

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra sociální práce



DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Karolína Jirušová

Faktory působící na využívání hrazených či nehrazených služeb pro
léčbu závislosti

Factors affecting the use of paid or unpaid services for the treatment of addiction

Praha, 2024

Vedoucí práce: PhDr. Kateřina Šámalová, Ph.D.

Poděkování

Ráda bych vyjádřila svou vděčnost PhDr. Kateřině Šámalové, Ph.D., vedoucí mé práce, za její odborné vedení během psaní diplomové práce. Její nepřetržitá podpora a cenné rady byly klíčové pro její dokončení. Dále děkuji všem respondentům, kteří byli ochotni sdílet své osobní zkušenosti, což bylo nezbytné pro úspěšné dokončení této práce.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 6. května 2024

Bc. Karolína Jirušová

Abstrakt

Tato diplomová práce se zaměřuje na výzkum léčby závislostí v České republice s důrazem na využívání hrazených a nehrazených služeb. Jejím hlavním cílem je identifikovat faktory ovlivňující využívání těchto služeb u zúčastněných respondentů a prostřednictvím jejich zkušeností získat hlubší vhled do této problematiky. Téma privátních služeb pro léčbu závislosti na území Česka je momentálně zahaleno značnou nejasností, neboť není k dispozici dostatek informací a poznatků. Problematika nadměrné konzumace alkoholu v České republice a nedostatek kapacit ve stávajících zařízeních zdůrazňují naléhavost zvýšení povědomí o všech dostupných službách.

Teoretická část práce definuje závislost a rozlišuje typy návykových látek. Blíže se věnuje vymezení léčby závislostí na návykových látkách a popisuje užívané intervence a přístupy, které jsou běžně aplikovány v rámci léčby. Dále se zabývá adiktologickými službami v České republice a jejich začleněním do systému poskytovaných služeb. Nezbytnou součástí jsou rovněž faktory významné pro léčbu, které následně slouží jako podklad pro empirickou část práce.

Empirická část popisuje metodologii provedeného výzkumu a následně interpretuje získaná data. V rámci výzkumu byly realizovány polostrukturované rozhovory s klienty obou typů služeb, kde byly zjišťovány zkušenosti klientů z pobytových zařízení pro léčbu závislosti a jejich pohled na využití dané služby. Výsledky zkoumání identifikují faktory ovlivňující využívání těchto služeb a popisují zkušenosti respondentů. Hlavním cílem této části je přispět k hlubšímu porozumění preferencí a potřeb klientů v oblasti léčby závislostí v České republice.

Klíčová slova

léčba závislosti, adiktologické služby, klient se závislostí, návykové látky, hrazené služby

Abstract

This thesis focuses on addiction treatment research in the Czech Republic, with an emphasis on the use of paid and unpaid services. Its main goal is to identify the factors influencing the use of these services by the participating respondents and to gain a deeper insight into this issue through their experiences. The topic of private addiction treatment services in the Czech Republic is currently shrouded in considerable uncertainty, as there is not enough information and knowledge available. The issue of excessive alcohol consumption in the Czech Republic and the lack of capacity in existing facilities emphasize the urgency of raising awareness of all available services.

The theoretical part of the work defines addiction and distinguishes types of addictive substances. It focuses more on defining the treatment of addiction to addictive substances and describes the interventions and approaches that are commonly applied as part of the treatment. It also deals with addiction services in the Czech Republic and their integration into the system of services provided. Factors important for treatment are also an essential part, which subsequently serve as a basis for the empirical part of the work.

The empirical part describes the methodology of the conducted research and then interprets the obtained data. As part of the research, semi-structured interviews were carried out with clients of both types of services, where the experiences of clients from residential facilities for the treatment of addiction and their views on the use of the given service were ascertained. The results of the investigation identify the factors influencing the use of these services and describe the experiences of the respondents. The main goal of this section is to contribute to a deeper understanding of the preferences and needs of clients in the field of addiction treatment in the Czech Republic.

Keywords

addiction treatment, addiction services, client with addiction, addictive substances, paid services

OBSAH

Úvod	10
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 Osoba závislá na návykové látce	12
1.1 Závislost	12
1.2 Návykové látky a způsoby návykového chování	12
1.2.1 Tabákové, nikotinové a související výrobky	12
1.2.2 Alkohol	13
1.2.3 Psychoaktivní léky	13
1.2.4 Nelegální drogy	14
1.2.5 Hazardní hraní	15
1.2.6 Internet, hraní digitálních her a sociální sítě	15
1.3 Příčiny rozvoje závislosti	15
1.3.1 Biologická úroveň	16
1.3.2 Psychologická úroveň	16
1.3.3 Sociální úroveň	17
1.3.4 Spirituální úroveň	17
1.4 Dopady závislosti	17
1.4.1 Fyzické zdraví	18
1.4.2 Duševní zdraví	18
1.4.3 Sociálně patologické jevy	18
2 Léčba závislosti na návykových látkách	20
2.1 Cíle léčby	20
2.2 Intervence v léčbě závislosti	21
2.2.1 Farmakoterapie	21
2.2.2 Individuální poradenství	21
2.2.3 Skupinová terapie	22

2.2.4	Terapeutická komunita.....	23
2.2.5	Rodinná terapie	23
2.2.6	Sociální práce.....	24
2.3	Přístupy v léčbě závislosti.....	24
2.3.1	12 kroků – AA	24
2.3.2	Apolinářský model – bodovací systém	26
2.3.3	Kognitivně-behaviorální terapie	27
2.3.4	Motivační rozhovory.....	27
3	Adiktologické služby v ČR.....	29
3.1	Ukotvení služeb v systému.....	29
3.1.1	Sociální služby	29
3.1.2	Zdravotní služby	29
3.1.3	Soukromé hrazené služby	30
3.2	Systém péče.....	30
3.2.1	Adiktologické preventivní služby	30
3.2.2	Adiktologické služby minimalizace rizik	31
3.2.3	Adiktologické služby ambulantní léčby a poradenství	31
3.2.4	Adiktologické služby krátkodobé stabilizace	31
3.2.5	Adiktologické služby rezidenční léčby	31
3.2.6	Adiktologické služby následné péče	32
3.3	Hrazené adiktologické služby	32
3.3.1	Ambulantní léčba	32
3.3.2	Pobytová léčba	32
3.4	Financování služeb.....	33
4	Faktory významné pro léčbu	34
4.1	Matching	34
4.2	Dostupnost a délka programu.....	34
4.3	Síť sociálních vztahů.....	35

4.4	Psychopatologie	35
4.5	Osobní nastavení klienta	35
4.5.1	Motivace	36
EMPIRICKÁ ČÁST		37
Úvod		38
5	Metodologie výzkumu	40
5.1	Cíle a výzkumné otázky	40
5.2	Konstrukce vzorku	40
5.3	Metoda sběru dat	41
5.4	Metoda zpracování dat	42
5.5	Metoda analýzy dat	42
5.6	Etické zásady výzkumu	43
5.7	Limity	43
5.7.1	Rozmanitost přístupů v ústavní léčbě	43
5.7.2	Různorodost zkušeností respondentů	44
6	Analytická část	45
6.1	Rychlost nástupu do zařízení	45
6.2	Finanční možnosti	45
6.3	Doporučení	46
6.4	Vliv blízkých osob	47
6.5	Podoba léčby	49
6.6	Okolnosti k přijetí do léčby	50
6.7	Fyzický a psychický stav	51
6.8	Zkušenosti respondentů z hrazených a nehrazených služeb pro léčbu závislosti	51
6.8.1	Prožívání v léčbě	52
6.8.2	Podoba léčby	53
6.8.3	Personál	55
6.8.4	Sounáležitost mezi pacienty	56

6.8.5 Přínosy z léčby	57
7 Diskuze.....	59
Závěr	62
Seznam použité literatury	64
Přílohy.....	70

Úvod

Léčba závislostí v České republice je realizována s dlouholetými zkušenostmi a zakořeněnou tradicí, především v rámci systému veřejného zdravotnictví. Nicméně v posledních letech se v tomto prostoru začali objevovat poskytovatelé privátních služeb, o nichž je zatím dostupných jen omezené množství informací. Tato zařízení vyvolávají mezi pracovníky i klienty smíšené pocity a stávají se předmětem diskuzí ohledně jejich kvality a účinnosti.

Kapacity stávajících zařízení často dosahují svého maxima, a tak by mohlo být přínosným krokem rozšíření nabídky prostřednictvím větší informovanosti a zapojení privátních zařízení. S ohledem na to, že problém nadměrné konzumace alkoholu v České republice přetrvává a země se nachází mezi světovou špičkou v této problematice, je nezbytné zvýšit povědomí o dostupných službách.

Tato práce si klade za cíl prostřednictvím zkoumání klientů využívající jak veřejné, tak privátní služby pro léčbu závislosti identifikovat faktory ovlivňující jejich využívání, a tím získat hlubší vhled do preferencí a zkušeností klientů s těmito službami.

Teoretická část práce se zaměří na definici závislosti, faktory vedoucí k jejímu vzniku a její dopady na jedince. Vymezí rozlišení typů návykových látek a přístupy využívané v léčbě závislostí. Dále se práce bude zabývat adiktologickými službami poskytovanými v České republice a jejich začleněním do systému. Nakonec budou vymezeny klíčové faktory, které mohou být pro léčbu závislosti významné. Tyto faktory následně sloužily jako opora pro výzkumnou část v rámci výzkumných otázek.

Empirická část práce popíše metodologii provedeného výzkumu, který zahrnoval polostrukturované rozhovory s klienty využívajícími jak hrazené, tak nehrazené služby pro léčbu závislosti. Následně budou interpretovány výsledky zkoumání, které identifikují faktory ovlivňující využívání hrazených a nehrazených služeb a popíše zkušenosti respondentů s těmito službami.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Osoba závislá na návykové látce

1.1 Závislost

Národní zdravotnický informační portál (Závislost, nedatováno) definuje závislost jako „*nutkavou, chronickou, tělesnou či duševní potřebu užívat návykové látky nebo konkrétního typu chování (tzv. nelátková závislost), přičemž v případě nemožnosti užití dané látky (či daného typu chování) se u závislého člověka vyskytují různé nežádoucí tělesné, duševní nebo společenské projevy, označované jako abstinenční příznaky.*“

Bližší poruchu závislosti specifikuje 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (dále MKN), která ji taktéž rozděluje na poruchy způsobené užíváním návykových látek a poruchy způsobené návykovým chováním. Poruchy způsobené užíváním návykových látek mohou být důsledkem jednorázového či opakovaného užití látky s psychoaktivními vlastnostmi, které zpočátku vyvolávají příjemné a posilující pocity. Opakované užívání takových látek může vytvářet závislost a způsobit různé formy poškození. Stejně je tomu tak i u poruch způsobených návykovým chováním, kde je u rozvoje výrazným rysem opakované odměňování se. (ICD - 11, 2019)

Diagnostiku syndromu závislosti u daného člověka lze činit buďto obecně či na základě dané návykové látky/návykového chování, které užívá. Dle MKN-10 má závislost celkem 6 typických projevů (silná touha nebo pocit puzení užívat látku, potíže v kontrole užívání látky, somatický odvykací stav, růst tolerance, zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů, pokračování v užívání přes jasný důkaz škodlivých následků), jestliže se projeví za poslední rok užívání alespoň 3 z nich, pak je možná diagnóza syndromu závislosti. (MKN-10, 2018) Přesnější diagnostická kritéria popisuje americká příručka „*Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM-V)*“, která uvádí specifické znaky u konkrétních návykových látek. (DSM-V, 2015)

1.2 Návykové látky a způsoby návykového chování

Souhrnná zpráva o závislostech v České republice (2023) za rok 2022 definuje celkem 6 druhů závislostí, které se vyskytují mezi uživateli v ČR. Zde budou využity v rámci představení možných návykových látek a návykového chování vedoucí k syndromu závislosti.

1.2.1 Tabákové, nikotinové a související výrobky

Tabák je známá rostlina, a to především díky jeho psychotropní složce alkaloid nikotin, která působí na centrální nervovou soustavu člověka. Mezi možné pozitivní účinky nikotinu patří

zvýšená bdělost, soustředěnost a potlačení podrážděnosti a agresivity. Dlouhodobě však nikotin přináší řadu nežádoucích účinků v podobě zdravotních potíží, které mohou vést až k úmrtí uživatele. (Minařík, Kmoch in Kalina, 2015)

V české dospělé populaci denně kouří cigarety cca 20% obyvatelstva. Česká republika aktuálně monitoruje vyšší nárůst alternativních výrobků v podobě e-cigaret či nikotinových sáčků, kterými jsou ohroženi především mladiství. Prodej nikotinových výrobků nebyl dlouhodobě nikterak regulován a dostupnost byla pro všechny věkové kategorie. Od 1.7.2023 vyšla v platnost novela zákona, která již reguluje prodej nikotinových výrobků a platí zákaz prodeje osobám mladším 18 let. (Chomynová, 2023)

1.2.2 Alkohol

Alkohol je v celosvětové populaci velice rozšířený. Vzniká kvašením cukrů a má psychotropní účinky. Jeho požití způsobuje intoxikaci, která má zpočátku stimulační charakter. Člověk se již po malých dávkách alkoholu může cítit v lepší náladě, větší sebejistotě a síle. Se zvyšujícím se množstvím alkoholu se začínají dostavovat nežádoucí účinky, které jsou tlumivého charakteru. Typická je ztráta zábran, kritičnosti, porucha rovnováhy a nevolnost. Při dlouhodobém či nadměrném užívání alkoholu se mohou objevit vážné zdravotní komplikace, a to fyzické i psychické. (Minařík, Kmoch in Kalina, 2015)

Ve spotřebě alkoholu se jako Česká republika umísťujeme dlouhodobě ve vyšších příčkách. Dostupný je takřka kdekoli a kdykoli, omezení dostupnosti v podobě zákazu prodeje platí pro osoby mladší 18 let. Alkohol denně konzumuje až 10% české dospělé populace a až 19% občanů pije rizikově. (Chomynová, 2023)

1.2.3 Psychoaktivní léky

Mezi psychoaktivní léky řadíme opioidy, sedativa a hypnotika. Intoxikace těmito léky se podobá opilosti, dochází k navození celkového zklidnění, poklesu svalového napětí a snižuje míru úzkosti. Při dlouhodobém užívání může docházet k poruchám paměti, kognitivních funkcí či stavům zmatenosti. Psychoaktivní léky jsou z hlediska odvykacího stavu nejvíce nebezpečné, může dojít až k úmrtí uživatele. (Minařík, Kmoch in Kalina, 2015)

V České republice rozlišujeme dvě skupiny občanů zneužívající psychoaktivní léky. První skupinou jsou uživatelé, kteří mají předepsané léky z důvodu zdravotních potíží a léky nadužívají, tedy nedodržují předepsané množství. Druhou skupinou jsou osoby závislé na návykových látkách, které svou primární návykovou látku léky nahrazují, doplňují či zmírňují abstinční příznaky. Dostupnost psychoaktivních léků je omezena výdejem na lékařský

předpis, tím se však distribuce léků k jejím uživatelům nezastavuje. Psychoaktivní léky si uživatelé zajišťují v rodině, u známých, na internetu i na nelegálním trhu s drogami. (Chomynová, 2023)

1.2.4 Nelegální drogy

Nelegální drogy jsou návykové látky, za jejichž uchovávání, předávání, prodej a výrobu plyne právní postih, blíže je specifikuje zákon č. 167/1998 Sb. o návykových látkách. Ovšem i přes zákonné restriktce je dostupnost nelegálních drog na trhu vysoká, funguje zde dovoz, ale i samotná produkce. (Chomynová, 2023) Mezi nejčastěji užívané nelegální drogy patří:

Konopí

Konopí je látka s halucinogenním účinkem. Po jejím užití se může dostavit zklidnění, euforie, veselost, ale i stavy zmatenosti, úzkost či nepříjemné obsedantní myšlenky. Podoba intoxikace může být odrazem aktuálního psychického rozpoložení a prostředí (tzv. set a setting), kde je konopí užito, proto jsou udávány účinky různého charakteru. (Minařík, Kmoch in Kalina, 2015)

Psychomotorická stimulancia

Mezi stimulační látky patří pervitin, kokain a MDMA. Navozují celkové povzbuzení organismu, odstraňují únavu a zvyšují duševní i tělesný výkon. Mohou se projevit bludy, pocity pronásledování, strach a úzkostné prožívání. Celkově je intoxikace stimulanty spojená s vysokou zátěží a nadměrného vyčerpání organismu. (Minařík, Kmoch in Kalina, 2015)

Heroin

Heroin patří mezi opiáty a jeho užití způsobuje pocity euforie, tepla a snížené vnímání tělesných pocitů. Považuje se za jednu z nejnebezpečnějších návykových látek. Při užívání vzniká psychická i somatická závislost a odnětí heroinu způsobuje pro uživatele těžké abstinenci příznaky. (Minařík, Kmoch in Kalina, 2015)

Halucinogeny

Halucinogeny jsou přírodní, syntetické látky, které vyvolávají silné změny vnímání. Mezi často užívanými jsou psilocybin a LSD. Po požití přicházejí stavy derealizace a depersonalizace. Mohou způsobit přetrvávající psychotické a depresivní stavy. Stejně tak jako u konopí zde taktéž platí pravidlo *set a setting*, kdy může být průběh intoxikace přímo ovlivněn okolnostmi užití. (Minařík, Kmoch in Kalina, 2015)

1.2.5 Hazardní hraní

Hazardní hraní neboli patologické hráčství je způsob návykového chování, při kterém se projevuje zhoršená kontrola nad hraním hazardních her, rostoucí priorita před ostatními zájmy a pokračování v hraní navzdory výskytu negativních důsledků. K hraní může docházet v online i offline formě. Dlouhodobé projevy hazardního hraní mohou vést ke zhoršení v důležitých oblastech života a osobní degradaci. (ICD-11, 2019)

V České republice se dlouhodobě hazardní hraní přesouvá do online prostoru a dostupnost hracích automatů a kasin se snižuje. Populární formou hazardního hraní je sázení, které se díky online prostředí stává ještě dostupnějším. (Chomynová, 2023)

1.2.6 Internet, hraní digitálních her a sociální sítě

V současné době digitální technologie a internet zaujímají velkou část našeho života. Jejich využití se rozšiřuje do všech oblastí, včetně komunikace, vzdělání a trávení volného času. Soustavně dochází k rozvoji online prostředí a popularita digitálního prostředí roste. Nicméně jejich nadměrné užívání může vést k různým negativním dopadům, mezi které patří i závislost.

