

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta**



Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie

LENKA VYHNÁLKOVÁ

**Motivace v léčbě závislých klientů psychiatrické léčebny
Jemnice**

Motivation in the treatment of addicted clients in the mental hospital in
Jemnice

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Petra Vondráčková

Praha

2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla všechny použité informační zdroje a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla použita k získání jiného nebo stejného titulu.

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

V Praze 13. 12. 2012

Podpis

Identifikační záznam:

Lenka, Vyhnálková. *Motivace v léčbě závislých klientů psychiatrické léčebny Jemnice.*
[*Motivation in the treatment of addicted clients in the mental hospital in Jemnice*]. Praha,
2012. 55 str. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika /
Ústav 1. LF UK 2012. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Petra Vondráčková.

Poděkování:

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí práce Mgr. Petře Vondráčkové za její cenné rady, čas, který mi věnovala a trpělivý přístup, se kterým přistupovala při vedení mé práce. Dále bych chtěla poděkovat svému manželovi a dětem za trpělivost v době mého zpracovávání bakalářské práce.

Abstrakt:

Tato bakalářská práce mapuje motivace v léčbě závislých klientů psychiatrické léčebny Jemnice. Cílem práce je poskytnout přehled dosažených změn motivace v různých oblastech života závislých klientů v průběhu léčby. Práce je zpracována kvalitativní výzkumnou metodou. V úvodní části je poskytnut teoretický rámec motivace a možný způsob práce s motivací. Navazující praktická část se opírá o teoretickou část, porovnává dosažené změny motivace na počátku i konci léčby a ověřuje dosaženou míru motivace v rozhovorech.

Klíčová slova: motivace, klient, závislost, léčba

Abstract:

Motivation in the treatment of addicted clients in the mental hospital in Jemnice. This thesis describes motivations in the treatment of addicted clients in the mental hospital in Jemnice. The main aim of my work is to provide an overview of achieved changes in motivation during the treatment in various spheres of addicted client's life. The work is processed by qualitative research method. The theoretical scope of motivation and possible method of work with motivation is provided in the introductory part. Following practical part is based on theoretical part, compares the achieved changes of motivation at the beginning and at the end of the treatment and verifies achieved rate of motivation in the interviews.

Keywords: motivation, client, addiction, treatment

Obsah:	
1. Úvod	7
2. Teoretická část	8
2. 1. Motivace obecně	8
2. 1. 1. Motivy	
2. 2. Motivace v Adiktologii	11
2. 2. 1. Motivační systém	11
2. 2. 2. Motivace k užití drog	11
2. 2. 3. Motivační přístupy v léčbě závislostí	12
2. 2. 4. Rozdělení motivace v Adiktologii	13
2. 3. Proces změny motivace	14
2. 4. Motivační oblasti života	16
2. 5. Práce s motivací	18
2. 5. 1. Motivační rozhovory	18
2. 5. 1. 1. Charakteristika motivačních rozhovorů	18
2. 5. 1. 2. Praktické vedení motivačních rozhovorů	19
2. 5. 1. 3. Cíle motivačního rozhovoru	22
2. 5. 1. 4. Důkazy účinnosti motivace v léčbě závislých	23
3. Cíl výzkumu	24
4. Metodika	24
4. 1. Hlavní výzkum a sběr potřebných dat	24
4. 2. Charakteristika a výběr výzkumného souboru	25
5. Průběh výzkumu	28
5. 1. Etické zajištění	28
5. 2. Analýza dat	28
5. 3. Fixace dat	28
6. Samostatný výzkum	28
6. 1. Motivace k omezení a abstinenci závislého chování podle motivačního dotazníku	29
6. 1. 1. Motivace k omezení a abstinenci závislého chování na začátku léčby	29
6. 1. 2. Motivace k omezení a abstinenci závislého chování na konci léčby	29
6. 2. Motivace k omezení a abstinenci závislého chování v léčbě podle rozhovorů	34
6. 2. 1. Motivy přivádějící respondenty do léčby	34
6. 2. 2. Vliv léčby na změnu motivace k omezení a abstinenci podle rozhovorů	37
7. Diskuse	40
8. Závěr	44
Literatura	46
Přílohy	50

1.Úvod

Při práci v psychiatrické léčebně, kde se mimo jiné věnují i léčbě závislých klientů, máme možnost poznat motivy k užívání návykových látek a také motivy, které klienty přivádějí až do léčby. Je velké zastoupení těch klientů, kteří velmi často přichází do léčby pouze pod tlakem vnějších okolností, které často vznikly v důsledku jejich užívání návykové látky. U takových klientů bývá také časté, že v počáteční fázi léčby mnohdy jejich léčba zbytečně končí. Tito klienti bývají velmi často zbytečně označováni „málo motivovanými“. Při výkonu zaměstnání v psychiatrické léčebně tato slova často zaznívají a shodují se s dřívějšími přístupy v léčbě závislých klientů, o kterých v odborné literatuře píše Kalina et al. (2008).

Úspěchem zdárného ukončení celé léčby a vyléčení není jen abstinence, což je třeba mít na paměti, ale motivace ke změně chování, jak uvádí Kalina et al.(2008). Dosažená změna následně přináší zlepšení zdraví a kvality života na nejvyšší možnou míru (Kalina et al., 2008). Proto by zájmem všech pracovníků v pomáhajících profesích mělo být motivacím více porozumět, lépe je poznat a snažit se klienta, který do léčby už jednou vstoupí, více zapojit. Pracovat s ním na dosažení jakékoliv možné změny vedoucí k prospěchu nejen klienta, ale i celé společnosti.

Teoretická část práce nabízí několik možných způsobů a možností, jak motivacím porozumět. Zabývá se základním poznáním motivace, následně představuje proces změny motivace a způsob efektivního posilování motivace pomocí techniky motivačních rozhovorů.

Na teoretickou část práce navazuje praktická část, kde bylo snahou mapovat motivace u klientů vstupujících do léčby na počátku i konci léčby. Praktická část výzkumné práce také ukazuje jakým způsobem se motivace k omezení a abstinenci závislého chování mění.

2. Teoretická část

2.1. Motivace obecně

Na výklad slova motivace není jednotný názor a lze ji vykládat jako proces usměrňování, udržování a energetizaci chování vycházející z biologických zdrojů, vyskytující se zvýšením nebo poklesem aktivity (Hartl a Hartlová, 2010).

Jiný výklad motivace nabízí Nakonečný (1999), který uvádí, že motivace je intrapsychicky probíhající proces zahájen výchozím motivačním stavem jednotlivce, který ukazuje na nějaký nedostatek, který je dále označován jako potřeba. Potřeba se stává motivem a motiv dává jedinci individuální smysl jeho motivačního chování zaměřeného na cíl. V cíli je očekáváno uspokojení prožívané potřeby. Tím by se motivační proces uzavřel, pokud by se podle Hartla a Hartlové (2010) jednalo o zralý a plně funkční motivační systém. Motivačnímu systému bude ještě dále věnován prostor v kapitole Motivace v Adiktologii. Nyní bude teoretická část práce zaměřená na motivy, které tvoří základ celého motivačního procesu. Vlivem motivů se může měnit motivační proces (Nekonečný, 1999).

2.1.1 Motivy

Motiv je příčina jednání člověka zaměřeného a uspokojování určité potřeby. Motivy mohou být jak pudy, ambice, tak i cíle a zvyky (Nekonečný, 1999).

Z psychologického pohledu mezi základní motivace člověka Vágnerová (2008) řadí potřeby, návyky, zájmy, ideály, hodnoty a hodnotové orientace. Některé nejvýznamnější si více přiblížíme po jejich rozdělení podle Nekonečného (1999), který všechny naše motivy dělí se na vnitřní a vnější.

- Vnitřními motivy označuje takové, které vychází z nás (např. člověk vykonává činnost a neočekává pochvalu, ocenění od druhých lidí - např. kreslí si pro radost).
- Vnějšími motivy označuje takové, kde iniciátorem je vnější podnět, činitel nebo jiní lidé (vnější událost nebo jev). Člověk zde nedělá činnost z vlastního přesvědčení, ale pod vlivem vnějších motivačních činitelů – ať už se jedná o nějakou materiální odměnu, pochvalu, vyhnutí se bolesti nebo trestu.

Lidské motivy jsou doprovázeny motivačním napětím, které se vyznačuje určitou intenzitou vnitřního tlaku a určitým puzením, podněcováním k více či méně určité aktivitě. Intenzivní napětí může být příjemné, pokud je vyhlídka na uspokojení. Ovšem s intenzivním napětím,

kteřé je pro jedince nepřijemné, vzniká potřeba k jeho snížení a puzení s podněcováním vyvolává naše chování (Vágnerová, 2008).

Vágnerová (2008) popisuje 3 druhy našeho chování, které je motivováno:

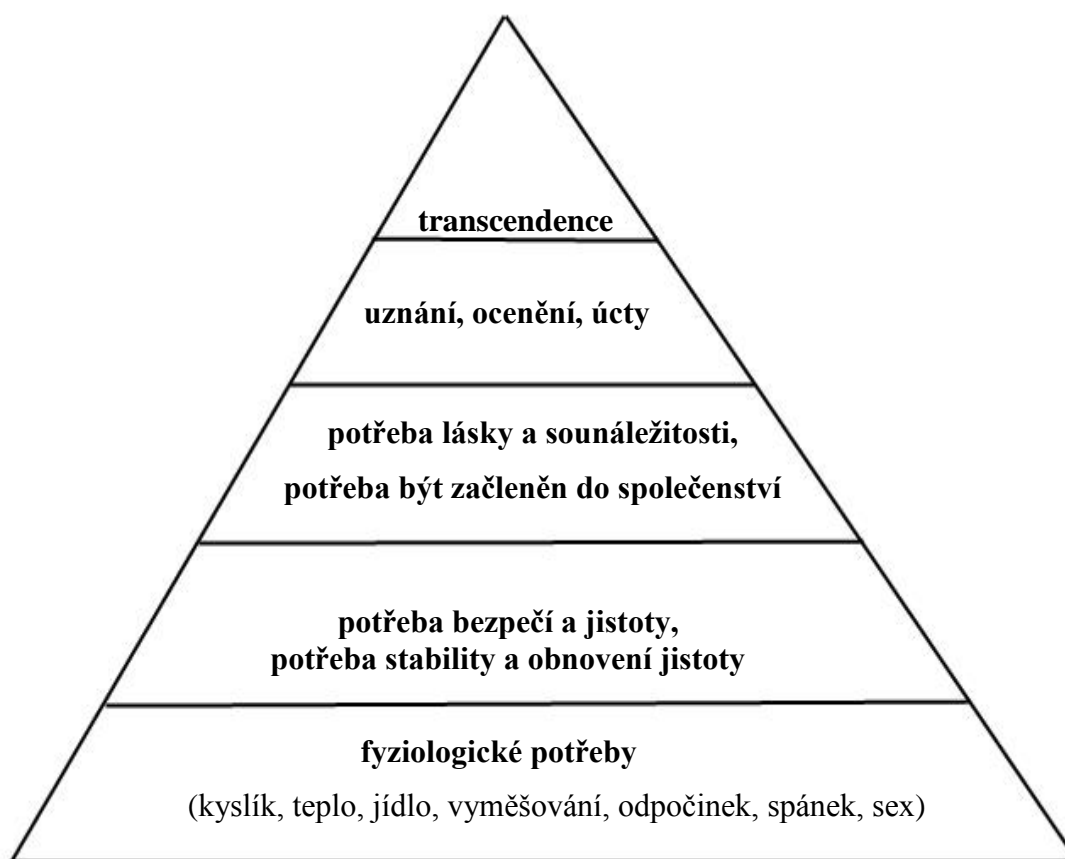
- zacílené adaptivní chování je vědomé, koncentrované, hledající prostředky k uspokojení potřeb.
- návykové chování získané učením a zautomatizováním
- výrazové chování je spontánní manifestací toho, co se v člověku děje, vyjadřuje emociální stavy, osobně specifické způsoby chování.

Naše chování, provázené emocemi, se tedy zaměřuje se na uspokojení vzniklé potřeby. Zde se můžeme ptát, jaký může nastat pocit, když svým motivovaným chováním nedosáhneme uspokojení potřeby? Nastane-li na cestě k cíli a uspokojení překážka (fyzická nebo způsobená vnitřními silami), dochází k silné frustraci a pocitu zklamání (Říčan, 1975).

Člověk se tak chová pod vlivem své **potřeby**, která nemusí být vždy srovnatelná s ostatními společenskými hodnotami. S potřebami je provázaný hodnotový systém člověka, který je u každého jedince a v každé společnosti odlišný. Skrze hodnoty a jejich naplňování získává člověk smysl života. Hodnotový systém je stále rozvíjející se a měnící se v závislosti na získaných zkušenostech (Vágnerová, 2008). Podle Nekonečného (1999) se hodnotové zaměření člověka projevuje v různosti vnímání naléhavosti motivačních faktorů. Tak je pravděpodobné, že člověk bude více motivován k činnostem souvisejícím s jeho hodnotovým systémem. Frankl (2006) rozlišuje hodnoty tvůrčí, ty se realizují pomocí práce, hodnoty zážitkové, ty jsou naplňovány pomocí zážitků ze světa a důležitých vztahů a hodnoty postojové, které se projevují v tom, jak se člověk postaví osudu, který může změnit.

Významné rozdělení potřeb představil A. Maslow (1970), který stanovil a rozdělil potřeby podle pořadí naléhavosti a podle pořadí, ve kterém se základní lidské potřeby projevují. Vycházel z pozorování duševně nemocných a velmi šťastných lidí, které záměrně vyhledával. Propojil teorii osobnosti s teorií motivace. Teorii potřeb považoval za zásadní princip zdravého lidského vývoje (Vágnerová, 2008).

A. Maslow (1970) na prvním místě hierarchie potřeb prezentuje nižší potřeby, jejichž uspokojení je nezbytné k zachování a přežití jedince (hlad, žízeň, odstranění bolesti). Jsou-li základní fyziologické potřeby uspokojeny, vstupují do popředí potřeby vyššího stupně (láska, úcta), které zajišťují duševní pohodu a rozvoj jedince (Vágnerová, 2008).



Graf 1: A. Maslowova hierarchie potřeb (vlastní zdroj)

Vágnerová (2008) hovoří o stupni naplňování potřeb a nazývá jej progrese (odvaha k dalšímu růstu). Pokud ale nejsou potřeby v následujícím stupni dostatečně uspokojeny, nenastane další vzestupný krok a nastoupí regrese (projev strachu ze ztráty bezpečí a jistoty vedoucí k upnutí se na uspokojení již dosažené).

Vrátíme-li se k motivům, potom zvláštním druhem motivů definuje Říčan (1975) **zájmy**. Zájmy jsou zdrojem motivace a vyjadřují vztah, který může být uspokojován prováděním nějaké činnosti, která dokázala jedince citově připoutat (např. návštěva rybářského kurzu, chytání ryb). Zájmy lze zesilovat i zeslabovat, stanou se zálibou, projevují se radostí. Souvisí tedy často s profesí nebo celoživotním koníčkem a mnohdy vypovídají o osobnosti jedince a dráze, kterou se bude dále ubírat.

