

Univerzita Karlova
1. lékařská fakulta

Studijní program: Adiktologie
Studijní obor: Navazující magisterské studium
ID studijního oboru: 587041



Bc. et Bc. Filip Staš

**Kontrolovaná konzumace alkoholu: současné rozšíření přístupu v
ambulantních zařízeních**

Controlled Alcohol Consumption: Current use in the outpatients facilities

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce:
PhDr. Miroslav Barták, Ph.D.

Praha 2023

Prohlášení:

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

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

V Praze 25. 4 .2023

Filip Staš

.....

Identifikační záznam:

STAŠ, Filip. *Kontrolovaná konzumace alkoholu: současné rozšíření přístupu v ambulantních zařízeních. [Controlled Alcohol Consumption: Current use in the outpatients facilities].*

Praha, 2023, 130 s., 6 příl., 6 tabulek, 14 diagramů, 20 grafů. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK 2023. Vedoucí práce Miroslav Barták.

Poděkování:

Na tomto místě bych rád poděkoval své rodině, především pak manželce, za trpělivou podporu při plnění studijních povinností na úkor společného času. Dále pak kolegyním a kolegům za ochotu vykrývat má studijní volna. V neposlední řadě děkuji také svému vedoucímu diplomové práce za vstřícné a odborné vedení při její tvorbě.

Abstrakt:

VÝCHODISKA: Zvýšená zdravotní, sociální a ekonomická rizika v souvislosti s konzumací alkoholu se dotýkají téměř pětiny obyvatel ČR, přičemž dostupnost zejména ambulantní formy odborné péče je nedostatečná. Kontrolovaná konzumace alkoholu může rozšířit spektrum léčebných intervencí. Její současné rozšíření není ale zmapováno.

CÍLE: Zmapovat a analyzovat aktuální rozšíření a podobu využívání terapeutické metody kontrolované konzumace alkoholu v ambulantních zařízeních v ČR.

METODY: Polostrukturované rozhovory s 10 komunikačními partnery pracujícími v ambulantních zařízeních a jejich tematická analýza v softwaru MAXQDA. Následně tvorba hypotéz, následovaná online dotazníkovým šetřením s výsledným souborem 85 respondentů z řad ambulantních zařízení. Testování hypotéz v programu Statistica.

HLAVNÍ VÝSLEDKY: Kontrolovaná konzumace alkoholu je nejčastěji popisovaná v podobě souboru pravidel a využívána ve smyslu mezistupně k abstinenci, s čímž souhlasilo 69 % respondentů. 53 % respondentů pak souhlasilo s pojetím přístupu jako alternativy k abstinenci. 64 % respondentů považuje přístup za vhodný zejména v nízkoprahových zařízeních. Většina (64 %) zapojených ambulantních zařízení umožňuje usilovat o kontrolovanou konzumaci alkoholu, častěji v nelékařských adiktologických zařízeních (v 72 % z nich) a v sociálních službách (71 %). Dotazovaní považují přístup za vhodný pro osoby rizikově či škodlivě užívající alkohol, u závislých spíše jako snižování rizik.

ZÁVĚR: Většina zapojených ambulantních zařízení umožňuje klientům usilovat o non-abstinentní terapeutický cíl. U klientů se závislostí na alkoholu je přístup využíván především k navázání terapeutického vztahu a motivaci k abstinenci. Většina dotazových by uvítala v této oblasti více informací a otevřenou odbornou diskuzi.

Klíčová slova:

Kontrolovaná konzumace alkoholu, kontrolované pití, alkohol, závislost na alkoholu, non-abstinentní léčba, ambulantní léčba závislosti

Abstract:

BACKGROUND: Increased health, social and economic risks related to alcohol consumption affect almost a fifth of the population of the Czech Republic, while the availability of outpatient professional care in particular is insufficient. Controlled alcohol consumption can expand the spectrum of treatment interventions. However, its current spread is not mapped.

AIMS: To map and analyze the current expansion and form of use of the therapeutic method of controlled alcohol consumption in outpatient facilities in the Czech Republic.

METHODS: Semi-structured interviews with 10 communication partners working in outpatient facilities and their thematic analysis in MAXQDA software. Subsequently, the creation of hypotheses, followed by an online questionnaire survey with the resulting set of 85 respondents from outpatient facilities. Hypothesis testing in Statistica

MAIN RESULTS: Controlled alcohol consumption is most often described in the form of a set of rules and used as an intermediate step towards an abstinence, with which 69 % of respondents agreed. 53 % of respondents agreed with the concept in a form of alternative to abstinence. 64 % of respondents consider the approach suitable especially in low-threshold services. The majority (64 %) of the involved outpatient facilities allow their clinicians to try Controlled alcohol consumption, more often in outpatient addiction-specific non-medical health services (in 72 % of them) and in social services (71 %). The interviewees consider the approach suitable for people who use alcohol hazardously or harmfully, and as a harm reduction approach for individuals dependent on alcohol.

CONCLUSION: Most participating outpatient facilities allow clients to pursue a non-abstinent therapeutic goal. For clients with alcohol addiction, the approach is primarily to establish a therapeutic relationship and motivation for abstinence. Most of the interviewees would welcome more information and an open professional discussion in this area.

Key words:

Controlled alcohol consumption, controlled drinking, alcohol, alcohol addiction, non-abstinence treatment, outpatient addiction treatment

Obsah

1. Úvod	9
2. Škody způsobené konzumací alkoholu a systém péče	10
2.1 Škody způsobené konzumací alkoholu	10
2.2 Vzorce užívání a problémové užívání alkoholu	12
2.3 Adiktologické služby pro uživatele alkoholu	14
3. Non-abstinentní terapeutické přístupy.....	16
3.1 Historie přístupu zaměřeného na kontrolovanou konzumaci alkoholu	16
3.2 Kontrolovaná konzumace alkoholu jako intervence.....	17
3.3 Cílové skupiny terapeutické metody kontrolované konzumace alkoholu.....	17
3.4 Kontrolovaná konzumace alkoholu v České republice	18
4. Výzkumná část.....	21
4.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	21
4.2 Design výzkumu.....	21
4.3 Metody tvorby dat	22
4.4 Výzkumné soubory.....	23
4.5 Metody analýzy dat.....	24
4.6 Etické aspekty výzkumu	24
4.7 Časový harmonogram a personální zabezpečení výzkumu	25
5. Výsledky	26
5.1. Názory na přístup kontrolované konzumace alkoholu	27
5.2 Rozšíření přístupu kontrolované konzumace alkoholu.....	45
5.3 Vhodná indikace kontrolované konzumace alkoholu.....	63
5.4 Společná a sporná témata, vlivy	78
5.5 Výsledky dotazníkového šetření	80

5.6	Hypotézy a jejich testování	97
6.	Diskuze	103
7.	Závěr	107
	Citovaná literatura	109
	Přílohy	114
	Příloha 1: Seznam tabulek, diagramů a grafů	114
	Příloha 2: Myšlenková mapa	116
	Příloha 3: Scénář polostrukturovaného rozhovoru	117
	Příloha 4: Dotazník	119
	Příloha 5: Kódovací rámec	121
	Příloha 6: Informace pro účastníka výzkumu a informované souhlasy	126

1. Úvod

Alkohol je dle aktuální Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním pro období 2019–2027 (Úřad vlády České republiky, 2019, p. 11) jednou z hlavních příčin nemocnosti a lze jej považovat za příčinu zhruba 6 % veškeré úmrtnosti v České republice. Ve studii NAUTA 2021 (Csémy et al., 2022) uvedlo časté a pravidelné pití alkoholu (denně nebo obden) 15,4 % dotazovaných (o rok dříve to bylo 19,8 %), průměrnou roční potřebu čistého alkoholu na osobu pak autoři odhadují na 8,3 litrů (v populaci nad 15 let). Časté a pravidelné pití nadměrných dávek alkoholu (binge drinking) alespoň jednou týdně uvádí 11,6 % respondentů. Výsledky studie zahrnují kompozitní index „pyramidy konzumenta alkoholu“, jejíž vrchol tvoří kategorie problémových konzumentů (5,8 %) a konzumentů ve vysokém stupni rizika (11 %). Dle Csémyho a kolektivu lze tedy s velkou mírou jistoty usuzovat, že se zvýšená zdravotní, sociální a ekonomická rizika dotýkají zhruba 16,8 % dospělé české populace, přičemž v roce 2020 to bylo téměř 20 % (Csémy et al., 2022, pp. 44-56).

Dostupnost adiktologické péče je dle výše citované Národní strategie 2019–2027 problematická především v oblasti ambulantních služeb a následné péče. Ročně je v ambulantních a pobytových zařízeních léčeno se závislostí na alkoholu zhruba 25 tis. osob, většina z nich v rámci služeb v oblasti psychiatrické péče. Podle autorů strategie přetrvává v léčbě závislosti na alkoholu abstinenčně orientovaný přístup, postupy zaměřené na snižování rizik jsou v současné době spíše výjimečné (Úřad vlády České republiky, 2019, p. 11).

Jedním z motivů pro zvolené výzkumné téma diplomové práce byl následující závěr z článku „Kontrolovaná konzumace alkoholu: možnosti a limity nového terapeutického přístupu“: *„V praxi sociálních a zdravotních služeb pomáhají terapeuti redukovat spotřebu alkoholu u problémových uživatelů spíše intuitivně... Je však třeba dodat, že přesná statistika není k dispozici.“* (Funke, Profeldová, & Miovský, 2021, p. 93)

Práce je proto zaměřena na zmapování rozšíření a podoby metody kontrolované konzumace alkoholu v adiktologických ambulancích v České republice. Dále se zaměřuje na zkoumání názorů mezi pracovníky ambulantních zařízení na tuto metodu a na případnou vhodnou indikaci či využití.

2. Škody způsobené konzumací alkoholu a systém péče

V této kapitole jsou představeny některé negativní dopady, které mohou souviset s konzumací alkoholu. Dále pojednává o vzorcích užívání alkoholu s důrazem na problémové užívání alkoholu a o systému adiktologických služeb v ČR se zaměřením na ambulantní zařízení.

2.1 Škody způsobené konzumací alkoholu

Alkohol se pravidelně umísťuje na přední příčky v žebříčcích škodlivosti návykových látek (Jan Van Amsterdam, David Nutt, Lawrence Phillips, & Brink, 2015). Negativní dopady, které souvisejí s konzumací alkoholu, lze přitom rozdělit do více oblastí. Kromě zdravotních rizik a poruch vyvolaných účinky alkoholu, se mohou vyskytnout i významné dopady v sociální oblasti daného člověka, či finanční nebo právní problémy. Kromě negativních dopadů na konkrétního jednotlivce může mít konzumace alkoholu dopady i na ostatní osoby v jeho okolí, takzvané Alcohol harms to others (AHTO) či „second-hand drinking“ (Mravčík et al., 2021)

Mechanismy negativních dopadů

Ke škodám souvisejícím s alkoholem dochází podle Babora a kolektivu (2022) třemi základními, navzájem souvisejícími mechanismy: 1) toxickým působením; 2) intoxikací a 3) rozvojem závislosti, přičemž má vliv jednak četnost konzumace (častější pití i malých dávek může vést např. k onkologickému onemocnění) kvůli kumulativnímu efektu alkoholu, zatímco pití nadměrných dávek alkoholu ohrožuje jedince především skrze akutní intoxikaci jak zdravotně (např. úrazy), tak v oblasti sociální (násilné chování, problémy v zaměstnání aj.). Soustavné pití nadměrných dávek pak ohrožuje jedince především rizikem vzniku závislosti (Babor et al., 2022).

Zdravotní rizika

Lze je rozdělit na krátkodobé a dlouhodobé negativní dopady konzumace alkoholu (Minařík & Kmoč, 2015, p. 56). Do kategorie krátkodobých se řadí především rizika spojená se samotnou intoxikací. Tu lze rozdělit na fáze lehké (excitační stadium), střední (hypnotické stadium), těžkou opilost (narkotické stadium) a těžkou opilost se ztrátou vědomí (asfyktické stadium). Mohou se objevit i poruchy chování s agresivitou a sníženou

sebekritičností, kdy hrozí riziko např. úrazů. Při těžších stadiích intoxikace pak hrozí zástava dechu a oběhu, nebo aspirace zvratků v důsledku oslabení obranných reflexů, které mohou vést až ke smrti (Heller & Pecinovská, 2011, p. 49). Jako vzácná porucha se popisuje patická opilost, kdy dochází po vypití malého množství alkoholu k poruše vědomí s bludy a k poruchám chování, často agresivního charakteru (Minařík & Kmoč, 2015, p. 52).

Dlouhodobé užívání alkoholu má negativní vliv na celý organismus, přičemž jako první orgán bývají poškozená játra (Heller & Pecinovská, 2011, p. 56), kdy může podle Hellera a Pecinovské dojít k rozvoji akutní alkoholické hepatitis i po alkoholovém excessu a v některých případech vyústit až v jaterní selhání s vysokou mírou úmrtnosti (2011, pp. 57-58). Chronické užívání pak může postupně vést k rozvoji cirhózy či karcinomu jater (Minařík & Kmoč, 2015, p. 53). Heller s Pecinovskou v tomto směru uvádějí, že podle některých zdrojů se cirhóza může rozvinout i po užívání denních dávek 50 g alkoholu pro muže či 20 g pro ženu po dobu 5 let (2011, p. 58). Kromě nádorového onemocnění jater může v důsledku chronického užívání alkoholu dojít k rozvoji nádorových bujení v mnoha dalších orgánech, jelikož alkohol je zařazen do nejvyšší třídy karcinogenních látek, společně například s azbestem (World Health Organisation, 2023b). Další významné dopady jsou poškození pankreatu s možným vznikem diabetu, poškození oběhového, nervového a endokrinního systému, poškození v oblasti duševního zdraví včetně závislosti, které se bude věnovat další část, a mnoho dalších (Minařík & Kmoč, 2015, p. 53).

Na onemocnění způsobená alkoholem zemřelo v roce 2020 podle aktuální výroční zprávy o Alkoholu 2021 (Csémy et al., 2022) celkem 2 208 lidí (1,7 % všech úmrtí v ČR), nejčastěji na alkoholické onemocnění jater. Dále bylo v roce 2020 identifikováno celkem 855 alkoholových úmrtí, z nichž 238 tvořilo předávkování alkoholem a 617, na které měla intoxikace vliv (2022, pp. 110-115)

Sociální dopady spojené s alkoholem

Kromě výše popisovaných zdravotních dopadů způsobuje konzumace alkoholu velké množství dalších dopadů pro jednotlivce, jeho okolí i celou společnost. Z ekonomického hlediska byly celkové náklady spojené s alkoholem odhadnuty v roce 2016 na 56,57 mld. Kč, tedy 1,22 % HDP; přičemž největší podíl těchto nákladů tvoří ztráta

produktivity v důsledku vysokého množství zaměstnanců rizikově či škodlivě pijících alkohol (Mlčoch et al., 2019).

V témže roce dále proběhl Národní výzkum 2016, jehož součástí byla škála zaměřená na negativní sociální dopady konzumace alkoholu. Nejvíce dotazovaní uváděli dopady na finance (12,9 %), na rodinný život (7,4 %) a na zdravotní stav (7,1 %). Dalšími uváděnými byli sociální život (5,7 %), účast ve rvačce po užití alkoholu (5,6 %), dopady na práci či studium (3,7 %) a řízení pod vlivem alkoholu či právní problémy (2,8 %); přičemž většinu sledovaných problémů uváděli výrazně častěji muži (Csémy et al., 2022, p. 122). Autoři dále uvádějí významný vliv alkoholu na domácí násilí (přítomen až u 2/3 všech případů), na rozvodovost (primární příčinou je u 1,5 %, přičemž ale stoupá podíl rozvodů bez uvedené příčiny), dopravní nehodovost (alkohol přítomen u 4,7 % všech nehod, při kterých bylo usmrceno 50 osob) a sociální vyloučení společně s bezdomovectvím (2022, pp. 125-130).

Na základě spolupráce mezi Světovou zdravotnickou organizací, Ministerstvem zdravotnictví a Klinikou adiktologie 1. LF UK vznikl politický dokument, obsahující souhrn současné situace a doporučení pro další vývoj alkoholové politiky v České republice. Jedná se o implementaci iniciativy WHO SAFER, která navrhuje pět strategií s vysokým impaktem, které cílí na omezení škodlivého užívání alkoholu: posílení omezení dostupnosti alkoholu; rozvoj a realizace opatření souvisejících s řízením pod vlivem alkoholu; zprostředkování dostupnosti screeningu, krátkých intervencí a léčby; prosazení zákazu nebo obsáhlého omezení reklamy na alkohol, sponzorství a propagace; zvyšování ceny alkoholu prostřednictvím spotřebních daní a cenových politik (Barták et al. (2019, p. 4).

2.2 Vzorce užívání a problémové užívání alkoholu

V této části jsou popsány různé vzorce užívání alkoholu, z nichž některé mohou způsobit problémy pro daného jedince či jeho okolí, jak je popsáno v předešlé části.

Abstinence od alkoholu

Jedná se o způsob nakládání s alkoholem, který je popisován jako vědomé zdržení se jeho užívání z různých důvodů, například zdravotních, náboženských, morálních, právních a jiných (Kalina et al., 2001, p. 11). Abstinující lze dále rozdělit na několik skupin. Jednou z nich jsou celoživotní abstinenti, tedy dospělí jedinci, kteří nikdy neužili alkohol.

Podle studie NAUTA jich bylo v České Republice v roce 2021 zhruba 4 % v celkové populaci (Csémy et al., 2022, p. 44). Další skupinou jsou bývalí uživatelé alkoholu. Může se dále vymezovat skupina lidí, kteří abstinují v posledních 12 měsících a která zahrnuje obě předešlé kategorie (World Health Organisation, 2018, p. 39).

Abstinence je významná v kontextu adiktologie jako jeden z možných indikátorů úzdravy (Kalina, 2015, pp. 613-615) přičemž autor připomíná, že již Jaroslav Skála zdůrazňoval abstinenci jako prostředek a nikoli cíl léčby. Nešpor abstinenci považuje za nejbezpečnější vztah jedince k alkoholu a zejména u závislých varuje, že jakákoli dávka alkoholu vyvolá silné bažení. Vyjmenovává i další skupiny, u kterých je dle ně abstinence vhodná, například osoby se sklony k sebepoškozování, se zkušeností s duševním onemocněním, děti a dospívající a další (Nešpor, 2019, pp. 96-98).

Umírněné a rizikové užívání alkoholu

Tyto konzumní kategorie jsou nejčastěji vymezovány denním limitem zdravotně přípustné spotřeby alkoholu, přičemž je ale zdůrazňováno, že ani dodržování těchto limitů není zcela bez rizika (Ruprich, 2015). Konkrétní limity se liší podle zdroje, podle autorů výše citované studie NAUTA je nejčastěji uváděná maximální denní dávka podle doporučení Světové zdravotnické organizace 20 g etanolu pro ženy a 40 g pro muže (Csémy et al., 2022, p. 48). Státní zdravotní ústav pak doporučuje nižší dávky, konkrétně maximálně 16 g denně pro ženy a 24 g pro muže (Ruprich, 2015).

Škodlivé užívání alkoholu

Ve studii NAUTA uvádějí autoři jako škodlivé užívání konzumaci denních dávek nad 60 g alkoholu pro muže a 40 g pro ženy, což tvořilo v roce 2021 zhruba 7,3 % všech konzumentů (Csémy et al., 2022, pp. 49-51).

V případech, kdy v důsledku užívání alkoholu dojde k fyzické či duševní poruše, hovoříme o diagnóze škodlivého užívání alkoholu s kódem dle MKN-10 F10.1, pokud trvají potíže nejméně jeden měsíc či se opakují v posledních 12 měsících a nesplňují současně kritéria jiné duševní poruchy (Nešpor, 2018, p. 36).

Syndrom závislosti na alkoholu

Dle MKN-10 se jedná o soubor fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, kdy má užívání alkoholu pro jedince mnohem větší přednost než jiné jednání a

je přítomná silná touha jej užívat. Diagnóza se stanovuje, jestliže během posledních 12 měsíců došlo k přítomnosti alespoň tří příznaků, jimiž jsou craving, ztráta kontroly, výskyt odvykacího stavu, zvýšení tolerance, zanedbávání jiných potěšení a zájmů ve prospěch užívání alkoholu a pokračování v užívání alkoholu navzdory jasným důkazům škodlivých následků (Jeřábek, 2015, pp. 192-193).

V klasifikaci DSM-5 je závislost na alkoholu zahrnuta pod Poruchu užívání alkoholu (alcohol use disorder), přičemž podle počtu přítomných symptomů (je jich celkem 11) se rozlišují závažnosti: lehká (2-3 příznaky), střední (4-5 příznaků) a těžká závažnost (více než 6 příznaků), přičemž lehká závažnost kódováním odpovídá škodlivému užívání a střední s těžkou pak syndromu závislosti podle MKN-10 (American Psychiatric Association, 2013, pp. 490-491).

Nejnovější klasifikace MKN-11 pak uvádí závislost na alkoholu v kategorii Disorders due to substance use or addictive behaviours pod kódem 6C40, přičemž zůstává přibližně rozdělení na škodlivé užívání (Harmful Pattern of Psychoactive Substance Use) a závislost (Substance Dependence) jako u předešlé revize (World Health Organisation, 2023a).

2.3 Adiktologické služby pro uživatele alkoholu

Adiktologické služby jsou mezioborové a multidisciplinární, poskytované v současné době v síti zdravotních a sociálních služeb. Podle autora analýzy systémů zajištění dostupnosti adiktologických služeb (Hanzlík, 2018) není v současné době konsensus na typologii adiktologických služeb a jejich zakotvení v rámci legislativy. Jako významný dokument zmiňuje především Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb (Rada vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí, 2021), které vymezují hlavní typy zařízení a stanovují jejich podobu s důrazem na kvalitu poskytovaných služeb.

System péče v oblasti léčby závislosti na alkoholu v České republice má ambulantní a pobytovou složku, přičemž je převážně abstinenčně orientovaný; dále se postupně rozšiřují programy zaměřené na harm reduction (Csémy et al., 2022, p. 159). Podle Popova (2003b) zajišťují převážnou část péče o závislé na alkoholu státní zdravotnické zařízení, stejně jako léčbu dalších psychických a somatických dopadů konzumace alkoholu. Zdůrazňuje zároveň klíčovou roli psychoterapie a zohledňování bio-psycho-sociálních aspektů závislosti (Popov, 2003b).

Rezidenční služby

V oblasti léčby závislosti na alkoholu je významná především střednědobá ústavní léčba závislosti v psychiatrických zařízeních s obvyklou délkou programu v rozmezí 2-4 měsíců (Rada vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí (2021, p. 151). Program je založen na principu léčebného společenství a na základních principech terapeutické komunity. Nejčastěji formulovaným cílem je trvalá a důsledná abstinence od všech návykových látek (Dvořáček, 2003, pp. 195-196).

Před zahájením léčby je obvykle nutná krátkodobá stabilizace a detoxifikace klienta pro minimalizaci symptomů odvykacího stavu, která podle Standardů (2021) probíhá v lůžkových detoxifikačních programech s typickou délkou pobytu kolem 4 týdnů.

Ambulantní služby

Podle Standardů se jedná o strukturované formy péče založené na poradenských nebo psychoterapeutických postupech a sociální práci, které mají za cíl zlepšení somatického a psychického stavu, sociální situace a změnu životního stylu. Program v obvyklé délce trvání od 3 do 24 měsíců může dále disponovat stacionární kapacitou, krizovými lůžky či službou case managementu (Rada vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislostí, 2021, p. 119). Národní strategie pro rok 2019-2027 konstatuje, že dostupnost ambulantní péče o uživatele alkoholu je v ČR obecně nízká, zejména pak v oblasti stacionární péče (Úřad vlády České republiky, 2019, p. 11).

Historicky zajišťovali tuto péči o závislé na alkoholu takzvané AT ambulance, přičemž v rozmezí let 1963 - 1992 jich bylo v ČR kolem mezi 165-180; po roce 1993 se však v důsledku společenských změn tato síť téměř rozpadla (Csémy et al., 2022, p. 160). Podle Popova je hlavní složkou péče v těchto zařízeních skupinová terapie, podpůrná farmakoterapie např. Antabusem, poradenství a léčba souběžných duševních poruch (Popov, 2003b). V ČR fungují dále ambulantní zařízení pracující s lidmi se závislostí na alkoholu pod registrací sociálních služeb a dále se rozšiřuje dostupnost nelékařských adiktologických ambulancí vázaných na odbornosti adiktologa. Rozvíjí se také privátní léčebné programy v rezidenční i ambulantní formě (Csémy et al., 2022, pp. 160-163).

V poslední době se rozvíjejí také služby zaměřené především na minimalizaci rizik spojených s užíváním alkoholu, které budou popsány v následující kapitole.

3. Non-abstinentní terapeutické přístupy

Tato část je věnována představení přístupů zaměřených na kontrolovanou konzumaci alkoholu a dalších forem non-abstinentní terapeutické péče o osoby problémově užívajících alkohol.

3.1 Historie přístupu zaměřeného na kontrolovanou konzumaci alkoholu

O značnou pozornost tomuto přístupu se zasloužila především studie manželů Sobellových (Sobell & Sobell, 1973), kteří se zaměřili na 70 pacientů se syndromem závislosti (autoři je výslovně specifikovali jako „gamma alkoholiky“) léčených v Patton State hospital. V rámci studie dostali pacienti možnost zvolit si mezi abstinenčně orientovanou léčbou nebo léčbou s cílem dosažení kontrolované konzumace alkoholu. Pro první možnost se rozhodlo 30 pacientů, zbylých 40 pacientů projevilo zájem o dosažení kontrolované konzumace prostřednictvím programu individuální behaviorální terapie v rozsahu 17 sezení. Autorský pár posléze vyhodnocoval výsledky s jednoletým a dvouletým odstupem, přičemž v obou případech konstatoval lepší léčebné výsledky u skupiny, která zvolila kontrolovanou konzumaci (Sobell & Sobell, 1976).

Jejich práce vyvolala značnou kontroverzi a Sobellovi byli dokonce obviněni z ovlivňování výsledků, což ale nebylo nikdy prokázáno, navzdory značné snaze (Marlatt, 1983, p. 1097). Samotný výzkumný pár považoval s odstupem za centrální bod těchto sporů jejich vědecké zpochybnění hluboce zakořeněného konceptu závislosti na alkoholu jako nemoci, založeného na filosofii hnutí Anonymních alkoholiků, dle nichž je pro léčbu jediným východiskem trvalá abstinence (Sobell & Sobell, 1995, p. 1149). V posledních dekádách dochází k opětovnému rozvoji non-abstinentních přístupů v léčbě problémového užívání alkoholu. Podle Turnerové (2020) bylo v raných 90. letech ve spojených státech zhruba 93 % léčebných programů abstinenčně orientovaných a vyžadovali i účast v programu 12kroků Anonymních Alkoholiků. V roce 2017 tento počet dle autorky klesl na cca 77 % programů, které uplatňují striktně tento model a rozvíjí se přístup zaměřený na snižování rizik (Turner, 2020, p. 5). Programy poskytující intervence zaměřené na kontrolovanou konzumaci alkoholu začali vznikat také v Kanadě, Německu, Austrálii, Skandinávii, Japonsku a dalších zemích (Nováková, 2015, p. 26).

3.2 Kontrolovaná konzumace alkoholu jako intervence

Podle K rkela (2017) se v mezinárodní literatuře termínem kontrolovan  konzumace alkoholu obecně označuje předem pl novan  průběh užívání alkoholu jednotlivcem. Termín „kontrolovan “ dle něho tedy implikuje disciplinovanou, plánovanou a předem omezenou konzumaci. Konkr tn  intervence a postupy, jako nap říklad Behavioural Self-Control Training (BSCT), byly vyvinuty ve Spojených státech a Austrálii j  v 60. letech minulého století (Körkel, 2017, p. 19). Tento termín bývá někdys nepresně zaměnov n za „n zkorizikov  pití“; „zodpovědn  pití“; nebo „umírněné pití, kter  nevede k v razn  opilosti a nezpůsobuje jedinci problémy“(Turner, 2020, p. 9).

P říklad typick  intervence

Typick  intervence zaměren  na kontrolovanou konzumaci alkoholu má podle Funke a Orl kov  (2020) podobu 10-15 sezení s doporučen m intervalem jednoho týdne. Obsahem prvních sezení je především edukace klienta např. o obsahu alkoholu ve standardním alkoholick m nápoji a o způsobu veden  deníku konzumace. Pr bě)ně se pracuje s motivací klienta, mapují se spouštěče cravingu, analyzuj  „such  dny“ a naopak dny s maxim ln  spotřebou alkoholu. Pr bě)ně se také stanovují a vyhodnocují týdenní cíle v oblasti konzumace alkoholu, pracuje se s rizikovými situacemi, zvládním stresu, zásadami psychohygieny a klient se edukuje v oblasti prevence relapsu. Hlavním cílem je dle autorek zahájení procesu vnit rn  změny. Na konci terapie se zhodnotí dosažené úspěchy a formuluje se plán na další 3 měsíce nebo zprostředkovává další pře (Funke & Orl kov , 2020, p. 90).

3.3 C lov  skupiny terapeutick  metody kontrolovan  konzumace alkoholu

Indikace této terapeutick  metody a zejména vhodnost jejího využití u lid  se syndromem závislosti pat  mezi nejvíce diskutovan  a kontroverzn  oblasti konceptu kontrolovan  konzumace alkoholu. Proto je tato podkapitola zaměren  právě na tuto skupinu.

Kontrolovan  konzumace alkoholu a závislost

Paradigma trval  ztráty kontroly v užívání alkoholu mezi lidmi s rozvinutou závislostí, bez mo)nosti tuto kontrolu obnovit (minimálně ne dlouhodobě), je v odborných

kruzích nadále platné. Například Röhr varuje před postoji typu „jednou si zase zkusím kontrolované pití“ a označuje je jako zadní vrátka, která je nutná navždy uzamknout, jinak dojde k recidivě (Röhr, 2015, p. 116). Pecinová uvádí, že u rozvinuté závislosti není obnovení kontroly možné a takové pokusy vedou po určité době k recidivě abúzu (Pecinová, 2011, p. 22), stejně jako Popov (2003a, p. 153). I Körkel a kolektiv ve své metaanalýze non-abstinentních přístupů (2015) toto přesvědčení podporuje a v případě rozvinuté závislosti považuje cíl kontrolovaného užívání za spíše formu harm reduction intervence.

Porovnání výsledků abstinenci a non-abstinenční léčby

V roce 2020 byla v odborném periodiku *Addiction* publikována dle autorů první systematická metaanalýza zaměřená na srovnání non-abstinentních a abstinenci přístupů v léčbě poruch užívání alkoholu. V této studii autoři porovnali 22 studií, ve kterých bylo zahrnuto 4204 pacientů. Ve svých závěrech neshledali statisticky významný rozdíl v účinnosti mezi abstinenci a non-abstinentními přístupy (Hensler et al., 2020, p. 1985).

Podle autorů jejich studia poskytla data ohledně některých sporných bodů, které jsou konceptu kontrolované konzumace alkoholu vyčítány. Jedním z nich je, že nabídka cíle kontrolovaného užívání může vést ke snížení náhledu klientů na potřebné změny v jejich chování. Ve studii se mezi pacienty, kteří přešli na non-abstinentní cíl, jedné třetině dařilo přesto abstinovat, nezanedbatelná část si později při možnosti změny cíle vybrala po období kontrolované konzumace cíl abstinence. Možnost vybrat si svobodně léčebný cíl zvyšovala mezi pacienty pocit sebe-účinnosti a vedla k vyšší míře angažovanosti a pozitivnímu přístupu ke zvolenému závazku.

Zároveň data neprokazují, že by míra závažnosti poruchy užívání alkoholu (dle DSM-V) předpovídala lepší výsledky v abstinenci orientované terapii nebo u přístupu kontrolované konzumace. Tím se nepotvrdil (ani nevyvrátil) konvenční předpoklad, že je kontrolovaná konzumace vhodná pouze u pacientů, kteří nejsou na alkoholu závislí.

3.4 Kontrolovaná konzumace alkoholu v České republice

Podle autorů článku „Kontrolovaná konzumace alkoholu: možnosti a limity nového terapeutického přístupu“ (Funke et al., 2021, p. 87) má v České republice tradičně v léčbě syndromu závislosti na alkoholu hlavní postavení abstinenci orientovaná léčba. O

kontrolované konzumaci alkoholu se však zmiňoval i Skála (1987, p. 80), který ji označoval za možnou alternativu abstinenci u subtypů alfa (problémové pití, sebededikace) a beta (příležitostné pití s výrazným společenským kontextem a s častým charakteristickým následkem somatického poškození) podle Jellinekovy typologie z roku 1940 (Raboch & Zvolský, 2001, p. 194), přičemž jej doporučoval spíše u mladých, svobodných osob bez odpovědností vůči rodině.

Dle autorů výše zmíněného článku je na místě průběžně sledovat a hodnotit měnící se poptávku po odborných adiktologických službách a případně rozšiřovat nabídku nových metod a postupů. V posledních letech se tak i u nás více rozvíjí přístupy zaměřené na kontrolovanou konzumaci alkoholu (Funke & Orlíková, 2020, p. 85).

Tato změna se odráží i v zahrnutí těchto intervencí do Doporučených postupů psychiatrické péče IV (2014), kteří uvádějí možnost využít u pacientů v počátečních stádiích závislosti postupů směřujících ke kontrolované konzumaci alkoholu s farmakologickou podporou (například nalmefen) a tím docílit výrazného snížení rizika spojených s vysokou mírou konzumace alkoholu (Popov et al., 2014, p. 40).

V roce 2021 spustila Klinika AdiCare 50hodinový kurz Management kontrolované konzumace alkoholu, akreditovaný Ministerstvem práce a sociálních věcí, jehož autory jsou Marie Funke a Michal Miovský (Adicare, 2021).

Kontrolovaná konzumace jako rozšíření nabídky

Funke a kolektiv navrhuje chápat kontrolovanou konzumaci alkoholu jako rozšíření nabídky odborné pomoci osobám ohroženým závislostí, a ne jako konkurenci či náhradu abstinence. Hlavní přínos tohoto přístupu spatřují ve vytvoření atraktivní a žádoucí nabídky pro ty osoby, pro které může být současná nabídka především abstinenci léčby překážkou a hrozí proto progresi případných zdravotních a sociálních dopadů problémového užívání alkoholu. Odbornou pomoc totiž podle odhadů vyhledá pouze asi 20 % lidí se závislostí na alkoholu (Funke et al., 2021, pp. 91-92).

Kontrolovaná konzumace v prostředí nízkoprahových služeb

Odlišnou podobu non-abstinentního přístupu zavedla společnost Podané ruce v Brněnském kontaktním centru ve Vlčké ulici. Program byl spuštěn 1. září 2020, cílovou skupinou jsou lidé ohrožení závislostí, zejména z řad lidí bez přístřeší. Klienti centra mohou

v prostorech konzumovat předem určené množství alkoholu (vína), které jim pracovníci odměřují v pravidelných intervalech. Cílem je snížit míru konzumaci alkoholu a snížit agresivní chování klientů, se kterými je tato služba individuálně plánována (Halaštová, 2021).

Tento program prezentovali Blažek, Dvořák a Kubíčková ve svém příspěvku „Kontrolovaná konzumace alkoholu v prostředí nízkoprahové služby“ (Dvořák, Blažek, & Kubíčková, 2021) na AT konferenci 2021. Jako inspiraci uvedli program kontrolované konzumace alkoholu „MAP“ (managed alcohol programe) využívaný v Kanadě. Autoři ve svém příspěvku představili i výzkum provedený mezi klienty kontaktního centra, kdy u výzkumného vzorku 40 respondentů, zapojených do programu, provedli postupně tři měření, zaměřená na soběstačnost v sedmi životních doménách (např. zdraví, bydlení, finance, užívání alkoholu, motivace ke změně). Při většině měření pak zaznamenali zlepšení v těchto ukazatelích. V příspěvku představili i kazuistiky klientů, na kterých ilustrovali snížení konzumovaného množství a další pozitivní změny (Dvořák et al., 2021).

4. Výzkumná část

Následující kapitola představuje výzkum zaměřený na rozšíření a podobu metody kontrolované konzumace alkoholu v ambulantních zařízeních.

4.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cíl výzkumu a výzkumné otázky k jeho naplnění byly stanoveny takto:

Cíl výzkumu:

Zmapovat a analyzovat aktuální rozšíření a podobu využívání terapeutické metody kontrolované konzumace alkoholu v ambulantních zařízeních v ČR.

Výzkumné otázky:

1. Jaké jsou mezi dotazovanými názory na terapeutickou metodu kontrolované konzumace alkoholu v rámci ambulantních zařízení v ČR?
2. Jaký je podíl ambulantních zařízení, která využívají terapeutickou metodu kontrolované konzumace alkoholu v terapii syndromu závislosti na alkoholu?
3. Jaká je dle informantů vhodná indikace pro využití terapeutické metody kontrolované konzumace alkoholu v ambulantních zařízeních?

4.2 Design výzkumu

Pro zvolení tématu a formulaci výzkumného problému byla nejprve zpracovaná myšlenková mapa (příloha 2). Pro naplnění výzkumného cíle byl zvolen kvalitativní, explorativní přístup. Data o názorech na podobu kontrolované konzumace alkoholu a vhodné indikace v ambulantních zařízeních v České republice byla získána především rozhovory s komunikačními partnery, na téma rozšíření se více zaměřilo dotazníkové šetření na širším vzorku respondentů z ambulantních zařízení.

Pro zpracování dat rozhovorů bylo zvoleno využití tematické analýzy prostřednictvím programu MAXQDA 2022. Tato data byla dále využita k tvorbě hypotéz pro dotazníkové šetření, které bylo následně vyhodnoceno v programech Microsoft Office Excel 365 a Tibco Statistica 12

4.3 Metody tvorby dat

Polostrukturované rozhovory

K naplnění stanoveného cíle výzkumu byl jako hlavní nástroj zvolen polostrukturovaný rozhovor. Tento nástroj umožnil obsáhnout všechny oblasti výzkumných otázek a zároveň poskytl dotazovaným svobodu pro další rozvíjení tématu (Miovský, 2006). Oslovení pracovníci ambulantních zařízení byli nejprve osloveni s žádostí o cca 1-1,5 hod. výzkumný rozhovor ve formě osobního setkání či online skrze nástroj Google Meets. V případě osobního setkání byl záznam fixován pomocí diktafonu/mobilního telefonu, v případě online výzkumu za pomoci záznamu v nástroji Google Meets.

K zodpovězení výzkumných otázek slouží polostrukturovaný rozhovor dle scénáře, který je součástí přílohy. Před začátkem rozhovoru byli dotazovaní seznámeni se základními informacemi o výzkumu a etických aspektech (viz část 4.6 a přílohy). Dále byli požádáni o krátké představení ohledně své aktuální práce s lidmi problémově užívajícími alkohol v ambulantním zařízení. Následně tazatel pokládal otázky dle scénáře rozhovoru, s případnými doplňujícími nebo upřesňujícími dotazy. Na konci byly dotazovaným položeny ještě dotazy týkající se jejich celkových zkušeností práce s cílovou skupinou, vzdělání, výcviků, kurzů a orientace v nových trendech.

Dotazníkové šetření

K ověření dat získaných v rámci rozhovorů byl zformulován stručný dotazník, který byl následně rozeslán prostřednictvím služby Mailchimp mezi všechny registrované adiktologické služby s uvedenou emailovou adresou (viz následující část). Konkrétní znění otázek vychází z dat získaných v rámci rozhovorů. Dotazník byl strukturovaný, s převahou uzavřených otázek a posuzovacích škál.

Z důvodu poměrně malého vzorku respondentů a emailového rozesílání dotazníku v online formě byla snaha o jeho co nejstručnější podobu, aby respondentům nezabral více než několik minut. Vyšší časové nároky na jeho vyplnění, jeho nepřehlednost či nesrozumitelnost mohli vést k velmi nízké míře response rate.

Odkaz na dotazník byl adresátům odeslán prostřednictvím zmíněné služby Mailchimp 3. 4. 2023. Otevřený pak byl do 14.4.2023.

4.4 Výzkumné soubory

Soubor pro polostrukturované rozhovory

Pro tvorbu souboru pro rozhovory byl zvolen záměrný výběr dotazovaných komunikačních partnerů. Cílem bylo získat dostatečný počet dotazovaných pro přiblížení se k teoretické nasycenosti, která by umožnila provedení tematické analýzy.

Pro získání kontaktů na komunikační partnery byla využita online databáze adiktologických služeb *Mapa pomoci*, dostupná na webové stránce <https://www.drogy-info.cz/mapa-pomoci> (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2022). Zde byla vybrána všechna ambulantní zařízení v těchto kategoriích:

- a) Ambulantní program
- b) AT ambulance

Získaná zařízení byla následně ručně zkontrolována a do dalšího kroku byla vybrána pouze ta, která splňovala kritérium poskytování ambulantní léčby poruch způsobených alkoholem. Tím byly odfiltrovány nerelevantní subjekty, jako např. kontaktní centra či zařízení, která se specializovala pouze na jiný segment léčby (nelegální drogy, patologické hráčství apod.). Zbylá zařízení byla kontaktována se žádostí o rozhovor. Pro posouzení míry expertní síly informantů o nich byly shromážděny základní informace, které jsou uvedené v tabulce 2 na začátku následující kapitoly.

Soubor pro dotazníkové šetření

Základním souborem v rámci dotazníkového šetření jsou adiktologické ambulance registrované jako zdravotní či sociální služby. Zdroj seznamu adiktologických ambulancí registrovaných jako sociální služby byl získán dotazem na MPSV. Konkrétně se jedná o vybrané ambulantní služby (kontaktní centra, odborné sociální poradenství), které mají jako cílovou skupinu osoby ohrožené závislostí. Tento seznam byl ručně očištěn od duplicitních kontaktů a jiných nepotřebných dat.

