukturovaný, probíhají zde skupinové i individuální psychoterapie, komunitní setkávání, arteterapie, biblioterapie, pracovní terapie, tělesná cvičení, autogenní trénink, jógová cvičení, atd. Probíhá zde terapeutický klub a doléčovací klub.

6.4 POPIS VZORKU RESPONDENTŮ

Po dohodě s řídicími pracovníky bylo rozdáno na pěti odděleních pro léčbu závislostí celkem 105 kusů dotazníků, což odpovídá personálnímu složení tohoto segmentu. Řádně vyplněných dotazníků bylo 81, návratnost tedy činila 77,1 %, což odpovídá kritériím pro validitu dotazníkového šetření. U respondentů byly zjišťovány následující sociologické údaje: věk, pohlaví, pracovní zařazení, nejvyšší dosažené zdravotnické vzdělání, celkové nejvyšší dosažené vzdělání, délka zaměstnání na psychiatrii a též, zda si v současné době zvyšují studiem svou kvalifikaci.

Věk respondentů

Přesný údaj o věku nebyl v dotazníku požadován z důvodu zachování anonymity, rozdělen byl však na 5 skupin dle dekád. Věk respondentů se pohyboval v rozmezí 18

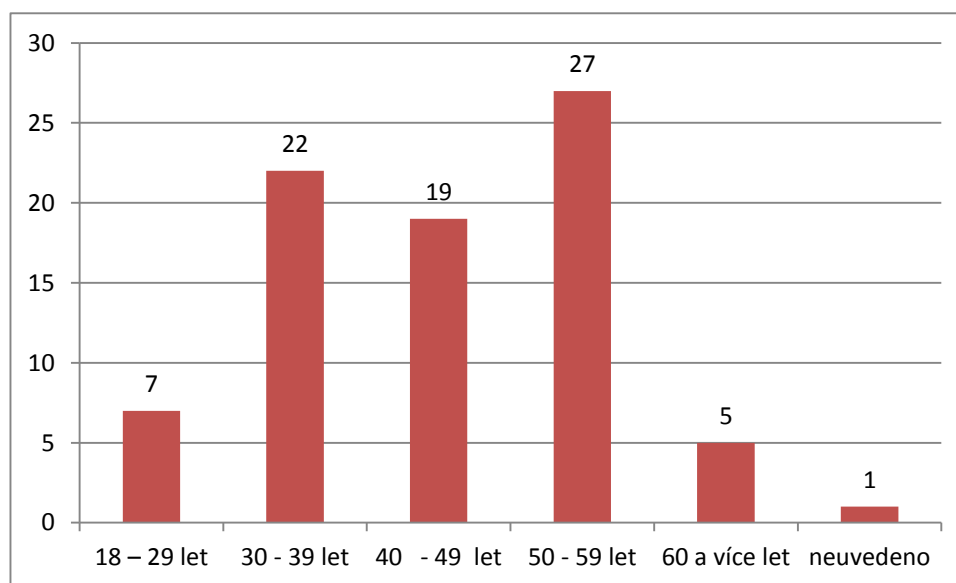
až 60 a více let. Nejčetněji zastoupenými skupinami byli zaměstnanci ve věku 50 – 59 let a 30 – 39 let, jak je patrné z následující tabulky a grafu.

Tabulka 1: Věkové rozložení respondentů

Věk respondentů	Počet respondentů (n)	Četnost (%)
18 – 29 let	7	8,64
30 – 39 let	22	27,16
40 – 49 let	19	23,46
50 – 59 let	27	33,33
60 a více let	5	6,18
Neuvedeno	1	1,23
<i>Celkem</i>	<i>81</i>	<i>100</i>

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 6: Věkové rozložení respondentů



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Pohlaví respondentů

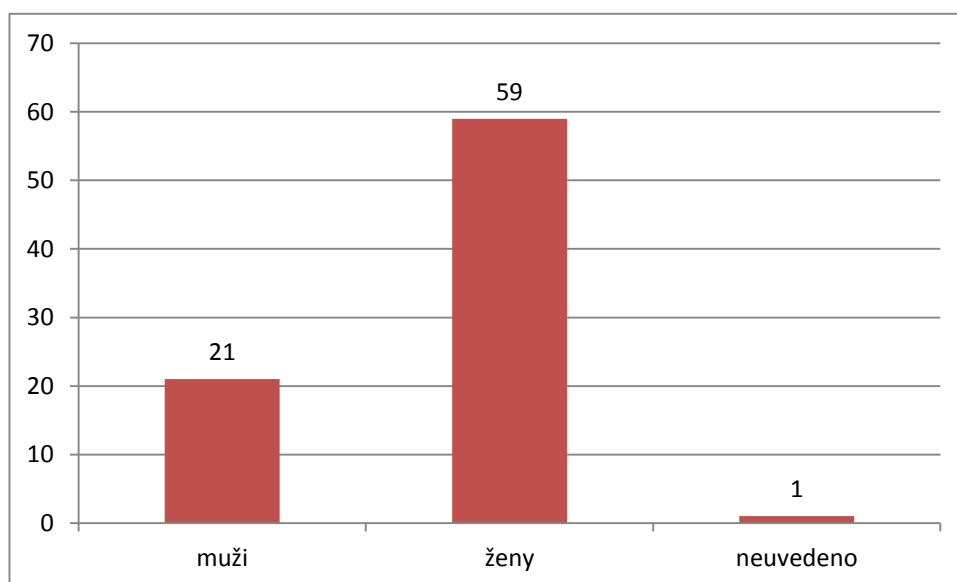
Následující tabulka a graf vyjadřují rozložení skupiny dle pohlaví. Dle očekávání byly většinou respondentů ženy – 72,84 %. Mužů bylo 25,93 %. Toto zjištění odpovídá tomu, že zdravotnictví je výrazně feminizované odvětví.

Tabulka 2: Pohlaví respondentů

Pohlaví	Počet respondentů (n)	Četnost (%)
Ženy	59	72,84
Muži	21	25,93
Neuvedeno	1	1,23
<i>Celkem</i>	<i>81</i>	<i>100</i>

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 7: Pohlaví respondentů



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Pracovní zařazení respondentů

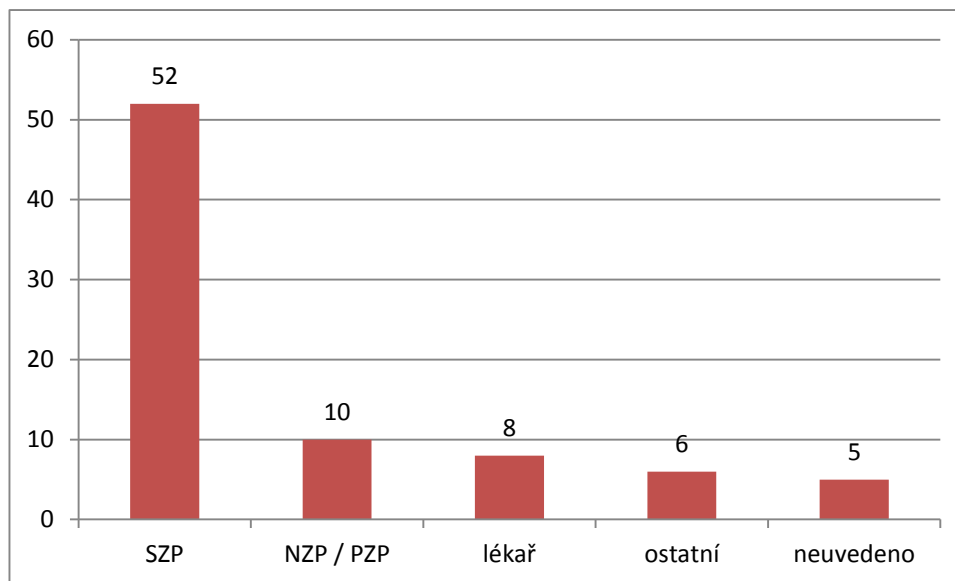
Dotazníky byly rozdány všem zaměstnancům oddělení pro léčbu závislostí na psychoaktivních látkách, zastoupeny byly všechny zaměstnanecké kategorie v pomáhajících profesích. Pracovní zařazení respondentů bylo rozděleno do čtyř skupin, z nichž nejčastěji byl zastoupen střední zdravotnický personál, a to v 64,2 %. Pět respondentů své pracovní zařazení neuvedlo. Poměr zastoupených kategorií zhruba odpovídá interním statistikám průběžně zveřejňovaných personálním oddělením Psychiatrické nemocnice Bohnice. Jednotlivé kategorie pracovního zařazení respondentů jsou znázorněny v následující tabulce a grafu.

Tabulka 3: Pracovní zařazení respondentů

Pracovní zařazení respondentů	Počet respondentů (n)	Četnost (%)
Střední zdravotnický personál	52	64,20
Nižší/Pomocný zdravotnický personál	10	12,34
Lékaři	8	9,87
Ostatní (adiktolog, psycholog, psychoterapeut)	6	7,4
Neuvedeno	5	6,19
<i>Celkem</i>	<i>81</i>	<i>100</i>

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 8: Pracovní zařazení respondentů



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Zdravotnické vzdělání respondentů

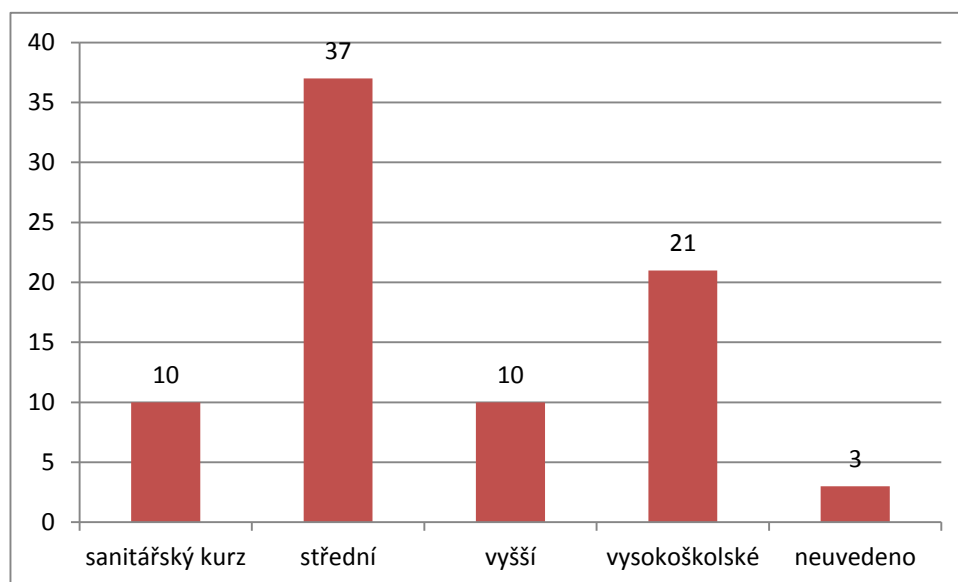
Zastoupeny byly všechny čtyři stupně zdravotnického vzdělání, 3 respondenti své zdravotnické vzdělání neuvedli. Nejčetněji zastoupeno bylo střední odborné vzdělání, a to ve 46,69 %, nejvyšším dosaženým vzděláním bylo vzdělání vysokoškolské, které reprezentuje 25,93 % vzorku, jak ukazuje následující tabulka a graf.

Tabulka 4: Zdravotnické vzdělání respondentů

Stupeň zdravotnického vzdělání	Počet respondentů (n)	Četnost (%)
Sanitářský kurz	10	12,34
Střední	37	45,69
Vyšší	10	12,34
Vysokoškolské	21	25,93
Neuvedeno	3	3,7
<i>Celkem</i>	<i>81</i>	<i>100</i>

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 9: Zdravotnické vzdělání respondentů



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Dosažené vzdělání respondentů

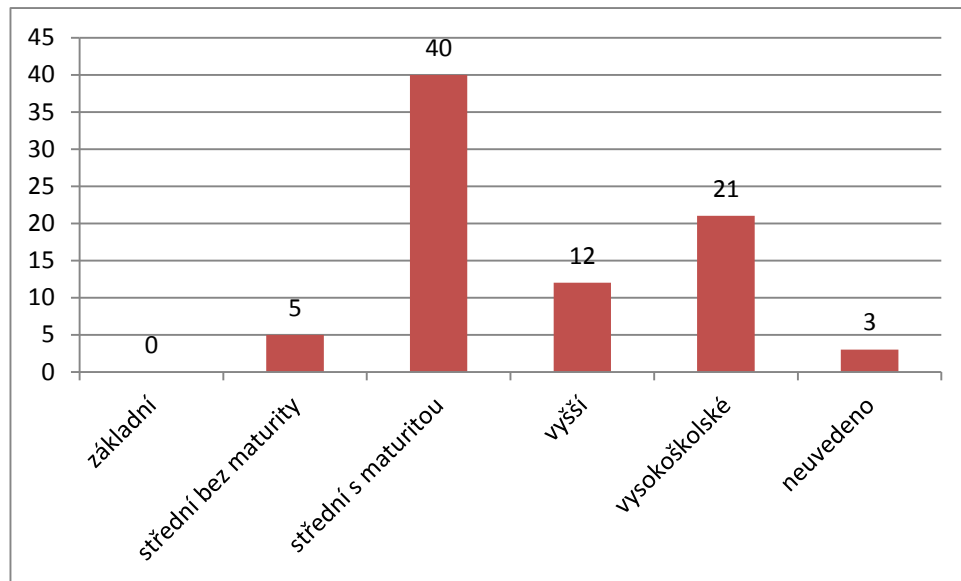
Jak je zřejmé z následující tabulky a grafu, ve vzorku respondentů byli zastoupeni pracovníci se všemi druhy vzdělání s výjimkou základního. Nejčastěji zde byla zastoupena skupina respondentů s dosaženým úplným středním odborným vzděláním s maturitou, a to ve 49,38 %.