Hraní digitálních her má stejný charakter jako hazardní hraní a indikace návykového chování je dle obdobného měřítka. (ICD-11, 2019) Závislost na internetu se prozatím v mezinárodní klasifikaci nemocí neobjevuje. V páté revizi Diagnostického a statistického manuálu je o internetu zmínka ve vztahu k poruše hraní internetových her, a to ve smyslu onemocnění určenému k dalším zkoumáním. (DSM-5, 2015) V Číně je problematika nadužívání internetu v pokročilejší fázi a internetové hráčství je již zařazeno mezi závislosti a v systému léčby. (Chomynová, 2023)

V České republice je nejrozšířenějším rizikovým chováním mezi dospívajícími užívání sociálních sítí, které se týká až poloviny z nich, zatímco u mladší populace je to přibližně třetina. Hraní digitálních her je méně populární a ovlivňuje průměrně jednoho z pěti dětí a dospívajících. (Chomynová, 2023)

1.3 Příčiny rozvoje závislosti

Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je na světě odhadem 35 milionů lidí, kteří škodlivě užívají návykové látky nebo se přímo potýkají se závislostí na nějaké z nich. (Drugs (psychoactive), 2019) Studie z roku 2022 ukázala, že v České republice žije téměř 1 milion jedinců, kteří škodlivě konzumují alkohol a spadají tedy do celkového počtu škodlivých uživatelů a osob závislých dle WHO. (Chomynová, 2023) Otázku, co se skrývá za tak velkými

číslky, se snaží rozklíčovat mnoho odborníků již řadu let. Možných faktorů, které hrají roli v rozvoji závislosti, je celá řada a některé z nich se ukazují jako klíčové. Porozumění těmto příčinám je důležitým krokem k prevenci a léčbě závislosti na návykových látkách.

Příkladem je studie nepříznivých zážitků z dětství poukazující na různé patologie v rodinách, které mohou být pro dítě traumatizující a později přispět k rozvoji závislosti. Lidé potýkající se se závislostí, mají zpravidla vyšší prevalenci nepříznivých zážitků z dětství než zbylá populace. Mezi nepříznivé zážitky z dětství patří např. násilí, zneužívání, zanedbávání a mnoho dalších negativních jevů. (Adverse Childhood Experiences, 2021) Mnoho závislých je traumatizováno nejen v dětství, ale i v dospělosti. Návyková látka je posléze užívána k jeho potlačení. (Kudrle in Kalina, 2003)

Ucelenější rámec příčin závislosti vysvětluje bio-psycho-sociální model závislosti. Obecně je tento přístup využíván v pomáhajících profesích či zdravotnictví. Jeho znalost a zaměření dovoluje se komplexně zabývat potřebami dané osoby na všech úrovních.

1.3.1 Biologická úroveň

Biologické faktory se zapojují do procesu ještě před narozením dítěte. Hlavním aspektem je genetika, kde zatím existují rozporuplné informace. Genetická teorie předpokládá, že se člověk rodí s odchylkami ve vztahu k návykovým látkám. (Skála, 1987) Národní institut pro zneužívání drog (2020) uvádí, že geny daného jedince představují asi polovinu rizika závislosti. Dosavadní poznatky se shodují, že závislost může být z velké části podmíněna genetickými predispozicemi. Největší shoda panuje v oblasti dědičnosti alkoholismu, kde je ohrožení 40-60%. (DSM-5, 2015) V průběhu těhotenství jsou rizikovými faktory stres, užívání návykových látek či onemocnění. Porod a jeho průběh může být rovněž vlivným faktorem na neurobiologii jedince a dalšího vývoje dítěte. Během prvních let života se hledí na přítomnost traumat, prodělaných onemocnění a dalších vlivů. (Kudrle in Kalina, 2003)

S rostoucí zodpovědností za sebe samého přicházejí do popředí faktory jako zájem o své tělo, pohyb, starost o výživu, vlastní zdraví, léčbu nemocí či prevence úrazů. (Kudrle in Kalina, 2008).

1.3.2 Psychologická úroveň

V psychologickém hledisku pohlížíme na příznivý vývoj jedince ve smyslu přiměřeného uspokojování potřeb, nastavování hranic a náležité podpory v dospívání. V případě výskytu duševních potíží je potřeba zajistit adekvátní pomoc, bez které by se jedinec mohl uchýlit k rizikovému faktoru ve formě sebe medikace. Jestliže nedojde k časné pomoci a indikaci

duševních potíží, zpravidla si jedinec najde vlastní způsob úlevy. Úlevným prostředkem často bývá alkohol, který má zpočátku antidepresivní a anxiolytické účinky. Dlouhodobé užívání však vede naopak k zintenzivnění nepříznivých stavů a zhoršení duševních potíží.

Na psychologické úrovni sledujeme také faktory, jako jsou sebeláska, sebepojetí a sebevědomí jedince. Návykové látky mohou být saturací pro nedostatky v oblasti těchto faktorů a pomáhají např. odbourávat psychické bloky. (Kudrle in Kalina, 2003)

1.3.3 Sociální úroveň

Jedinec může být během svého života obklopen několika nepříznivými sociálními faktory, které mohou přispívat k rozvoji závislosti či závislostního chování. Neovlivnitelnou složkou je primární rodina jedince, kde je již dána sociální a ekonomická úroveň, která může mít přímý vliv na jeho vývoj. Stejně je tomu tak i u sítě sociálních vztahů v rodině a jejich kvalita. Horším případem je úplná absence rodiny, která představuje rizikové východisko pro zrání jedince. Mladiství mohou začít vyhledávat silné jedince nebo skupiny, kde zažijí pocit přijetí, sounáležitosti a možnost nezávislosti. Setkání s takovou skupinou může být zdrojem prvních experimentů s návykovými látkami. (Kudrle in Kalina, 2003)

Existují případy, kdy je např. pití alkoholu součástí rodinné kultury a užívání návykových látek je jakousi normou. Témata ohledně škodlivosti návykových látek poté mohou být záměrně tabuizována. (Hajný in Kalina, 2015)

1.3.4 Spirituální úroveň

Spiritualita se týká hledání smyslu a hodnot v životě, zahrnující víru a duchovní praktiky. Někteří jedinci se mohou uchýlit k závislostem, protože hledají pocit naplnění a spokojenosti, který jim běžně chybí. Grofová (1998) hovoří o závislosti jako o krizi, která je především duchovní a představuje touhu po celistvosti a naplnění.

Jednou z cest, jak se duchovně vyrovnat se závislostí, je spojení s vyšší mocí. Tato myšlenka se objevuje především v rámci programu Anonymních alkoholiků, kde jeden z 12 kroků představuje přijetí vyšší moci, která má pomoci jednotlivci obnovit své zdraví a najít smysl života. (Kudrle in Kalina, 2003)

1.4 Dopady závislosti

Závislost se dotýká fyzické, psychické, sociální i ekonomické oblasti života jedince. Užívání návykových látek s sebou obecně nese rizika a dopady různého rozsahu, které mohou být pro jedince i nevratné.

Dle Národního institutu pro zneužívání drog (2020) mají lidé se závislostí jeden a více přidružených zdravotních problémů. Různé drogy způsobují různá poškození zdraví.

1.4.1 Fyzické zdraví

Dopady užívání návykových látek se odvíjí od druhu látky, ale i způsobu její aplikace. Závislost může zvýšit riziko infekčních chorob, zejména u uživatelů tvrdých drog. Používání nečistého injekčního materiálu při užití drogy může vést k infekcím, jako je například HIV nebo hepatitida. Tyto nemoci mohou mít vážné až smrtelné následky. (Addiction and Health, 2020)

Dlouhodobé užívání návykových látek vede rovněž k poškození různých orgánů. Příkladem je alkohol, který v těle způsobuje až jejich trvalé poškození. Nejčastěji se jedná o onemocnění jater, trávicí soustavy, srdce či poškození mozku. (Kalina, 2008)

1.4.2 Duševní zdraví

Duševní poruchy mohou závislosti předcházet anebo je i vyvolat. Schizofrenie je příkladem poruchy, pro kterou je častým spouštěčem právě užívání THC. Jedinci trpící depresemi a úzkostmi mohou vyhledávat návykové látky k úlevě těmto nepříznivým stavům. Z dlouhodobého hlediska návykové látky tyto stavy spíše zintenzivňují, tedy zhoršují. Opět zde platí, že deprese a úzkosti mohou naopak tyto stavy podnítit a vyvolat. (Addiction and Health, 2020)

Časté náhlé stavy vyvolané u uživatelů návykových látek jsou např. epileptické záchvaty či toxická psychóza. Oba tyto stavy jsou varovným signálem a je nutné zahájit abstinenci, aby nedošlo k zopakování. (Kalina, 2015)

1.4.3 Sociálně patologické jevy

Samotná závislost představuje jeden ze sociálně patologických jevů. Uživatel návykových látek ztrácí kontrolu nad svým chováním a může docházet k dalším z nich, které mají vliv na blízké uživatele, ale i společnost. S užíváním nelegálních drog úzce souvisí trestná činnost. (Kalina, 2015) Taková trestná činnost má dle EMCDDA (2007) 4 různé podoby:

- 1) Psychofarmakologické trestné činy: trestné činy spáchané pod vlivem psychoaktivní látky v důsledku jejího akutního nebo chronického užívání
- 2) Ekonomicky kompulzivní trestné činy: trestné činy spáchané za účelem získání peněz (nebo drog) na podporu užívání drog.
- 3) Systémové trestné činy: trestné činy spáchané v rámci fungování trhů s nelegálními drogami v rámci obchodu s dodávkami, distribucí a užíváním drog.

- 4) Protidrogové trestné činy: trestné činy spáchané v rozporu s protidrogovou (a další související) legislativou.

Osoby pod dlouhodobým vlivem návykových látek mohou mít dále sklony k násilnému chování a dalších nepříznivých jevů.

2 Léčba závislosti na návykových látkách

2.1 Cíle léčby

Léčba osob závislých na návykových látkách má za cíl řešit a ovlivnit celou řadu systémů a podsystémů, které jsou nezbytné pro celkovou úzdravu závislého. Jestliže to někde není možné, podpora je vyvíjena směrem k možným rizikovým situacím. Celková snaha je orientovaná na umění situace předvídat a předejít jim, případně se naučit je zvládat. (Nešpor, 1996)

Prvním nezbytným krokem v léčbě je odstranění návykové látky z organismu, tedy detoxifikace. Tento proces není pouhým fyzickým odstraněním látky, ale může zahrnovat i obnovu základních funkcí organismu a snahu zmírnit odvykací příznaky, které bývají pro klienta obtížné.

Dalším úkolem je obnova psychických funkcí a vytvoření pozitivních struktur v psychice klienta. To může zahrnovat práci na změně náhledu na sebe sama a svět kolem sebe, posílení sebedůvěry a vybudování schopnosti efektivně řešit životní problémy. Nedílnou součástí léčby je také posílení schopnosti klienta řešit životní situace bez užití návykové látky. Klient by se během léčby měl věnovat i budování zdravého životního stylu, který by ho měl dovést k novým zdravým návykům zahrnující pravidelnou stravu, pohyb a odpočinek.

Nakonec je nezbytná resocializace klienta, což zahrnuje reintegraci do společnosti, budování zdravých mezilidských vztahů a nalezení smysluplného zaměstnání nebo činnosti, která klienta naplňuje a udržuje jej v abstinčním stavu. (Heller, 2011)

Kalina (2015) uvádí několik důležitých životních cílů, ke kterým by měla léčebná zařízení klienta provázet a pomoci mu je postupně naplňovat:

- Přispět k nalezení a přijetí smyslu vlastního života
- Přispět k nalezení své vlastní svobody a odpovědnosti
- Přispět k poznání a přijetí sebe sama, svých možností a limitů
- Přispět k osobnímu růstu, vývoji a víře v sebe
- Přispět k nalezení svého místa v lidském společenství
- Přispět k pozitivnímu a tvořivému přístupu k životu
- Přispět ke spokojenému a radostnému životu
- Přispět k získání a rozšíření znalostí, schopností a dovedností, jak individuálních cílů dosáhnout

Všeobecně by měla léčba klientovi nabídnout komplexní pomoc a podporu při překonávání závislosti a umožnit mu dosáhnout zdravějšího, stabilnějšího a plnohodnotnějšího života bez návykových látek.

2.2 Intervence v léčbě závislosti

V procesu léčby závislosti se využívá široké spektrum přístupů a podpůrných intervencí. Závislost ovlivňuje mnoho různých oblastí života jedince a pro úspěšné zvládnutí této problematiky je nezbytný multidisciplinární tým odborníků, který pokrývá péči v různých oblastech. Tento komplexní přístup je nezbytný k tomu, aby léčba byla účinná a mohla zasáhnout do všech klíčových aspektů klientova života ovlivněných závislostí.

2.2.1 Farmakoterapie

Farmakologická léčba u závislosti na návykových látkách je klíčovou součástí celkové léčebné intervence. V léčbě ji považujeme za jednoznačně nezbytnou a efektivní složku. Ovšem v případě, kdy by byla uplatňována samostatně, tak se nedá považovat za dlouhodobě účinnou intervenci. Farmakoterapie je nejvíce efektivní v kombinaci s psychoterapií.

Jsou celkem tři kategorie farmakologické léčby:

- 1) Medikace cílená k závislosti – může sloužit jako substituční léčba, např. ve formě metadonu
- 2) Medikace podávaná k mírnění škod vzniklých při užívání návykové látky – např. léky zvyšující regeneraci jater
- 3) Medikace z důvodu duální diagnózy klienta – se závislostí na návykové látce je často spojena další duševní porucha (Bayer in Kalina, 2003)

Substituční léčba představuje specifickou formu farmakoterapie. Jejím základním principem je především snížit užívání ilegálních drog, a s tím spojenou kriminální činnost. Zdravotní hledisko této léčby je podstatné pro zlepšení somatického i psychického stavu uživatele. Jedním z hlavních přínosů substituční léčby je také ukončení injekční aplikace drogy, což snižuje riziko přenosu infekčních nemocí a dalších zdravotních komplikací s tím spojených. (Popov in Kalina, 2008)

2.2.2 Individuální poradenství

Margolis a Zweben (1998) identifikují několik problémů spojených s léčbou závislosti a navrhují způsoby, jak poradci mohou pomoci s jejich řešením:

1. Přijetí skutečnosti o uzdravení: Poradci pomáhají klientům přijmout skutečnost, že se uzdravují ze závislosti, a pracují na odstranění stigma spojeného se závislostí v jejich životě.
2. Euforické vzpomínky na užívání návykových látek: Poradci pomáhají klientům identifikovat spouštěče, které by mohly vést k relapsu a vyvinout strategie, jak s nimi lépe pracovat.
3. Užívání jiných drog: Poradci vnímají užívání jiných drog jako varovný signál rizika relapsu a pracují s klienty na identifikaci a řešení tohoto chování.
4. Budování nových sociálních sítí: Poradci podporují klienty v budování nových sociálních sítí, které podporují abstinenci a zvyšují podporu v procesu uzdravení.
5. Osvojování si dovedností k zvládnutí emocí: Poradci pomáhají klientům vyvíjet strategie pro zvládnutí emocí a vnitřních rozporů, což je klíčovým prvkem v procesu údravy.

Tyto body jsou celistvou součástí procesu uzdravení. Důležité je vytvoření plánu léčby, stanovení cílů a identifikace potřebných oblastí, na kterých je třeba pracovat. Poradci hrají klíčovou roli v poskytování podpory a vedení klientů v jejich cestě k uzdravení a soběstačnosti. (Miller, 2011)

V léčbě závislostí existuje několik využívaných a prokazatelně efektivních individuálních přístupů. Mezi jedny z nejnámějších patří využívání motivačních rozhovorů, kognitivně-behaviorální terapie a psychoanalytického přístupu. (Schulte, 2010)

2.2.3 Skupinová terapie

Ve skupině často dochází ke vzniku sociálního mikrosvěta, který zrcadlí zmenšenou podobu vnitřního světa každého jednotlivce v dané skupině. Prostřednictvím zpětné vazby a vlastního pozorování si členové většinou začínají uvědomovat významné rysy svých vztahů a chování, objevují své možnosti a omezení, a identifikují maladaptivní chování, které vyvolává nechtěné reakce u ostatních. Tímto procesem se klienti začínají chovat autentičtěji a prostřednictvím zpětné vazby a sebezpozorování se stávají lepšími pozorovateli vlastního chování. Důležitým aspektem je emocionální sdílení vlastního vnitřního světa a následné přijetí ostatními, což napomáhá vytváření pozitivního a samo rozvíjejícího cyklu založeného na důvěře, otevřenosti, empatii a přijetí. Tento proces umožňuje klientům získat svůj vlastní náhled, motivaci k experimentování s novými přístupy a k pozitivním změnám ve svém chování a vztazích. (Yalom, 2021)

Využívání skupinových terapií v léčbě závislosti sahá ke kořenům konceptu svépomocných skupin Anonymních alkoholiků. Nyní je skupinová terapie v léčebných zařízeních běžnou součástí. (Miller, 2011)

Ve skupinové terapii závislých se využívají různé terapeutické techniky, které mají za cíl podpořit proces uzdravení. Skupiny závislých mívají větší strukturovanost, kdy terapeut přebírá větší iniciativu a aktivně podněcuje a motivuje členy ke spolupráci. Ze začátku terapeut často pracuje s jednotlivci ve skupině, než se skupina začne více zapojovat samostatně. Skupina by měla být vnímána jako bezpečné místo, kde se členové cítí podporováni a respektováni. Terapeut by měl aktivně podporovat vzájemnou emoční podporu ve skupině a využívat nástroje, jako je pozitivní zpětná vazba, posilování sebevědomí, konfrontace, ale i humor. Tyto techniky pomáhají vytvářet prostředí, ve kterém se členové skupiny cítí komfortně a otevřeněji se mohou podílet na procesu léčby a osobního růstu. (Nešpor, 1996)