Seznam adiktologických ambulancí registrovaných jako zdravotnické služby byl získán z Národního registru zdravotních služeb s ambulantní formou péče v oborech péče adiktologie, návykové nemoci a psychiatrické ambulance. Tento seznam byl taktéž ručně očištěn od duplicitních záznamů a kontaktů bez uvedené emailové adresy.

V tomto případě se výběrový soubor shoduje se základním, jelikož byly dotazovány všechny registrované adiktologické ambulance v ČR s uvedeným emailovým kontaktem. Jedná se tedy o totální výběr (Reichel, 2009, p. 77).

4.5 Metody analýzy dat

Sesbíraná data z rozhovorů byla převedena do textové podoby metodou transkripce, konkrétně elektronicky pomocí funkce „diktovat“ v nástroji Microsoft Office Word 365. Při ní došlo k první redukci dat, neboť není možné, a pro účely tohoto výzkumu ani významné, zaznamenat veškeré kvality mluveného slova (Miovský, 2006, p. 206). Její přesnost byla zvýšena technikou kontroly transkripce opakovaným poslechem a úpravou chybně přepsaných pasáží. V rámci systematizace kvalitativních dat byla dále provedena redukce prvního řádu spočívající ve vynechávání částí vět, které neobsahují nějakou identifikovatelnou explicitně vyjádřenou informaci (Miovský, 2006, p. 210).

K práci s daty byla využita studentská licence programu MAXQDA Pro 2022. V něm proběhlo základní otevřené kódování postupně od obecnějších témat, volně kopírujících výzkumné otázky, k postupnému vyhledávání a kódování konkrétnějších témat. Autor dále využíval funkci poznámek (memo), funkci automatického kódování při hledání konkrétních výrazů (např. harm reduction). Pro zpřehlednění témat byly využity vizuální nástroje, konkrétně zobrazení hierarchie kódů podle jednotlivých skupin témat a dvou-případový model pro identifikaci společných a sporných témat. Ve druhé fázi výzkumu byly na základě tematické analýzy vyvozeny hypotézy vztahující se k rozšíření a názorech na přístup kontrolované konzumace alkoholu, které byly následně testovány prostřednictvím dat z dotazníku v programu Tibco Statistica 12. Dotazníkové šetření bylo dále vyhodnoceno v programu Microsoft Office Excel 365.

4.6 Etické aspekty výzkumu

Etické aspekty výzkum byly ošetřeny ve třech rovinách, vycházejících z termínu výzkumného pole (Miovský, 2006, p. 277): a) vliv výzkumníka; b) ochrana účastníků výzkumu; c) ochrana výzkumníků. Největší pozornost byla věnována prvnímu bodu, kdy vzhledem k předmětu výzkumu byl kladen důraz na dodržení empatické neutrality vůči dotazovaným v rámci rozhovorů. Dále byl v průběhu celého výzkumu pečlivě reflektován případný střet zájmu, spočívající v autorově vlastním názoru na předmět výzkumu.

Ochrana účastníků byla ošetřena pomocí informací pro účastníka výzkumu a informovaných souhlasů s účastí ve výzkumu zvláště pro rozhovory a pro dotazníkové šetření (viz příloha 6). Obsahují informace o výzkumu, o ochraně práv účastníka výzkumu, o možnostech vystoupení z výzkumu a podávání stížností, a kontaktů na řešitele a vedoucího práce. Účast ve výzkumu nebyla spojena s žádnou odměnou. Souhlas s účastí ve výzkumu byl udělován ústně pro rozhovory (je součástí nahrávky) a prostřednictvím odesláním dotazníku v případě dotazníkového šetření.

Ochrana výzkumníka (autora práce) nebyla v rámci tohoto výzkumu pro jeho povahu zvláště stanovena.

4.7 Časový harmonogram a personální zabezpečení výzkumu

Design výzkumu probíhal od listopadu 2021 do června 2022. Dále navazovali dvě fáze výzkumu: strukturované rozhovory a tématická analýza, následně dotazníkové šetření a zpracování finálních výsledků. Řešitelem je Bc. Filip Staš, vedoucím práce PhDr. Miroslav Barták, Ph.D. Kompletní harmonogram výzkumu ukazuje tabulka č.1:

Tabulka 1: harmonogram výzkumu

	I-V. 22	V. 22	VI. 22	VII. 22	VIII. 22	IX. 22	X. 22	XI. 22	XII. 22	I. 23	II. 21	III. 23	IV. 23
Ideový plán, design	x	x	x	x									
Teoretická část			x	x	x	x	x	x	x	x	x		
Rozhovory						x	x	x	x	x	x	x	
Analýza dat z rozhovorů						x	x	x	x	x	x	x	
Zpracování výsledků										x	x	x	x
Dotazníkové šetření													x
Analýza dat z dotazníku													x

5. Výsledky

V této části jsou popsány zjištění z tematické analýzy rozhovorů podle jednotlivých výzkumných otázek a dále výsledky z dotazníkového šetření. Základní kódovací rámec je uveden v příloze 5. V tabulce níže je uveden přehled všech komunikačních partnerů dotazovaných v rámci rozhovorů a základní údaje o nich:

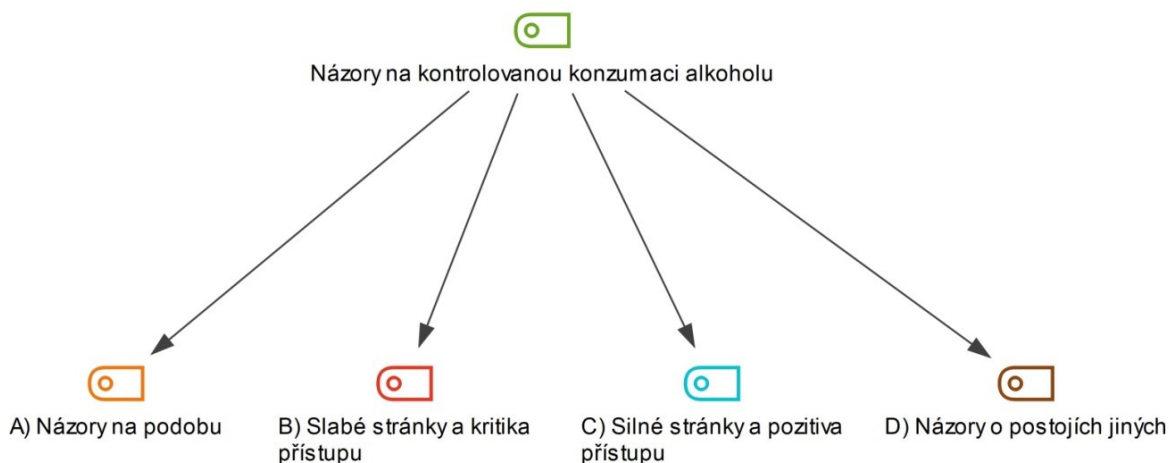
Tabulka 2: Přehled komunikačních partnerů

Kód	Vzdělání	Typ zařízení	Jak dlouho zde pracuje	Počet klientů s alkoholem	Délka praxe	Spec. kurzy či výcviky
01	Lékařka specialista	AT ambulance	13 let	180 / rok	20 let	Výcvik SUR
02	Sociální pracovnice	Adiktologická poradna (sociální služba)	5 let	60 / rok	15 let	Započatý výcvik v analytické psychologii
03	Adiktoložka	Soukromá praxe	6 let	Aktuálně 4	14 let	Výcvik KBT
04	Psycholožka	Poradenské centrum (sociální služba)	4 roky	200 / rok	6 let	Výcvik KBT
05	Sociální pracovník	Adiktologická ambulance (externě)	3 roky	Aktuálně 26	15 let	Výcvik v psychodynamické psychoterapii
06	Adiktolog	Adiktologická ambulance	< 1 rok	Aktuálně 3	8 let	-
07	Sociální pracovník	Adiktologická ambulance	3 roky	75 / rok	10 let	Výcvik v Integrativní psychoterapii
08	Psycholožka	Adiktologická ambulance (sociální služba)	2 roky	Aktuálně 49	6 let	Výcvik v Adlerovské psychoterapii
09	Lékař psychiatr	Psychiatrická ambulance	< 1 rok	Aktuálně 20	23 let	Výcvik v psychodynamické psychoterapii
10	Adiktoložka	Adiktologická ambulance	9 let	80 / rok	9 let	Kurz motivačních rozhovorů

5.1. Názory na přístup kontrolované konzumace alkoholu

V této části jsou prezentována nejčastěji zastoupená témata týkající se názorů na kontrolovanou konzumaci alkoholu; vyjma jejího rozšíření a indikace, které jsou pojednány v následujících podkapitolách. Diagram níže zobrazuje hierarchii hlavních témat týkajících se názorů na kontrolovanou konzumaci:

Diagram 1: Hierarchie názorů na kontrolovanou konzumaci alkoholu

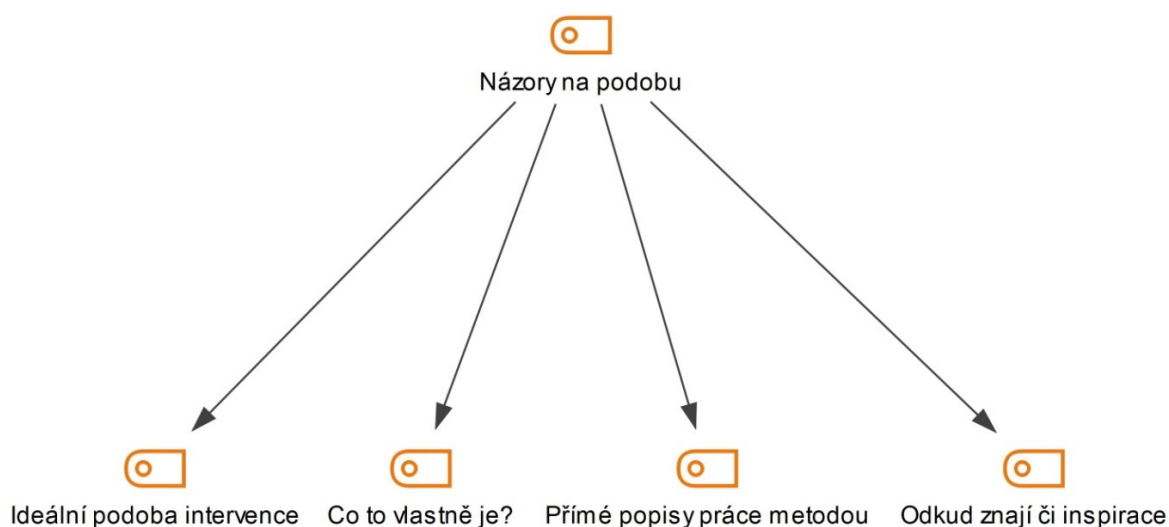


Tato hlavní názorová témata budou postupně popsána v pořadí dle diagramu.

A) Názory na podobu

První část rozhovoru byla věnovaná názorům týkajících se podoby kontrolované konzumace. Názory na podobu se větví na podtémata zobrazená na diagramu 2:

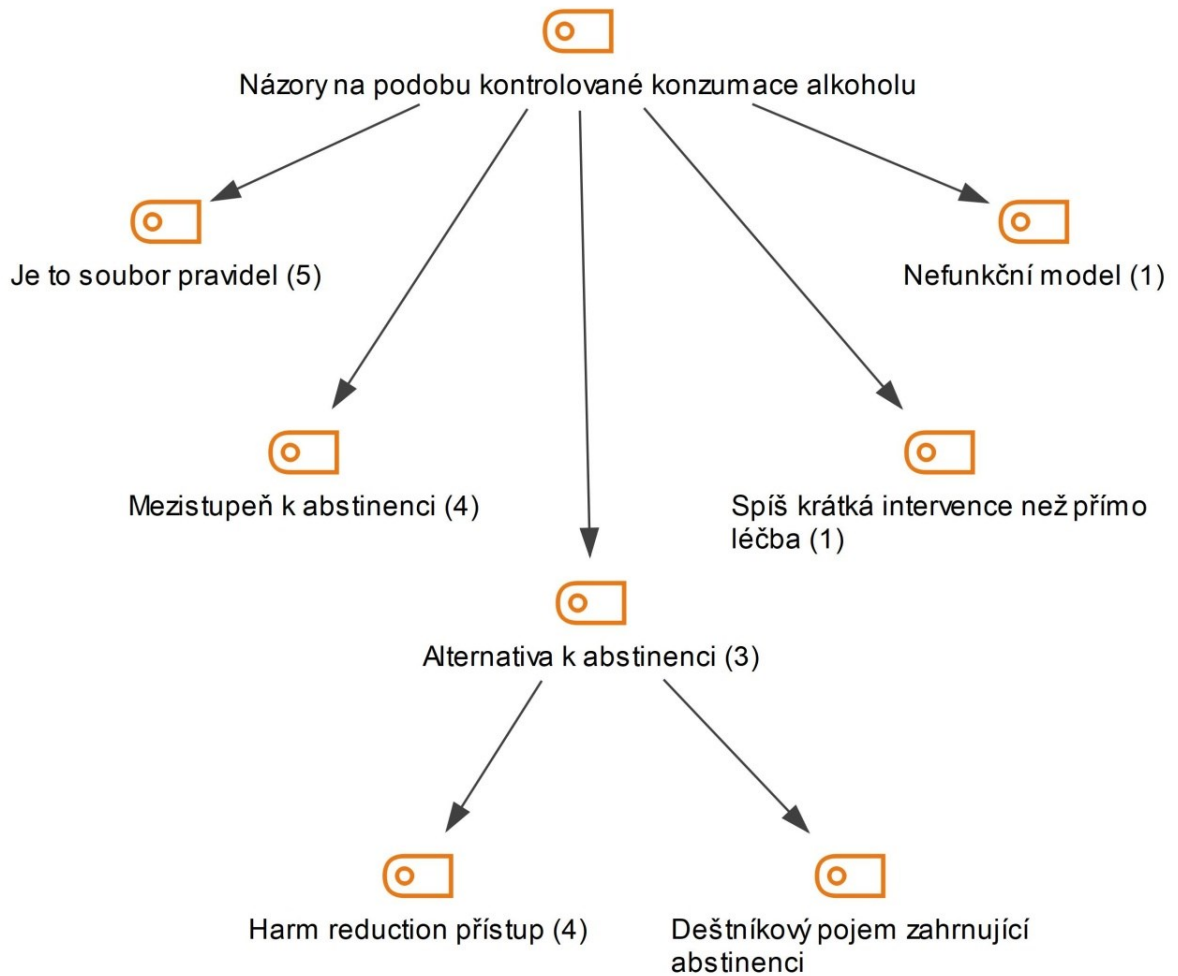
Diagram 2: Hierarchie názorů na podobu kontrolované konzumace alkoholu



Co to je kontrolovaná konzumace?

Dotazováním byla v rámci rozhovorů na úvod tohoto tématu položena otázka co si představí, když se řekne pojem kontrolovaná konzumace alkoholu. Někteří komunikační partneři uvedli více pohledů, výsledná témata, která jsou dále popisována, přehledně ilustruje, s uvedením jejich četnosti, diagram 3 níže:

Diagram 3: Hierarchie názorů na podobu kontrolované konzumace alkoholu



Kontrolovaná konzumace jako soubor pravidel

Nejčastější představou tohoto přístupu byl popis kontrolované konzumace alkoholu jako souboru pravidel vztahujících se konzumaci alkoholu. Uvedla jej polovina dotazovaných s převahou zdravotnických profesí (dva lékaři, dva adiktologové a sociální pracovníci), přičemž většina zároveň popisovala kontrolovanou konzumaci i ve smyslu mezistupně k abstinenci. Mezi těmito dvěma podobami kontrolované konzumace tedy docházelo ke značnému překrývání. Je zároveň nutné podotknout, že ve formě intervence o určitých pravidlech či attributech vlastně o kontrolované konzumaci alkoholu hovořil

každý z dotazovaných, uvedených pět komunikačních partnerů ale kladlo důraz na konkrétní pravidla a zároveň tento popis uvedli jako první, co je napadá, jako níže citovaná lékařka:

Komunikační partner 01: „No, já si samozřejmě představuju že splňuje všechny ty atributy, to znamená, který, já nevím jestli je to někde v knihách že jo, ale nula destilátů, aby teda to nepřešlo přes tu hematoencefalickou bariéru, pít vždycky po předcházejícím rozhodnutí, nikoliv tedy impulsivně, pít méně dnů a tam nějak... já vim že jsem takovej školomet, ale beru to jako míň dnů v týdnu než nepít, protože na měsíc by se to pak hodně kumulovalo že jo“.

Výše uvedená lékařka pracující v AT ambulanci zároveň zastává názor, že je tento model neudržitelný v případě závislosti a využívá jej jako mezistupeň k abstinenci (což je následující téma).

Komunikační partneři v rámci tohoto pohledu na kontrolovanou konzumaci alkoholu zmiňovali různé její součásti. Nejčastěji zmiňované atributy, tedy plánování, stanovování limitů a omezení ilustruje níže uvedená citace:

Komunikační partner 06: „Hmm... Při kontrolovaném užívání alkoholu si představuji dopředu plánované v dostatečně dlouhém intervalu připravené a promyšlené napítí se. To znamená, budu mít narozeniny, dám si skleničku sektu. A potom už zase vím, že nebudu pít do další nějaké předem plánované připravené akce, třeba narozeniny, který budou za půl roku nebo třeba za několik měsíců. Jo, a zase bez intoxikace jenom prostě se napít jednorázově a tím to končí“.

Ve výše citované odpovědi lze také spatřit, že druhým nejčastěji zmiňovaným atributem je po plánování názor na to, jaké by mělo být adekvátní množství zkonsumovaných jednotek alkoholu. Zde většina dotazovaných poukazovala na obecná zdravotní doporučení ohledně konzumace alkoholu, jedna z dotazovaných pak uváděla, že konkrétní limity si má stanovovat klient. Jako další často zmiňovaný atributem, který úzce souvisí s plánováním, uváděli dotazovaní kontrolu kontextu konzumace, která může v nejzákladnější podobě spočívat např. ve volbě druhu konzumovaných alkoholických nápojů či doba konzumace.

Právě v nutnosti dodržovat zmíněné atributy spatřuje dotazovaná lékařka velkou slabinu tohoto přístupu:

Komunikační partner 01: „*to jako mam sama pocit, že to kontrolovaný pití vlastně když dodržíte všechny atributy co to požaduje, teda jako po předcházející přípravě, a jenom to omezený množství, ten alkohol přece jeho kouzlo je právě v tý nahodilosti, úplně v tý bezhraničnosti, v něčem úplně jiný než teda požaduje to kontrolovaný pití takže, ale prostě těm lidem říkám vyzkoušejte si to a prostě, oni to nezvládnou“.*

Podobný pohled na kontrolovanou konzumaci alkoholu, tedy jako na soubor pravidel, vnímal i druhý lékař v souboru dotazovaných. Uváděl však, že termín kontrolovaná konzumace alkoholu nevnímá jako vhodný a v citaci níže navrhuje alternativní označení:

Komunikační partner 9: „*no ale mě tam asi trošku dráždí ten termín jako kontrolovaný pití, ta kontrola mě tam jako dráždí kdyby to bylo třeba nějaký skupiny, nebo omezování, nebo principy směřující k omezování množství užívaného alkoholu, asi by mi to dávalo jako větší smysl ale ten termín kontrolovaný pití mě tam, jak mi zavání tím že to jako kdyby říká že tomu člověku to dá kontrolu nad tím jakým způsobem kolik toho užije nebo jak užívá alkohol a já si myslím že mu to kontrolu nedá. Ale že jsou určitě dobrý principy který snižují jako to množství alkoholu který člověk vypije, to mi přijde jako super“.*

Výše již bylo zmíněno, že pohled na kontrolovanou konzumaci alkoholu jako intervenci či soubor pravidel se často kombinoval s jiným pohledem. Všichni komunikační partneři se zároveň shodli, že dodržování těchto pravidel bude minimálně velmi obtížné pro lidi se závislostí na alkoholu. V těchto případech se pak intervence spojovala s mezistupněm k abstinenci (vyzkoušet si, že to nejde), což zdůrazňovali více lékaři a adiktologové; nebo s přístupem zaměřeným na snižování rizik (harm reduction). Jedna dotazovaná s KBT výcvikem pak využívá tuto podobu intervence ve formě behaviorálního experimentu, ne ale s lidmi s diagnostikovanou závislostí. U téměř všech dotazovaných docházelo k obecné shodě, že vhodnou indikací jsou lidé rizikově, popřípadě škodlivě užívající alkohol (více v části 5.3).

Mezistupeň k abstinenci / vyzkoušet si že to nejde

Druhou nejčastěji zmiňovanou podobou kontrolované konzumace podle dotazovaných bylo její využití jako mezistupně k abstinenci, obvykle v kombinaci s výše

uvedenými pravidly. Právě důraz na důslednou evidenci zmiňuje níže citovaná lékařka, která tím cílí na vytvoření náhledu u klienta, že je kontrolovaná konzumace náročnější než abstinence, která pak bude pro klienta přijatelnější:

Komunikační partner 1: „určitě to kontrolovaný pití využívám na vstupu, jo že když ten člověk není rozhodnutej, prostě když ten člověk přijde s tím, že zjistil že se nemůže napít a nedokáže abatinovat tak říkám vidíte, teď jste přišel, je to skvělý. Bod číslo jedna: víte že sám to nedokážete, bod číslo? dvě obrátil jste se na pomoc. Tak teďka uvidíte jestli to zvládnete s tou pomocí... Hodně jim nabízím tu skupinu. Vysvětluju jim to že vlastně když říkaj: já sem takovej nesmělej, říkám: všichni jsou tam nesmělí právě proto pijou, takže to je ta jedna skupina. A když ten člověk přichází s tím že má s tím alkoholem problém a že by chtěl jako aby to zvládal tak já říkám dobře tak zkuste tohle, uvidíte jestli to zvládnete. Když to nezvládnete, a zase příměr třeba každej se narodíme s nějakým různě velkým soudkem kterej je prázdněj. Tak buď jste si ho už naplnil a pak...ale to si musíte vyzkoušet sám. Buď to zvládnete nebo nezvládnete. Jediný, co bych vám doporučovala abyste s náma udržel kontakt. Necham toho člověka aby prostě zkusil kontrolovaný pití“

Dotazovaní přitom zdůrazňovali, že u osob se závislostí na alkoholu (někteří zmiňovali i škodlivé pití) nebude tento přístup pravděpodobně funkční a že si to může klient vyzkoušet v kontrolovaném prostředí. V případě neúspěchu pak může usilovat o abstinenci. Tento názor opět zastávali více lékaři a adiktologové pracující ve zdravotnických zařízeních a s psychodynamicky orientovaným psychoterapeutickým výcvikem. Jako ilustraci tohoto pohledu lze ale uvést i citaci sociální pracovnice pracující v sociální službě:

Komunikační partner 2: „...no já spíš jako mám zkušenost v tom, že vlastně, že to může bejt jako nějaký jako takový jako rozhraní jo, že to může jakoby pomoct tomu, že když ten člověk jako si vyzkouší jako v uvozovkách kontrolovaný pití, že třeba jako nějak sníží, jo nebo se snaží prostě teda nepít ten tvrdej, že to může bejt prostě pak jakoby vstup k tomu rozhodnutí jak on to vlastně s tím alkoholem teda jako chce mít jo, že bude klient kterej si řekne heleďte se, tak jako já sem s tím takhle ok a pak bude klient, který prostě si přide na to, že se bude prostě muset rozhodnout, jestli jako úplně přestat. Jestli to třeba taky není jednodušší, prostě si pak jako říct tak jako končím. Jo ale nějakěj takovej jako mezistupeň v tom rozhodnutí jo.“

Alternativa k abstinenci / harm reduction

Tři komunikační partneři vyslovili názor, že kontrolovaná konzumace může představovat samostatnou léčebnou metodu ve smyslu non-abstinentního přístupu, a tvořit tak alternativu k abstinenci. Jednalo se o sociálního pracovníka/psychoterapeuta a obě psycholožky. Všichni tři pracují v sociálních službách, o čemž později sami hovoří jako významném ve smyslu vyšší akceptace tohoto přístupu. Níže uvedená citace slouží jako ilustrace tohoto názoru na kontrolovanou konzumaci:

Komunikační partner 7: *„no tak já to vnímám jako nějakou, jako nějakou novější možná pohled na to, co se všechno ještě může nazvat léčba jo, kdy nějak koketujeme teda s tezí, že abstinence jako nějaký, že nemusí být abstinence jediným prostředkem pro zlepšení kvality života jo, kdy dejme tomu získání kontroly nebo odstranění nutkavosti jo v tom užívání může být legitimní cíl nebo nástroj jo, aby se těm lidem zlepšil život tak v určitých případech je to samozřejmě v pořádku, když udržej tu změnu vlastně i bez toho že by abstinovali no...“*

Přímo jako alternativu k abstinenci orientovanému přístupu pak následující psycholožka s KBT výcvikem, pracující v sociální službě, představuje svým klientům a podtrhuje to výstižným přirovnáním:

Komunikační partner 4: *„A vlastně jim tam představuju kontrolované užívání jako něco, co vzniklo jako alternativa k tomu zpopularizovanému vlastně jako kdyby přístupu tý abstinence doživotní, a představuju jim to jako něco, s čím můžou z toho zlého pána udělat znovu toho dobrého sluhu, jestli to takhle dává smysl to co říkám, jo. tady tohle to je zrovna příměr, kterej se obvykle těm klientům hrozně líbí jo, že vlastně to je jako kdyby ten alkohol je dobrý sluha ale zlý pán.“*

Dále zmiňuje i přístup harm reduction jako významný ve vztahu ke kontrolované konzumaci alkoholu:

Komunikační partner 04: *„vlastně mluvíme o tom, že ta kontrola může být ať už v nějakým jako limitování toho množství alkoholu nebo kontrola může být vlastně v nastavování toho jak pečovat sám o sebe před tím pitím, v průběhu toho pití a potom co se člověk napije, může to být vlastně kontrola v rámci toho, jak zabezpečit to, aby se člověku během toho popíjení nic nestalo, takže potom víc toho harm reduction ale vlastně i v tomhle tohle“*

vnímám tu kontrolu protože člověk vlastně kontroluje to svoje chování, kontroluje ten svůj přístup“.

Jedna z dotazovaných pak při popisu své představy o kontrolované konzumaci alkoholu zmiňovala přímo konkrétní podobu nízkoprahového zařízení, určeného zejména pro osoby bez přístřeší a kontrolovanou konzumaci přímo ve smyslu harm reduction:

Komunikační partner 8: *„Tak mě se to téma hodně líbí a jsem příznivcem a zastáncem, v (město) to teda ještě není a já, když by záleželo na mně, tak ano, dávám vlastně jako palec nahoru, je to pro mě způsob léčby, kde vidím nějaký jako posun, co by pro, co by těm klientům jako pomohlo. A vidím to možná v třech takových jako oblastech, alespoň s těmi, co já mám v ambulanci, a tak je to nějaká jako důvěra, a to kontrolované pití vlastně u nich, že oni sami potřebují nějaký sociální kontakt a tam bych to viděla asi možná v tom největším měřítku, že v tom by jim to hodně pomohlo, protože tihle ti klienti, kteří nás navštěvují tak ten sociální kontakt je tam jako velké téma. Jsou fakt jako vyloučení. Takže v tom bych to viděla že by se s nimi dalo potom více jako pracovat“.*

Abstinence jako součást kontrolované konzumace (deštníkový pojem)

Objevil se i názor, související s pojetím kontrolované konzumace jako harm reduction přístupu, že abstinence je vlastně jedna z možných podob či součástí kontrolované konzumace alkoholu a představuje pomyslný vrchol snižování rizik souvisejících s užíváním alkoholu:

Komunikační partner 4: *„Zároveň já za sebe považuju abstinenci jako za jeden, nebo za součást vlastně jako kdyby kontrolovanýho užívání, a já se docela identifikuju, a teď ani nevím kde jsem to četla nebo kde jsem si to jako nastudovala ale že používají vlastně jako harm reduction, respektive jako kontrolovaný užívaný jako deštníkovéj pojem, jako takovéj deštníkovéj termín, kterej zastřešuje všechny formy práce s tou látkou, který člověk může vlastně, který člověka můžou napadnout, takže tohlencto se mi na tom líbí“*

Objevila se ale i kritika využívání kontrolované konzumace alkoholu ve formě harm reduction přístupu. Níže citovaná lékařka, preferující pojetí kontrolované konzumace alkoholu jako mezistupně k abstinenci, nepovažovala naopak za vhodné nechávat paušálně všechny klienty pouze na úrovni snižování rizik:

Informovaný partner 1: „...že bych opravdu považovala lidi, ti kteří mají ten návykovéj problém za jedny z nás, to znamená že bych jim nepodtrhávala takovou tu laťku, že pro mě stačí to harm reduction. Jo, že já v tom vidím trochu, že jo v tom možná na závěr, že ta léčba závislosti je de facto takovej ten přesun z toho paternalistický..., ať už je to droga nebo alkohol, z tý paternalistický pozice terapeuta, do tý partnerský v průběhu těch let. A to tedy vlastně ten přístup takovej voluntaristickeh, tak de facto jdu rovnou do partnerského, ale je to prostě hrubá manipulace, protože toho člověka, s kterým jsem v tom, není to autentický vztah, pořád to považuji za někoho, kdo je daleko pode mnou a prostě na tom posunu nepracuju.“

Je to nefunkční model

Níže citovaná adiktoložka, pracující v adiktologické ambulanci, popsala svůj pohled na kontrolovanou konzumaci jako nefunkční model, s jehož využívání za stávajících podmínek ve společnosti (vysoké dostupnosti alkoholu) nesouhlasí, a to ani u lidí škodlivě užívajících alkohol:

Komunikační partner 10: „No že to není funkční takže s tím vlastně jakoby nesouhlasím že by někdo chtěl zkusit kontrolovaný pití, většinou zjistíme stejně že to není osvědčenej model, že stejně sklouzнул do nějaký závislosti nebo pití každodennímu zase zpátky, do toho modelu. Takže oni to udržej třeba dva tejdny ale třetí třeba tejdny začnou už pak pít denně nebo navyšovat zas ty dávky, který už jsme zakázali jako, takže vůbec..., nebo ne, nesouhlasím jakoby s kontrolovaným pitím.“

Spíše krátká intervence než přímo metoda

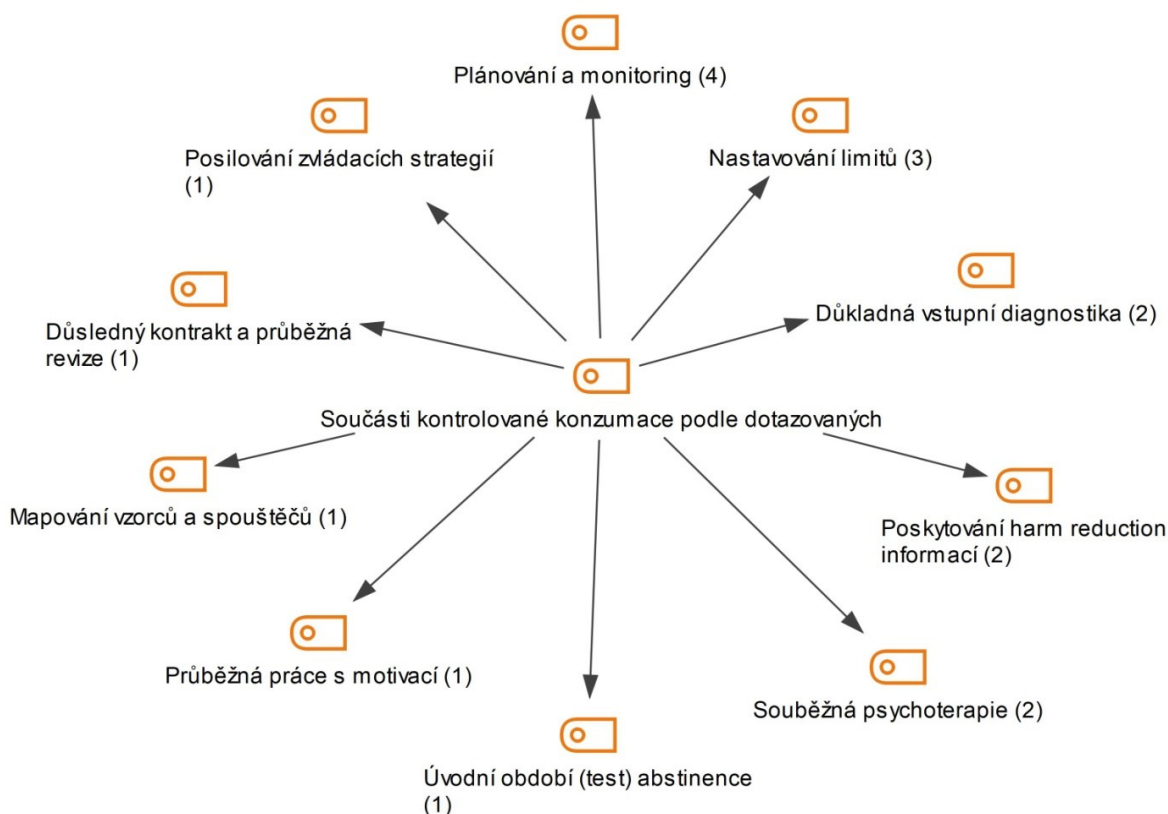
Níže citovaný lékař popisoval kontrolovanou konzumaci jako soubor pravidel (s výhradami k tomuto názvu, zmiňovanými výše) a zároveň ji přirovnával spíše k formě krátké intervence než přímo léčebné metody:

Komunikační partner 9: „...ale nedokážu si představit, že by chodili k psychiatrovi tenhle lidi, protože mi to přijde spíš taková jako, nebo způsob, který nevím jestli přímo jako je jako léčbou jo, že spíš mi to přijde něco jako třeba jako hygiena spánku, jakože když někdo má problémy se spánkem tak má nějaký jako doporučení co má dělat, tak mi to přijde něco jako když někdo pije víc tak má nějaký doporučení dělat to nebo místo takových těch krátkých nebo minimálních intervencí který by měl dělat praktický lékař v rámci nějakých prohlídek“.

Součásti intervence zaměřené na kontrolovanou konzumaci alkoholu a popisy práce touto metodou

Někteří dotazovaní vyjmenovávali přímo konkrétní součástech intervencí zaměřených na kontrolovanou konzumaci alkoholu či popisovali, jak tímto způsobem pracují. Součásti kontrolované konzumace dle dotazovaných shrnuje následující diagram:

Diagram 4: Součásti kontrolované konzumace dle dotazovaných



Dotazovaní, kteří pojmají kontrolovanou konzumaci více jako mezistupeň k abstinenci, tedy častěji lékaři a adiktologové, zdůrazňovali především význam důkladného vstupního zhodnocení před zahájením kontrolované konzumace alkoholu, stanovení limitů a jejich kontrolu, a častěji také podmiňovali spolupráci úvodním obdobím abstinence od alkoholu, což ilustruje následující citace:

Komunikační partner 06: „hmm, no... My jsme dlouho s nima o tom vyjednávali... V současné době už spíš kontraktujeme, že pokud chce kontrolovaně pít ten člověk tak to akceptujeme, nebo akceptuji, ale je důležité aby stejně na začátku si vůbec zkusil nepít a zjistil vlastně to, jestli dokáže nepít a jestli to dokáže dodržet, jestli to nedokáže tak nemá význam zkoušet pít kontrolovaně protože právě je tam slovo kontrolovaně, to znamená pod

nějakou kontrolou, mít tu látku pod kontrolou, mít to plánování a ty chutě pod jasnou svojí vlastní kontrolou, což samozřejmě ten člověk co se o to snaží ale stále pije tak to samozřejmě nemá.“

Komunikační partneři, kteří více pojímali kontrolovanou konzumaci jako alternativní léčebný model či harm reduction, nekladli takový důraz na vstupní vyšetření a více se soustředili na stanovování cílů, kdy zdůrazňovali respekt k rozhodnutí klienta. Níže citovaná psychologka, pracující v sociální službě, v tomto ohledu zdůrazňuje význam i malých změn a inspiraci konkrétním modelem HAMS (harm reduction, abstinence and moderation support):

Komunikační partner 4: *„každá změna je změna a že vlastně i to, že člověk stáhne o jedno pivo za večer tak taky pořád vlastně změna k nějakému jako lepšímu stavu, zároveň mi tam hodně pracujeme vlastně s tím, že se nedá, nedá... Je tam jedna jako krásná metafora kterou používáme my jsme to převzali asi z kanadského HAMSu, a oni tam mluví vlastně o tom, že nemůžeme sníst slona na posezení ale pokud si ho naporcujeme tak ho vlastně postupem času můžeme sníst úplně celého.“*

Další složky kontrolované konzumace, kdy panovala shoda u obou naznačených skupin, bylo souběžné mapování spouštěčů, práce s motivací, posilování zvládacích strategií, důsledné kontraktování spolupráce ve spojení s průběžným zhodnocováním kontraktu a poskytování poradenství zaměřeného na harm reduction.

Komunikační partneři, pracující v sociálních službách, také uváděli že kontrolovaná konzumace alkoholu může sloužit jako rámec, který umožňuje zapojení dalších intervencí při práci s klientem:

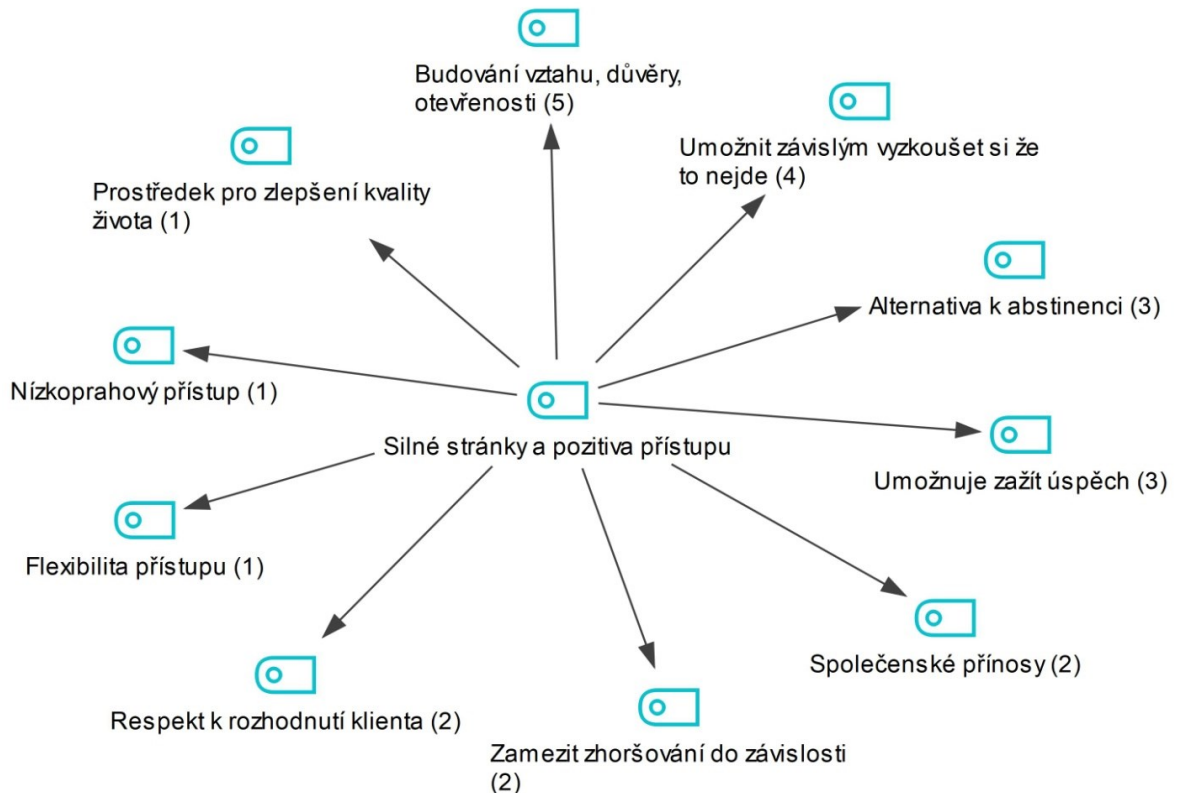
Komunikační partner 7: *„A samozřejmě ta kontrola je takovej jako strukturální nějaký rámec a v něm je ten prostor pro ty intervence který se týkají jeho prožívání reality, jeho vztahů, jeho trablů jo, jeho trápení a to když voboje vemem a koukáme na to, jak se to chová jo, tak nám to říká o tom jestli to je správná cesta nebo úspěšná cesta nebo není jo.“*

B) Názory na užitečnost přístupu kontrolované konzumace alkoholu

V následujícím přehledu budou prezentována hlavní témata, která dotazovaní uvedli při popisu svých názorů týkajících se užitečnosti, či obecněji pozitivních názorů na kontrolovanou konzumaci alkoholu.

Z diagramu níže je patrné, že užitečnost přístupu se týká nejčastěji zlepšení situace konkrétního klienta a spolupráce s ním. Komunikační partneři dále popisovali i některá pozitiva pro společnost. Obecně uváděli více pozitiv zastánci pohledu na kontrolovanou konzumaci jako alternativu k abstinenci či harm reduction přístup a dotazovaní pracující v sociálních službách.