Mezi silné motivy řadí Říčan (1975) také **city**. Tyto spontánní duševní jevy a emoce (radost, strach, láska, vztek, nenávisť, smutek, úcta, vzrušení, pohrdání atd.) se vymykají vědomé kontrole. Obzvláště silné city jsou podle Říčana (1975) spojeny se zřetelnými projevy (např. v hněvu zrudneme, rozbuší se nám srdce, v rozpacích se potíme, strach působí na

střevní peristaltiku). Následně, po dosažení cílu, se snižuje emoční napětí jedince, naopak při jeho nedosažení nastupuje frustrace. Změny citového prožívání mohou být příznakem duševních poruch, při kterých se hromadí vnitřní emoční napětí.

2.2. Motivace v Adiktologii

2.2.1. Motivační systém

Jak už víme, tak na změnu chování působí motivy. Ovšem podle Miovského a Bartoškové je potřeba při změně chování zvažovat i konkrétní osobnost člověka, jeho osud, zkušenost a s tím spojený celý motivační systém, který působí na změnu chování (Kalina et al., 2003). Proč se tedy člověk k užití drogy motivuje. Následující kapitola poskytuje vysvětlení.

2. 2. 2. Motivace k užití drog

Účinek drog je znám dlouho a tak lze říci, že se jedinec motivuje k užití drog pro jejich účinek, kterým drogy disponují (např. mohou dočasně měnit prožívání a myšlení); (Kalina et al., 2008).

Frouzová (2003) říká, že motivace k užití drogy je rozdělována ve třech úrovních: první úroveň je označována **úroveň psychické struktury**. Je známo, že již naši předchůdci užívali drogu k léčebným účelům, stejně jako v dnešní době droga zaujímá v lékařství velký význam (např. morfium); (Kalina et al., 2003).

Člověk je tvor nezdrženlivý, toužící po rychlé úlevě, rychlém úspěchu, rychlém řešení a hledá náhradní řešení. Náhradní řešení bývá nevhodné a takovým nevhodným řešením může být únik k drogám. Drogy bez vlastního přičinění působí rychle jako lék na všechno a nabízí rychlé dosažení zklidnění, vyhnutí se bolesti, úlevy od bolesti vzniklé na úrovni fyzické i dušení, na úrovni individuální nebo kolektivní. Uživatelé se pod jejím vlivem domnívají, že jsou mimořádní, drogy jim nabízí umělou sebedůvěru, pocit svobody. Na drogách jedinci nabývají dojmu zlepšení svých kvalit a dovršení vlastní dospělosti, ovšem opak je pravdou (Kalina et al., 2003).

Druhou úrovní motivace k užití drogy je **úroveň socializace**. Mladí lidé chtějí přirozeně patřit k nějaké skupině, mít v ní své místo a droga jim může často snadno a rychle zajistit, usnadnit jejich přizpůsobení se. Mnohdy potom na okraji společnosti, ve skupinách, kde droga častěji než jinde slouží k povzbuzování ega, si jedinci potvrzují falešnou správnost

životního stylu v daném společenství. Narůstá potřeba cítit se výkonně, energeticky, rozhodně, kompetentně, bezproblémově (Kalina et al., 2003).

Někteří jedinci jsou více náchylní k asociálnímu životního stylu a chování. Pro tyto asociální skupiny se staly drogy součástí životního stylu a někteří jedinci se na nich stávají závislími. Samotné drogy jsou následně v podsvětí atraktivní součástí obchodu s vysokými zisky, což je v mladém věku atraktivní (Kalina et al., 2003).

Poslední a to třetí úroveň motivace k užití drogy je **úroveň hledání dalších rozměrů lidské existence**. Návykové látky nabízejí poznání světa, sebe samého i smyslu života. Někteří uživatelé užívají drogy pro urychlení hledání, jiní pro rychlejší vyrovnání se s nálezem (např. uvědomován si odcizení). Jiní jedinci hledají a zaměřují svoji pozornost na kvalitu života, větší svobodu a možnosti individuální volby. Rozšíření rozsahu vnímání ze stimulace drogou velmi rychle roste, motivuje k jejímu dalšímu užití (Kalina et al., 2003).

Opakováním rychlého a snadného uspokojení potřeby pomocí účinku drogy hrozí riziko rozvoje závislosti (Kalina et al., 2008). Je jednoznačné, že je velmi mnoho důvodů, proč lidé drogy užívají a je velmi obtížné stanovit, co konkrétně u jednotlivců je nejvýznamnějším důvodem, protože důvody se mohou i doplňovat (Kalina et al., 2008).

Nebudeme se zde víc zabývat jejími diagnostickými kritérii rozvoje závislosti ani léčbou, pouze se zaměříme na přístupy v léčbě závislostí, které s motivací souvisí.

2. 2. 3. Motivační přístupy v léčbě závislostí

V oblasti motivace u závislých klientů můžeme zaznamenat postupný vývoj léčebných přístupů, který lze považovat za velmi významné. Na motivační přístupy je pohlíženo jako na starší a nové (Kalina et al., 2008).

Dřívější přístupy v léčbě závislé osobnosti popisovaly a prosazovaly metody, které rizikovým uživatelům a závislým osobám připadaly jako autoritativní, agresivní či donucovací, tedy konfrontační. Tyto motivační přístupy literatura označuje za starší přístupy léčby (Rotgers, 1999).

S konfrontací i dnes pracují psychoterapeutické přístupy, které uvádějí, že konfrontace je důležitým předpokladem změny. Konfrontace, dle nich, vede k zvyšování vědomí a emočnímu uvolnění. Je třeba dbát, aby konfrontace nebyly zraňující a probíhaly v bezpečném terapeutickém vztahu (Kratochvíl, 1997; Kalina et al., 2008).

Hlavním cílem dřívějších přístupů v léčbě bylo přivést klienty k uvědomění si své závislosti, přiznání si, že své užívání návykových látek už nedokáží ovládat a následně se

zavážou k abstinenci. Léčebné přístupy považovaly za zásadní, že klient vstoupí do léčby už se zralou motivací a podle toho byla hodnocena úspěšnost léčby (Rotgers, 1999).

Úspěšní v léčbě a abstinenci byli považováni za motivované, neúspěšní za málo motivované nebo nemotivované a vina z neúspěchu se přikládala klientům, nikoli také terapeutům (Kalina et al., 2008).

Naopak podle Kaliny et al. (2008) nové přístupy v léčbě závislostí pracují s klientem na objasnění a posouzení, zda klient vnímá užívání návykových látek jako problém a cílem je, aby zvážil výhody a nevýhody dalšího užívání a abstinence. Jak uvádí Kalina et al. (2003), tak závislí klienti často vyjadřují přání ke změně, ale nejsou dostatečně ochotni podniknout ten významný čin, který je pro úspěch změny potřebný.

Nové přístupy pohlízejí také na délku léčby a uvádějí, že léčba kratší než 3 měsíce není dostatečně účinná, stejně tak léčba delší než 1 rok. Nové přístupy v léčbě závislých klientů nejen s motivací pracují, ale také ji následně rozdělují (Kalina et al., 2008).

2. 2. 4. Rozdělení motivace v Adiktologii

Všechny nevýhody a problémy spojené s užíváním návykových látek označuje Nešpor (2006) za negativní motivace (potřeba zbavit se pocitů viny, nenávisti k sobě i druhým, beznaděj a pod.). Naopak pozitivní motivace Nešpor (2006) označuje ty výhody, které by uživatel získal, pokud by se dostatečně motivoval s užíváním přestat (přání žít jinak, osobní růst, lepší sociální a rodinné vztahy).

Motivace je dělena na vnitřní a vnější. Klient ještě nemusí cítit žádné zdravotní problémy, bolesti, netrpí psychologickými problémy a tak vůbec nevnímá důvod k zahájení nějaké léčby. Reflexe dopadů a problémů, míra jejich uvědomění u klienta a hodnocení, že problémy nejsou způsobené vlivem drog ani okolního světa, ale jim samotným a vedou klienta k uvědomění a léčbě. V léčbě je takový klient potom víc motivován. Taková motivace je nazývána vnitřní motivací (Kalina et al., 2003).

Naopak rodina, partner, děti, kterou závislý klient ztrácí, její nátlak, stejně jako nátlak zaměstnavatele, soudů či jiných kontrolních institucí, vytváří klientovu vnější motivaci pro léčbu, která je podle Kaliny et al. (2003) považována za horší. V léčbě jsou nejméně efektní a nejvíce áročné pro terapeuty, kteří mají probudit v klientovi jeho vlastní motivace ke změně (Kalina et al., 2003).

2. 3. Procesy změny motivace

Miller & Rollnick (2003) berou motivaci jako stav připravenosti ke změně nebo touze po ní. Motivace se podle nich dá ovlivnit, protože se v různých situacích a časem proměňuje. To potvrzuje kognitivně-behaviorální směr, vycházející z nových léčebných přístupů léčby. Za průkopníky směru jsou považováni Prochaska a DiClemente, kteří v 90. letech popsali model pěti stádií nazvaný „kolo změny“ prožívání a chování člověka procházejícího procesem rozhodování o změně a jejím udržení (Prochaska & Norcross, 1999; Miller & Rollnick, 2003). Kolo změny se dá aplikovat na jakýkoliv proces změny chování člověka (Miller & Rollnick, 2003).

Pokud klient nevnímá užívání drog jako svůj problém, který by měl řešit, nachází se ve fázi **prekontemplace (předuvažování)**. Stále se cítí dobře, užívání drogy považuje za prospěšné. Myslí si, že má vše pod kontrolou, své chování sám sobě dobře dokáže zracionalizovat. Jakákoli změna se mu jeví obtížná a zbytečná. Mohou se však objevit určité pochybnosti, že by mohl uvažovat o změně. Zde se klientům nabízí služby minimalizující rizika jejich užívání, udržujeme kontakt, doporučuje se vyvolávat pochybnosti o návykovém chování a pomáháme lépe vnímat rizika (Miller & Rollnick, 2003; Kalina et al. 2008).

V druhé fázi kála změny **kontemplaci (uvažování)** se nachází klient, u kterého se už vyskytují problémy, které je klient schopen dát do přímé souvislosti s užíváním drog. Motivace ovšem velmi kolísá. Začínají narůstat pochybnosti o správnosti pokračování. Klient je ještě rozhodnutý uvažovat o změně, ale se změnou váhá. Hodnotí výhody a nevýhody, prožívá ambivalenci (součást motivačních rozhovorů). Konfrontace v této fázi je nevhodná, další směr vybere klient sám. Významnými faktory pro posun v této fázi jsou sebedůvěra a vlastní schopnosti. Pro klienty je ve fázi kontemplace typická ambivalence. Pokud se pomáhající pracovník věnuje práci s ambivalencí, prozkoumává společně s klientem jeho chování z obou stran, pracuje s jádrem problému (Miller & Rollnick, 2003; Kalina et al. 2008).

Třetím stádiem změny je **rozhodnutí se**, jelikož situace klienta se v tomto stádiu značně zhoršuje a ztráty z užívání drog převyšují nad zisky. Klient je ochoten změnit svoji situaci, přistupuje k akci vedoucí ke změně. Motivace ze strany terapeuta je nejvíce potřebná v podobě konkrétních návrhů ke změně, vytváření následných cílů a strategií dosahuje společně s klientem, kterého získá ke spolupráci. V této etapě klienti nejčastěji přistupují na

léčbu, končí předléčebná péče, ale nekončí potřeba klienta motivovat. Zde je potřeba posílit klientovu sebedůvěru, se kterou do fáze přišel, posune ho ke změně (Miller & Rollnick, 2003; Kalina et al., 2008).

Pokud se podaří dostatečně zesílit dosažený rozpor u klienta, nastává čtvrté stádium změny **jednání (akce)**. Velkou měrou v této etapě může přispět důvěryhodný vztah s terapeutem a klientova motivace v předchozích stádiích. Klient s touto podporou realizuje doporučený program a poradce či terapeut pomáhá klientovi pozitivní změnu uskutečnit. Klient realizuje svoje plány, tuto změnu si přál sám. Ambivalence stále klienta neopouští, je potřeba klientovi poskytnout podporu a ocenění za každý úspěch (Miller & Rollnick , 2003; Kalina et al., 2008).

V pátém stádiu, kdy se klient začíná vracet do běžného života, je ve fázi změny označené **udržováním změny**. Toto období nebývá pro klienty vůbec lehké, setkávají se s realitou, vrací se do prostředí, které stále vnímají jako ohrožující. Klient se sám snaží o udržení změny a předchází relapsu. Návrat do přiměřeného životního stylu upevňuje vyhýbáním se rizikovým místům a situacím. Je potřeba předcházet relapsu, provést revizi původního vlastního rozhodnutí ke změně. Kvalita života a dobré faktory, co posilují původní rozhodnutí, nesmí chybět (Miller & Rollnick , 2003; Kalina et al., 2008).

Poslední šesté stádium je **relaps**, pokud klient selhává. Při práci se závislými klienty je zapotřebí o relapsu hovořit a hlavně klienty připravovat na jeho možný příchod. Klient se může při selhání dostat zpět do prvního stádia. Zde je důležité zvládnout psychologickou reakci na selhání a užívání rychle zastavit. K relapsu může dojít v každé etapě tohoto modelu (Miller & Rollnick , 2003; Kalina et al., 2008).

V přístupu a práci s klienty lze pracovat i s podobným modelem změny, který popisuje Počarovský (1999) a vychází z **modelu změny od Buismana-Koka**, kteří staví změny do série následující posloupností. Velmi významný model Buisman-Kok je kontakt, který představuje konfrontaci (také odpor) se zdravotními a sociálními problémy, trestnou činností, vývojovým konfliktem. Při práci s klienty je vhodné nabízet služby, respekt z osobnosti klienta, poskytujeme bezpečí, prostor pro rozhodování, hranice, přenášíme odpovědnost-kompetence na klienta, oceňujeme, podporujeme. Dále by měla být v procesu změny pozornost věnována abstinenčnímu syndromu, zdravotním problémům, bydlení, rodině, policii, zákonu, kvalitě drog, nedostatku peněz. Účinné je zde naslouchání, trpělivost, čas, respektování klienta, dané hranice, kontrakt, plán, mapování hodnot a postojů (Počarovský, 1999).

Má-li být proces změny naplňován, je důležité odhadnout, kdy klient může pochopit informace tlumočené vrstevníky, odborníky a z tištěného materiálu, případně zprostředkované přirozenou autoritou a rodiči. Nástrojem se může stát konfrontace, nastavení zrcadla, srozumitelnost, nácvik dovedností, profesionalita, zkušenosti vrstevníků. Bez změny postoje a uvědomění si, co sám klient chce-nechce, s ohledem na krátkodobé a dlouhodobé investice, výhodné a nevýhodné volby (ambulantní léčba-léčba v komunitě), není změna také možná. Nástrojem se může stát sociální služba, zpětná vazba, názorná demonstrace, opakování informací přístupnou formou (Počarovský, 1999; Kalina et al.,2008).

Dalším modelem změny je změna záměru, kdy může zapůsobit sociální tlak, rituál- „nechci sdílet jehlu“. Uznání, potvrzení, podpora postoje klienta, pozorování výhod a nevýhod, zintenzivnění kontaktů, zmapování situace, zdůraznění rizik, ocenění, zhodnocení, může v této fázi být vhodným nástrojem změny. Významnou zakázkou ambulantních programů stacionárního typu nebo residenčních léčebných zařízení je změna chování, kde nástrojem je podpora, kontrakt, nácvik dovedností, informace, vzdělávání (Počarovský, 1999; Kalina et al., 2008).