2.2.4 Terapeutická komunita

Model terapeutické komunity vychází z přístupu pobytové léčby a své kořeny má v USA. Koncept je založený na demokratických a deinstitucionalizovaných principech. (Schulte, 2010) V České republice se otevřela první terapeutická komunita pro drogově závislé v Němčicích v roce 1991. Za jejím vznikem stojí organizace SANANIM, která je významným poskytovatelem různých adiktologických služeb. Komunita byla vybudována na nezdravotnickém základě jako zařízení sociální rehabilitace s výchovnou a psychoterapeutickou složkou. (Kalina, 2008a)

V ústavních léčbách pro závislost na návykových látkách je často kombinován přístup terapeutické komunity spolu se skupinovou a individuální terapií. Prvky terapeutické komunity jsou v prostředí psychiatrických léčeben považovány za účinný nástroj změny. Program daného oddělení je založen na multidisciplinární spolupráci a zajišťuje dostupnost všech potřebných intervencí včetně volnočasových aktivit a pracovní terapie. (Dvořáček in Kalina, 2003)

2.2.5 Rodinná terapie

Rodinná terapie se věnuje narušeným rodinným systémům, které se snaží napravit či změnit. V nejlepším případě by se mělo pracovat se všemi jejími členy, poněvadž je rodina chápána jako uzavřený systém, a tak je důležité pracovat s ní jako s celkem. (Gjuričová, Kubička, 2003) Fungující rodinné vztahy mohou být zdrojem velké emoční podpory, která bývá motivujícím aspektem k léčbě a pozitivní změně. Nicméně rodina může být i zdrojem patologie a problémů, které je třeba identifikovat a řešit v rámci terapeutického procesu. (Nešpor, 1996) Jestliže se u

klienta ukáže práce s rodinnou jako potřebná, je nezbytné zvážit jeho aktuální stav. Z pohledu rodinné terapie je vhodné začít až ve chvíli, kdy je klient stabilizován a dosáhl nějaké úrovně abstinence. Realizace rodinné terapie může být ztížena v několika dalších ohledech. Klíčovým stanoviskem je souhlas s terapií a aktivním přístupem ze strany rodinných příslušníků i klienta samotného. Bariéra může spočívat i ve vzdálenosti mezi zařízením a rodinou, případně v omezeném čase v rámci léčby. (Čtrnáctá in Kalina, 2015)

Rodinná terapie se využívá buďto u adolescentů a mladých dospělých, kteří experimentují s návykovými látkami, případně jsou již ve fázi pravidelného užívání nebo u osob v léčbě a doléčování. (Čtrnáctá in Kalina, 2015)

2.2.6 Sociální práce

Především v zahraničí mají sociální pracovníci ve službách pro léčbu závislosti nezastupitelnou roli. (Mickey, 2006) Švédský systém je toho sám důkazem a sociální pracovníci zde působí na všech úrovních léčby závislosti. Hlavní náplní je kompletní diagnostika a analýza potřeb daného klienta. Obdobně je tomu tak i v USA, kde má sociální práce ve službách pro léčbu závislosti také značné zastoupení. V těchto zemích je významným rozdílem přítomnost klinických sociálních pracovníků. Pracovníci dosahují vyššího vzdělání než u nás a mají možnost se na problematiku závislosti v rámci vzdělávání specializovat. (Lundgren, 2014)

Sociální práce v prostředí našich léčeben je zaměřená především na intervence směřující ke stabilizaci životního stylu závislých a řešení sociálně-právních problémů. Sociální pracovník představuje důležitého člena terapeutického týmu a pomáhá klientům k lehčímu návratu do běžného života. (Kuda in Kalina, 2008)

2.3 Přístupy v léčbě závislosti

Odborná literatura zohledňuje několik různých přístupů využívaných v léčbě závislosti. Mezi nejčastěji zmiňované a v praxi využívané patří čtyři z nich, které budou předmětem této podkapitoly. Každý z přístupů má v léčbě závislosti své vlastní postavení. Některé z nich např. formovaly podobu dnešních léčebných programů. Každý z těchto přístupů přináší určité výhody a specifické techniky, které mohou být účinné v různých fázích léčby závislosti.

2.3.1 12 kroků – AA

Anonymní alkoholici (AA) je mezinárodní společenství, které vzniklo v roce 1935 v USA. Jedná se o svépomocné hnutí s duchovními principy určené pro osoby závislé na alkoholu. Hnutí je založeno na vzájemné podpoře a pomoci, kde lidé společně směřují k dosažení

abstinence a jejímu udržení. Koncept se rozšířil po celém světě a dnes je dostupný i pro další cílové skupiny s jinou návykovou látkou (např. Anonymní narkomané). (Kalina, 2003)

Program Anonymních alkoholiků je založen na dvanácti krocích, které představují soubor zásad nastiňujících postup pro zotavení ze závislosti. Tyto kroky zahrnují přiznání bezmoci nad alkoholem, vyhledání pomoci u vyšší moci, provedení morální inventury, napravení minulých křivd a pomoc druhým v uzdravení. Zásady dvanácti kroků mají klientovi sloužit především jako vodítko k uzdravení. (Miller, 2011)

Znění 12 kroků:

1. Připouštíme, že jsme bezmocní vůči alkoholismu/ostatním lidem/nutkavým vzorcům chování, a přestali jsme být schopni zvládat své životy.
2. Dojdeme k poznání, že nám může navrátit vnitřní klid síla mnohem mocnější než jsme my.
3. Rozhodneme se vložit svá přání a svůj život do péče svého Boha.
4. Hledáme sami sebe a beze strachu zkoumáme své morální zásady.
5. Přiznáme Bohu, sami sobě a dalším lidským bytostem skutečnou podstatu našich chyb.
6. Začínáme si přát celou svojí duší, aby nás Bůh zbavil všech našich charakterových vad.
7. Pokorně prosíme Boha, aby nás zbavil našich chyb.
8. Uděláme si seznam osob, kterým jsme ublížili, a začneme si přát napravit své chyby.
9. Napravujeme své chování vůči lidem, kterým jsme ublížili, jak je to jen možné, aniž jsme tyto lidi nebo kohokoli jiného poškodili.
10. Pokračujeme v osobním sebehodnocení, a když uděláme cokoli špatně, okamžitě si to přiznáme.
11. Snažíme se modlitbou a meditací upevnit svůj vědomý kontakt s Bohem a modlíme se za uvědomění si boží vůle a za sílu, která nám v tom bude nápomocná.
12. Duchovní probuzení, jež jsme získali díky těmto krokům, se snažíme předávat ostatním a praktikovat tyto principy ve všech svých záležitostech. (S. Kathleen, 2006)

Hlavní předností tohoto přístupu je dostupnost a neomezenost programu. Především ve větších městech jsou svépomocná setkání realizována několikrát denně a jedinec je může využívat neomezeně dle své potřeby.

V léčbě závislosti představují Anonymní alkoholici významné uplatnění, avšak nejvíce efektivní jsou jako doplňková forma léčby či jako následná péče. Svépomocné skupiny nepokrývají všechny potřebné intervence k uzdravě a neposkytují tedy komplexní pomoc

v oblasti závislosti. Dobrou variantou je tedy kombinace AA a dalších léčebných intervencí. Mnoho studií prokázalo příznivý dopad na osoby, které pravidelně navštěvovali setkání AA. Pravidelná účast vedla ke snížení následného užívání alkoholu a drog. (Donovan, 2013)

2.3.2 Apolinářský model – bodovací systém

Apolinářský model léčby závislosti uvedl do praxe doc. MUDr. Jaroslav Skála, CSc. v roce 1949, známý je také jako „Skálův model“. Tento model aplikuje principy terapeutické komunity a behaviorální terapie prostřednictvím bodovacího systému, který slouží k nepřetržitému hodnocení pacientů. (Kalina, 2001) Vyznačuje se především vysokou mírou struktury programu, velkou mírou kontroly pacienta, rozsáhlými pravidly a sankčními systémy. (Dvořáček, 2020)

Skálův model zdůrazňuje individuální i kolektivní odpovědnost pacientů. Pochybení jednoho pacienta se považuje za pochybení i ostatních v terapeutické komunitě. V rámci léčby je kladen důraz rovněž na posilování fyzické zdatnosti a systematické práce s rodinou pacienta. (Kalina, 2001)

Bodovací systém slouží k tvarování chování pacienta prostřednictvím vnějších podnětů. Záporné body se udělují za nežádoucí chování, jako jsou režimové porušení, nedochvilnost nebo nedostatečný úklid. Sankcí za negativní body může být například zákaz vycházky nebo vyloučení z léčby. Naopak kladné body slouží k odměňování příznivého chování a plnění režimových pravidel. (Kalina, 2001)

Léčebné programy v České republice vychází z původního Apolinářského modelu. Během uplynulých let se programy průběžně proměňují a snaží se více či méně přizpůsobovat potřebám pacientů, které průběžně vycházejí na povrch. Apolinářský model má své příznivce i kritiky. Kritičnost k tomuto modelu poukazuje na několik nedostatků, který model nezohledňuje. Jedná se o přizpůsobení programu možnostem a potřebám dnešních pacientů, zohlednění současných společenských hodnot a potřeba většího důrazu na vytvoření podmínek pro příznivé terapeutické prostředí a vztahu, ve kterém může být pacient otevřený a transparentní. (Dvořáček, 2020)

Ředitel uznávané psychiatrické léčebny usiluje dlouhodobě ve svém zařízení o proměnu programu ve prospěch pacientů. Hlavní změnou je zrušení bodovacího systému, který považuje za nadbytečný a je názoru, že jeho potřeba naprosto vymizela. Rozvolnění programu a striktních pravidel přineslo do zařízení lepší atmosféru, díky které jsou pacienti otevřenější, svědomitější a přirozeně nabývají zodpovědnosti. Proměna konceptu přinesla větší prostor

psychoterapeuticky pracovat a vnést do léčby větší autentičnost ze strany pacientů i terapeutů. (Dvořáček, 2020)

2.3.3 Kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapie (KBT) je formou behaviorální terapie, která se zaměřuje na vztah mezi myšlením, emocemi a chováním. Jejím cílem je identifikovat a změnit negativní vzorce myšlení a chování a vytvořit pozitivní změnu v životě člověka k lepšímu. KBT se zaměřuje na naučené vzorce negativního chování a nepřesné způsoby myšlení, které udržují jedince v nepříznivém duševním stavu. Terapeuti přizpůsobují terapii potřebám každého pacienta a pomáhají jim vyvinout strategie pro řešení problémů a dosažení pozitivních změn ve svém životě. Jednou z hlavních metod KBT je hraní rolí pro plánování řešení problémů a zlepšení sebevědomí. (Webster, 2024)

Základní principy KBT jsou:

- Psychické poruchy jsou částečně založeny na nepřesných způsobech myšlení.
- Psychické poruchy jsou také založeny na naučených vzorcích negativního chování.
- Lidé trpící psychickými poruchami se mohou naučit lépe zvládat situace, a tím zmírnit své příznaky a následně vytvořit pozitivní změny ve svém životě. (What is Cognitive Behavioral Therapy?, 2017)

Kognitivně behaviorální terapie se ukázala jako účinná léčebná metoda při poruchách užívání návykových látek. Její primární cíl spočívá v identifikaci a změně maladaptivních vzorců chování spojených s užíváním návykových látek, zvýšení motivace ke změně a rozvoji zdravých dovedností zvládání nepříznivých stavů. Tato terapie tak může pomoci jedincům překonat závislost a zabránit relapsům tím, že se zaměřuje na spouštěče spojené s užíváním a podporuje rozvoj alternativních strategií zvládání náročných situací. (Webster, 2024) Studie prokázaly dobré výsledky zejména u pacientů se závažnějšími symptomy závislosti nebo komorbidní duševní poruchou. (Schulte, 2010)

2.3.4 Motivační rozhovory

Metoda motivačních rozhovorů pomáhá osobám překonat jejich ambivalence a zvýšit jejich motivaci ke změně. Účinná je především u jedinců, kteří již nad změnou bilancují nebo jsou obecně velmi nerozhodní. Při motivačním rozhovoru pracovník umožňuje dané osobě utvářet si otevřený pohled na změnu a připravit cestu k další terapeutické práci. Důležitým faktorem je ponechaná odpovědnost na jedinci samém. Pracovník zde nepůsobí jako expertní poradce, více se soustředí na zvyšování povědomí klientů o vnitřních zdrojích, vnější podpoře pro změnu, a

aby si klient sám dokázal ve výsledku formulovat argumenty pro změnu (Miller a Rollnick, 2003)

Motivační rozhovory procházejí několika fázemi, které pomáhají identifikovat aktuální připravenost a nastavení klienta. V první fázi se klient nachází ještě před uvažováním o změně, a zatím pro něj převažují nepřijatelné a ohrožující faktory, které by změna přinesla. Druhá fáze je uvažování o změně, kdy se u klienta rozvíjí ambivalence a začíná si uvědomovat potřebu změny. V této fázi může dojít k rozhodnutí klienta ke změně a je možné začít plánovat potřebné kroky. Třetí fáze je o realizaci konkrétních kroků a udržení klienta v aktivitě. Následně je fáze o udržení změny, která se soustředí na přizpůsobení se vlivům, které změna přinesla. Mezi fáze se řadí i relaps, kdy se klient vrací zpět ve fázích, což je běžnou součástí, se kterou je potřeba počítat. (Soukup, 2020)

Ve vztahu k léčbě závislosti mají motivační rozhovory přispět k budování motivace pacientů a posilování závazku ke změně. Hlavním cílem je touto metodou změnit připravenost pacientů na změnu do podoby, kdy začnou jednat. Pracovník v rámci rozhovorů podporuje odhodlání ke změně a mapuje vnitřní a vnější zdroje daného pacienta. (Mattson, 1994)

Motivační terapie byla zkoumána v různých výzkumných studiích a prokázala se jako účinná při posilování ochoty podstupovat intervence, nastolení abstinence nebo snížení míry užívání návykových látek. Metoda se ukázala jako zvláště účinná u pacientů s nižší motivací a v raných stadiích léčby. S dobrými výsledky zafungovala i v podobě jednorázové intervence. (Schulte, 2010)

3 Adiktologické služby v ČR

3.1 Ukotvení služeb v systému

Hlavní legislativní rámec ukotvující adiktologické služby je zákon č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, který upravuje protidrogovou politiku státu a definuje adiktologickou poruchu a odborné služby. Jednotlivé adiktologické služby jsou poté poskytovány na základě příslušných zákonů dle povahy služby. (Dvořáček, 2021)

Kvalitu adiktologických služeb hodnotí celkem 3 různé systémy, a to dle typu registrace služby. Jedním z nich je souhrnný hodnotící systém, který slouží pro celou adiktologickou síť služeb bez ohledu na typ registrace, a zajišťuje ji sekretariát RVKPP (Rada vlády pro koordinaci politiky v oblasti závislosti). K těmto účelům byly v roce 2005 vytvořeny *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby*. (Dvořáček, 2021)

Jednotlivé služby musejí projít certifikací odborné způsobilosti adiktologických služeb, při které je ověřováno, zda daná služba odpovídá stanoveným odborným kritériím způsobilosti pro poskytování péče cílové skupině osob závislých nebo závislostí ohrožených a jejich blízkým. (Certifikace odborné způsobilosti adiktologických služeb, 2024) Zároveň je potřeba řídit se i dalšími standardy dle typu registrace poskytovaných adiktologických služeb.

3.1.1 Sociální služby

Důležitou složku sítě adiktologických služeb tvoří registrované sociální služby, které jsou upraveny zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Patří mezi ně např. kontaktní centra, terapeutické komunity a služby následné péče. V rámci zákona o sociálních službách jsou stanoveny standardy kvality sociálních služeb, kterými by se měly sociální služby řídit. (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

3.1.2 Zdravotní služby

Adiktologické zdravotní služby jsou převážně řízeny zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Jedná se např. o rezidenční léčby na psychiatrických odděleních či ambulantní léčby v AT ambulancích. V adiktologické zdravotní péči je dále odvětví specifických služeb, do které je zařazena např. protialkoholní a protitoxikomanická záchytná služba či ochranné léčení, ty jsou upraveny zákonem č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách. (Dvořáček, 2021)

3.1.3 Soukromé hrazené služby

Soukromá zařízení, která poskytují hrazené adiktologické služby jsou převážně poskytovateli zdravotních služeb a jsou řízeny zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Povaha ostatních zařízení není veřejně dostupná, případně jedno ze zařízení prohlašuje, že není zdravotnickým zařízením a neposkytuje žádnou formu zdravotních služeb nebo zdravotní péče ve smyslu zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. (www)

3.2 System péče

V České republice zajišťují adiktologickou péči dvě velké sítě programů. Jednou z nich jsou zdravotnická zařízení, která mají specializaci v oblasti návykových látek. Zařízení jsou oboru psychiatrie a poskytují péči ambulantní či rezidenční formou. Rovněž vznikají ambulance, které jsou vázány pouze na odbornost adiktologa a mají tedy nelékařský charakter. Druhou rozsáhlou sítí jsou programy, které mají převážně registraci sociální služby a provozují je nestátní neziskové organizace. Tato síť služeb zajišťuje preventivní, nízkoprahové, léčebné, doléčovací či komunitní programy. (Chomynová, 2023)

Dle Konceptu rozvoje adiktologických služeb (2021) je rozlišováno celkem 6 základních typů adiktologických služeb, jejich rozdělení koncepčně odpovídá různým fázím rozvoje závislosti. Jedná se o adiktologické preventivní služby, adiktologické služby minimalizace rizik, adiktologické služby ambulantní léčby a poradenství, adiktologické služby krátkodobé stabilizace, adiktologické služby rezidenční léčby, adiktologické služby následné péče.

3.2.1 Adiktologické preventivní služby

Prevence je prováděna na třech úrovních:

Všeobecná primární prevence, která je běžně aplikována u dětí a mládeže bez ohledu na výskyt rizikových faktorů v okolí. Obvykle jsou programy realizovány ve větších skupinách, např. pro celou školní třídu.

Selektivní primární prevence je určena pro ohrožené osoby rizikovým chováním, kde jsou již přítomny rizikové faktory. Prevence je realizována s jednotlivci nebo v menší skupině.