Diagram 5: Silné stránky a pozitivní názory na přístup



Užitečnost ve spolupráci s klientem

Komunikační partneři nejčastěji uváděli pozitiva přístupu pro proces spolupráce s klientem. Častý byl názor, že kontrolovaná konzumace, nebo obecněji nevyžadování abstinence, má své místo na začátku spolupráce a usnadňuje navázání terapeutického vztahu a důvěry. Tento benefit uváděli jak dotazovaní, kteří vnímají kontrolovanou konzumaci jako alternativu k abstinenci či harm reduction, tak i zastánci využití přístupu jako mezistupně k abstinenci, jako následující sociální pracovník/psychoterapeut pracující v adiktologické ambulanci:

Komunikační partner 5: „Může to bejt podle mě vhodný k navázání kontaktu, k tomu že ten pacient přichází s nějakou myšlenkou, často se stává že potom když začnou abstinovat tak si uvědomí že nechtěj třeba ztratit to že by se zpátky vrátili na tu pozici kterou měli,

uvědomujou si ten debakl kterež zažívali a nechtěj to znova podstupit ale myslim si, že ten prvotní cíl s tím že ten člověk přichází a něco s tím chce dělat a potom až pozdějš zjistí po konzultaci s odborníkem že to není tak jednoduchý nebo přesně dosažitelný tak si myslim že je fajn když lidé přicházejí alespoň s nějakým cílem než aby nepřišli vůbec.“

Vyzkoušet si že to nejde

Právě na pojetí „mezistupně“ pak navazuje mezi dotazovanými velmi rozšířené oceňování kontrolované konzumace alkoholu jako nástroje, který klientům může umožnit vyzkoušet si v chráněném prostředí, že je pro ně tento cíl nedosažitelný. Níže citovaná lékařka výslovně popisuje tento způsob přístupu:

Komunikační partner 01: *„Spíš co se mi jako hrozně osvědčuje u těch nerozhodnutých lidí, to jsem si teďka uvědomila, když o tom mluvíme je, že je nechám dělat evidenci abusu. A opravdu prostě trvám na tom, aby to bylo jako takový, aby, ne aby to psali na počítači, ne aby to psali do nějakých tabulek, aby si vzali á čtyřku, pak tam napsali jako blechy ty data..., ...spíš přes tu evidenci než přes to kontrolovaný pití, tam ty lidi se jako ztratí spíš, protože zkoušej to, pak se na to vyfláknou, protože prostě ono to nejde že jo.“*

Někteří ze zastánců této formy kontrolované konzumace také uváděli, že je představa obnovení kontroly nad alkoholem pro závislé jedince často atraktivní a že je proto vhodné si ve spolupráci s odborníkem vyzkoušet, že se jedná o slepou uličku rovnou v průběhu ambulantní léčby, než po ní.

Alternativa k abstinenci, respekt k rozhodnutí klienta

Komunikační partneři, kteří pojmají kontrolovanou konzumaci jako alternativu k abstinenci či harm reduction přístup, kladně hodnotili přímo toto jako silnou stránku přístupu, v čemž se liší od předešlé kategorie. Dva ze zastánců tohoto pohledu také kladně hodnotili tento přístup jako partnerský a respektující rozhodnutí klienta.

Zažít pocit úspěchu

Další opakovaně zmiňovanou předností přístupu kontrolované konzumace alkoholu bylo, že si klient skrze dosahování změn ve svém přístupu k alkoholu může zažít pocit úspěchu a ocenění. Abstinence může být podle některých dotazovaných z počátku náročný cíl, a postupné zavádění prvků kontroly může představovat menší kroky a změny. Skrze tyto

úspěchy se pak může nastartovat proces pozitivních změn na straně klienta a případně vést k dalšímu omezení užívání až abstinenci:

Komunikační partner 7: *„a druhá věc je že oni taky dostávají je možnost zažít nějaký svý úspěchy nějaký svůj posun jo a není to celý napasovaný do toho jednoho černobílyho kritéria abstinuješ, neabstinuješ a oni na to nemají a prostě jasně si jdou pro neúspěch jo v tý léčbě, a tady ne. A tím že zažívají se sebou úspěchy tak se lepší jejich vztah sám se sebou, se svým sebehodnocením, sebevědomím a tak dále jo a není vůbec vyloučený že třeba jednou zvládnou ten život úplně bez nějakých návykových věcí. Takže tyhle dvě věci vnímám kolem, jako přínos kontrolovanýho užívání. Může to bejt přechodnej prostě nějaký stav ve kterým se děje to že oni jsou rádi v tý psychoterapii a zažívaj jakože rostou.“*

Možnost zamezit zhoršení užívání do syndromu závislosti

Ve výzkumu zazníval i názor, že tento přístup může být užitečný u lidí, kteří zatím nesplňují kritéria syndromu závislosti, ale pokud by pokračovali v pití bez intervence tak by hrozilo překročení této hranice:

Komunikační partner 3: *„já si myslím že přínos je v tom že oni se jakoby naučí jednak nahlídnou na to, nahlédnout na to co všechno jim ten alkohol v životě způsobuje, nahlédnout na tu err jaký vlastně mechanismus má ta začínající závislost a co přesně to znamená u nich jo co vlastně přesně se jim vymyká z rukou a co přesně jako se začíná nějakým způsobem jako bortit a kazit no a má to smysl v tom že je to naučí zacházet s tím alkoholem prostě obezřetnost jo že zabráníte tomu aby se něco jako škodlivé užívání dostalo do stádia závislosti.“*

Flexibilita přístupu

Jedna z dotazovaných psycholožek jako velkou devizu tohoto přístupu zmiňovala značnou flexibilitu přístupu jednak z hlediska integrace do různých terapeutických přístupů, zároveň pak i na míru konkrétnímu klientovi:

Komunikační partner 4: *„je to vlastně jako šikovnej přístup, protože vlastně aplikovatelný v podstatě na všechny terapeutický směry, že je to taková jako hezká nástavba na kde co, a člověk nemusí mít jeden konkrétní psychoterapeutický výcvik aby mohl dělat harm reduction terapii, popřípadě aby se mohl zaměřovat s klientama na kontrolovaným užívání, to mi na tom přijde vlastně jako sympatický a i to že je to integrovaný systém jo, že to přebírá*

spoustu jako různých nástrojů z různých směrů tak to je taky šikovný. A mně se to hrozně líbí jak moc to může být kreativní, jak moc s těma klientama můžeme ohýbat to jak to má vypadat aby to bylo vyloženo na míru tomu klientovi, jo není to prostě bod A a bod B a je tam rovná čára ale může to prostě jít různěma cestama, ten člověk se může vracet, může si něco znovu posilovat, něco úplně přeskočit protože se ho to netýká, a ty metody té práce jsou skutečně o tom, že si to s tím klientem nastavujeme individuálně, to mě na tom přijde hrozně krásný.“

Společenské přínosy

Kromě užitečnosti pro samotné klienty a terapeutickou práci zazněly i přínosy pro okolí klienta a celou společnost, v tomto případě od psychologičky, která touto metodou sama pracuje v sociální službě:

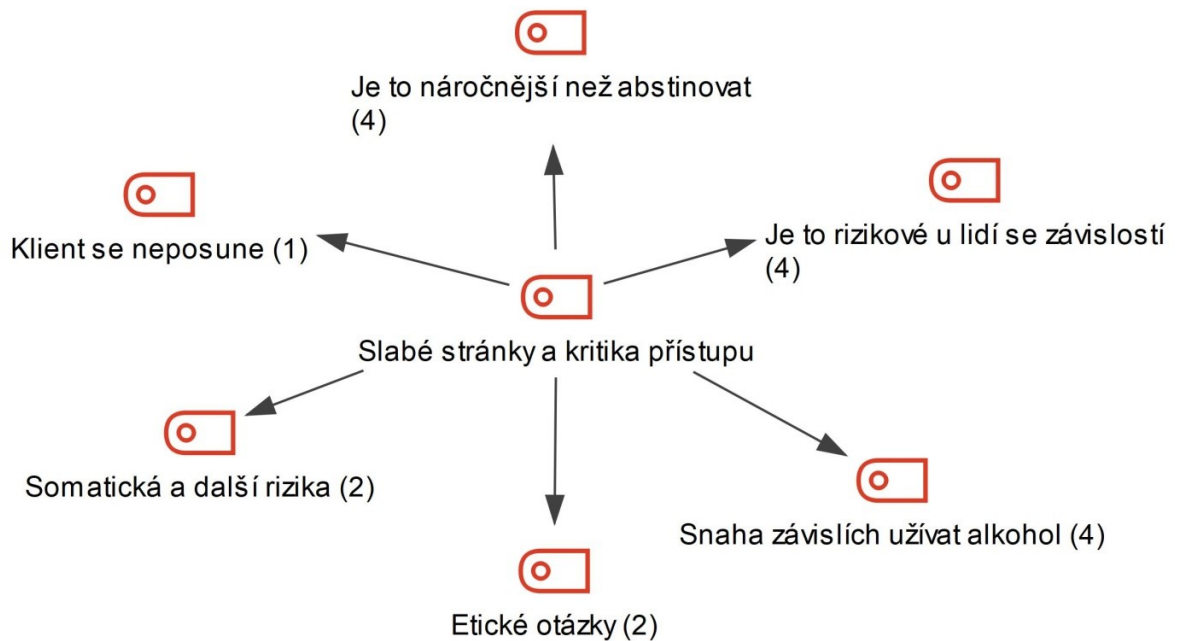
Komunikační partner 3: *„no tak já jsem hodně o těch přínosů jako pro toho klienta no a tak pak jako asi se můžeme bavit o přínosech jaký to má pro společnost nebo pro šetření peněz jo nebo jakým způsobem to může chránit rodiny, peníze které tečou do zdravotnictví ve chvíli kdy se člověk fakt jako hodně rozpije a pak se bavíme že jo o závislosti v různých stupních závislosti jak je to potom těžký se jako dostávat myslím si že v týhle fázi je to jednodušší, se kus problémů který nejsou tak rozvinuté dostat než z problémů který už prostě jsou mnohem mnohem těžšího kalibru“.*

C) Kritika přístupu

V rámci dotazování zaznívaly i kritické názory na tuto metodu. Kritika zaznívala zdaleka nejčastěji ve spojitosti s klienty se závislostí na alkoholu. Paleta témat je v tomto ohledu užší než v případě pozitivních aspektů přístupu, což je patrné již z diagramu níže. Na druhou stranu se ale na těchto jednotlivých tématech shoduje více respondentů, kteří zastávají i diametrálně jiný pohled na přístup kontrolované konzumace alkoholu. Více kritičtí a opatrní k přístupu kontrolované konzumace alkoholu byli lékaři a adiktogové, či zastánci pohledu na kontrolovanou konzumaci ve smyslu mezistupně k abstinenci nebo s názorem, že se jedná o nefunkční přístup.

Kritické názory na přístup shrnuje diagram 6:

Diagram 6: Slabé stránky a kritika přístupu



Je to těžší než abstinence

Značná shoda panovala v názoru, že zejména pro osoby s problémovým užíváním alkoholu bývá kontrolovaná konzumace alkoholu náročnější, než abstinence. Dotazovaní zmiňují časté zkušenosti s tím, že samotní klienti postupně docházejí k závěru, že neustálá kontrola je paradoxně náročnější na důslednost než prostá abstinence. V tomto názoru se shodují i komunikační partneři, kteří se v jiných aspektech neshodují (viz část 5.4). Ilustrují to následující dvě citace sociálního pracovníka pracujícího v sociální službě (7), který jinak zastává pohled na kontrolovanou konzumaci jako alternativu k abstinenci a lékaře - psychiatra, který přístup vnímá spíše ve formě krátké intervence a ne jako plnohodnotnou léčebnou metodu (9):

Komunikační partner 7: „Na jednu stranu si myslím, že je to docela, jako hodně ty klienti často mají představu, že je to něco snadnějšího, kontrolovat pití než než abstinovat. Nějak ty zkušenosti ukazují, že ono to tak jako snadný není jo, jednak, jednak vlastně pořád ta kontrola jo je vlastně o tom ta kontrola jako kdyby je držela pořád nějaký první fázi té změny jo že oni se musej zabývat neustále tím kolik toho vypili a kdy a za jakých podmínek jo.“

Komunikační partner 9: „co se týče jako praktických zkušeností který mám jako za dobu své praxe tak si myslím že to nejde že je jednodušší a efektivnější a výhodnější a konstruktivnější abstinovat.“

Je to rizikové u lidí se závislostí

Negativní názory se pak objevovaly zejména v kontextu využívání metody při práci s lidmi se syndromem závislosti na alkoholu. Dotazování zde zdůrazňovali, že právě jeden ze zásadních příznaků závislosti, tedy ztráta kontroly, činí z termínu kontrolovaná konzumace alkoholu u lidí se závislostí na alkoholu téměř oxymoron, jak výslovně poznamenala níže citovaná:

Komunikační partner 02: *„Za mě jako když takhle nad tím jako přemejšlím tak je to skoro až jako protimluv jako, kontrolovaný pití.“*

U osob s tímto příznakem závislosti je tedy logickou otázkou, zda je možné tuto kontrolu nad užíváním alkoholu obnovit. Při položení této otázky obvykle dotazování odkazovali na klinické zkušenosti, dle kterých není obnovení kontroly možné a jedinou možností je abstinence. Takto odpovídal například dotazovaný lékař - psychiatr:

Komunikační partner 9: *„nevím nejsem jakoby úplně jako teoretik, nevím jestli to někdo zkoumal ale co se týče jako praktických zkušeností, který mám jako za dobu své praxe tak si myslím že to nejde, že je jednodušší a efektivnější a výhodnější a konstruktivnější abstinovat“.*

Komunikační partneři také často hovořili o zkušenosti, že lidé se závislostí často vlivem ztráty kontroly postupně překračovali naplánované dávky alkoholu a postupně se u nich obnovovaly původní problémové vzorce užívání. Tyto empirické zkušenosti mohou vést k výše zmiňovanému využívání metody jako mezistupně k abstinenci, kdy se o nefunkčnosti přístupu při ztrátě kontroly přesvědčí samotní klienti.

O častém spojování kontrolované konzumace alkoholu a cílovou skupinou lidí se syndromem závislosti na alkoholu a výsledné stigmatizaci tohoto přístupu výslovně hovoří dotazovaná adiktoložka, která jinak ve své praxi u lidí se závislostí nevyužívá kontrolovanou konzumaci v žádné formě:

Komunikační partner 03: *„já mám z toho takovej dojem, že většina zařízení, když se řekne kontrolovaný užívání a že ho třeba děláte, tak jako na vás koukají jako na blázna a jako na neodborníka, protože spousta jako lidí, když se řekne kontrolovaný užívání, tak si představí alkoholika, u kterého já přistupuji na to že bude pít kontrolovaně jo, že tam že tam je taková trošku mylná představa, že když někdo pracuje s kontrolovaným pitím, tak že prostě*

každýmu kdo chce kontrolovaně pít tak přistoupí na to, že budou pracovat na kontrolovaným pití“.

Snaha závislých užívat alkohol

Jedná se vlastně o variantu předešlého tématu, kdy dotazování považují tento přístup za snahu lidí se závislostí na alkoholu nepřijít o možnost užívat alkohol. Jeden z dotazovaných v tomto ohledu i zaznamenal snahu lidí se závislostí spojit možnost pokračování v užívání alkoholu s úlevou od tlaku okolím prostřednictvím spolupráce s odborníkem na kontrolované konzumaci alkoholu:

Komunikační partner 07: *„Ale jsou i jiný klienti kterým to nejde kteří třeba nemají dobrou motivaci a vlastně to kontrolovaný užívání je pro ně takovej jako únikovej nějaký spíš mechanismus jo. Oni můžou někde doma říct já se léčím, a někam chodím, oni to tam se mnou takhle zkusili, jim to stačí tak co ty máš v řeči. Nebo jsou to ty lidi, který jsou poslaný z toho OSPODU a myslej si, že když budou někam docházet že to stačí jo, takže vlastně oni to neberou jako prostředek pro zlepšení života, ale to kontrolovaný pití berou jako prostředek toho, aby se ulevilo od nějakýho jako represivnímu nebo nějakýmu jinýmu tlaku na ně jo, tak tam si myslím že vlastně se stáváme nějakýma jejich spoluhráčema když na to bylo přistoupíme a že to prostě není dobře“.*

Etické otázky

Objevovaly se kritické názory i ohledně etičnosti práce tímto přístupem s lidmi se závislostí. Jedna z dotazovaných uvedla v souvislosti s využíváním přístupu u lidí se závislostí možnou kritiku neetičnosti takového jednání ve smyslu, že se jedná o schvalování konzumace alkoholu u lidí se závislostí:

Komunikační partner 2: *„To si myslím ,že by bylo asi na nějakou jako větší jako debatu ale taky jako si myslím, že to může bejt, na to nahlíženo že to je vlastně, jako že s tím souhlasíme jo.“*

Jiný pohled z oblasti etiky předkládá adiktolog, který by dlouhodobou spoluprací na kontrolované konzumaci alkoholu s klientem se závislostí považoval za neetickou, neboť by to z jeho pohledu nebylo pro klienta užitečné. Podobně neetické by mu pak přišlo i hradit takové intervence ze systému zdravotního pojištění:

Komunikační partner 6: „K tomu mě napadá ještě věc etická, jelikož u mě si klienti svou léčbu platí, zda si říkat o peníze u klientů kteří jako určitě nejsou pro to indikováni a přesto by tu léčbu vyžadovali, dlouhodobě. Přišlo by mi to velmi neetické.“

Tazatel: „a kdyby se třeba jednalo o léčbu na pojišťovnu?“

Komunikační partner 6: „stejně by mi to přišlo neetické jelikož je to mrhání penězi státu, nás všech.“

Somatická rizika pro klienty

Vzhledem k povaze alkoholu a jeho účinků na lidský organismus upozorňovali někteří dotazovaní i na toto riziko kontrolované konzumace alkoholu. Souvisí přitom s výše zmíněnou kategorií etických otázek ve smyslu zda je etické doporučovat (schvalovat) užívání alkoholu. Někteří dotazovaní uváděli jako rizikové pokračování v užívání alkoholu, byť kontrolovaného, u lidí se somatickými onemocněními, jako například poškození jater. Téma indikace/či kontraindikace u těchto skupin je více pojednána v části 5.3.

Klient se neposune / nízké cíle

Dotazovaná lékařka také kritizovala tento přístup, stejně jako přístup harm reduction jak je uvedeno výše, ve smyslu že se tímto přístupem nastavuje zbytečně nízká laťka a tím snižuje možný posun, který by se dal s klientem dosáhnout. Dlouhodobou spoluprací na kontrolované konzumaci pak vidí jako příliš benevolentní přístup a zastává názor, že využití tohoto přístupu není vůči klientům etické v jiné formě, než aby si vyzkoušeli, že to nejde:

Komunikační partner 1: „Mě nějak vadí, nebo mam pocit že, jako setkává se někdy s takovou tou jako přílišnou tolerancí k tomu alkoholu, kterou ale ten člověk má v sobě sám a je to takový podbízivý. Že jo, on přichází pro pomoc a já prostě, abstinence je defacto černobílá. Závislost je černobílá. A když tomu člověku říkám ať si kontrolovaně pije a kašlu na to, že on je pořád na jednom místě a že by prostě mohl žít daleko líp a nemusel by obrážet psychiatry tak ho nedrbu pod bradičkou že je skvělý, že kontrolovaně pije ale prostě nějakým způsobem, že jo přes tu evidenci ho dovedu k tomu, k nějakému výhodnějšímu pohledu.“

D) Názory jiných podle komunikačních partnerů

Někteří dotazovaní kromě svých názorů mluvili okrajově o názorech jiných lidí či subjektů. Jedna z dotazovaných psychologek popisovala například svou zkušenost s negativním hodnocením kontrolované konzumace alkoholu ze strany psychiatrů, ke kterým posílá své klienty. Jedná se ale podle ní o obecnější problém dehonestace psychologických forem pomoci lidem ze strany lékařů:

Komunikační partner 4: *„...a vím že co se týče psychiatrie tak je to pořád velmi jako zpochybňovanéj termín a opakovaně mi klienti přichází do spolupráce, nebo v rámci spolupráce když jsem jim, je nějak jako kdyby namotivovala ke spolupráci i s psychiatrem tak se mi potom vracej s tím, že jim psychiatr řekl že kontrolovaný užívání je blbost a že to nikdy nebude fungovat a to fakt jako kdybych řekla že může bejt třeba 90 % případů.“*

Dobré zkušenosti s přijímáním tohoto přístupu má naopak ze strany sociálních služeb či OSPODU.

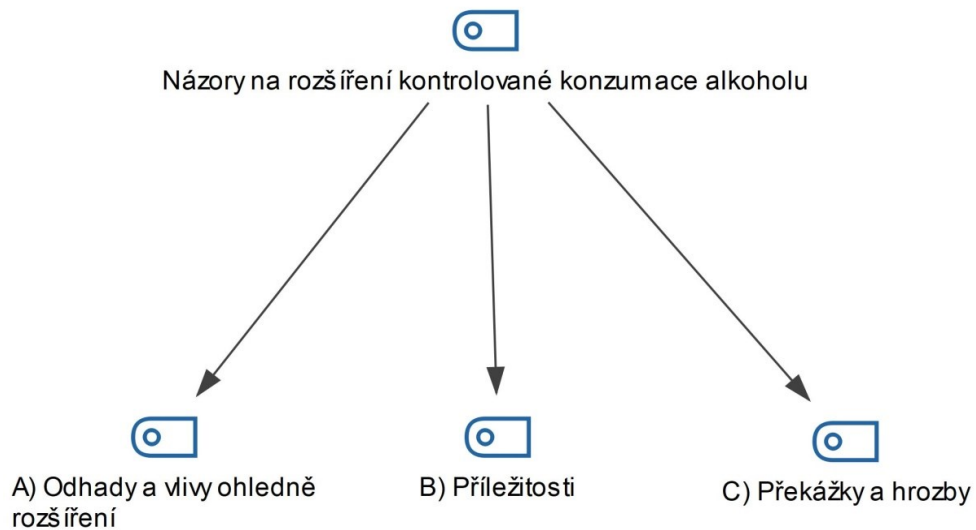
Dotazovaný lékař popisuje, že většina jeho kolegů sdílí názor, že kontrolovaná konzumace je často snaha závislých užívat alkohol a že spolu s kolegy sdílejí pohled, že se tyto pacienty snaží navést k abstinenci:

Komunikační partner 9: *„že to je téma, který se u léčby závislosti objevuje, kontrolovaný pití, že to je prostě jako věc o který se jako baví, ale který je spíš jako spojený s tím, něco jako že třeba diabetik má jako touhu potom jíst sladký než držet dietu tak je to něco podobného u těch alkoholiků že by chtěli pít kontrolovaně než abstinovat, než bez alkoholovou dietu. Takže to zkoušej a jako my jim říkáme ta bez alkoholová dieta vlastně vás nemine, jinak se chováte rizikově a přinese to nějakýy konsekvence takže to je takový to Skálovský, ta bez alkoholová dieta. Jo tak to mě asi dává smysl větší než nějakou dietu, s kontrolovanou... že občas cheating... nejj se tak.“*

5.2 Rozšíření přístupu kontrolované konzumace alkoholu

V rámci rozhovorů byla dotazovaným pokládána otázka mapující jejich odhad podílu ambulantních zařízení, které využívají přístupu zaměřených na kontrolovanou konzumaci alkoholu. Dále byly kladeny dotazy ohledně příležitostí a naopak překážek týkajících se tohoto rozšíření. Toto rozdělení je znázorněno na následujícím diagramu:

Diagram 7: Hierarchie názorů na rozšíření kontrolované konzumace alkoholu

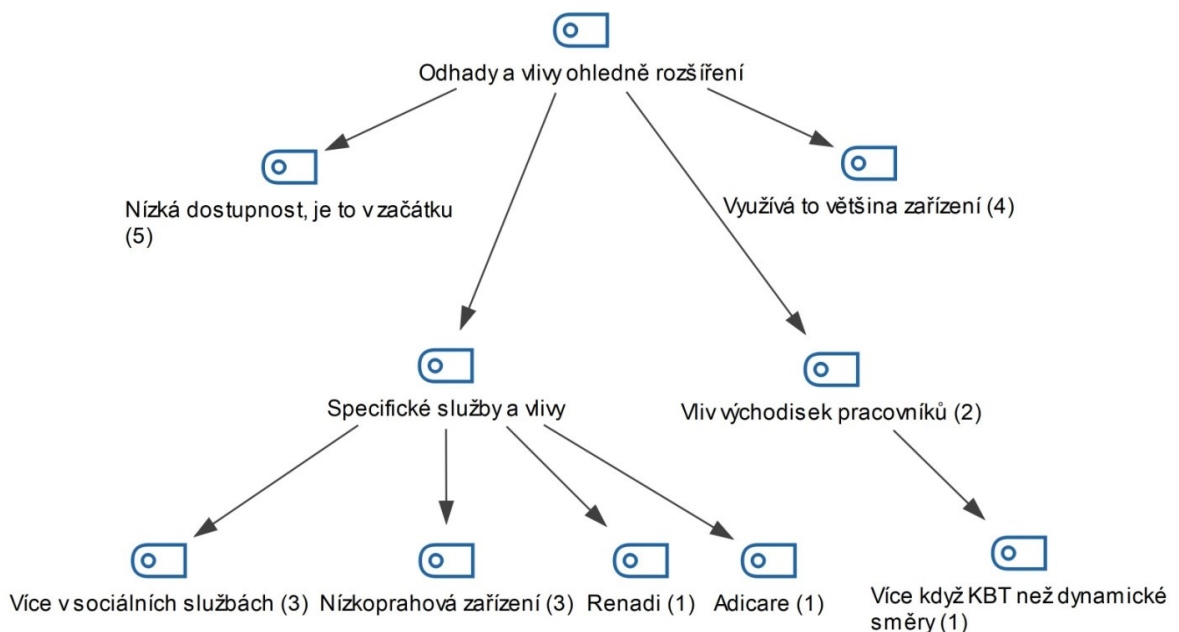


Všichni komunikační partneři uváděli, že žádné statistiky o počtu zařízení, které nabízejí kontrolovanou konzumaci alkoholu, neznají. V rámci rozhovorů byly tedy zjišťovány odhady podílu ambulancí, který tento přístup ve své práci využívají v práci s klienty. Následně někteří sdělili svůj odhad, někdy s rozdělením mezi různé typy služeb.

A) Odhady a vlivy ohledně rozšíření

Nejprve budou představeny odhady a vlivy týkající se rozšíření přístupu kontrolované konzumace alkoholu. Zastoupení témat ilustruje následující diagram:

Diagram 8: Hierarchie odhadů a vlivů rozšíření přístupu kontrolované konzumace alkoholu



Z diagramu výše je patrné, že se objevovaly dva opačné typy odhadu: a) dostupnost je nízká, popřípadě je v začátku a vzrůstá; b) Přístup využívá každý, obvykle se ale nepojímá jako konkrétní intervence či se takto nepojmenovává. Komunikační partneři dále uváděli další názory na vlivy týkající se rozšíření přístupu a zmínili i konkrétní zařízení.

Dostupnost je nízká, vzrůstající podíl

Dotazování se častěji shodovali, že tento přístup podle jejich názoru není rozšířený a že zařízení, které přímo pracují tímto přístupem, je málo. Takto se vyjadřovali především dotazování, kteří kontrolovanou konzumaci popisovali jako alternativu k abstinenci či harm reduction model. Tito dotazování také uváděli, že by se dle jejich názoru měla dostupnost zvyšovat. Níže citovaná psycholožka pracující v sociální službě uvedla, že podle jejího názoru je služeb, které takto pojmají kontrolovanou konzumaci alkoholu, v současné době málo, ale že jejich počet postupně vzrůstá. Uvedla i konkrétní zařízení, které přístup využívají: Adicare. Čím si toto nízké rozšíření vysvětluje popisuje v následující citaci:

Komunikační partner 04: *„jo, jo je to takovej trend mám furt pocit, a doba internetu a o tomhle se zrovna začalo víc psát tak tak si myslím že to se to tak jako popularizuje jo..., ...ale zároveň mám pocit že vlastně třeba v rámci popularizačních článků už se to trošičku začalo rozšiřovat. No tak se o tom nějak začali lidi doslychat. A mám pocit že i v rámci nějakých teďka těch posledních adiktologických konferencí tam bylo téma kontrolovaného užívání víc skloňovaný, takže se to dostává i mezi odbornou veřejnost, víc tady v týhle formě, to jako je super, takže tak.“*

Odhad nízkého rozšíření kontrolované konzumace uvedla také adiktoložka a lékař, kteří tento přístup vnímali jako nefunkční či jako formu spíše krátké intervence (s výhradami popsanými v části 5.1), přičemž ani jeden nebyl zastáncem většího rozšiřování tohoto přístupu:

Komunikační partner 10: *„já bych řekla že málo protože nevím málo jo ale nemám vůbec odhad neslyšela jsem od kolegů že by někdo na to přistupoval“*

Komunikační partner 9: *„že by nějaká ambulance prezentovala že učí klienty závislý na alkoholu kontrolovaně pít? Já myslím že jich je minimum teda. Doufám teda že jich je minimum.“*

Pracuje se s neabstinujícími, ale nenazývá se to kontrolovaná konzumace

Naopak komunikační partneři, kteří kontrolovanou konzumaci alkoholu využívají jako mezistupeň k abstinenci, vyslovili častěji názor, že s tímto přístupem pracuje intuitivně téměř každý terapeut, často to tak ale přímo nenazývá. Popisuje to například níže citovaná lékařka, pracující v AT ambulanci:

Komunikační partner 01: *Já si myslím že de facto je... Takhle, kdybych byla idealista, jak jinak byste to chtěl dělat? Přece ten člověk bude dělat jenom to co chce on sám a já ho, já mu říkám je to lékařský tajemství a nabízím vám několik pohledů. Jo a vlastně ho spíš vedu k tomu aby nahlíd.*

Zdůrazňuje přitom, že se nejedná o dlouhodobou terapii zaměřenou na dosažení kontrolované konzumace, nýbrž na udržení klienta v kontaktu navzdory neochotě k okamžité abstinenci.

V podobném duchu („využívá to většina ambulancí“) hovoří dále citovaná adiktoložka, podle které by tento přístup měl být rozšířen ve všech ambulancích v případech, kdy pracují s člověkem který není na alkoholu závislý a není proto nutné omezovat nabídku terapeutických cílů na abstinenci:

Komunikační partner 3: *„já si myslím, že pokud o tom opravdu někdo přemyslí takhle do důsledků, takže by asi ochotnej měl bejt, jo, protože jako mě to zní logicky jako pracovat na kontrolovaným užívání s člověkem kterej není závislej, takže mě přijde jakože by asi většina lidí s tím takhle pracovala kdyby o tom takovýmhle způsobem přemysleli. Pokud o tom člověk přemyslí stejným způsobem jako já tak si myslím že by takhle pracovala ale myslím si že jich takhle moc nepracuje protože těch klientů je strašně málo. To je blbá odpověď že jo?“*

Dotazovaná sociální pracovnice uváděla konkrétní služby o kterých ví že tento přístup využívají (Podané ruce a Renadi). Zároveň pak, podobně jako výše citovaní, mluvila o názoru, že se tento přístup může využívat aniž by to takto konkrétně pro sebe daná služba pojmenovávala a poukazuje na fakt, že o tomto přístupu běžně s kolegy s jiných zařízení nemluví:

Tazatel: „...jaký je podle vás v podíl nebo nějaký takový váš jako odhad, kolik zařízení ambulancí v nějaký formě tady ten přístup využívá? Jak je to jako rozšířený nebo jestli si dokážete...“

Komunikační partner 2: „Netuším. Fakt jako netuším, jediný že jsem byla někdy před půl, nebo před třema měsíci tak jsem byla na školení v Renadi, alkohol harm reduction to bylo školení, a tam bylo evidentní že jako s tím tohle zařízení jako pracuje. A stejně pak říkali že v Podankách, co tam mají ty nízkoprahy, tak tam to je asi poměrně hodně jako rozšířený. Ale vlastně netuším a ani jsem potom nějak jako nepátrala opravdu.“

Tazatel: „A dokážete říct třeba nějaký váš jakoby odhad nebo... jako... Máte třeba o tom představu?“

Komunikační partner 2: „Jo jakože třeba existuje sto zařízení a kolik si myslím... To já fakt...“
(Smích)

Tazatel: (smích) „to fakt ne, nemusíte odpovídat jo, je to těžká otázka, je to spíš jako o představě...“

Komunikační partner 2: „Mě spíš jako napadá že to možná bude jako podobně, že to není pojmenovaný. Že to může být podobně... Nebo si to myslím...“

Tazatel: „Že se tak jako tomu neříká, ale zase podobně jako vy jste o tom mluvila, že intuitivně je to...“

Komunikační partner 2: „No, může být no. Ale to fakt jako, teď přemejšším, jako tuším jak je to vlastně jako v mého..., jako tady v poradně jako jak to má kolega nebo ostatní kolegové, ale vlastně nevím jak to mají v těch jiných organizacích, i když jako se známe ale nějak jsem se s nima o tom jako nebavila, tak jako nevím no.“

Vliv různých typů služeb a přístupů

Někteří dotazovaní ve svých odhadech vyslovovali názor, že v různých typech služeb, či rozdílech na straně terapeutů, může být ochota využívat přístup zaměřený na kontrolovanou konzumaci alkoholu rozdílná. V citaci níže například dotazovaný sociální pracovník/psychoterapeut vyslovuje názor, že může být vyšší ochota využívat tento přístup v neziskovém sektoru a sociálních službách, oproti AT ambulancím a obecně zdravotním službám. Dále poukazuje na zvyšující se trend zmiňovaný výše:

Komunikační partner 7: „ Se přiznám že úplně přehled nebo kontakt jako nemám, dovedu si představit že asi bude vzrůstající ten podíl, protože čím dál tím víc těhle služeb poskytuje ten neziskový sektor kde prostě nějak se snažíme jako jít trochu s dobou a je čím dál tím menší podíl takových těch relikvů těch ATéček, těchlenctech abstinčně orientovaných staroškolskejch zařízení jo. Nevím můj odhad by byl třeba třetina?...“

„...ty sociální služby jsou tak nějak jako naučení ty doktríně že vlastně ten klient je ten hlavní hybatel těch svých změn, tak holt jsme více respektující jo těm alternativám zatímco ty zdravotní služby nebo zdravotnictví spíš jo, vždyt víte co se dělo za covidu jo, jako že ten zájem toho veřejného zdraví jako dává těm vykonavatelům pravomoci k velkým omezováním vlastně zájmu nebo potřeb toho jedince jo, tak to je dobrá poznámka určitě.“

I níže citovaná psycholožka, pracující v sociálních službách, odhaduje častější využívání přístupu zaměřeného na kontrolovanou konzumaci alkoholu mezi v rámci sociálních služeb:

Komunikační partner 8: „Tak asi víc bych si myslela že u sociálních.“

Tazatel: „Čím to podle vás, co vás tomu vede k tomu?“

Komunikační partner 8: „Tím že vlastně i tyhleto organizace které tady jsou a věnují se těmto lidem tak je víc sociálních, tak asi z tohoto pohledu“

Tazatel: „Jo máte zkušenost teda že se s tím setkáváte, že častěji to dělají ty sociální služby, jednoduše řečeno“

Komunikační partner 8: „Jo v tom zdravotnickém tam už to vidím doopravdy jako ty léčebny“.

Její slova potvrzuje i druhá psycholožka pracující v sociální službě, přičemž všichni tři dotazovaní dosud citovaní v této části sdílejí pohled na kontrolovanou konzumaci jako na alternativu k abstinenci:

Komunikační partner 4: „co se týče sociálních služeb tak si fakt jako myslím že tam mají víc otevřených očí v tom, že prostě je tam potřeba mít i tuhle formu péče protože klienti nejsou často schopni abstinovat“

Níže citovaný dotazovaný sociální pracovník s psychodynamickým výcvikem uvedl, že blíže k tomuto přístupu mohou mít terapeuti kteří vycházejí z kognitivně-behaviorálního směru, oproti psychodynamicky orientovaným terapeutům:

Komunikační partner 5: „myslim si že u kontrolovaného užívání můžou být náznaky, nebo pokusy v nízkoprahových službách nebo v adiktologických ambulancích ale je to podle mě hodně o přístupu toho pracovníka a zároveň o jako stylu jo toho zařízení, dokážu si představit že někde kde jsou zaměřeni více KBT tak tam ty pokusy jako začínaj jako častěji nebo víc než třeba u lidí kde se pracuje víc dynamicky nebo se jde víc do hloubky, kde vlastě se víc řeší aby vůbec ten člověk změnil závislostní chování a závislostní postoj k tý látce, aby vůbec jako změnil životní myšlení. To si jako myslim že je různorodý ale pokud ale někdo někde chce to zkoušet tak si myslim že ve většině ambulantních zařízení, pokud to jsou adiktologický ambulance, jsou k tomu ty pracovníci minimálně, pokud jsou skeptičtí ale minimálně může ale aspoň se zeptat jestli by to šlo nebo ne, pokud mu řeknu svůj názor že to nejde nebo třeba s nim začnou na to pracovat, to asi neumim už vyhodnotit.“

Tazatel: „Jo rozumim, takže teda vidíte že to záleží na tom přístupu...“

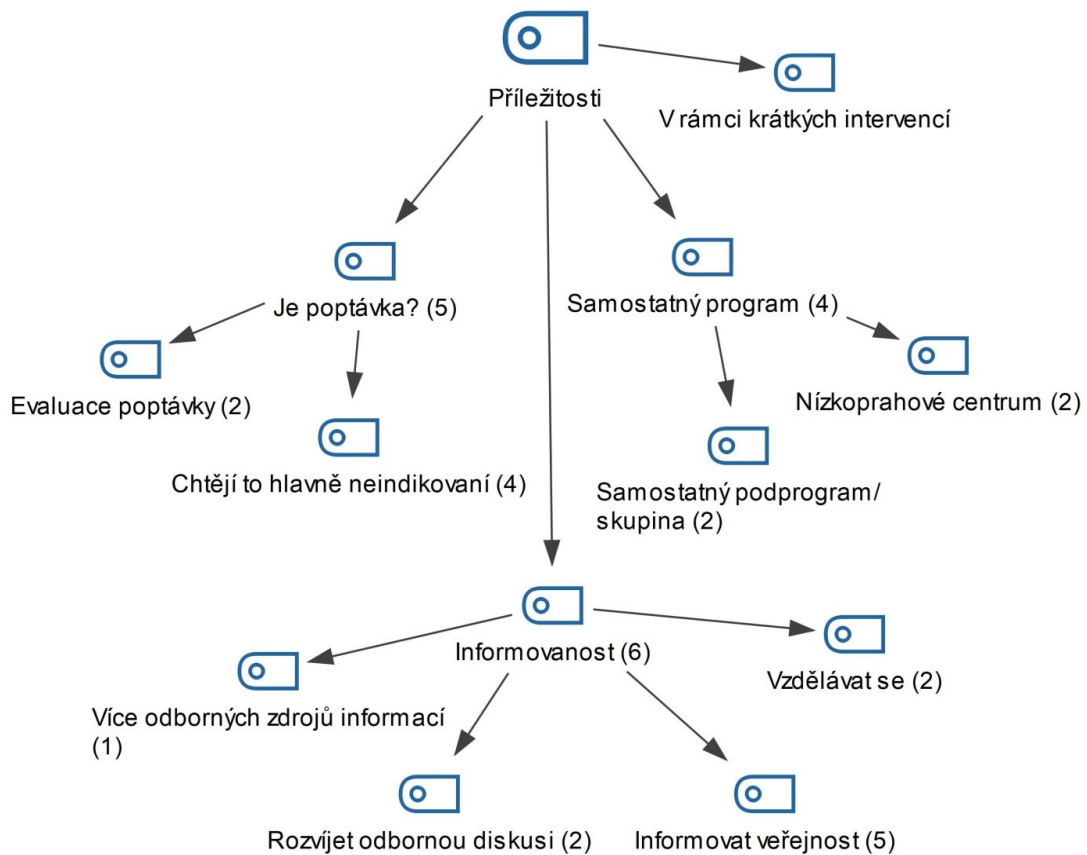
Komunikační partner 5: „tý služby, jako že vychází z různých východisek a cílů od svejch otců zakladatelů...nebo matek zakladatelů.“

B) Co by mohlo pomoci k rozšíření a je to potřeba?

Dotazovaným byla dále pokládána otázka, co by podle nich mohlo přispět k většímu rozšíření kontrolované konzumace. Témata se týkala zejména oblastí poptávky, informovanosti, vzdělávání a příležitostí ve formě samostatných programů. Současně byla dotazovaným kladena otázka, zda je z jejich pohledu vůbec žádoucí zvyšovat dostupnost kontrolované konzumace alkoholu.

Dotazovaní pracující ve zdravotnických zařízeních častěji uváděli, že nevnímají potřebu vyššího rozšíření kontrolované konzumace. Tito komunikační partneři také ve vyšší míře zmiňovali překážky pro rozvoj, podobně jako negativa v předešlé podkapitole, jak ukazuje diagram 9:

Diagram 9: Příležitosti pro rozšíření kontrolované konzumace alkoholu



Poptávka po kontrolované konzumaci alkoholu

V souvislosti s tématem vhodnosti tohoto přístupu u lidí s rizikovým či škodlivým užíváním alkoholu se objevovaly názory a pochybnosti, zda se s nimi pracovníci v ambulancích setkávají v takové míře, aby mělo smysl tento přístup rozvíjet, tedy zda je po přístupu kontrolované konzumace alkoholu vůbec poptávka. Níže citovaná adiktoložka například kontrolovanou konzumaci alkoholu považuje za vhodnou především pro osoby rizikově či škodlivě užívající s tím, že si není jistá jaká je jejich poptávka po odborných službách:

Komunikační partner 3: „*Já si myslím že se tím zase jako dostáváme k tomu jako kolik lidí si o to přijde říct jo, ale myslím si, že by měl smysl jako spíš o tom, jestli to nazvat nějakou kampaní, ale spíš jako o tom více odborně mluvit směrem k veřejnosti jo, ale ono se to asi jakoby děje, spíš jakoby motivovat ty lidi aby chodili opravdu jako včas, jo a ne kdy už jsou prostě v syndromu závislosti, ale když prostě se v tom životě začíná dít něco co se jim v nějakým způsobem nelíbí. A takže pak by mělo smysl aby se to dělalo víc.*“

Tazatel: „hm... pokud by teda chodili ty kteří vlastně jakoby chodí teda dřív když ten problém ještě není nedojde vlastně tak daleko...“

Komunikační partner 3: „Protože já nedokážu říct jestli se to má dělat víc protože nevím jestli jako ty lidi přichází do těch služeb jo a jak na ni teda jako ostatní reaguji jako pokud, pokud takový klienti jsou a jsou odmítaní tak si myslím že by se to mělo dělat víc jo ale já nevím vlastně“.