A jako poslední model, který patří hlavně do programů následné péče a prevence relapsu, je udržení změny. Využíváme zde reflexe, opakování, udržování pozornosti a možnosti asistence pracovníka (Počarovský, 1999; Kalina et al., 2008).

2. 4. Motivační oblasti života

Nešpor a Millerová (2006) rozdělují motivační činitele posilující motivace změny rizikového chování do motivačních oblastí života, které si představíme.

Podle Nešpora a Müllerové (2006) může klientovu motivaci ke změně rizikového chování podpořit uvědomění si vlastních zdravotních následků souvisejících s postižením fyzickým i postižením duševním. Narušená **oblast fyzického a duševního zdraví** je v podobě probíhající deprese, sebevražedných myšlenek, silného bažení, halucinací, pocitů pronásledování a výčitek. Výhody, které abstinence nebo omezení rizikového chování v oblasti zdraví přináší, nejsou zatím tolik znatelné v první fázi léčby. Následující fáze léčby jednoznačně dokazují první výsledky v podobě kontrolních krevních testů (hlavně u závislých na alkoholu), následném zlepšení jak psychického, tak fyzického stavu klienta. Pro motivované přinese abstinence nebo omezení rizikového užívání v oblasti tělesného zdraví zlepšení trávení, tělesné kondice, zvýší se radost z jídla, je méně úrazů,lepší se pocit z vlastního těla, postřeh,

sexuální kondice. Abstinence zlepší také paměť, sebeovládání, soustředění i životní stabilitu (Nešpor & Müllerová, 2006).

Kvalitní mezilidské vztahy jsou velmi prospěšné jak u mužů, tak u žen. Ovšem narušená **oblast mezilidských vztahů** u závislých je podle Nešpora a Müllerové (2006) velkou zátěží a doporučují závislým osobám budovat takové vztahy s lidmi, které jim pomohou s posílením motivace k překonání závislosti a následnému abstinování. Velký význam pro závislé mají vztahy, které závislí klienti prožívají v současnosti, protože opakované hádky kvůli opilosti, zanedbávání rodiny, špatné vztahy k dětem, špatné sousedské vztahy, vyvolávají pocity viny. Takové navazování nových vztahů u závislých jedinců, kde druhý partner neužívá návykovou látku, zvyšuje naději na změny trvalé. Pokud partner ale abstínuje jen aktuálně, je vysoké riziko společného relapsu (Kalina et al., 2003). V léčbě jsou také doporučována nová dobrá společenství a organizace, kterými mohou být pro závislé Anonymní alkoholici nebo Anonymní narkomani (Nešpor & Müllerová, 2006).

Další z motivačních oblastí, které mají své uplatnění na motivace k dosažení změny, je **oblast finanční**. Finanční stránka každého člověka není stejná. Klient pod vlivem návykových látek je nesoudný, nezodpovědný, neschopný adekvátně s financemi disponovat, a tak nastává u závislých ztráta zaměstnání a nedostatek financí. S problematikou financí se klienti ocitají v dluhovém kolotoči, nastupuje zde také problematika s bydlením a jeho ztrátou. Problémy zadluženosti a neschopnost dluhy splácet je často spojená s neřešením a podceněním situace. Závislý by potřeboval dojít k uvědomění si, že užívání mu přináší vysoké výdaje a menší zisk. Motivace k abstinenci nebo omezení rizikového užívání zlepší možnosti hledání práce, posílí vlastní schopnosti, zodpovědnost a bezpečnost při práci. Velká úspora za alkoholické nápoje a drogy je v abstinenci překvapením (Nešpor & Müllerová, 2006).

Užívání návykových látek navozuje u klientů nedostatečné hygienické návyky včetně péče o svůj zevnějšek a tak je narušená další motivační oblast, **oblast životní stylu**. Uživatelé návykových látek vedou chudý životní styl, který souvisí mnohdy až se sociálním vyloučením a to může skončit až bezdomovectvím. Pokud by klient byl motivován s užíváním přestat, jeho životní styl by se stal rozmanitější, získal by znovu nový smysl života, dále větší prostor pro aktivity, koníčky, sebevzdělávání se, získal by prostor a čas pro lepší výživu, spánek, skutečně prožitou dovolenou. Klient by si lépe organizoval čas, pečoval v něm o svůj zevnějšek. Celkově by zlepšil své prostředí i doma (Nešpor & Müllerová, 2006).

Pod vlivem závislosti se dostávají klienti do situací, kdy dochází k narušení **oblasti právní**. Vzniká kriminalita v podobě přestupků v hromadné dopravě, urážek na veřejnosti, poškozování cizí věci, kriminality v podobě prohřešků spojených se získáváním prostředků

k nákupu a překupnictví drog. I tato oblast je v životě závislého klienta velmi důležitá. Páchaná kriminalita závislé jedince staví před soud. Jejich životní směr je omezen víc než drogou samotnou. Motivování k abstinenci nebo omezení rizikového užívání si s pomocí dokáží uspořádat znovu svoje hodnoty, priority a naleznou zodpovědnost, která jim postupně pomůže napáchané škody napravovat, ale tempo je zde velmi pomalé (Nešpor & Müllerová, 2006).

2. 5. Práce s motivací

Při prvním kontaktu se závislým klientem, je nebezpečí, že klient opustí léčbu. Práce s motivací a její posilování je dobrým základem pro další intervence, které přispívají u problémových uživatelů a závislých klientů ke změně chování, prožívání a myšlení (Miller & Rollnick, 2003).

Posilování motivace se podle Nešpora et al. (2003a) dá včlenit do různých forem terapie, dá se s ní pracovat v malé i velké skupině, při individuální konzultaci, při práci s rodinou. Posilování motivace patří mezi součást práce při provádění diagnostického rozhovoru a jeho dalšího spojování s cíli jako je navázání dobrého vztahu a získání potřebných informací.

Podle Millera a Rollnicka (2003) odpadá z léčby asi 50% uživatelů alkoholu, proto se v léčbě závislostí klade důraz i na práci s motivačními rozhovory jako s významnou intervencí, která nabízí užitečné techniky a postupy pomoci.

2. 5. 1. Motivační rozhovory

2. 5. 1. 1. Charakteristika motivačních rozhovorů

Motivační rozhovory patří mezi terapeutické a komunikační přístupy, které motivují jedince ke změně chování. Filosofie motivačních rozhovorů předpokládá, že klienti jsou celkem motivováni, ale jejich vnitřní stav připravenosti kolísá a je ovlivněn různými faktory, včetně vnějších podmínek. Metodu motivačních rozhovorů lze využít v oblasti sociální, pedagogické, v soudnictví, ale i v oblasti zdravotnictví při práci se závislými na drogách či alkoholu, s lidmi s poruchami příjmu potravy, při odvykání kouření, změně životosprávy, v probační službě, při práci s mladistvými nebo změnách v organizacích (Miller & Rollnick, 2003).

Metoda motivačních rozhovorů je metoda rozšířená v terapii se závislými, s psychicky nemocnými, v ordinacích praktických a dalších lékařů (léčba hypertenze, pohybového systému, obezity) a vychází z klinických zkušeností z práce se závislými na alkoholu a tabáku. Tato metoda vychází z rogersovského přístupu zaměřeného na klienta s prvky systemické a kognitivně-behaviorální terapie. Obsahuje terapeutické faktory (vztahové a behaviorální), poznatky o procesech a předpokladech změny chování (Miller & Rollnick, 2003).

Jako základní myšlenky metody motivačních rozhovorů Miller a Rollnick (2003) označují spolupráci, podnětnost a samostatnost. Je nezbytné, aby se pracovník či terapeut uměl vyvarovat role experta, nebyl nadřazený, direktivní, uměl se zaměřit na vytváření atmosféry pro rozvoj důvěry, partnerství a přátelství. Vytvořením příjemné atmosféry by měl napomáhat ke změně, nikoliv k ní klienta nutit. Dále by pracovník či terapeut neměl vnučovat vlastní pohled a názor, ale měl by se snažit podněcovat a vyvolávat v klientovi impuls pro možná hledání řešení a nalézání vnitřní motivace ke změně.

Jak také Miller a Rollnick (2003) zdůrazňují, tak při vedení klienta motivačními rozhovory zůstává zodpovědnost za změnu chování na klientovi, ten je respektován a posilován v rozhodnutí.

2. 5. 1. 2. Praktické vedení motivačního rozhovoru

Terapeut nebo pracovník v pomáhajících profesích má pomoci klientovi nalézt nejvhodnější a nejlepší postup činnosti, který motivace víc posílí (Miller & Rollnick, 2003). Motivační rozhovory, kterým se budeme podrobněji věnovat dále v textu, pomáhají prozkoumat ambivalenci, snížit odpor a protiargumenty proti změně.

Aby se staly motivačních rozhovory efektivnějšími, kombinuje se několik strategií. Mezi základní aktivní složky motivačního rozhovoru sloužících pro rychlou intervenci je uváděno 6 rychlých způsobů známých pod akronymem FRAMES (podle anglického jazyka **F**eedback, **R**esponsibility, **A**dvice, **M**enu, **E**mpathy, **S**elf-efficacy): v překladu zpětná vazba, odpovědnost, rada, nabídka, empatie a důvěra ve vlastní schopnosti (Kalina et al., 2008).

Principy motivačních rozhovorů

Miller a Rollnick (2003) se motivačním rozhovorům věnovali a uvádí 5 klíčových principů, které ukazují vhodný způsob myšlení a přístupu ke klientovi při vedení motivačního tréninku.

Prvním principem motivačního tréninku je vyjádření empatie a empatický postoj. Vyjádření empatie vychází z terapeutických dovedností zaměřených na člověka a značí schopnost dát klientovi najevo, že mu rozumíme a akceptujeme ho. Terapeut tak může svůj přijímající postoj vyjadřovat nasloucháním s respektem ke klientovi a touhou porozumět jeho chápání věci. S empatií souvisí emoční účast a pozitivní zájem o druhého člověka. Je založena na postoji přijetí a akceptace. Dosáhneme tak snížení odporu na straně klienta. Klientova nerozhodnost je součástí lidského bytí a procesu změny. Je potřeba respektovat, že klient může učinit svobodné rozhodnutí pro změnu. Naopak stále nepřijímání klienta, nepochopení může způsobit, že se klient nezmění (Kalina et al., 2008).

Druhým principem je v příjemné atmosféře zesilovat rozpor, který klient projevuje svým chováním a osobními představami a cíli. Rozpor je pro klienty ohrožující, oni si jej částečně uvědomují, prožívají ambivalenci (Kalina et al., 2008). Dlouhodobá až chronická ambivalence je nesnesitelná a pokud se jí nedaří překonat (řešit změnou situace), nastává popření, obrany, racionalizace, rezignace a díky neřešené ambivalenci může u závislého klienta dojít až k depresím (Miller & Rollnick, 2003).

Je velmi důležité rozpoznat klientův rozpor, který zesiluje při mapování následků svého chování (pití alkoholu, nedodržování léčebného režimu, nedodržování životosprávy), v konfrontaci s terapeutem klient rozebírá sebe a uvědomuje si svoje důvody ke změně. Motivace může být snižována u klienta v případě, kdy je příliš velký rozdíl mezi důležitostí změny a chováním, které je u klienta třeba změnit. Tady je potřeba posilovat klientovo sebevědomí a snahu. Co nejméně by měl klient pociťovat rozpor, který je ovlivněn vnějšími okolnostmi, jako je rodina, ztráta partnera, zaměstnání (Kalina et al., 2008).

Dle Millera a Rollnicka (2003) je rozvíjení rozporu odlišnou částí, kde se motivační rozhovory odlišují od terapie zaměřené na klienta. Je zde více použita direktivnost pro směřování, ne vedení a nařizování.

Dalším principem motivačních rozhovorů je vyhnout se sporu, kdy spory může být zdrojem klientova odporu a terapeutovi frustrace. Není potřeba na klienta působit logickými důvody nutnosti jeho změny, dokládat důkazy nebo přesvědčovat pomocí logiky (Kalina et al., 2008).

Mezi nejdůležitější funkce motivačních intervencí patří práce s odporem, kdy je třeba docílit snížení klientova odporu, který může vzniknout na základě nucené léčby. Odpor může být také vyjádření nesouladu mezi tím, kde se klient nachází v procesu změny a zaměřením terapie. Klienta je třeba v této fázi respektovat, dodat mu informace a klient sám si vybírá, co potřebuje. Využívá se vedení konstruktivního rozhovoru (kladení otevřených otázek,

reflektující naslouchání, parafrázování toho, co už bylo řečeno, potvrzení, rekapitulace a přeinterpretování). Při využívání motivačních rozhovorů tak není klientovi oponováno a vysvětlováno, proč to, co doposud činil je špatné (Miller & Rollnick, 2003).

Člověk, který očekává změnu chování spojenou s užíváním drog a cítí tíhu odpovědnosti za rozhodnutí změnu uskutečnit, potřebuje dodat vědomí vlastní schopnosti a důvěry v sebe sama. Zde má význam další princip motivačních rozhovorů a to podpora sebedůvěry a vlastních schopností. Důležité je zaměřením se na drobné kroky a detaily, které přinesou očekávaný výsledek (Kalina et al., 2008). Víru pracovníka v klientovu možnost změny je potřeba dávat dostatečně najevo, protože pokud klient toto necítí z pracovníka, jeho schopnost se snižuje. Vhodnou podporou může být příklad jiných lidí, kteří tuto cestu již zvládli (Miller & Rollnick, 2003).

Příkladný návod vedení motivačního tréninku

Předkládaným návodem, kde je kombinace více možných strategií a dovedností shrnutých pod akronymem OARSS (v angličtině Open questions, Affirming, Reflecting, Summarizing, Self motivation)- používání otázek, potvrzování kladných postojů, reflektující naslouchání, shrnování do uceleného tvaru, prostor pro sebemotivaci, lze s klienty pracovat při aplikaci motivačního tréninku (Miller & Rollnick, 2003).

První strategií může být probírání typického dne nebo sezení, kdy je možno získat informace o míře klientovi motivace (Kalina et al., 2008). Miller a Rollnick (2003) uvádějí, že klient je motivován ke komunikaci a přemýšlení o svých tématech pomocí otázek s otevřeným koncem (Open questions), které jsou vhodné zvláště na počátku budování terapeutického vztahu, kdy by měl mluvit převážně klient. Otázka, kde je jednoznačná jednoslovná odpověď ano, komunikaci nepodpoří (Miller & Rollnick, 2003).

Příklad otevřené otázky: Jak často pijete? Co vám to přináší?

Kalina et al.(2008) jako druhou strategii motivačního tréninku uvádějí nazvání dobrého a méně dobrého při užívání drog. Klient se tak může lépe rozhodnout pro další užívání. Tím získáme přehled o stupni klientovi ambivalence či stádiu změny. Problematické věci zde označuje sám klient. Úkolem pomáhajícího je pomoci rozpoznávat, zesilovat rozhodování, poskytovat nástroje pro hodnocení (možnost sám sebe nejen slyšet, ale i určité věci vidět, dělat).

Pro posilování a budování vztahu s klientem je vyslovování uznání (Affirming), oceňování a potvrzování kladných postojů ze strany terapeuta důležité. Mělo by být pravdivé, aby v klientovi nevzbudilo dojem neupřímnosti (Kalina et al., 2008).