Indikovaná primární prevence se zaměřuje na jedince, u kterých se již vyskytly projevy rizikového chování nebo jsou výrazně vystaveni rizikovým faktorům. Prevence se zde zaměřuje na včasnou intervenci a zamezení rozvoji dalších nepříznivých jevů. (Mioviský a kol., 2015)

Preventivní programy jsou nejčastěji realizovány ve školském prostředí v rámci primární prevence. Cílem adiktologické prevence je předcházení vzniku závislostního chování, případně

zamezení v jeho dalším rozvoji. Výsledkem preventivních programů by mělo být zabránění zkušenosti s návykovou látkou/chováním, oddálit zkušenost do pozdějšího věku a být si vědom rizikových faktorů ohledně užívání. Častou intervencí je edukace, předávání informací a prvky zážitkové pedagogiky. (Dvořáček, 2021) V České republice je celkem 52 certifikovaných programů všeobecné prevence v adiktologie. (Chomynová, 2023)

3.2.2 Adiktologické služby minimalizace rizik

Adiktologické služby minimalizace rizik, často pod názvem „harm reduction“, mají za úkol snižovat škody u uživatelů návykových látek nebo osob se závislostním chováním. Programy harm reduction se speciálně zaměřují na aktivní vyhledávání a oslovování uživatelů návykových látek v jejich přirozeném prostředí. Poskytovány jsou ve formě nízkoprahových služeb (kontaktní centra) a terénních programů. Mezi typické intervence programů patří např. kontaktní práce, distribuce sterilního injekčního materiálu, testování na infekční onemocnění, základní zdravotní ošetření, sociální práce a odkazování do sítě dostupných služeb. (Dvořáček, 2021)

3.2.3 Adiktologické služby ambulantní léčby a poradenství

Ambulantní léčba je určena osobám v různých fázích závislostního chování. Klient ambulantní léčby by měl být motivovaný ke změně a jeho aktuální životní situace by měla dovolovat pravidelně docházet do ambulance a soustavně pracovat na zlepšení celkového stavu. Program léčby může být různého charakteru a jeho podoba se odvíjí od stavu daného klienta. V rámci ambulantní péče může být poskytována substituční léčba, individuální/skupinová psychoterapie, case management a nácvikové programy. Intenzivnější formu ambulantní léčby poskytují denní stacionáře, kde je strukturovaný 6-týdenní program. (Dvořáček, 2021)

3.2.4 Adiktologické služby krátkodobé stabilizace

Služby krátkodobé stabilizace jsou nejčastěji poskytovány na detoxifikačních jednotkách, případně v rámci krizové stabilizace. Jedná se o lůžkovou péči sloužící k prvotní stabilizaci aktivního uživatele návykových látek. Účelem péče je především bezpečné zvládnutí odvykacího stavu a stabilizace klienta v počáteční fázi abstinence. V rámci detoxifikace je pacientům poskytována především farmakoterapie ke zmírnění odvykacího stavu, podpůrná psychoterapie a plánování další potřebné péče. (Dvořáček, 2021)

3.2.5 Adiktologické služby rezidenční léčby

Rezidenční léčba je realizována v pobytových zařízeních a má striktně stanovený a strukturovaný program. Určena je osobám se středně-těžkou až těžkou formou závislosti na

návykových látkách. Délka léčby může být stanovena na 3-18 měsíců. Krátkodobější forma léčby je nejčastěji realizována ve zdravotnických zařízeních v oboru psychiatrie, poté může být pacient doporučen do dlouhodobější léčby v podobě terapeutické komunity. (Dvořáček, 2021)

3.2.6 Adiktologické služby následné péče

Následná péče slouží jako doléčování pro již abstinující osoby, které jsou absolventy ambulantní či pobytové léčby, její forma může být taktéž ambulantní či pobytová. Programy se soustřeďují především na udržení abstinence a celkových změn získaných v průběhu léčby. Klientům doléčování je běžně poskytována individuální/skupinová/rodinná psychoterapie a potřebná sociální práce. (Dvořáček, 2021)

3.3 Hrazené adiktologické služby

Většina informací z této kapitoly vyplývá z veřejně dostupných informací (www). Jedná se o specifickou kategorii zařízení, které jsou privátního charakteru a nabízí nadstandardní adiktologickou péči v ambulantní i rezidenční formě. Zařízení počítají i s potřebou následné péče a poskytují rovněž doléčovací programy. Služby mají jasně stanovené plány léčby a každý si může vybrat či konzultovat tu nejvhodnější variantu pro něj. Každý plán a dostupné služby mají svůj daný ceník. Propagovanou předností je důraz na zachování anonymity a komfortu klienta. (www)

Ze zahraničních zdrojů a provedených studií vyplývá, že soukromé ziskové zařízení bývají menší, specializovanější a využívají méně, ale lépe vyškoleného personálu. (Rodgers, 2009) Rešerše hrazených zařízení provozovaných v České republice tato tvrzení více méně potvrzují. Další zjištění prokazují předpokládané výrazné rozdíly v charakteristikách personálu, ale i klientů podstupujících hrazené či nehrazené služby. (Roman, 2006)

3.3.1 Ambulantní léčba

Ambulantní péče je poskytována individuální i skupinovou formou. Nadstandardní službou je nabídka terapií v on-line prostředí nebo i v jiném než českém jazyce. Zařízení nabízejí možnost rodinné/párové terapie a vybrané techniky expresivní terapie. Léčebný plán je tvořen společně s klientem dle jeho potřeb. Průměrná částka za jednotlivou formu terapie se pohybuje okolo 2000,- Kč. (www)

3.3.2 Pobytová léčba

Pobytová forma léčby je nabízena v délce 2 – 8 týdnů a v případě potřeby je možné si vyjednat i delší pobyt. Velký důraz je kladen na celkový komfort klienta a individuální přístup. Léčebný

plán je rozvržen dle délky léčby a nabízí péči především v oblasti psychoterapie (individuální, skupinová, rodinná), adiktologie a psychiatrie. V rámci léčby je zajištěna dostupnost volnočasových, relaxačních aktivit a nácvik meditačních technik. Každé zařízení je něčím exkluzivní a vyjímá se nad ostatními, což spočívá např. v poskytovaných přístupech, nabízených služeb a povahy personálu.

Celková částka se odvíjí od doby pobytu a začíná na částce okolo 120 000,-Kč, nejdelší léčba je stanovena na 8 týdnů a cena je 280 000,-Kč. Hrazená suma pokrývá ubytování, stravu, volnočasové aktivity a veškeré formy poskytované terapie dle léčebného plánu. (www)

3.4 Financování služeb

Většina adiktologických služeb je financována z dostupných veřejných zdrojů.

Mezi hlavní zdroje financování patří:

- systém veřejného zdravotního pojištění;
- systém financování sociálních služeb prostřednictvím dotací;
- dotační titul Úřadu vlády;
- dotační a grantové tituly krajů a obcí.

Doplňkové zdroje financování služeb mohou být např. fondy EU, norské fondy či dary a nadační příspěvky. (Dvořáček, 2021)

Síť zdravotnických zařízení je hrazena především ze systému veřejného pojištění. U sociálních služeb jsou zdrojem financí zejména dotace státu, krajů a obcí. Aktuálně rozvíjející se privátní segment služeb není součástí sítě služeb hrazených z veřejných zdrojů. Zde jsou hlavním zdrojem financování přímé platby klientů. (Chomynová, 2023)

4 Faktory významné pro léčbu

Je známo několik významných faktorů, které mohou mít přímý vliv na úspěšnost léčby a vést klienta k pozitivním změnám. Většina faktorů spadá do agendy léčebných zařízení, které léčbu poskytují a zajišťují jednotlivé oblasti podpory a pomoci. Zbylá část je na straně klienta, který do léčebného zařízení přichází již s nějakou výbavou a zkušenostmi působící na průběh a výsledek léčby.

4.1 Matching

Matching je uznávaný proces, ve kterém by klientovi měla být přiřazena odpovídající forma léčby dle jeho individuální situace a potřeb. Vyhodnocena by měla být např. adekvátní délka programu a vhodný terapeutický přístup. Jak by měl být matching uplatňován, zatím není přímo specifikované. V běžné praxi léčebná zařízení většinou nemají prostor na komplexní diagnostiku budoucího pacienta, a to díky vysokému přetlaku žadatelů o léčbu. (Gossop, 2009) I přesto se matching v odborné literatuře často zmiňuje mezi hlavními faktory a činiteli, které jsou pro pacienty v léčbě závislosti prosperujícími. (Kalina, 2008)

Matching je sám o sobě předmětem mnoha studií, které se snaží prokázat jeho významnost ve vytvoření vhodného programu na míru klientovi. Jedna ze studií ukázala, že neshoda mezi stanovenou podobou léčby a potřebami pacienta byla významným prediktorem k následné recidivě pacienta po léčbě. Na druhou stranu studie rovněž prokázala, že i přes dobře nastavené intervence, léčba nemusí vždy vést k dosažení dobrých výsledků. (Karno, 2007)

4.2 Dostupnost a délka programu

Matching by mohl být pravděpodobně plně uplatňován ve chvíli, kdy bychom mohli zajistit dostupnost léčebných služeb pro všechny potřebné cílové skupiny uživatelů návykových látek. Mnoho studií z různých zemí však nasvědčují tomu, že celkový počet léčebných zařízení a jejich kapacity jsou velice omezené a nezvládají pojmout všechny osoby, které léčbu potřebují a mají o ni zájem. (Caris, 2022) Nedostatek dostupných služeb léčby poté může vést k prodlevám v získání péče a následně ke zhoršení stavu závislosti, jelikož osoba nadále zůstává vystavena rizikům a pokračuje v nežádoucích způsobech chování (např. kriminální činnost). Je prokázáno, že čím delší dobu musí zájemci o léčbu vyčkávat, tím se pravděpodobnost jejich nástupu snižuje. (Gossop, 2009) Dostupnost služeb je potřeba využít především ve chvíli, kdy je dotyčný připraven léčbu podstoupit. Obecně platí, že čím dříve je léčba v procesu onemocnění nabídnuta, tím větší je pravděpodobnost pozitivních výsledků. (NIDA, 2012)

Jestliže se již osoba dostane do léčebného zařízení, měla by být individuálně vyhodnocena potřebná délka programu. Zde patří mezi hlavní kritéria zhodnocení sítě sociálních vztahů, kdy u klienta se stabilnějšími sociálními vazbami může být stanovena kratší doba léčby. Naopak u osob s rozvrácenými vztahy v rodině a nedostatkem sociální podpory, bude prospěšné mnohem delší setrvání v procesu léčby. Dalším důležitým aspektem je závažnost poškození fyzického a duševního stavu uživatele a potřebný čas na jeho stabilizaci. (Nešpor, 1996) Všeobecně jsou dobré výsledky podmíněny adekvátní délkou léčby, kdy léčba kratší 3 měsíce se nepokládá za účinnou. (NIDA, 2012) Samotné udržení pacientů v léčebném procesu, co nejdelší dobu, u nich predikuje pozitivní výsledky. (Gossop, 2009)

4.3 Sít' sociálních vztahů

Rodina a přátelé mohou být klíčovým faktorem pro úspěch léčby závislosti tím, že poskytnou emocionální podporu, bezpečné prostředí a prostor pro změnu a zotavení. Klíčovou roli mohou hrát rovněž v motivaci uživatele nastoupit na léčbu a vytrvat v ní. Během léčby mohou být rodinní příslušníci a blízcí zapojeni do léčebného programu, a tím posílit a rozšířit přínosy léčby pro sebe i nemocného. (NIDA, 2012) Některé osoby se nacházejí v situacích, kdy rodina není hlavním zdrojem emoční podpory a prosperující vazby s blízkými byly během uživatelských let narušeny. Potřebnou změnou je v takovém případě začít nacházet přátelské vztahy mimo toxické skupiny a obnovit tím přirozené zdroje sociální podpory. (Kalina, 2008)

4.4 Psychopatologie

Mnoho jedinců závislých na návykových látkách trpí také jinými duševními poruchami. Tyto duševní poruchy mohou zahrnovat deprese, úzkostné poruchy, poruchy osobnosti a další. Vzhledem k této komorbiditě je důležité, aby léčebné programy braly v úvahu všechny existující duševní poruchy u klienta. Zneužívání drog a závislost mohou být projevem nebo způsobem, jak zvládat nebo potlačovat symptomy duševních poruch. Proto je nutné, aby léčba zahrnovala vyšetření a následně komplexní péči pro léčbu duševních onemocnění spolu se závislostí na návykové látce. Tento přístup k léčbě je zásadní pro zlepšení šancí na úspěch a dlouhodobé zotavení klienta. (NIDA, 2012; Kalina, 2008)

4.5 Osobní nastavení klienta

Osobní nastavení klienta, se kterým vstupuje do léčebného procesu představuje významné faktory v účinnosti léčby. Jedním z nejdůležitějších faktorů je klientova motivace k léčbě, která je zásadním prvkem, který výrazně ovlivňuje průběh a výsledek léčby. Stupeň motivace při

nástupu do léčby může předznamenat setrvání v programu a dosažení pozitivních výsledků. Dalším z faktorů je celkové chování klienta během léčby, jako je aktivní zapojení do programu, respektování pravidel a režimu v léčbě. Nižší zapojení nebo odmítání terapeutických intervencí může být varovným signálem pro nežádoucí výsledek léčby. Nedostatečné zapojení klienta nebo předčasné ukončení léčby neznamená vždy chybu klienta. Často může jít o nedostatečnou vhodnost nebo přístup léčebného zařízení. (Kalina, 2008)

4.5.1 Motivace

Motivace klienta k léčbě závislosti představuje klíčový faktor, který významně ovlivňuje úspěch terapeutického procesu. Tradiční přístup spočíval v přesvědčení, že motivace je zcela věcí klienta a dosažení optimální motivace k léčbě vyžaduje stav, ve kterém je klient doslova donucen vstoupit do léčby, často v důsledku vážné krizové situace. (Kalina, 2015)

Avšak moderní pohled na motivaci reflektuje realitu procesu změny pomocí konceptu cyklických stadií motivace. Tento model umožňuje terapeutům lépe porozumět dynamice motivace a přizpůsobit intervence podle aktuálního stadia, ve kterém se klient nachází. Stadia, jakými jsou prekontemplace, kontemplace, rozhodnutí, aktivní změna, relaps a udržení změny, představují různé fáze v procesu změny chování. Stadia vycházejí z motivačních rozhovorů. (Kalina, 2015)

Terapeutické intervence musí být přiměřené a časovány podle aktuálního stavu motivace klienta. Příliš brzká intervence může klienta demotivovat nebo vést k vnějšímu přizpůsobení terapeutickým cílům, se kterými se neztotožňuje. Naopak, nedostatečná intervence může vést k stagnaci nebo dokonce k odchodu klienta z léčby. (Kalina, 2015)

De Leon (2000) považuje motivaci k léčbě za důležitou součást celkového vnímání spojeného s terapií. Takové vnímání zahrnuje vnější okolnosti, vnitřní motivaci, připravenost k léčbě a adekvátní "párování" konkrétního typu léčby s potřebami jednotlivce. Externí tlaky ze strany rodiny, úřadů nebo soudů mohou hrát klíčovou roli v motivaci klienta k léčbě. Vnitřní motivace a připravenost klienta jsou zásadní pro terapeutický proces, přičemž vnější okolnosti mohou tuto motivaci buď podpořit, nebo na ni mít vliv.

EMPIRICKÁ ČÁST

Úvod

Empirická část se blíže věnuje výzkumnému problému v oblasti hrazených a nehrazených služeb pro léčbu závislosti v České republice na základě zkušeností jejich uživatelů.

Cílem této práce je zmapovat, jaké konkrétní vlivy působí na využívání hrazených a nehrazených služeb pro léčbu závislosti a jak tyto služby hodnotí jejich uživatelé. Zaměřuje se na rozdíly mezi hrazenými a nehrazenými službami a na to, jaké specifické faktory mohou hrát klíčovou roli při rozhodování se mezi nimi.

Toto téma je v českém výzkumném kontextu stále málo probádané, nicméně dostupné zahraniční studie naznačují, že většina pacientů, kteří absolvují léčbu v privátních programech, disponuje podpůrnou rodinnou strukturou, která jim významně pomáhá při procesu zotavování (Rodgers, 2009). Napříč průzkumy ve Velké Británii bylo zjištěno, že pacienti z privátních služeb kladou největší důraz na odbornost a profesionalitu personálu. Naopak pacienti z nehrazených služeb vyhledávají spíše osobní přijetí a empatický přístup, což může ovlivnit jejich volbu dalšího zařízení. Dalším klíčovým faktorem pro využívání hrazených služeb je možnost okamžitého přijetí do léčby bez čekacích listin a zdlouhavých procedur. Osobní potřeba léčby a minulé zkušenosti s poskytovanými službami se ukázaly jako hlavní faktory ovlivňující rozhodování pacientů ohledně využívání těchto služeb. (Resnick, 2012)

V širším kontextu zdravotnických služeb je geografická dostupnost zařízení klíčovým faktorem pro využívání nehrazených služeb. Naopak u hrazených zařízení hraje primární roli pro pacienty nadstandardní vybavenost zařízení. Celkově ukázala tato studie, že pacienti, kteří hodnotili svůj zdravotní stav jako špatný, měli tendenci častěji využívat nehrazené zdravotnické služby. (Gabrani, 2020) Další ze studií ukazuje, že pacienti obvykle nevybírají aktivně své poskytovatele zdravotní péče, spíše se spoléhají na zkušenosti ostatních a na rady svých lékařů. (Victoor, 2012)

Pro dosažení stanovených cílů byla zvolena metodologie polostrukturovaných rozhovorů s klienty, kteří absolvovali hrazenou či nehrazenou službu pro léčbu závislosti. Tato metoda byla vybrána s ohledem na svou schopnost poskytnout hlubší vhled do zkušeností a názorů respondentů a umožnit větší flexibilitu v průběhu rozhovoru.

Pro účely výzkumu byli vybráni respondenti s diagnózou závislosti na alkoholu. Toto specifické zaměření bylo zvoleno na základě předpokládané vyšší pravděpodobnosti získat srovnatelnější

a měřitelnější informace v kontextu hrazených a nehrazených služeb pro léčbu alkoholové závislosti. Specifika alkoholové závislosti spočívají především v jeho neomezené dostupnosti a společenském přijetí, které někdy může zasahovat až do norem nastavených ve společnosti. Tyto základní odlišnosti od jiných návykových látek mohou tvořit významné důsledky v celém léčebném procesu.

Následující kapitoly budou zaměřeny na popis celkové metodologie výzkumu a následnou analýzu získaných dat z rozhovorů a jejich interpretaci s cílem poskytnout relevantní poznatky o faktorech ovlivňující využívání hrazených či nehrazených služeb pro léčbu závislosti a zkušeností jejich uživatelů.