Další z dotazovaných adiktologů zastává názor, že přístup zaměřený na kontrolovanou konzumaci vyhledávají především klienti z jeho pohledu neindikovaní, tedy závislí; a naopak indikovaných (např. škodlivě užívajících) přichází málo. Dostupnost pak vnímá vyšší u péče hrazené samotným klientem (u soukromých terapeutů):

Komunikační partner 6: „napadá mě k tomu že přesně ti pacienti, pro které tato metoda rozhodně není určená, jí vyžadují a pacienti kteří by jí potřebovali tak do těch ordinací přicházejí velmi málo nebo málo řekněme“

Tazatel: „a je pro ně dostupná? Kdyby přicházeli víc? Je to podle Vás dostupný?“

Komunikační partner 6: „nehrazená určitě dostupná je, nebo takhle tu, kterou by si hradili sami tak určitě dostupná je“

Tazatel: „jo, ale teda taková která je na pojišťovnu nebo tak...“

Komunikační partner 6: „Nevím o jediném zařízení, kde by se ta metoda léčby nemusela platit ale neznamena to, že neexistuje.“

Vyšší informovanost a včasné vyhledávání odborné pomoci

V souvislosti s předchozím tématem někteří dotazovaní považovali za příležitost více šířit informace o důležitosti včasného řešení problémového užívání alkoholu a o možnostech neabstinentní léčby mezi obecnou veřejností a tím zvýšit počet lidí, kteří by přicházeli do ambulancí ve stádiích rizikového či škodlivého užívání. Tento pohled sdílí především dotazovaní, podle kterých je právě toto vhodná indikace, ve výzkumu zejména dotazovaní se zdravotnickým vzděláním.

Naopak psycholožka, která zastává pohled na kontrolovanou konzumaci především jako nástroje harm reduction v nízkoprahových zařízeních, navrhuje šíření informací skrze

média a dále vidí příležitost ve vzniku skupiny odborníků, kteří by se šíření informací věnovali a téma zašitovali:

Komunikační partner 8: „Možná i větší informovanost a to vezmu jak pro ty klienty, taky vlastně jako pro společnost, protože když bych teďka já sama o tom neměla trochu jako páru a nezajímala se o to tak vlastně o té službě ani takhle nějak plošně jako nevím jo. Takže možná i z těch médií by to bylo fajn, kdyby se to víc jako propagovalo, nebo propagovala větší nějaká jako informovanost která by tam vlastně jako proběhla, a určitě i v těch sociálních službách jo jo a chtělo by to určitě nějakou jako skupinu, skupinu lidí, nebo hlavně odborníků, kteří by si za tímhle tím stáli a byli by tam i nějaký ty výsledky, takže dobře třeba i zkušenosti s těch Podaných rukou, tak ano, dát vlastně že tady něco takovýho je, je tady nějaká jako možnost a pojdme jí zkusit. Úplně bych jí prostě jako nezavrhovala, pojdme to zkusit jako na kterou klientelu by to zabralo, by to pomohlo, společnosti by to pomohlo, komu by to pomohlo. Ale když za tím bude stát někdo, kdo je v tomhle fundovaný, kdo o tom něco ví, nějaké zkušenosti k tomu má, tak určitě se i ta společnost k tomu mnohem více nakloní jo...“

Dotazování jako vhodnou příležitost pro zvýšení dostupnosti metody kontrolované konzumace alkoholu zmiňovali více rozvíjet i odbornou diskuzi:

Tazatel: „Je naopak, nebo napadá vás naopak něco, co by mohlo pomoci jako většímu rozšíření té kontrolované konzumace?“

Komunikační partner 4: „Mluvit o tom! Mluvit o tom, předávat ty informace a edukovat odbornou společnost více a dál, a předávat ty konkrétní metody práce. Jo a já vlastně i hodně přemýšlím nad tím jak ty metody práce jsou krásně jako praktický, jak je to úplně strašně šikovně a přebratelný i pro člověka kterej není jako kdyby psychoterapeuticky vycvičenej jo, že to jsou pak jako kdyby základní metody, který se dají těm klientům předávat už u nějaký primární zdravotnický péče“.

Přičemž výše citovaná konkrétně zmiňuje například edukaci praktických lékařů, a dalších lékařů o přístupu zaměřeném na kontrolovanou konzumaci alkoholu:

Komunikační partner 4: „Už obvodní lékaři by byli schopni vlastně tady tyhlecenty základní informace předat, když do toho dost často se ti klienti dostanou k tomu vy jste závislej vy už musíte navždycky prostě abstinovat, což trochu ty lidi prostě vyděsí. A přitom by to šlo

daleko mírněji, daleko míň jako strašák, a tím pádem vlastně daleko efektivněji, protože strach prostě nikdy není jako kdyby dobrej motivátor, takže, možná jen na chvíli ale určitě ne z dlouhodobýho hlediska. Takže tady v tomhlectom tam, a dává mi to vlastně velkej smysl v tý, rozšířit z tý lékařský populaci“.

Objevoval se i názor, že by se měli v oblasti kontrolované konzumace vzdělávat i samotní terapeuti, konkrétně pak v postupech kognitivně- behaviorální terapie:

Komunikační partner 5: *„...možná samozřejmě kdyby pracovníci byli více vzdělaní v KBT přístupech tak by se nebáli výrazně víc zkoušet tuto metodu ale z mýho pohledu stále převažujou rizika, který jsou ty překážky toho přístupu.“*

Jeden z dotazovaných ještě zmiňuje příležitost v rámci krátkých intervencí:

Komunikační partner 9: *„No to v rámci možná těch jako jako krátkých intervencí nebo screeningů jakože to si myslím že by mohlo být jako dobrý třeba jako tři nějaký poradenský rozhovory s adiktologem to může bejt jako asi fajn a nejsem si jistý ale jestli by to víc než 3 až 5 třeba těch setkání ještě mělo ten obsah že jo“*

Specializované programy

Někteří dotazovaní vyslovili názor, že by si uměli představit vznik více specializovaných programů, zaměřených přímo na kontrolovanou konzumaci alkoholu. Níže citovaný pracovník/psychoterapeut popisoval svou představu dvou oddělených programů či skupin:

Komunikační partner 7: *„...a kdyby byly prostory a možnosti a peníze a lidi jo tak já si dovedu představit že by mohl vzniknout nějakej takovej jakoby podprogramek tady pod tím v rámci jako ambulantní léčby, jako stabilizační léčba něco takovýho, která by byla normálně jako legitimním nějakým programem a ty lidi by dostávali nabídku že můžou vstoupit do takovýhleho typu podpory nebo do toho abstinenčního orientovaného, měli by třeba jinou skupinu...; ...takže v tom ideálním případě si představuju takovej decentní program třeba pro deset lidí, ty by měli nějakou svojí skupinu a odděleně, jakoby odděleně, by byli vedený v jinym programu tak to by bylo takový čistý nejvíc“.*

V podobně se vyjádřila i následující adiktoložka, která by ale tento program zaměřila na osoby rizikově či škodlivě užívající alkohol a zdůrazňuje proto vhodnost dobře popisovat

nabídku služeb v prezentacích programů, přičemž se opět vrací k otázce poptávky po takovém druhu programu:

Komunikační partner 3: „*Já si myslím že by to jako klidně se mohlo víc vypichovat jako v nějaký definici služeb jo, když máme jako pro koho je tady ta ambulance vhodná jo, prostě kde to vždycky vypisuje nebo na internetových stránkách kde si to vypisujeme tak si myslím že by to tam klidně jako mohlo bejt. Jako zase je otázka jestli by se uživily fakt přímo nějaký programy kontrolovaného pití jako kdyby měli jako dobrý PR tak možná jo. Jakože někde dokážu si to asi představit jako že by se oslovovala tahle cílová skupina pro který, pro kterou by byla nějaká skupina nebo nějaký program. Jako možná by mě , mě by asi jako možná v tuhleto chvíli fakt zajímala, a jak se tomu řekne evaluace poptávky nebo evaluace, jo prostě jako nějak se zaměřit na to jestli vůbec by byla poptávka tady po nějakých jako specializovaných službách nebo potom aby se aby se víc pracovalo s lidma který by jako chtěli kontrolovaně pít.“*

Nízkoprahový program

Návrh na vznik specifického nízkoprahového zařízení, inspirovaného Kontaktním centrem Vlhká provozovaným organizací Podané ruce o.p.s., popisovala podrobně jedna z dotazovaných psychologek, která je zastánkyní kontrolované konzumace alkoholu ve formě harm reduction přístupu. Navrhuje vznik takových center především ve velkých městech s vyšší koncentrací cílové skupiny a lepší dostupností financování:

Komunikační partner 8: „*...že jinak si myslím že, i ty klienty který máme, nejen my ale spousta dalších organizací, já si myslím že určitě by se tam našli lidi, kteří by s tím nesouhlasili, ale tak jako subjektivně si myslím že by do toho šli, když by to někdo prostě zafinancoval, a kdyby k tomu měli tyhleto finanční prostředky, tak si myslím že by šli aspoň do toho to zkusit, jaká by byla jakože odezva pro to. Jo nevidím tam, jako z mého pohledu nevidím zas tak tolik toho negativního by to mělo jako přinést, abysme do toho nešli. Vidím tam jenom to co mi tam blikne je otázka financí, kdo to zafinancuje jo, protože samotné ty organizace prostě, to jde možná na ty velké organizace, ty menší na to ty prostě nemaj. Takže tady by musela bejt doopravdy jako podpora z města. A určitě by to byly města které se s tím jako hodně potýkaj jo. Takže když by to byly nějaký jako menší města, kde to tam jako semtam ten alkoholismus je, tak ti by to asi tolik neřešili. Ale ty větší města nebo velké*

města které vlastně v České republice máme a kde ten alkoholismus tam je a potýkají se s tím tak si myslím že tohle to by byla cesta pro ně jo.“

Především pro klienty bez přístřeší pak zdůrazňuje vhodnost multidisciplinárního týmu včetně zdravotnické složky pro zajištění základní zdravotní péče a vnímá několik přínosů pro klienty i společnost:

Komunikační partner 8: „*Zprvė bychom o nich měli přehled, to už když by tam vlastně jako vstupovali tak už by to byli nějakí odborní pracovníci, kteří by s nimi mohli pracovat, když to řeknu i na té terapeutické ale i na té odborné. Týkalo by se to i toho zdravotnického, protože kolikrát ty lidi vlastně na té ulici, já nevím mají nějaký ty oděrky cokoliv, a ta infekce už by se tady mohla, jakože podchytit jo, a pak vlastně to co by se i týkalo i možná nějakého hygienického ošetření no, možná nějaké jako koupel nebo dobře aspoň nějaká základní hygiena která by tam mohla vlastně probíhat. A pak byl ten i ten sociální kontakt pro ně, protože ty klienti už by za prvé, by se to mohlo i měřit, nějakým způsobem, kolik toho vlastně za den vypijí a nějakým postupným časem, určitě by to nebylo hned, ale nějakým postupným časem by se dalo je i přesvědčit nebo namotivovat i na nějakou jako dlouhodobější léčbu.“*

Vhodnost využití kontrolované konzumace v alkoholu zmiňuje i dále citovaný lékař psychiatr, který jinak zastává jiný pohled na přístup než výše citovaná psycholožka:

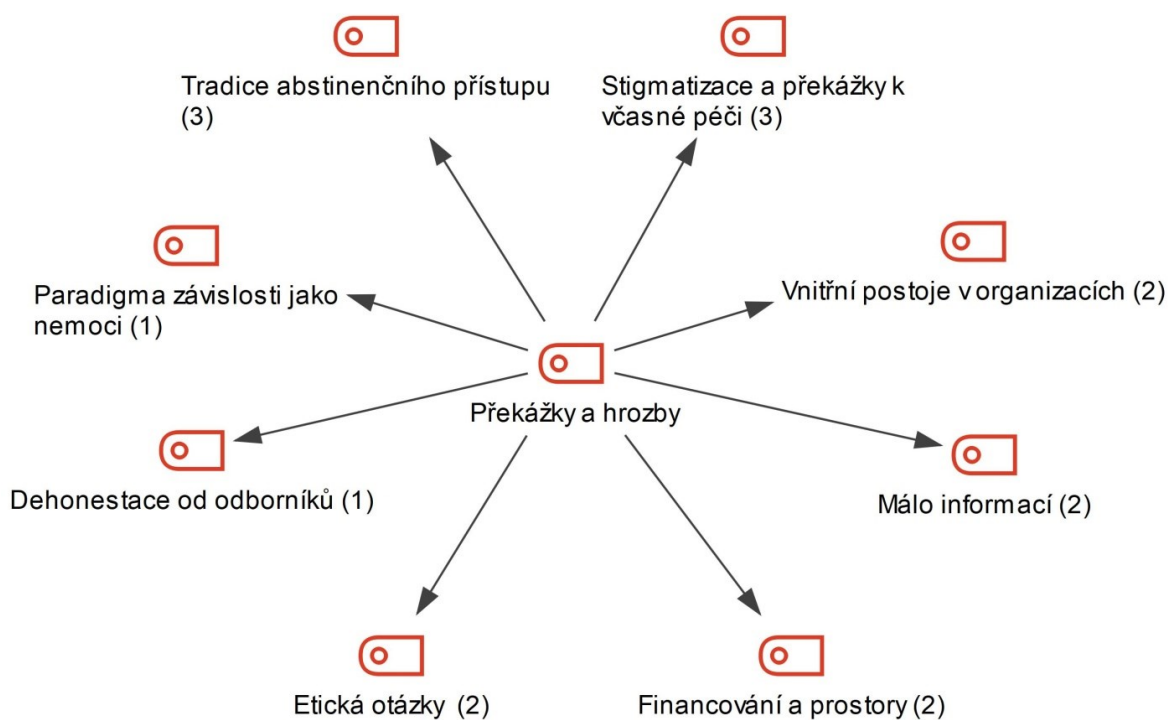
Komunikační partner 9: „*dokážu si je představit jako jak jsem mluvil o těch nízkoprahových jako skupinách jako tak to by mohla být jako metoda která by tam mohla nějak jako fungovat a to by bylo určitě jako přínosem aby se omezovalo množství alkoholu který lidi pijou.“*

C) Překážky v rozšiřování

Paleta překážek, které komunikační partneři v souvislosti s rozšířením kontrolované konzumace alkoholu zmiňují, je podobně široká jako v případě příležitostí. Překážky udávali ve vyšší míře komunikační partneři, kteří zastávají pohled na kontrolovanou konzumaci jako na alternativu k abstinenci či přístup harm reduction.

Tato témata zobrazuje diagram 10:

Diagram 10: Překážky v rozšíření kontrolované konzumace alkoholu



Historická tradice abstinční léčby

Jako překážku ve vyhledávání včasné pomoci a rozvoji non-abstinentních přístupů vnímalo více dotazovaných historickou tradici abstinčně orientované léčby v ČR. Níže citovaný adiktolog, pracující v adiktologické ambulanci, v tom pak vidí další překážky, a to konkrétně absenci konsensu o vhodné indikaci a v nízké poptávce po kontrolované konzumaci alkoholu u lidí, kteří nejsou na alkoholu závislí (což je dle něj vhodná indikace):

Komunikační partner 5: „já si myslím že to je historický kontext abstinční léčby, který je u nás hluboce zakořeněný od Skálových dob, druhá věc je ta že tady chybí jakákoli nejzákladnější metodika toho pro koho je tato léčba vhodná a pro koho ne...“

Tazatel: „...jo, jako teda mluvil jste o tom o tom převládajícím abstinčním přístupu u nás, který považujete za překážku“

Komunikační partner 5: „za překážku rozšíření pro lidi kteří ještě nejsou závislí. Protože u nás je nebo do nedávna byl ten přístup že lidi, kteří nejsou závislí tak proč by měli vyhledávat pomoc což za mě je rozhodně špatně“.

Stigma jako překážka včasného vyhledávání péče

Jedna z dotazovaných adiktoložek také uvedla jako možnou obecnou překážku k většímu rozšíření, respektive k poptávce po službách zaměřených na kontrolovanou konzumaci, obecnou stigmatizaci v oblasti duševního zdraví. Dále zmiňuje souvislost této stigmatizace a včasného vyhledávání odborné pomoci, přičemž její názor na vhodné využití kontrolované konzumace je u lidí s rizikovým nebo škodlivým užíváním a v odpovědi se vztahuje k poptávce ze strany této skupiny lidí:

Komunikační partner 3: *„vlastně nevím jestli jsou nějaký jako bariéry nějaký překážky ale asi možná když bych řekla obecně tak jestli tady pořád ještě je nějaká stigmatizace i když mi přijde, že jako v oblasti závislostí už je obrovské kus cesty jako za náma a ta stigmatizace není tak hrozná jako to bylo ale jestli třeba jako todleto zmínit, že lidi pořád se jako bojí vyhledávat nějaké služby že budou mít cejch jakože chodí nějak jako k psychiatrovi nebo někam do nějaké adiktologické ambulance, tak možná to překážka může bejt jo, že není třeba obecně v povědomí o tom hele umíme řešit i tady tohleto jo, když to není ještě úplný průšvih jo, že třeba by si člověk říkal ježiš vždyť na tom nejsem tak špatně abych šla někoho otravovat, tak to možná“.*

Vnitřní postoje v zařízeních

Další citovaná uvádí další možné překážky, která úzce souvisí s předešlým tématem, ve formě postojů zaměstnanců a vedení daného zařízení k metodě kontrolované konzumace alkoholu:

Komunikační partner 2: *„No možná nějaký fakt jako to etický hledisko. Pak mě napadá jako někdy veřejnost je taková jako přísná, že by se na to mohla začít koukat jako trošku skrz prsty, jako co vy tam s nima děláte když vlastně oni můžou pít. Pak asi taky tam bude jak to, co ten pracovník, to taky tam bude“*

Tazatel: *„Jako ten názor třeba na to abstinenci nebo neabstinenční...“*

Komunikační partner 2: *„Jo, jo určitě. No a pak taky šéf je důležitý že jo, ten jako předává tý organizaci nebo vlastně tý službě taky jako nějakou tvář. Dovedu si dovedu si klidně představit že pracovník jako bude měnit názor vlastně v průběhu, vlastně tý svý praxe“*

Tazatel: *„jo, to znamená že kdyby měl víc informací nebo se o tom třeba víc dozvěděl nebo o nějakých zkušenostech, nebo to minimálně zvážil prostě“*

Komunikační partner 2: „Já spíš jako ještě jako přemejšlím nad tím jako kdyby my jsme tady měli v nákejh standardech nebo v těch metodikách nebo, jak se tomu říká, vize organizace? Takovýhle ty, ty věci. organizační kultura, a bylo by tam jako jasně stanovený, že v naší službě vedeme klienty ke 100 % abstinenci, jó že to je prostě ta mise naše a cíl. Tak jako bych na to asi přistoupila, asi by mi nezbývalo, pokud bych tady jako chtěla pracovat tak asi bych to tak měla. Ale mi to tak jako nemáme.“

Podobně mluví další dotazovaný sociální pracovník, který uvádí i konkrétní příklad debaty, ohledně tohoto přístupu uvnitř své organizace:

Komunikační partner 7: „někdy jsou to jako takový vnitro stranický debaty bych řek jo, že dejme tomu vedení organizace a ta adiktologická ambulance že můžeme mít někdy různý představy vo tom no, a když to řeknu úplně natvrdo tak ono je někdy jako únavný nebo ztráta času bojovat a polemizovat jo, když musíme pracovat s těma klientama“

Tazatel: ...„a dá se říct třeba nějakej příklad, samozřejmě s ohledem na nějakou anonymitu?“

Komunikační partner 7: „no, že jako jsem zažil se svým vedoucím třeba ve chvíli, kdy jsem tady byl ještě jako řadovej terapeut, tak něco, co já jsem vnímal jako nějaký jako nátlak nebo takovej jako přístup proč to komplikuješ jo, proč to komplikuješ, když je tady tolik lidí, který chtěj abstinovat? Co se tím zabýváš vůbec? Nebo podívej se, nás živěj tady nějaký státní orgány, ty nám sem, OSPODY nám sem posílají klienty jo, a my jsme něco jako vykonavatelé jejich vůle a já říkám ne ne ne ne ne, my jsme partneři jo, toho OSPODU, a je dobrý vědět kdo co od koho potřebuje a domlouvat se, jo tak třeba takovejhle příklad, který byl podle mě motivovanej jednak postojově, a jednak nějakým pragmatismem jo, proč vlastně vytvářet nějaký problémy nebo konfliktní situace, když máme práce dost. Já tomu jako rozumím, já neříkám že ten člověk se kterým jsem třeba ty rozpory měl že si ho jako nevážím nebo že vůbec mu nerozumím, jako jako rozumím jo, ale fakt je mi strašně protivný házet všechny lidi do jednoho pytle a jít nějakou jako ušlapanou cestou která, a nekoukat vlastně kudy to jde jo, jestli to nejde vzít kde to je lepší jo.“

Etické otázky

Již zmiňované etické otázky v předchozí podkapitole také mohou dle dotazovaných představovat překážky pro rozvoj přístupu zaměřeného na kontrolovanou konzumaci

alkoholu. Připomeňme že se jedná například o otázku, zda je vůbec etické spolupracovat s klientem na kontrolované konzumaci alkoholu a zda to není v rozporu s léčebnou filosofií (viz část kritika přístupu v části 5.1).

Malá informovanost, dehonestace od odborníků

Negativní postoje části odborné obce a nízkou míru informovanosti o kontrolované konzumaci alkoholu uváděla jako překážku dotazovaná psychologička která přístup využívá jako alternativu k abstinenci v sociální službě:

Komunikační partner 4: „A teďka budu teda jako mluvit hodně z osobního pohledu, hodně jako kdyby co si já sama myslím, tak si myslím že je to skutečně, to je jak se to jako dehonestuje tou lékařskou částí tý pomoci. A vlastně, možná už to jako začíná od vysoké školy, já jsem jak jsem říkala, já jsem tu zkušenost vlastně jako s informacemi ohledně kontrolovaného užívání vůbec nedostala, ani ten termín jsme neslyšeli. A kolegyně, který jsou o pár ročníků jako níž, tak říkali už že už tam možná něco sem tam jako zmínili ale že to bylo spíš v takovém jako kdyby takový jí a ještě tady tohle to ale to je takový kdo ví jaký. A já tím, že dělám terapii v kognitivně-behaviorální terapii tak můžu mluvit i třeba o literatuře, které se zaměřuje na závislosti tady v tomhleto ohledu, i přesto že to kontrolovaný užívání používá spoustu nástrojů, který, a já používám vlastně spoustu nástrojů, z toho KBT který se dá krásně aplikovat na kontrolovaný užívání, tak se to zmiňuje jenom okrajově v té literatuře a vlastně je to vždycky takovým ani ne jako třeba vždycky úplně jako otevřeně, ale takovým jako zpochybnujícím tónem prezentovaný. No a jak říkám u těch lékařů, tak u lékařů, a dost často s i jakékoliv jako pomoc psychologická dost často shazovaná, ale mám pocit, že tady u tohohle konkrétně potom jako při léčbě závislostí je to ještě tak dvakrát tolik.“

Financování a prostory

Dotazování, kteří v předešlé části zmiňovali jako příležitost vytvořit samostatný program pro kontrolovanou konzumaci, vnímali jako významnou překážku k rozvoji těchto programů financování a zajištění vhodných prostor:

Komunikační partner 8: „Když by to šlo, je to vlastně otázka peněz, takže to si myslím že to je takový jako hlavní bod asi všech, kdo by to financoval. Protože samotná neziskovka, když bych to vzala třeba úplně jako u nás, by na to stoprocentně neměla prostředky. Takže to je

otázka financí. Ale vlastně v tomhle tom vidím asi možná nějaký jako velký přínos třeba u větších měst nebo velkých měst jo, nevím Brno, Praha, Ostrava...“

Níže citovaný dotazovaný sociální pracovník potom dává otázku financování do kontextu společenského pohledu na to, jak má vypadat léčba a jaké programy by měly být financované z veřejných zdrojů:

Komunikační partner 7: *„trošku bych možná chtěl zmínit že je tady, můžu řešit nějaký jako takovej etickej konflikt nebo konflikt společenský nějaký objednávky s touhle metodou jo, že to jsme docela malí zařízení jo, pracujou tři lidi, ta kapacita zejména tý ambulatní léčby je neustále jako překračovaná, těch zájemců je fakt spousta, teď do toho vstupuje ta finanční situace nebo ten fundraising jo, kdy vlastně to doléčování je relativně nějak snesitelně financováno a je to v pořádku, ale ambulatní léčba úplně není není dobře financovaná v našem zařízení, páč jako nejedeme přes pojišťovny, je to z veřejnejch zdrojů. No a veřejný zdroje jako holt mají nějaký svoje požadavky a říkají no tak dobře, tak je tady vylečte ty lidi ambulantně, ale ta kapacita je tak omezená, že cejtím někdy jako tlak na to rozhodování na kolik teda tady máme místo pro ty lidi, který chtěj kontrolovaně užívat, protože jsou takzvaně jako mimo ten hlavní proud ty společenský objednávky jo, a venku nebo v motivační skupině je 10, 15 lidí, který teda chtějí abstinovat a rozhodli se po letech chlastání někoho oslovit jo, a my je chceme vzít, protože oni se chtějí změnit no tak jako tady dochází k takovému jako možná vnitřnímu, vnitřnímu boji jo.“*

Paradigma závislosti jako nemoci

Dále citovaná psycholožka dále zmiňuje jako možnou překážku i paradigma závislosti jako nemoci, kdy převládá názor, že kontrolovaná konzumace není v tomto případě možná:

Komunikační partner 4: *„A někdy zpochybňovaný jo, že je to vlastně něco, co vůbec nemůže fungovat přitom, a oni vlastně, mě to možná i hodně jako kdyby zaráží, jak moc se prezentuje ta teorie o tý závislosti jako o nemoci a jako něco co, co je prostě fakt, ani když se to neprezentuje jako jedna z teorií, který nejsou nějakým způsobem jako paradigma, nevím jestli je to správný slovo v tomto kontextu, teď si nejsem jistá, ale vlastně to není jako kdyby vedoucí nějaká teorie, která by byla, která by byla v tady tomhlenctom jediná přístupná ale je tam spousta dalších teorií, který se daj použít, kterým vlastně moc hezky*

jdou ruku v ruce s tím kontrolovaným užíváním, takže vlastně potom smetou ze stolu jednu takovou jako obrovskou část, která by se dala moc hezky zpracovávat, s kterou by se dalo tam v tý přímý práci fungovat“.

5.3 Vhodná indikace kontrolované konzumace alkoholu

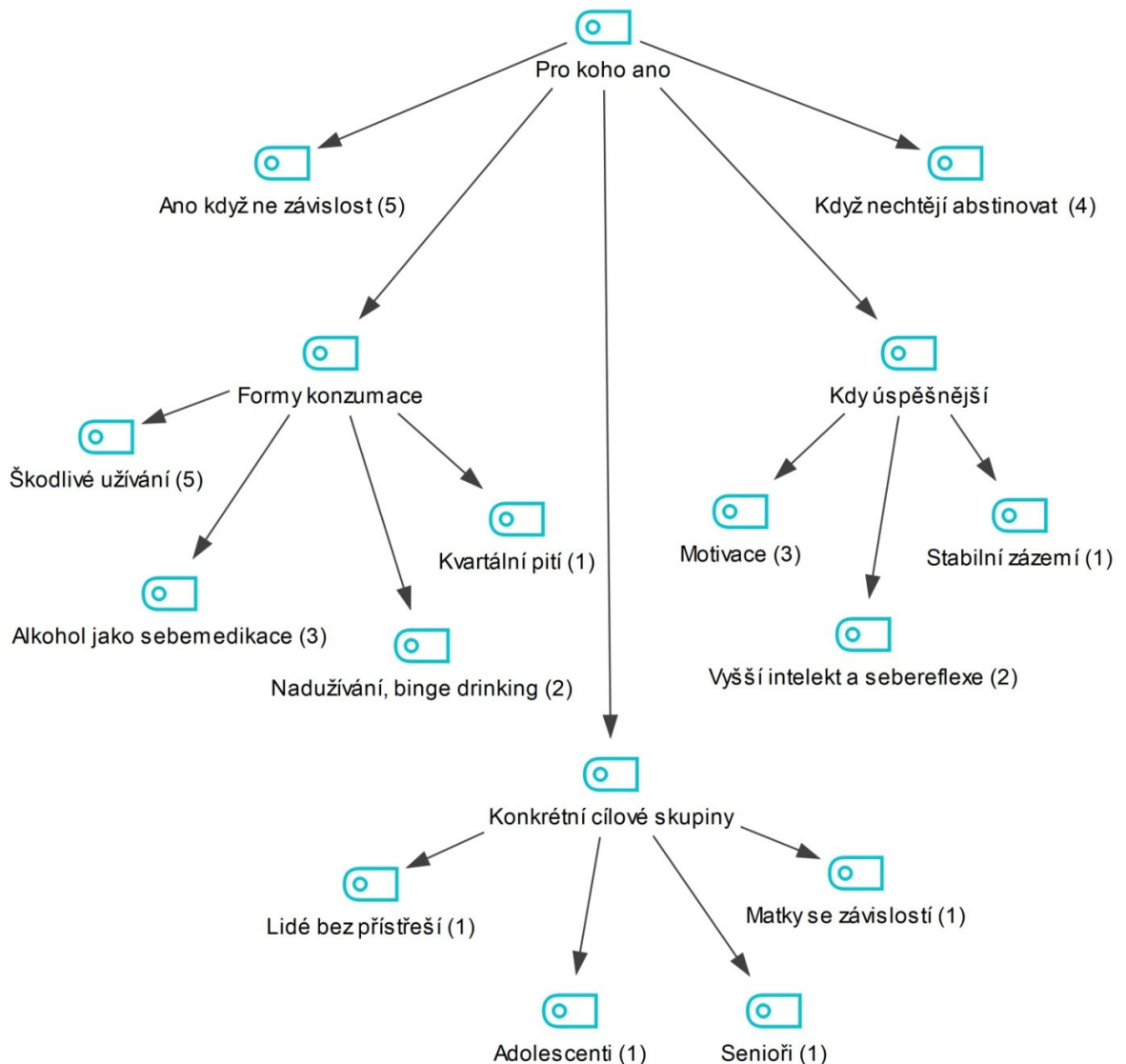
V této části budou postupně prezentovány názory dotazovaných, které se týkají oblasti indikace přístupu kontrolované konzumace alkoholu.

Názory na vhodnou indikaci podle dotazovaných

Dotazování se obecně shodovali na vhodnosti využívání tohoto přístupu zejména u lidí, kteří nejsou na alkoholu závislí a to nejčastěji ve smyslu kontrolované konzumace alkoholu jako souboru pravidel/intervence z části 5.1 Dále popisovali konkrétní cílové skupiny a vzorce užívání alkoholu, kdy může podle nich být kontrolovaná konzumace alkoholu užitečná, např. ve smyslu mezistupně k abstinenci nebo naopak jako alternativa k ní, popřípadě přístup harm reduction. Poslední kategorií témat jsou charakteristiky klientů, u kterých bývá tento přístup úspěšnější.

Všechna témata týkající se názorů na vhodnou indikaci znázorňuje diagram 11 na následující straně:

Diagram 11: Vhodná indikace dle dotazovaných



Ne pro závislé/ pro ty, kteří nechtějí (aktuálně) abstinovat

Jednoznačně nejčastěji uváděli komunikační partneři jako vhodnou indikaci osoby, které nejsou závislé (ti jsou zahrnuti v dalších kategoriích) dále obecně klienty, kteří nejsou motivovaní k abstinenci. To uváděli častěji zastánci přístupu jako alternativy k abstinenci, shodovali se na tom ale i s dotazovanými, kteří pojmají kontrolovanou konzumaci ve smysli mezistupně k abstinenci. Příkladem je níže citovaná lékařka, která nabízí tuto metodu lidem, kteří nejsou rozhodnuti abstinovat:

Komunikační partner 1: „no a pak někdy nabízím tomu člověku, právě to může bejt takový to vaše téma, protože někdy ten člověk není rozhodnutej, a tak mu nabízím třeba

kontrolovaný pití, který ale samořejmě z hlediska tý zkušenosti tady prakticky není nikdo kdo by byl schopen kontrolovaně pít.“

Specificky pak stejná dotazovaná hovoří o využití tohoto přístupu u lidí s kvartálním typem závislosti:

Komunikační partner 1: *„...Ale v okamžiku, když ten člověk, já nevím, že jo hrozný pacienti nebo těžký pacienti jsou s tím epsilon typem závislosti, že jo který pijou v těch tazích, nárazově že jo, protože ten náhled u nich je já to přece nepotřebuju každé den. Jo a tam, třeba takovým to nabízím, jo tak jako aby se dopracovali k tomu náhledu...“*

Formy konzumace

Dále budou popsány vzorce užívání alkoholu, které dotazování uváděli jako vhodnou indikaci pro kontrolovanou konzumaci alkoholu. Spadají sem zejména lidé, kteří ještě mají nad alkoholem kontrolu, pijí škodlivě, nárazově či rizikově, užívají alkohol jako formu sebemedikace, či pijí kvartálně.

Škodlivé užívání, nadužívání, nárazové pití

Dotazování se nejčastěji shodovali, že metoda kontrolované konzumace je zejména vhodná u osob, kteří alkohol užívají rizikově např. ve smysli binge drinkingu nebo nadměrného užívání alkoholu, popřípadě splňují kritéria škodlivého užívání alkoholu. U těchto skupin komunikační partneři nejčastěji hovořili o kontrolované konzumaci ve smyslu souboru pravidel, které mohou vést ke snížení rizik jako následující lékař - psychiatr:

Komunikační partner 9: *„ta cílová skupina třeba lidí kteří pijí nějak jako excesivně nadměrně ale není to ještě spojený jako s diagnostikou závislosti, to je takový to binge drinking, takový ty lidi, kteří pijou velká množství alkoholu třeba jednorázově o víkendu nebo v nějaký jako chvílích, tak tam si myslím že takový ty pravidla jako třeba prokládat to nealkoholickým nápojem nějak tak to mi přijde jako fajn že to můžem jako jim pomáhat“*

Zároveň by tento přístup považoval za užitečný spíše v ordinacích praktických lékařů ve formě krátké intervence než v psychiatrické ambulanci; popřípadě pak v rámci adiktologického poradenství.

Komunikační partneři v tomto ohledu také zmiňovali neostrou hranici mezi škodlivým užíváním a závislostí na alkoholu, jako například následující adiktoložka:

Komunikační partner 3: „určitě jako pro klienty, který nejsou závislí, jo, kde řekněme opravdu kde opravdu se jedná o nějaký škodlivý užívání a pro klienty kteří jsou hodně motivovaný. Ted'ko to lovím jo, takže vlastně jako klient kterej je ve fázi škodlivého užívání nebo třeba ani to ne jo, já jsem měla i, nebo to je asi otázka jako kde je hranice toho škodlivého užívání jo ale kde prostě jsem měla jako klienta kterej prostě jenom jako se v tom přestával cítit dobře v tom pití že, jako měl pocit že někdy už je to víc než vlastně chtěl aniž by mu to něco způsobovalo jako úplně hmatatelného jo ale do takové jako vnitřní pocit, že jako ztráta kontroly nějaká, že jako někam jde s přesvědčením že si chce dát jenom tolik ale vlastně si dal víc, porušil nějaký svůj limit a neměl s tím žádný problém jako objektivně, takže prostě jako něco co není závislost a ten člověk musí bejt jako pro to hodně motivovaný. No asi u toho bych to nechala jako takovýhle základní kritéria.“

Dále citovaný sociální pracovník, který hovořil o kontrolované konzumaci alkoholu jako alternativě k abstinenci, zmiňuje v kontrastu s výše citovanými zdravotníky spíše individuální posuzování vztahu klienta k alkoholu než diagnostiku závislosti:

Komunikační partner 7: „já si myslím že jsou to klienti, kde jakoby ta, to užívání toho, ty drogy nebo toho alkoholu je, není úplně primárním problémem jo, fakt se mi těžko teda jako označuje že někdo patří do nějakého stupně závislosti, já to prostě jako nevím, já na to nemám žádný nástroj jo, jako přístroj, měřítko kam bych ty lidi zaškatulkoval, nicméně jo, nejde o ty objemy, nejde o ty frekvence ale jde o to nastavení, nebo o to pozadí vnitřní toho člověka jo, že jako někdy můžou konzumovat docela dost a každý den ale přesto se nejedná o takovou tu jo, takový to schéma tý závislosti který jde až do těch somatických důsledků jo, že nemaj, já nevím ty vysazovací příznaky nějak manifestní“.

Při zachovalé kontrole

V návaznosti na předešlé téma bylo specificky zmiňované důležité kritérium zachovalé schopnosti kontroly ve vztahu k užívání alkoholu pro vhodnou indikaci tohoto přístupu, jak vyplývá z citace dotazované lékařky:

Komunikační partner 10: „...No a určitě kontrolovanou konzumaci doporučuju lidem, který jako že z názvu plyne ještě neztratili kontrolu, ale už si toho dost vypili a vnímaj že už začínaj ztrácet půdu pod nohama. Tam říkám jestli si chcete zachovat tu radost z alkoholu tak to musíte začít kontrolovat, protože jinak pak budete muset abstinovat. V tom cítim teda tu

přednost, ty lidi jsou schopny jako, víte jak je Rok ďábla, Nohavicův diagram, který ještě nevylezli na ten vrchol ale už prostě tušej, tak tam si myslím že ta, samozřejmě to pak nemusí bejt tak striktní, já sem se lámala jestli dvě nebo čtyři deci, ale kdí opravdu vědomě si to schovávají a kontrolují...“

U alkoholu jako sebemedikaci psychických potíží

Dva zastánci pohledu na kontrolovanou konzumaci alkoholu jako alternativy k abstinenci, kteří zároveň pracují v sociálních službách, zmiňovali specificky vhodnost indikace přístupu kontrolované konzumace alkoholu v případech, kdy jej klienti využívají jako prostředek k sebemedikaci potíží v oblasti duševního zdraví:

Komunikační partner 7: *„jako pokud to jde i bez tý abstinence a začne se ten život lepší tak je to v pořádku, proč jako opravovat něco co relativně funguje, mnohdy se ukáže že ty konzumace jsou nějaká jako samo medikace že jde o nějaký psychický obtíže, který lze řešit jinejma medikamentama nebo jde o psychický obtíže kterými lze řešit velmi dobře psychoterapií a ta konzumace se sama, nebo ne sama, ale na základě toho, že ty lidi nějakou se přijmou, najdou, začnou se mít radši, urovnaj si nějaký vztahy a tak dál tak nepotřebuju tolik destruktivně pít, nebo začne to být takový společenštější jo, jo?“*

Podobně hovoří následující psycholožka, která popisuje užitečnost metody a její konkrétní aplikaci u lidí, kteří alkohol používají jako zvládací strategii pro řešení problému:

Komunikační partner 4: *„...a zároveň tady od tohohle se většinou odpícháme ke konverzaci o tom že alkohol bývá dost často taková jako strategie nebo pití alkoholu bývá taková jako strategie jak se s nějakýma věcmi vypořádat a v té chvíli už vlastně jako kdyby navazujeme na něco co jim hodně rezonuje obvykle v téhle chvíli začínáme s nějakým jejich konkrétním příběhem a oni se v tom sami hledají aby oni sami pochopili jakou roli ten alkohol v jejich životě má a potom spolu vydefinovááme jakou chtěj aby ten alkohol měl roli do budoucna.“*

V tomto se s nimi ale shodoval i dotazovaný lékař-psychiatr, který přístup kontrolované konzumace považuje vhodný u cílové skupiny lidí s duševním onemocněním zejména ve formě edukace/krátké intervence:

Komunikační partner 9: „nebo třeba u lidí který možná u nějakých duševně nemocných který nemají problémy s alkoholem že by byli závislí ale třeba to pití alkoholu nemusí být úplně jako pro ně jako dobrý jakože třeba depresivní lidi nebo poruchy osobnosti“

Konkrétní cílové skupiny

Další dotazovaná psycholožka, pracující v sociální službě, zmiňovala i další konkrétní cílové skupiny lidí, u kterých považuje využívání kontrolované konzumace alkoholu za užitečné. Jedná se za prvé o adolescenty a dospívající, z důvodů které popisuje dotazovaná takto:

Komunikační partner 8: „...ale pak tam mám vlastně nějaké adolescenty, kteří tomu vlastně teďka propadají i s tím gamblerstvím, a to je zase tady je to cílovka, kde tihle ti mladí lidé se bojí kontaktu, takže si myslím že i kdyby se tady tohleto vlastně jako podchytilo, že by nepadli až úplně do toho alkoholismu který by tam bylo potom jako už hodně těžký, tak už tady by se dalo směřovat i na ten proces léčbu, že by to muselo být jenom jako ambulantně ale už by to mohli vidět vlastně i z toho delšího pohledu do budoucna jo. Protože když už teda i k nám přichází tak už je to v tom stádiu, kdy nějaká motivace už dýl trvá na to léčení, takže ještě tady by to možná šlo jako, možná je fakt jako rozdělit, ty co jsou fakt jako na ulici, a ti co jsou ještě takovým jako mezidobí, kdy by tam byla ta odborná péče vlastně ze všech stran, teď to vezmu jak toho psychologa, psychoterapeuta, ale i těch sociálních pracovníků, protože i tady ta cílovka vlastně kolikrát nemá rodinu jo, jsou sami, a nebo když mají rodinu tak je nefunkční a pak se tam s tím potýkají vlastně sami.“

Stejná dotazová dále hovořila i o možné cílové skupině matek, které se potýkají s problémy se závislostí, byť z jejího pohledu nepředstavovaly primární cílovou skupinu:

Komunikační partner 8: „...asi takhle úplně z fleku mě jako nenapadá, je to spíš jako ta zkušenost kdo k nám vlastně přichází jo, tak se mi to prolíná s touhle tou cílovou skupinou, nebo kolik jich vlastně je , protože třeba na tom (okres) nebo to oblast co tam máme, tak tam toho není až jako tolik jo, je to tak nějak jako rozdělené když bych to řekla po pár kusech jo, takže tam jsou třeba matky alkoholičky jo, závislé, ale není to až v takovém velkém měřítku.“

Tazatel: „A třeba u nich takovýhle přístup, byl by podle vás užitečný?“

Komunikační partner 8: „Já když s nima třeba komunikuju a chtěla bych je do skupin tak oni se tomu brání, nechtějí. U toho alkoholismu je to, a budu teďka používat jako jejich slovník, oni mezi ty závisláky jako nechtějí protože ani nejsou závislí. To je asi taková ta prvotní, takže pomalinku vlastně je jako dostávat do nějakých jako skupin kde by se setkávali...“

Sociální pracovnice, která na rozdíl od výše zmíněné psycholožky kontrolovanou konzumaci u dospívajících nepovažuje za vhodnou, zmínila naopak za možnou cílovou skupinu seniorů, pro které by podle ní přístup kontrolované konzumace mohl být vhodný:

Komunikační partner 2: „Teď mě ještě paradoxně napadlo že taková jako cílová skupina senioři, trošku jako opomíjená, tamurčitě jako spoustu lidí závislejších, asi spíš na lécích, ale na alkoholu určitě taky. A tam bych se možná o tom jako i bavila, nebo jako určitě bych se o tom bavila ale teď si říkam proč jako ne kontrolovaný pití že jo. Že takhle na sklonku života...“

U lidí bez přístřeší, kteří problémové užívají alkohol

Jedna z dotazovaných psycholožek hovořila o vhodné indikaci specifické formy přístupu zaměřeného na kontrolovanou konzumaci alkoholu u cílové skupiny lidí bez přístřeší, se závislostí na alkoholu či jiných návykových látkách:

Komunikační partner 8: ...a to kontrolované pití vlastně u nich že oni sami potřebují nějaký sociální kontakt a tam bych to viděla asi možná v tom největším měřítku, že v tom by jim to hodně pomohlo, protože tihle ti klienti, kteří nás navštěvují tak ten sociální kontakt je tam jako velké téma. Jsou fakt jako vyloučení. Takže v tom bych to viděla že by se s nimi dalo potom více jako pracovat...