Další dovedností při motivačním tréninku je Reflecting, což je aktivní naslouchání pracovníkem a vyjádření reflexí, že klientovi rozumíme. Při použití reflexe se dostává klientovi možnost zkoumané téma doplnit nebo přesněji vyjádřit, co má klient přesně na mysli. I zde je vhodné použití otevřených otázek (Kalina et al., 2008).

Reflexe lze podle Kaliny et al.(2008) rozlišit na několik druhů: *prostá reflexe* (zopakování klientova výroku), *nefrázování* (zopakování klientova výroku vlastními slovy), *dekódování* (vyjádření hlubšího, zastřeného smyslu klientova výroku), *reflexe emocí* (pracovník vyjádří to, jak vnímá klientův emociální vztah k tématu), *zesílená emoce* (klientův výrok je pracovníkem v některých částech zesílen a zdůrazněn tak, aby více vynikl), *zdvojená reflexe* (reflexi dvou výroků klienta, které mohou být navzájem v rozporu (Kalina et al., 2008).

Za vhodnou dovednost je podle Kalina et al. (2008) klientem popisované situace a informace čas od času shrnovat do uceleného tvaru (Summaring). Vhodně podané a načasované poskytování informací a zpětné vazby (feedback) může být zásadní změnou v poradenství. Pastí při výkonu pomáhající profese je udílení rad z pozice experta a tím nástup odporu či obranného postoje ze strany klienta. Je na klientovi jak s danou radou nebo informací naloží a později ji využije (Kalina et al., 2008).

Podle Kaliny et al. (2008) je potřeba vědět, že klient nemusí být ve stádiu, kdy tyto problémy vidí jako spojitost s užíváním drog. Čas a prostor ponechaný klientovi mu umožní projít rozhodovacím procesem (Kalina et al., 2008). Dostatečně vytvořený prostor pro sebemotivaci klienta (Self motivation) umožní, že motivace je bezpochyby vždy trvalejší a výhodnější než motivace přicházející ze strany terapeuta. Klient sám zveřejňuje své myšlenky vhodnosti a potřeby další návštěvy (Miller & Rollnick 2003). Na poslední strategii a dovednost navazují cíle motivačních rozhovorů, které uvádíme následovně v textu.

2. 5. 1. 3. Cíle motivačního rozhovoru

Motivační rozhovor má hlavní cíl dosahování změn klienta a to ve směru bezpečnějšího, úspěšnějšího a šťastnějšího životního stylu. Je potřeba vědět, že záleží na klientovi, zda se rozhodne pro pouhou redukci užívání návykových látek nebo k cílené trvalé abstinenci. Pracovník či terapeut při motivačním rozhovoru uzavírá spolu s klientem kontrakt,

kteřý by měl odkřýt to, co považuje klient za problém a dle toho stanovují společné cíle. Cíle by měly být především realistické, dosažitelné. Přijatelné cíle by měly být i pro pracovníka nebo terapeuta a to v souladu s jeho hodnotami, jinak je povinen klienta předat, aby se vyhnul obtížím s akceptováním klientovy zakázky (Kalina et al., 2008).

2. 4. 1. 4. Důkazy účinnosti posilování motivace v léčbě závislých

Mnoho studií dokládá efektivnost posilování motivace pomocí motivačních rozhovorů. Pro motivace a léčbu závislostí přinesl velký význam projekt MATCH (Gossop, 2009).

Šlo o největší znáhodňovaný výzkum v dějinách psychosociálních intervencí, který prozkoumával alkoholové závislosti. Přinesl překvapivé zjištění odborníků zabývajících se léčbou závislostí. Srovnávali u skupin závislých klientů na alkoholu účinky tří psychoterapeutických směrů a to kognitivně- behaviorální terapie (KBT, zaměřením na změnu vnímání, myšlení a chování), s účinky posilování motivace (Motivational enhancement therapy – MET) a účinky práce skupiny Anonymních alkoholiků. Léčba byla dlouhá 12 týdnů, každý týden se měřil efekt i po léčbě po dobu 3 let. Hlavním ukazatelem byl počet dní abstinence a množství vypitého alkoholu v den porušení abstinence. Ukázalo se, že u klientů, kteří už nějakou léčbu absolvovali, byl výsledek skoro 100% dnů v měsíci bez alkoholu, u lidí bez předchozí léčby se výsledek pohyboval okolo 90%. Dále se ukázalo, že u klientů s vysokou úrovní hněvu, byly účinky posilování motivace efektivnější než KBT a 12 kroková facilitace Anonymních alkoholiků. Zmíněné léčebné přístupy a metody mají podle výsledků k sobě velice blízko a není dle nich metoda, která by jednoznačně v léčbě závislostí byla nejúčinnější (Gossop, 2009).

V současné době je metoda motivačních rozhovorů celosvětově rozšířená, dobře prozkoumána. Důkaz dokládají klinické výzkumy a účinnost této metody je obsažena i v aktuální meta-analytické studii Hettema (2007). Obsahuje výsledky z devíti problémových oblastí 85 klinických studií napříč devíti problémovými oblastmi. Bylo vypočteno 586 proměnných, což představovalo 19 708 účastníků. Celkový kombinovaný účinek pro všechny studie MI byl 0,41. Nejvyšší účinnost metody byla zaznamenána u problémů v oblasti stravovacích návyků a nejnižší účinnost v oblasti při odvykání kouření (Gossop, 2009).

3. Cíl výzkumu

Hlavním výzkumným cílem práce bylo zmapovat jaká je motivace k omezení a abstinenci závislostního chování u klientů s diagnózou F10-19, F 63.0 (MKN 10) a jakým způsobem se motivace k omezení a abstinenci závislého chování v průběhu léčby v psychiatrické léčbě mění.

Výzkumné otázky:

- a) Jak vypadá motivace k omezení a abstinenci závislého chování na začátku vstupu do léčby?
- b) Mění se motivace k omezení a abstinenci závislého chování v průběhu léčby a jakým způsobem?

4. Metodika

4.1. Hlavní výzkum a sběr potřebných dat

Výzkum probíhal kvalitativní metodou. Zvolená technika polostrukturovaných rozhovorů a administrace Motivačních dotazníků byly technikami sběru dat. Sběr potřebných dat byl rozdělen do dvou fází. První fáze sběru dat probíhala na počátku léčby, kdy byly respondentům administrovány Motivační dotazníky. Druhá fáze sběru dat proběhla před ukončením tříměsíční léčby, kdy byly znovu respondentům administrovány stejné Motivační dotazníky. Následně s odstupem dvou dnů byly s těmito respondenty vedeny i polostrukturované rozhovory, které byly druhou zjišťovací metodou pro tento výzkum.

Použité metody

- **Motivační dotazník**

První použitou metodou pro získání dat byl Motivační dotazník, který slouží podle Nešpora a kol.(2008) jako intervenční a diagnostický nástroj k mapování motivace v různých oblastech. Tento dotazník není nástrojem na kvantitativní měření motivace.

Struktura motivačního dotazníku je rozdělena do šesti oblastí: mezilidské vztahy, duševní zdraví, životní úroveň, pracovní oblast, tělesné zdraví, právní záležitosti a vždy po 18 otázkách, s možností odpovědi „ano“ nebo „ne“. Dotazníky je možné snadno vyplnit, data vyhodnotit (Nešpor et al., 2008).

Kladná odpověď „ano“ je projevem motivace v dané sledované oblasti Motivačního dotazníku. Součet kladných odpovědí všech oblastí v Motivačním dotazníku tvoří celkový motivační skóre (dále jen MS) jednotlivce na začátku léčby (ZL) i před koncem léčby (KL) viz tabulka 4.

Připravenost ke změně a motivace k omezení a abstinenci závislého chování je vyjádřena plusovou nebo minusovou hodnotou MS (tabulka 5), která vychází součtem rozdílů hodnot MS (mezi ZL a KL) ve všech sledovaných oblastech jednotlivce.

- **Polostrukturovaný rozhovor**

Druhou zjišťovací metodou bylo vedení polostrukturovaného rozhovoru, který patří k nejstarším metodám získávání poznatků, ale zároveň je nejobtížnější a současně nejvýhodnější metodou pro získávání kvalitativních dat, protože podle Miovského (2006) dokáže řešit nevýhody nestrukturovaného nebo strukturovaného rozhovoru (Miovský, 2006). Výhodou prováděného polostrukturovaného rozhovoru byla příprava okruhů otázek a možnost jejich zaměňování, tím zůstala zachována spontánnost a přirozenost rozhovoru s respondenty. Okruh otázek při rozhovorech byl zaměřen na motivace k omezení a abstinenci závislého chování v léčbě, jejich možné změny a možným vlivům léčby na motivace k omezení a abstinenci závislého chování (viz příloha 3). Všechny otázky v rozhovorech byly respondentům kladeny dostatečně nahlas, srozumitelně a jednoduše. Při vzniklém nedorozumění nebo nepochopení nějakého pojmu byla nabídnuta pomoc s vysvětlením. Délka rozhovoru v průměru nepřesáhla 20 minut.

4.2. Charakteristika a výběr výzkumného souboru

Do výzkumu byli zapojeni klienti, kteří se léčili se závislostí 10-19, F 63 v psychiatrické léčebně PATEB s.r.o. Jemnice, kam přicházeli v různém časovém odstupu. Při výběru účastníků výzkumu byla použita metoda záměrného výběru. Metoda záměrného výzkumu je metodou, do které jsou zapojeni jen ti respondenti, kteří na základě předem stanovených kritérií tato kritéria splňují a jsou ochotni se do výzkumu zapojit (Miovský, 2006).

Pro výzkum byla stanovena následující kritéria:

- klient se léčí pro jakoukoliv látkovou i nelátkovou závislost F 10-19, F 63.0 (alkohol, léky, patologické hráčství, drogy) ve střednědobé ústavní léčbě
- délka léčby není kratší než 3 měsíce.

Výzkumný soubor tvořilo 20 respondentů (10 mužů a 10 žen), kteří splnili kritéria ve sledovaném období od listopadu 2011 do dubna 2012 a dokončili tříměsíční léčbu. Respondenti souboru byli rozděleni do věkových kategorií 18-25 let, 26-45 let, 46 let (tabulky 1,2).

Mezi respondenty sledovaného souboru bylo odlišné zastoupení věku a diagnóz (tabulky 1,2). Nejmladšímu respondentovi bylo 18 let, nejstaršímu respondentovi bylo 54 let. Průměrný věk celého výzkumného souboru byl 32,9 let. Ve sledovaném souboru dosáhli nižšího věkového průměru muži a to 29,1 let (tabulka 1), ženy dosáhly průměrného věku 36,8 let (tabulka 2).

Tabulka 1 a tabulka 2 ukazují počet svobodných, ženatých, rozvedených a jejich průměrné dny léčby v psychiatrické léčebně. V souboru byli 2 respondenti rozvedeni, v léčbě byli opakovaně. 1 respondent byl ženatý a v léčbě poprvé. 4 respondentky byly vdané, v léčbě opakovaně. 12 sledovaných respondentů bylo svobodných, z toho 9 respondentů bylo v léčbě poprvé a 3 respondenti byli v léčbě opakovaně.

Celková průměrná délka závislého chování u mužů byla 15,4 let (tabulka 1). Celková průměrná délka závislého chování u žen byla let (tabulka 2).

Tabulka 1: Přehled získaných dat u mužů

Muži	Věk	Diagnóza	Stav	Délka užívání v letech	Léčba	Dny pobytu v léčbě
45-let a více						124
M/1	49	F10.2	R	29	O	124
26-44 let						
M/3	32	F63.2	V	10	P	112
M/2	37	F10.2 F19.2	S	22	O	95
M/5	26	F15.2	S	10	O	90
M/7	35	F10.2 F15.2	S	20	P	91
18-25 let						
M/8	22	F15.2	S	15	P	101
M/4	20	F15.2	S	4	P	96
M/9	22	F15.2	S	16	P	90
M/6	24	F15.2	S	6	P	90
M/10	24	F15.2	S	22	P	98
Průměr	29,1			15,4		

M-muži, F10. 2 – alkohol, F19. 2 - heroin, F15. 2 - pervitin, O -opakovaná léčba, P -první léčba,

R-rozvedený, S-svobodný, V-vdaná/ženatý/ženatý

Tabulka 2: Přehled získaných dat u žen

Ženy	Věk	Diagnóza	Stav	Délka užívání v letech	Léčba	Dny pobytu v léčbě
45 let a více						
Ž/1	42	F10.2	S	18	O	90
Ž/3	54	F10.2	V	15	O	96
Ž/4	54	F10.2	V	25	O	90
Ž/5	50	F10.2	V	12	O	92
Ž/7	49	F10.2	R	29	O	96
26-44 let						
Ž/6	38	F10.2	V	10	O	120
18- 25 let						
Ž/8	20	F15.2	S	4	P	96
Ž/9	20	F10.2 F15.2	S	5	O	120
Ž/10	23	F15.2	S	9	P	93
Ž/2	18	F10.2	S	3	P	90
Průměr	36,8			12		

Ž- ženy, F10.2 - alkohol, F19.2 - heroin, F15.2 - pervitin, O - opakovaná léčba, P -první léčba,

R-rozvedený, S-svobodný, V-vdaná/ženatý

U sledovaného souboru respondenti první léčby dosáhli průměrnou délku léčby 100,7 dnů. Respondenti skupiny opakované léčby dosáhli průměrnou délku léčby 98,3 dny (tabulka 3).

Tabulka č. 3: Zastoupení respondentů sledovaného souboru podle diagnóz, jejich průměrných dnů léčby první a léčby opakované.

Respondent	léčba první				léčba opakovaná			Průměrné dny léčby
	svobodní	ženatí	rozvedení	Průměrné dny léčby	svobodní	ženatí	rozvedení	
F 10.2	1	-	-	90	-	4	3	101
F 10.2; F15.2	2	-	-	105,5	-	-	-	-
F 10.2; F19.2	-	-	-	-	1	-	-	95
F 15.2	6	-	-	95,2	2	-	-	91,5
F 63.0	-	1	-	112	-	-	-	-
Celkem	9	1	-	100,7	3	4	3	95,8
	Celková průměrná délka léčby 98,3 dnů							

F10.2-alkohol, F19.2-heroin, F15.2-pervitin,F 63-závislost na hracích automatech

5. Průběh výzkumu

5.1. Etické zajištění

V průběhu realizace výzkumu bylo snahou především neohrozit a nepoškodit respondenty sledovaného souboru. Vždy před započítím výzkumu proběhl písemný informovaný souhlas (příloha č. 2) o dobrovolné účasti na rozhovorech, dalším použití získaných dat a jejich zpracování pro výzkumnou práci. Respondenti byli vždy na počátku rozhovoru seznámeni s možnostmi kdykoliv z výzkumu odstoupit, včetně odmítnutí nahrávání. Ochrana osobních údajů byla zajištěna přiřazením anonymních kódů sestavených z velkých písmen abecedy „M“ a přidělení identifikačního čísla 1-10, které vždy odpovídalo pořadí při vyplňování intervenčního dotazníku i při provedení polo strukturovaného rozhovoru u výzkumného souboru mužů (M/1-M/10). Stejně byla označena i skupina souboru žen „Ž“ a čísla 1-10 (Ž/1-Ž-10).