5 Metodologie výzkumu

5.1 Cíle a výzkumné otázky

Cílem výzkumu je zmapovat konkrétní vlivy působící na využívání hrazených a nehrazených služeb pro léčbu závislosti a jak tyto služby hodnotí jejich uživatelé. Konkrétně se empirická část zaměří na identifikaci faktorů, které působí na využívání těchto služeb a dále na zkušenosti jednotlivých klientů a případně na jejich následnou komparaci.

Výzkumné otázky:

Jaké vlivy na straně klientů působí na využívání hrazených a nehrazených služeb pro léčbu závislosti?

Výzkumná otázka se zaměřuje na identifikaci faktorů, jako jsou ekonomické možnosti klientů, dostupnost služeb, osobní preference a další okolnosti, které ovlivňují rozhodování klientů mezi hrazenými a nehrazenými službami.

Jaké zkušenosti klienti s těmito službami mají?

Výzkumná otázka se zabývá hodnocením klientů ohledně kvality poskytovaných služeb, účinnosti terapie, komfortu, přístupnosti personálu a dalších aspektů, které ovlivňují jejich zkušenost s léčbou závislosti.

5.2 Konstrukce vzorku

Pro účely výzkumu byla stanovena cílová skupina jedinců, kteří absolvovali pobytovou léčbu závislosti. Při konstrukci vzorku byl zvolen přístup bez ohledu na pohlaví a věk, neboť tyto faktory nebyly klíčovými zájmy zkoumání.

Vzorek respondentů byl rozdělen tak, aby zahrnoval přibližně polovinu klientů využívající hrazené služby (6) a polovinu klientů využívající nehrazené služby (7). Z řad klientů nehrazených služeb byli vybíráni účastníci programů následné péče, což umožnilo pokrytí různých typů pobytových zařízení a získání širšího spektra.

Respondenti zastupující klienty z nehrazených služeb byli vybíráni metodou účelového vzorkování, jelikož nebylo stanoveno jednoznačné omezení na geografickou oblast, kde jsou tyto služby poskytovány. (Hricová, 2023) Respondenti byli osloveni z ambulantních programů následné péče pražských zařízení, kteří pokryli zkušenosti z nehrazených pobytových zařízení po celé ČR.

Přístup k respondentům využívající hrazené služby byl složitější. Nejprve byla oslovena samotná zařízení a poté byli jednotliví klienti vybíráni na základě jejich ochoty k účasti. Obecně byla přístupnost respondentů z hrazených služeb horší.

Zpočátku byla použita technika vyčerpávajícího šetření, která zahrnovala oslovení všech hrazených zařízení pro léčbu závislosti nabízející pobytovou formu léčby. Tato strategie byla zvolena kvůli úzkému zaměření výzkumného problému, což umožnilo oslovit všechny relevantní zdroje k získání potřebných dat. Nicméně tento přístup nepřinesl dostatečně velký vzorek respondentů, a proto byla implementována technika nabalování (sněhová koule). Respondenti byli dotazováni na další možné kontakty na další respondenty z hrazených služeb, což v konečném důsledku přineslo dostatečný počet respondentů pro účast ve výzkumu. (Hricová, 2023)

Důležitým aspektem při konstrukci vzorku bylo také zjištění, že někteří respondenti využívající hrazené služby mají rovněž zkušenost se službami nehrazenými. Tato skutečnost poskytla možnost porovnání zkušeností a perspektiv klientů v obou typech služeb, což představuje obohacení pro celý výzkum.

5.3 Metoda sběru dat

Pro sběr dat v rámci výzkumu byla zvolena metoda polostrukturovaných rozhovorů s respondenty. Tato metoda umožnila podrobné zkoumání zkušeností a názorů respondentů na využívání jak hrazených, tak nehrazených služeb pro léčbu závislosti.

Polostrukturovaný rozhovor představuje kombinaci připravených otázek, které vedou k určení výzkumných témat a umožní otevřený prostor pro detailní odpovědi. Tento přístup poskytuje základní strukturu rozhovoru, zároveň však umožňuje respondentovi rozvinout téma dále, než kam by směřovaly jen samotné otázky. (Mišovič, 2019)

Rozhovor byl realizován na základě pěti etap podle Wildemuthové a Zhangové (2009). První etapa (úvod) zahrnovala představení tazatele, objasnění cílů výzkumu a žádost o informovaný souhlas s nahráváním audiozáznamu. Druhá etapa (rozehřátí) se zaměřovala na navození příjemné atmosféry prostřednictvím neformálních témat. Ve třetí etapě (hlavní rozhovor) probíhal sběr dat dle připravených tazatelských otázek. Čtvrtá fáze (zchladnutí) sloužila k přechodu z formálního rozhovoru zpět k neformální rovině. Pátá etapa (uzavření) zahrnovala poděkování a rozloučení. (Hricová, 2023)

Respondentům byla poskytnuta možnost účastnit se rozhovoru prostřednictvím telefonního hovoru nebo on-line video hovoru, což umožnilo zapojení jedinců, kteří nemohli osobně přijít kvůli časovým nebo geografickým omezením, a zároveň chránilo jejich anonymitu.

Avšak většina rozhovorů byla realizována osobním setkáním, což umožnilo hlubší interakci s respondenty a vytvoření důvěrnější atmosféry pro otevřenou komunikaci. Průměrná délka rozhovoru byla 50 minut, což poskytlo dostatek prostoru pro detailní diskuzi. Na úvod byli všichni respondenti osloveni, zda je možnost rozhovor s nimi nahrávat na mobilní telefon, s čímž všichni souhlasili. Zajištění audiozáznamů umožnilo provést důkladnější analýzu dat a získání přesnějších výsledků.

5.4 Metoda zpracování dat

Provedené rozhovory nahrané formou audiozáznamu byly převedeny do textové podoby formou transkripce jako příprava na možnost analýzy dat. Při transkripci docházelo k prvotní redukci dat v rámci vynechání dlouhých pauz či dalších zvukových projevů. (Miovský, 2006)

Existuje několik možných forem transkripce. V tomto výzkumu byla zvolena doslovná transkripce, což znamená přepsání řečeného do písemné podoby včetně nespisovných a slangových výrazů. Tento přístup umožnil zachovat autentičnost projevu účastníků rozhovoru a poskytl bohatší materiál pro analýzu. (Zandlová, 2019)

Vzhledem k citlivosti zkoumaného tématu a potřebě ochrany soukromí a anonymity klientů nebudou přepisy rozhovorů součástí příloh této práce.

5.5 Metoda analýzy dat

Po provedené transkripci následovala první fáze, kterou je čištění dat. Tato fáze zahrnovala vysektování relevantních informací souvisejících s výzkumným tématem a cíli, přičemž byly odstraněny textové pasáže, které odbočují od tématu nebo jsou nepodstatné pro zvolené výzkumné otázky.

K následné analýze dat byla zvolena metoda kódování a kategorizace dat. Kódování představuje proces přiřazení tematických názvů k jednotlivým textovým segmentům, nazývanými kódy. Tyto kódy zaznamenávaly významové jednotky textu a sloužily k identifikaci klíčových témat, vzorců a názorů. (Miovský, 2006)

Současně s kódováním byl zhotoven seznam kódů, nazývaný kódovník. (viz. příloha 2) Tento seznam obsahuje všechny vytvořené kódy a slouží k organizaci a správě dat. Během kódování začalo docházet k tzv. vysycení souboru, kdy se kódy začaly opakovat a nedocházelo tak k vytváření dalších nových kódů. (Hricová, 2023)

Podle Richardse (2005) existují různé typy kódování, včetně deskriptivního, tematického a analytického kódování. Každý typ slouží k určitému účelu, jako je uchování popisných informací, členění textu podle obsahu nebo identifikace hlubších konceptů a vzorců. K účelu tohoto výzkumu bylo zvoleno tematické kódování spočívající ve vytváření kategorií a konceptů na základě členění textu dle obsahu. (Hricová, 2023)

5.6 Etické zásady výzkumu

Zajištění etických zásad je nezbytné pro důvěryhodnost výzkumu a ochranu práv a pohodlí respondentů. Etická pravidla byla uplatňována ve všech etapách výzkumu, od přípravy a realizace až po prezentaci výsledků. (Mišovič, 2019)

V rámci tohoto výzkumu bylo zvláště důležité dbát na ochranu získaných dat, poněvadž výzkum zahrnoval citlivá témata, u kterých by zveřejnění identifikačních údajů mohlo vést k rozpoznání respondenta.

Vzhledem k citlivému tématu bylo nastaveno pravidlo „STOP“ v rámci něhož bylo respektováno, že téma závislosti může být emocionálně náročné. Jestliže by tedy rozhovor směřoval někam, kde už by respondentovi nebylo příjemné hovořit dále, mohl rozhovor zastavit a přešlo by se k další otázce. S pravidlem „STOP“ byli seznámeni všichni účastníci ještě před začátkem rozhovoru. V tomto ohledu žádný z účastníků takové pravidlo nevyužil.

Každý respondent byl řádně informován o účelu výzkumu, průběhu rozhovoru, možných rizicích a přínosech účasti. Byl vyžadován jejich ústní informovaný souhlas s účastí ve výzkumu. Respondenti byli ujištěni, že veškeré informace, které poskytnou během rozhovoru, budou zachovány v důvěrnosti a anonymitě.

5.7 Limity

5.7.1 Rozmanitost přístupů v ústavní léčbě

Ústavní léčba závislostí není jednotná a může se značně lišit v přístupech a metodách používaných mezi jednotlivými zařízeními či programy. Rozdíly mohou být v terapeutických

metodách, délce trvání léčby, prostředí a dalších faktorech. Tato variabilita může ovlivnit výsledky výzkumu a jejich obecnou aplikovatelnost.

5.7.2 Různorodost zkušeností respondentů

Respondenti mohou mít různé zkušenosti s léčbou závislostí, včetně účasti v různých typech programů nebo institucí. Tato rozmanitost zkušeností může ovlivnit jejich názory, postoje a vnímání léčby. Například účastníci, kteří absolvovali více léčebných programů, mohou mít odlišné perspektivy než ti, kteří podstoupili pouze jednu léčbu. Tento rozdíl v náhledu může ovlivnit interpretaci výsledků výzkumu a jejich širší aplikovatelnost.

6 Analytická část

Na základě provedené analýzy budou níže představeny významné analytické kategorie, které vyplynuly ze získaných dat.

6.1 Rychlost nástupu do zařízení

Pro většinu respondentů představovala možnost rychlého přijetí do léčebného zařízení klíčový faktor při rozhodování, které zařízení zvolit pro svou léčbu. Respondenti uvádějí, že se před nástupem do léčby nacházeli v tíživé životní situaci nebo akutní fázi, kterou bylo nezbytné okamžitě řešit. Dokonce i krátké čekání na nástup do léčby představovalo pro většinu respondentů kritické období, kdy se dostali do stavu oddanosti a čekání na vysvobození z nepříznivého stavu. Respondent popisuje svou zkušenost následovně: *„Bral jsem vždy to co bylo, byl jsem vždy v akutní fázi a cítil jsem, že tam potřebuji jít a sám to nezvládnou. Neosvědčilo se mi čekání třeba víc jak měsíc. Když jsem čekal déle jak měsíc, tak to vždycky skončilo v recidivě a stejně jsem tam nakonec skončil“*. Další respondent popisuje rychlost nástupu jako: *„...jeden z klíčových bodů, kdyby mi řekli, že můžu za 2 měsíce tak bůh ví jak by to dopadlo...“*.

Jeden z respondentů dokonce využil podvodné prostředky k urychlení svého přijetí do léčebného zařízení: *„Nakonec jsme to udělali podvodně, čas tam hrál velkou roli“*. U jedné respondentky byly podvodné prostředky využity aktivními členy rodiny, kteří tím zajistili okamžitý přesun respondentky do léčebného zařízení. V rámci podvodného jednání byl v obou případech využit integrovaný záchranný systém.

Rychlost nástupu na rozhodování mezi hrazenými a nehrazenými zařízeními hrál roli pouze u dvou respondentů. Ti se na základě rychlejší možnosti nástupu rozhodli pro volbu hrazeného zařízení. Většina respondentů z nehrazených služeb se následně rozhodovala na základě nejrychlejšího možného nástupu v nabídce nehrazených zařízení. Výstižně to popsala jedna z respondentek takto: *„Kdyby mi někdy v tu dobu řekl někdo jiný nějakou jinou rychlejší možnost, kdybych neměla tuhle, tak asi po tom sáhnu, ale stejně by finance hráli roli, to bezesporu.“*

6.2 Finanční možnosti

Výsledky analýzy naznačují, že finanční možnosti mohou mít výrazný vliv na volbu mezi hrazenými a nehrazenými službami pro léčbu závislosti. U respondentů z nehrazených služeb převažují ti, kteří by nad hrazenou službou neuvažovali z finančních důvodů. Respondentka

z nehrazených služeb sdělila: „Z finančních důvodů bych se o to ani nezajímala“. Hrazenou léčbu považují za nákladnou a někteří respondenti k ní nepojímají dostatečnou důvěru, tudíž by ji ani z tohoto důvodu nezvažovali. Jeden z respondentů to vysvětlil následovně: „Jednak mě odradil finanční aspekt. A pak jako já k tomu nepojímám důvěru, to není zařízení pro mě. Myslím, že to přistupování v rukavičkách je na prd. Na mě by ty hrazené služby, asi neplatily. Já bych do toho fakt nešel.“ Celkem dva respondenti zastupující klienty z nehrazených služeb vážně zvažovali využití hrazeného zařízení, ovšem nedostatek financí nakonec rozhodl o jejich výsledné volbě. Jejich motivace využít hrazené zařízení však nebyla tak silná, aby požádali někoho ze svého okolí o finanční podporu. Jedna z respondentek sdělila: „Já jsem chtěla hrazený. No ale prostě přišlo mi to hrozně jako drahý. Já jsem na to neměla peníze, abych si to hradila a nechtěla jsem prosit rodiče, aby mi půjčili.“

Většina respondentů z hrazených služeb ji využila na základě náhle získaných finančních zdrojů, které se posléze rozhodli využít k uhrazení privátního zařízení. Takto získané finance pocházeli z různých zdrojů, např. se jednalo o dědictví či odškodné. Respondentka popsala svůj důvod k výběru hrazeného zařízení následovně: „Protože mi umřela teta a odkázala mi nějaké peníze. Prostě jsem na to měla, to byl další důvod. Tyhle dva důvody hlavně, ten brzký nástup a že jsem na to měla peníze“. Dva respondenti obdrželi finanční podporu od rodiny, zatímco pouze jeden respondent disponoval dostatečnými finančními prostředky, aby mohl bez váhání využít hrazeného zařízení.

Obecně lze ze získaných výsledků vyvodit, že finanční aspekt nebyl pro zúčastněné respondenty rozhodující při volbě mezi jednotlivými službami. Nicméně u respondentů využívajících hrazené služby sehrály finance důležitou úlohu jako investice do sebe a vlastního uzdravení, kterou zpětně velice ocenili. To potvrzuje sdělení jedné z respondentek: „Naštěstí já jsem dostala za ten úraz, jakoby odškodný, takže jsem si řekla, nikdy jsem do sebe moc žádný ty peníze neinvestovala, všechno jsem dávala do rodiny, do dětí, tak prostě tentokrát zainvestuju do sebe, takže se to tak jako by sešlo.“

6.3 Doporučení

Respondenti z nehrazených služeb byli téměř v naprosté většině odkázáni na pomoc další osoby. Podpora byla poskytnuta ve většině případů z vlastní iniciativy blízkých osob, které vyhledali vhodné zařízení pro léčbu či doporučili konkrétního odborníka ke konzultaci. V těchto případech se respondenti obvykle nezajímali o podrobnosti konkrétního zařízení a s důvěrou následovali doporučení druhých. S tím, že byl kladen velký důraz na rychlé a efektivní

řešení. Zájem o výběr vhodného léčebného zařízení popsala jedna respondentka následovně: *Nezvažovala, protože já jsem to nezvažovala, ale jedna kamarádka. Já byla spíš taková pasivní, ani jsem se na nic nevyptávala, nedělala.* Obdobně to shrnula i další respondentka: *„Kam mě dali, tam jsem šla.“*

U respondentů, kteří absolvovali více léčebných programů, se zvýšil zájem o volbu vhodného zařízení. Docházelo k větší informovanosti respondentů, jak naznačuje situace jedné respondentky, která si při své třetí léčbě vybrala zařízení na základě pečlivého průzkumu a pozitivních recenzí: *„Věděla jsem, že to nezvládnou sama a vlastně když jsem se trochu nějak sebrala, tak jsem začala shánět kam bych šla. Říkala jsem si, že do (název zařízení) už nechci, nebyl tam žádný empatický přístup personálu, naopak s námi mluvili jako s kusem hadru. Tak jsem právě hledala kam bych co nejdřív šla, ale samozřejmě čekací doby byly hrozně dlouhé, tak jsem vybírala kam nebo kde jsem četla nějaké různé recenze a tak jsem si vybrala (název zařízení), kde byly velmi dobré recenze“.*

Naopak respondenti využívající hrazené služby se často rozhodovali na základě vlastní iniciativy a vlastních preferencí. Například jeden z respondentů si vybral dané zařízení pro léčbu závislosti na základě vlastního pátrání a zájmu o konkrétní přístup k léčbě, který mu zařízení nabízelo: *„...tak jsem hledala nějaké efektivní řešení a sama jsem si vyhledala nějaké způsoby léčby“.* Další respondenti se informovali u svého okolí a zařízení volili dle doporučení známých.

Celkově je zřejmé, že doporučení mělo vliv na rozhodování respondentů o využití daného zařízení pro léčbu závislosti, přičemž u respondentů využívajících nehrazené služby se častěji jednalo o odkázání se na pomoc druhého a zvolení doporučeného postupu. U respondentů z hrazených služeb vyniká aspekt aktivního pátrání po vhodném léčebném zařízení, provázeného pečlivým zvážením možností a potřeb.