Tazatel: Rozumím, takže vlastně mluvila jste teda o tom, že ten přínos, že tomu fandíte, že ten přínos vidíte hlavně třeba u těch klientů takovejch těch nízkoprahovějších, prostě bez přístřeší...

Komunikační partner 8: Kteří jsou na ulici, tak bych to viděla jako že by to určitě bylo jako přínosem velkým pro společnost i pro ně samotné, protože i to začlenění potom vlastně zpátky, jasně byl by to nějaký jako proces, ale takhle oni jsou odkázáni vyloženě sami na sebe a vidí se už jako úplně na tom dně.“

U klientů, kterým se nedaří abstinovat

Podobnou skupinou jako v předešlém tématu mohou být podle dotazovaných, pracujících zejména v sociálních službách, obecně lidé, kteří propadají běžnou nabídkou služeb či abstinenčně orientovanými programy:

Komunikační partner 7: *„nebo jsou nebo jsou lidi kteří jsou jako chronicky takový neabstinující třeba od skoro dětského nebo velmi nízkého mladého věku a mají toho víc a je tam alkohol a je tam pervitin a jsou tam, já myslím zrovna na konkrétní lidi, je tam třeba nějaká hraniční porucha osobnosti a depresivní porucha jo a oni vlastně selhávají v těch pobytových abstinenčně orientovaných léčbách, není substituce že jo, jako na perník, nebo velmi náročný se tam dostat že jo, není to dostupný, není substituce na alkohol jo, no tak vlastně oni se tady můžou dostat do stádia kdy se takzvaně jako chytanou, začnou fungovat víc chodit mezi lidi či pracovat, míň se trápit jo urovnat si nějaký vztahy ale úplně se jim nedaří abstinovat jo“*

Výše citovaný sociální pracovník/psychoterapeut uvádí i krátkou kazuistiku, která ilustruje tuto úvahu:

Komunikační partner 7: *„třeba mám na mysli konkrétní klientku takhle jako komplikovanou jo, s nějakou, poruchy příjmu potravy, hraniční porucha osobnosti, dlouhodobý nitrožilní užívání jo, a teďka po nějakým jako půl roce spolupráce ona v podstatě užívá kratom jo, teďka ale takový nízký dávky jo, 1-2 toho gramu jo denně a trošičku pije jo, tak já nevím třikrát do tejdne si dá třeba dvojku vína, no ale před půl rokem se sebezpoškozovala, užívala denně několikrát nitrožilně pervitin a když náhodou na něj třeba neměla peníze tak dost chlastala jako jo a nechodila z domova, nebyla schopná vycházet jo, partner jí sem vozil autem jo, takže prokazatelný obrovský zlepšení, neříkám jak to dopadne, mluvím s ní o tom, že je možný, že třeba jednou můžeme zkusit mluvit o úplný abstinenci, ale že zatím je v tom nevidím nějakou překážku, že takhle něco kontrolovaně užívá jo, jak teda ten alkohol tak ten kratom ktorej prostě samozřejmě problém že jo je, teď o tom moc nevíme, je toho hodně ale mám pocit že jako jeden gram kratomu ve srovnání se čtyřma nitrožilními aplikacema pervitinu je teda obrovskéj posun dopředu že jo“.*

Kdy může být přístup úspěšnější

Nakonec jsou v této části popsány některé charakteristiky klientů, u kterých dotazování předvídali vyšší pravděpodobnost úspěšnosti práce formou kontrolované konzumace alkoholu. Na jejich popisu se podíleli jak zastánci přístupu ve smyslu alternativy k abstinenci, tak i dotazování s jiným pohledem na kontrolovanou konzumaci alkoholu. Níže citovaná psychologka uvádí zejména obecné charakteristiky, kdy může být terapie úspěšnější, zmiňuje ale i pojem „kontrolovaná domácnost“ jako alternativu k „suché domácnosti“ v tradičním pojetí abstinenčního přístupu:

Komunikační partner 4: *„jo, tak samozřejmě stejně jako v jakýmkoliv jiným psychickým problémům nebo v jakékoliv oblasti která se řeší s terapeutem tak stabilní zázemí domácí, podporující partner, rodina, a jsou vždycky jako ideální kombinace na to aby ten člověk byl úspěšnej vlastně v týhle metodě, suchá domácnost pokud je ta rodina ochotná udělat si doma suchou domácnost tak v té chvíli je tam možný tu kontrolou vlastně jako kdyby udržovat pevněji protože člověk si potom může, on potom není jako kdyby úplně suchá domácnost ale je to vlastně jako kdyby kontrolovaná domácnost, že se tam kupuje jenom v tom množství který se hnedka zkonsumuje, takže pokud ti rodinní příslušníci jsou ochotni, nebo nenakupovat si, respektive třeba nemít doma ty lahce co dostali někde v práci bla bla bla, tak tak v té chvíli je to úplně jako super“*

Další citovaná adiktoložka s KBT výcvikem, která zároveň považuje kontrolovanou konzumaci za vhodnou zejména pro osoby rizikově či škodlivě užívající, hovoří jako o významných determinantách úspěšnosti kontrolované konzumace alkoholu vysokou motivací a schopností sebereflexe u klientů:

Komunikační partner 3: *„...a pro klienty kteří jsou hodně motivovaný.... mám pocit že jako líp to funguje u takovejch jako lidí který opravdu jsou na sebe, to poznáte v tý terapii jo, jsou lidi který jsou jako na sebe hodně napojený hodně o sobě dokážou přemejšlet, mají v sobě obrovskej, na sebe vobrovskej náhled a to je prostě nějaký nastavení toho člověka už když přichází do tý terapie jo, že u takovejchle prostě lidí to subjektivně vnímáte jako že to může vyjít mnohem líp než jako u jiných typů lidí, jo že to je taky si myslím hodně o osobnosti toho člověka“.*

Kromě výše zmiňovaných uváděla další dotazovaná psychologka za vhodnější indikovat kontrolovanou konzumaci alkoholu ve smyslu alternativy k abstinenci u klientů s alespoň průměrnou výší inteligence:

Komunikační partner 4: *„a samozřejmě ideální klient je motivovaný klient, takže v té chvíli kdy je tam silná motivace ke změně tak v rámci kontrolovaného užívání je to úplně jako pecka a zároveň, a asi půjdu i do tohohle, určitě tam vždycky jako výhodnou nějaká míra intelektu, pokud je ten člověk nějak podprůměrně inteligentní tak je to někdy trochu těžší a vlastně s ním udržet nějaký jako kdyby vize, nějaký jako kdyby upevnění té motivace vnitřní a přemýšlím co dál...“*

Dále se objevoval názor, že je tato metoda obecně vhodná spíše u klientů, jejichž celková situace je stabilnější zejména v sociální rovině:

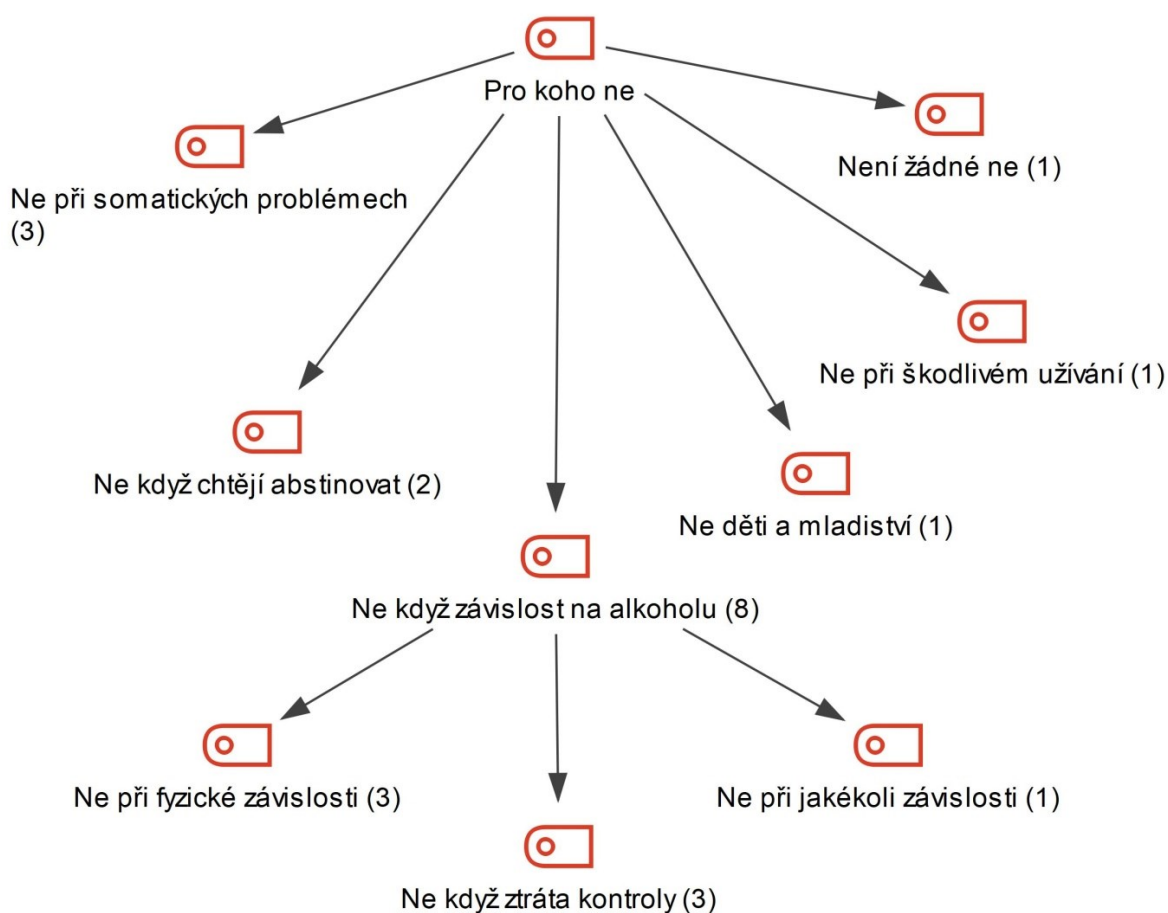
Komunikační partner 2: *„Já prostě si myslím že to je jako, že to může být fakt jako pro ty, který laicky řečeno na tom ještě nejsou tak zle. Jo, jsou to třeba lidi, stabilní, maj stabilní práci, ještě možná stabilní vztahy, jo. Možná v rámci nějaký anamnézy tam nejsou rodiče a prarodiče alkoholic. Ale podle toho se taky zas nějak jako úplně jako primárně neřídím. A myslím si že fakt jako je to, že je to možná spíš jako pro to, abysme se s tím klientem mohli bavit upřímně.“*

Názory na kontraindikace kontrolované konzumace alkoholu

Poslední část této podkapitoly se zaměřuje na názory, kdy je podle komunikačních partnerů naopak kontrolovaná konzumace alkoholu pro klienty nevhodná. Většina dotazovaných v první řadě zdůrazňovala nevhodnost využití přístupu pro osoby se závislostí na alkoholu, popřípadě svou představu o přístupu kontrolované konzumace alkoholu (např. že to je nefunkční model) vztahovali přímo k osobám se závislostí na alkoholu. Tento pohled sdíleli všichni adiktologové, lékaři a sociální pracovníci, důrazněji pak ti, kteří pracují ve zdravotnických zařízeních než v sociálních službách. Pouze obě psychologky od začátku vyjadřovali k přístupu otevřeně pozitivní vztah a obě jej považují za rovnocennou alternativu k abstinenci orientovanému přístupu i u lidí se závislostí na alkoholu. Roli zde může hrát i fakt, že obě pracují v ambulantním zařízení registrovaném jako sociální služba.

Názory komunikačních partnerů na nevhodné indikace přístupu kontrolované konzumace alkoholu zobrazuje shrnuje diagram 12:

Diagram 12: Kontraindikace dle dotazovaných



Kromě vzdělání a typu zařízení v těchto názorech hrálo roli také teoretické zaměření dotazovaného (např. druh psychotherapeutického výcviku) a obecně pohled na užitečnosti abstinenciho přístupu (ke kterému se více přiklíněli lékaři a adiktologové) a harm reduction / non-abstinenciho přístupu (který ve výzkumu více akcentovali obě psycholožky a jeden sociální pracovník/psychotherapeut.)

Závislost na alkoholu

Jednoznačně nejčastěji zmiňovaným názorem na nevhodnou indikaci byla právě přítomnost syndromu závislosti na alkoholu. Shodovali se na něm téměř všichni dotazovaní, výjimku tvořili pouze někteří zastánci přístupu jako alternativy k abstinenci, kteří to nechtěli takto specifikovat. Zároveň ale většina z dotazovaných nepovažovala závislost jako „tvrdé“ kritérium pro znemožnění využití přístupu. Například zastánci využití kontrolované konzumace alkoholu ve smyslu mezistupně k abstinenci považovali sice přístup za nevhodný pro osoby se závislostí, jsou ale ochotni jej klientovi umožnit aby si vyzkoušel, že to není v jeho případě vhodná cesta.

Striktnější byly v tomto ohledu obě adiktoložky, z nichž jedna považovala přístup za využitelný pouze u lidí rizikově či škodlivě užívajících alkohol:

Respondent 03: *„jestli se bavíme jakoby o tom kontrolovaném pití kdy člověk jako začne mít s alkoholem nějaký problémy a chce začít pít kontrolovaně tak můj názor je na to řekněme celkem striktní, respektive já jsem zastáncem toho že alkoholik by měl abstinovat. Jo, tečka. A kontrolované pití je pro mě vlastně něco jako, jak to říct, je něco jako co co se dá použít řekla bych úplně u minima klientů jo takže jako něčím s čím maximálně šetřit a u čeho bejt naprosto obezřetný protože mám pocit že hodně alkoholiků si přeje kontrolovaně pít a je to vlastně nějaký pro mě subjektivně logický přání, jako že tomu věřím nebo jakože to přání chápu ale je potřeba v tom bejt obezřetný...“*

Ne při ztrátě kontroly

Dále citovaná lékařka jako významné kritérium pro kontraindikaci kontrolované konzumace alkoholu uvádí ztrátu kontroly nad užíváním alkoholu:

Komunikační partner 1: *„...pokud samozřejmě když maj co dělat aby jako vůbec zvládli žít a přicházej že jsou zoufalý, že nejsou schopný zastavit pití tak jim nedoporučuju kontrolovaný pití, že jo.“*

S tím se pak pojí dotazovanými často uváděné riziko, že při ztrátě kontroly může dojít k recidivě onemocnění, jak vysvětluje lékař-psychiatr:

Komunikační partner 9: *„Tak především hovoříme o ztrátě kontroly, to znamená že to kontrolované pití i když si naplánují nějaké množství alkoholu s nějakou frekvencí při nějakých příležitostech tak jako v rámci diagnózy závislosti na alkoholu je ztráta kontroly jedno z těch základních jako kritérií to znamená že oni že to hlavní riziko je to že tu kontrolu neudrží to znamená že budou pít víc častěji a při příležitostech které můžou být jako rizikové nebo ohrožující a to že to pití který oni vnímají že bude jenom jednorázový a občas, se naopak rozvine do standardní recidivy se všemi důsledky odvykací příznaky a to co vlastně nechtějí ale bude to riziko si tím jako zvyšují.“*

Dalším rizikem pro relaps onemocnění je udržování a posilování chutí (cravingu) na alkohol, jak popisuje následující sociální pracovnice:

Komunikační partner 2: „No rizika jsou asi, prostě to může ten... že se tam vlastně udržuje ta chuť. Jo, že jako z toho logickýho hlediska ten mozek jako si to pamatuje, a je tam asi prostě vyšší to riziko jako toho, že se ten klient jako třeba zhoupne do nějakýho průšvyhu zpátky.“

Ne při fyzické závislosti

Další adiktolog pak doplnil, že podle jeho názoru je z hlediska kontraindikace přístupu kontrolované konzumace alkoholu zásadní zejména výskyt fyzické závislosti, tedy vyjádřený odvykací stav po odnětí alkoholu:

Komunikační partner 6: „...Co se týká kontrolovaného pití tak spíš než diagnostikovaná závislost podle MKN-10 je pro mě jednoznačným kritériem rozvinutá fyzická závislost.“

Tazatel: „rozvinutá fyzická závislost, takže nějaký odvykací stav nebo?..“

Komunikační partner 6: „jo, byť i jenom manifestní. Když je náznak odvykacího stavu tak je pro mě kontrolovaná konzumace naprosto jako nemožná. Z mého pohledu.“

Ne při jakékoli závislosti

Dotazovaný lékař-psychiatr pak jako nevhodný označil tento přístup i u lidí se závislostí na jiných látkách z důvodů uvedených v citaci:

Komunikační partner 9: „...já i dokonce nejsem zastáncem ani užívání návykových látek u lidí, alkoholu, který který mají problém mezi návykovými látkami vidím tam jako velké riziko nějaké jako zkřížené závislosti. To znamená když teda někdo byl závislý na pervitinu tak i kontrolovaným pití alkoholu v uvozovkách, i když třeba neměl diagnostikovanou závislost na alkoholu, označuji jako riziko a mluvím o tom s klientama že vlastně se vystavují jako riziku rozvoje závislosti i na jiné návykové látce.“

Pokud chtějí abstinovat, absolvovaná abstinенční léčba

Přirozenou skupinou klientů, pro které není doporučování přístupu kontrolované konzumace vhodné, jsou podle dotazovaných lidé, kteří chtějí abstinovat či úspěšně absolvovali abstinенčně orientovanou léčbu závislosti na alkoholu, jak trefně poznamenává dotazovaná sociální pracovnice:

Komunikační partner 2: „No, no. Teďka jako přemejšlim u koho bych jako kontrolovaný pití nedoporučila. Asi jako u těch lidí, který jako přichází z léčebny, tak ty jsou tak jako hezky namotivovaný že teda už dokonce života to bude v pohodě, tak jako těm bych určitě... “

Tazatel: „že by o tom asi nechtěli slyšet“

Komunikační partner 2: (smích) „že by asi o tom nechtěli ani slyšet že to lze i takhle jo, určitě si myslím že když jako člověk je rozhodnutej k abstinenci a namotivovanej tak... tak jako tam bych... ní to je blbost že jo“

Tazatel: „Jo, že to je jako nějaká jasná kontraindikace, že ten člověk chce abstinovat tak mu to nenabízet“

Komunikační partner 2: „Nó (smích) asi, asi ne.“

Při somatických potížích

Jako možnou kontraindikaci určovali někteří dotazovaní výrazné somatické potíže, které by se mohly vlivem konzumace alkoholu zhoršovat:

Komunikační partner 7: „jo třeba nějaký zdravotní komplikace když ty lidi maj jo, třeba mají nevím, něco s těma játrama nebo s těmahle věcma tak když to jakoby víme že jsou nějakým způsobem týmhlectím hendikopovaný nebo nemocný tak jako, je to vlastně, jim napomáháme, nechci říct umířit jo ale zhoršit si zdravý třeba jo. Jo takže ty třeba komorbidity jinýho charakteru jako že ten jed, ve formě toho alkoholu by neměli do sebe dostávat jo. A pak už vůbec nemluvim o někom kdo občas přepije antabus, tak když bere antabus tak hold chce abstinovat jo.“

I pro dotazovanou psycholožku, která je zastánkyní kontrolované konzumace alkoholu jako alternativy k abstinenci orientovanému přístupu, a která tento přístup ve své práci primárně využívá, se jedná o problematickou okolnost, při které doporučuje abstinenci, jak popisuje v následující citaci:

Komunikační partner 4: „Samozřejmě největší rizika se tam objevujou u lidí, kteří nechtějí přestat teď úplně ale už mají nějaký zdravotní problém spojený s alkoholem, popřípadě ten nemusí být původně spojený s alkoholem, ale ten alkohol je výrazně zhoršuje. No, ani nebudu asi dávat příklady, to vás asi napadne co myslím, ale tady v tihlechtich chvílích sama za sebe řeknu, že je to pro mě problematický vlastně s těma klientama v tomhle dál

pokračovat, protože vnímám, že je to vlastně jako významný ohrožení jejich života v té chvíli kdy trošičku snižujou, zároveň moje role není nějak jako kdyby je přemlouvat není tam ani moralizování jako moje role, v podstatě jediný co já potřebuju tak je na to opakovaně poukazovat jo, že to je, tohle jejich chování je nadále škodlivý, že vlastně v téhle chvíli by pro ně byla nejlepší forma tý práce se sebou úplná abstinence aby se alespoň vlastně jako kdyby třeba ze začátku, ale s tímhle já i pracuju, vlastně jim někdy i říkávám a pokavaď je to třeba nemoc která v průběhu času se může zlepšit tak ty lidi se můžou dostat do normálního fungování a třeba se můžou postupem času vrátit že začnou trochu pít, tak jim vlastně jako kdyby doporučuju zkusme teďka i jít tou cestou abstinence a potom třeba uvidíme za rok, za dva...”

Ne při škodlivém užívání alkoholu

Škodlivé užívání alkoholu většina dotazovaných označovala za vhodnou indikaci, v čemž se lišila níže citovaná adiktoložka, která tento přístup vnímá jako nefunkční model i u této skupiny lidí:

Komunikační partner 10: *„...i tady ty se škodlivým užíváním řeknou ale já to chci třeba pít kontrolovaně ale když jakoby vlastně s nima projdu jak teda pijou že to je ještě na hranici není to za tou závislostí ale většinou už nemají tu záklopku nebo nemají prostě nějakou sebekontrolu kterou ztrácej tak pak jim vysvětluji že právě ani to kontrolované pití vlastně pro ně není funkční model že tím nic nevyřešíme že pořád bude jakoby lepší nastolit tu abstinenci než by třeba mohli sklouznout úplně někam dál“*

Není žádné „ne“

Diametrálně opačný postoj ke kontraindikacím zastává níže citovaná psycholožka, pracující v sociální službě, která mluvila o kontrolované konzumaci alkoholu především v kontextu využití v nízkoprahovém zařízení, a která by nestanovovala žádná vylučovací kritéria, pokud chce klient spolupracovat na kontrolované konzumaci alkoholu:

Komunikační partner 8: *„Je to asi jsou úplně na individuálním posouzení jo, já bych teda asi nespécifikovala jako že bych řekla komplexně, jo jak jsme každý z nás jako je individualita tak i tito lidé, takže asi bych to nebrala tak jako hromadně, že bych všichni prostě kdo mají nějaký jako problém s alkoholem, nebo neví tak je tam... Dala bych to jenom jako službu že*

je tady ta možnost. A to si myslím že i pro člověka je jako je cesta, když si můžu vlastně já i není na mě tlačěn nějaký jako nátlak, tak určitě to má větší užitek než když to...

Tazatel: „Jo, takže byste neviděla jako žádný takový to jako tvrdý kritérium teda vylučující“

Komunikační partner 8: „Ano tak, ale jako na dobrovolnosti.“

5.4 Společná a sporná témata, vlivy

Ke snazší identifikaci společných témat a vlivů na ně byl použit nejprve dvou-případový model, do kterého byl zahrnut dotazovaný, u kterého převládali kritické názory na přístup (komunikační partner 9) a dotazovaná, které tento přístup sama využívá a popisuje především jeho pozitiva (komunikační partnerka 4).

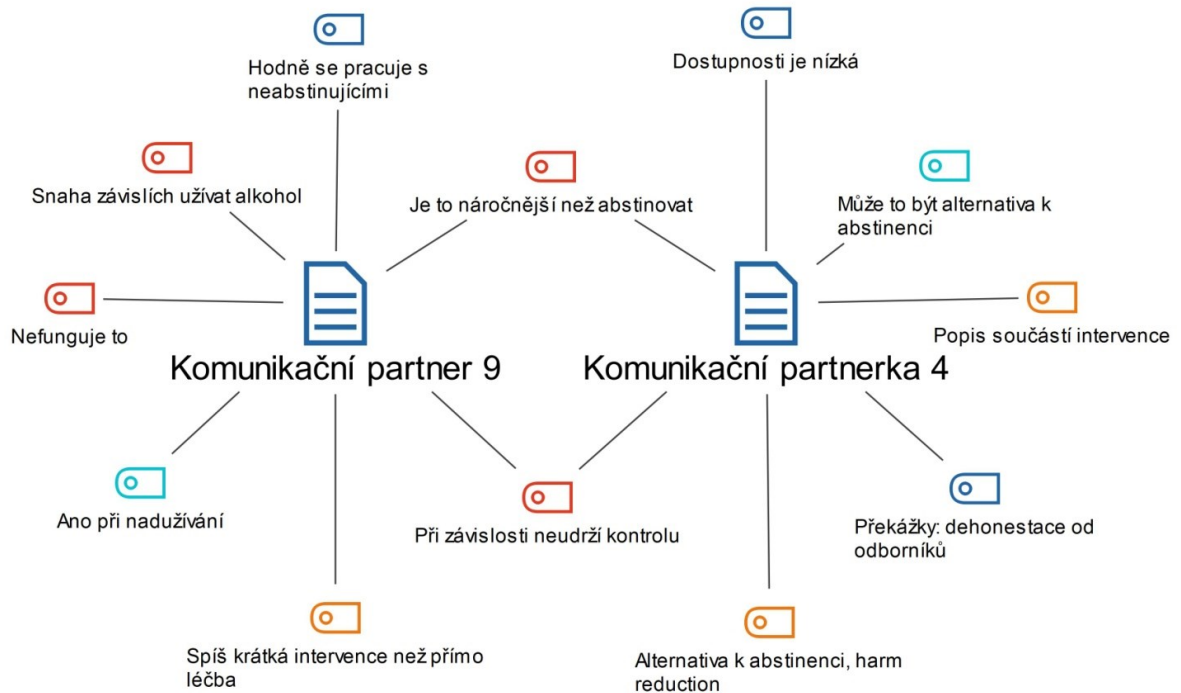
Komunikační partner 9 (lékař – psychiatr pracující v psychiatrické ambulanci) popisoval kontrolovanou konzumaci především jako snahu závislých užívat alkohol, přičemž u této cílové skupiny považuje přístup kontrolované konzumace za nefunkční a rizikový přístup. Využitelnost vidí spíše v oblasti krátkých intervencí či poradenství, které připodobňoval ke spánkové hygieně. Domnívá se, že hodně zařízení pracuje s neabstinujícími pacienty ale ne přímo prostřednictvím přístupu kontrolované konzumace alkoholu. Z hlediska indikace považuje tento přístup za vhodný spíše pro osoby nadužívající alkohol nebo konzumující jednorázové nadměrné dávky.

Komunikační partnerka 4 (psycholožka pracující v sociální službě) popisovala přístup kontrolované konzumace alkoholu jako alternativu k abstinčně orientované léčbě, kterou považuje jako součást přístupu harm reduction. Podrobně popisovala součásti intervence zaměřené na kontrolovanou konzumaci alkoholu a své vlastní postupy a zkušenosti s touto metodou. Přístup považovala za vhodný pro všechny klienty, přičemž uváděla určité charakteristiky klientů, u kterých může být přístup úspěšnější. Rozšíření přístupu odhadovala jako nízké a popisovala konkrétní příležitosti pro rozšíření přístupu, jako zvyšování informovanosti odborné veřejnosti; tak i překážky, jako například dehonestaci přístupu ze strany odborníků, zejména lékařů.

V rámci dvou-případového modelu, zobrazeného na diagramu níže, jsou vidět kromě výše zmíněných témat i dvě, na kterých se oba dotazovaní shodli. Konkrétně se jedná o názory týkajících se využívání přístupu kontrolované konzumace alkoholu u lidí závislých

na alkoholu. Oba komunikační partneři se domnívají, že klienti se syndromem závislosti na alkoholu budou mít problém udržet nad užíváním alkoholu kontrolu, a že to bude pro ně náročnější než abstinovat:

Diagram 13: Dvou-případový model zastánkyně a kritika přístupu

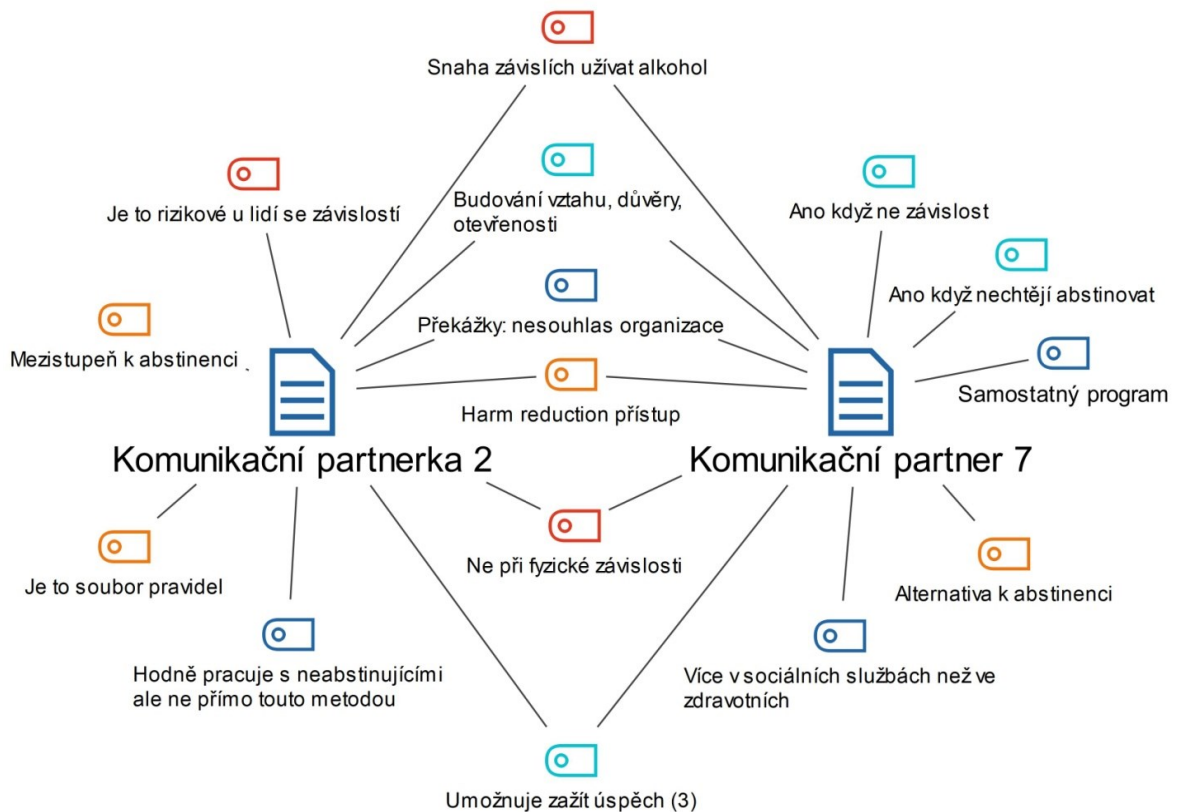


Vliv vzdělání, typu služby

V základních tématech, tedy názorech na podobu kontrolované konzumace alkoholu, jejího rozšíření a vhodné indikaci se shodovali především respondenti stejného vzdělání, tedy lékaři, adiktologové, psychologové. Větší rozdíly se vyskytovaly u sociálních pracovníků, u kterých byl větší rozptyl názorů a dle jejich vyjádření zřejmě spíše souvisel s celkovým postojem ke kontrolované konzumaci alkoholu v dané organizaci. Proto druhý model srovnává právě dvojici dotazovaných, kteří jsou vzdělaní v sociální práci. Na níže uvedeném modelu je patrné, že se rozcházejí v řadě témat, například v pojetí podoby kontrolované konzumace a názorů na vhodnou indikaci. Rozcházejí se také v odhadech na rozšíření přístupu, kdy komunikační partnerka 2 zastává názor, že je tento přístup hodně využíván v intuitivní formě, aniž by se tak nazýval; oproti tomu komunikační partner 7 odhaduje rozšíření jako nízké, o něco vyšší pak v sociálních službách. Shodují se ale například v tom, že překážkou pro využívání přístupu kontrolované konzumace alkoholu

mohou být právě postoje v organizacích či v tom, že mnozí lidé se závislostí mohou pojmát kontrolovanou konzumaci jako prostředek k pokračování v užívání alkoholu:

Diagram 14: Dvou-případový model sociálních pracovníků



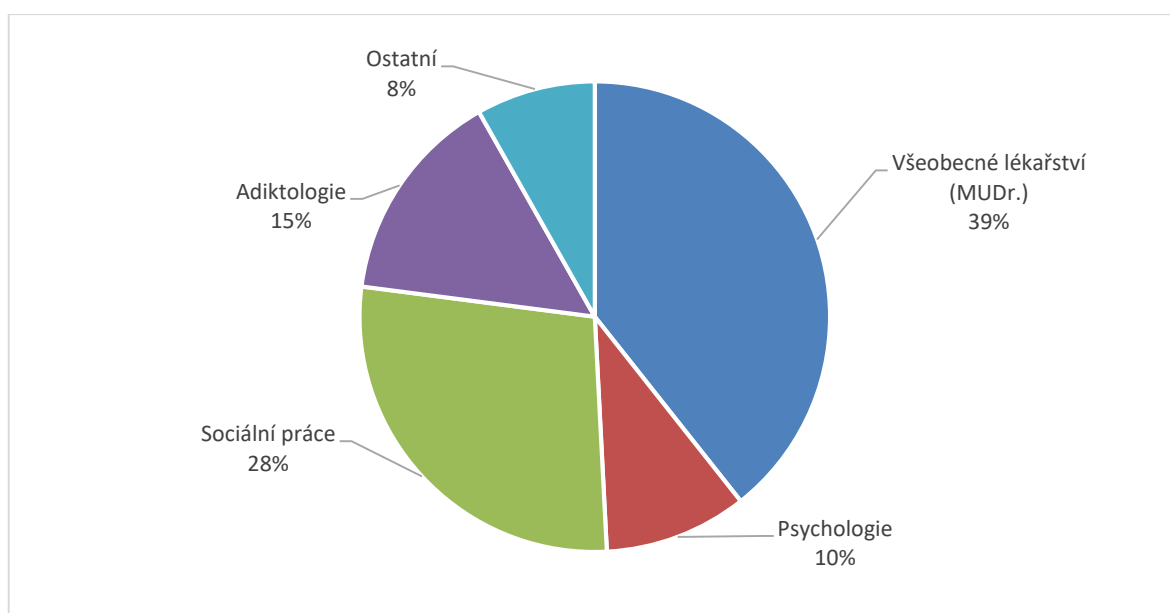
Z toho je patrné, že kromě vzdělání a dalších výcviků a kurzů je z hlediska názorů významný typ ambulantního zařízení a popřípadě zda je registrován jako sociální služba nebo jako zdravotnické zařízení. Záleží zároveň na filosofii dané organizace.

5.5 Výsledky dotazníkového šetření

Na základě dat z rozhovorů bylo vytvořeno krátké dotazníkové šetření, které bylo v online formě rozesláno všem registrovaným ambulantní zařízení, která měla v seznamu registrovaných zdravotních či sociálních zařízení uvedený email. Celkem bylo osloveno 691 zařízení následujících typů: a) Psychiatrické ambulance b) Nelékařské zdravotnické adiktologické ambulance c) AT ambulance d) Adiktologické ambulance registrované jako odborné sociální poradenství e) Kontaktní centra.

Úspěšně bylo doručeno 95 % procent emailů a otevřelo je 25,6 % adresátů. Celkově dotazník zodpovědělo 85 respondentů. Z nich 21 (25 %) uvedlo, že nepracují terapeuticky s lidmi se závislostí na alkoholu a dotazník tak předčasně ukončili. Další otázka směřovala na typ ambulantního zařízení. Celkem se zapojilo 23 psychiatrických ambulancí (40 %), 18 adiktologických ambulancí registrovaných jako služba odborného sociálního poradenství (31 %), 8 nelékařských adiktologických ambulancí registrovaných jako zdravotnická služba (14 %), 5 kontaktních center (8 %) a 4 AT ambulance (7 %). Následující otázka pak mapovala vzdělání respondentů, které zachycuje graf 1:

Graf 1: Respondenti podle vzdělání

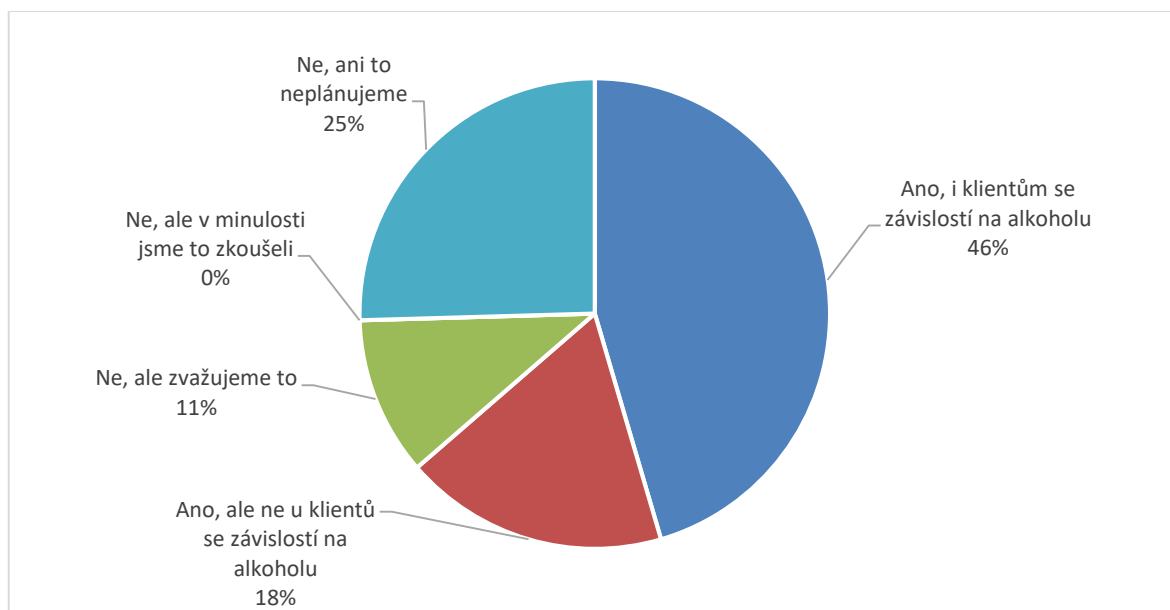


U této otázky bylo umožněno uvádět další profese, z nichž některé spadaly do výše uvedených kategorií (např. psychiatr); další profese, jako např. speciální pedagog či psychiatrická sestra, do výzkumu pro nízkou účast zahrnuty nebyly, stejně jako respondenti, kteří vypsali více profesí (např. adiktologie a sociální práce).

Rozšíření kontrolované konzumace alkoholu

Další otázka v dotazníku mapovala rozšíření přístupu kontrolované konzumace alkoholu v ambulantních zařízeních. Celkové výsledky zobrazuje graf 2.:

Graf 2: Umožňujete ve Vašem zařízení klientům/pacientům v současné době usilovat o kontrolovanou konzumaci alkoholu?