Tabulka 5: Dosažené vzdělání respondentů

Dosažené vzdělání	Počet respondentů (n)	Četnost (%)
Základní	0	0
Střední bez maturity, vyučen	5	6,18
Střední s maturitou	40	49,38
Vyšší odborné	12	14,81
Vysokoškolské	21	25,93
Neuvedeno	3	3,7
<i>Celkem</i>	<i>81</i>	<i>100</i>

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 10: Dosažené vzdělání respondentů



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Délka zaměstnání na psychiatrii

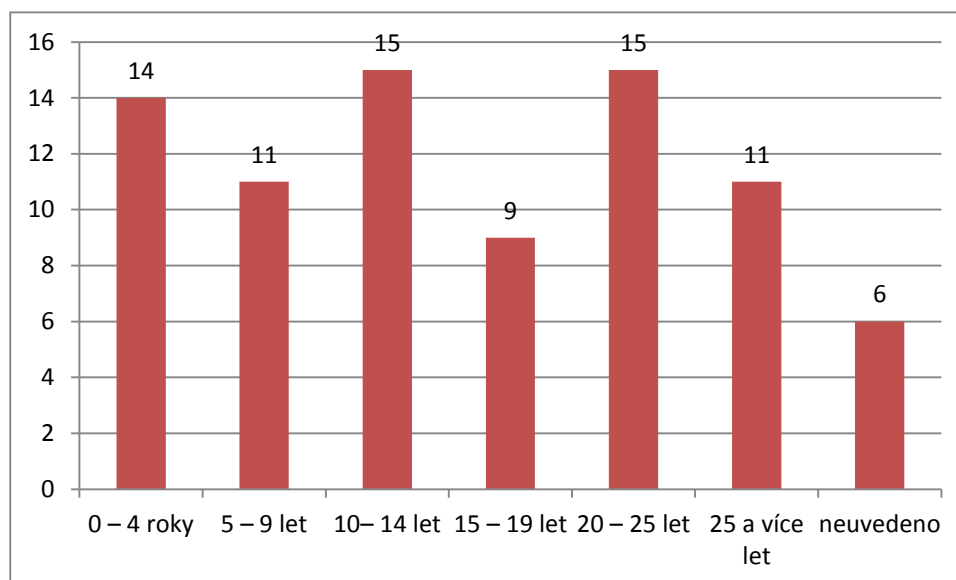
Délka zaměstnání respondentů na psychiatrii se pohybovala v rozmezí měsíců do 34 let. Nejčetněji byla zastoupena skupina, která uváděla délku zaměstnání na psychiatrii v rozmezí od 0 do 9 let, a to v 47,17 %. Následující tabulka a graf znázorňují rozložení skupiny respondentů dle délky jejich zaměstnání na psychiatrii.

Tabulka 6: Délka zaměstnání na psychiatrii

Délka zaměstnání na psychiatrii	Počet respondentů (n)	Četnost (%)
0 – 4 roky	14	17,29
5 – 9 let	11	13,58
10– 14 let	15	18,52
15 – 19 let	9	11,11
20 – 25 let	15	18,52
25 a více let	11	13,58
Neuvedeno	6	7,4
<i>Celkem</i>	<i>81</i>	<i>100</i>

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 11: Délka zaměstnání na psychiatrii



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Současné vzdělávání

Nadále se vzdělává 6 respondentů, což činí 7,4 % celého souboru. V oboru adiktologie se na vysoké škole vzdělávají dva respondenti, v oboru zdravotnický záchranář se na vysoké škole vzdělává 1 respondent, jeden respondent studuje ošetrovatelství na vysoké škole, na střední škole se vzdělávají dva budoucí zdravotničtí asistenti.

7 VÝSLEDKY VÝZKUMU

7.1 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Vyhodnocení otázky č. A1: Považujete za žádoucí rozšířit služby v ambulantní oblasti?

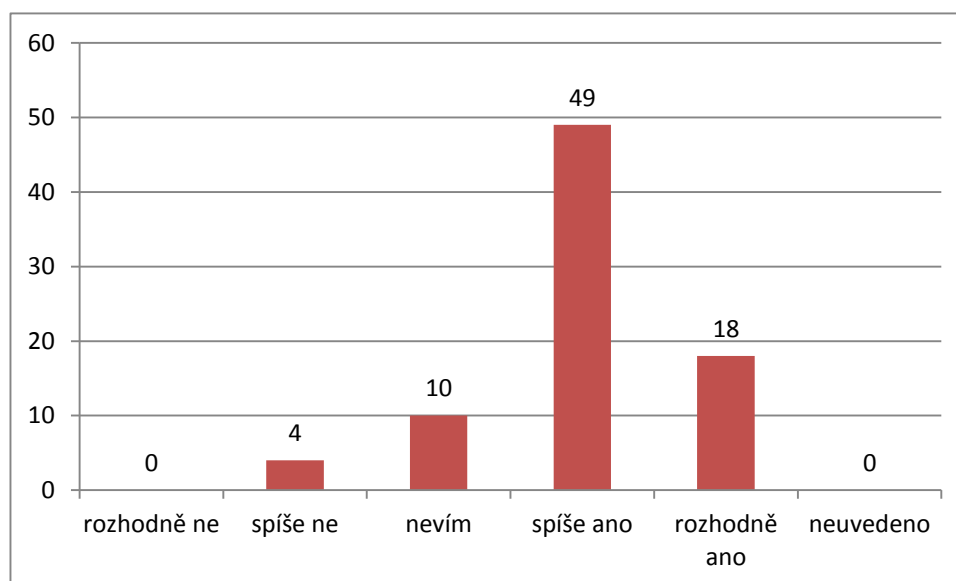
Na otázku, zda respondenti považují za žádoucí rozšířit služby v ambulantní oblasti, převážná část odpověděla kladně. Více než polovina respondentů odpověděla „*Spíše ano*“, a to v 60,5 % případů, druhou nejčetnější skupinou byla skupina respondentů odpovídajících „*Rozhodně ano*“, a to ve 22,2 %. Žádný respondent neodpověděl záporně, téměř 5 % respondentů odpovědělo „*Spíše ne*“. Odpovědi respondentů na tuto otázku jsou znázorněny v následující tabulce a grafu.

Tabulka 7: Považujete za žádoucí rozšířit služby v ambulantní oblasti?

	Počet respondentů (n)	Četnost (%)
Rozhodně ne	0	0
Spíše ne	4	4,94
Nevím	10	12,34
Spíše ano	49	60,5
Rozhodně ano	18	22,22
Neuvedeno	0	0
<i>Celkem</i>	<i>81</i>	<i>100</i>

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 12: Považujete za žádoucí rozšířit služby v ambulanci v oblasti?



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Vyhodnocení otázky č. A2: Domníváte se, že je ve Vašem regionu dostatečná síť AT poraden?

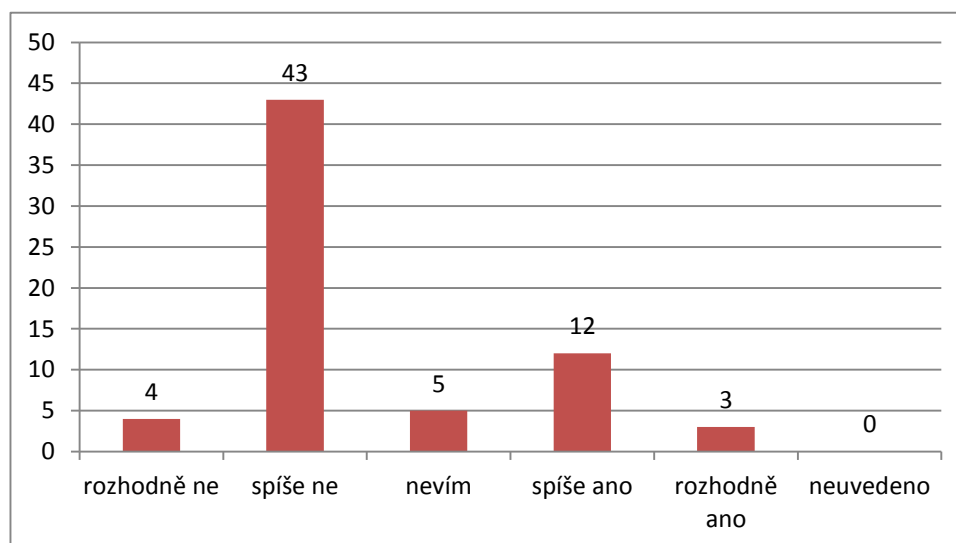
Na otázku, zda respondenti považují síť AT poraden v jejich regionu za dostatečnou, odpověděla převážná část respondentů záporně. Téměř 65 % respondentů odpověděla „Spíše ne“, dalších téměř 6 % respondentů odpovědělo „Rozhodně ne“. Jen více než 20% ji považuje za „Rozhodně“ či „Spíše dostatečnou“. Odpovědi na tuto otázku jsou znázorněny v následující tabulce a grafu.

Tabulka 8: Domníváte se, že je ve Vašem regionu dostatečná síť AT poraden?

	Počet respondentů (n)	Četnost (%)
Rozhodně ne	4	5,97
Spíše ne	43	64,18
Nevím	5	7,46
Spíše ano	12	17,92
Rozhodně ano	3	4,47
Neuvedeno	0	0
<i>Celkem</i>	<i>67</i>	<i>100</i>

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 13: Domníváte se, že je ve Vašem regionu dostatečná síť AT poraden?



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Vyhodnocení otázky č. A3: Domníváte se, že je ve Vašem regionu dostatečná síť svépomocných skupin pro závislé klienty?

Další otázka se věnovala problematice svépomocných skupin. Na otázku, zda respondenti považují síť svépomocných skupin ve svém regionu za dostatečnou, více než polovina respondentů odpověděla „*Spíše ne*“, a to v 56,7 %. Odpovědi „*Spíše ano*“

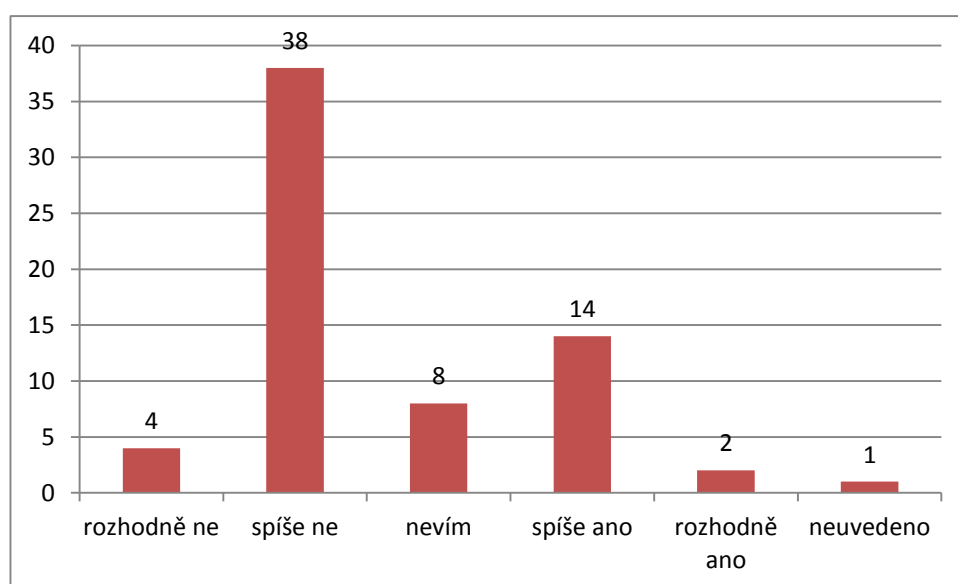
a „Rozhodně ano“ uvedlo jen téměř 24 % respondentů. Odpovědi respondentů na tuto otázku jsou znázorněny v následující tabulce a grafu.

Tabulka 9: Domníváte se, že je ve Vašem regionu dostatečná síť svépomocných skupin pro závislé klienty?

	Počet respondentů (n)	Četnost (%)
Rozhodně ne	4	5,97
Spíše ne	38	56,71
Nevím	8	11,95
Spíše ano	14	20,89
Rozhodně ano	2	2,99
Neuvedeno	1	2,99
<i>Celkem</i>	<i>67</i>	<i>100</i>

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 14: Domníváte se, že je ve Vašem regionu dostatečná síť svépomocných skupin pro závislé klienty?



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Vyhodnocení otázky č. A4: Domníváte se, že je ve Vašem regionu dostatečná síť denních stacionářů pro závislé klienty?

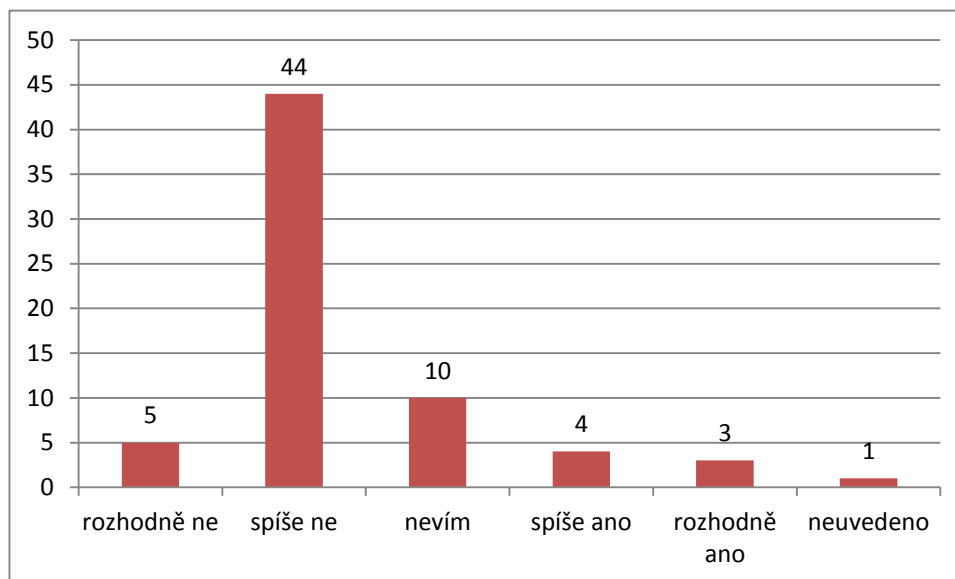
Na otázku, zda respondenti považují síť denních stacionářů ve svém regionu za dostatečnou, odpověděla převážná část respondentů „*Spíše ne*“, a to v 65,6 %. Dalších 7,5 % respondentů odpovědělo „*Rozhodně ne*“. Jen 10 % respondentů ji považuje za „*Spíše*“ či „*Rozhodně dostačující*“. Odpovědi respondentů na tuto otázku jsou znázorněny v následující tabulce a grafu.

Tabulka 10: Domníváte se, že je ve Vašem regionu dostatečná síť denních stacionářů pro závislé klienty?