6.4 Vliv blízkých osob

Blízké osoby sehrály při využívání služeb pro léčbu závislosti klíčovou roli, a to jak u hrazených, tak u nehrazených služeb. Rozdíl v síle tohoto vlivu byl výraznější především u respondentů využívajících nehrazené služby, kde byly častěji používány razantnější kroky ke změně jejich situace ze strany blízkých osob. Jednalo se například o přivolání policie či záchranné služby, která sloužila jako donucující prostředek k využití služby. Takovou zkušenost popsala jedna z respondentek následovně: *„Do té druhé léčby jsem se dostala tak, že*

vlastně příbuzní na mě ušili takovou boudu. Koukala jsem na televizi a najednou se rozrazili dveře a tam policajti, u mě v bytě, já úplně v šoku, já jsem nevěděla, nechápala, co se jako děje. Policajti mi říkali, že právě dostali informaci od příbuzných, že vyhrožuji sebevraždou. Vím, že jsem byla strašně naštvaná a měla jsem na ně hroznou zlost, že to udělali takovým způsobem, takhle jsem vlastně začala druhou léčbu, byla jsem odvezena na příjem do léčby.“ S takovým případem se nesetkal žádný z respondentů zastupující hrazené služby.

I přes počáteční obranu respondentů byl vliv blízkých osob nakonec prospěšný a měl různý vliv na využívání služeb pro léčbu závislosti. Někdy rodina přistoupila k razantním krokům, což respondenti popisovali jako manipulaci, vyhrožování či dostání „nože na krk“. V tomto směru se respondenti shodují z obou typů služeb, kdy čelili nátlaku od svých blízkých. Respondent z hrazeného zařízení popisuje svou zkušenost následovně: *„Tenkrát partnerku na které mi velmi záleželo a která mi více méně položila nůž na krk. Řekla, že v momentě, kdy s tím pořádně něco neudělám, tak se semnou rozejde, že mě opustí. To pro mě byla tak těžko představitelná, šílená věc, že jsem prostě začal pátrat, kde by to tak bylo asi nejvhodnější“.*

U respondentek, které jsou také matkami, hrály jejich děti významnou roli při rozhodování o využívání potřebných služeb. Děti se často stávaly hlavní motivací k hledání léčby. Někdy se jednalo o donucovací prostředek používaný rodinou respondentky, zatímco v jiných případech byly děti hlavní motivací samotné respondentky k provedení změny. Vliv potomků na využívání hrazených a nehrazených služeb pro léčbu závislosti nevykazoval žádné zjevné souvislosti. Potomci spíše ovlivňovali samotné využití léčebného zařízení než konkrétní volbu a úvahy při výběru mezi hrazenými a nehrazenými službami. Respondentka svou motivaci popsala takto: *„Po tom, co se stala ta příhoda s mojí dcerou, kde ji OSPOD odebral, tak jsem hledala nějaké efektivní řešení a sama jsem si vyhledala nějaké způsoby léčby.“*

V průběhu pobytu v léčebném zařízení se respondenti setkali s přijetím a podporou od svých blízkých. Tato podpora však nebyla klíčovým faktorem při využívání služeb pro léčbu závislosti. Naopak nepodpora a razantní kroky členů rodiny byly vnímány jako podstatnější faktor v jejich rozhodování.

Obecně všichni zúčastnění respondenti dlouhodobě čelili nátlaku svého okolí, které je upozorňovalo na viditelné potíže s pitím alkoholu. S tím, že téměř u poloviny měl tento vliv nakonec naprosto rozhodující roli ve využití služeb pro léčbu závislosti. Avšak tento aspekt nehrál roli ve výsledném výběru daného zařízení a neovlivnil tedy využití služby hrazené či nehrazené.

6.5 Podoba léčby

U respondentů využívající nehrazené služby pro léčbu závislosti se většinou projevovala lhostejnost vůči výběru konkrétního zařízení. Více než polovina z nich vyjádřila, že jim v daný moment nezáleželo na tom, kde se budou léčit. Klíčová byla důvěra, že existují zdroje pomoci, které mají za cíl je vysvobodit z jejich nepříznivého stavu, jak popisuje jedna z respondentek: *„Nic jiného jsem nezjišťovala, ani nezvažovala. Myslím, že jsem i podvědomě byla ráda, že se mě někdo ujme a mám kam jít.“*

Respondenti, kteří absolvovali léčbu ve více zařízeních, měli jasněji definované hodnoty a požadavky, díky nimž byli schopni pečlivěji určit, co pro ně využívání těchto služeb znamená, a podle čeho se rozhodovali o tom, které služby využijí nebo by v budoucnu využili v případě potřeby. U respondentů využívajících nehrazené služby převládal názor, že oceňují tvrdý režim a striktní přístup v zařízeních, poněvadž je považují za účinné: *„(název zařízení) jsou zrovna takový institut, no já si ho volil schválně, protože to není žádný lázeňský režim.“* Navzdory počátečním nejistotám a obtížné adaptaci si tohoto přístupu zpětně velmi cení. Většina z nich by tedy i z tohoto důvodu nezvažovala využití hrazených služeb, protože mají pocit, že volnější a svobodnější přístup by jim nepřinesl dostatečný užitek. Respondent jedno ze zařízení ocenil takto: *„...tam to je esence opravdu jakože je to režimová léčba, která se nedá ošulit a je dostatečně tvrdá.“*

Jednou z popisovaných výhod, kterou respondenti ocenili u hrazených zařízení, byla flexibilita programu. Na jedné straně jim bylo velice příjemné, že si mohli sami vybrat délku svého pobytu a během něj ji flexibilně upravovat podle svých potřeb. Na druhé straně ocenili možnost krátkého pobytu, která jim umožnila zůstat mimo domov jen na krátkou dobu a nebyli tak dlouho odděleni od svých běžných povinností. Sdělení respondentky: *„Tady to bylo, že nastoupím na 14 dní a uvidím jak to bude dál, jestli to budu potřebovat, takže to bylo hodně svobodný, bylo to na mně, na mém rozhodnutí.“*

Zhruba polovina respondentů využívající hrazené služby ocenila diskrétnost a zachování anonymity jako výhodu zvoleného zařízení. Nicméně toto kritérium nepovažují za rozhodující faktor při výběru služby. Výhodu anonymity vnímali především v souvislosti se svým zaměstnáním, kde se obávali, že záznamy o jejich léčbě by mohly mít vliv na jejich profesní budoucnost. Po absolvování léčby však už tento aspekt nepovažovali za příliš důležitý a s odvahou se svěřili svému okolí se svými potížemi.

Nedílnou součástí analýzy je rovněž reflexe představ respondentů o různých typech zařízení, které v různé míře ovlivnily jejich rozhodnutí o využití hrazených či nehrazených služeb pro léčbu závislosti. Tyto představy často souvisejí s důvěrou v dané zařízení a týkají se zejména režimu a přístupů, které v zařízeních převládají. Tyto představy jsou často formovány na základě doslechu, vlastních zkušeností nebo společenských předsudků. Příkladem je představa jedné z respondentek: „*V těch státních je to spíše zaměřené na nějaký ten režim a disciplínu, které lidi učí, ale neřeší se tam vlastně ta podstata věci, proč ten člověk se takhle chová nebo co v něm vzbuzuje tady ty pocity, že má chuť se napít.*“

Většina respondentů má velmi negativní názor na opačný druh služby a nepovažuje ji za dostatečně kvalitní. Nehrazené služby jsou často vnímány jako striktní zařízení, kde není poskytována dostatečná péče a pracuje zde méně kvalitní a motivovaný personál. Respondenti rovněž vyjádřili obavy ohledně složení pacientů, kde očekávali setkání s nižšími sociálními vrstvami.

6.6 Okolnosti k přijetí do léčby

V rámci výzkumu byly identifikovány okolnosti, které vedly respondenty k využití buď hrazené či nehrazené služby pro léčbu závislosti. Základním faktorem, který ovlivnil rozhodnutí, byly individuální potřeby jednotlivých respondentů.

U respondentů využívající hrazené služby se často objevila snížená schopnost zvládat situaci vlastními silami, která vedla k intenzivnímu hledání vhodné pomoci a kontaktování vybraného zařízení. Tito respondenti často prošli procesem uvědomění si své situace a potřeby, což jim umožnilo více času na zvážení možností a hledání vhodného léčebného zařízení. V procesu uvědomění hráli roli různé okolnosti a rovněž i blízké okolí respondenta. Svě uvědomění a impuls k léčbě popisuje jedna z respondentek takto: „*A najednou jsem si uvědomila, že to už nezvládnou sama, že to už je moc a je to každý den a že to není, že si řeknu nebudu, že to nedokážu sama. Tak jsem si zajela do Prahy, poradit se...*“

Naopak u respondentů využívající nehrazené služby se častěji objevovaly vyhrocené okolnosti, které je donutily jednat rychle a často z poslední možné vůle. Mnoho z nich se cítilo v zoufalé situaci a hledali rychlé řešení, často s nadějí najít "spasitele". Případně za ně převzaly aktivitu blízké osoby, které činily potřebné kroky vedoucí k rychlému vyřešení tíživé situace. Pocity jedné respondentky: „*Byla jsem tak na dně, že jsem fakt uvítala to, že se sebou něco udělám, už jsem vlastně nefungovala. Přeptal se mi tam naštěstí jeden známej*“

Tyto rozdílné okolnosti k přijetí do léčby ukazují na různé motivace a potřeby jednotlivých respondentů v závislosti na tom, zda využili hrazené či nehrazené služby pro léčbu závislosti. Ukázalo se, že respondenti z nehrazených služeb byli častěji pasivními aktéry v hledání dostupných služeb, než respondenti ze služeb hrazených.

6.7 Fyzický a psychický stav

Pro většinu respondentů z nehrazených služeb předcházel jejich hospitalizaci pocit dosažení svého „dna“ nebo bodu, kdy se cítili absolutně bezmocní a vyčerpaní. Respondenti popisovali momenty, kdy pro ně byla jejich situace bezvýchodná a cítili se ve velkém ohrožení. Někteří dokonce uváděli, že se ocitli ve „hře o čas“, kdy se obávali o své zdraví a cítili se ohroženi na životě. Tento pocit ohrožení často vedl k rozhodnutí vyhledat potřebnou pomoc, a to samotnými respondenty nebo jejich blízkými, kteří to v danou chvíli vnímali důrazněji. Respondenti své stavy popsali následovně: „*Vlastně už jsem byla nebezpečná sama sobě*“ nebo: „*A teď jsem si říkal, ty v*le jako, tohle nemůžeš přežít. Tam už jsem opravdu měl o sebe strach. Věděl jsem, že se upiju.*“

Většina respondentů se potýkala s neschopností plnit své dosavadní povinnosti, jako je např. zaměstnání, péče o sebe a své blízké. U respondentů z nehrazených služeb převažuje ztráta zaměstnání a blízkých vztahů. Respondenti z hrazených služeb se vyznačují velkými obavami a vyčerpaností. Většina zvládala běžné povinnosti, avšak začalo docházet k nižší výkonnosti a počínajícím potížím ve všech oblastech života, např.: „*Zaznamenal jsem poruchy soustředění a velkou únavu. Přeci jen byla to taková berlička a sahal jsem po ní čím dál častěji.*“

Celkově se jeví, že u respondentů z nehrazených služeb byly fatální důsledky a vážnější problémy častější než u těch, kteří využili hrazené služby. Respondenti z hrazených služeb se vyjímali klesajícím životním standardem.

6.8 Zkušenosti respondentů z hrazených a nehrazených služeb pro léčbu závislosti

Respondenti reflektovali své zkušenosti z různých léčebných zařízení, která se liší jak počtem absolvovaných zařízení, tak jejich typem. Z celkového počtu respondentů pět jedinců absolvovalo minimálně dvě různá zařízení poskytující nehrazené služby na území České republiky. Polovina respondentů využívajících hrazené služby prošla léčbou v jediném zařízení, zatímco druhá polovina má zkušenost jak s hrazenými, tak s nehrazenými službami.

6.8.1 Prožívání v léčbě

Během pobytu v různých léčebných zařízeních se u respondentů promítala široká škála emocí a zážitků. Většina z nich sdílela počáteční nejistotu a obavy týkající se nástupu do léčby. Nicméně samotné prožívání v léčbě se různě lišilo u respondentů využívající hrazené a nehrazené služby.

V rané fázi léčby, zejména u respondentů využívající nehrazené služby, byl významným faktorem pocit nejistoty a nedostatečné informovanosti. Během pobytu na detoxikačním oddělení často panovalo silné osamocení a nejistota ohledně budoucnosti léčby. Tito respondenti se obávali, že izolace a nejistota budou trvat po celou dobu léčby. „*Vlastně mi tam nejméně vadilo to, že mám nedostatek informací. Já jsem třeba chtěla vědět, jak dlouho tam budu, no to vůbec ne, to bylo furt až se uvolní místo...*“, sdělila jedna z respondentek. Nicméně, po přesunu na běžné oddělení došlo k významné změně situace, což pro ně představovalo velké překvapení. Začali se zde postupně adaptovat na léčebný režim a seznamovat se s jeho pravidly, přičemž jim velkou oporou byli ostatní pacienti, kteří již měli zkušenosti s tímto zařízením a léčbou v něm.

V hrazených zařízeních probíhala adaptace typicky rychleji a počáteční obavy většinou brzy vymizely. Pravděpodobně k tomu přispěla úvodní schůzka, která se konala před samotným začátkem léčby. Respondenti byli během této schůzky seznámeni s provozem zařízení a získali potřebné informace o průběhu léčby. Jejich obavy se tak obvykle netýkaly samotného léčebného procesu, ale spíše se zaměřovaly na osobní adaptaci a pohodlí v novém prostředí. Díky vysoké úrovni informovanosti nebyly v této fázi žádné pochybnosti ohledně průběhu léčby či přístupu zařízení.

U respondentů využívající nehrazené služby se během léčby častěji proměňovalo jejich prožívání, což může být dáno i delší dobou trvání léčby, která obvykle přesahuje délku pobytu v hrazených zařízeních dvojnásobně i více. V nehrazených zařízeních se respondenti potýkali s větším rozsahem emocí, které byly vyvolány různorodými zážitky a situacemi. Mnoho z nich uvádí, že během léčby prošli těžkými chvílemi a "sáhli si na dno". Nicméně po překonání těchto těžkých chvil nakonec převažovala touha v léčbě pokračovat. Naopak respondenti využívající hrazené služby popisují své prožitky jako nadstandardní. Léčbu si velmi užívali a neprožívali výrazné negativní emoce. Názorně své rozdílné pocity během léčby vyjádřily dvě respondentky: "*Bylo mi zle, já jsem si tam hrábla na dno v té chřipce, kdy jsem měla pocit, že by to chtělo víc té péče.*", sdělila respondentka z nehrazené služby a takto se vyjádřila

respondentka z hrazené služby: *"tam člověk cítil, mě to tam přišlo v takovém malém ráji, na mě nikdy nikdo takhle hodný nebyl"*.

Celkově lze konstatovat, že zkušenosti respondentů během léčby se výrazně liší v závislosti na tom, zda absolvovali hrazené či nehrazené zařízení. Nicméně obě skupiny se shodují, že léčba představovala zásadní přínos, který se projevil nejen v oblasti jejich závislosti, ale také v jiných aspektech jejich života. Tento závěr naznačuje, že typ zařízení, ve kterém byla léčba absolvována, neměl zásadní vliv na celkový pocit přínosu a obohacení z léčby.

6.8.2 Podoba léčby

Zkušenosti respondentů z léčebných zařízení se převážně zaměřují na samotnou povahu léčby, což výrazně ovlivnilo jejich postoj k léčbě obecně. Tato povaha zahrnuje vnímání léčby respondenty, zkušenosti s léčebným režimem a prostředím daného zařízení, kde léčba probíhala. Významné poznatky v této oblasti přicházely z hodnocení respondentů, kteří prošli léčbou v několika různých zařízeních.

Respondenti z obou typů služeb zdůraznili, že prostředí léčebného zařízení hrálo klíčovou roli v jejich prožívání léčby. Jakmile vstoupili do zařízení, okolní atmosféra a vzhled místa ovlivnily jejich první dojmy a taktéž měly vliv na to, zda se cítili klidněji nebo více znepokojeni. Respondentům z nehrazených služeb se umocnily obavy se kterými do zařízení vstupovali, naopak respondenti z hrazených služeb pocítili zklidnění a lépe se adaptovali na novou životní situaci.

Významné jsou zkušenosti respondentů, kteří absolvovali léčbu v rámci nehrazených služeb ve více zařízeních. Ti sdílejí jednotný názor, že první zařízení, do kterého vstoupili, mělo nejhorší vizuální dojem. Proto byli velmi překvapeni, když zjistili, že prostředí jiných zařízení může být mnohem příjemnější. Tento fakt velmi ocenili a vnímali pozitivně, neboť měli možnost poznat léčebné prostředí i v jiném, pozitivnějším světle.

Několik respondentů, kteří využili nehrazené služby, označilo prostředí za prvek negativní motivace, který si chtějí zapamatovat, aby upevnili svou abstinenci. Jeden z respondentů popsal prostředí léčebného zařízení následovně: *„Strašný, strašný. Jako to prostředí (název léčebného zařízení) samo o sobě je strašně depresivní, hrůza, ale to je účel. Člověk na to nechce mít hezký vzpomínky, aby se tam nechtěl vracet.“* V případě hrazených služeb je prostředí obvykle vybaveno nadstandardně a respondenti ho považují za velmi příjemné a rodinné.

Podstatnou součástí léčby je její režim a nastavená pravidla, která bezesporu ovlivňují prožitek jejich pacientů. Podle výpovědí respondentů z nehrazených zařízení vyplývá, že systém je zde velmi složitý a zpočátku obtížně srozumitelný, což může způsobovat zvýšený stres a nervozitu. Respondenti, kteří absolvovali léčbu v nehrazeném zařízení považují nastavená pravidla a s nimi spojená omezení za velice striktní. Nicméně k nim zpětně vnímají pochopení a uznávají je. Ovšem v rámci jejich léčby to představovalo zdroj negativních prožitků a stresových situací. Zde je zkušenost jedné z respondentek, která odráží i pocity ostatních respondentů: „*Což teda bylo fakt jako drsný no, že jsme vlastně nemohli ani mluvit s téma rodinama, že to bylo fakt takhle striktní, že tam někdo přesně měřil ten čas, no nevím, tam jsem si fakt přišla jako ve vězení, úplně jako hodně omezující prostředí i ten systém té léčby.*“ Většina respondentů použila přirovnání k vězení, a to jak ve smyslu režimu, tak vzhledu samotného zařízení. Toto přirovnání se objevilo zejména kvůli pocitu výrazného omezování, přísných pravidel a nedostatku osobní svobody.