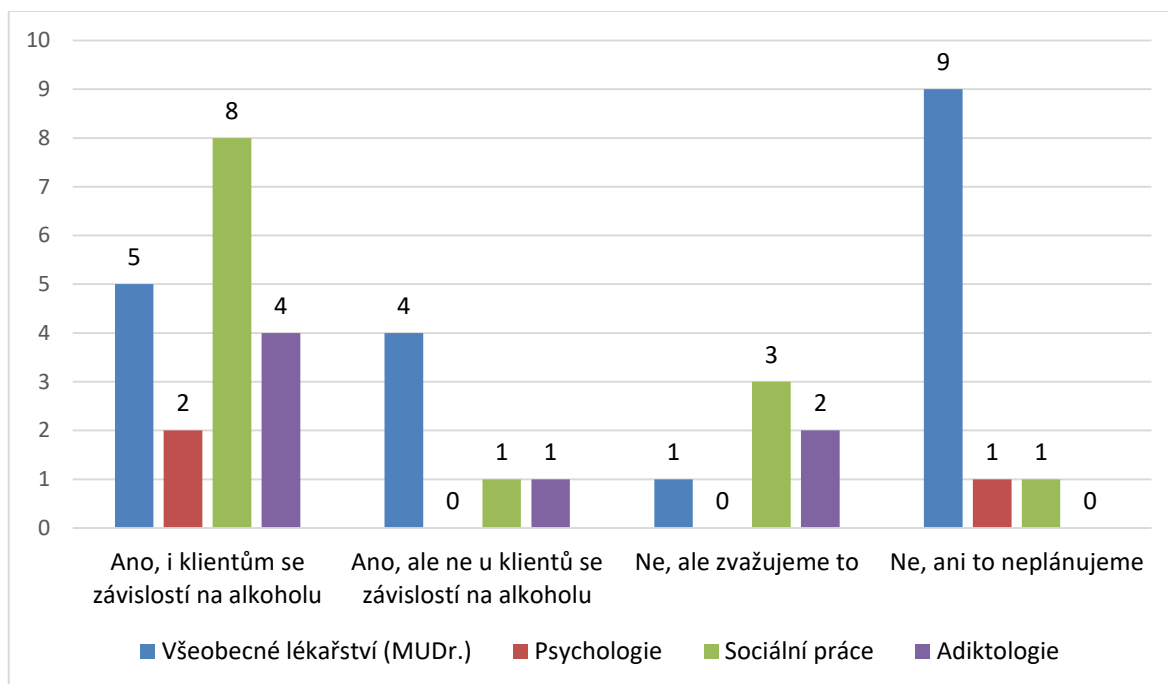


Z grafu je patrné, že v nějaké formě umožňuje klientům usilovat o kontrolovanou konzumaci většina dotazovaných zařízení; popřípadě to zvažují. Žádný z respondentů pak nevolil možnost „Ne, ale v minulosti jsme to zkoušeli“, proto nebude dále uváděna.

I tato otázka umožňovala uvést slovní vyjádření. Z nichž byla opět některá pro stejný význam přiřazena do kategorií výše, např.: „*umožňujeme to všem klientům, kteří mají zájem si to vyzkoušet, upozorňujeme ale na rizika a úskalí tohoto přístupu*“ či „*Orientujeme se na zakázku klienta. Pokud chce kontrolovaně pít, pracujeme na tom. Při tom ale dáváme zpětnou vazbu, proč to není dobrý nápad, v případě, kdy si myslíme že kontrolované pití pro něj není vhodné.*“

Následující graf pak ukazuje využívání kontrolované konzumace alkoholu v ambulantních zařízeních podle profese:

Graf 3: Umožňujete ve Vašem zařízení klientům/pacientům v současné době usilovat o kontrolovanou konzumaci alkoholu? (podle vzdělání)

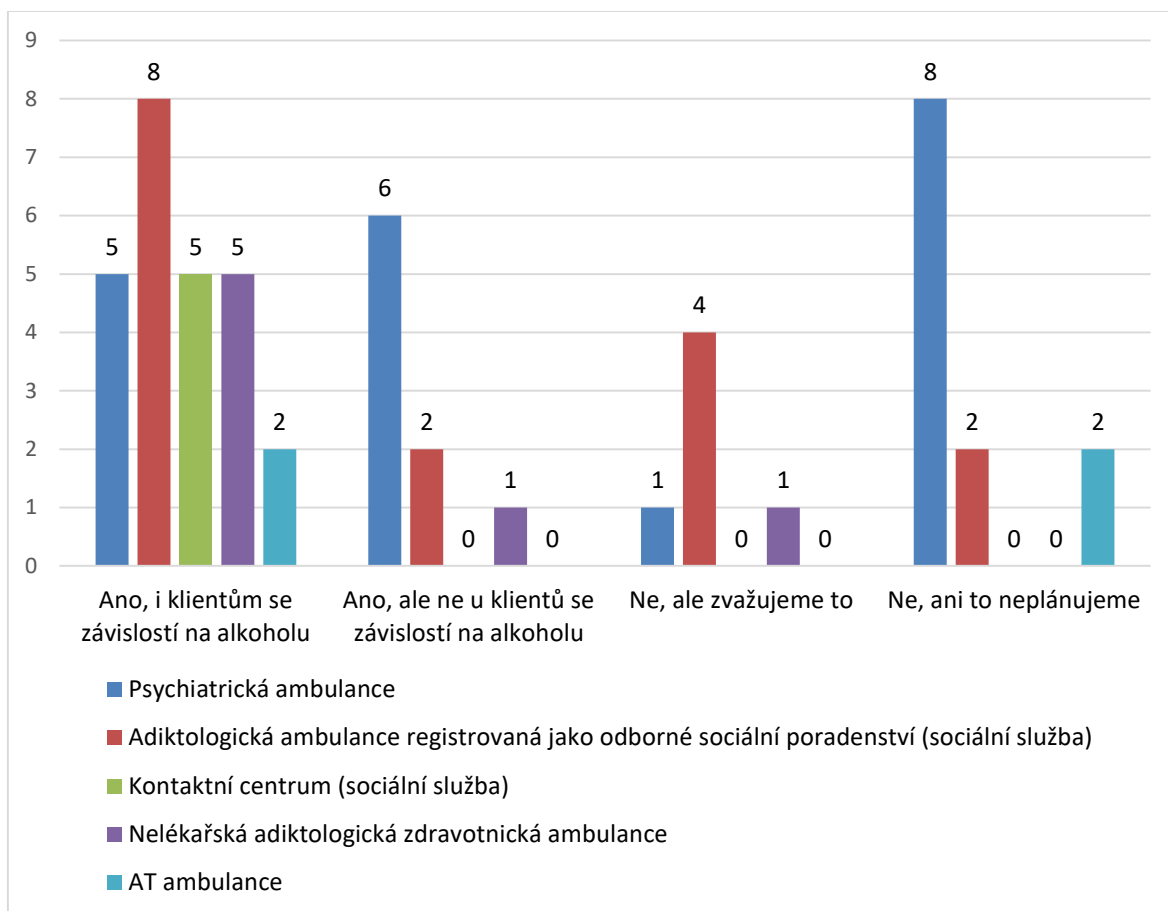


Ve vyšší míře odmítají přistoupit na kontrolovanou konzumaci respondenti s lékařským vzděláním. Mezi nimi odpověděla téměř polovina (45 %), že svým pacientům/klientům neumožňují usilovat o kontrolovanou konzumaci alkoholu; 5 % to zvažuje a ze zbylých 50 % umožňuje usilovat o kontrolovanou konzumaci alkoholu 23 % i lidem se závislostí na alkoholu. Jeden z dotazovaných lékařů uvedl následující odpověď: „*pacient bez stanovené závislosti alkoholu, eventuálně závislý bez ztráty kontroly, jako první stupeň navázání spolupráce u pacienta, který přichází se zakázkou kontrolovaného užívání. Velmi často to končí zjištěním, že kontrolované užívání není možné, že řešení je jen abstinence.*“

Oproti tomu většina sociálních pracovníků (69 %) i adiktologů (57 %) odpověděla, že umožňuje usilovat o kontrolovanou konzumaci i lidem se závislostí na alkoholu. Opačnou odpověď (Ne, ani to neplánujeme) pak zvolilo pouze 6 % sociálních pracovníků a ani jeden adiktolog. Do výzkumu se zapojili 6 psychologů, z nich 3 uvedli, že umožňují usilovat o kontrolovanou konzumaci i lidem se závislostí, 1 zvolil odpověď že ne ani to neplánuje a zbylý uvedl následující: „*alkohol neřešíme jako primární, toto s nimi vyjednávají adiktologové*“.

Níže uvedený graf 4 obsahuje výsledky dle typů zařízení:

Graf 4: Umožňujete ve Vašem zařízení klientům/pacientům v současné době usilovat o kontrolovanou konzumaci alkoholu? (podle typu zařízení)



Rozšíření využívání přístupu kontrolované konzumace podle typů zařízení je podobné předchozímu rozdělení zejména v oblasti psychiatrických ambulancí, které jsou úzce vázány na lékařské vzdělání a tento přístup využívá 55 % z nich (25 % i u závislých na alkoholu), 5 % to zvažuje.

Nejvyšší míra rozšíření tohoto přístupu byla ve výzkumu zaznamenána u nelekařských adiktologických zařízení registrovaných jako zdravotnické služby. Z respondentů, kteří uvedli že zde pracují, jich 72 % umožňuje usilovat o kontrolovanou konzumaci alkoholu i lidem se závislostí, 14 % pak jen lidem, kteří závislí nejsou. Dalších 14 % to do budoucna zvažuje a nikdo nevedl, že usilování o kontrolovanou konzumaci neumožňuje.

V případě adiktologických ambulancí registrovaných jako sociální služby odpovědělo kladně 62 % respondentů v nich pracujících (z toho 50 % i se závislými), 25 % pak uvedlo, že to zvažují. Pouze 13 % z nich odpovědělo záporně a ani neplánují tento

přístup do budoucna využívat. Všechny 5 respondentů, kteří pracují terapeuticky s lidmi se závislostí na alkoholu v kontaktních centrech, uvedlo, že umožňují usilovat o kontrolovanou konzumaci alkoholu i lidem se závislostí.

Někteří respondenti svůj názor vyjádřili vlastní odpovědí. Kupříkladu psycholog, pracující v adiktologické ambulanci registrované jako sociální služba uvedl následující odpověď: *„Umožňujeme to všem klientům, kteří mají zájem si to vyzkoušet, upozorňujeme ale na rizika a úskalí tohoto přístupu“*. Podobně se vyjádřil následující sociální pracovník: ze stejného typu zařízení: *„Orientujeme se na zakázku klienta. Pokud chce kontrolovaně pít, pracujeme na tom. Při tom ale dáváme zpětnou vazbu, proč to není dobrý nápad, v případě, kdy si myslíme že kontrolované pití pro něj není vhodné.“*. Oba výše citovaní respondenti ty akceptují non-abstinentní cíl klienta, přičemž upozorňují na rizika.

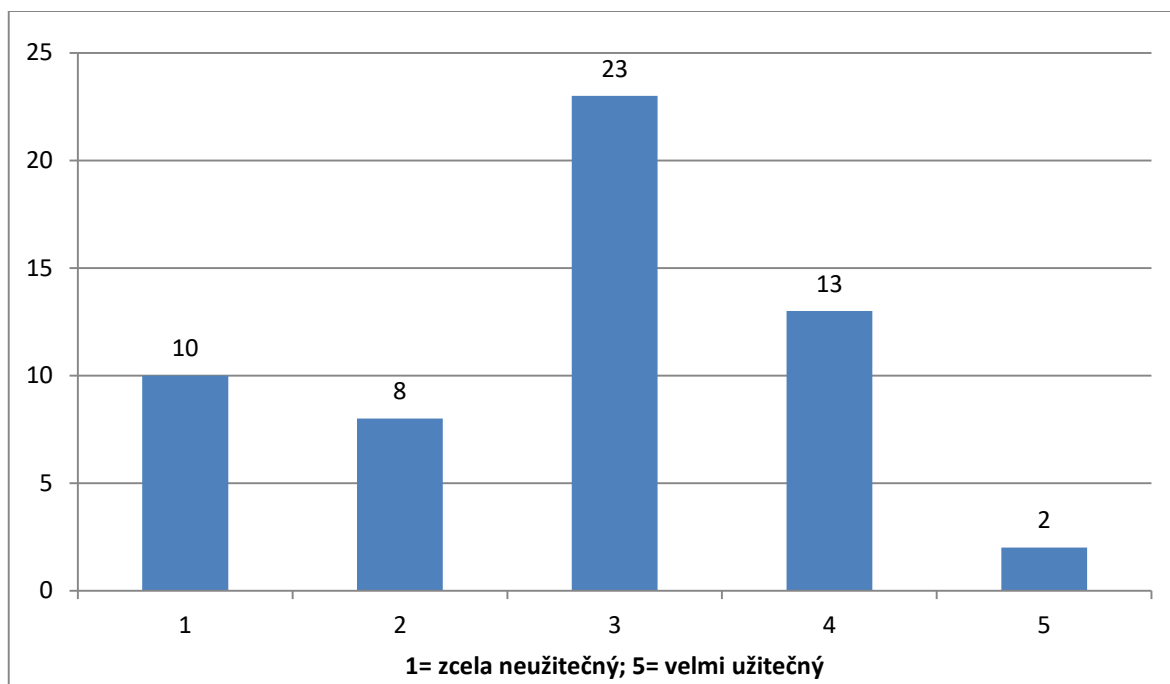
Podrobnější odpověď uvedl lékař pracující v psychiatrické ambulanci. Popisuje využití přístupu u lidí bez závislosti, popřípadě se zachovalou kontrolou a zkušenost s příklonem k abstinenci: *„pacient bez stanovené závislosti alkoholu, eventuálně závislý bez ztráty kontroly, jako první stupeň navázání spolupráce u pacienta, který přichází se zakázkou kontrolovaného užívání. Velmi často to končí zjištěním, že kontrolované užívání není možné, že řešení je jen abstinence.“*

Poslední citovaný, adiktolog pracující v nelékařské zdravotnické adiktologické ambulanci, uvedl jistý kompromis mezi výše zmíněnými názory (orientace na zakázku klienta ale motivace k abstinenci) a dále popisuje jako vhodné využití přístupu nízkoprahová zařízení: *„zcela dle zakázky klienta a jeho nastavení, nicméně já motivuji spíše k abstinenci, protože mám jisté pochybnosti, zcela souhlasím s využitím v HR službách s nízkoprahovým přístupem, rovněž jako stabilizace s výhledem snižování dávek alkoholu“*

Názory na užitečnost přístupu kontrolované konzumace alkoholu

Tato oblast byla v dotazníku zkoumána dvěma otázkami, z nichž první se tázala respondentů na jejich názor na užitečnost přístupu kontrolované konzumace alkoholu pro jejich klienty/pacienty. Odpovídat mohli na škále 1 (zcela neužitečný) až 5 (velmi užitečný). Celkové výsledky názorů na užitečnost přístupu ilustruje graf 5:

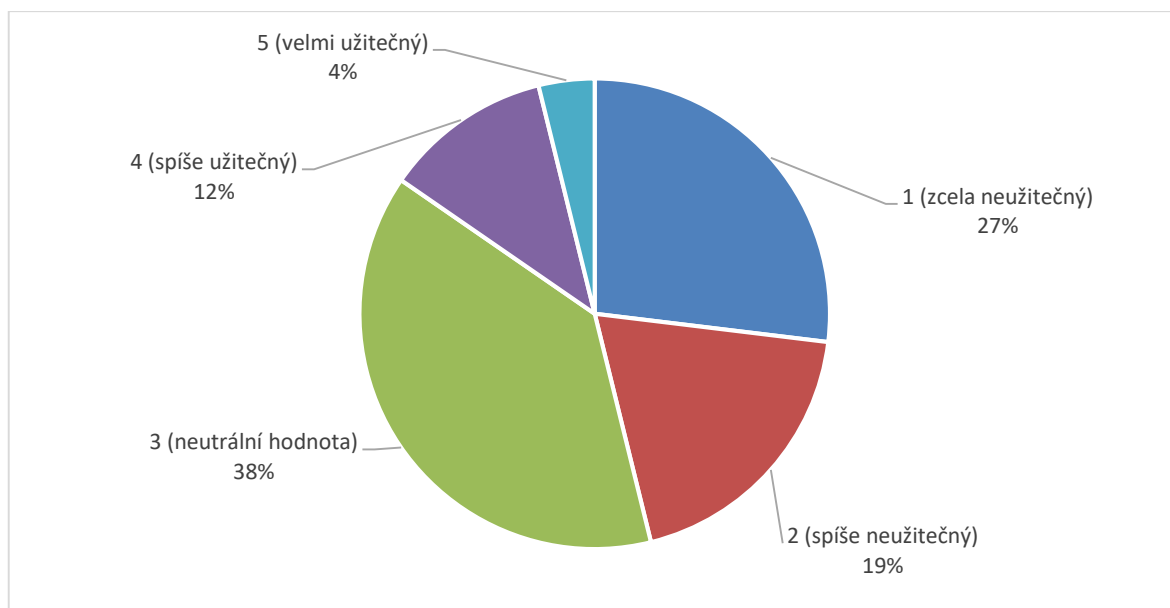
Graf 5: Jaký je Váš názor na užitečnost přístupu kontrolované konzumace alkoholu pro Vaše klienty/pacienty?



Z grafu je patrné, že většina respondentů volila neutrální hodnotu tři a dále převažovalo spíše nižší hodnocení přístupu. Výsledky se opět lišily s ohledem na vzdělání a typ zařízení. Nejnižší hodnocení uváděli lékaři, z nichž 29 % hodnotilo přístup jako zcela neužitečný a 21 % jako spíše neužitečný. Jako velmi užitečný jej naopak hodnotilo 4 % z nich a jako spíše užitečný 8 %. Zbýlých 38 % zvolilo střední hodnotu. Příznivěji pak přístup hodnotili sociální pracovníci: jako velmi užitečný 6 % z nich, spíše užitečný 35 %, stejná část pak zvolila střední hodnotu. Za spíše neužitečný jej označilo 18 % a za velmi neužitečný 6 %. Zapojení adiktologové se vyhnuli oběma krajním hodnotám, většina se přiklonila ke střední hodnotě 63 %, čtvrtina jej hodnotila jako spíše užitečný a 12 % jako spíše neužitečný. Podobně mezi psychology žádný nezvolil krajní hodnoty: 33 % zvolilo neutrální hodnotu, 50 % hodnotilo přístup jako spíše užitečný a zbylých 17 % jako spíše neužitečný.

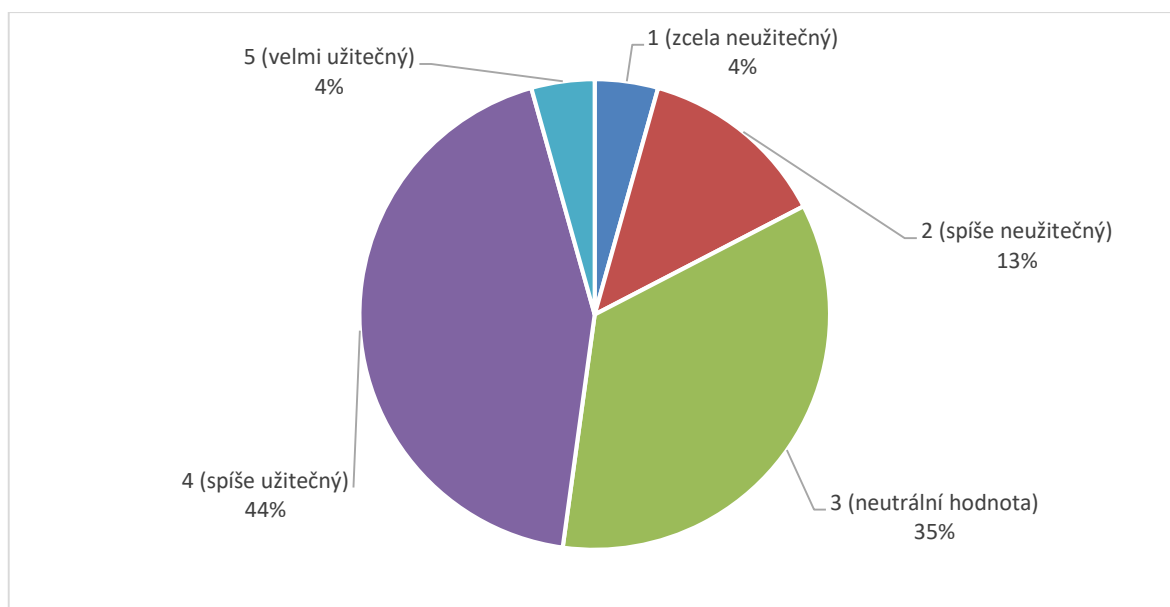
Níže uvedené grafy 6-8 pak srovnávají názory na užitečnost dle typů zařízení, která byla pro zjednodušení rozdělena do tří skupin. První z nich zachycuje názory v psychiatrických a AT ambulancích:

Graf 6: Názory na užitečnost přístupu v psychiatrických a AT ambulancích



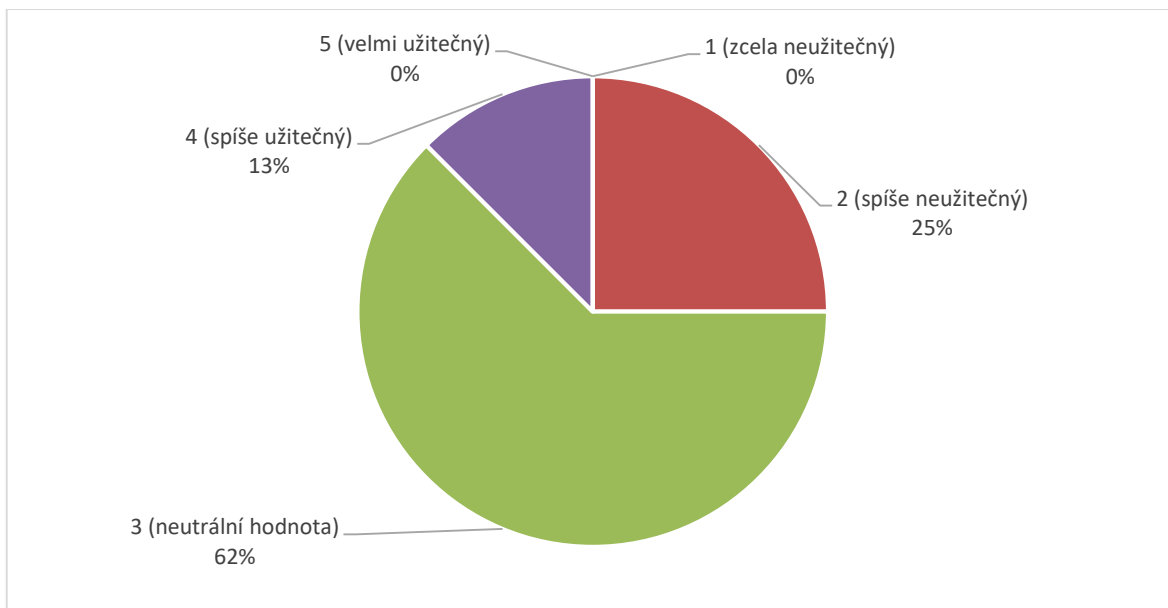
Následující graf pak obsahuje názory na užitečnost mezi respondenti z řad ambulantních zařízení registrovaných jako služby odborného sociálního poradenství a z kontaktních center:

Graf 7: Názory na užitečnost přístupu v ambulancích registrovaných jako sociální služby



Poslední z této trojice grafů pak na následující stránce zachycuje názory na užitečnost mezi respondenty, kteří uvedli že pracují v nelékařských adiktologických ambulancích se zdravotnickou registrací:

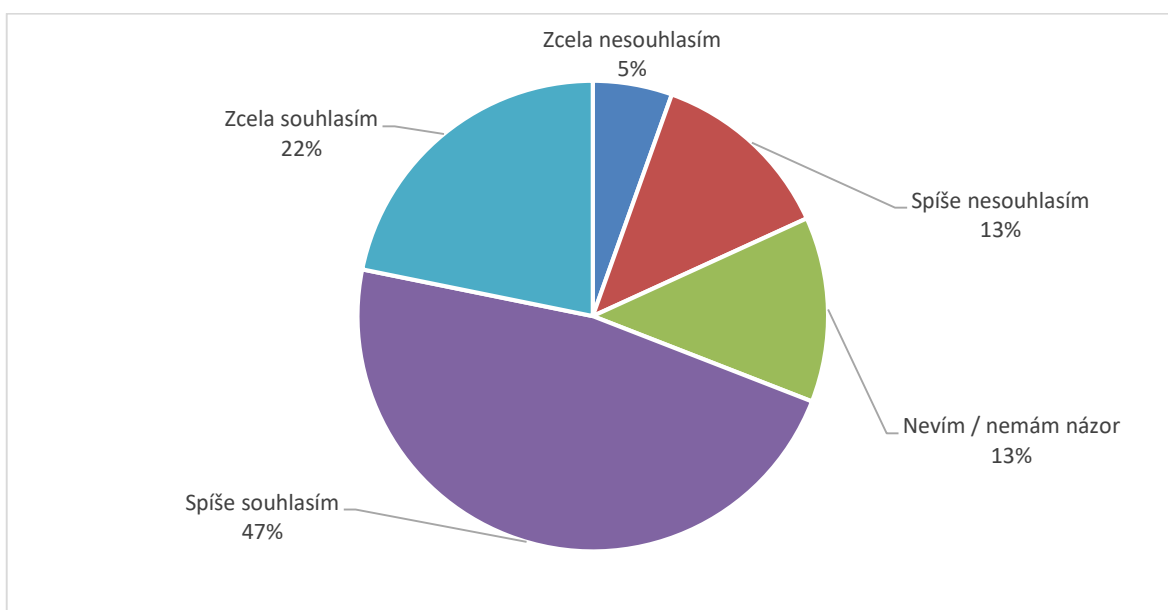
Graf 8: Názory na užitečnost přístupu v nelékařských adiktologických ambulancích registrovaných jako zdravotnická zařízení



Názory na tvrzení ohledně kontrolované konzumace alkoholu

Další část dotazníku mapovala názory na konkrétní výroky ohledně kontrolované konzumace alkoholu, formulované na základě rozhovorů. První z nich se týká pojetí kontrolované konzumace alkoholu ve smyslu mezistupně k abstinenci:

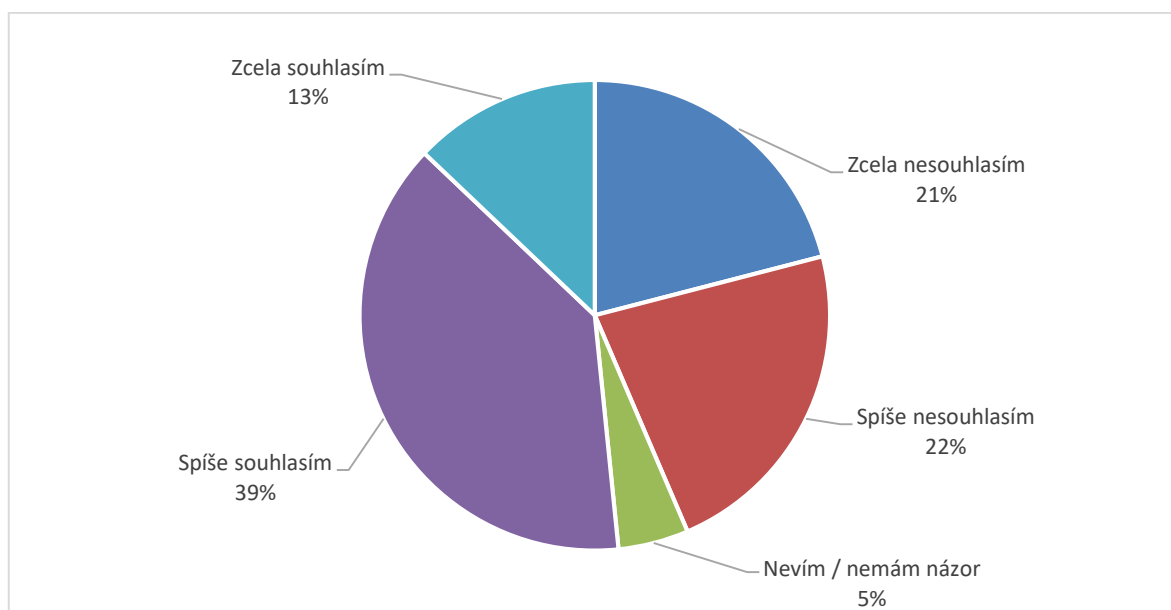
Graf 9: Jaký je názor respondentů na následující tvrzení ohledně kontrolované konzumace alkoholu: „Závislí si díky ní mohou vyzkoušet, že to nejde“?



Všech 9 zapojených adiktogů s tímto tvrzením souhlasilo (56 % zcela a 44 % spíše souhlasilo). S tímto výrokem souhlasila také většina zapojených lékařů: zcela souhlasím uvedlo 14 % z nich, 41 % spíše souhlasilo, spíše pak nesouhlasilo 18 % a zcela nesouhlasilo 13 % (zbylých 14 % uvedlo, že nemají na toto názor). I sociální pracovníci většinou souhlasili (18 % zcela souhlasím, 53 % spíše souhlasím, 17 % spíše nesouhlasím a zbylých 12 % uvedlo, že nemají názor). Ze 6 zapojených psychologů 3 spíše souhlasili (50 %), dva nesouhlasili (33 %, zcela pak nesouhlasil jeden z nich) a poslední neuvedl názor (16 %).

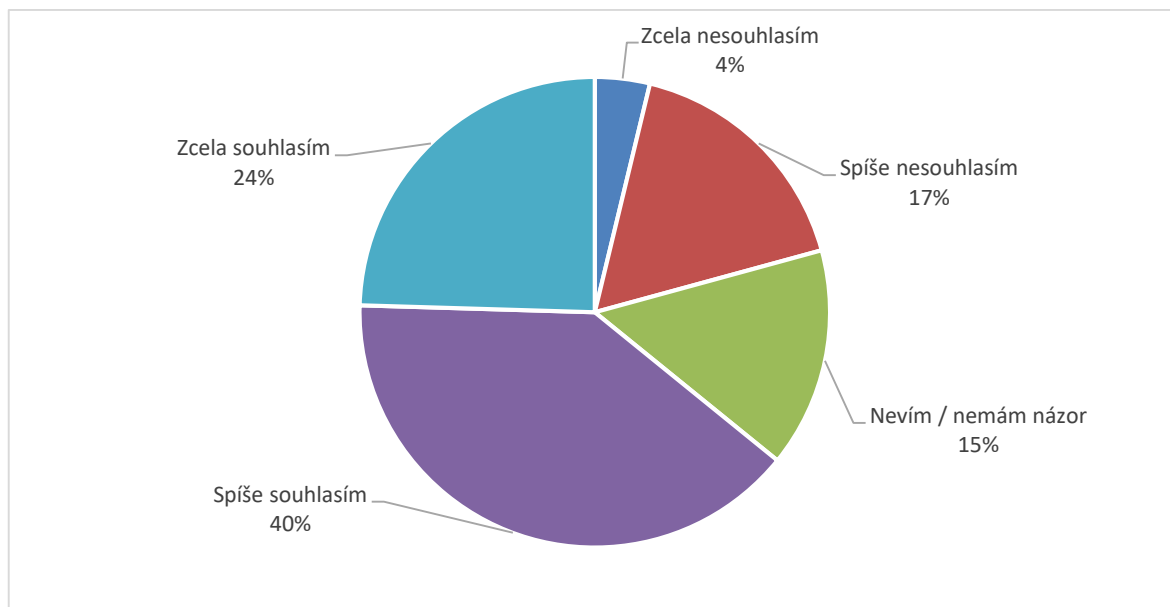
Další tvrzení vycházelo z názoru, že kontrolovaná konzumace může představovat alternativu k abstinenci orientované léčbě. V tomto znění pak bylo předloženo respondentům: „může být alternativa k abstinenci orientované léčbě“. S tímto tvrzením nejvíce souhlasili zapojení sociální pracovníci: 77 % jich vyjádřilo souhlas (18 % zcela), spíše nesouhlasilo 17 % (zcela nesouhlasil žádný) a 6 % neuvedlo názor. Následovali adiktologové, kteří souhlasili v 67 % (22 % z nich zcela); dále spíše nesouhlasilo 22 % a zbylých 11 % pak zcela. Z psychologů souhlasilo zcela 33 % a spíše 17 %; spíše nesouhlasilo zbylých 50 %. Nejméně s tvrzením souhlasili lékaři: zcela nesouhlasilo 42 %, spíše 25 %; naopak zcela souhlasili 4 % a spíše 25 % (4 % nemělo názor). Všechny odpovědi zachycuje graf 10:

Graf 10: Jaký je názor respondentů na následující tvrzení ohledně kontrolované konzumace alkoholu: „může být alternativa k abstinenci orientované léčbě“?



Následující graf shrnuje názory na tvrzení, které ověřovalo další rozšířený názor komunikačních partnerů v rámci rozhovorů, že vhodná indikace jsou především lidé rizikově či škodlivě užívající alkohol:

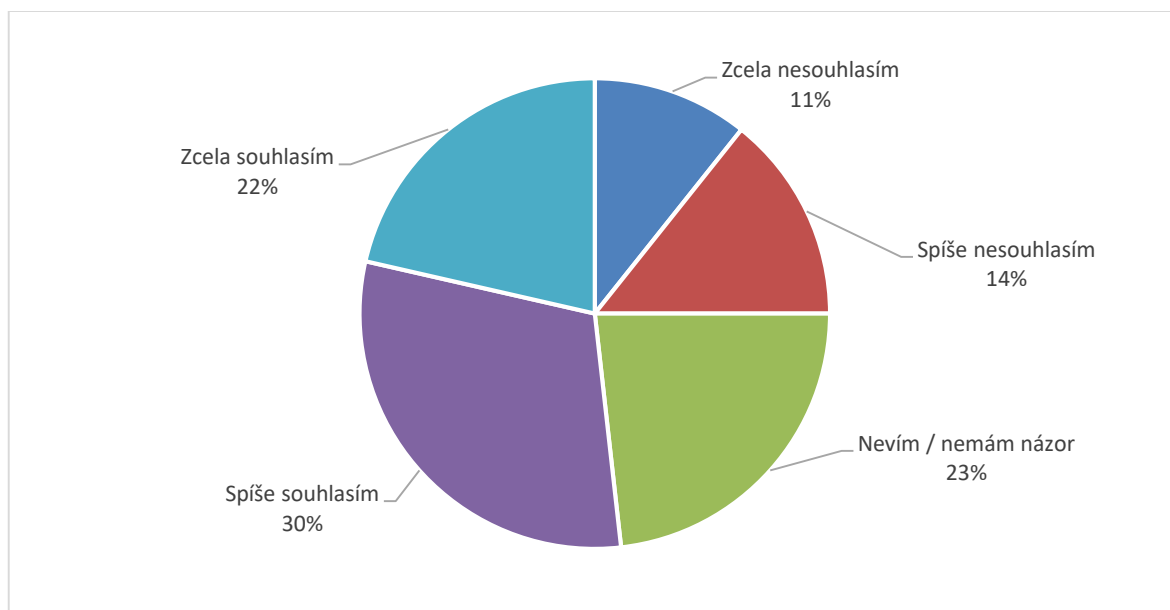
Graf 11: Jaký je názor respondentů na následující tvrzení ohledně kontrované konzumace alkoholu: „vhodné indikace jsou rizikově nebo škodlivě užívající“?



S výše uvedeným tvrzením souhlasilo 89 % adiktologů (44 % zcela a 45 % spíše), přičemž žádný nebyl proti (zbylých 11 % neví/nemají názor). Podobně souhlasilo 83 % psychologů (33 % zcela a 50 % spíše), zbývajících 17 % neví/nemají názor. Následovali lékaři, z nichž zcela souhlasilo 27 % a spíše 32 %. Zcela pak nesouhlasilo 9 % a spíše nesouhlasilo 27 % (5 % neví/nemá názor). Sociálních pracovníků souhlasilo s tvrzením zcela 20 % a spíše 40 %. Spíše pak nesouhlasilo 13 % a 27 % uvedlo že neví či nemá názor.

Další tvrzení se zaměřilo na pohled některých dotazovaných, kteří považovali přístup za vhodný zejména v nízkoprahových (harm reduction) službách:

Graf 12: Jaký je názor respondentů na následující tvrzení ohledně kontrolované konzumace alkoholu: „Je vhodná do nízkoprahových zařízení“?

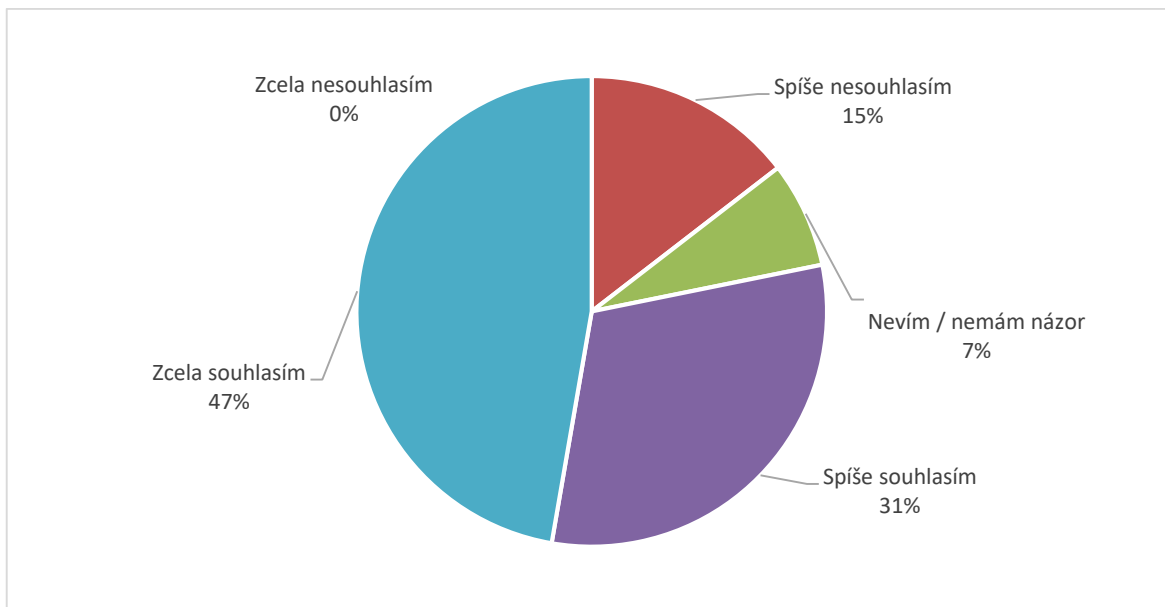


S tímto tvrzením nejvíce souhlasili adiktologové (22 % zcela a 45 % spíše souhlasilo). Nesouhlas pak vyslovilo 22 % z nich (z toho polovina zcela nesouhlasila). Dále pak souhlasilo s tvrzením 53 % sociálních pracovníků (35 % zcela); 23 % spíše nesouhlasilo, 6 % zcela a 18 % neví/nemá názor. Z psychologů 50 % zcela souhlasilo a 17 % spíše nesouhlasilo; zbytek neprojevil názor. Mezi lékaři souhlasilo s tvrzením 45 % z nich (14 % zcela), 28 % pak nesouhlasilo (14 % zcela); zbylých 27 % zvolilo odpověď neví/nemám názor.

Poslední tvrzení cílilo na názory ohledně závislosti na alkoholu a kontrolované konzumace alkoholu. V rozhovorech totiž často zazníval názor, že ztráta kontroly je jednou z kontraindikací přístupu. Dotazovaným byla proto položena otázka, zda souhlasí s tvrzením, že „při rozvinuté závislosti nelze obnovit kontrolu“.

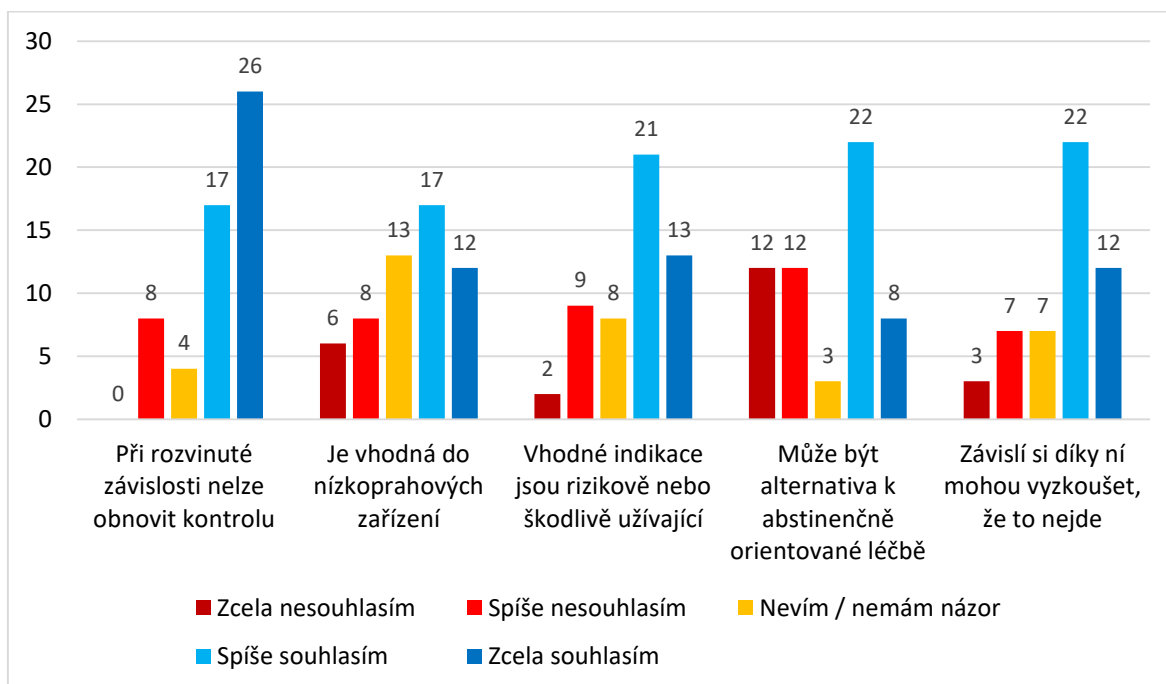
S tímto tvrzením souhlasili všichni respondenti s adiktologickým vzděláním, 44 % zcela a 56 % spíše souhlasilo. Následovali lékaři, z nichž 68 % zcela souhlasilo a 14 % spíše souhlasilo; dalších 14 % spíše nesouhlasilo a 4 % uvedli, že neví/nemá názor. Z psychologů 50 % spíše souhlasilo, 17 % spíše nesouhlasilo a zbylých 33 % a nevědělo/nemělo názor. Mezi sociálními pracovníky bylo největší procento respondentů, kteří s tvrzením spíše nesouhlasí: 30 %. Zcela naopak souhlasilo 35 % a spíše souhlasilo 29 %. Zbylých 6 % uvedlo že neví/nemá názor. Žádný z respondentů neuvedl, že s tímto tvrzením zcela nesouhlasí. Odpovědi zachycuje graf 11:

Graf 13: Jaký je názor respondentů na následující tvrzení ohledně kontrolované konzumace alkoholu: „Při rozvinuté závislosti nelze obnovit kontrolu“?