5. 2. Analýza dat

Při analýze byly použity metody a přístupy, které Miovský (2006) uvádí jako vhodné pro zpracování kvalitativních dat a to základní metodu kódování a metodou vytváření kategorií. Dále byla využita metoda prostého výčtu a metoda srovnávání. Metoda prostého výčtu umožňovala vyjádřit výskyt daného jevu, jeho frekvenci výskytu nebo poměr tohoto výskytu k jevu jinému. Je to metoda na hranici mezi přístupem kvantitativním a kvalitativním (Miovský, 2006).

5. 3. Fixace dat

Data z polostrukturovaných rozhovorů byla před analýzou nahrána na diktafon, upravena transkripcí do písemné podoby. Transkripce je proces převodu mluveného projevu z rozhovoru do písemné podoby (Hendl, 2008). Data z Motivačních dotazníků byla vedena písemnou formou a pro lepší přehlednost byla pomocí programu Microsoft Office Excel 2007 převedena do tabulek.

6. Samostatný výzkum

Pro přehlednost analýzy byly výsledky rozděleny do dvou podkapitol a to podle motivačních dotazníků a podle polo strukturovaných rozhovorů. Výsledky Motivačních dotazníků byly uvedeny u respondentů podle dosažených hodnot MS. Výsledky polo strukturovaných rozhovorů byly kódovány, začleněny do kategorií a srovnávány s daty z dotazníků.

6.1. Motivace k omezení a abstinenci závislého chování v léčbě podle motivačního dotazníku

Odborná literatura společně s výsledky práce ukazují následky užívání návykových látek. Spolu s jejich dalšími komplikacemi ovlivňují všechny oblasti v životě klientů. Jakých konkrétních oblastí života se u respondentů motivace k omezení a abstinenci závislého chování na počátku léčby nejvíce dotýká, uvádí tabulka 4.

6.1.1. Motivace k omezení a abstinenci závislého chování na začátku léčby

Na první výzkumnou otázku jaká je motivace k omezení a abstinenci závislostního chování respondentů na počátku léčby jsme se pokusili odpovědět analýzou získaných dat.

Analýza získaných hodnot motivace k omezení a abstinenci závislostního chování ukázala největší v oblasti vztahů, v oblasti duševního zdraví a oblasti životní úrovně. Je patrné, že u žen byla motivace k omezení a abstinenci závislého chování na počátku léčby celkově mírně vyšší ve většině motivačních oblastí než u mužů. Pouze v oblasti vztahů a životní úrovně muži dosáhli hodnoty mírně vyšší (tabulka 4). Následovala oblast duševního zdraví, oblast pracovní s právní oblastí. Nejméně muži odpovídali na motivace v oblasti zdraví. Ženy dosáhly největší motivace v oblasti vztahů a duševního zdraví, ale lišily ve výpovědích v oblasti pracovní. Následné nejpočetnější zastoupení motivace bylo u žen v oblasti životní úrovně, tělesného zdraví. Ženy nejméně odpovídaly na otázky motivace v oblasti právní (tabulka 4).

6.1.2. Motivace k omezení a abstinenci závislého chování na konci léčby

Další analýza motivace k omezení a abstinenci závislého chování před koncem tříměsíční léčby ukázala, že hodnoty MS se měnily jak u mužů, tak u žen. Přesto na konci léčby byly celkové hodnoty MS největší zase v oblasti vztahů (hodnoty se zde navýšily oproti počátku léčby), v oblasti duševního zdraví a v oblasti životní úrovně. Následovala oblast životní úrovně, oblast pracovní, oblast právní (hodnoty se zvýšily) a oblast tělesného zdraví. Celkové hodnoty MS na konci léčby byly podle dotazníků u žen opět vyšší než u mužů (tabulka 4).

Muži stejně jako ženy vykazovali nejvyšší hodnoty MS, a tím zastoupení motivace k omezení a abstinenci závislého chování, v oblasti vztahů (jejich hodnoty MS se ještě ale navýšily). V oblasti pracovní a oblasti právní se hodnoty u mužů mírně navýšily. V oblasti duševního zdraví a životní úrovně se hodnoty MS mírně prostřídaly a v oblasti tělesného zdraví se mírně snížily.

Ženy měly hodnoty MS na konci léčby také nejvyšší v oblasti vztahů. V ostatních oblastech zastoupení pořadí motivace podle hodnot MS zůstalo stejné (hodnoty MS se zde ale ponížily). Nejméně ženy odpovídaly na motivace opět v oblasti právní, muži opět nejméně kladných odpovědí měli v oblasti fyzického zdraví (tabulka 4).

Tabulka 4: Výsledky MS u jednotlivců podle motivačních dotazníků

Kód	Kladné odpovědi- tělesné zdraví		Kladné odpovědi- duševní zdraví		Kladné odpovědi- oblast vztahy		kladné odpovědi- pracovní oblast		Kladné odpovědi- právní oblast		Kladné odpovědi- životní úroveň		Celkový počet kladných odpovědí- MS	
	ZL	KL	ZL	KL	ZL	KL	ZL	KL	ZL	KL	ZL	KL	ZL	KL
M/1	5	9	16	17	14	17	9	11	2	7	12	16	58	77
M/2	10	10	14	11	16	16	14	12	7	4	17	11	78	64
M/3	1	1	9	7	15	13	5	9	4	13	8	9	42	52
M/4	3	4	8	4	9	7	2	3	4	4	7	8	33	30
M/5	4	5	10	12	12	15	4	11	4	4	14	14	48	61
M/6	11	9	17	16	13	14	14	13	7	10	15	13	77	75
M/7	8	4	17	17	16	16	10	13	6	8	10	11	67	69
M/8	2	0	13	11	18	17	12	10	6	6	8	6	59	50
M/9	3	3	12	1	16	16	15	15	6	7	12	10	64	52
M/10	1	1	17	14	14	14	6	2	8	8	16	14	62	53
kl.odp.	48	46	133	110	143	145	91	99	54	71	119	112	588	583
Ž/1	3	2	7	9	9	15	5	4	1	3	5	6	30	39
Ž/2	9	4	15	15	16	18	15	13	13	12	13	9	81	71
Ž/3	4	2	10	12	10	12	9	11	0	0	2	3	35	40
Ž/4	10	11	15	13	15	16	9	12	2	2	7	11	58	65
Ž/5	2	1	11	12	11	12	5	7	0	0	5	5	34	37
Ž/6	9	10	13	14	16	15	8	7	1	4	7	12	54	62
Ž/7	11	10	18	17	18	17	18	18	12	8	18	17	95	87
Ž/8	9	9	18	14	16	16	16	12	6	8	14	12	79	71
Ž/9	10	15	17	12	15	11	9	9	4	4	15	11	70	62
Ž/10	2	3	13	15	13	15	14	9	16	4	18	13	76	59
kl.odp.	69	67	137	133	139	147	108	102	55	45	104	99	612	593
Celke m kl.odp.	117	113	270	243	282	292	199	201	109	116	223	211		

M- muž/ kód, Ž- žena/kód, ZL- začátek léčby, KL- konec léčby, MS- dosažený motivační skór, kl.odp.-kladné odpovědi za oblast

6.1.2. Změna motivace v průběhu léčby.

Cílem druhé výzkumné otázky bylo u respondentů v léčbě zjistit, zda-li motivace k omezení závislostního chování a abstinenci se mění. Kladné odpovědi v dotazníku někde zůstaly nezměněné, někde narůstaly a jinde ubývaly. Celkové hodnoty MS se podle dotazníků u všech respondentů v průběhu léčby měnily (tabulka 5). Tabulka 5 ukazuje změnu hodnot motivace v léčbě (+ a – hodnoty jsou výsledkem součtu rozdílů motivačního skóre u jednotlivce i sledovaných motivačních oblastí).

U 9 respondentů byl zaznamenán celkový **nárůst kladných odpovědí**, které ale v celkovém součtu rozdílů motivačních skóre sledovaných oblastí tvořily – body pro hodnotu změny motivace k omezení závislého chování a abstinenci jednotlivce nebo sledované oblasti (tabulka 5). Z toho bylo 5 žen a 2 muži (převážně s vyšším věkovým průměrem a v opakovaných léčbách). Pouze dva respondenti byli v první léčbě (1 závislý na hracích automatech a jeden s duální závislostí). Nejvíce záporných 23 bodů bylo v oblasti pracovní, nejméně 5 bodů v oblasti tělesného zdraví (tabulka 5). Nejvíce 19 záporných bodů u respondenta závislého na alkoholu, v opakované léčbě a nejméně 2 záporné body měl respondent závislý na pervitinu, v léčbě první. Tento respondent byl věkově starší (tabulka 5).

U 11 respondentů byl zaznamenán celkový **úbytek kladných odpovědí**, které v celkovém součtu rozdílů motivačních skóre sledovaných oblastí tvořily + hodnoty změny motivace k omezení závislostního chování a abstinenci jednotlivce (tabulka 5), z toho 8 z nich bylo v první léčbě. Z celkových 11 respondentů bylo 5 žen, 6 mužů (převážně s nižším věkovým průměrem). Pouze 3 respondenti byli v léčbě opakované (závislost na alkoholu). Nejvíce 17 kladných bodů měla k omezení závislého chování a abstinenci (úbytek kladných odpovědí) respondentka závislá na pervitinu, v léčbě poprvé. Nejméně 2 kladné body k omezení závislého chování a abstinenci měla také mladší respondentka, závislá na pervitinu, v první léčbě (tabulka 5).

Nejvíce 30 kladných bodů k omezení závislého chování a abstinenci bylo v oblasti duševního zdraví, nejméně 1 bod v oblasti vztahů (tabulka 5).

Tabulka 5: Celkový rozdíl hodnot MS ve sledovaném období

Kód	Cel. součet rozdílů MS u jednotlivce (ZL a KL)	Rozdíl MS mezi ZL a KL v jednotlivých oblastech					
		MS tělesné zdraví	MS duševní zdraví	MS oblast vztahy	MS pracovní oblast	MS právní oblast	MS životní úroveň
Záp.	změna	motivace					
M/1	-19	-4	-1	-3	-2	-5	-4
M/5	-13	-1	-2	-3	-7	0	0
M/3	-10	0	2	2	-4	-9	-1
Ž/1	-9	1	-2	-6	1	-2	-1
Ž/6	-8	-1	-1	1	1	-3	-5
Ž/4	-7	-1	2	-1	-3	0	-4
Ž/3	-5	2	-2	-2	-2	0	-1
Ž/5	-3	1	-1	-1	-2	0	0
M/7	-2	4	0	0	-3	-2	-1
CNPMO		1	-5	-13	-23	-21	-17
Klad.	změna	motivace					
M/6	2	-2	1	-1	1	-3	2
M/4	3	-1	4	2	-1	0	-1
Ž/7	8	1	-1	-1	0	-4	-1
Ž/8	8	0	4	0	4	-2	2
Ž/9	8	-5	5	4	0	0	4
M/8	9	2	2	1	2	0	2
M/10	9	0	3	0	4	0	2
Ž/2	10	5	0	-2	2	1	4
M/9	12	0	11	0	0	-1	2
M/2	14	0	3	0	2	3	6
Ž/10	17	-1	-2	-2	5	12	5
CPPMO		-1	30	1	19	6	27

M- muž, Ž –žena+ číselný kód respondenta, ZL- začátek léčby, KL- konec léčby, CNPMO - celková záporná změna jednotlivých motivačních oblastí; CPPMO - celková kladná změna jednotlivých motivačních oblastí

6.2. Motivace k omezení a abstinenci závislého chování v léčbě podle rozhovorů

Motivy, které vedly respondenty do léčby, mnohdy souvisejí s následky závislého chování a souvisí s nimi často i neschopnost dál tyto důsledky zvládat. Následující část výzkumné práce zachycuje motivy podle přímých rozhovorů u respondentů a zároveň zachycuje vlivy léčby, které na motivace k omezení a abstinenci závislého chování u respondentů přímo působily léčbě.

6. 2. 1. Motivy přivádějící respondenty do léčby

Následující kategorie ukazují jaké motivace k omezení a abstinenci závislostního chování vedly respondenty do ústavní léčby závislostí.

- **Psychické zdraví**

Kategorie obsahuje projevy negativního účinku drogy na psychiku lidského organismu respondentů projevující se narušeným spánkem, nekonečnou únavou, nesnesitelnými abstinenciemi potížemi, vyskytujícími se toxickými psychózami. U žen se navíc objevily nezvladatelné nálady, chutě dál užívat drogu, opakované úzkosti, deprese, dlouhodobá podrážděnost, nespavost často řešená alkoholem, dlouhodobá nerozhodnost, ztráta paměti a narůstající pocity viny.

„Dřív jsem měl síly dost, hned jsem potřeboval zkoušet nepoznané. Dnes mám deprese, nespím, chutě vnímám každý den. Pokud si dám, slyším pořád hlasy“.

„Bylo to jak na kolotoči, ráno jsem se vzbudila, měla jsem depku, tak jsem si vzala léky. Dostavil se absták, tak jsem si nalila panáka. Většinou to u jednoho neskončilo“

- **Fyzické zdraví**

Tato kategorie ukazuje celkové zdravotní problémy respondentů, které zahrnují prokázané jaterní poškození, polyneuropatii, stále nedolčené abscesy v místech vpichů, 2 prokázané žloutenky typu C, zažívací potíže, úbytek váhy, poškozené zuby, žaludeční vředy a zánět slinivky.

„ To bylo strašný, jak jsem žila, bylo mi to na drogách prvně jedno, ale potom jsem se nedokázala z toho kola vymotat. Máma mě nechtěla pustit domů, bála se, že nakazím bráchu. Byla jsem špína, neměla se kde umejt, co jíst, kradla jsem, hned za prachy zase koupila novou

dávku. Záchranka mě odvezla z ulice a teď jsem tady. Nevím, jak to zvládnou, ale chci znovu k mámě“.

- **Sociální záležitosti**

Tato kategorie má velké zastoupení motivace k omezení a abstinenci závislého chování a ukazuje, jak obsáhlé byly u respondentů vzniklé důsledky jejich závislostního chování. Pro lepší názornost byly motivace rozděleny ještě do podkategorií, které je blíže specifikují.

Trestná činnost

Kategorie zachycuje páchaní trestné činnosti a problémy spojené s nedostatkem financí vlivem závislostního chování. Trestní stíhání za distribuci a výrobu drog, krádeže, řízení pod vlivem návykové látky, ztráta řidičského oprávnění a zaměstnání, vysoké dluhy vzniklé i hraním automatů pod vlivem drog nebo alkoholu.

„ Lhal jsem, chodil domů pozdě, sváděl jsem to na práci, služební cesty. V práci jsem ale nebyl. Dokázal jsem kvůli hraní okrást své vlastní rodiče. Dluhy jen narůstaly. Kamarádi mi půjčili a tak to šlo pořád dokola. Pořád jsem si myslel, že na dluhy vyhraju. Už to ale nešlo dál, tak jsem to tátovi na sebe řekl, ten rozhodnul a jeli jsme sem “.

„ No kámoš uvařil péčko a já ho prodával. Šlo mi to dobře, připadal jsem si jako král, kterýho potřebujou. Nosil jsem značkové věci, dělalo mi dobře, když jsem dobře vypadal“.

Narušené vztahy

Následující kategorie ukazuje, jaký vliv má závislé chování a návykové látky na rodiny a partnery. Dotazovaní respondenti v rozhovorech označovali často své vztahy za ukončené nebo narušené jak s rodiči, tak s partnery. Krádeže nejen v okolí, ale i rodině, nedostatečný zájem, žádná svoboda v rozhodování se. Ženy závislé na alkoholu se do léčby vracely opakovaně, manželé jim vyhrožovali rozvodem a ztrátou dětí. Ženy také hodnotily vztahy jako neutěšené, neudržitelné, nešťastné, vyhořelé.

„ Já vlastně nevím co je pravá láska, vždyť my jsme spolu byli jen ze zvyku. Buď jsem sháněl já, nebo Jana. Jen sex byl velká společná jízda, to jsme si rozuměli. No ale vlastně jen na začátku, potom už stejně žádný nebyl“.

„ Byl po svatbě tak milý, ale potom se začal měnit. Jen mi všechno vyčítal, pořád bylo všechno, co jsem udělala málo. Když se narodily děti, bylo to ještě horší, byla jsem špatná

matka. Když sem začala pít a on na to přišel, začal mě i být a říkal, že si nic jiného nezasloužím “.

„Prachy jsem nepotřebovala, žila jsem s vaříčem. Když jsem otěhotněla, chtěla jsem přestat, ale nešlo to. Až jednou mě sjetej tak zmlátil, že jsem potratila. Dal mi loktama do břicha, tak jsem omdlela. Nechci se k němu vrátit“.

Finanční problémy

V této kategorii se ukazuje, jak závislé chování degraduje lidskou osobnost až na okraj lidské společnosti, kde je často hlad a špína. Respondenti v rozhovorech často uváděli, že do léčby je přivedl život na ulici. 35 letý respondent byl odkázaný na sociální dávky, stále střídal léčebny, nedokázal se osamostatnit a oprostít se od vlivu matky, stále využíval její pomoc, ale domů se vrátit nemohl.

„ Já vím, je to hrozný v mém věku. Bojím se toho, já to prostě nedokážu. Musím to nějak zkusit, nemůžu se k ní vrátit, její přítel to nechce- zapálil jsem jim dům, kde byla ležící babička.“

„ Vůbec mi to nepřišlo, žili jsme všichni pospolu, když jsem měl já, tak jsem dal a jindy to zas bylo naopak, jenže časem se to zvrhlo. Navzájem jsme si kradli. Když byl někdo najetej, šel si jen za svým a v abstáku mi bylo jedno, koho udělám. Jen se z toho dostat, ale to bylo pořád dokola. Už jsem to nezvládal, když přišla psychóza

Význam motivace k omezení a abstinenci závislého chování podle rozhovorů se velmi dobře shodoval se získanými výsledky motivačních dotazníků. Nejčastěji v rozhovorech uváděli respondenti problémy, psychickém zdraví a okolnosti, které souvisely se vztahy, trestnou činností, financemi a prací. Oblast tělesného zdraví byla málo respondenty uváděna stejně jako v dotazníku.

6. 2. 2. Vliv léčby na změnu motivace k omezení a abstinenci závislého chování podle rozhovorů

Ne každému přinese ústavní léčba změnu, přesto může mít léčba na změnu motivace k omezení a abstinenci závislého chování u respondentů různý vliv a dosah. Jaké vlivy a dosah měla léčba u respondentů, ukazují následující kategorie doplněné o příklady z rozhovorů.

Získané sebevědomí

Kategorie zahrnuje odpovědi 8 respondentů, kteří v léčbě našli znovu své sebevědomí, které měli jednak vlivem drogy nebo špatných vztahů potlačené čímž se posílila u nich potřeba nevzdat se, řešit věci a vydržet.

„Postrádala jsem vlastní názor, sebevědomí, připadal jsem si jako loutka, kterou někdo tahá, ale už nechci být někým ovládána. Zkusil jsem i to tu a potřebuji to zlepšovat. Je to takové jiné, nové. Připadám si silnější.“

Pochopení a sounáležitost

Následující kategorie vyjadřuje sdílející názor 9 dotazovaných respondentů, kteří vnímali další významný vliv působící na změnu v léčbě a to účast ve skupině a vzájemný zájem všech o sebe v ní. Hodnotili také přínosné rady při skupinové práci, nápady, ochotu, soucit, souznění s příběhy ostatních a pochopení se navzájem.

„ Bál jsem se manželce podívat do očí, tátovi říct pravdu. Vůbec jsem nechtěl jet na dovolenku, ale skupina mi dodala odvalu. Taky bylo dobrý, když za mnou přijeli a sedli jsme si všichni i terapeut a vyříkali si to před cestou už tady. Bylo to strašný, moc jsem se styděl, ale dali mi šanci a já to chci spravit“.

„ Vůbec jsem si nevěřila, tchýně mi stále dává najevo, jak jsem ve všem nemožná. Konečně jsem se tady naučila díky holkám a jejich podpoře spoléhat sama na sebe, nevěřila jsem si. Našla jsem v sobě novou důvěru a to mi pomohla vybudovat skupina. O 6 týdnech léčby si myslím, že je to málo, to jsme se tak poznali ve skupině“.

Zvládání zátěžových záležitostí

Tato kategorie koreluje s neschopností a nezájmem závislých respondentů zvládat zátěžové situace pod vlivem návykové látky. 6 dotazovaných respondentů uvedlo, že jim pomohlo, že museli řešit své problémy, které byly zanesené v plánech a cílech léčby hned, bez odkladu s pomocí jiných. Svoje pohledávky řešili s pomocí sociální pracovníce a byli překvapeni, šlo jim to. Dříve dlouho odkládané dluhy uváděli častým a opakujícím se důvodem se napít, zapomenout a neřešit to.

„Nejhorší to bylo s úředníky, nerozuměla jsem tomu, co chtějí a tak jsem raděj nic neřešila, problémy se kupily a nyní se nestydím a nebojím zeptat. Také už vím, že se mám na koho obrátit až budu potřebovat poradit“.

Podpora rodiny

Častá motivace u závislých na pervitinu byla znovu navrácená důvěra rodiny. 4 respondenti chtěli abstinovat hlavně kvůli rodičům, obnovili si narušené vztahy, z toho 2 respondentky finančně podpořila rodina a mohly do následné péče. 4 respondenti závislí na alkoholu uvedli, že jim v rozhodnutí ke změně hlavně pomohla rodina, včetně dětí, které jim zase projevila důvěru. Další 3 respondenti uvedli obnovené partnerské vztahy.

Při dotazování co si myslí, že nejvíce ovlivnilo v léčbě jejich potřebu něco změnit včetně motivace k omezení a abstinenci závislého chování respondenti nejvíce uváděli získání dostatečného odstupu v léčbě od svého závislého chování a s ním lepšího uvědomění si, co se vlastně kolem nich všechno děje a svým chování způsobili.

Uvědomění si potřeby bezpečí a jistoty

Následující kategorie ukazuje vlastní uvědomění si a přesvědčení se u respondentů, že jim chybí stabilita spolu s trvalejší jistotou. Dotazovaní respondenti se rozhodli v léčbě pro nové změny na sobě, uvedli, že sami došli k přesvědčení se léčit dál. Uváděli, že neměli při vstupu do léčby představu, co bude dál, jak mohou pokračovat. Tito respondenti už při rozhovoru měli dostatečné informace a představu o dalším doléčovacím programu. V rozhovorech také uváděli, že jim k rozhodnutí pomohli jak někteří členové skupiny, tak přednášky na téma závislost a s tím souviselo jejich uvědomění si, že nedbali o svého zdraví. 1 respondent hovořil o získané a prokázané žlutence C, kterou chce léčit pomocí metadonu.

„Jdu do komunity, doma stejně není o co stát, jen by jsme se hádali a to nechci. Víím, že toho mám hodně před sebou, ale chci. Léčba mi dala nějaký smysl a řád, lidi tady mě naučil jak se mám chovat. Bylo to hodně těžký, ze začátku jsem to tu hodně ignorovala. Říkala jsem si, že to nějak přežiju, ale potom přišly dobrý holky a pak tak se to nějak samo změnilo. Dodávaly mi také vnitřní sílu“.

„ Nemám stejně kam jít. Jsem z dětského domova a o byt jsem přišel, tak raděj budu pokračovat někde se skupinou lidí a možná se pokusím zapojit někde do fotbalového tréninku, tam bych mohl přijít k penězům. Neumím si představit sebe někde ve fabrice. V léčbě se mi líbila otevřenost lidí ke mě, to, že mě vzali mezi sebe. Můžu říct, že jsem se taky zbavil strachu díky vzoru Honzika. Jo ten mi ukázal, jak to mám dělat“.

Zpětná vazba

V této kategorii je vyjádřena potřeba být hodnocen a schopnost přijímání rad. Respondenti oceňovali kritiku a trefné zpětné vazby k jejich osobám , které jim pomohly uvědomit si co chtějí změnit a vlastní chyby.

„ No dostával jsem pěknou sodu, ale dnes víím, že mělo význam, jelikož jsem o tom přemýšlel a už si myslím , že se to zlepšilo. Hodně mi to říkali.“

Individuální pohovor

Zmíněná kategorie vyjadřuje vliv terapeuta na klienta. Respondenti označili ve výpovědi přístup terapeuta na individuálním pohovoru za velmi vstřícný, užitečný a příjemný. Uváděli výhodu klidného a osobního prostoru, který jim terapeutky byl nabízen.

„ Vííte, já jsem tam hodně řešila vlastně toho tátu, kterej na mě pořád kašle. Ve skupině to nešlo, tam jsem se styděla.“

„ Bylo to dobrý, vždycky jsme hledaly s terapeutkou další cestu, třeba jak se nebát to manželovi říct a potom jsem si o na dovolence zkoušela a zase jsem to po návratu do léčebny probíraly. Měla jsem radost, že mám s kým a někam to posouváme. Manžel přijal pozvání a byli jsme tam i spolu.“

Řád

Tato kategorie potvrzuje vhodnost řádu při střednědobé ústavní léčbě závislosti. Respondenti vnímali pozitivně stanovená pravidla, jejich účinnost si sami na sobě ověřili a mohli se vrátit k základním návykům spolu s pravidelnou životosprávou a pravidlům, které jim řád nabízel.

„ Já jsem to ještě pořádně nezkusila chodit do práce, nikdy jsem tam nevydržela. Šlo jen o krátké brigády a stejně mě nakonec vyhodili. Byla jsem věčně nandaná“

„ Vůbec jsem nebyla schopná ráno vstát a něco jíst. Myslela jsem si, že se to nespraví, jen jsem pila kávu a to stejně po čase bylo ještě horší. Hubla jsem, myslel jsem, že mám vředy. Dnes už vím, že to bylo pitím. Přibral jsem 10 kilo a to ještě určitě nebude všechno.“

Výsledky rozhovorů velmi dobře odkryly motivace respondentů k léčbě a doplňují získané výsledky z motivačních oblastí dotazníků.

7. Diskuse

Hlavním záměrem této výzkumné práce bylo hlouběji poznat motivace k omezení a abstinenci závislého chování u klientů vstupujících do léčby. Na základě toho pak bylo snahou zmapovat motivace k omezení a abstinenci závislého chování u závislých klientů, kteří přichází do střednědobé ústavní léčby. Následně porovnat motivace k omezení a abstinenci závislého chování v průběhu léčby. zjistit, zda se motivace mění a jakým způsobem. Pro výzkum byly stanoveny dvě výzkumné otázky.

První otázka sledovala motivace k omezení a abstinenci závislého chování u klientů na počátku léčby. Podle dotazníků byly největší motivace k omezení a abstinenci závislého chování na začátku léčby **v oblasti vztahů**. Výpovědi respondentů v rozhovorech byly shodné s výpověďmi, které mapoval dotazník. Ve výzkumu se ukázalo, že i věk může mít vliv na narušené vztahy. Respondenti závislí na drogách byli věkově mladší a více uváděli špatné vztahy s rodiči, což mohlo souviset s nezvládnutou separací dospívající osobností, o které v literatuře píše Vágnerová (2004). Závislí na alkoholu byli ve výzkumu věkově starší a měli více narušené vztahy partnerské. Ženy v této oblasti měly větší motivace k omezení a abstinenci závislého chování než muži. To koreluje s odbornou literaturou, ve které se Kalina et al. (2008) zmiňují o úzkostech, náladách, depresích velkých stresech u žen v neuspokojivých vztazích. Výsledky potvrzuje i výzkum Procházkové (2010), která poukazuje na důležitost mezilidských vztahů u závislých, kteří se rozhodnou pro změnu,

začnou se léčit a chtějí abstinovat. Oblast vztahů byla v její práci označena jak pracovníky, kteří klienty stimulují ke změně, tak respondenty, jako nejdůležitější oblastí pro změnu vedoucí k abstinenci.

Druhou, pro změnu významnou motivační oblastí, byla **oblast psychického zdraví**. Ženy tohoto výzkumu byly věkově starší a častěji závislé na alkoholu. Nevládaly prožívaný stres, jak uváděly v rozhovorech, začaly se u nich projevovat deprese, úzkosti a ženy je zpočátku léčily doma alkoholem, což by odpovídalo modelu automedikace, o kterém v odborné literatuře v souvislosti úzkostných a depresivních poruch píše Kalina et al.(2008) jako o psychiatrické komorbiditě (u jedince výskyt dvou a více symptomů nebo psychických onemocnění).

Potom je možné domnívat se, že tyto ženy až s následným rozvojem závislosti a přidruženými somatickými onemocněními (polyneuropatie, nemoci jatek, slinivky), o kterých se ženy zmínily v rozhovorech, vyhledaly léčbu později. V léčbě se u nich tyto problémy stabilizovaly nastavením antidepresivní medikace, což některé ženy v rozhorech potvrdily. Muži, převážně věkově mladší, uváděli v této oblasti ale větší motivace ke změně a také uváděli, že v mládí byli často označováni hyperaktivními. Při užívání pervitinu, který jim z počátku s jejich aktivitou pomáhal, došlo k jeho nadužívání. Jejich nevyrovnaná osobnost se tak, dle možné úvahy, mohla setkat s následky organického poškození, doprovázeného s většími nebo menšími kognitivními deficity, o který v odborné literatuře Kalina et al. (2008) píše. Muži výzkumu v rozhovorech uváděli, že prožívali toxické psychózy již před nástupem do léčby, měly ztráty paměti, trpěli nesoustředěností, nespavostí.

Je možné se domnívat, že proto se také v oblasti psychického zdraví výsledky výzkumu shodují jen částečně s výsledky Maierové (2010), která se motivací ke změně na návykových látkách také zabývala, ale pouze u žen léčících se v komunitě. Její respondenty v oblasti duševního zdraví prokazovaly největší motivace ke změně.

Další dvě motivační oblasti byly **oblast životní úrovně a oblast pracovní**. Ztráta zaměstnání souvisí se špatnou životní úrovní v důsledku dlouhodobého závislého chování a neschopností sehnat si práci pro opakující abstinenci potíže. Pak to mohlo vést ke snížení financí a životní úrovně, o které v odborné literatuře píše Nešpor a Müllerová (2006). Potvrzovaly to ženy, které častěji než muži o práci v rozhorech mluvily a cítily větší zodpovědnost při zabezpečování finanční jistoty dětí. Finanční příjem jim dříve často zajišťoval partner, manžel nebo rodič, se kterým žily.

Překvapivým zjištěním podle výzkumu bylo, že **oblast tělesného zdraví** byla u respondentů málo motivační. Naopak ve výzkumu Maierové (2010) byla oblast fyzického

zdraví velmi motivační. Tento rozdíl mohl být způsoben odlišností výzkumného souboru (zkoumala pouze ženy). Ženy tohoto výzkumu se převážně léčily se závislostí na alkoholu v tříměsíční ústavní léčbě a nepociťovali fyzické zdraví poškozené. Důkazem jim byly až provedené kontrolní testy krve. Mladší respondenty, užívající drogy, své fyzické zdraví nepovažovaly za poškozené tolik, jako drogově závislé respondenty v dlouhodobé komunitní léčbě u Maierové (2010). Neprojevíly se zatím žádné trvalé následky jak u žen Maierové (2010), kde byly již prokázány žloutenky typu C.

Podle rozhovorů respondenti výzkumu (hlavně muži) do léčby přicházeli více pod tlakem soudů, rodin, partnerů, zaměstnavatelů, úřadů a tlakem psychickým. Zatím necítili potřebu pečovat o své fyzické zdraví. Potřebu pečovat o své zdraví označili až pokud byli na ni přímo otázkou v dotazníku nebo rozhovoru dotázáni.

Hodnoty motivace v této oblasti nekorespondovaly ani s výsledky výzkumu Dobešové (2012), která u respondentů stejně jako Maierová (2010) uvádí hlavní motivace k abstinenci fyzické zdraví. Tento rozdíl výsledků lze spatřovat v odlišném zastoupení respondentů ve výzkumu i zvolených technikách pro získání dat. Na rozdíl výsledků mohla mít vliv i cílová skupina výzkumu. Dobešová (2012) nepracovala s respondenty léčby dokončené, ale se všemi závislými v léčbě. Celkové výsledky u Dobešové (2012) a výsledky výzkumu mohly být ovlivněny i výzkumnými cíly. Tento výzkum sledoval hlavně motivace k omezení a abstinenci závislého chování, výzkum Dobešové (2012) sledoval motivace k abstinenci a relapsu.

Nejméně motivační oblastí byla **oblast právní**. Při vstupu do léčby mohla malá míra motivace v této oblasti souviset u starších žen s již vyřešenými právními záležitostmi. U mladších žen mohla být pouze z nutnosti nastoupit léčbu kvůli požadavkům úřadů a soudů. Ženy výzkumu žádaly navrácení dětí do péče. U mužů mohla malá míra motivace ke změně v léčbě souviset s tlakem vnějších okolností (páchaná trestná činnost, řízení auta pod vlivem, výroba a distribuce drog). Respondenti v rozhovorech uvedli, že v léčbě čekali na soudní řízení a nižší trest při prokázání snaze změnit svoje chování nástupem do léčby, což dokládá odborná literatura jako účelové jednání při dosažení alespoň alternativního trestu nebo co nejkratšího nepodmíněného trestu (Kalina et al., 2008).

Druhá výzkumná otázka sledovala, zda-li se motivace k omezení a abstinenci závislého chování v průběhu léčby mění a jakým způsobem. Respondenti byli v jedné motivační oblasti motivováni víc, v jiné méně, jak ukázal výzkum. Součty rozdílů hodnot MS se měnily u mužů i žen a byly důkazem kolísání připravenosti ke změně chování.

Nárůst kladných odpovědí v dotazníku, tedy hodnot motivace k omezení a abstinenci závislého chování podle dotazníků, byl na konci léčby nejvyšší **v oblasti práce a oblasti právní**, převážně u starších respondentů v opakovaných léčbách. V celkovém součtu rozdílů kladných odpovědí mezi začátkem léčby a koncem léčby (ZL a KL) byly hodnoty motivačního skóre (MS) na konci léčby zvýšené, což by na konci léčby u respondentů mohlo být považováno za větší motivaci (při abstinenci v léčbě si lépe uvědomovali následky závislého chování a vnímali větší potřebu změny závislého chování). Nárůst kladných odpovědí motivačního skóre mohl také ale být projevem beznaděje, která by souvisela s návratem do reálného života. V rozhovorech se potvrdily nevyřešené vztahy, nesehnaná práce, nedořešené bydlení a nedostatečná podpora okolí při opakování relapsů.

Snížení kladných odpovědí v dotazníku, hodnot motivace k omezení a abstinenci závislého chování podle dotazníků, bylo na konci léčby **v oblasti duševního zdraví a životní úrovně**. Tato změna byla převážně u věkově mladších respondentů, závislých na pervitinu. Lze se tak domnívat, že snížené hodnoty změny motivace mohly v léčbě souviset s částečným urovnáním vztahů s rodiči, vyřešením sociálních záležitostí během léčby, nástupem do chráněného doléčování s bydlením, účinkem psychofarmak během léčby, odezněním drogového účinku na psychiku, získáním náhledu na své chování a jeho změnou, což dokládají výpovědi v rozhovorech.

Podle rozhovorů změna hodnot motivace k omezení a abstinenci závislého chování mohla být výsledkem celého léčebného procesu střednědobé léčby, kde na motivace k omezení a abstinenci závislého chování v léčbě působily právě vlivy, které v rozhovorech respondenti označili. Byly to získané sebevědomí, pochopení a sounáležitost, zvládnání zátěžových záležitostí, podpora rodiny, uvědomění si potřeby bezpečí, jistoty, vyřešené bydlení, zpětná vazba, individuální pohovor a řád. V odborné literatuře jsou tyto vlivy Kalinou (2008) či Nešporem (2007) označeny jako jedny z mnoha účinných faktorů pro výsledek celé léčby.

Vysokou připravenost a motivace ke změně v léčbě u klientů dokládá také výzkum DTORS. Výzkumný vzorek tvořilo 1796 klientů, kteří chtěli na začátku léčby přestat užívat návykové látky. Během výzkumu došlo u 60 % klientů v léčbě ke zlepšení psychického a fyzického zdraví. Snížila se rizikovost jejich chování (snížil se počet návykových látek a způsob injekční aplikace) a dalších 40% klientů bylo schopno dlouhodobě abstinentovat (Jonas et al.,2009). Nejen ve výzkumu je uvedena důležitost podpory od partnerů, přátel a spolužáků pro posílení motivace ke změně, ale i ve výzkumné práci Pavelkové (2011), která se zabývala motivací k abstinenci u drogově závislých.

Tento předkládaný výzkum potvrdil, že motivace u respondentů jsou a vychází z různých motivačních oblastí. Technikou Motivačních dotazníků byl výzkum omezen na sledování šesti základních motivačních oblastí. Zvolenou technikou se podařilo prokázat zápornou a kladnou změnu motivačních hodnot motivačního skóre, na kterou měly podle výsledků rozhovorů vliv účinné prvky střednědobého léčebného procesu a vlivy okolí.

Slabé a silné stránky práce s doporučením pro praxi

Za slabou stránku této výzkumné práce lze považovat to, že pro malý počet respondentů není výzkumná práce reprezentativní. Nepodařilo se získané výsledky této práce porovnat s více podobně zaměřenými výzkumnými zahraničními pracemi. Následně proto bylo alespoň snahou porovnat výsledky výzkumné práce s dostupnou odbornou literaturou a podobně zaměřenými výzkumnými pracemi, které byly dostupné u nás.

Za silnou stránku této výzkumné práce lze považovat dokončení výzkumu se všemi respondenty, nikdo během výzkumného období z výzkumu neodstoupil. Zvolené techniky (dotazník a rozhovor) se osvědčily pro získání dat a analýzou výsledků se podařilo odpovědět na obě stanovené otázky výzkumu. Polo strukturované rozhovory lépe a hlouběji umožnily poznat psychické problémy a vnitřní motivace respondentů, což korelovalo s tvrzením Miovského (2006), který uvádí větší otevřenost respondentů při získávání dat touto zvolenou technikou.

8. Závěr

V této výzkumné bakalářské práci bylo záměrem lépe poznat a představit motivace omezení a abstinenci závislého chování u klientů, kteří se z vlastního přesvědčení nebo tíhou a tlakem okolností rozhodli vstoupit do léčby.

V teoretické části práce byly představeny různé druhy motivace, způsoby práce s ní a možnosti vedení klientů ke změně závislého chování. V praktické části práce byly motivace k omezení a abstinenci závislého chování prezentovány na počátku léčby a na konci léčby. Lze souhlasit s odbornou literaturou, kde Kalina a kolektiv (2008) uvádějí, že klienti motivaci mají, tedy i při vstupu do léčby. Výzkum ukázal, že problémy spojené s užíváním návykových látek nesouvisí pouze s jednou životní oblastí člověka, ale jsou opravdu různé, jak uvádí v odborné literatuře Vágnerová (2004).

Klienti tohoto výzkumu motivováni byli a to v oblasti, psychické, sociální a oblasti tělesného zdraví. Největší motivační hodnoty respondenti výzkumu prokazovali v oblasti

vztahů a duševního zdraví. Podle změněných hodnot motivačního skóre připravenost respondentů ke změně v léčbě kolísala, což prokázalo možnost změny motivace. Na změny hodnot motivačního skóre v léčbě pozitivně působily vlivy jako získané sebevědomí, pochopení a sounáležitost, zvládání zátěžových záležitostí, podpora rodiny, uvědomění si potřeby bezpečí, jistoty, vyřešení bydlení, zpětná vazba, individuální pohovor a řád.

Uváděné hodnoty změny motivace k omezení a abstinenci závislého chování během léčby ukazují, že by v léčebném zařízení mohlo být věnováno více času párové a rodinné terapii z důvodu tak velkého a opakovaného zastoupení motivace v oblasti vztahů a psychického zdraví, které úzce s narušenými vztahy souvisí.

Je dokázané, že spolupráce rodinných příslušníků a partnerů v průběhu celého léčebného procesu pozitivně působí na léčbu klienta, bez které by změna a abstinence nebyla možná (Kalina, 2001; Kalina et al., 2008). Už Jaroslav Skála et al. (1987) upozorňoval na vhodnost a někdy přímo nutnost zapojit rodinu do léčebného procesu, jelikož klient může svojí změnou rodinu znejistit a vyvolat si tak potřebu návratu k původním vzorcům chování.

Bylo by dobré, kdyby se tato práce stala inspirací v pomáhajících profesích při práci s klienty, protože jak výzkum potvrdil, tak motivace se mění a její posilování ke změně je důležité zvláště u závislých klientů (Nešpor, 2003).

Přáním bude dál šířit možnosti práce s motivací a tím přinést vnitřní uspokojení a radost všem. Neznalost motivace, nedostatek motivace a nedostatečně podporovaná motivace všech jedinců, včetně závislých, může vést k syndromu vyhoření a relapsu.

Literatura:

- Bell, A., Rollnick, S. (1999). Motivační trénink v praxi: strukturovaný přístup. In Rotgers, F., et al. Léčba drogových závislostí. Kapitola 10. Praha: Grada Publishing.
- Dobešová, V. (2012). Motivace uživatelů návykových látek k abstinenci nebo relapsu. Diplomová práce. Ostravská univerzita. Filozofická fakulta. Katedra psychologie a aplikovaných věd. Ostrava.
- Dobiášová, D., Broža, J., Kalina, K. (2008). Poradenství a práce s motivací. In Kalina, K. et al. (2008). Základy klinické adiktologie. Kapitola 9. Praha: Grada Publishing.
- Frankl, V.E. (2006). Lékařská péče o duši. Brno: Cesta.
- Frouzová, M. (2003). Úvod do problematiky specifické klientely a nových závislostí. In Kalina, K., et al. Drogy a drogové závislosti- mezioborový přístup. Kapitola 9/1. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.
- Gossop, M. (2009). Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o účinnosti. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.
- Hartl, P. (1993). Psychologický slovník. Praha: Budka.
- Hartl, P. & H. Hartlová (2010). Psychologický slovník. Praha: Portál.
- Heller, J. & Pecinová, O. (1996). Závislost známá neznámá. Havlíčkův Brod: Avicenum.
- Hendl, J. (2008). Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál.
- Jones, A., Donmall, M., Miller, T., Moody, A., Weston, S., Anderson, T., et al. (2009). The Drug Treatment Outcomes Research Study (DTORS): Final outcomes report. 3rd Edition. Retrieved 12. 10. 2012, from website <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs07/horr03c.pdf>.
- Kalina, K., et al. (2001). Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Praha: Filia Nova.
- Kalina, K. a kolektiv (2003). Drogy a drogové závislosti 1. NMS/Úřad vlády České republiky. Praha.
- Kalina, K. a kolektiv (2003). Drogy a drogové závislosti 2. NMS/Úřad vlády České republiky. Praha.
- Kalina, K. (2003). Faktory významné pro účinnost léčby a změnu klienta. In Kalina, K., et al. Drogy a drogové závislosti- mezioborový přístup. Kapitola 7/2. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.
- Kalina, K. (2008). Ženy a muži jako specifické cílové skupiny. In: Kalina, K., et al. Základy klinické adiktologie. Kapitola 19. Praha: Grada Publishing.
- Kalina, K., et al. (2008). Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing.

Kratochvíl, S. 1997. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.

Maierová, E. (2010). Motivace uživatelů návykových látek v nařízené ochranné léčbě a dobrovolné léčbě. *Adiktologie.*, roč.10, č.4, s. 237 – 245.

Miller, W.R. & Rolnick, S. (2003). *Motivační rozhovory. Příprava lidí ke změně chování*. Tišnov: Sdružení SCAN.

Miovská, L., Miovský, M., Kalina, K. (2008) Psychiatrická komorbidita. In: Kalina, K. et al. *Základy klinické adiktologie. Kapitola 5*. Praha: Grada Publishing.

Mioviský, M.(2003). Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislosti. In Kalina, K., et al. *Drogy a drogové závislosti- mezioborový přístup. Kapitola 6/3*. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.

Mioviský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.

MKN – 10 (2008). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

Nakonečný, M. (1999). *Úvod do psychologie*. Praha: Academia.

Nešpor, K. (2003). Diagnostický rozhovor a posilování motivace. In Kalina, K., et al. *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup. Kapitola 4/8*. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.

Nešpor, K. (2003). *Návykové chování a závislost: Současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál.

Nešpor, K. (2006). *Léčba návykových nemocí - interaktivní semináře*. Praha: Sportpropag a.s.

Nešpor, K. & Müllerová, A. (2006). *Jak přestat brát drogy*. 5.vyd. Praha: FIT IN

Nešpor, K. (2007). *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál.

Nešpor, K. , Scheansová, A. & Karbanová, H. (2008). Motivační dotazník jako intervenční a diagnostický nástroj. Použit 12.1.2012 z www.drnespor.eu/motdot18.doc

Pavelková, K. (2011). *Motivace drogově závislých k abstinenci*. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Ústav pedagogických věd. Katedra sociální pedagogiky.

Počarovský, O. (1999). *Motivační trénink jako zásadní metoda práce s toxikomany v nízkoprahovém zařízení*. Konfrontace: psychoterapeutický časopis, Hradec Králové),19, č. 3, s. 42-46.

Prochaska, J. O. & Norcross, J. C. (1999). Psychoterapeutické systémy. Průřez teoriemi. Praha: Grada Publishing.