Naopak respondenti využívající hrazené služby sdělili zcela odlišné pocity. Většina z nich popisovala, že jejich pobyt v léčebném zařízení připomínal spíše dovolenou nebo se tam cítili jako na dovolené. Nastavený režim vnímali jako svobodný. Pocítili zde velkou volnost a úlevu od každodenních povinností. Ocenili, že se mohou plně věnovat jen sobě a nejsou k ničemu nuceni. Jedna z respondentek popisuje své pocity takto: „*Já jsem si tam fakt nepřipadala jak v nějaké léčebně, ale spíše jak na nějaký docela hezký dovolený*“.

Respondenti, kteří měli možnost zažít oba typy služeb, se v tomto ohledu příliš neshodují, což je způsobeno i jejich malým počtem v rámci tohoto výzkumu. Nicméně jeden z respondentů si více oblíbil nehrazené zařízení, které považuje za více vhodné pro své potřeby. Potřebuje totiž jasný režim a pravidla, která mu pomáhají i v běžném životě, a tento léčebný přístup mu mnohé přinesl. Naopak zkušenost s hrazenou léčbou mu nepřinesla to, co potřeboval, a styl léčby podobný dovolené považuje za zbytečný. O hrazené léčbě se zmiňuje následovně: „*Neberu to jako léčbu. Soukromá léčba prostě není pro mě, potřebuju režim a aby nade mnou někdo držel bič...*“

Zbývající dvě klientky se shodly na tom, že vězeňský režim pro ně není úplně vhodný, a proto v průběhu léčby v nehrazeném zařízení podali revers a nedokončily ji. V hrazeném zařízení tedy velice ocenily svobodnější styl léčby, který je založen na vzájemné důvěře.

6.8.3 Personál

V personální struktuře léčebných zařízení jsou patrné výrazné rozdíly v hodnocení ze strany respondentů v závislosti na tom, zda se jedná o služby hrazené nebo nehrazené.

Respondenti popisují velmi nepříznivé zážitky především z detoxikačních oddělení, kde se setkávali s absolutní absencí lidského přístupu a často nevhodným zacházením. Nejvíce negativně jsou hodnoceny zdravotní sestry, které jsou označovány za nejproblémovější personál v zařízení. Respondenti z nehrazených služeb často uvádějí zkušenosti s výhrůzkami a ponižováním ze strany personálu, což je pro ně běžnou praxí. Přestože toto chování hodnotí jako nepříjemné, zpětně ho vnímají jako nezbytnou součást procesu léčby. Věří, že tato zkušenost jim přinesla osobní růst a přispěla k účinnosti celého léčebného procesu. Aktuálně k němu mají větší pochopení a oceňují ho. Vývoj svého uvažování popisuje jedna z respondentek následovně: *„Nutili mě do věcí co neumím. Mně to přišlo takový, že mi to dělají těžší než to muselo být. Buzerace byla velká a kdybych neměla svoji motivaci a povahu, tak už to fakt bylo moc a nedám to. Asi tam šlo o to rozložit mě na kousíčky a pak mě složit, což se povedlo, ale kdybych byla vzpurnější a neměla děti, tak bych to nedala. S odstupem času si to uvědomuju, tohle všechno, a říkám si, že to bylo správně a mělo to svůj důvod a mně to pomohlo. Naučila jsem se prosadit si svoji.“*

Na odděleních již byl větší lidský rozměr a každý respondent tam našel nějakou spřízněnou duši v terapeutickém týmu. Poskytovanou terapii hodnotí jako kvalitní a úspěšně fungující. Hodnocení jedné z respondentek: *„Lidský prvek detox špatný, na oddělení, mnohdy velice dobrý, lidi na svých místech. U terapii také, dalo se vybrat. Taky si myslím, že to hrálo roli v mém vyléčení.“*

V hrazených službách byl ze strany respondentů zaznamenán přátelský a přijímající přístup. Obecně personál považovali za velice kvalifikovaný a profesionální. Ocenili také zastoupení peer pracovníků v terapeutickém týmu, kteří sdíleli své zkušenosti a přispívali k vytváření důvěry a otevřeného prostředí.

V polovině případů si respondenti využívající nehrazené služby vybrali zařízení, které by v budoucnu případně rádi navštívili znovu, zejména díky kvalifikovanému personálu a jeho transparentnímu přístupu. Respondentka z hrazeného zařízení popisuje své vnímání personálu následovně: *„Chovali se k nám tam s velkou úctou, dokonce ty psychologové mi přišlo, že jsou spíš takový partáci“.*

Zdá se, že složení personálu mělo významný dopad na celkový průběh léčby a jeho prožívání. V některých situacích dokonce ovlivnilo i následný život po absolvování léčby, což se týká především respondentů z nehrazených služeb.

6.8.4 Sounáležitost mezi pacienty

Sounáležitost mezi pacienty se stala klíčovým faktorem v léčebném procesu pro jednotlivé respondenty. Tento prvek sehrál zásadní roli v udržení motivace respondentů pokračovat v léčbě a aktivně pracovat na svém uzdravení. Během léčby vznikala prostřednictvím sounáležitosti jak pozitivní, tak negativní motivace. Někteří respondenti se cítili motivováni tím, že nechtěli zklamat své spolupacienty a uvědomovali si důsledky neúspěchu. Naopak jiní hledali inspiraci v úspěších ostatních a viděli léčbu jako výzvu, kterou mohou zvládnout stejně jako jejich spolupacienti. Vzájemná podpora mezi pacienty se stala jedním z nejpodpůrnějších prvků v síti podpory respondentů během léčby.

Společnou zkušeností v léčebném procesu bylo zjištění, že nejsou osamoceni a že jejich problémy nejsou unikátní. Tento poznatek umožnil respondentům sdílet své zkušenosti a obavy s ostatními pacienty, kteří procházeli podobnými situacemi. Tímto sdílením se vytvořilo prostředí vzájemného porozumění a podpory, které významně přispělo k jejich psychickému stavu.

V hrazených zařízeních se vytvořilo pevné pouto mezi všemi pacienty vzhledem k jejich malému počtu, což umožnilo propojení celé skupiny osob. Naopak v nehrazených zařízeních se jednotlivci přirozeně přikláněli k vybraným osobám, které sdílely podobné postoje a hodnoty. Tyto menší skupiny pak společně sdílely cíle a motivaci k osobní změně a uzdravení. Tento kolektivní přístup posiloval jejich úsilí a často vedl k vzájemné podpoře při dosahování stanovených cílů.

Sounáležitost mezi pacienty prokázala svůj význam zejména v začátcích léčby v rámci nehrazených služeb. Nově příchozí respondenti často čelili nedostatku informací a zmatenosti ohledně léčebného procesu. V této situaci významně pomáhali zkušenější pacienti, kteří sdíleli své poznatky a osobní zkušenosti, čímž novým respondentům poskytovali cennou podporu.

V každém léčebném zařízení si respondent našel minimálně jednoho člověka, se kterým vytvořil hlubší pouto, jež přetrvává i po skončení léčby. V hrazených zařízeních je tato poutavost ještě výraznější. Respondenti zde mluví o propojení na sociálních sítích, kde se udržují ve vzájemném kontaktu.

Respondenti vyjadřovali velké obavy před léčbou ohledně složení ostatních pacientů, často ovlivněné předsudky a obavami o možný pokles sociálního statusu v důsledku léčby. V rámci hrazených služeb však respondenti ocenili harmonii a souznění s ostatními pacienty. Jedna z respondentek toto popisuje se slovy: „*Moje překvapení bylo velice pozitivní, protože opravdu semnou byli na skupině schopní lidi, i vysokoškoláci, ale prostě se dostali do nějaké životní fáze, kdy se to rozhodli řešit.*“ V podobném duchu se vyjádřila i jedna z dalších respondentek: „*Bylo tam velice fajn, že ti lidi, co se zúčastnili té léčby, tak to byli všechno úplně v pohodě lidi, kteří prostě měli nějaké starosti a bohužel to řešili alkoholem.*“ Respondenti z nehrazených služeb sice původně měli obavy z lidí, na které narazili během léčby, ale nakonec ocenili tento aspekt a již nechtějí nikoho posuzovat bez znalosti příběhu. Svou zkušenost popsala jedna respondentka takto: „*V podstatě zase na druhou stranu to byla hrozná škola, protože tam jsem poznala fakt ty lidi z té ulice a na jednu stranu jsem si jich jako začala více vážit. Přesně jak jsem říkala, já bych se s takovými lidmi nikdy nebavila a najednou jsem se musela stýkat a i jsem chtěla. Vlastně jsem si uvědomila i takovou tu lidskost, že jsme v podstatě všichni stejný, všichni můžeme spadnout na držku a musíme se z toho nějak vyhrabat.*“ Naopak respondentka z hrazené služby v podobném duchu popisuje svou opačnou zkušenost: „*Mně se i hrozně líbilo, že to nejsou žádný socky, že to nejsou nějaký lidi, který už jsou pomalu bez domova a jsou úplně jako, už melou nesmysly, že to jsou prostě lidi, který mají rádi svoji práci, dělají ji dobře, jsou to šikovný lidi, jenom tomu prostě propadli protože, protože...*“

Celkově lze konstatovat, že všichni zúčastnění respondenti se plně integrovali do prostředí léčebného zařízení a snažili se budovat a přispívat k vzájemnému respektu a harmonii s ostatními pacienty.

6.8.5 Přínosy z léčby

Respondenti z nehrazených služeb vyjadřovali hlubší vhledy a procesy, které probíhaly během jejich léčby. Pravděpodobně z tohoto důvodu častěji diskutovali o významných a trvalých změnách, které po absolvování léčby zažili. Tento jev je velmi pravděpodobně ovlivněn i tím, že někteří respondenti navštívili více léčebných zařízení nebo absolvovali léčbu opakovaně ve srovnání s respondenty využívajícími hrazené služby. V důsledku toho disponují obvykle bohatšími zkušenostmi a delším časem stráveným v léčebném prostředí.

Jak bylo uvedeno v předchozí podkapitole, všichni respondenti si velmi vážili možnosti setkat se s různými typy osobností a zkušenostmi a dosáhnout vzájemného respektu a pochopení. Tento aspekt byl nejčastěji zdůrazňován jako nejcennější a nejvýznamnější přínos léčby

z nehrazených služeb. Jedna z respondentek tuto zkušenost dále komentovala slovy: „*Vlastně všichni byli stejní a že se můžeme všichni dostat do nějakého problému, lidi jsou prostě všichni stejní. To mi to dalo, jsem ráda, že jsem viděla i jiný lidi s kterými bych se nikdy do kontaktu nedostala.*“

V rámci nehrazených služeb respondenti zdůrazňovali další přínosy, které byly spojeny s jejich osobním rozvojem. Hovořili o tom, jak se jim podařilo získat vyšší míru sebepoznání a posílit svou sebedůvěru. Zvláště ocenili to, že se naučili být trpělivější a lépe zvládat různé situace. Tento proces jim pomohl lépe porozumět svým emocím, jednat s nimi a lépe se vyrovnávat se stresujícími situacemi. Respondentka to shrnuje následovně: „*I kdybych nebyla alkoholikem, tak jsem si tam našla nějaký stupeň toho sebepoznání a bylo to nakonec přínosem.*“

V rámci hrazených služeb respondenti zažili výrazné zlepšení svého duševního a emocionálního stavu. Zmiňovali, že léčba jim přinesla větší klid a pohodu do života, což se projevilo ve zvládnání běžných životních situací. Tento pocit klidu a míru vnímají jako návrat k sobě samým, jako obnovení harmonie a stability. Velmi si váží přínosu, který jim poskytla daná služba, a cítí hlubokou vděčnost vůči všem, kdo se na jejich léčbě podíleli. Jedna z respondentek o svých změnách a přínosech hovoří následovně: „*Tak samotné nepití přináší hodně moc a mám pocit, že se ani nebojím, co bude, že na to nejsem sama a vím, že se to všechno zvládnout dá a že existuje pomoc, že to je fakt o tom přiznat si potřebuju pomoc a vím kam pro ni jít.*“ Hodnocení jiného respondenta zní takto: „*hodně mi to jako dejme tomu usnadnili ten momentální život a jsem jim za to strašně vděčný.*“

7 Diskuze

Diplomová práce se soustředí na jedince využívající jak hrazené, tak nehrazené služby pro léčbu závislosti v České republice. Informace o hrazených službách v Česku jsou momentálně velmi omezené, a práce se proto zaměřila na získání podrobnějšího vhledu do těchto služeb. K tomu byli využity i zkušenosti získané z oblasti služeb nehrazených, aby mohli poskytnout komplexní obraz o situaci v obou typech služeb.

Výsledky výzkumu naznačují, že respondenti využívající oba typy služeb prokázali vysokou míru přizpůsobivosti a ochoty adaptovat se na nové podmínky a prostředí. Každý z nich vyjádřil svou podporu a uznání k absolvované léčbě, ve které našli obohacení a nové přístupy. Přesto se během průzkumu podařilo získat i kritické hodnocení poskytovaných služeb ze strany respondentů v jednotlivých aspektech.

Rychlost, s jakou mohli respondenti vstoupit do zařízení, se ukázala jako zásadní faktor pro všechny zúčastněné. V okamžiku, kdy se rozhodli pro změnu a byli k ní odhodláni, potřebovali okamžitou podporu bez zbytečného čekání, bez ohledu na to, zda využívali hrazené nebo nehrazené služby. Toto zjištění podporuje i studie, která identifikovala jako výhodu placených služeb možnost okamžitého přijetí bez zbytečného odkladu (Resnick, 2012). Nicméně podle získaných dat lze tento fakt aplikovat i na nehrazená zařízení. Pokud respondenti nebyli omezeni na konkrétní místo nebo zařízení, ukázalo se, že mezi nehrazenými službami rovněž existují možnosti s rychlým nástupem bez zdlouhavých prodlev.

Okolnosti, za nichž respondenti vstupovali do léčby, se lišily především v závažnosti situace a vnímání samotnými respondenty. Zde je možné rozdělit respondenty do dvou skupin podle toho, zda využívali hrazené nebo nehrazené služby. Respondenti využívající hrazené služby popisovali svou situaci, která je do léčby vedla s mírnějšími a méně závažnými důsledky. Naopak ti, kteří využívali nehrazené služby, uváděli fatální důsledky své závislosti, která vedla k beznadějně situaci. Tento aspekt podporuje i studie, která ukázala, že pacienti využívající veřejné zdravotnické služby vnímali svůj zdravotní stav jako horší a trpěli vážnějšími zdravotními problémy. (Gabrani, 2020) To je patrné i z toho, že respondenti využívající nehrazené služby častěji hledali pomoc u svých blízkých a projevovali pasivitu při hledání vhodného zařízení, kdy už neměli dostatek sil. Na rozdíl od respondentů využívající hrazené služby, kteří projevovali aktivnější přístup a hledali zařízení podle svých preferencí. Celkově bylo zjištěno, že pacienti při hledání zdravotních služeb často spoléhají na doporučení svých

blízkých nebo lékařů, což platí i pro respondenty využívající hrazené služby, kteří aktivně hledali názory a recenze u svých známých. (Victoor, 2012)

Ukázalo se, že prostředí a režim poskytované léčby měly významný vliv na zkušenost respondentů během léčby. Přestože někteří respondenti mohli mít velmi negativní zkušenosti, zdá se, že to nemělo významný dopad na jejich další ochotu využívat tyto léčebné služby. Respondenti zhodnotili své zážitky z léčby, ať už pozitivní či negativní, jako cenné z hlediska jejich pokroku a stavu v léčbě.

Délka léčby poskytovaná ve hrazených službách je často velmi krátká, což pravděpodobně může ovlivnit konečný účinek léčby a způsob jejího vnímání. Obecně se uvádí, že k dosažení dobrých výsledků je nezbytná adekvátní délka léčby, a to alespoň 3 měsíce. Podle Národního institutu pro zneužívání drog by se tedy mohlo zdát, že hrazené služby neposkytují účinnou léčbu. (NIDA, 2012) Nicméně získaná data naznačují, že respondenti využívající hrazené služby nebyli ve stejně závažném stavu jako respondenti využívající nehrazené služby. Je tedy pravděpodobné, že hrazené služby by mohly být vhodnější pro méně závažné případy.

Mezi respondenty se objevuje tendence hovořit o druhém typu služby s nedůvěrou a v negativním světle, vnímají ho jako horší a méně efektivní. Toto vzájemné skeptické myšlení je pravděpodobně ovlivněno mnoha faktory. Je patrné, že respondenti silně preferují a hájí právě ten typ služby, který sami využívají. To naznačuje, že v okamžiku, kdy klienti vnímají pozitivní vlivy své léčby, je pravděpodobnější, že budou k této službě více nakloněni a budou jí důvěřovat. Naopak u klientů využívajících hrazené služby bylo zaznamenáno, že hodnotí svou účast jako investici do sebe. Skutečnost, že využili finanční prostředky, také může vést k větší důvěře v poskytované služby a k vyšší míře spokojenosti.

Hrazené služby vyžadují daleko podrobnější zkoumání z mnoha hledisek. Zajímavým poznatkem byla výpověď jedné respondenty, která se potýkala se systematickým odmítnutím, kdy tato forma léčby nebyla akceptována vyššími institucemi. Proto je otázkou, jak je tato forma léčby vnímána v rámci českého systému a zda existuje vůle ji začlenit.

Dalším zajímavým poznatkem je rozdílný přístup k abstinenci, který je zřejmě ovlivněn závažností závislosti. Zjistilo se, že respondenti využívající nehrazené služby směřují k úplné a trvalé abstinenci, kterou považují za nezbytnou. Naopak respondenti, kteří využívají hrazené služby, se po léčbě často uchylují ke kontrolovanému užívání alkoholu. Toto rozdílné chování

naznačuje, že možná existují odlišné přístupy k léčbě závislosti., které nebyly v rámci tohoto výzkumu odhaleny.

Závěr

Cílem této diplomové práce bylo identifikovat faktory ovlivňující využívání hrazených a nehrazených služeb pro léčbu závislosti, a tím získat hlubší vhled do preferencí a zkušeností klientů s těmito službami.

V rámci teoretické části práce bylo nejprve vymezeno téma závislosti a metody její léčby. Dále byl podrobně popsán léčebný systém v adiktologickém kontextu, se zaměřením na situaci v České republice. V neposlední řadě se práce věnovala již známým faktorům, které mohou být klíčové v léčbě závislosti. Získané informace v teoretické části rovněž umožnily identifikovat několik hrazených služeb pro léčbu závislosti a jejich charakteristiky, které jsou aktuálně dostupné v České republice. Hlavním zjištěním této části práce je, že existence hrazených služeb není systematicky začleněna do seznamu poskytovaných adiktologických služeb, což může mít vliv na celkovou dostupnost těchto služeb.

Z empirické části vyplývá, že existují zjevné rozdíly mezi hrazenými a nehrazenými službami, avšak mnoho faktorů vyžaduje podrobnější zkoumání. Respondenti projevili vysokou míru přizpůsobivosti a podporu k absolvované léčbě. Během výzkumu bylo identifikováno několik faktorů ovlivňujících využívání těchto služeb pro léčbu závislosti. Zároveň je možné shrnout, že rychlost přístupu k léčbě byla pro všechny účastníky klíčovým aspektem, přičemž okamžité přijetí po rozhodnutí o změně prokázalo významný vliv na psychický stav respondenta. V průběhu první léčby si všichni účastníci vybrali nejrychlejší dostupné zařízení. U hrazených služeb bylo zjištěno, že byly vždy snadno dostupné, zatímco u nehrazených bylo preferováno zařízení s nejrychlejším možným nástupem. V případě potřeby druhé volby projevili respondenti větší úvahu o tom, kterou službu zvolit. Zde hrála klíčovou roli zkušenost s předchozí léčbou, tedy prostředí a režim poskytovaného zařízení. Zjištění naznačují, že klienti mají tendenci preferovat a obhajovat služby, které sami využívají. Hlavním faktorem je tedy známost a zkušenost z daného zařízení, které je pro klienta nejdůležitějším aspektem při dalším případném rozhodování.

Tato práce nabízí pouze základní vhled do dané problematiky, avšak zdůrazňuje potřebu důkladnějšího zkoumání tohoto tématu. Je nezbytné brát v potaz, že tato práce má nespočet limitů. Je zřejmé, že jednotlivá zařízení se mohou výrazně lišit, bez ohledu na to, zda jsou hrazená či nehrazená. Každé zařízení může mít specifické charakteristiky a přístup k léčbě, což vyžaduje podrobnější zkoumání a porozumění. Především nehrazená zařízení se vyznačují

velkou rozmanitostí a odlišností. Jednotlivé faktory identifikované v této práci by mohly sloužit jako podnět pro další zkoumání.

Seznam použité literatury

Addiction and Health, 2020. *Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction* [online]. National Institute on Drug Abuse [cit. 2024-02-06]. Dostupné z: <https://nida.nih.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/addiction-health>

Adicare - psychologická a psychiatrická klinika [online]. [cit. 2024-04-05]. Dostupné z: <https://adicare.cz/zavislosti/>

Adverse Childhood Experiences (ACEs). Centers for Disease Control and Prevention [online]. 2.4.2021 [cit. 2024-02-01]. Dostupné z: Adverse Childhood Experiences (ACEs) (cdc.gov)

CARIS, Laura a Thijs BECKERS. Accessibility of substance use treatment: A qualitative study from the non-service users' perspective. *Journal of Substance Abuse Treatment* [online]. 2022, **141** [cit. 2024-03-01]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2022.108779>

Centrum Alkos [online]. [cit. 2024-04-05]. Dostupné z: <https://centrumalkos.cz/>

Certifikace odborné způsobilosti adiktologických služeb. *Vláda ČR* [online]. 2024 [cit. 2024-03-05]. Dostupné z: <https://vlada.gov.cz/cz/ppov/zavislosti/certifikace/certifikace-odborne-zpusobilosti-adiktologicky-ch-sluzeb-209089/>

DE LEON, George. *The therapeutic community: Theory, model, and method* [online]. Springer Publishing Company, 2000 [cit. 2024-04-16]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1891/9780826116673>

DONOVAN, Dennis M., Michelle H. INGALSBE, James BENBOW a Dennis C. DALEY. 12-Step Interventions and Mutual Support Programs for Substance Use Disorders: An Overview. *Soc Work Public Health* [online]. 2013, **28**(0), 313–332 [cit. 2024-03-12]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3753023/>

Drugs in focus, 2007. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. ISSN 1681-5157.

Drugs (psychoactive) [online]. World Health Organisation, 2019 [cit. 2024-02-14]. Dostupné z: https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab_2

DVOŘÁČEK, Jiří. Proměny léčby závislostí – terapie bez moci (bezmoci). *PSYCHIATRIE PRO PRAXI* [online]. 2020, **21**(2), 100-104 [cit. 2024-03-10]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2020/02/08.pdf>

DVOŘÁČEK, Jiří, Renáta HABIŇÁKOVÁ, Kryštof HANZLÍK, et al. *Koncepce rozvoje adiktologických služeb* [online]. In: Úřad vlády České republiky, 2021 [cit. 2024-03-04]. ISBN 978-80-7440-271-5. Dostupné z: https://vlada.gov.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/vyrocni-zpravy/Koncepce_rozvoje_adiktologickych_sluzeb_v20220103.pdf

GABRANI, Jonila; SCHINDLER, Christian a WYSS, Kaspar. Factors associated with the utilisation of primary care services: a cross-sectional study in public and private facilities in Albania. Online. *BMJ Open*. 2020, roč. 10, č. 12. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040398>. [cit. 2024-05-08].

GROF, Christina. *Žízeň po celistvosti: [připoutání, závislost a duchovní cesta]*. Praha: Chvojko nakladatelství, 1998. ISBN 80-86183-06-8.

GOSSOP, Michael. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti*. Monografie (Úřad vlády České republiky). Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. ISBN 978-80-87041-81-9.

HELLER, Jiří a PECINOVSKÁ, Olga (ed.). *Pavučina závislosti: alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby*. Praha: Togga, 2011. ISBN 978-80-87258-62-0.

HRICOVÁ, Alena; ONDRÁŠEK, Stanislav a URBAN, David. *Metodologie v sociální práci*. Praha: Grada, 2023. ISBN 978-80-271-3636-0.

CHOMÝNOVÁ, P., DVOŘÁKOVÁ, Z., ČERNÍKOVÁ, T., ORLÍKOVÁ, B., GROHMANNOVÁ, K., FRANKOVÁ, E. 2023. *Zpráva o digitálních závislostech v České republice 2023*. [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2023 [cit. 2024-02-16]. ISBN 978-80-7440-321-7. Dostupné z: [Zprava_o_digitalnich_zavislostech_v_CR_2023.pdf \(drogy-info.cz\)](#)

CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., DVOŘÁKOVÁ, Z., ORLÍKOVÁ, B., ROUS, Z., ČERNÍKOVÁ, T. 2023. *Souhrnná zpráva o závislostech v České republice 2022*. [online] Praha: Úřad vlády České republiky, 2023. [cit. 2024-01-10] ISBN 978-80-7440-311-8. Dostupné z: [Souhrnna_zprava_o_zavislostech_v_CR_2022_fin.pdf \(drogy-info.cz\)](#)

Institut Origanum [online]. [cit. 2024-04-05]. Dostupné z: <https://www.institutoriganum.cz/>

KALINA, Kamil a kol. In: *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí* [online]. © Úřad vlády České republiky. o.s. Filia Nova, 2001 [cit. 2024-03-12]. ISBN 80-238-8014-4. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/glosar/?g=30>

KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Monografie (Úřad vlády České republiky). Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008a. 394 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2449-2.

KALINA, Kamil, 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0.

KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Psyché (Grada). Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4331-8.

KARNO, Mitchell P. a Richard LONGABAUGH. Does matching matter? Examining matches and mismatches between patient attributes and therapy techniques in alcoholism treatment. *Addiction* [online]. 2007, **102**(4), 587-596 [cit. 2024-03-01]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.01754.x>

LUNDGREN, Lena a Ivy KRULL. The Affordable Care Act: New Opportunities for Social Work to Take Leadership in Behavioral Health and Addiction Treatment. *Journal of the Society for Social Work and Research* [online]. 2014, **5**(4) [cit. 2024-03-04]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1086/679302>

MARGOLIS, Robert D. a Joan E. ZWEBEN. *Treating patients with alcohol and other drug problems: An integrated approach* [online]. American Psychological Association, 1998 [cit. 2024-03-04]. Dostupné z: <https://psycnet.apa.org/record/1998-07193-000>

MATTSON, Margaret E. Patient-Treatment Matching. In: *Alcohol Health Res World* [online]. 1994, s. 287–295 [cit. 2024-03-12]. 18(4). Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6876445/>

MILLER, William R. a ROLLNICK, Stephen. *Motivační rozhovory: příprava lidí ke změně závislého chování*. 1. vyd. v českém jazyce. Tišnov: Sdružení SCAN, 2003. 311 s. ISBN 80-86620-09-3.

MILLER, Geraldine A. *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-765-3.

MIOVSKÝ, Michal; SKÁCELOVÁ, Lenka; ZAPLETALOVÁ, Jana; NOVÁK, Petr; BARTÁK, Miroslav et al. *Prevence rizikového chování ve školství*. Druhé, přepracované a

doplněné vydání. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze, 2015. ISBN isbn978-80-7422-392-1.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 332 s. Psyché. ISBN 80-247-1362-4.

MIŠOVIČ, Ján. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). Praha: Slon, 2019. ISBN 978-80-7419-285-2.

MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1.1.2018 [online], 2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [cit. 2024-01-10]. ISBN 978-80-7472-168-7. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008374/mkn-10-tabelarni-cast-20220101.pdf>

MMC – Minnesota method center [online]. [cit. 2024-04-05]. Dostupné z: <https://www.hnedted.cz/>

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide* [online]. 3. 2012 [cit. 2024-03-02]. Dostupné z: https://nida.nih.gov/sites/default/files/podat_1.pdf

Neo centrum [online]. [cit. 2024-04-05]. Dostupné z: <https://neocentrum.cz/>

NEŠPOR, Karel a CSÉMY, Ladislav. *Léčba a prevence závislosti: příručka pro praxi*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. ISBN isbn80-85121-52-2.

NOVOTNÁ, Hedvika; ŠPAČEK, Ondřej a ŠTOVÍČKOVÁ, Magdaléna (ed.). *Metody výzkumu ve společenských vědách*. Praha: FHS UK, 2019. ISBN 978-80-7571-025-3.

RABOCH, Jiří; HRDLIČKA, Michal; MOHR, Pavel; PAVLOVSKÝ, Pavel a PTÁČEK, Radek (ed.). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5.

RESNICK, Sheilagh M. a GRIFFITHS, Mark D. Delivering Service Quality in Alcohol Treatment: A Qualitative Comparison of Public and Private Treatment Centres by Service Users and Service Providers. Online. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2012, roč. 10, s. 185–196. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s11469-011-9314-9>. [cit. 2024-05-08].

- RODGERS, John H. a Paul G. BARNETT. Two Separate Tracks? A National Multivariate Analysis of Differences Between Public and Private Substance Abuse Treatment Programs. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* [online]. 2009, **26**(3), 429-442 [cit. 2024-03-12]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1081/ADA-100100254>
- ROMAN, Paul M., Lori J. DUCHARME a Hannah K. KNUDSEN. Patterns of organization and management in private and public substance abuse treatment programs. *Journal of Substance Abuse Treatment* [online]. 2006, **31**(3), 235-243 [cit. 2024-03-12]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.06.017>
- SCHULTE, Bernd. *Přehled účinnosti intervencí protidrogové léčby v Evropě*. Monografie (Úřad vlády České republiky). [Praha]: Úřad vlády České republiky, c2010. ISBN 978-80-7440-042-1.
- SKÁLA, Jaroslav. *Závislost na alkoholu a jiných drogách*. Praha: Avicenum, 1987.
- S., Kathleen. *12 kroků: metoda odvykání závislosti*. Hodkovičky [Praha]: Pragma, [2006?]. 157 s. ISBN 80-7349-011-0.
- Soukromé sanatorium Moniky Plocové v Praze* [online]. [cit. 2024-04-05]. Dostupné z: <https://monikaplocova.cz/>
- SOUKUP, Jan. *Motivační rozhovory v praxi*. Vydání druhé. Praha: Portál, 2020. 150 stran. ISBN 978-80-262-1705-3.
- VICTOOR, Aafke; DELNOIJ, Diana MJ; FRIELE, Roland D a RADEMAKERS, Jany JDJM. Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. Online. *BMC Health Serv Res*. 2012, roč. 12, č. 272. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3502383/>. [cit. 2024-05-08].
- WEBSTER, Adrienne. Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) for Addiction and Substance Abuse. *American Addiction Centers* [online]. 2024 [cit. 2024-03-12]. Dostupné z: <https://americanaddictioncenters.org/therapy-treatment/cognitive-behavioral-therapy>
- What is Cognitive Behavioral Therapy? *American Psychological Association* [online]. 2017 [cit. 2024-03-12]. Dostupné z: <https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/cognitive-behavioral>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Classification of Diseases 11th Revision. *World Health Organization (WHO)* [online]. 2019 [cit. 2024-01-11]. Dostupné z: <https://icd.who.int/en>

YALOM, Irvin D. a LESZCZ, Milyn. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Vydání čtvrté, v Portále třetí. Přeložil Hana DRÁBKOVÁ, přeložil Martin HAJNÝ. Praha: Portál, 2021. ISBN 978-80-262-1848-7.

Závislost [online]. Národní zdravotnický informační portál. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2024 [cit. 10.01.2024]. Dostupné z: [závislost | NZIP](#)

Přílohy

Příloha 1: Scénář rozhovoru

Příloha 2: Ukázka kódování

Příloha 1: Scénář rozhovoru

1.část

1. Jak se stalo, že jste se ocitl/a v tomto zařízení? (poslední absolvované, případně se doptat i na ostatní, jestliže jich má respondent více za sebou)
2. Jaké varianty jste zvažoval/a? -> (Zvažoval/a jste i možnost využít hrazené/nehrazené služby?)
3. Co Vás v nabídce hrazených/nehrazených služeb oslovilo?
4. Co pro Vás bylo důležité při rozhodování o léčbě? -> (Jakou roli hrálo zaměstnání/finance?)
5. Co bylo nakonec rozhodujícím faktorem?
6. Jakou roli ve výsledné volbě hrála dostupnost a rychlost nástupu do zařízení?
7. Jaká byste popsal/a své zkušenosti se zdravotnictvím? -> (Jak to ovlivnilo výběr vhodného zařízení pro léčbu nyní?)
8. S jakými reakcemi jste se setkal/a od svých blízkých ohledně léčby? -> (Jak Vás to ovlivnilo?)
9. Jak vypadala Vaše situace před léčbou? (fyzický a psychický stav, obavy, adiktologický stav, motivace)
10. Jak byste zhodnotil/a svou motivaci před nástupem do léčby?

2.část

1. Vzpomenete si na nějaké první poznatky/dojmy při zahájení léčby? Pokud ano, popište
2. Jak se prožívání v léčbě proměňovalo?
3. Jak probíhalo plánování Vaší léčby? (vzhledem k potřebám apod.)
4. Jak byste zpětně zhodnotil/a přístupy a komunikaci pracovníků v léčbě? (Co na Vás fungovalo, bylo příjemné, co nefungovalo, dělalo potíže...)
5. Jaké aktivity v léčbě vnímáte jako nejvíce přínosné pro Vás?
6. Jak se Vám dařilo dodržovat nastavený program v léčbě?
7. Jak se absolvování léčby promítlo do Vašeho současného života? (přínosy, změny)
8. Co Vás motivovalo k tomu léčbu dokončit?
9. Jak jste pohlížel/a na léčbu předtím a jak na ní pohlížíte nyní po jejím absolvování? / Jaká byla Vaše představa o léčbě?
10. Pokud byste se musel/a rozhodnout dnes znovu, jak byste to udělal/a s těmi zkušenostmi, které nyní máte?

Příloha 2: Ukázka kódování

SEZNAM KÓDŮ

- a) Nátlak okolí
- b) Finanční důvody
- c) Neinformovanost
- d) Rychlost nástupu
- e) Volná kapacita
- f) Vděk
- g) Oddanost
- h) Bezvýhodná situace
- i) Špatný psychický stav
- j) Abstinenční příznaky
- k) Známé prostředí
- l) Tvrdý režim
- m) Svoboda
- n) Volnost
- o) Čas pro sebe
- p) Pravidla
- q) Omezení
- r) Těživá situace
- s) Ohrožení
- t) Nebezpečí
- u) Podpora blízkých
- v) Rozhodnutí
- w) Lhostejnost k výběru
- x) Negativní motivace
- y) Vnější motivace
- z) Pocit na dně
- aa) Neschopnost
- bb) Doporučení známých
- cc) Recenze
- dd) Vlastní preference
- ee) Nečinnost
- ff) Anonymita
- gg) Očekávání
- hh) Podvodné prostředky
- ii) Sebepoznání
- jj) Profesionalita
- kk) Přátelský personál
- ll) Vězení
- mm) Přijetí
- nn) Sounáležitost
- oo) Přístup zdravotních sester
- pp) Prožitky z detoxu
- qq) Adaptace
- rr) Přátelství
- ss) Rodinné prostředí
- tt) Empatie

KATEGORIE

Faktory

1. Rychlost nástupu do zařízení – d), e), g), i), j), r), s), t), v), w), z), ee), hh)
2. Finanční možnosti – b), e), m), n), r), u), v), cc), dd), ff), gg)
3. Doporučení – a), c), g), u), w), aa), bb), cc), dd)
4. Vliv blízkých osob – a), d), f), u), y), bb), cc), hh)
5. Podoba léčby – k), l), m), n), o), p), q), x), gg)
6. Okolnosti k přijetí do léčby – a), g), h), i), j), r), s), t), u), v), w), y), z), aa)
7. Fyzický a psychický stav – h), i), j), q), r), s), t), u), z). aa)

Zkušenosti respondentů z hrazených a nehrazených služeb pro léčbu závislosti

1. Prožívání v léčbě – c), f), g), m), n), o), p), q), z), ll), mm), nn), pp), qq), rr), ss)
2. Podoba léčby – k), l), m), n), p), q), ll), ss)
3. Personál – c), f), g), jj), kk), mm), oo), rr), ss), tt)
4. Sounáležitost mezi pacienty – c), x), mm), nn), qq), rr)ss), tt)
5. Přínosy z léčby – f), g), o), q), x), ii), nn), rr)