Všechny odpovědi na výše uvedená tvrzení následně shrnuje graf č. 14:

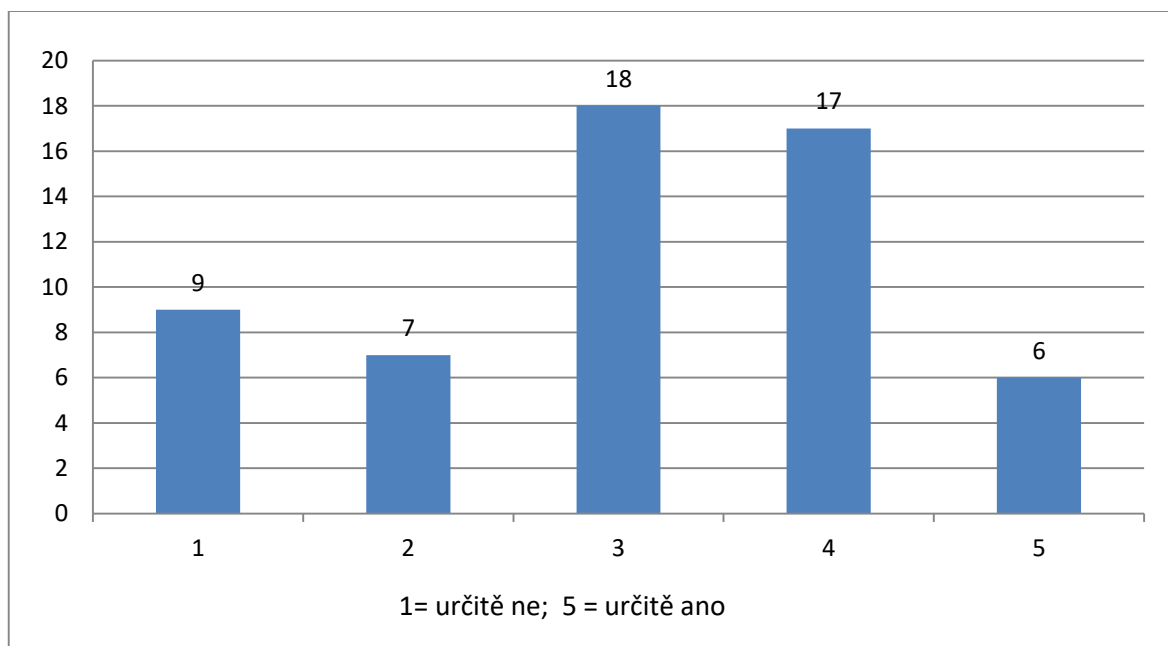
Graf 14: Názory na tvrzení ohledně kontrolované konzumace alkoholu



Názory na vhodnost většího rozšíření kontrolované konzumace alkoholu

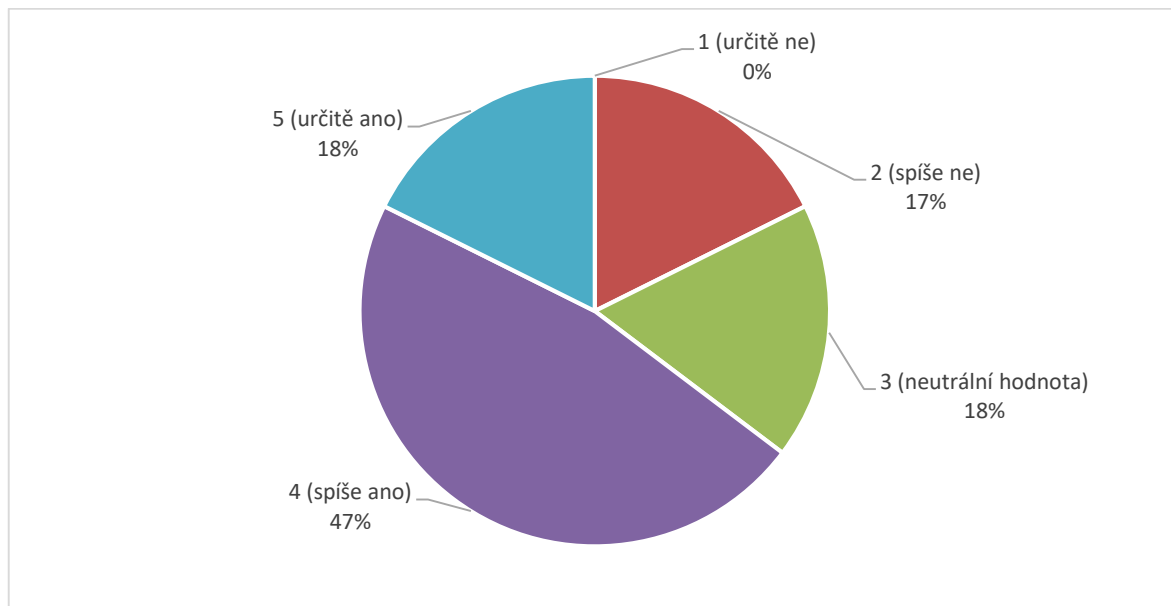
Poslední otázka v dotazníku mapovala názory respondentů na otázku, zda by podle nich měl být přístup kontrolované konzumace alkoholu více rozšířený v ambulantních zařízeních. Odpovídat mohli na škále 1 (určitě ne) až 5 (určitě ano). Celkové výsledky ukazuje následující graf:

Graf 15: Názory na vhodnost většího rozšíření přístupu kontrolované konzumace alkoholu v ambulantních zařízeních



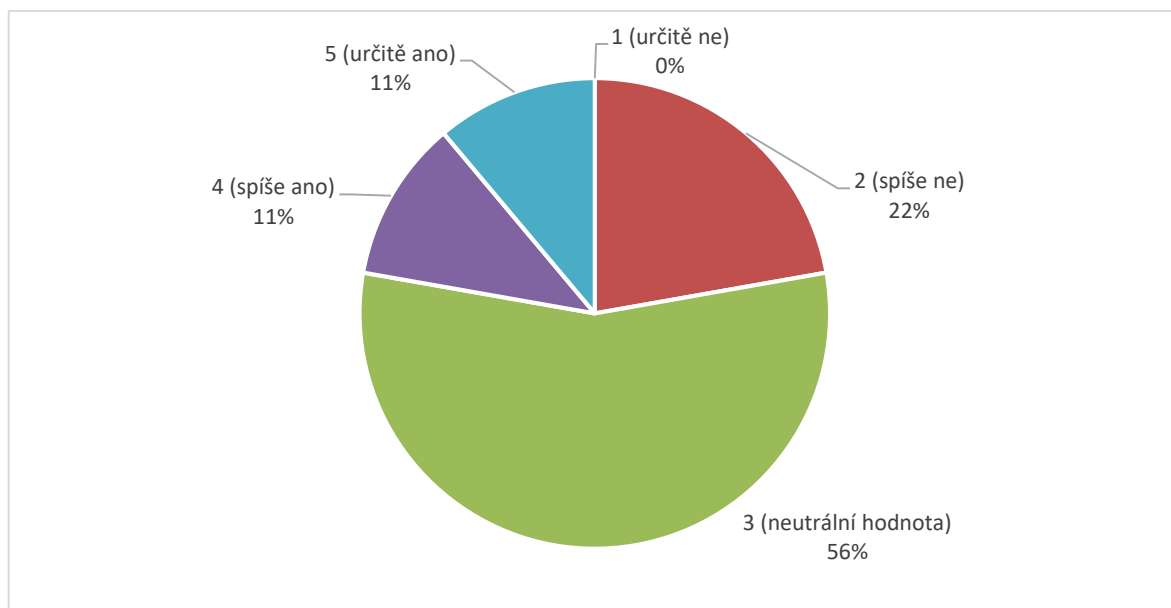
Grafy na následující straně porovnávají odpovědi respondentů dle jejich vzdělání. První z nich ukazuje odpovědi sociálních pracovníků, kterých nadpoloviční většina souhlasila s vyšším rozšířením přístupu kontrolované konzumace alkoholu:

Graf 16: Měl by podle Vás přístup kontrolované konzumace alkoholu být více rozšířený v ambulantních zařízeních? (sociální pracovníci)



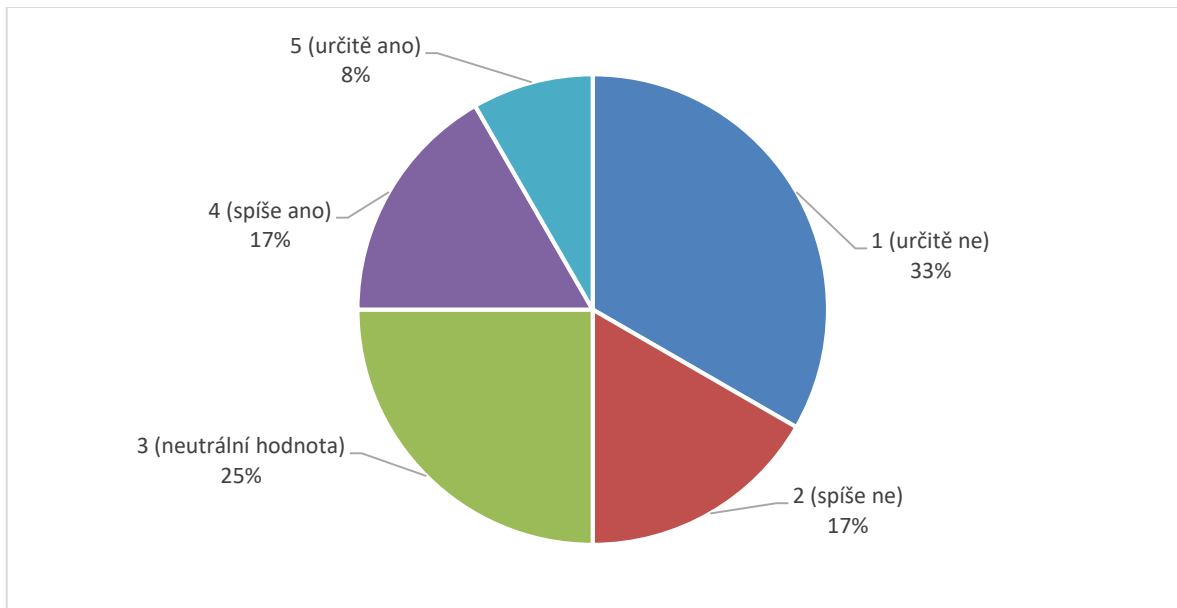
S vyšším rozšířením přístupu souhlasí také polovina dotazovaných psychologů (určitě ano 17 %), druhá polovina pak zvolila neutrální hodnotu. Podobně opatrně se k otázce vyjadřovali adiktologové, z nichž nadpoloviční většina také zvolila střední hodnotu. Další odpovědi adiktologů udává graf 17:

Graf 17: Měl by podle Vás přístup kontrolované konzumace alkoholu být více rozšířený v ambulantních zařízeních? (adiktologové)



Nejčastěji pak s vyšším rozšířením kontrolované konzumace nesouhlasili lékaři:

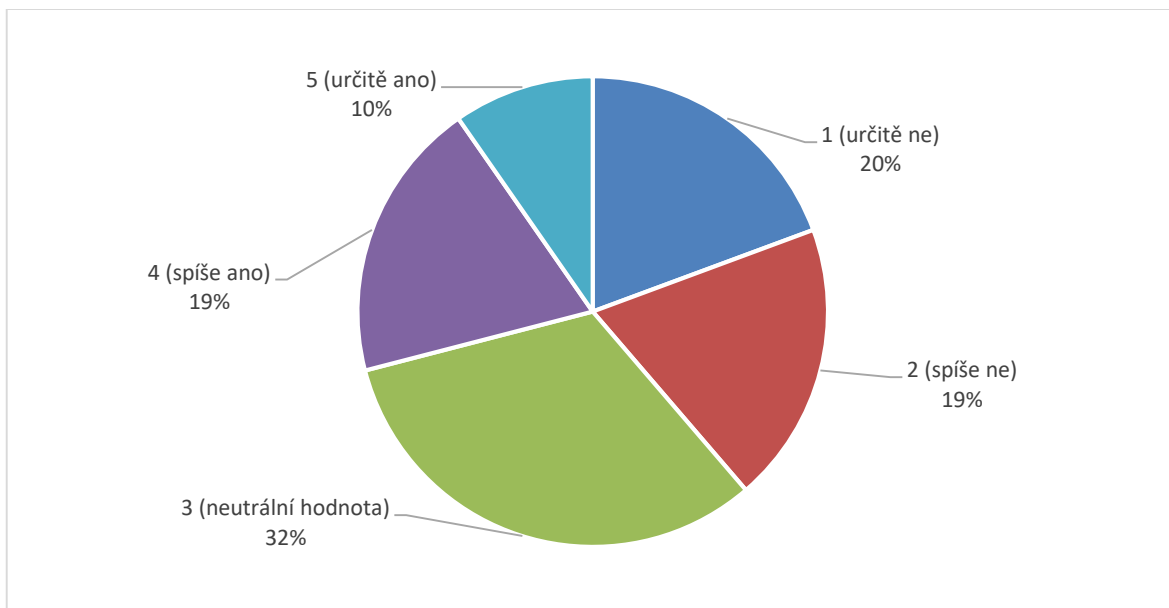
Graf 18: Měl by podle Vás přístup kontrolované konzumace alkoholu být více rozšířený v ambulantních zařízeních? (lékaři)



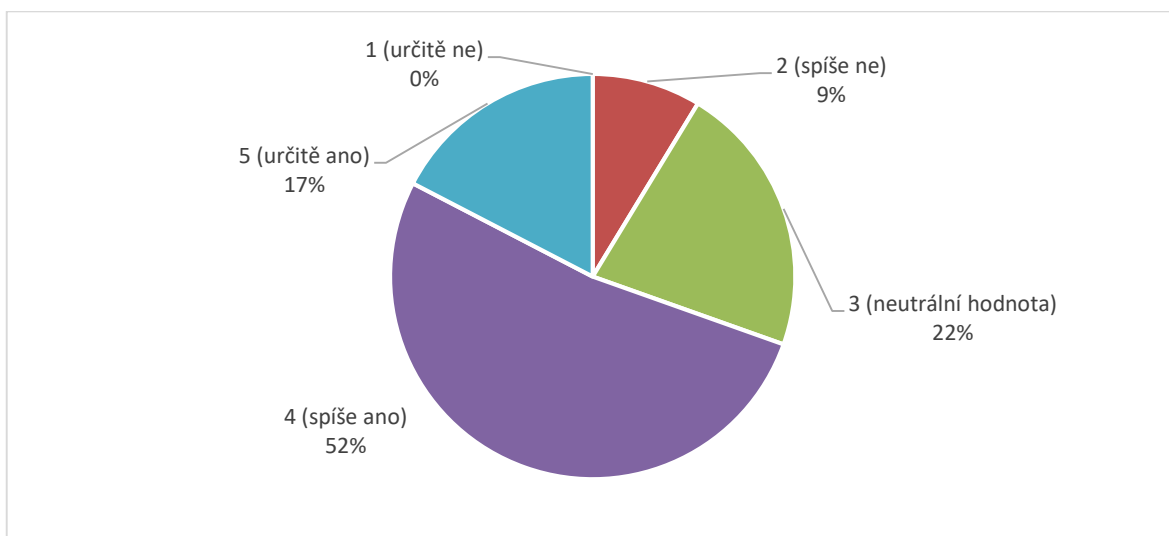
Z hlediska konkrétních typů zařízení byl nejvyšší podíl zcela souhlasných odpovědí mezi respondenty pracujícími v kontaktních centrech (určitě ano: 25 %); dále v nelékařských adiktologických ambulantních zařízeních registrovaných jako zdravotnické zařízení (14 %); v adiktologických ambulancích registrovaných jako sociální služba (12 %); 10 % respondentů pracujících v psychiatrických ambulancích také zvolilo odpověď „určitě ano“, z AT ambulancí pak žádný respondent. Poslední dva uvedené typy také představovaly jediná zařízení, u kterých respondenti zároveň uvedli odpověď „určitě ne“ (50 % z AT ambulancí a 24 % psychiatrických ambulancí).

Grafy 19 a 20 na následující straně pak porovnávají názory mezi zařízeními se zdravotní a se sociální registrací:

Graf 19: Názory na vhodnost rozšíření v ambulancích se zdravotnickou registrací (psychiatrické, AT a adiktologické ambulance)



Graf 20: Názory na vhodnost rozšíření v ambulancích registrovaných jako sociální služby (ambulance s odborným sociálním poradenstvím a kontaktní centra)



V závěru dotazníku bylo respondentům umožněno připojit svůj další názor či komentář. Někteří tuto možnost využili a poskytli následující vyjádření:

(Respondent 28, lékař): „Pokus o kontrolované užívání považuji za další motivační prvek k přechodu do úplné abstinence.“

(Respondentka 41, zdravotní sestra): „některé otázky jsou nesrozumitelné“

(Respondent 48, adiktolog, sociální pracovník, psychoterapeut): „*Individualita pacienta včetně jeho potřeb a souvisejících faktorů může v indikovaných případech umožnit změny i s přístupem kontrolovaného pití.*“

(Respondent 49, adiktolog): „*Nepřibírá za klienty jejich zodpovědnost za jejich život. Plně respektuji jejich cestu a jsem připravena je v ní doprovázet.*“

(Respondent 59, lékař): „*Pacienty edukuji o množství vypitého za týden a domlouváme hranici, kterou by neměli překročit. A to i rizikově pijících. U závislých uvažujeme o kontrolovaném pití pouze v případě, že pacient není ochoten plně abstinence. Plnou vždy upřednostňuji. Ale pokud to nejde, pak je kontrolované pití jediná možnost, jak pacienta udržet v nějakých hranicích, aby se nepropil brzo k smrti.*“

(Respondent 74, sociální pracovník): „*Otázka 7 je zavádějící. Nevím, jak to mají jiné služby.*“

(Respondent 78, pedagog): „*Bylo by zajímavé dozvědět se výsledek výzkumu a otevřená debata na toto téma*“

(Respondent 82, lékař): „*Některé dotazy jsou zavádějící - ot.4 "umožňujete" - v ambulanci to prakticky nelze neumožnit, není to však "doporučujete". Kontrolované pití není doporučeníhodné při žádném problému s pitím. Jedná se o krajní variantu, pokud pacient na jiné odmítá přistoupit. Spíš tedy že si dělá, co chce.*“

(respondent 85, psycholog): „*Otázka #5 - co znamená užitečnost? Užitečnost ve smyslu dosažení abstinence? Zbavení se závislosti? Harm reduction? Možnost využívat sociální služby?*“.

5.6 Hypotézy a jejich testování

Na základě dat z rozhovorů byly také formulovány následující hypotézy pro ověření v rámci výsledků dotazníkového šetření. Stanovená hodnota významnosti je $p=0,05$. Pokud tedy výsledná hodnota překročí tuto hranici, nemůže být nulová hypotéza zamítnuta.

K testování hypotéz byl využit program Tibco Statistica 12 a základní nástroj sloužící k vyhodnocení vztahu dvou proměnných - kontingenční tabulky (Rogalewicz, 2018). Před samotnou analýzou vztahu byly nejprve v programu Microsoft Office vybrány potřebné proměnné (jejich popis je u každé hypotézy) a došlo k překódování všech nominálních proměnných na číselné hodnoty v samostatném sloupci (např. vzdělání: adiktolog = 1, lékař

= 2 apod.). Pro nízký počet některých proměnných (např. AT ambulance) pak došlo u některých k jejich sloučení prostřednictvím překódování, což je popsáno u konkrétních hypotéz.

Hypotéza č. 1: Názory na kontrolovanou konzumaci alkoholu a vzdělání respondentů

H0: Mezi názory na přístup kontrolované konzumace alkoholu a vzděláním respondentů není souvislost.

H1: Názory na přístup kontrolované konzumace alkoholu souvisí se vzděláním respondentů.

Testován byl vztah následujících proměnných: vzdělání respondentů (nezávislá nominální proměnná); a názory na užitečnost přístupu kontrolované konzumace alkoholu (závislá ordinální proměnná 1-5). V případě vzdělání byly zahrnuty následující kategorie (v závorce přidělený kód): lékaři (1); sociální pracovníci (2); adiktologové (3); psychologové (4). Chybějící hodnoty byly vynechány. Četnosti proměnných zobrazuje tabulka níže:

Tabulka 3: Četnosti proměnných pro hypotézu 1

Kontingenční tabulka (List1 v statistica (1)) Četnost označených buněk > 10 (Marginální součty nejsou označeny)							
	Q1=vzdělání	Q5=užit ečnost 1	Q5=užit ečnost 2	Q5=užit ečnost 3	Q5=užit ečnost 4	Q5=užit ečnost 5	Řádk. součty
Četnost	1	7	5	9	2	1	24
Sloupc. četn.		100,00%	50,00%	40,91%	15,38%	50,00%	
Řádk. četn.		29,17%	20,83%	37,50%	8,33%	4,17%	
Celková četn.		12,96%	9,26%	16,67%	3,70%	1,85%	44,44%
Četnost	2	0	3	6	6	1	16
Sloupc. četn.		0,00%	30,00%	27,27%	46,15%	50,00%	
Řádk. četn.		0,00%	18,75%	37,50%	37,50%	6,25%	
Celková četn.		0,00%	5,56%	11,11%	11,11%	1,85%	29,63%
Četnost	3	0	1	6	2	0	9
Sloupc. četn.		0,00%	10,00%	27,27%	15,38%	0,00%	
Řádk. četn.		0,00%	11,11%	66,67%	22,22%	0,00%	
Celková četn.		0,00%	1,85%	11,11%	3,70%	0,00%	16,67%
Četnost	4	0	1	1	3	0	5
Sloupc. četn.		0,00%	10,00%	4,55%	23,08%	0,00%	
Řádk. četn.		0,00%	20,00%	20,00%	60,00%	0,00%	
Celková četn.		0,00%	1,85%	1,85%	5,56%	0,00%	9,26%
Četnost	Vš.skup.	7	10	22	13	2	54
Celková četn.		12,96%	18,52%	40,74%	24,07%	3,70%	

U této tabulky jsou nejspíše naplněny předpoklady pro použití chí-kvadrát testu, přičemž by nepomohlo ani dodatečné překódování. Alespoň 80 % buněk kontingenční tabulky totiž musí mít očekávanou četnost větší než 5 a všechny buňky tabulky musí mít očekávanou četnost alespoň 1 (Rogalewicz, 2018). Hypotézu proto nebylo možné testovat.

Hypotéza č. 2: Využívání přístupu a typ služby

H0: Mezi využíváním přístupu kontrolované konzumace a typem služby není souvislost.

H1: Využívání přístupu kontrolované konzumace souvisí s typem služby

U této hypotézy byl testován vztah mezi typem zařízení (nezávislá nominální proměnná) a odpovědí na otázku, zda respondenti umožňují klientům usilovat o kontrolovanou konzumaci alkoholu (závislá nominální proměnná). U typů zařízení došlo z důvodu nízkého počtu AT ambulancí ve vzorku k jejich sloučení s psychiatrickými ambulancemi; kontaktní centra pak byla sloučena s ambulantními zařízeními registrovanými jako odborné sociální poradenství. V obou případech se tak jednalo o sloučení logicky podobných typů zařízení. Výsledný počet udává následující tabulka:

Tabulka 4: Četnosti proměnných pro hypotézu 2

Kontingenční tabulka (List1 v statistica (1)) Četnost označených buněk > 10 (Marginální součty nejsou označeny)				
	Q2= typ zařízení	Q0=rozšíření 1	Q0=rozšíření 2	Řádk. součty
Četnost	1	17	6	23
Sloupc. četn.		42,50%	33,33%	
Řádk. četn.		73,91%	26,09%	
Celková četn.		29,31%	10,34%	39,66%
Četnost	2	7	1	8
Sloupc. četn.		17,50%	5,56%	
Řádk. četn.		87,50%	12,50%	
Celková četn.		12,07%	1,72%	13,79%
Četnost	3	16	11	27
Sloupc. četn.		40,00%	61,11%	
Řádk. četn.		59,26%	40,74%	
Celková četn.		27,59%	18,97%	46,55%
Četnost	Vš.skup.	40	18	58
Celková četn.		68,97%	31,03%	

V tomto případě byly splněny výše zmíněné předpoklady pro použití chí-kvadrát testu. Proto bylo přistoupeno k testování vztahu mezi proměnnými, jehož výsledek pak ukazuje následující tabulka:

Tabulka 5: Výsledná kontingenční tabulka pro hypotézu 2

Statist.	Statist. : Q2= typ zařízení(3) x Q0=rozšíření(2) (List1 v statistica (1))		
	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	2,735549	df=2	p=,25467
M-V chí-kvadr.	2,918305	df=2	p=,23243
Fí	,2171742		
Kontingenční koeficient	,2122270		
Cramér. V	,2171742		
Kendall. tau b & c	b=,1481237	c=,1510107	
Somers. D(X Y), D(Y X)	X Y=,17638	Y X=,12438	
Gama	,2919540		
Spearmanovo poř. R	,1547575	t=1,1722	p=,24607
Koeficient nejistoty	X=,0252590	Y=,0406180	X Y=,03115

Výsledná hodnota Pearsonova chí-kvadrát testu je vyšší než stanová hladina významnosti ($p=0,05$), neumožňuje tak zamítnout nulovou hypotézu o neexistenci vztahu mezi uvedenými veličinami. Data z dotazníkového šetření tak nedávají přesvědčivý důkaz o tom, že využívání přístupu kontrované konzumace alkoholu je závislé na typu ambulantního zařízení, jak naznačovala data z rozhovorů. Značně limitujícím faktorem je však nízký počet respondentů zapojených do výzkumu. Uvedený výsledek znamená pouze to, že na základě nasbíraných dat v tomto výzkumu nelze se stanovenou mírou pravděpodobnosti (95 %) vyvrátit hypotézu, že tento vztah neexistuje.

Hypotéza č. 3: Názor na vhodnost většího rozšíření a typu registrace

H0: Mezi názory na vhodnost většího rozšíření přístupu kontrované konzumace v ambulantních zařízeních a typem registrace adiktologického zařízení není souvislost.

H1: Názor na vhodnost většího rozšíření přístupu kontrované konzumace v ambulantních zařízeních souvisí s typem registrace adiktologického zařízení.

V případě poslední hypotézy byl testován vztah nezávislé proměnné dle typu registrace: sociální (1) a zdravotní (2); a závislé proměnné ve formě názorů na vhodnost většího rozšíření s přístupem kontrované konzumace alkoholu (Q7=1-5). V případě typu registrace byly sloučeny kontaktní centra s ambulantními zařízeními registrovanými jako odborné sociální poradenství pod sociální služby (Q3=1). Dále byly sloučeny AT ambulance, psychiatrické ambulance a nelékařské adiktologické ambulance jako zdravotní služby (Q3=2). Výsledné počty proměnných ukazuje následující tabulka:

Tabulka 4: Četnosti proměnných pro hypotézu 3 (před překódováním)

2-rozměrná tabulka: Pozorované četnosti (List1 v statistica (1)) Četnost označených buněk > 10						
Q3= typ registrace	Q7 1	Q7 2	Q7 3	Q7 4	Q7 5	Řádk. součty
1	0	2	5	12	4	23
2	8	7	11	6	3	35
Celk.	8	9	16	18	7	58

V tomto případě by opět nebyly splněny předpoklady pro použití chí-kvadrát testu, bylo ale možné sloučit proměnné Q7 týkající se názorů na rozšíření přístupu: nesouhlasné hodnoty 1 a 2 pod novou hodnotu 1 a souhlasné 5 a 6 pod hodnotu 2. Střední hodnota 3 zůstala zachována. Výsledná tabulka pak splňuje parametry pro využití chí-kvadrát testu:

Tabulka 5: Četnosti proměnných pro hypotézu 3 (po překódování)

Kontingenční tabulka (List1 v statistica (3)) Četnost označených buněk > 10 (Marginální součty nejsou označeny)				
Q3= typ registrace	Q7 1	Q7 2	Q7 3	Řádk. součty
1	2	16	5	23
2	15	9	11	35
Vš.skup.	17	25	16	58

U třetí hypotézy výsledná hodnota Pearsonova chí-kvadrát testu udává $p=0,002$, což dovoluje zamítnout nulovou hypotézu o neexistenci vztahu mezi proměnnými na hladině významnosti 99 %.

Tabulka 6: Výsledná kontingenční tabulka pro hypotézu 3

Statist.	Statist. : Q3= typ registrace(2) x Q7(3) (List1 v statistica (3))		
	Chí-kvadr.	sv	p
Pearsonův chí-kv.	12,19024	df=2	p=,00225
M-V chí-kvadr.	13,04346	df=2	p=,00147
Fí	,4584501		
Kontingenční koeficient	,4167424		
Cramér. V	,4584501		
Kendall. tau b & c	b=-,153236	c=-,171225	
Somers. D(X Y), D(Y X)	X Y=-,1312	Y X=-,1788	
Gama	-,250000		
Spearmanovo poř. R	-,162146	t=-1,230	p=,22397
Koeficient nejistoty	X=-,167429	Y=-,1043347	X Y=-,12856

Výše uvedený koeficient kontingence i Cramerovo V poukazují na zhruba střední sílu vztahu (může dosahovat hodnot 0 = žádný vztah až 1=úplná vazba).

Na základě dat z výzkumu lze tedy usuzovat, že mezi typem registrace služby (sociální nebo zdravotní) a názory na vhodnost vyššího rozšíření přístupu existuje s vysokou mírou pravděpodobnosti (99 %) vztah o zhruba střední síle ovlivnění názoru na vhodnost rozšíření přístupu kontrolované konzumace podle toho, zda se jedná o zařízení se zdravotnickou či sociální registrací. Konkrétně pak u zařízení registrovaných jako sociální služby převažovaly kladné názory na vhodnost vyššího rozšíření přístupu kontrolované konzumace alkoholu.

Všechny předložené výsledky statistického testování je ale nutné interpretovat s ohledem na celkově nízký počet respondentů v dotazníkovém šetření. Zvláště při zvoleném způsobu testování hypotéz může nízký počet proměnných představovat značné zkreslení.

6. Diskuze

Cílem výzkumu bylo zmapování rozšíření a podoby metody kontrolované konzumace alkoholu v adiktologických ambulancích v České republice. Výzkum se dále zaměřoval na názory mezi pracovníky ambulantních zařízení na tuto metodu a na případnou vhodnou indikaci či využití. Diskuze je pro přehlednost rozdělena na metodologickou část; na interpretaci a srovnání výsledků; a na jejich implikace pro praxi či další výzkum.

Metodologické otázky

Stanovená oblast byla poměrně široká (názory, rozšíření, vhodná indikace), byl proto zvolen smíšený design výzkumu. Ten byl složený z polostrukturovaných rozhovorů a z návazného dotazníkového šetření, jehož cílem bylo zmapovat rozšíření využívání přístupu kontrolované konzumace alkoholu a některých názorů, zjištěných v rámci rozhovorů, na širším vzorku. Vzhledem k jisté kontroverzi, které téma kontrolované konzumace vyvolává a zmiňují jej i autoři článku, který autora k volbě tématu přivedl (Funke et al., 2021, p. 88), byl od počátku kladen důraz na důslednou objektivitu výzkumu. Jedním ze stěžejných momentů z tohoto pohledu byl výběr dotazovaných pro rozhovory, neboť především v nich byly mapovány názory na podobu, užitečnost a vhodnou indikaci přístupu. Autor proto záměrným výběrem usiloval o vyvážený poměr respondentů podle typu zařízení a vzdělání. V kontextu výsledků výzkumu se zdá tento způsob jako vhodný a navíc je dále zpřesněn dotazníkovým šetřením na širším vzorku.

I po výběru komunikačních partnerů zůstávalo riziko zkreslení výzkumu prostřednictvím vedení rozhovoru či ovlivnění výsledků skrze názory autora. Ke snížení těchto rizik byl zvolen scénář rozhovor, který pomocí velmi volných otázek („co si představíte, když se řekne kontrolovaná konzumace alkoholu?“) umožňoval dotazovaným projevit svůj názor bez většího ovlivnění způsobem vedení rozhovoru. Při analýze dat byl využit software MAXQDA, který umožňuje využít více kvantifikující způsob interpretace dat, což bylo využito při prezentaci výsledků, aby si autor i čtenář mohli udělat představu kolika dotazovanými bylo dané téma zmiňováno.

K dalšímu možnému zkreslení výsledků mohlo dojít při tvorbě dotazníku. Zde k tomu mohla vést především snaha o maximální omezení časové náročnosti pro

respondenty. Autor proto musel zvolit pouze takové otázky, které mu přišly v danou chvíli jako nejpodstatnější z hlediska výzkumu. Stěžejní vzhledem k cíli výzkumu bylo zmapovat rozšíření využívání přístupu kontrolované konzumace alkoholu. Na základě dat z rozhovorů, kdy většina dotazovaných uváděla nízké odhady využívání přímo ve smyslu léčebné metody a naopak poměrně vysokého rozšíření ve formě umožnění non-abstinentního cíle, se záměrem vést klienta k abstinenci, byla zvolena velmi široká formulace otázky, aby se zachytilo toto široké spektrum chápání kontrolované konzumace alkoholu. Konkrétní znění otázky „umožňujete ve Vašem zařízení klientům/pacientům v současné době usilovat o kontrolovanou konzumaci alkoholu?“ toto poskytlo, přičemž respondenti mohli přidat i vlastní odpověď. Takto široce formulovaná otázka ale mohla některým respondentům přijít nesrozumitelná a navíc nedává odpověď na otázku, kolik zařízení pracuje přímo metodou kontrolované konzumace alkoholu ve smyslu non-abstinenční léčby. Z rozhovorů i rešerše bylo ale patrné, že těchto programů je v ČR v současné době skutečně minimum.

Důraz na stručnou podobu dotazníku (pro zvýšení návratnosti) vedl k nutnosti vypustit další otázky, které by autor považoval za vhodné. Jednou z nich by mohl být ověření, zda se respondenti považují být v oblasti kontrolované konzumace dostatečně informováni a zda by případně preferovali odbornou diskuzi či jinou formu zvyšování znalostí o tomto přístupu, neboť v rozhovorech tato témata zaznívala.

Interpretace a srovnání výsledků

Nejčastější podobou kontrolované konzumace alkoholu z pohledu komunikačních partnerů byl soubor pravidel týkajících se konzumace alkoholu, zahrnující plánování, stanovování limitů a další prvky. Tento pohled se shoduje s definicí podle Korkela (2017), byť žádný z dotazovaných nevedl konkrétní léčebnou intervenci. Časté bylo také pojetí kontrolované konzumace alkoholu jako „mezistupně k abstinenci“, k udržení spolupráce s klienty, kteří nejsou aktuálně motivováni k abstinenci, s cílem je dovést k náhledu na onemocnění a k přijetí abstinenčního cíle. Podle Funke a kolektivu (2021) se v tomto případě jedná o nástroj terciální prevence ve smyslu harm reduction, přičemž závislost na alkoholu je považovaná za relativní kontraindikaci přístupu kontrolované konzumace alkoholu (Körkel, 2015) a nepředstavuje proto důvod pro vyloučení z terapeutické péče. Nejnovější výzkumy zároveň potvrzují, že až 30 % osob v programech kontrolované konzumace alkoholu v průběhu přecházejí na abstinenční cíl (Henssler et al., 2020).

Ve výzkumu se s tezí, že je pro osoby se závislostí na alkoholu snazší usilovat o abstinenci než kontrolovanou konzumaci, shodli i zastánci zdánlivě konkurenčního pohledu na přístup jako na alternativu k abstinenci. Tento pohled upřednostňovali komunikační partneři ze sociálních služeb a s jiným než lékařským nebo adiktologickým vzděláním. Jedna z dotazovaných psycholožek tento pohled spojovala i s kritikou paradigmatu závislosti jako nemoci. Tento pohled do jisté míry sdílí i Körkel (2017) v tom, že některé aspekty vnímání závislosti (jako například permanentní ztráta kontroly) pochází z pojetí hnutí Anonymních alkoholiků a nejsou podloženy validním výzkumem. S výrokem, že ztrátu kontroly nelze obnovit, souhlasilo 78 % respondentů, častěji pak s adiktologickým a lékařským vzděláním.

Oba přístupy mají společné, že rozšiřují paletu dostupné pomoci o non-abstinentní přístup, přičemž i zastánci kontrolované konzumace alkoholu jako alternativy k abstinenci své klienty se závislostí informují, že pro ně bude pravděpodobně kontrolovaná konzumace dosažitelná jen obtížně. V tomto ohledu si oba zmíněné přístupy v zásadě nekonkurují a vedou k rozšíření nabídky odborné pomoci lidem s problémovým užíváním alkoholu včetně těch, pro které je v současnosti abstinence nepřijatelná. To je dle autorů citovaných výše (Funke et al., 2021) vysoce žádoucí. Dalším vhodným využitím kontrolované konzumace alkoholu dle některých komunikačních partnerů jsou nízkoprahová zařízení, byť toto pojetí je bližší přístupu Managed alcohol program, využívaného například v kontaktním centru Vlhká provozované organizací Podané ruce o.p.s. (Blažek, Dvořák, & Kubíčková, 2021). Zazníval také názor, že je kontrolované konzumace alkoholu nefunkční model. Ve výše citované meta-analýze (Henssler et al., 2020) ale autoři dospěli ke srovnatelným výsledkům s přístupem založeným na abstinenci, přičemž nehrála roly závažnost závislosti. Přetrvává proto význam kontrolované konzumace alkoholu ve smyslu rozšíření nabídky stávajících forem odborné pomoci.

Oblastí rozšíření kontrolované konzumace alkoholu se zabývaly jednak rozhovory, kdy komunikační partneři odhadovali nižší podíl zařízení, které se cíleně zaměřují na kontrolovanou konzumaci alkoholu, a naopak poměrně vysoký podíl ambulancí, které umožňují klientům/pacientům usilovat o kontrolovanou konzumaci alkoholu především ve smyslu mezistupně k abstinenci či obecně pro budování vztahu. Odhadovali zároveň častější využívání přístupu v zařízeních registrovaných jako sociální služby. Dotazníkové šetření tyto odhady částečně potvrdilo: 44 % respondentů uvedlo, že umožňuje usilovat o

kontrolovanou konzumaci alkoholu i lidem se závislostí a dalších 16 % lidem kteří nejsou závislí. Častěji to pak umožňují respondenti z nelékařských adiktologických zařízení (72 %) a adiktologických ambulancích registrovaných jako odborné sociální poradenství (50 %). Výsledky částečně potvrzují tezi o spíše intuitivním využíváním přístupu v ambulantních zařízení (Funke et al., 2021, p. 93).

Z hlediska vhodné indikace se komunikační partneři nejčastěji shodovali, že pro osoby se závislostí není kontrolované konzumace zcela vhodným přístupem. S tím souhlasí i výše citovaný Körkel (2017), který považuje závislost za relativní kontraindikaci pro využití přístupu. V rozhovorech pak zazněla i kontraindikace, která je podle něj absolutní, tedy deklarovaný zájem klienta abstinovat. Dotazovaní pak nejčastěji označovali jako vhodnou cílovou skupinu pro tento přístup osoby rizikově či škodlivě užívající alkohol. V dotazníku s tím ale souhlasilo pouze 64 % respondentů. Možnost využití přístupu kontrolované konzumace alkoholu u této skupiny lidí je přitom součástí aktuálních Doporučených postupů psychiatrické péče (2014, p. 39).

Implikace výsledků pro praxi a další výzkum

Kontrolovaná konzumace alkoholu, nebo přesněji možnost usilovat o non-abstinentní terapeutický cíl, je dostupná ve většině ambulantních zařízení, která se zapojila do výzkumu. Práce dále zmapovala pozitiva i negativa přístupu z pohledu komunikačních partnerů, dále příležitosti i hrozby pro další rozšiřování a oblast indikace.

Využívání přístupu ve formě alternativní léčebné metody je dle dat z rozhovorů spíše nízké, v dotazníkové šetření pak nebylo důkladně zmapováno. To by dle autora mohlo být vhodným cílem návazného šetření v této oblasti. Další oblastí výzkumu by mohla být evaluace poptávky po kontrolované konzumaci alkoholu mezi lidmi rizikově/škodlivě užívajícími. Někteří dotazovaní vyjadřovali zájem o zahájení odborné diskuze na téma kontrolované konzumace alkoholu a zejména její indikace, k čemuž by výsledky představené v této práci mohli také přispět.

7. Závěr

Diplomová práce se zabývá tématem podoby a rozšíření kontrolované konzumace alkoholu v ambulantních zařízeních v ČR. Základní okruhy výzkumných otázek byly: a) podoba a názory na kontrolovanou konzumaci alkoholu; b) rozšíření přístupu v ambulantních zařízeních; c) vhodná indikace kontrolované konzumace alkoholu.

Ke sběru dat byly využity polostrukturované rozhovory s 10 komunikačními partnery a dotazníkové šetření, kterého se účastnilo 85 respondentů z ambulantních zařízení, která pracují terapeuticky s lidmi se závislostí na alkoholu.

Komunikační partneři většinou popisovali přístup jako soubor pravidel či jako intervenci k plánované a omezené konzumaci alkoholu. Jako další součásti uváděli například důslednou vstupní diagnostiku a kontraktování, průběžnou práci s motivací, souběžnou psychoterapii a poskytování harm reduction informací.

Z hlediska využití přístupu u lidí se závislostí hovořili dotazování o kontrolované konzumaci alkoholu nejčastěji jako o mezistupni k abstinenci, s cílem dovést klienta k náhledu, že kontrolovaná konzumace není pro něj dosažitelná. V dotazníkovém šetření s tímto pohledem souhlasilo 69 % respondentů. Druhým přístupem bylo pojetí kontrolované konzumace alkoholu ve smyslu alternativy k abstinenci. S tím pak souhlasilo 53 % respondentů. V rozhovorech také zaznělo jako vhodné využití kontrolované konzumace v nízkoprahových zařízeních ve smyslu harm reduction intervencí, v dotazníku s tím souhlasilo 64 % respondentů. Objevil se také názor, že je kontrolované konzumace nefunkční model či spíše krátká intervence.