	Počet respondentů (n)	Četnost (%)
Rozhodně ne	5	7,46
Spíše ne	44	65,68
Nevím	10	11,93
Spíše ano	4	5,97
Rozhodně ano	3	4,47
Neuvedeno	1	1,49
<i>Celkem</i>	<i>67</i>	<i>100</i>

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 15: Domníváte se, že je ve Vašem regionu dostatečná síť denních stacionářů pro závislé klienty?



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Vyhodnocení otázky č. B1: Považujete za žádoucí rozšířit síť detoxifikačních jednotek ve Vašem regionu?

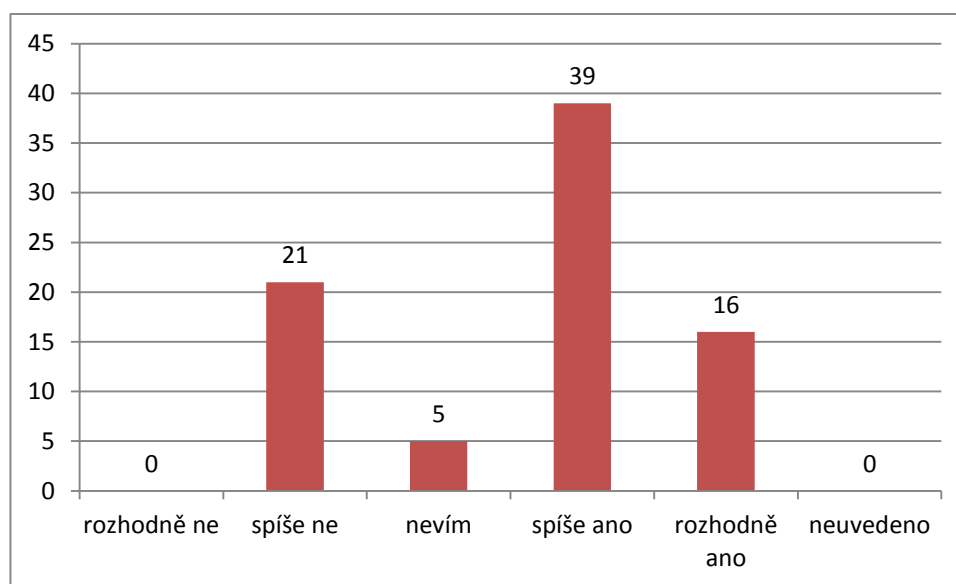
Na otázku, zda respondenti považují za žádoucí rozšířit síť detoxifikačních jednotek ve svém regionu, odpověděla téměř polovina respondentů „*Spíše ano*“, a to ve 48,15 %, dalších téměř 20% odpovědělo „*Rozhodně ano*“. Pouze 25,93 % rozšíření kapacity detoxifikačních jednotek za žádoucí spíše nepovažuje, žádný respondent neuvedl odpověď "Rozhodně ne". Odpovědi na tuto otázku jsou znázorněny v následující tabulce a grafu.

Tabulka 11: Považujete za žádoucí rozšířit síť detoxifikačních jednotek ve Vašem regionu?

	Počet respondentů (n)	Četnost (%)
Rozhodně ne	0	0
Spíše ne	21	25,93
Nevím	5	6,18
Spíše ano	39	48,15
Rozhodně ano	16	19,74
Neuvedeno	0	0
<i>Celkem</i>	<i>81</i>	<i>100</i>

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 16: Považujete za žádoucí rozšířit síť detoxifikačních jednotek ve Vašem regionu?



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Vyhodnocení otázky č. B2: Považujete kapacitu detoxifikační jednotky na Vašem primariátu za optimální?

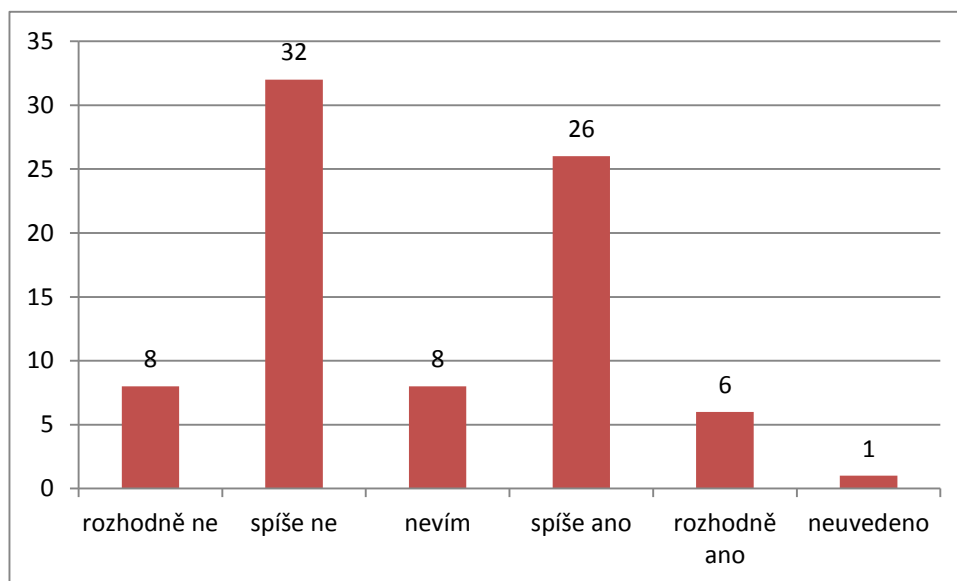
V odpovědích na otázku, zda považují respondenti kapacitu detoxifikační jednotky na svém primariátu za optimální, je statistický rozdíl v odpovědích jen nevýznamný. Odpovědi „Rozhodně ano“ a „Spíše ano“, uvedlo v součtu téměř 40 %, odpovědi „Spíše ne“ a „Rozhodně ne“ uvedlo v součtu 49 % respondentů. Odpovědi respondentů na tuto otázku jsou znázorněny v následující tabulce a grafu.

Tabulka 12: Považujete kapacitu detoxifikační jednotky na Vašem primariátu za optimální?

	Počet respondentů (n)	Četnost (%)
Rozhodně ne	8	9,87
Spíše ne	32	39,51
Nevím	8	9,87
Spíše ano	26	32,12
Rozhodně ano	6	7,4
Neuvedeno	1	1,23
<i>Celkem</i>	<i>81</i>	<i>100</i>

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 17: Považujete kapacitu detoxifikační jednotky na Vašem primariátu za optimální?



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Vyhodnocení otázky č. B3: Domníváte se, že je detoxifikační léčba bez návaznosti na následnou péči efektivní?

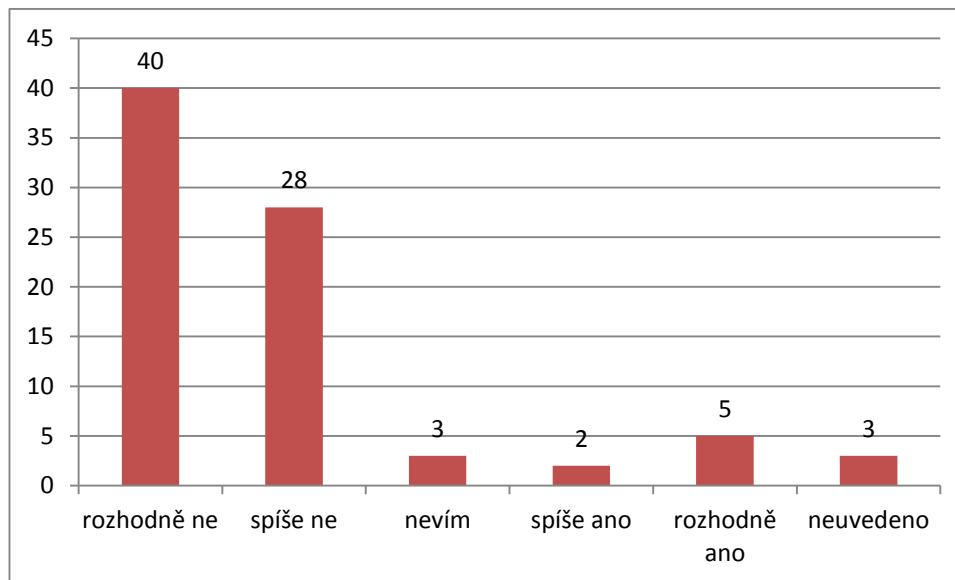
Na otázku, zda respondenti považují detoxifikační léčbu bez návaznosti na následnou péči za efektivní, odpověděla převážná část respondentů „Rozhodně ne“ a „Spíše ne“, a to v 84 %. Pouhých 8,6 % odpovědělo „Rozhodně ano“ a „Spíše ano“. Odpovědi respondentů na tuto otázku jsou znázorněny v následující tabulce a grafu.

Tabulka 13: Domníváte se, že je detoxifikační léčba bez návaznosti na následnou péči efektivní?

	Počet respondentů (n)	Četnost (%)
Rozhodně ne	40	49,38
Spíše ne	28	34,57
Nevím	3	3,7
Spíše ano	2	2,47
Rozhodně ano	5	6,18
Neuvedeno	3	3,7
<i>Celkem</i>	<i>81</i>	<i>100</i>

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 18: Domníváte se, že je detoxifikační léčba bez návaznosti na následnou péči efektivní?



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Vyhodnocení otázky č. B4 a) : Co by dle Vašeho názoru mohlo zkvalitnit péči o závislé klienty na detoxifikační jednotce na Vašem oddělení?

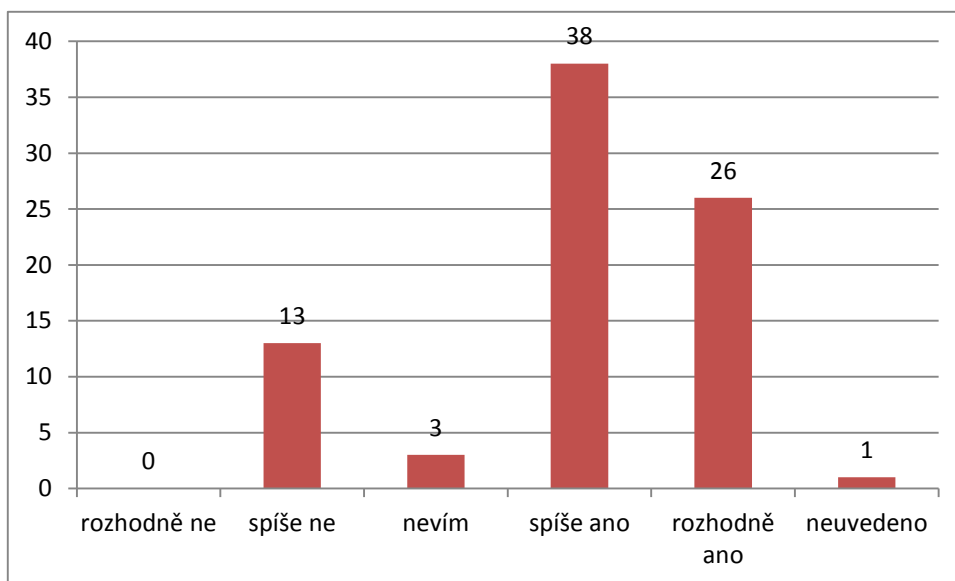
Na otázku, zda považují respondenti za žádoucí zvýšit personální obsazení, odpověděly téměř dvě třetiny respondentů kladně, a to odpovědí „*Rozhodně ano*“ ve 32,12 % a odpovědí „*Spíše ano*“ v téměř 47 %. Žádný respondent neodpověděl „*Rozhodně ne*“, 16 % respondentů odpovědělo „*Spíše ne*“. Odpovědi respondentů na tuto otázku jsou znázorněny v následující tabulce a grafu.

Tabulka 14: Personální obsazení ve smyslu zvýšení počtu ošetřujícího personal

	Počet respondentů (n)	Četnost (%)
Rozhodně ne	0	0
Spíše ne	13	16,04
Nevím	3	3,7
Spíše ano	38	46,91
Rozhodně ano	26	32,12
Neuvedeno	1	1,23
<i>Celkem</i>	<i>81</i>	<i>100</i>

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 19: Personální obsazení ve smyslu zvýšení počtu ošetřujícího personálu



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Vyhodnocení otázky B4b): Kvalitnější materiální a technické vybavení

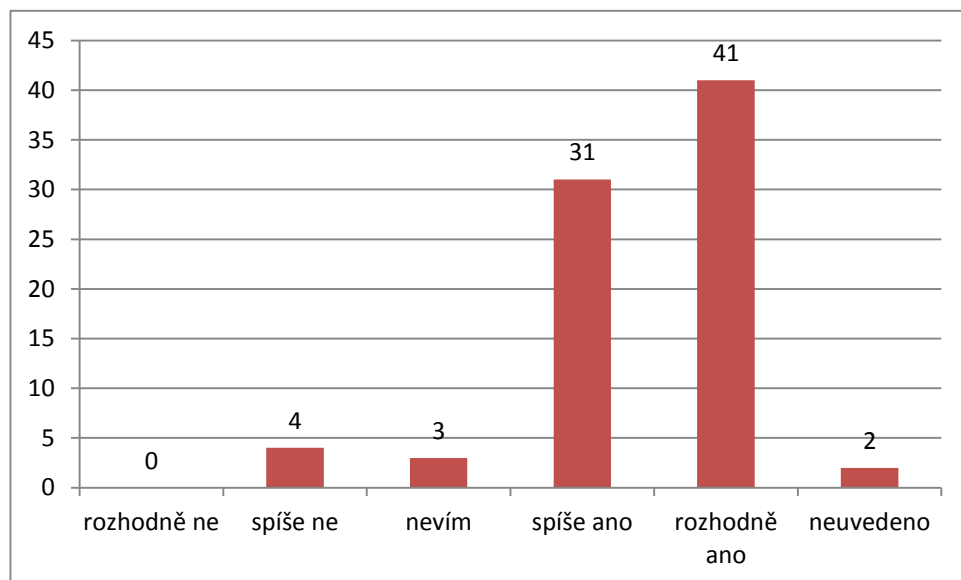
Na otázku, zda respondenti považují za žádoucí zkvalitnění materiálního a technického vybavení, odpovědělo 83,9 % respondentů kladně, a to odpovědí „Rozhodně ano“ v 50,6 % a odpovědí „Spíše ano“ v téměř 8 %. Žádný respondent neodpověděl „Rozhodně ne“, 5 % respondentů odpovědělo „Spíše ne“. Odpovědi respondentů na tuto otázku jsou znázorněny v následující tabulce a grafu.

Tabulka 15: Kvalitnější materiální a technické vybavení detoxifikační jednotky

	Počet respondentů (n)	Četnost (%)
Rozhodně ne	0	0
Spíše ne	4	4,94
Nevím	3	3,7
Spíše ano	31	38,3
Rozhodně ano	41	50,59
Neuvedeno	2	2,47
<i>Celkem</i>	<i>81</i>	<i>100</i>

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 20: Kvalitnější materiální a technické vybavení detoxifikační jednotky



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Vyhodnocení otázky B4c) Zefektivnění komunikace mezi jednotlivými profesemi.

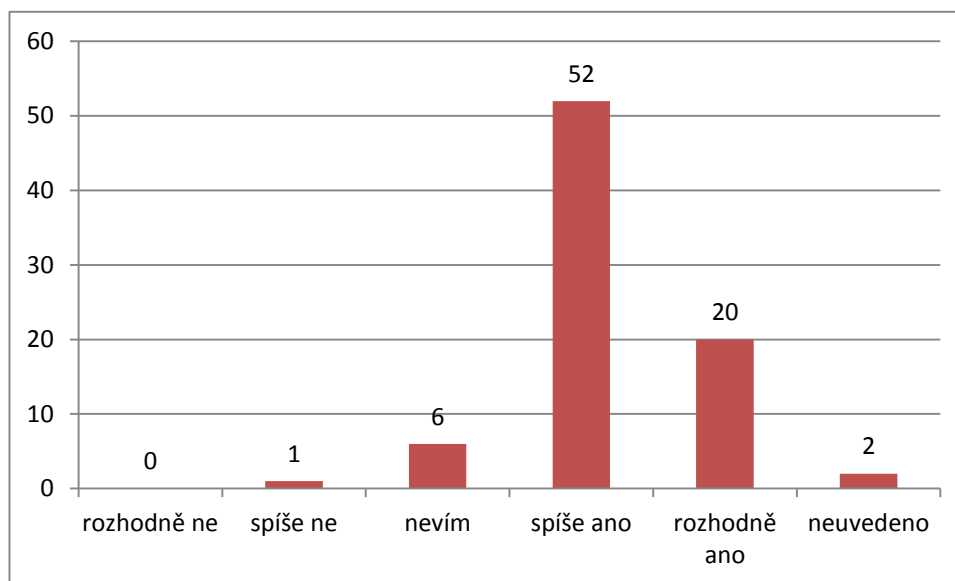
Zefektivnění komunikace napříč jednotlivými profesemi považuje za žádoucí téměř všichni respondenti. Součet odpovědí „Rozhodně ano“ a „Spíše ano“ tvořil 88% všech odpovědí, odpověď "Spíše ne" byla pouze 1, žádný respondent neodpověděl „Rozhodně ne“. Odpovědi respondentů na tuto otázku jsou znázorněny v následující tabulce a grafu.

Tabulka 16: Zefektivnění komunikace mezi jednotlivými profesemi

	Počet respondentů (n)	Četnost (%)
Rozhodně ne	0	0
Spíše ne	1	1,23
Nevím	6	7,4
Spíše ano	52	64,2
Rozhodně ano	20	24,7
Neuvedeno	2	2,47
<i>Celkem</i>	<i>81</i>	<i>100</i>

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 21: Zefektivnění komunikace mezi jednotlivými profesemi



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Vyhodnocení otázky B4d) Možnost odborného vzdělávání (přednášky, kurzy, apod.).

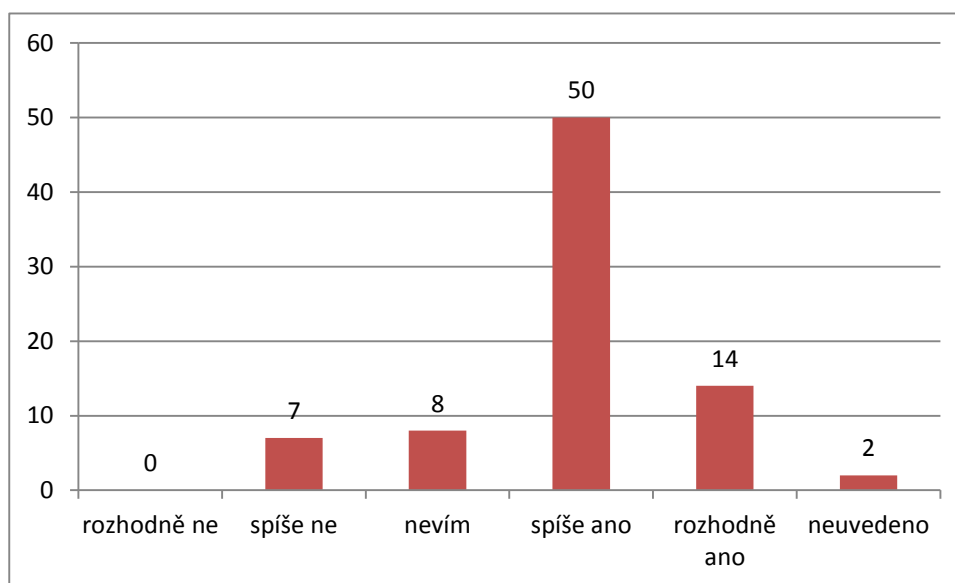
Možnost odborného vzdělávání považují za žádoucí a spíše žádoucí více než tři čtvrtiny respondentů, v součtu 80 %. Žádný z respondentů neodpověděl záporně, jen více než 8 % respondentů odpovědělo „Spíše ne“. Odpovědi respondentů na tuto otázku jsou znázorněny v následující tabulce a grafu.

Tabulka 17: Možnost odborného vzdělávání

	Počet respondentů (n)	Četnost (%)
Rozhodně ne	0	2
Spíše ne	7	8,64
Nevím	8	9,87
Spíše ano	50	61,73
Rozhodně ano	14	17,29
Neuvedeno	2	2,47
<i>Celkem</i>	<i>81</i>	<i>100</i>

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 22: Možnost odborného vzdělávání



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Vyhodnocení otázky B4 e): Zajištění bezpečí personálu.

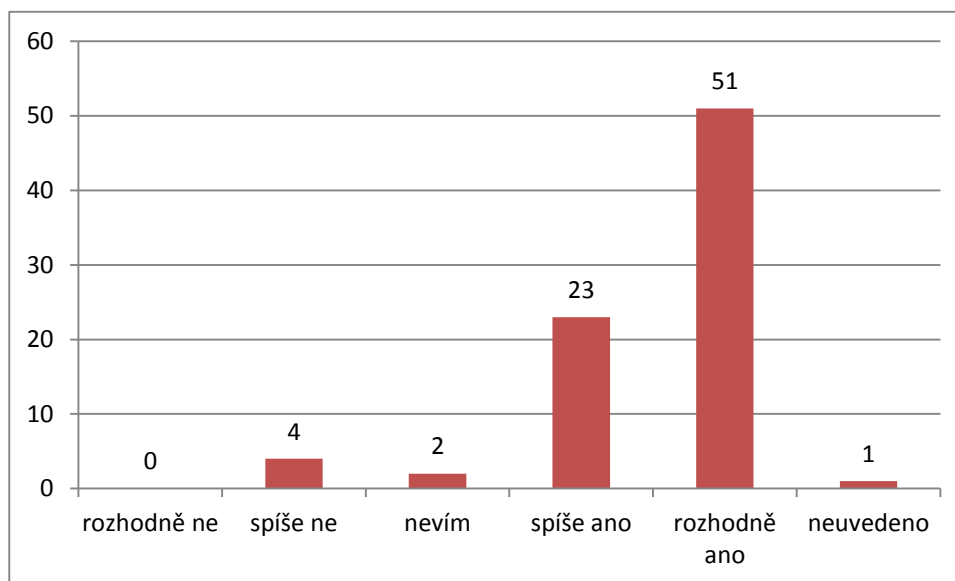
Na otázku, zda respondenti považují za žádoucí zajištění bezpečí personálu, tvořil součet odpovědí „*Rozhodně ano*“ a „*Spíše ano*“ 90 %. Jen 5 % respondentů odpovědělo „*Spíše ne*“, žádný z respondentů neodpověděl „*Rozhodně ne*“. Odpovědi respondentů na tuto otázku jsou znázorněny v následující tabulce a grafu.

Tabulka 18: Zajištění bezpečí personálu

	Počet respondentů (n)	Četnost (%)
Rozhodně ne	0	0
Spíše ne	4	4,94
Nevím	2	2,47
Spíše ano	23	28,4
Rozhodně ano	51	62,96
Neuvedeno	1	1,23
<i>Celkem</i>	<i>81</i>	<i>100</i>

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 23: Zajištění bezpečí personálu



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Následující tabulky a grafy znázorňují postoj respondentů k zefektivnění péče v oblasti střednědobé léčby na lůžkových odděleních Psychiatrické nemocnice Bohnice, kdy bylo hodnoceno celkem sedm metod léčby na těchto odděleních aplikovaných. Souhrnem odpovědí „Rozhodně ano“ a „Spíše ano“ na otázky týkající se jednotlivých metod léčby bylo zjištěno, že na prvním místě považují respondenti za žádoucí rozšíření péče v oblasti práce s rodinou (82,7 % respondentů), na druhém místě v oblasti léčebného režimu (72,8 %), na třetím místě v oblasti sociální rehabilitace a výchovy (69,2 %), na čtvrtém místě v oblasti volnočasových aktivit (68,0 %), na pátém místě by respondenti rozšířili péči v oblasti individuální terapie (65,4 %), na šestém místě péči v oblasti skupinové terapie (58,0 %) a na místě sedmém péči v oblasti farmakoterapie (16,67 % respondentů). Péči v oblasti farmakoterapie hodnotili pouze pracovníci zaměstnaní v lékařských profesích. Protože se však výzkumu zúčastnilo pouze osm lékařů, nemůže se tento výsledek považovat za relevantní.

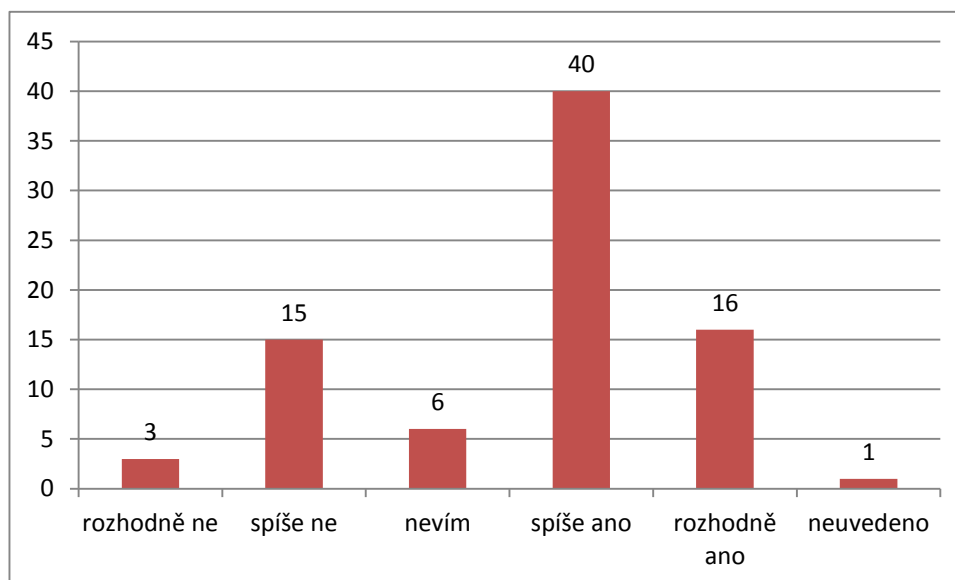
Vyhodnocení otázky č. B5: Považujete kapacitu Vašeho lůžkového oddělení (vyjma detoxifikační jednotky) za dostatečnou?

Tabulka 19: Považujete kapacitu Vašeho lůžkového oddělení (vyjma detoxifikační jednotky) za dostatečnou?

	Počet respondentů (n)	Četnost (%)
Rozhodně ne	3	3,7
Spíše ne	15	16,52
Nevím	6	7,4
Spíše ano	40	49,38
Rozhodně ano	16	19,74
Neuvedeno	1	1,23
<i>Celkem</i>	<i>81</i>	<i>100</i>

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 24: Považujete kapacitu Vašeho lůžkového oddělení (vyjma detoxifikační jednotky) za dostatečnou?



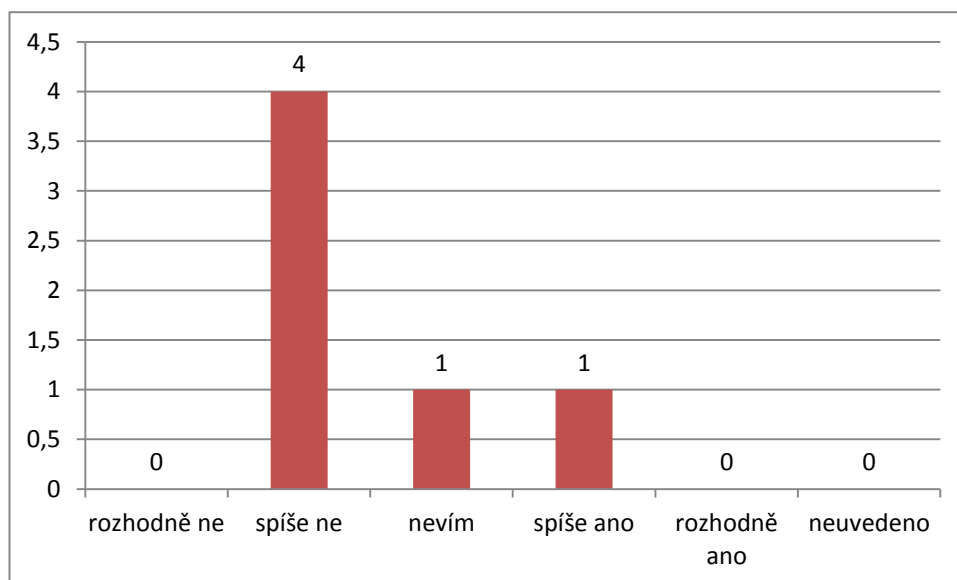
Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Tabulka 20: Domníváte se, že je třeba rozšíření péče v oblasti farmakoterapie?

	Počet respondentů (n)	Četnost (%)
Rozhodně ne	0	0
Spíše ne	4	66,66
Nevím	1	16,67
Spíše ano	1	16,67
Rozhodně ano	0	0
Neuvedeno	0	0
<i>Celkem</i>	<i>6</i>	<i>100</i>

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 25: Domníváte se, že je třeba rozšíření péče v oblasti farmakoterapie?



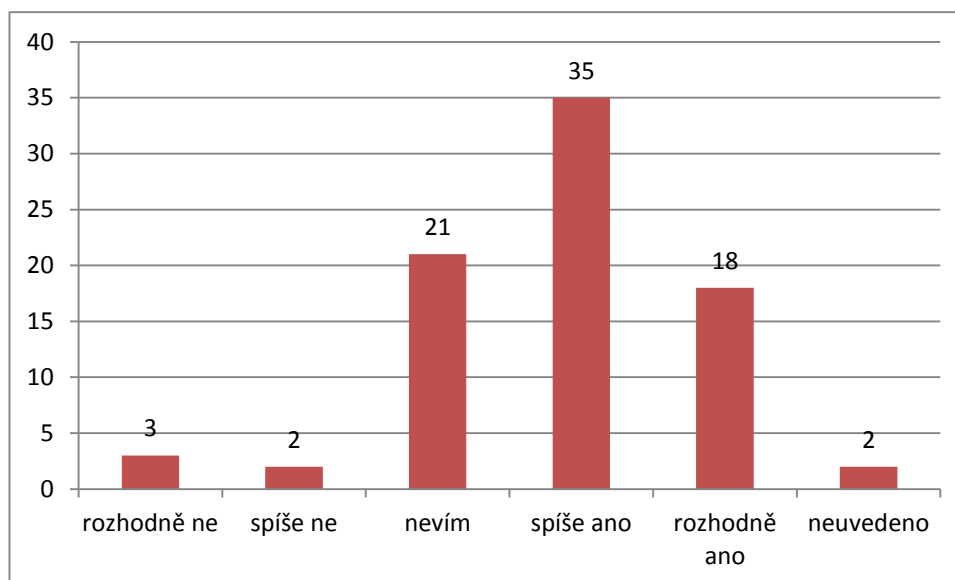
Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Tabulka 21: Domníváte se, že je třeba rozšíření péče v oblasti individuální terapie?

	Počet respondentů (n)	Četnost (%)
Rozhodně ne	3	3,7
Spíše ne	2	2,47
Nevím	21	25,93
Spíše ano	35	43,21
Rozhodně ano	18	22,22
Neuvedeno	2	2,47
<i>Celkem</i>	<i>81</i>	<i>100</i>

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 26: Domníváte se, že je třeba rozšíření péče v oblasti individuální terapie?



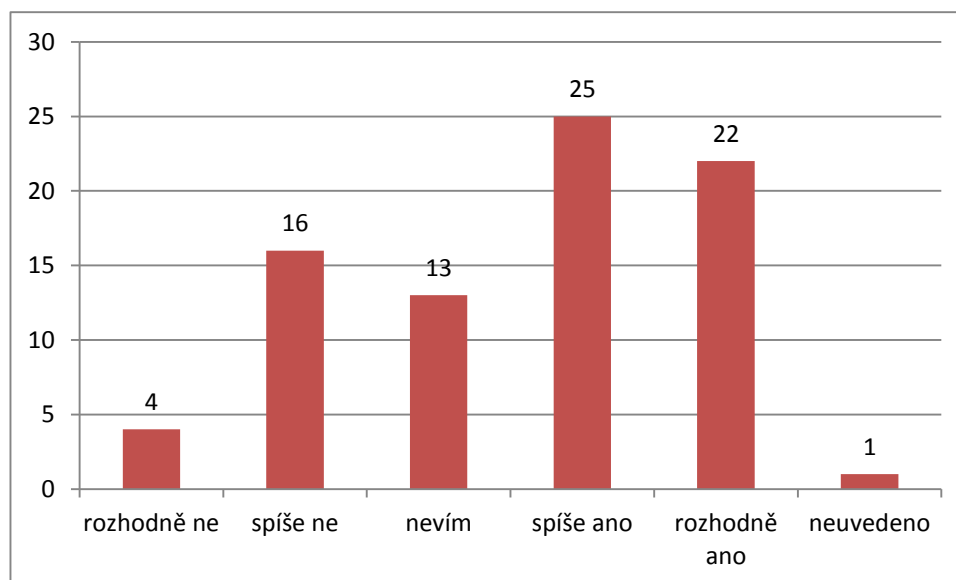
Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Tabulka 22: Domníváte se, že je třeba rozšíření péče v oblasti skupinové terapie?

	Počet respondentů (n)	Četnost (%)
Rozhodně ne	4	4,94
Spíše ne	16	19,74
Nevím	13	16,04
Spíše ano	25	30,89
Rozhodně ano	22	27,16
Neuvedeno	1	1,23
<i>Celkem</i>	<i>81</i>	<i>100</i>

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 27: Domníváte se, že je třeba rozšíření péče v oblasti skupinové terapie?



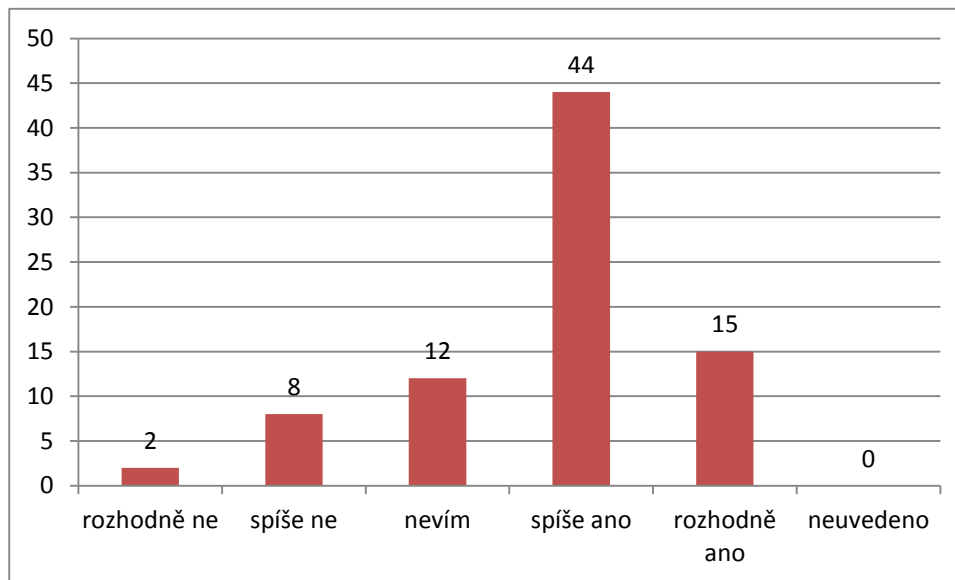
Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Tabulka 23: Domníváte se, že je třeba rozšíření péče v oblasti sociální rehabilitace a výchovy?

	Počet respondentů (n)	Četnost (%)
Rozhodně ne	2	2,47
Spíše ne	8	9,87
Nevím	12	14,81
Spíše ano	44	54,33
Rozhodně ano	15	18,52
Neuvedeno	0	0
<i>Celkem</i>	<i>81</i>	<i>100</i>

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 28: Domníváte se, že je třeba rozšíření péče v oblasti sociální rehabilitace a výchovy?



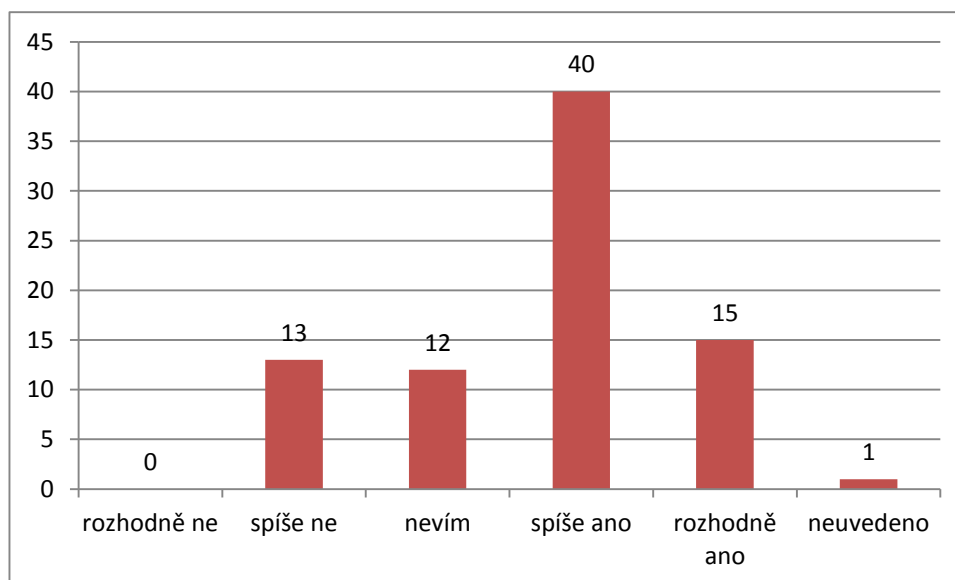
Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Tabulka 24: Domníváte se, že je třeba rozšíření péče v oblasti volnočasových aktivit?

	Počet respondentů (n)	Četnost (%)
Rozhodně ne	0	0
Spíše ne	13	16,04
Nevím	12	14,81
Spíše ano	40	49,38
Rozhodně ano	15	18,52
Neuvedeno	1	1,23
<i>Celkem</i>	<i>81</i>	<i>100</i>

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 29: Domníváte se, že je třeba rozšíření péče v oblasti volnočasových aktivit?



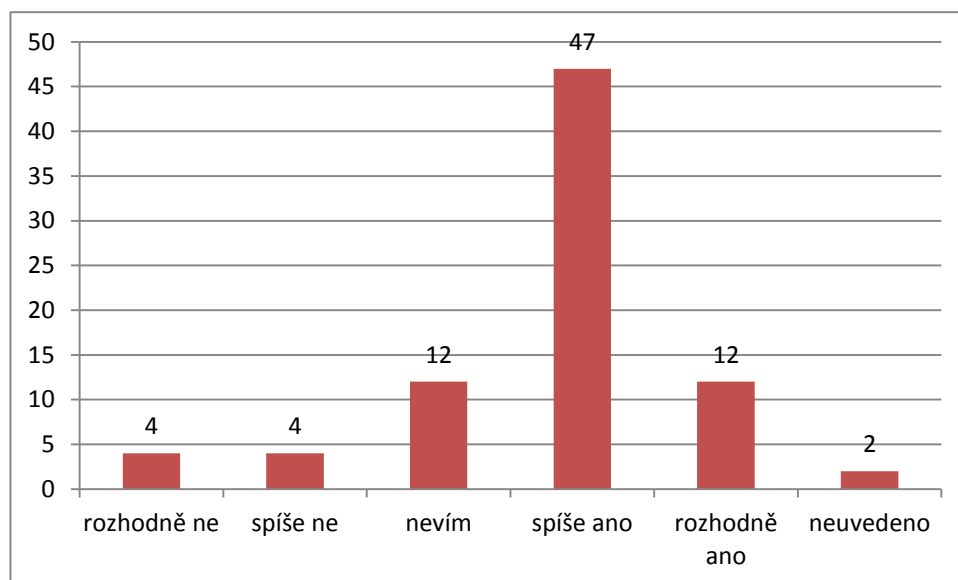
Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Tabulka 25: Domníváte se, že je třeba rozšíření péče v oblasti léčebného režimu?

	Počet respondentů (n)	Četnost (%)
Rozhodně ne	4	4,94
Spíše ne	4	4,94
Nevím	12	14,81
Spíše ano	47	58,03
Rozhodně ano	12	14,81
Neuvedeno	2	2,47
<i>Celkem</i>	<i>81</i>	<i>100</i>

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 30: Domníváte se, že je třeba rozšíření péče v oblasti léčebného režimu?



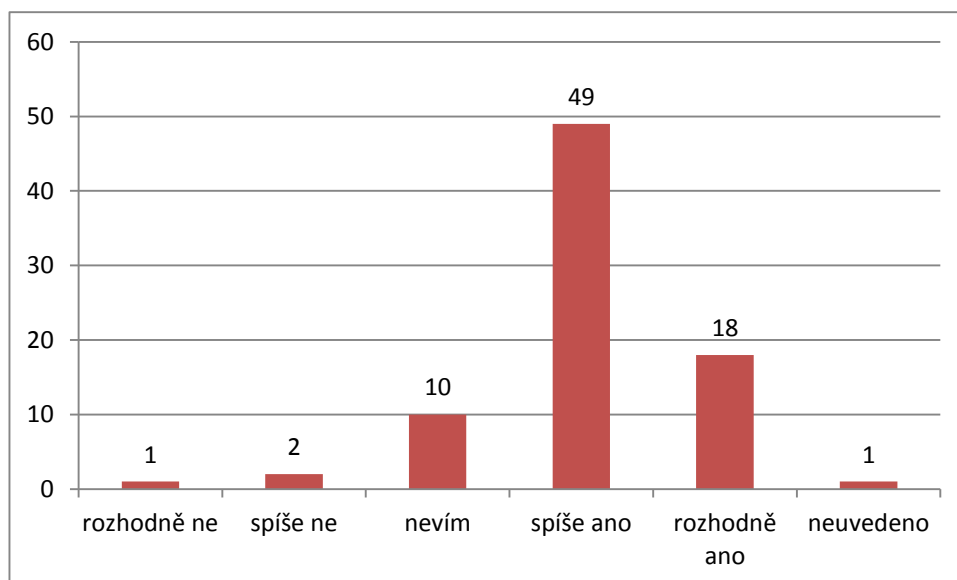
Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Tabulka 26: Domníváte se, že je třeba rozšíření péče v oblasti práce s rodinou?

	Počet respondentů (n)	Četnost (%)
Rozhodně ne	1	1,23
Spíše ne	2	2,47
Nevím	10	12,34
Spíše ano	49	60,51
Rozhodně ano	18	22,22
Neuvedeno	1	1,23
<i>Celkem</i>	<i>81</i>	<i>100</i>

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 31: Domníváte se, že je třeba rozšíření péče v oblasti práce s rodinou?



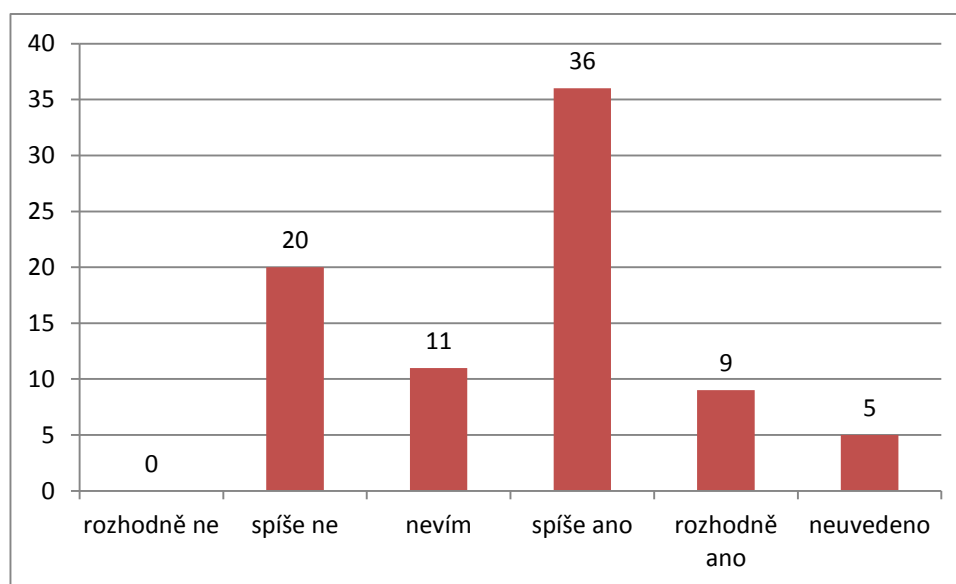
Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Tabulka 27: Domníváte se, že je třeba rozšíření péče v oblasti sociální práce?

	Počet respondentů (n)	Četnost (%)
Rozhodně ne	0	0
Spíše ne	20	24,7
Nevím	11	13,58
Spíše ano	36	44,44
Rozhodně ano	9	11,11
Neuvedeno	5	6,18
<i>Celkem</i>	<i>81</i>	<i>100</i>

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 32: Domníváte se, že je třeba rozšíření péče v oblasti sociální práce?



Vyhodnocení otázky č. C1: Považujete kapacity sociální rehabilitace ve smyslu následné léčby, jak byla výše popsána, v procesu léčby závislostí za dostatečné?

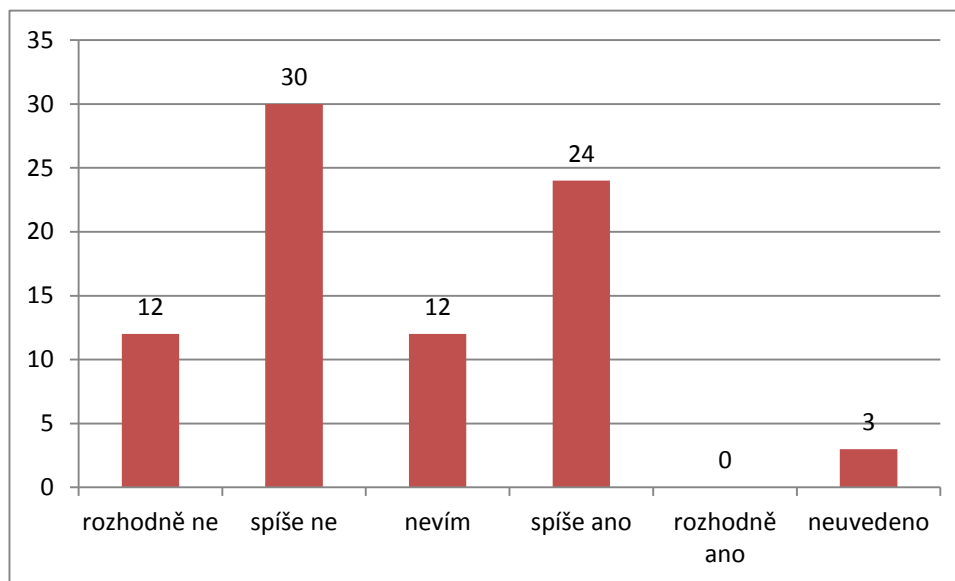
Na otázku, zda respondenti považují kapacity sociální rehabilitace za dostačující, činil součet procentuálního zastoupení odpovědí „Rozhodně ne“ a „Spíše ne“ 52 %, zastoupení skupiny „Spíše ano“ činilo 29,6 %. Žádný respondent neodpověděl „Rozhodně ano“. Odpovědi respondentů na tuto otázku jsou znázorněny v následující tabulce a grafu.

Tabulka 28: Považujete kapacity sociální rehabilitace ve smyslu následné léčby, jak byla výše popsána, v procesu léčby závislostí za dostatečné?

	Počet respondentů (n)	Četnost (%)
Rozhodně ne	12	14,81
Spíše ne	30	37,04
Nevím	12	14,81
Spíše ano	24	29,64
Rozhodně ano	0	0
Neuvedeno	3	3,7
<i>Celkem</i>	<i>81</i>	<i>100</i>

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 33: Považujete kapacity sociální rehabilitace ve smyslu následné léčby, jak byla výše popsána, v procesu léčby závislostí za dostatečné?



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Vyhodnocení otázky č. C C2: Jsou, dle Vašeho názoru, dobře zajištěny doléčovací programy (abstinenční kluby, KLUS, Anonymní Alkoholici, apod.) pro závislé jedince?

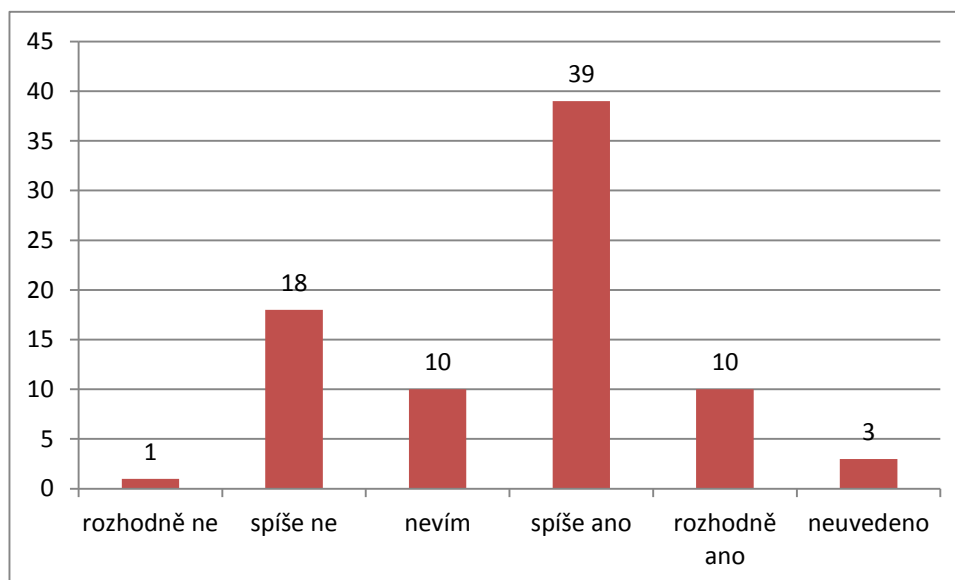
Převážná část respondentů hodnotí kapacitu doléčovacích programů jako dostatečnou. Součet odpovědí „Rozhodně ne“ a „Spíše ne“ na otázku, zda jsou dobře zajištěny doléčovací programy pro závislé klienty, tvořil 23,4 %. Součet odpovědí „Spíše ano“ a „Rozhodně ano“ činil 60,5 %. Odpovědi respondentů na tuto otázku jsou znázorněny v následující tabulce a grafu.

Tabulka 29: Jsou, dle Vašeho názoru, dobře zajištěny doléčovací programy (abstinenční kluby, KLUS, Anonymní Alkoholici, apod.) pro závislé jedince?

	Počet respondentů (n)	Četnost (%)
Rozhodně ne	1	1,23
Spíše ne	18	22,22
Nevím	10	12,34
Spíše ano	39	48,15
Rozhodně ano	10	12,34
Neuvedeno	3	3,7
<i>Celkem</i>	<i>81</i>	<i>100</i>

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 34: Jsou, dle Vašeho názoru, dobře zajištěny doléčovací programy (abstinenční kluby, KLUS, Anonymní Alkoholici, apod.) pro závislé jedince?



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Vyhodnocení otázky č. C3: Domníváte se, že je pro závislé klienty dostatečně zajištěna možnost chráněného bydlení?

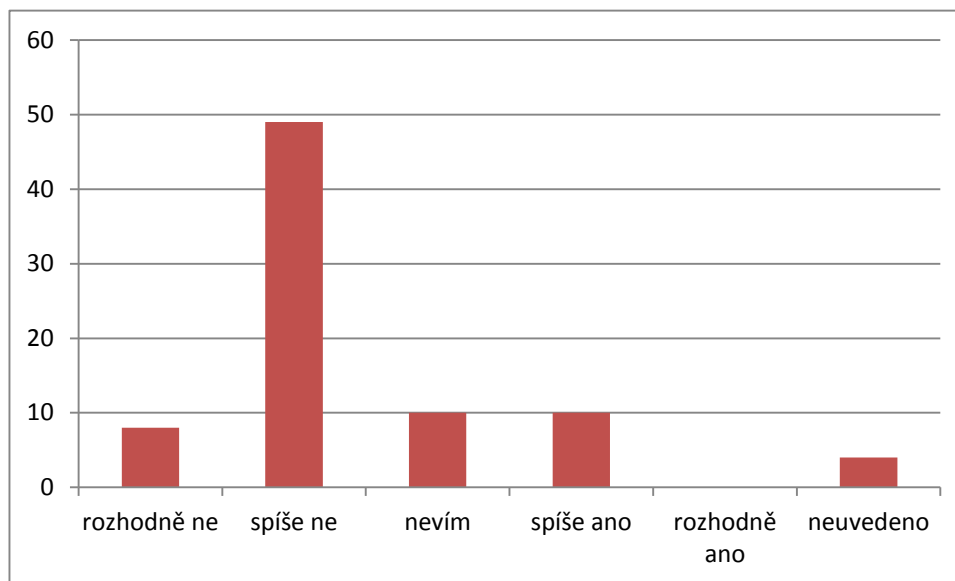
Převážná část respondentů hodnotí zajištění možnosti chráněného bydlení pro drogově závislé klienty jako nedostatečné. Součet odpovědí „Rozhodně ne“ a „Spíše ne“ na otázku, zda jsou dobře zajištěna možnost chráněného bydlení pro závislé klienty, tvořil 70,5 %. Pouhých 12,34 % respondentů na tuto otázku odpovědělo „Spíše ano“, žádný z respondentů neodpověděl „Rozhodně ano“. Odpovědi respondentů na tuto otázku jsou znázorněny v následující tabulce a grafu.

Tabulka 30: Domníváte se, že je pro závislé klienty dostatečně zajištěna možnost chráněného bydlení?

	Počet respondentů (n)	Četnost (%)
Rozhodně ne	8	9,97
Spíše ne	49	60,51
Nevím	10	12,34
Spíše ano	10	12,34
Rozhodně ano	0	0
Neuvedeno	4	4,94
<i>Celkem</i>	<i>81</i>	<i>100</i>

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 35: Domníváte se, že je pro závislé klienty dostatečně zajištěna možnost chráněného bydlení?



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Vyhodnocení otázky č. C4: Domníváte se, že je pro závislé klienty dostatečně zajištěna možnost chráněného zaměstnání?

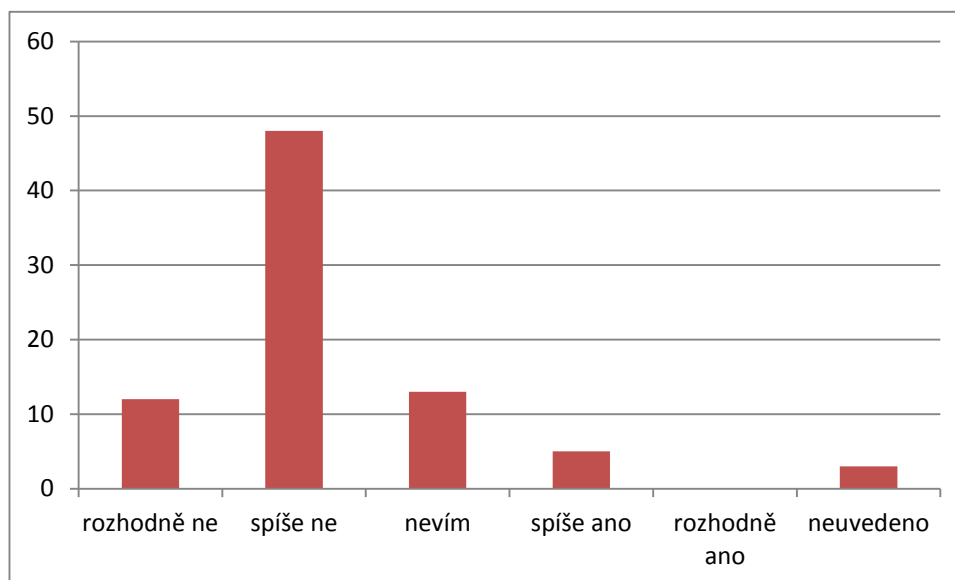
Převážná část respondentů hodnotí zajištění chráněného zaměstnání jako nedostatečné. Souhrn odpovědí „Rozhodně ne“ a „Spíše ne“ na otázku, zda je dobře zajištěna možnost chráněného zaměstnání pro závislé klienty, tvořil 74 %. Pouhá 6,1 % respondentů odpověděla „Spíše ne“, žádný z respondentů neodpověděl „Rozhodně ne“. Odpovědi respondentů na tuto otázku jsou znázorněny v následující tabulce a grafu.

Tabulka 31: Domníváte se, že je pro závislé klienty dostatečně zajištěna možnost chráněného zaměstnání?

	Počet respondentů (n)	Četnost (%)
Rozhodně ne	12	14,81
Spíše ne	48	59,27
Nevím	13	16,04
Spíše ano	5	6,18
Rozhodně ano	0	0
Neuvedeno	3	3,7
<i>Celkem</i>	<i>81</i>	<i>100</i>

Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

Graf 36: Domníváte se, že je pro závislé klienty dostatečně zajištěna možnost chráněného zaměstnání?



Zdroj: autorka práce (vlastní šetření)

7.2 OVĚŘENÍ HYPOTÉZ

Hypotéza č. 1

Kapacitu služeb nabízejících ambulantní péči v regionu Praha považuje personál oddělení pro léčbu závislostí za nedostačující.

Převážná část respondentů považuje za žádoucí rozšíření ambulantních služeb, sítě ambulantních AT poraden, svépomocných skupin i denních stacionářů pro klienty závislé na psychoaktivních látkách.

Hypotéza se potvrdila.

Hypotéza č. 2

Kapacitu služeb nabízejících rezidenční péči v regionu Praha považuje personál oddělení pro léčbu závislostí za nedostačující.

Ve všech hodnocených položkách, a to v kapacitách detoxifikačních jednotek v regionu Praha, detoxifikačních jednotek v Psychiatrické nemocnici Bohnice, v oblasti lůžkové péče vyjma detoxifikačních jednotek považuje převážná část personálu oddělení pro léčbu závislostí za nedostačující.

Hypotéza se potvrdila.

Hypotéza č. 3

Kapacitu služeb nabízejících následnou péči v regionu Praha považuje personál oddělení pro léčbu závislostí za nedostačující.

Převážná část respondentů hodnotí sféru následné péče jako nedostačující v oblasti zajištění chráněného bydlení i zaměstnání. V oblasti doléčovacích programů ji však převážná většina respondentů považuje za dostačující.

Hypotéza se potvrdila částečně.

Hypotéza č. 4

Léčebné kontinuum je faktorem nezbytným pro úspěšnost léčby duševních poruch vyvolaných účinky psychoaktivních látek.

Převážná část respondentů vnímá léčebné kontinuum jako nezbytné k vytvoření účinné léčebné návaznosti následné péče na péči ranou, a to zejména v oblasti sociální rehabilitace.

Hypotéza se potvrdila.

Hypotéza č. 5

Potřeby klientů a personálu na detoxifikačních jednotkách nejsou dostatečně saturovány, a to převážně v oblasti materiální a technické a v oblasti zajištění bezpečí.

Převážná část respondentů udává potřebu zkvalitnění těchto služeb, avšak i v ostatních kategoriích je ve velké míře dosahováno kladných výsledků, a to v oblasti odborného vzdělávání a zefektivnění komunikace napříč jednotlivými pomáhajícími profesemi.

Hypotéza se potvrdila.

Závěr výzkumu

Z výsledků výzkumu vyplývá, že pracovníci v pomáhajících profesích spatřují ve všech třech sférách léčby duševních poruch vyvolaných zneužíváním psychoaktivních látek nedostatky, a to zejména ve smyslu nedostatečných kapacit. V oblasti poskytování ambulantních služeb tyto pracovníci vnímají jako nedostatečnou kapacitu AT poraden, svépomocných aktivit i denních stacionářů. V oblasti rezidenční léčby považují za nevyhovující kapacitu zařízení určených k detoxifikaci i oblast lůžkové péče pro střednědobou a dlouhodobou léčbu, včetně terapeutických komunit. V oblasti péče následné považují za nedostatečnou kapacitu doléčovacích programů a programů

sociální rehabilitace ve smyslu nedostatečného zajištění chráněného bydlení a zaměstnání. Byl též prokázán význam léčebného kontinua pro úspěšnost léčby duševních onemocnění vyvolaných nadměrnou konzumací psychoaktivních látek.

6 DISKUSE

V oblasti, kterou se výzkum zabýval, tedy v dostupnosti jednotlivých typů zařízení poskytujících adiktologickou péči pro region Praha, byly zjištěny nedostatky ve všech typech poskytovaných služeb. Nedostatečná kapacita zařízení poskytujících služby pro klienty závislé na psychoaktivních látkách neodpovídá současnému trendu nárůstu počtu závislých osob, kdy dochází k nedostatečnému zajištění saturace jejich potřeb. Poptávka pracovníků v pomáhajících profesích po zvýšení počtu kapacit v oblasti ambulantní, rezidenční i v oblasti následné péče a sociální rehabilitace je značná. Přestože výzkum prokázal nutnost aplikace léčebného kontinua jako základního předpokladu k naplnění cílů v léčbě duševních poruch vyvolaných zneužíváním psychoaktivních látek, z výsledků je zřejmé, že návaznost péče o drogově závislé klienty nemůže být za současných podmínek dobře zajištěna.

Z údajů uveřejněných ÚZIS vyplývá, že v posledních letech dochází v České republice k nárůstu počtu uživatelů psychoaktivních látek, zatímco síť zařízení poskytujících léčbu duševních poruch způsobených abusem psychoaktivních látek nemá dostačující kapacity k optimální léčbě. Výzkum uskutečněný na odděleních pro léčbu závislostí na psychoaktivních látkách v Psychiatrické nemocnici Bohnice prokázal značné rezervy v možnostech léčby těchto duševních poruch. I přes prokázaný přínos návaznosti adiktologické péče ve všech složkách forem léčby lze tvrdit, že v praktické oblasti není zatím dosahováno optimálních výsledků. Aplikace léčebného kontinua v současné době prochází vlivem reformy psychiatrické péče vývojem, který by měl přinést rozšíření adiktologických služeb, a tím zefektivnit kvalitu poskytování péče klientům i jejich rodinným příslušníkům.

Reforma psychiatrické péče, včetně péče adiktologické, přináší nové možnosti pro léčbu duševních poruch vyvolaných abusem psychoaktivních látek, a to zejména svou koncepcí, jež umožňuje odstranění současných nedostatků, které výzkum prokázal.

ZÁVĚR

Reforma psychiatrické péče, která by se měla v budoucnu dotknout i péče adiktologické, počítá s úpravou současného stavu sítě služeb poskytujících péči klientům trpícím duševními poruchami způsobenými zneužíváním psychoaktivních látek. Mezi základní pilíře strategie reformy psychiatrické péče v tomto ohledu patří zejména oblast organizační, kdy je cílem reformy vybudování komplexního koordinovaného systému včetně přednemocniční neodkladné péče, poskytování péče psychiatrické, zdravotní, klinickopsychologické a v návaznosti sociální péče pro všechny věkové kategorie, a to tak, aby pro klienty byla zajištěna péče propojující všechny oblasti týkající se života jedince, tzn. zdraví, bydlení, vzdělávání, volný čas, sociální participace, atd. Počítá se i s širším zapojením rodinných příslušníků do léčebného procesu a s vytvořením systémů a programů pro rodiny duševně nemocných.

Základem reformy psychiatrické péče v oblasti adiktologie je zajištění rovnoměrného pokrytí území České republiky tak, aby se stala dostupnou pro každého, a to zvýšením počtu zařízení poskytujících adiktologické služby a navýšením počtu specializovaných pracovišť. Počítá se též s navýšením počtu zaměstnanců a jejich dalším vzděláváním v oboru adiktologie. Reforma též vymezuje možnosti financování. (Ministerstvo zdravotnictví ČR 2013)

V rámci reformy psychiatrické péče by se v budoucnu mělo uskutečnit rozšíření péče ambulantní, rezidenční i následné. Krokem vpřed bude i zřizování Center duševního zdraví, jejichž součástí budou služby adiktologických poraden, dále rozšiřování služeb mobilních týmů, větší podpora státu při zřizování chráněných míst zajišťujících klientům sociální zázemí ve smyslu zaměstnání a bydlení.

Pokud se reforma psychiatrické péče uskuteční v plánovaném rozsahu, přiblíží se i možnost aplikace léčebného kontinua jako nezbytného faktoru pro úspěšnost v léčbě duševních poruch vyvolaných abusem psychoaktivních látek.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BROŽA, J. Poradenství u uživatelů drog (se zvláštním zřetelem na terénní kontaktní práci). In: Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003, s. 269 – 272. ISBN 80–86734–05–6

DOBIÁŠOVÁ, D. a J. BROŽA. Motivační trénink. In: Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003, s. 269 – 272. ISBN 80–86734–05–6

HAMPL, K. *Léky vyvolávající závislost*. In: Kalina a kol., *Drogy a drogové závislosti 1 mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003a, s. 187- 192. ISBN 80–86734–05–6

HAMPL, K. *Těkavé látky*. In: Kalina a kol., *Drogy a drogové závislosti 1 mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003b, s. 193 - 199. ISBN 80–86734–05–6

KALINA, K. a kol. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Filia Nova/ Úřad vlády ČR, Praha, 2001, 80-238-8014-4

KALINA, K. a kol. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4361-5

MATOUŠEK, O., J. KOLÁČKOVÁ a P. KODYMOVÁ. *Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0

MINAŘÍK, M. *Opioidy a opiáty*. In: Kalina a kol., *Drogy a drogové závislosti 1 mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003, s. 159 - 163. ISBN 80–86734–05–6

MINAŘÍK, M. *Stimulancia*. In: Kalina a kol., *Drogy a drogové závislosti 1 mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003, s. 164 - 168. ISBN 80–86734–05–6

MIOVSKÝ, M. *Halucinogeny*. In: Kalina a kol., *Drogy a drogové závislosti I mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003, s. 169 - 173. ISBN 80-86734-05-6

MIOVSKÝ, M. *Konopné drogy*. In: Kalina a kol., *Drogy a drogové závislosti I mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003, s. 174 - 179. ISBN 80-86734-05-6

NEŠPOR, K. *Závislost na návykových látkách a související poruchy. Doporučené postupy*. Projekt MZ ČR zpracovaný ČLS JEP za podpory grantu IGA MZ ČR 5390-3. ČLS JEP, 2002.

NEŠPOR, K. Diagnostika a diagnostická kritéria poruch vyvolaných návykovými látkami. In: Kalina a kol., *Drogy a drogové závislosti I mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003, s. 217 - 222. ISBN 80-86734-05-6

POPOV, P. *Alkohol*. In: Kalina a kol., *Drogy a drogové závislosti I mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky, 2003, s. 151 - 158. ISBN 80-86734-05-6

ŠEFRÁNEK, M. *Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. 1. vydání. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-2449-2

ŠEFRÁNEK, M. *Evaluační výsledky léčby v terapeutických komunitách. Změny v užívání návykových látek, kriminálním chování a v dalších oblastech jeden rok po končení léčby*. 1. vydání. Úřad vlády České republiky, 2014. ISBN 978-80-7440-103-9

VYMĚTAL, J. a kol. *Obecná psychoterapie*. 2., rozšířené a přepracované vydání. Grada, 2004, ISBN 978-80-247-0723-5

Seznam použitých zahraničních zdrojů

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV-TR®, American Psychiatric Association, 2000. Edition: 4th. ISBN-13: 978-0890420256

Seznam použitých internetových zdrojů

ČESKÁ ARTETERAPEUTICKÁ ASOCIACE. *Definice a cíle arteterapie*. [online] © Česká arteterapeutická asociace 2012. [cit. 3. Dubna 2015] Dostupné z: <http://www.arteterapie.cz/?podkategorie=arteterapie&clanek=22>

ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ. *Co je ergoterapie*. [online]. © 2008 Michal Rod, [cit. 3. Dubna 2015], Dostupné z: <http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>

KALINA, K., *Léčba drogově závislých*. Praha, 2000. [cit. 6. Dubna 2015] Dostupné z: <http://www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/farmakologie/journal/galerie-download/Kalina.doc>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Strategie reformy psychiatrické péče, verze 1.0*. [online]. Praha, 2013. [cit. 1. Dubna 2015] Dostupné z: www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP_publikace_web_9-10-2013.pdf

MKN - 10 Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů [online]. Desátá revize. [cit. 6. Dubna 2015] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn-mezinarodni-statisticka-klasifikace-nemoci-pridruzenych-zdravotnich-problemu>

NEŠPOR, K. a L. CSÉMY, *Alkohol u dětí a dospívajících – prevence a léčba* [online]. 2010. [cit. 1. Dubna 2015] Dostupné z: www.drnespor.eu/apl-deti3.doc

ÚZIS. *Aktuální informace 1*. [online]. © ÚZIS ČR 2010-2015, Praha, 2014d. [cit. 6. Dubna 2015] Dostupné z: www.uzis.cz/system/files/ai_2014_01_0.pdf

ÚZIS. *Aktuální informace 17*. [online]. © ÚZIS ČR 2010-2015, Praha, 2014a. [cit. 6. Dubna 2015] Dostupné z: www.uzis.cz/system/files/ai_2014_17.pdf

ÚZIS. *Aktuální informace 18*. [online]. © ÚZIS ČR 2010-2015, Praha, 2014b. [cit. 6. Dubna 2015] Dostupné z: www.uzis.cz/system/files/ai_2014_18.pdf

ÚZIS. *Aktuální informace 29*. [online]. © ÚZIS ČR 2010-2015, Praha, 2014c. [cit. 6. Dubna 2015] Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/ai_2014_29.pdf

ÚZIS. *Aktuální informace 46*. [online]. © ÚZIS ČR 2010-2015, Praha, 2013. [cit. 6. Dubna 2015] Dostupné z: www.uzis.cz/system/files/ai_2013_46.pdf

SEZNAM ZKRATEK

MKN – 10	Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize
DSM – IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 4. revize)
AT poradny	poradny pro alkoholismus a toxikománii
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
TK	terapeutická komunita
HIV	Human Immunodeficiency Virus (virus lidské imunitní nedostatečnosti)

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Seznam tabulek

Tabulka 1: Věkové rozložení respondentů	42
Tabulka 2: Pohlaví respondentů	43
Tabulka 3: Pracovní zařazení respondentů	44
Tabulka 4: Zdravotnické vzdělání respondentů	46
Tabulka 5: Dosažené vzdělání respondentů	47
Tabulka 6: Délka zaměstnání na psychiatrii	49
Tabulka 7: Považujete za žádoucí rozšířit služby v ambulantní oblasti?	51
Tabulka 8: Domníváte se, že je ve Vašem regionu dostatečná síť AT poraden?	52
Tabulka 9: Domníváte se, že je ve Vašem regionu dostatečná síť svépomocných skupin pro závislé klienty?	53
Tabulka 10: Domníváte se, že je ve Vašem regionu dostatečná síť denních stacionářů pro závislé klienty?	55
Tabulka 11: Považujete za žádoucí rozšířit síť detoxifikačních jednotek ve Vašem regionu?	56
Tabulka 12: Považujete kapacitu detoxifikační jednotky na Vašem primariátu za optimální?	58
Tabulka 13: Domníváte se, že je detoxifikační léčba bez návaznosti na následnou péči efektivní?	59
Tabulka 14: Personální obsazení ve smyslu zvýšení počtu ošetřujícího personálu	60
Tabulka 15: Kvalitnější materiální a technické vybavení detoxifikační jednotky	61

Tabulka 16: Zefektivnění komunikace mezi jednotlivými profesemi	62
Tabulka 17: Možnost odborného vzdělávání	63
Tabulka 18: Zajištění bezpečí personálu	64
Tabulka 19: Považujete kapacitu Vašeho lůžkového oddělení (vyjma detoxifikační jednotky) za dostatečnou?	65
Tabulka 20: Domníváte se, že je třeba rozšíření péče v oblasti farmakoterapie?	66
Tabulka 21: Domníváte se, že je třeba rozšíření péče v oblasti individuální terapie?	67
Tabulka 22: Domníváte se, že je třeba rozšíření péče v oblasti skupinové terapie?	68
Tabulka 23: Domníváte se, že je třeba rozšíření péče v oblasti sociální rehabilitace a výchovy?	69
Tabulka 24: Domníváte se, že je třeba rozšíření péče v oblasti volnočasových aktivit?	70
Tabulka 25: Domníváte se, že je třeba rozšíření péče v oblasti léčebného režimu?	71
Tabulka 26: Domníváte se, že je třeba rozšíření péče v oblasti práce s rodinou?	72
Tabulka 27: Domníváte se, že je třeba rozšíření péče v oblasti sociální práce?	73
Tabulka 28: Považujete kapacity sociální rehabilitace ve smyslu následné léčby, jak byla výše popsána, v procesu léčby závislostí za dostatečné?	75
Tabulka 29: Jsou, dle Vašeho názoru, dobře zajištěny doléčovací programy (abstinenční kluby, KLUS, Anonymní Alkoholici, apod.) pro závislé jedince?	76
Tabulka 30: Domníváte se, že je pro závislé klienty dostatečně zajištěna možnost chráněného bydlení?	78

Tabulka 31: Domníváte se, že je pro závislé klienty dostatečně zajištěna možnost chráněného zaměstnání?	79
---	----

Seznam grafů

Graf 1: Podíl pacientů podle jednotlivých psychoaktivních látek léčených v ambulantních psychiatrických zařízeních v roce 2013	19
Graf 2: Vývoj počtu zařízení a počtu lůžek určených k detoxifikaci	24
Graf 3: Vývoj počtu pacientů detoxifikovaných od návykových látek v letech 2010 – 2013	25
Graf 4: Vývoj počtu míst s ošetřených pacientů na záchytných stanicích v letech 1989 – 2013	26
Graf 5: Struktura pacientů užívajících psychoaktivní látky hospitalizovaných v psychiatrických lůžkových zařízeních v ČR v roce 2012	27
Graf 6: Věkové rozložení respondentů	42
Graf 7: Pohlaví respondentů	43
Graf 8: Pracovní zařazení respondentů	45
Graf 9: Zdravotnické vzdělání respondentů	46
Graf 10: Dosažené vzdělání respondentů	48
Graf 11: Délka zaměstnání na psychiatrii	49
Graf 12: Považujete za žádoucí rozšířit služby v ambulantní oblasti?	52
Graf 13: Domníváte se, že je ve Vašem regionu dostatečná síť AT poraden?	53
Graf 14: Domníváte se, že je ve Vašem regionu dostatečná síť svépomocných skupin pro závislé klienty?	54

Graf 15: Domníváte se, že je ve Vašem regionu dostatečná síť denních stacionářů pro závislé klienty?	55
Graf 16: Považujete za žádoucí rozšířit síť detoxifikačních jednotek ve Vašem regionu?	57
Graf 17: Považujete kapacitu detoxifikační jednotky na Vašem primariátu za optimální?	58
Graf 18: Domníváte se, že je detoxifikační léčba bez návaznosti na následnou péči efektivní?	59
Graf 19: Personální obsazení ve smyslu zvýšení počtu ošetřujícího personálu	60
Graf 20: Kvalitnější materiální a technické vybavení detoxifikační jednotky	61
Graf 21: Zefektivnění komunikace mezi jednotlivými profesem	62
Graf 22: Možnost odborného vzdělávání	63
Graf 23: Zajištění bezpečí personálu	64
Graf 24: Považujete kapacitu Vašeho lůžkového oddělení (vyjma detoxifikační jednotky) za dostatečnou?	66
Graf 25: Domníváte se, že je třeba rozšíření péče v oblasti farmakoterapie?	67
Graf 26: Domníváte se, že je třeba rozšíření péče v oblasti individuální terapie?	68
Graf 27: Domníváte se, že je třeba rozšíření péče v oblasti skupinové terapie?	69
Graf 28: Domníváte se, že je třeba rozšíření péče v oblasti sociální rehabilitace a výchovy?	70
Graf 29: Domníváte se, že je třeba rozšíření péče v oblasti volnočasových aktivit?	71
Graf 30: Domníváte se, že je třeba rozšíření péče v oblasti léčebného režimu?	72

Graf 31: Domníváte se, že je třeba rozšíření péče v oblasti práce s rodinou?	73
Graf 32: Domníváte se, že je třeba rozšíření péče v oblasti sociální práce?	74
Graf 33: Považujete kapacity sociální rehabilitace ve smyslu následné léčby, jak byla výše popsána, v procesu léčby závislostí za dostatečné?	75
Graf 34: Jsou, dle Vašeho názoru, dobře zajištěny doléčovací programy (abstinenční kluby, KLUS, Anonymní Alkoholici, apod.) pro závislé jedince?	77
Graf 35: Domníváte se, že je pro závislé klienty dostatečně zajištěna možnost chráněného bydlení?	78
Graf 36: Domníváte se, že je pro závislé klienty dostatečně zajištěna možnost chráněného zaměstnání?	80

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Dotazník	I
-----------------------------------	----------

Příloha A – Dotazník

Vážený respondente, vážená respondentko,

dovoluji si obrátit se na Vás se žádostí o spolupráci při tvorbě mé diplomové práce zaměřené na problematiku léčby duševních poruch způsobených návykovými látkami.

V rámci této práce provádím anonymní průzkum zaměřený na zjištění, jak je tato problematika vnímána lidmi pracujícími v pomáhajících profesích. Proto se na Vás obracím se žádostí o účast na tomto průzkumu a vyplnění následujícího dotazníku.

Veškeré získané údaje budou zcela anonymní a všechny, včetně identifikačních údajů na konci dotazníku, budou využity POUZE ke statistickému vyhodnocení dotazníku.

Za Vaši pomoc Vám předem velice děkuji.

Bc. Lucie Hůlová, DiS.
studentka UJAK

A) OBLAST TÝKAJÍCÍ SE AMBULANTNÍ LÉČBY (AT PORADNY, SVĚPOMOCNÉ SKUPINY, DENNÍ STACIONÁŘE)

1) Považujete za žádoucí rozšířit služby v ambulantní oblasti?

Rozhodně ne Spíše ne Nevím Spíše ano Rozhodně ano

V případě, že je Vaše odpověď na otázku č. 1 spíše ano či rozhodně ano, odpovězte, prosím na následující otázky. V případě, že jste odpověděl/a „Rozhodně ne“ či „Spíše ne“ nebo „Nevím“, přejděte, prosím, na část B.

2) Domníváte se, že je ve Vašem regionu dostatečná síť AT poraden?

Rozhodně ne Spíše ne Nevím Spíše ano Rozhodně ano

3) Domníváte se, že je ve Vašem regionu dostatečná síť svěpomocných skupin pro závislé klienty?

Rozhodně ne Spíše ne Nevím Spíše ano Rozhodně ano

4) Domníváte se, že je ve Vašem regionu dostatečná síť denních stacionářů pro závislé klienty?

Rozhodně ne Spíše ne Nevím Spíše ano Rozhodně ano

B) OBLAST TÝKAJÍCÍ SE REZIDENČNÍ - POBYTOVÉ LÉČBY (DETOXIFIKAČNÍ JEDNOTKY, LŮŽKOVÁ PÉČE NA PSYCHIATRICKÝCH ODDĚLENÍCH, TERAPEUTICKÉ KOMUNITY)

1) Považujete za žádoucí rozšířit síť detoxifikačních jednotek ve Vašem regionu?

Rozhodně ne *Spíše ne* *Nevím* *Spíše ano* *Rozhodně ano*

2) Považujete kapacitu detoxifikační jednotky na Vašem primariátu za optimální?

Rozhodně ne *Spíše ne* *Nevím* *Spíše ano* *Rozhodně ano*

3) Domníváte se, že je detoxifikační léčba bez návaznosti na následnou péči efektivní?

Rozhodně ne *Spíše ne* *Nevím* *Spíše ano* *Rozhodně ano*

4) Co by dle Vašeho názoru mohlo zkvalitnit péči o závislé klienty na detoxifikační jednotce na Vašem primariátu?

a) Personální obsazení ve smyslu zvýšení počtu ošetřujícího personálu

Rozhodně ne *Spíše ne* *Nevím* *Spíše ano* *Rozhodně ano*

b) Kvalitnější materiální a technické vybavení detoxifikační jednotky

Rozhodně ne *Spíše ne* *Nevím* *Spíše ano* *Rozhodně ano*

c) Zefektivnění komunikace mezi jednotlivými profesemi

Rozhodně ne *Spíše ne* *Nevím* *Spíše ano* *Rozhodně ano*

d) Možnost odborného vzdělávání (přednášky, kurzy, apod.)

Rozhodně ne *Spíše ne* *Nevím* *Spíše ano* *Rozhodně ano*

e) Zajištění bezpečí personálu

Rozhodně ne *Spíše ne* *Nevím* *Spíše ano* *Rozhodně ano*

Jiné (doplňte, prosím)

.....

.....

5) Považujete kapacitu Vašeho lůžkového oddělení (vyjma detoxifikační jednotky) za dostatečnou?

Rozhodně ne *Spíše ne* *Nevím* *Spíše ano* *Rozhodně ano*

a) Domníváte se, že je třeba rozšíření péče v oblasti farmakoterapie? (vyplní jen lékařské profese)

Rozhodně ne *Spíše ne* *Nevím* *Spíše ano* *Rozhodně ano*

b) Domníváte se, že je třeba rozšíření péče v oblasti individuální terapie?

Rozhodně ne *Spíše ne* *Nevím* *Spíše ano* *Rozhodně ano*

c) Domníváte se, že je třeba rozšíření péče v oblasti skupinové terapie?

Rozhodně ne *Spíše ne* *Nevím* *Spíše ano* *Rozhodně ano*

d) Domníváte se, že je třeba rozšíření péče v oblasti sociální rehabilitace a výchovy?

Rozhodně ne *Spíše ne* *Nevím* *Spíše ano* *Rozhodně ano*

e) Domníváte se, že je třeba rozšíření péče v oblasti volnočasových aktivit?

Rozhodně ne *Spíše ne* *Nevím* *Spíše ano* *Rozhodně ano*

f) Domníváte se, že je třeba rozšíření péče v oblasti léčebného režimu?

Rozhodně ne *Spíše ne* *Nevím* *Spíše ano* *Rozhodně ano*

g) Domníváte se, že je třeba rozšíření péče v oblasti práce s rodinou?

Rozhodně ne *Spíše ne* *Nevím* *Spíše ano* *Rozhodně ano*

h) Domníváte se, že je třeba rozšíření péče v oblasti sociální práce?

Rozhodně ne *Spíše ne* *Nevím* *Spíše ano* *Rozhodně ano*

C) OBLAST TÝKAJÍCÍ SE NÁSLEDNÉ LÉČBY (DOLÉČOVACÍ PROGRAMY, CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ, CHRÁNĚNÉ ZAMĚŠTNÁNÍ)

1) Považujete kapacity sociální rehabilitace ve smyslu následné léčby, jak byla výše popsána, v procesu léčby závislostí za dostatečné?

Rozhodně ne *Spíše ne* *Nevím* *Spíše ano* *Rozhodně ano*

2) Jsou, dle Vašeho názoru, dobře zajištěny doléčovací programy (abstinenční kluby, KLUS, Anonymní Alkoholici, apod.) pro závislé jedince?

Rozhodně ne *Spíše ne* *Nevím* *Spíše ano* *Rozhodně ano*

3) Domníváte se, že je pro závislé klienty dostatečně zajištěna možnost chráněného bydlení?

Rozhodně ne *Spíše ne* *Nevím* *Spíše ano* *Rozhodně ano*

4) Domníváte se, že je pro závislé klienty dostatečně zajištěna možnost chráněného zaměstnání?

Rozhodně ne *Spíše ne* *Nevím* *Spíše ano* *Rozhodně ano*

Na závěr Vás požádám o několik obecných charakteristik, které poslouží lepšímu zpracování:

- Váš věk:**
- 18 – 29 let
 - 30 – 39 let
 - 40 – 49 let
 - 50 – 59 let
 - 60 a více let

- Pohlaví:**
- Muž
 - Žena

- Vaše pracovní zařazení:**
- Střední zdravotnický personál
 - Nižší či pomocný zdravotnický personál
 - Lékař
 - Psycholog
 - Psychoterapeut
 - Jiné: (uveďte).....

- Vaše nejvyšší zdravotnické vzdělání:**
- Sanitářský kurz
 - Střední
 - Vyšší
 - Vysokoškolské

- Vaše nejvyšší vzdělání:**
- Základní
 - Střední bez maturity, vyučen
 - Střední s maturitou
 - Vyšší odborné
 - Vysokoškolské

Délka Vašeho zaměstnání na psychiatrii:

K uvedenému délce zaměstnání prosím uveďte, zda se jedná o týdny, měsíce či roky.

Vaše současné vzdělávání:

Uveďte pouze v případě, že se v současnosti odborně vzděláváte.

Pokud máte pocit, že byste ke zkoumanému tématu chtěli ještě něco dodat, pak právě zde k tomu máte prostor:

Ještě jednou Vám děkuji za Váš čas a spolupráci.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Lucie Hůlová

Obor: Speciální pedagogika - oborová

Forma studia: Magisterské kombinované studium

Název práce: Duševní poruchy způsobené abusem psychoaktivních látek a možnosti jejich léčby

Rok: 2015

Počet stran textu bez příloh: 102

Celkový počet stran příloh: 5

Počet titulů českých použitých zdrojů: 17

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 1

Počet internetových zdrojů: 11

Vedoucí práce: Mgr. Hana Aliová