Rotgers, F. (1999). Behaviorální teorie léčby drogových závislostí: Věda ve službách praxe. In Rotgers, F., et al. Léčba drogových závislostí. Kapitola 7. Praha: Grada Publishing.

Říčan, P. (1975). Psychologie osobnosti. Praha: Grada Publishing

Skála, J. et al. (1987). Závislost na alkoholu a jiných drogách. Praha: Avicenum.

Vágnerová, M. (2008). Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál.

Vágnerová, M. (2004). *Základy psychologie*. 1.vyd. Praha: Karolinum.

Vymětal, J. (1992). Úvod do psychoterapie. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.

Seznam tabulek a grafů

Graf 1: A. Maslowova hierarchie potřeb (vlastní zdroj)

Tabulka č. 1: Zastoupení respondentů podle diagnóz ve věkových kategoriích a doby závislého chování v letech.

Tabulka č. 2: Zastoupení respondentů sledovaného souboru podle diagnóz, jejich průměrných dnů léčby první a léčby opakované.

Tabulka č. 3: Výsledky MS u jednotlivců podle motivačních dotazníků

Tabulka č. 4: Celkový rozdíl MS (kladných odpovědí) ve sledovaném období

Příloha č. 1:

Informovaný souhlas:

souhlasím s anonymní účastí ve výzkumu pro bakalářskou práci na téma

„ Motivace v léčbě závislých klientů psychiatrické léčebny Jemnice“. Beru na vědomí, že z výzkumu mohu kdykoliv odstoupit a nebude mi poskytnuta žádná finanční náhrada.

Autorka práce se zavazuje, že zjištěné informace nezneužije a nebude je dále šířit v jiné práci.

Datum:

Podpis:

.....

Příloha č. 2:

Motivační dotazník pro ty, kdo překonávají návykovou nemoc

Cílem tohoto dotazníku je, abyste lépe porozuměl své návykové nemoci a posílil motivaci k jejímu překonání. Dotazník vám také umožňuje zmapovat vaši motivaci a zjistit, z kterých oblastí života vychází.

Zakroužkujte odpověď „ano“ nebo „ne“ podle toho, která je blíže pravdě. Pak sečtěte kladné odpovědi v jednotlivých sekcích a jejich počty zaneste do tabulky na konci dotazníku.

Tělesné zdraví

1.	Zhoršila návyková nemoc vaši výkonnost?	Ano	Ne
2.	Způsobila vám návyková nemoc bolestivé problémy nebo je zhoršila, včetně např. zubních?	Ano	Ne
3.	Zhoršila návyková nemoc vaši pohyblivost?	Ano	Ne
4.	Způsobila vám návyková nemoc úraz?	Ano	Ne
5.	Zhoršil se během trvání návykové nemoci váš celkový zdravotní stav?	Ano	Ne
6.	Způsobila vám návyková nemoc jaterní onemocnění nebo ho zhoršila?	Ano	Ne
7.	Způsobila vám návyková nemoc trávicí problémy nebo je zhoršila?	Ano	Ne
8.	Způsobila vám návyková nemoc problémy se srdcem nebo je zhoršila?	Ano	Ne
9.	Způsobila vám návyková nemoc problémy s vysokým krevním tlakem nebo je zhoršila?	Ano	Ne
10.	Způsobila vám návyková nemoc onemocnění žilního systému nebo je zhoršila?	Ano	Ne
11.	Způsobila vám návyková nemoc problémy s páteří či klouby nebo je zhoršila?	Ano	Ne
12.	Způsobila vám návyková nemoc kožní nemoci nebo je zhoršila?	Ano	Ne
13.	Způsobila vám návyková nemoc dýchací problémy nebo je zhoršila?	Ano	Ne
14.	Privodila vám návyková nemoc nějaké infekční onemocnění nebo ho zhoršila?	Ano	Ne
15.	Způsobila vám návyková nemoc problémy se zrakem nebo je zhoršila?	Ano	Ne
16.	Zhoršila návyková nemoc váš sexuální život?	Ano	Ne
17.	Prodělal jste v odvykacím stavu nepříjemné tělesné potíže nebo epileptický záchvat?	Ano	Ne
18.	Došlo u vás k těžké otravě alkoholem nebo drogou (předávkování)?	Ano	Ne
Součet kladných odpovědí			

Duševní zdraví

1.	Způsobila vám návyková nemoc jakékoliv duševní potíže nebo je zhoršila?	Ano	Ne
2.	Zhoršila vám návyková nemoc duševní výkonnost?	Ano	Ne
3.	Způsobila vám návyková nemoc stavy úzkosti nebo strachu?	Ano	Ne
4.	Způsobila vám návyková nemoc stavy smutku nebo výčitky svědomí?	Ano	Ne
5.	Způsobila vám návyková nemoc podrážděnost?	Ano	Ne
6.	Docházelo u vás v důsledku návykové nemoci ke střídání nálad?	Ano	Ne
7.	Vedla u vás návyková nemoc k hněvu?	Ano	Ne
8.	Míval jste bažení, tj. silnou a těžko zvladatelnou touhu se návykově chovat?	Ano	Ne
9.	Ovládal jste se špatně kvůli návykové nemoci?	Ano	Ne
10.	Pozoroval jste u sebe v průběhu návykové nemoci poruchy paměti?	Ano	Ne

11.	Pozoroval jste u sebe v průběhu návykové nemoci poruchy soustředění?	Ano	Ne
12.	Pozoroval jste u sebe v průběhu návykové nemoci poruchy spánku?	Ano	Ne
13.	Měl jste v důsledku návykové nemoci nepříjemné sny?	Ano	Ne
14.	Vedla návyková nemoc u vás ke stavům zmatenosti?	Ano	Ne
15.	Měl jste v důsledku návykové nemoci halucinace?	Ano	Ne
16.	Měl jste v důsledku návykové nemoci pocity pronásledování?	Ano	Ne
17.	Uvažoval jste v důsledku návykové nemoci o sebevraždě?	Ano	Ne
18.	Dopustil jste se v důsledku návykové nemoci sebevražedného jednání?	Ano	Ne
Součet kladných odpovědí			

Vztahy

1.	Lhal jste kvůli návykové nemoci?	Ano	Ne
2.	Vyčítali vám druzí vaše návykové chování?	Ano	Ne
3.	Docházelo kvůli návykové nemoci ve vašich vztazích s lidmi k napětí?	Ano	Ne
4.	Trpěl jste kvůli návykové nemoci častějšími hádkami s blízkými lidmi?	Ano	Ne
5.	Byl kvůli návykové nemoci ohrožen nějaký pro vás důležitý vztah?	Ano	Ne
6.	Ztratil jste kvůli návykové nemoci nějaký pro vás důležitý vztah?	Ano	Ne
7.	Oslabila návyková nemoc vaši autoritu a prestiž v širším okolí?	Ano	Ne
8.	Oslabila návyková nemoc vaši autoritu a prestiž v rodině?	Ano	Ne
9.	Měl jste kvůli návykové nemoci nějaký násilný konflikt s blízkými lidmi?	Ano	Ne
10.	Zhoršovala se v důsledku návykové nemoci vaše komunikace s kvalitními lidmi?	Ano	Ne
11.	Přestávaly vás v důsledku návykové nemoci vztahy s lidmi kolem sebe zajímat?	Ano	Ne
12.	Přestával jste v důsledku návykové nemoci druhým rozumět?	Ano	Ne
13.	Styděl jste se kvůli návykové nemoci?	Ano	Ne
14.	Poškodila návyková nemoc vaši pověst?	Ano	Ne
15.	Vyhýbal jste se kvůli návykové nemoci druhým lidem?	Ano	Ne
16.	Zanedbával jste kvůli návykové nemoci potřeby druhých lidí?	Ano	Ne
17.	Vnímal jste druhé lidi především jako zdroj peněz?	Ano	Ne
18.	Cítíte se kvůli návykové nemoci osamělý?	Ano	Ne
Součet kladných odpovědí			

Pracovní oblast

1.	Zhoršovala se v důsledku návykové nemoci vaše pracovní výkonnost?	Ano	Ne
2.	Byl jste v důsledku návykové nemoci v práci ospalý a unavený?	Ano	Ne
3.	Zanedbal jste kvůli návykové nemoci v práci něco podstatného?	Ano	Ne
4.	Chodil jste kvůli návykové nemoci pozdě do práce nebo dříve odcházel?	Ano	Ne
5.	Nešel jste někdy kvůli návykové nemoci vůbec do práce?	Ano	Ne
6.	Měl jste kvůli návykové nemoci v práci častější slovní konflikty?	Ano	Ne
7.	Ohrozila návyková nemoc v práci vaši bezpečnost (např. při řízení auta)?	Ano	Ne
8.	Přestávali vám kvůli návykové nemoci v práci důvěřovat?	Ano	Ne
9.	Vybíral jste si kvůli návykové nemoci dovolenou po dnech?	Ano	Ne
10.	Zhoršila návyková nemoc vaše vzdělání nebo pracovní uplatnění?	Ano	Ne
11.	Oslabila návyková nemoc vaši zdravou ctižádnost?	Ano	Ne
12.	Měl jste kvůli návykové nemoci v práci nějaký násilný konflikt?	Ano	Ne
13.	Byl jste kvůli návykové nemoci z práce propuštěn nebo vyloučen ze školy?	Ano	Ne
14.	Byl jste kvůli návykové nemoci déle jak měsíc nezaměstnaný?	Ano	Ne
15.	Přestávala vás kvůli návykové nemoci práce bavit?	Ano	Ne

16.	Ohrožoval jste v práci kvůli návykové nemoci bezpečnost druhých?	Ano	Ne
17.	Poklesla v souvislost s návykovou nemocí v práci vaše sebedůvěra?	Ano	Ne
18.	Stávalo se, že v souvislosti s návykovou nemocí jste se bál jít do práce?	Ano	Ne
Součet kladných odpovědí			

Právní záležitosti

1.	Stěžoval si někdo úřadům na vaše chování v důsledku návykové nemoci?	Ano	Ne
2.	Uvažoval jste kvůli návykové nemoci někdy o spáchání trestného činu?	Ano	Ne
3.	Spáchal jste někdy kvůli návykové nemoci krádež v rodině?	Ano	Ne
4.	Spáchal jste někdy kvůli návykové nemoci krádež mimo rodinu?	Ano	Ne
5.	Byl jste někdy přivezen na záchytku?	Ano	Ne
6.	Dopustil jste se kvůli návykové nemoci někdy loupežného přepadení?	Ano	Ne
7.	Dopustil jste se někdy kvůli návykové nemoci podvodu nebo zpronevěry peněz?	Ano	Ne
8.	Dopustil jste se někdy kvůli návykové nemoci výtržnosti?	Ano	Ne
9.	Dopustil jste se někdy v důsledku návykové nemoci nedbalostního trestného činu?	Ano	Ne
10.	Prodával jste někdy nebo vyráběl kvůli návykové nemoci něco nezákonného?	Ano	Ne
11.	Vyhrožoval vám a druhým někdo nebo vás vydíral kvůli návykové nemoci?	Ano	Ne
12.	Stýkal jste se kvůli návykové nemoci s lidmi, kteří se trestné činnosti dopouštěli?	Ano	Ne
13.	Dopustil jste se v důsledku návykové nemoci agresivního jednání vůči předmětům?	Ano	Ne
14.	Dopustil jste se v důsledku návykové nemoci agresivního jednání vůči lidem?	Ano	Ne
15.	Byl jste v minulosti odsouzen pro trestnou činnost související s návykovou nemocí?	Ano	Ne
16.	Jste nyní v podmínce nebo máte neodpracované hodiny veřejně prospěšných prací?	Ano	Ne
17.	Jste nyní trestně stíhán pro trestnou činnost související s návykovou nemocí?	Ano	Ne
18.	Vzhledem k tomu, s jakými lidmi jste se stýkal, obáváte se nyní o svou bezpečnost?	Ano	Ne
Součet kladných odpovědí			

Finance a životní úroveň

1.	Ztrácel jste často kvůli návykové nemoci čas?	Ano	Ne
2.	Zhoršovala se v důsledku návykové nemoci vaše finanční situace?	Ano	Ne
3.	Spotřeboval jste kvůli návykové nemoci více peněz, než jste stačil poctivě vydělat?	Ano	Ne
4.	Odpíral jste si kvůli návykové nemoci kulturu?	Ano	Ne
5.	Odpíral jste si kvůli návykové nemoci kvalitní jídlo?	Ano	Ne
6.	Odpíral jste si kvůli návykové nemoci přiměřené oblečení?	Ano	Ne
7.	Nebyl jste kvůli návykové nemoci ani schopen koupit blízkým lidem dárek k narozeninám?	Ano	Ne
8.	Byl z vás kvůli návykové nemoci někdy bezdomovec?	Ano	Ne
9.	Trpěla kvůli návykové nemoci vaše hygiena?	Ano	Ne
10.	Půjčoval jste si kvůli návykové nemoci peníze?	Ano	Ne
11.	Přišel jste kvůli návykové nemoci o více peněz, než vyděláte za tři měsíce?	Ano	Ne
12.	Máte kvůli návykové nemoci dluhy (včetně dluhů vůči blízkým lidem)?	Ano	Ne
13.	Máte kvůli návykové nemoci dluhy vyšší než trojnásobek měsíčního platu?	Ano	Ne

14.	Máte kvůli návykové nemoci exekuci na plat?	Ano	Ne
15.	Vedl jste kvůli návykové nemoci chudý životní styl?	Ano	Ne
16.	Byl jste kvůli návykové nemoci nespokojený se svým životem?	Ano	Ne
17.	Měl jste pocit, že se kvůli návykové nemoci neovládáte a ztrácíte svobodu?	Ano	Ne
18.	Bude se vám dařit lépe, až návykovou nemoc překonáte?	Ano	Ne
Součet kladných odpovědí			

Součty kladných odpovědí v jednotlivých sekcích zaneste do tabulky. Z oblastí, kde je nejvyšší počet odpovědí „ano“, vychází vaše nejsilnější motivace k překonání návykového problému.

	Počet odpovědí „ano“ v sekcích	Pořadí oblastí podle počtu kladných odpovědí
Tělesné zdraví		
Duševní zdraví		
Vztahy		
Pracovní oblast		
Právní záležitosti		
Životní úroveň		

Sečtete kladné odpovědi ve všech sekcích a získáte celkový motivační skór. Ten se může hodit např. při porovnání výsledků s časovým odstupem:

Celkový motivační skór	
-------------------------------	--

Identifikační údaje

Jméno a příjmení:	
Počet dovršených let věku:	
Hlavní důvod léčby zde:	
Jak dlouho abstinujete od alkoholu, drog a hazardu (uved'te počet dní)	

Sem můžete ještě doplnit své poznámky a postřehy:

Příloha č. 3:

Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

1. Jaký je váš věk?
2. Můžete uvést jaké jsou Vaše sociální a pracovní podmínky? Žijete sama nebo v partnerském vztahu? S kým?
3. Máte už nějakou zkušenost s léčbou? Co očekáváte?
4. Co vás do léčby přivedlo nyní, jaká okolnost nebo důvody?
5. Chtěl/a jste nebo potřebuje něco změnit? Cítil(a) jste, co vám pomáhá?
6. Změnilo se nějak v léčbě Vaše rozhodnutí omezit návykové chování nebo abstinovat?
7. Co nebo kdo nejvíc v léčbě ovlivnil/a Vaši změnu? Jaká byla?