Komunikační partneři na přístupu kladně hodnotili zejména usnadnění navazování vztahu a spolupráce s klientem, umožnit mu zažít si úspěch, zamezit zhoršování závislostního chování a respektující přístup ke klientovi. Kritizovali naopak vyšší náročnost tohoto přístupu pro klienty než abstinenci, rizika pro osoby se závislostí, somatická rizika a sporné etické otázky. V rámci dotazníkového šetření hodnotili respondenti užitečnost přístupu nejčastěji neutrálně, dále pak převažovalo negativní hodnocení. Jako méně užitečný jej hodnotili nejčastěji lékaři, příznivěji naopak sociální pracovníci.

V rozhovorech se objevovali dva hlavní typy odhadů rozšíření kontrolované konzumace alkoholu: a) pracuje tak skoro každý ve smyslu mezistupně k abstinenci či s lidmi, kteří nejsou na alkoholu závislí; b) přístup je málo rozšířený jako alternativa k abstinenci či harm reduction.

Komunikační partneři odhadovali vyšší rozšíření přístupu v zařízeních, která jsou registrovaná jako sociální služby. Dle výsledků dotazníkového šetření umožňuje usilovat o kontrolovanou konzumaci alkoholu 44 % respondentů i lidem se závislostí na alkoholu; 16 % pak pouze lidem, kteří nejsou na alkoholu závislí. 12 % respondentů uvedlo, že zatím kontrolovanou konzumaci neumožňují, ale zvažují to. Zbýlých 28 % kontrolovanou konzumaci neumožňuje. Častěji umožňují klientům se závislostí usilovat o non-abstinentní cíl respondenti z nelékařských adiktologických zařízení (72 %); ze zařízení registrovaných jako odborné sociální poradenství pak polovina respondentů a z psychiatrických ambulancí 28 %.

Komunikační partneři uváděli jako vhodnou indikaci tohoto přístupu osoby rizikově či škodlivě užívající alkohol (v dotazníku s tím souhlasilo 64 % respondentů) a většinou považovali přístup jako méně vhodný pro klienty se závislostí na alkoholu, zejména pak při ztrátě kontroly. S nevratností ztráty kontroly nad užíváním alkoholu souhlasilo v dotazníku 78 % respondentů. Jako další vhodné indikace určovali komunikační partneři klienty, kteří nechtějí abstinovat či alkohol užívají jako sebemedikaci, či dále konkrétní cílové skupiny, jako osoby bez přístřeší.

Dle realizovaného výzkumu umožňuje klientům usilovat o non-abstinentní terapeutický cíl většina zapojených ambulantních zařízení. Přístup je pak u klientů se závislostí na alkoholu, kteří nejsou aktuálně motivováni k abstinenci, využíván především k navázání terapeutického vztahu a případné motivaci k abstinenci. Mezi dotazovanými panuje shoda, že vhodná indikace přístupu je u lidí rizikově či škodlivě užívacích alkohol, zatímco u lidí se závislostí je přístup vhodný spíše ke snižování rizik. Většina dotazových by uvítala v této oblasti více informací a otevřenou odbornou diskuzi.

Citovaná literatura

- Adicare . (2021). *Aktuální nabídka kurzů*. Načteno z [adicare.cz](https://adicare.cz/onas/vzdelavani/aktualni-nabidka-kurzu/): <https://adicare.cz/onas/vzdelavani/aktualni-nabidka-kurzu/>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Babor, T. F., Casswell, S., Graham, C., Huckle, T., Livingston, M., Rehm, J., . . . Sornpaisarn, B. (2022). Alcohol: No Ordinary Commodity—a summary of the third edition. *Addiction*, stránky 3024– 3036.
- Barták, M., et al. (2019). Uplatnění iniciativy WHO SAFER pro snížení škod souvisejících s alkoholem v České republice : politická doporučení. Praha, Kancelář WHO v České republice.
- Blažek, P., Dvořák, V., & Kubíčková, A. (9 2021). Kontrolovaná konzumace alkoholu v prostředí nízkoprahové služby. <https://at-konference.cz/wp-content/uploads/2021/09/dvorak-v.-blazek-p.-kubickova-a.-kontrolovana-konzumace-alkoholu-v-prostredi-nizkoprahove-sluzby.pdf>. Podané ruce.
- Csémy, L., Dvořáková, Z., Fialová, A., Kodl, M., Malý, M., & Skývová, M. (2022). *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2021*. Praha: Státní zdravotní ústav. Načteno z http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/Zprava_o_uzivani_tabaku_a_alkoholu_v_Ceske_republice.pdf
- Dvořáček, J. (2003). Střednědobá ústavní léčba. V K. Kalina, *Drogy a drogové závislosti* (stránky 195-200). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Dvořák, V., Blažek, P., & Kubíčková, A. (5. Září 2021). Kontrolovaná konzumace alkoholu v prostředí nízkoprahové služby. *AT konference 2021*. Načteno z <https://at-konference.cz/wp-content/uploads/2021/09/dvorak-v.-blazek-p.-kubickova-a.-kontrolovana-konzumace-alkoholu-v-prostredi-nizkoprahove-sluzby.pdf>
- Funke, M., & Orliková, B. (2020). Kontrolovaná konzumace alkoholu - účinná pomoc či jen planá naděje pro závislé. *Psychiatrie(2)*, stránky 85-92.

- Funke, M., Profeldová, M., & Miovský, M. (červenec 2021). Kontrolovaná konzumace alkoholu: možnosti a meze nového terapeutického přístupu. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*(4), stránky 87-94. doi:10.35198/APLP/2021-002-0004
- Halaštová, Š. (26. Duben 2021). *Kontaktní centrum na Vlhké funguje právě jeden rok*. Načteno z Společnost Podané ruce: <https://aktualne.podaneruce.cz/rok-kontaktni-centrum/>
- Hanzlík, K. (2018). *Analýza současných systémů zajištění dostupnosti adiktologických služeb v České republice*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Heller, J., & Pecinová, O. (2011). *Pavučina závislosti*. Praha: TOGGA.
- Henssler, J., Müller, M., Carreira, H., Bschor, T., Heinz, A., & Baethge, C. (13. November 2020). Controlled drinking—non-abstinent versus abstinent treatment goals in alcohol use disorder: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Addiction*, stránky 1973-1987. doi:<https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1111/add.15329>
- Jeřábek, P. (2015). Psychopatologie závislosti. V K. Kalina, *Klinická adiktologie* (stránky 190-210). Praha: Grada publishing a.s.
- Kalina, K. (2015). Faktory významné pro léčbu, změnu a uzdravu. V K. Kalina, *Klinická adiktologie* (stránky 607-622). Praha : Grada Publishing a.s.
- Kalina, K., Dvořák, D., Frouzová, M., Hajný, M., Minařík, J., Miovský, M., & Nešpor, K. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti adiktologie*. Praha: Filia Nova.
- Körkel, J. (29. Červen 2015). Kontrolliertes Trinken bei Alkoholkonsumstörungen: Eine systematische Übersicht. *Sucht*, stránky 147-174. doi:<https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000367>
- Körkel, J. (1. Leden 2017). Kontrolliertes Trinken - Viele Wege führen nach Rom – oder in andere schöne Städte¹. *Sozialpsychiatrische Informationen*, stránky 18-22.
- Marlatt, A. (1. Říjen 1983). The Controlled-Drinking Controversy. *American Psychologist*, stránky 1097-1110. Načteno z <https://doi.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0003-066X.38.10.1097>

- Minařík, J., & Kmoch, V. (2015). Přehled psychotropních látek a jejich účinků. V K. Kalina, *Klinická adiktologie* (stránky 49-83). Praha: Grada publishing a.s.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Mlčoch, T., Chadimová, K., Doležal, T., Dolejší, D., Hájíčková, B., Mazalová, M., & Lamblová, K. (2019). *Společenské náklady konzumace alkoholu v České republice*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., . . . F. H. (2021). *Zpráva o alkoholu v České republice*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. (10. Duben 2022). *Mapa pomoci*. Načteno z drogy-infocz: <https://www.drogy-info.cz/mapa-pomoci>
- Nešpor, K. (2018). *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál.
- Nešpor, K. (2019). Abstinence od alkoholu: Kdy a proč. *Psychiatrie v praxi*, stránky 96-98.
- Nováková, E. (2015). *Kontrolované pití alkoholu*. Praha: Univerzita Karlova v Praze 1. lékařská fakulta.
- Pecinová, O. (2011). Vývoj závislosti. V J. Heller, & O. Pecinová, *Pavučina závislosti. Alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby* (stránky 13-26). Praha: Toga, spol. s.r.o.
- Popov, P. (2003). Alkohol. V K. Kalina, & kolektiv, *Drogy a drogové závislosti 1 mezioborový přístup* (stránky 151-158). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Popov, P. (31. prosinec 2003). Závislost na alkoholu. *Psychiatrie pro praxi*, stránky 29-32.
- Popov, P., Kmoch, V., & Chvíla, L. (2014). Závislost na návykových látkách. V P. s. JEP, *Doporučené postupy psychiatrické péče IV*. Praha: Česká psychiatrická společnost o. s.
- Psychiatrická společnost ČLS JEP. (2014). Doporučené postupy psychiatrické péče IV. Česká psychiatrická společnost o. s.
- Raboch, J., & Zvolský, P. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.
- Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada.

- Rogalewicz, V. (2018). MANUÁL STUDENTA (BIO)-STATISTIKY. Praha, 1. lékařská fakulta
Universita Karlova.
- Röhr, H.-P. (2015). *Závislost*. Praha: Portál. doi:978-80-262-0927-0
- Ruprich, J. (2015). *Přehled národních vodítek pro střídou konzumaci alkoholických nápojů:
nízkorizikové dávky etanolu*. Brno: Státní zdravotní ústav.
- Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. (2019). *Národní strategie
prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027*. Praha:
Úřad vlády České republiky.
- Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. (2021). *Standardy
odborné způsobilosti adiktologických služeb*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Sekretariát RVKPP. (6. prosince 2021). *Seznam držitelů certifikátů odborné způsobilosti*.
Načteno z Vláda České republiky: [https://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-
politika/sit-sluzeb/seznam-drzitelu-certifikatu-odborne-zpusobilosti-sluzeb-pro-
uzivatele-drog-102635/](https://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/sit-sluzeb/seznam-drzitelu-certifikatu-odborne-zpusobilosti-sluzeb-pro-uzivatele-drog-102635/)
- Skála, J., Hampl, K., Chvíla, L., Kubička, L. M., Novotná, J., Rubeš, J., . . . Tichá, R. (1987).
Závislost na alkoholu a jiných drogách. Praha: Avicenum.
- Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1. listopad 1973). Alcoholics treated by individualized behavior
therapy: One year treatment outcome. *Behaviour Research and Therapy*, stránky
599-618. Načteno z [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(73\)90118-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(73)90118-6)
- Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (9. červenec 1976). Second year treatment outcome of
alcoholics treated by individualized behavior therapy: Results. *Behaviour Research
and Therapy*, stránky 195-215. Načteno z [https://doi.org/10.1016/0005-
7967\(76\)90013-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(76)90013-9)
- Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1. Září 1995). Controlled drinking after 25 years: how important
was the great debate? *Addiction*, stránky 1149-1153.
- Strauss, A., & Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky
metody zakotvené teorie*. Brno: Nakladatelství Albert Boskovic.

- Turner, C. (2020). *Practicing Alcohol Moderation : A Comprehensive Workbook*. New York: Taylor & Francis Group.
- van Amsterdam, J., Nutt, D., Phillips, L., & van den Brink, W. (29. June 2015). European rating of drug harms. *Journal od Psychopharmacology*(6), stránky 655-660.
- WHO. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (1. 1 2023). *Disorders due to substance use*. Načteno z ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics : <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f590211325>
- WHO. (4. 1 2023). *No level of alcohol consumption is safe for our health*. Načteno z WHO: <https://www.who.int/europe/news/item/04-01-2023-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health>

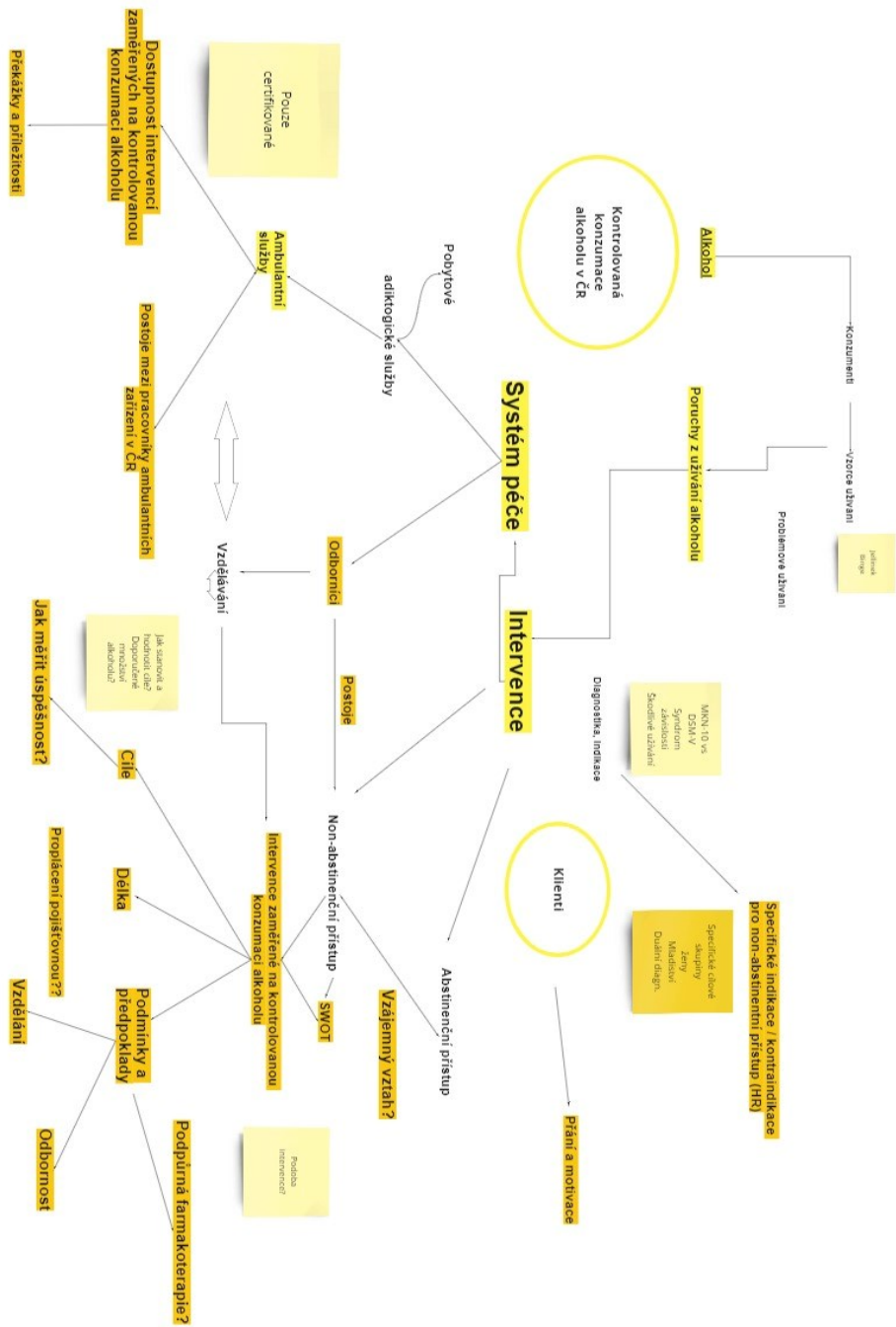
Přílohy

Příloha 1: Seznam tabulek, diagramů a grafů

TABULKA 1: HARMONOGRAM VÝZKUMU	25
TABULKA 2: PŘEHLED KOMUNIKAČNÍCH PARTNERŮ.....	26
DIAGRAM 1: HIERARCHIE NÁZORŮ NA KONTROLOVANOU KONZUMACI ALKOHOLU	27
DIAGRAM 2: HIERARCHIE NÁZORŮ NA PODOBU KONTROLOVANÉ KONZUMACE ALKOHOLU.....	27
DIAGRAM 3: HIERARCHIE NÁZORŮ NA PODOBU KONTROLOVANÉ KONZUMACE ALKOHOLU.....	28
DIAGRAM 5: SILNÉ STRÁNKY A POZITIVNÍ NÁZORY NA PŘÍSTUP	37
DIAGRAM 6: SLABÉ STRÁNKY A KRITIKA PŘÍSTUPU.....	41
DIAGRAM 7: HIERARCHIE NÁZORŮ NA ROZŠÍŘENÍ KONTROLOVANÉ KONZUMACE ALKOHOLU.....	46
DIAGRAM 8: HIERARCHIE ODHADŮ A VLIVŮ ROZŠÍŘENÍ PŘÍSTUPU KONTROLOVANÉ KONZUMACE ALKOHOLU	46
DIAGRAM 9: PŘÍLEŽITOSTI PRO ROZŠÍŘENÍ KONTROLOVANÉ KONZUMACE ALKOHOLU	52
DIAGRAM 10: PŘEKÁŽKY V ROZŠÍŘENÍ KONTROLOVANÉ KONZUMACE ALKOHOLU	58
DIAGRAM 11: VHODNÁ INDIKACE DLE DOTAZOVANÝCH	64
DIAGRAM 12: KONTRAINDIKACE DLE DOTAZOVANÝCH	73
DIAGRAM 13: DVOU-PŘÍPADOVÝ MODEL ZASTÁNKYNĚ A KRITIKA PŘÍSTUPU.....	79
DIAGRAM 14: DVOU-PŘÍPADOVÝ MODEL SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ.....	80
GRAF 1: RESPONDENTI PODLE VZDĚLÁNÍ	81
GRAF 2: UMOŽŇUJETE VE VAŠEM ZAŘÍZENÍ KLIENTŮM/PACIENTŮM V SOUČASNÉ DOBĚ USILOVAT O KONTROLOVANOU KONZUMACI ALKOHOLU?	82
GRAF 3: UMOŽŇUJETE VE VAŠEM ZAŘÍZENÍ KLIENTŮM/PACIENTŮM V SOUČASNÉ DOBĚ USILOVAT O KONTROLOVANOU KONZUMACI ALKOHOLU? (PODLE VZDĚLÁNÍ)	83
GRAF 4: UMOŽŇUJETE VE VAŠEM ZAŘÍZENÍ KLIENTŮM/PACIENTŮM V SOUČASNÉ DOBĚ USILOVAT O KONTROLOVANOU KONZUMACI ALKOHOLU? (PODLE TYPU ZAŘÍZENÍ).....	84
GRAF 5: JAKÝ JE VÁŠ NÁZOR NA UŽITEČNOST PŘÍSTUPU KONTROLOVANÉ KONZUMACE ALKOHOLU PRO VAŠE KLIENTY/PACIENTY?	86
GRAF 6: NÁZORY NA UŽITEČNOST PŘÍSTUPU V PSYCHIATRICKÝCH A AT AMBULANCÍCH.....	87
GRAF 7: NÁZORY NA UŽITEČNOST PŘÍSTUPU V AMBULANCÍCH REGISTROVANÝCH JAKO SOCIÁLNÍ SLUŽBY	87
GRAF 8: NÁZORY NA UŽITEČNOST PŘÍSTUPU V NELÉKAŘSKÝCH ADIKTOLOGICKÝCH AMBULANCÍCH REGISTROVANÝCH JAKO ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ.....	88
GRAF 9: JAKÝ JE NÁZOR RESPONDENTŮ NA NÁSLEDUJÍCÍ TVRZENÍ OHLEDNĚ KONTROLOVANÉ KONZUMACE ALKOHOLU: „ZÁVISLÍ SI DÍKY NÍ MOHOU VYZKOUŠET, ŽE TO NEJDE“?	88
GRAF 10: JAKÝ JE NÁZOR RESPONDENTŮ NA NÁSLEDUJÍCÍ TVRZENÍ OHLEDNĚ KONTROLOVANÉ KONZUMACE ALKOHOLU: „MŮŽE BÝT ALTERNATIVA K ABSTINENČNĚ ORIENTOVANÉ LÉČBĚ“?	89
GRAF 11: JAKÝ JE NÁZOR RESPONDENTŮ NA NÁSLEDUJÍCÍ TVRZENÍ OHLEDNĚ KONTROLOVANÉ KONZUMACE ALKOHOLU: „VHODNÉ INDIKACE JSOU RIZIKOVĚ NEBO ŠKODLIVĚ UŽÍVAJÍCÍ“?	90

GRAF 12: JAKÝ JE NÁZOR RESPONDENTŮ NA NÁSLEDUJÍCÍ TVRZENÍ OHLEDNĚ KONTROLOVANÉ KONZUMACE ALKOHOLU: „JE VHDNÁ DO NÍZKOPRAHOVÝCH ZAŘÍZENÍ“?	91
GRAF 13: JAKÝ JE NÁZOR RESPONDENTŮ NA NÁSLEDUJÍCÍ TVRZENÍ OHLEDNĚ KONTROLOVANÉ KONZUMACE ALKOHOLU: „PŘI ROZVINUTÉ ZÁVISLOSTI NELZE OBNOVIT KONTROLU“?	92
GRAF 14: NÁZORY NA TVRZENÍ OHLEDNĚ KONTROLOVANÉ KONZUMACE ALKOHOLU	92
GRAF 15: NÁZORY NA VHODNOST VĚTŠÍHO ROZŠÍŘENÍ PŘÍSTUPU KONTROLOVANÉ KONZUMACE ALKOHOLU V AMBULANTNÍCH ZAŘÍZENÍCH	93
GRAF 16: MĚL BY PODLE VÁS PŘÍSTUP KONTROLOVANÉ KONZUMACE ALKOHOLU BÝT VÍCE ROZŠÍŘENÝ V AMBULANTNÍCH ZAŘÍZENÍCH? (SOCIÁLNÍ PRACOVNÍCI)	94
GRAF 17: MĚL BY PODLE VÁS PŘÍSTUP KONTROLOVANÉ KONZUMACE ALKOHOLU BÝT VÍCE ROZŠÍŘENÝ V AMBULANTNÍCH ZAŘÍZENÍCH? (ADIKTOLOGOVÉ)	94
GRAF 18: MĚL BY PODLE VÁS PŘÍSTUP KONTROLOVANÉ KONZUMACE ALKOHOLU BÝT VÍCE ROZŠÍŘENÝ V AMBULANTNÍCH ZAŘÍZENÍCH? (LÉKAŘI)	95
GRAF 19: NÁZORY NA VHODNOST ROZŠÍŘENÍ V AMBULANCÍCH SE ZDRAVOTNICKOU REGISTRACÍ (PSYCHIATRICKÉ, AT A ADIKTOLOGICKÉ AMBULANCE)	96
GRAF 20: NÁZORY NA VHODNOST ROZŠÍŘENÍ V AMBULANCÍCH REGISTROVANÝCH JAKO SOCIÁLNÍ SLUŽBY (AMBULANCE S ODBORNÝM SOCIÁLNÍM PORADENSTVÍM A KONTAKTNÍ CENTRA)	96
TABULKA 3: ČETNOSTI PROMĚNNÝCH PRO HYPOTÉZU 1	98
TABULKA 4: ČETNOSTI PROMĚNNÝCH PRO HYPOTÉZU 2	99
TABULKA 5: VÝSLEDNÁ KONTINGENČNÍ TABULKA PRO HYPOTÉZU 2	100
TABULKA 4: ČETNOSTI PROMĚNNÝCH PRO HYPOTÉZU 3 (PŘED PŘEKÓDOVÁNÍM)	101
TABULKA 5: ČETNOSTI PROMĚNNÝCH PRO HYPOTÉZU 3 (PO PŘEKÓDOVÁNÍ)	101
TABULKA 6: VÝSLEDNÁ KONTINGENČNÍ TABULKA PRO HYPOTÉZU 3	101

Příloha 2: Myšlenková mapa



Příloha 3: Scénář polostrukturovaného rozhovoru

Scénář rozhovoru – kontrolovaná konzumace alkoholu v ambulantních zařízeních

A) Obecné otázky

1. V jakém zařízení pracujete a na jaké pozici?
2. Jedná se o certifikovanou adiktologickou službu? Popřípadě pod jakou registrací je Vaše zařízení?
3. Jak dlouho zde pracujete?
4. S jakou cílovou skupinou pracujete? Pracujete s lidmi se závislostí na alkoholu (či rizikově/škodlivě užívajícími)?
5. Se zhruba kolika klienty/pacienty s touto diagnózou aktuálně pracujete? (popřípadě v posledním roce).
6. Můžete stručně popsat, jak s lidmi s touto diagnózou pracujete?
7. Pracujete i s lidmi, kteří aktuálně neabstínují či o to neusilují? Jak s nimi případně pracujete?

B) Kontrolovaná konzumace

1. Co si představíte, když se řekne kontrolovaná konzumace/pití alkoholu?
2. Máte s přístupem zaměřeným na kontrolovanou konzumaci alkoholu zkušenost? Jakou? (NE – jít na další stranu)
- 3A. Jaký je Váš názor na tento terapeutický přístup?
- 4A. Využíváte v současnosti tento přístup ve své praxi? Pokud ano, můžete stručně popsat jak tuto metodu využíváte?
- 5A. Pro jaké klienty/pacienty je podle Vás kontrolovaná konzumace vhodná?
- 6A. Pro jaké klienty/pacienty je podle Vás naopak tento přístup nevhodný?
- 7A. Jaký je podle Vás přínos tohoto přístupu pro Vaše klienty/pacienty?
- 8A. Jaký je podle Vás podíl ambulantních zařízení, které metodou kontrolované konzumace alkoholu pracují?
- 9A. Jsou podle Vás nějaké překážky, které brání rozšíření tohoto přístupu? Jaké?

10A. Napadá Vás naopak něco, co by mohlo pomoci k většímu rozšíření a dostupnosti tohoto přístupu?

(přejít na závěrečnou tabulku)

Varianta B (bez zkušenosti s přístupem)

3B. Jaký je Váš názor na tento terapeutický přístup?

4B. Může být podle Vás kontrovaná konzumace alkoholu užitečný terapeutický cíl? (kdy?)

5B. Zvažoval/a jste tento přístup ve své práci využít? Co Vás k tomu vede/odrazuje?

6B. Může být podle Vás být pro některé klienty/pacienty vhodný? Jaké?

7B. Pro které klienty/pacienty je naopak podle Vás nevhodný?

8B. Jaký je podle Vás podíl ambulantních zařízení, které metodou kontrované konzumace alkoholu pracují?

9B. Jsou podle Vás nějaké překážky, které brání rozšíření tohoto přístupu? Jaké?

10B. Napadá Vás naopak něco, co by mohlo pomoci k většímu rozšíření a dostupnosti tohoto přístupu?

C) Závěrečná tabulka

Délka praxe s cílovou skupinou	Jak dlouho pracujete s lidmi se závislostí na alkoholu?
Vzdělání	Jaké je Vaše vzdělání pro výkon povolání?
Pozice v zařízení, vliv na metody práce	Jaká je Vaše pozice v organizaci, ve které pracujete? Můžete ovlivňovat zavádění nových způsobů práce ve vašem zařízení?
Specializované výcviky a kurzy	Jaké kurzy či výcviky jste k výkonu současného povolání absolvoval/a či momentálně absolvujete?
Orientace v nových trendech a poznacích	Seznamujete se zahraničními či českými odbornými periodiky a výzkumy? Pokud ano, s jakými a jak často?
Účast na konferencích, příspěvky	Navštěvujete odborné konference? Pokud ano, jak často? Jezdíte na konference s vlastními příspěvky?

Příloha 4: Dotazník

1. Pracujete ve Vašem zařízení terapeuticky s lidmi se závislostí na alkoholu?

- a) Ano
- b) Ne

2. V jakém typu ambulantního zařízení pracujete?*

- a) Nelékařská adiktologická zdravotnická ambulance
- b) Adiktologická ambulance registrovaná jako odborné sociální poradenství (sociální služba)
- c) AT ambulance
- d) Psychiatrická ambulance
- e) Kontaktní centrum (sociální služba)
- f) Nepracuji v ambulantním zařízení
- g) Other:

3. Jaké je Vaše vzdělání?*

- a) Všeobecné lékařství (MUDr.)
- b) Psychologie
- c) Adiktologie
- d) Sociální práce
- e) Other:

4. Umožňujete ve Vašem zařízení klientům/pacientům v současné době usilovat o kontrolovanou konzumaci alkoholu?*

- a) Ano, i klientům se závislostí na alkoholu
- b) Ano, ale ne u klientů se závislostí na alkoholu
- c) Ne, ale zvažujeme to

d) Ne, ale v minulosti jsme to zkoušeli

e) Ne, ani to neplánujeme

f) Other:

5. Jaký je Váš názor na užitečnost přístupu kontrolované konzumace alkoholu pro Vaše klienty/pacienty?

a) 1 (Zcela neužitečný)

b) 2

c) 3

d) 4

e) 5 (Velmi užitečný)

6. Jaký je Váš názor na níže uvedená tvrzení ohledně kontrolované konzumace alkoholu?

A) Při rozvinuté závislosti nelze obnovit kontrolu

B) Může být alternativa k abstinčně orientované léčbě

C) Vhodné indikace jsou rizikově nebo škodlivě užívající

D) Závislí si díky ní mohou vyzkoušet, že to nejde

E) Je vhodná do nízkoprahových zařízení

(Zcela nesouhlasím; Spíše nesouhlasím; Nevím / nemám názor; Spíše souhlasím; Zcela souhlasím)

7. Měl by podle Vás přístup kontrolované konzumace alkoholu být více rozšířený v ambulantních zařízeních?

a) 1 (Určitě ne)

b) 2

c) 3

d) 4

e) 5 (Určitě ano)

Příloha 5: Kódovací rámec

Abstinence

Aby ne škodlivé užívání do závislost

Adicare

Adolescenti

Alkohol jako sebemedikace

Alternativa k abstinenci

Ano když ještě kontrola

Ano když ne závislost

Ano když nechtějí abstinovat

Ano když riziko odvykacího stavu

Behaviorální experiment

Binge drinking

Budování vztahu, důvěry

Co to je?

Dehonestace od odborníků

Deštníkový pojem

Doporučení klientů

Doufám že jich je minimum

Důkladná vstupní diagnostika

Důsledný kontrakt

Etická dilemata

Evaluace poptávky

Evidence pití

Financování a prostory

Flexibilita

HAAMS

Harm reduction

Harm reduction přístup

Hodně pracuje s neabstinujícími ale ne přímo touto metodou

Hranice škodlivého užívání/závislost?

Chránit rodiny

Chtějí to hlavně pacienti

Chybí metodika pro koho to je vhodné

Informovanost

Inspirace od Podaných rukou
Jak by to mělo vypadat
Je to náročnější než abstinovat
Je to rizikové
Je to soubor pravidel
Je to v začátku
Je třeba s tím šetřit
Kazuistika
Kdy úspěšnější
Když nejsou schopni zastavit pití
Klient se neposune
Harm reduction je nízká laťka
Kontrolovaná konzumace u lidí se zdravotními problémy
Kvartální pití
Lékaři
Lidé bez přístřeší
Lidé vyhledávají pomoc pozdě
Limity
Málo informací
Mapování vzorců a spouštěčů
Matky se závislostí
Mezistupeň k abstinenci
Motivace
Motivovat aby lidi chodili včas
Možnost otevřeně mluvit o užívání alkoholu
Může to motivovat když se tomu věří
Můžeme ublížit
Mylná představa že jen se závislími
Na začátku abstinence, která jim nakonec vyhovuje
Nabízím když nechtějí abstinovat
Nahlédnou co všechno alko způsobuje
Nastavování a hodnocení cílů
Navázání kontaktu
Ne děti a mladiství
Ne když chtějí abstinovat

Ne když závislost na alkoholu
Ne když ztráta kontroly
Ne při fyzické závislosti
Ne při jakékoli závislosti
Ne při somatických problémech
Ne škodlivé užívání
Nedává to smysl
Neetické z hlediska úhrady
Nejde to
U závislých se nedá obnovit kontrola
Zkušenost že to nejde
Nejprve test abstinence
Nemám definici
Není žádné ne
Nesouhlas organizace
Neznám nikoho kdo tak pracuje
Nízká dostupnost
Nízkoprahové centrum
Nízkoprahový přístup
Nízkoprahy
Novější pohled co může být léčba
Od pacientů
Odborná diskuze
Odkud znají
OSPOD
Plánování
PMS
Podporování lidí v závislosti
Podporující okolí
Pojetí závislosti jako nemoci
Poptávka
Posilování zvládacích strategií
Poskytování harm reduction informací
Postoj k tomu co je léčba
Postoj společnosti k alkoholu

Práce s motivací
Pro ty, kteří na tom nejsou tak zle
Proč ne závislí
Program pro závislostní chování obecně
Propagovat
Prostředek pro zlepšení kvality života
Představování
Při akcích jako Suchej únor
Při nadužívání
Při závislosti neudrží kontrolu
Při závislosti riziko recidivy
Přiměřený intelekt
Renadi
Respekt k rozhodnutí klienta
Selincro
Senioři
Snaha závislých užívat alkohol
Sociální kontakt
Sociální služby
Souběžná psychoterapie
Specifické služby a přístupy
Spíš krátká intervence než přímo léčba
Společnost tomu není nakloněná
Stabilní zázemí
Stigmatizace
Šetření peněz společnost
Škodlivé užívání
To se vzájemně nesnesou
Tradice abstinčního přístupu
ÚP
Uživila by se samostatná služba?
V rámci krátkých intervencí
Ve větších městech specializované zařízení
Ve většině ambulancích skepse
Vedlo to k debaklu

Větší šance když sebereflexe
Více když KBT než dynamické směry
Více odborných zdrojů informací
Více v sociálních službách než ve zdravotních
Více vzdělání v KBT přístupech
Vliv východisek pracovníků
Vnímaná rizika
Voluntarismus
Vstupní vyšetření
Vysvětlit nabídku
Vyvolání chutí
Vyzkoušet si že to nejde když závislost
Vyzkoušet to
Vzdělávat se
Vzrůstá to
Závislím tím ublížíme
Zažít si úspěch
Zkoumat to
Zkouší to u soukromých terapeutů
Zkřížená závislost
Zkušenost se zneužíváním přístupu

Příloha 6: Informace pro účastníka výzkumu a informované souhlasy

INFORMACE PRO ÚČASTNÍKA VÝZKUMU (rozhovory)

Název výzkumu: Kontrolovaná konzumace alkoholu: současné rozšíření přístupu v ambulantních zařízeních

Hlavní řešitel: Bc. Filip Staš email: adiktologie.stas@gmail.com tel.: 602 344 916

Vedoucí výzkumu: PhDr. Miroslav Barták, Ph.D. email: miroslav.bartak@lf1.cuni.cz

Vážená paní, vážený pane, byl/a jste vyzván/a k účasti ve výzkumu „Kontrolovaná konzumace alkoholu: současné rozšíření přístupu v ambulantních zařízeních“, který je realizován za účelem diplomové práce na Klinice adiktologie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.

Přečtěte si prosím následující informace, které Vás seznámí s cíli a metodami výzkumu a Vaším případným zapojením ve výzkumu.

Cílem výzkumu je zmapovat a analyzovat aktuální rozšíření a podobu využívání terapeutické metody kontrolované konzumace alkoholu v ambulantních zařízeních v ČR. Konkrétně se zabývá názory na podobu, rozšíření a vhodnou indikace přístupu kontrolované konzumace alkoholu.

Vaše zapojení do projektu: Byl jste požádán o polostrukturovaný rozhovor, který mapuje Vaše názory na kontrolovanou konzumaci alkoholu, na její podobu, rozšíření a vhodnou indikaci. Délka rozhovoru je 30-90 minut a může proběhnout osobně či online formou prostřednictvím platformy Google Meets. Rozhovor je nahráván na diktafon/mobilní telefon.

Nakládání s informacemi o účastnících výzkumu:

Pokud se výzkumu zúčastníte, bude v něm vystupovat pouze pod anonymním kódem který představuje pořadové číslo dle účasti ve studii. V případě, že nedopatřením sdělíte údaje, dle nichž byste mohl být identifikován, výzkumník je v průběhu zpracování dat anonymizuje. Publikace výsledků výzkumu v odborném tisku bude provedena výhradně anonymně a tak, aby nebylo možno konkrétní účastníky studie identifikovat.

Dobrovolná účast ve výzkumu a podmínky k odstoupení

Vaše účast na tomto výzkumu je zcela dobrovolná. Můžete odmítnout účast nebo můžete účast kdykoliv přerušit bez udání důvodu. Účast ve výzkumu není spojena s žádnou odměnou.

Informovaný souhlas

Souhlasím se svou účastí ve výzkumu Kontrolovaná konzumace alkoholu: současné rozšíření přístupu v ambulantních zařízeních, který realizuje shora uvedený řešitel.

Byl/a jsem informován/a o studii, dobře jí rozumím a souhlasím s účastí ve výzkumu.

Obdržel/a jsem písemnou informaci pro účastníka výzkumu. Tazatel mi dále mi odpověděl na všechny moje otázky ohledně realizace výzkumu a zapojení mé osoby srozumitelně a dostatečně podrobně. Svůj souhlas s účastí ve studii dávám dobrovolně.

Vím, že svůj souhlas mohu kdykoli zrušit bez udání důvodů a, že mi z toho nevznikne žádná újma. Beru na vědomí, že informace, které sdělím tazateli budoucně uchovány, zpracovány a publikovány anonymně tak, aby nebyla možná identifikace mé osoby.

Byl/a jsem informován/a, že se žádostí o získání dalších podrobností o studii se mohou obrátit na vedoucího projektu PhDr. Miroslav Barták, Ph.D. na e-mail miroslav.bartak@lf1.cuni.cz. Na vedoucího projektu mohu směřovat i veškeré stížnosti.

Svůj souhlas dávám najevo prostřednictvím srozumitelného ústního prohlášení souhlasu v rámci nahrávky rozhovoru.

Další informace o studii můžete získat od řešitele výzkumu Filipa Staše e-mailem na adresu adiktologie.stas@gmail.com nebo telefonicky na čísle 602 344 916.

V Praze dne 1. 11. 2022

Filip Staš

řešitel výzkumu

INFORMACE PRO ÚČASTNÍKA VÝZKUMU (dotazníkové šetření)

Název výzkumu: Kontrolovaná konzumace alkoholu: současné rozšíření přístupu v ambulantních zařízeních

Hlavní řešitel: Bc. Filip Staš email: adiktologie.stas@gmail.com tel.: 602 344 916

Vedoucí výzkumu: PhDr. Miroslav Barták, Ph.D. email: miroslav.bartak@lf1.cuni.cz

Vážená paní, vážený pane, byl/a jste vyzván/a k účasti ve výzkumu „Kontrolovaná konzumace alkoholu: současné rozšíření přístupu v ambulantních zařízeních“, který je realizován za účelem diplomové práce na Klinice adiktologie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.

Přečtěte si prosím následující informace, které Vás seznámí s cíli a metodami výzkumu a Vaším případným zapojením ve výzkumu.

Cílem výzkumu je zmapovat a analyzovat aktuální rozšíření a podobu využívání terapeutické metody kontrolované konzumace alkoholu v ambulantních zařízeních v ČR. Konkrétně se zabývá názory na podobu, rozšíření a vhodnou indikace přístupu kontrolované konzumace alkoholu.

Vaše zapojení do projektu: Byl jste požádán o vyplnění krátkého online dotazníku, který mapuje Vaše názory na kontrolovanou konzumaci alkoholu a Vaše případné využívání tohoto přístupu. Dotazník obsahuje 7 otázek a neměl by Vám zabrat více než 5 minut.

Nakládání s informacemi o účastnících výzkumu:

Pokud se výzkumu zúčastníte, bude v něm vystupovat pouze pod anonymním kódem který představuje pořadové číslo dle účasti ve studii. V případě, že nedopatřením sdělíte údaje, dle nichž byste mohl být identifikován, výzkumník je v průběhu zpracování dat anonymizuje. Publikace výsledků výzkumu v odborném tisku bude provedena výhradně anonymně a tak, aby nebylo možno konkrétní účastníky studie identifikovat.

Dobrovolná účast ve výzkumu a podmínky k odstoupení

Vaše účast na tomto výzkumu je zcela dobrovolná. Můžete odmítnout účast nebo můžete účast kdykoliv přerušit bez udání důvodu. Účast ve výzkumu není spojena s žádnou odměnou.

Informovaný souhlas

Souhlasím se svou účastí ve výzkumu Kontrolovaná konzumace alkoholu: současné rozšíření přístupu v ambulantních zařízeních, který realizuje shora uvedený řešitel.

Byl/a jsem informován/a o studii, dobře jí rozumím a souhlasím s účastí v dotazníkovém šetření.

Obdržel/a jsem písemnou informaci pro účastníka výzkumu. Tazatel mi dále mi odpověděl na všechny moje otázky ohledně realizace výzkumu a zapojení mé osoby srozumitelně a dostatečně podrobně. Svůj souhlas s účastí ve studii dávám dobrovolně.

Vím, že svůj souhlas mohu kdykoli zrušit bez udání důvodů a, že mi z toho nevznikne žádná újma. Beru na vědomí, že informace, které sdělím tazateli budoucnu uchovány, zpracovány a publikovány anonymně tak, aby nebyla možná identifikace mé osoby.

Byl/a jsem informován/a, že se žádostí o získání dalších podrobností o studii se mohou obrátit na vedoucího projektu PhDr. Miroslav Barták, Ph.D. na e-mail miroslav.bartak@lf1.cuni.cz. Na vedoucího projektu mohu směřovat i veškeré stížnosti.

Vyplněním dotazníku a kliknutím na tlačítko „odeslat“ udělujete svůj souhlas s účastí ve výzkumu.

Další informace o studii můžete získat od řešitele výzkumu Filipa Staše e-mailem na adresu adiktologie.stas@gmail.com nebo telefonicky na čísle 602 344 916.

V Praze dne 1. 11. 2022

Filip Staš

řešitel výzkumu

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta Kateřinská 32, Praha 2

Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výtěžným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis