

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie

**Ivo Vavřík**

Vliv provozních změn na délku léčby závislosti v psychiatrické léčebně Šternberk

Influence of operational changes on the duration of addiction treatment in a  
psychiatric hospital Šternberk

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Jiří Libra

Praha 2017

Identifikační záznam:

Vavřík, Ivo. Vliv provozních změn na délku léčby závislosti v psychiatrické léčebně Šternberk. [Influence of operational changes on the duration of addiction treatment in a psychiatric hospital Šternberk]. Praha. 2017, počet stran. 33, 2 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Jiří Libra

#### Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracoval samostatně a že jsem řádně uvedl a citoval všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu. Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

Ve Šternberku dne 4. prosince 2017

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Děkuji vedoucímu své práce PhDr. Jiřímu Librovi za cenné rady a směřování hlavně v začátcích, Mgr. Jiřímu Vanderovi, DiS za pomoc s metodologickou částí a v neposlední řadě také své partnerce Bc. Janě Pánkové za inspiraci ke studiu a trpělivost.

## Abstrakt

Bakalářská práce s názvem *Vliv provozních změn na délku léčby závislosti v PL Šternberk* ve své teoretické části krátce shrnuje historii léčby závislosti obecně i konkrétně ve jmenovaném zařízení. Popisuje konkrétní provozní změny, které se za posledních 5 let na oddělení provedly. Definuje pojem závislost, věnuje se popisům modelů léčby, léčebných faktorů a důvodům vypnutí pacienta z léčby.

Cílem praktické části je zmapovat, jak vnímají zaměstnanci oddělení pro léčbu závislosti v PL Šternberk vliv provozních změn na léčbu pacientů. Jedná se o kvalitativní výzkum, který pro tvorbu a zpracování dat používá metody zakotvené teorie. Polostrukturované rozhovory jsou vedeny s kriteriálně vybraným vzorkem respondentů z řad zaměstnanců oddělení.

Hlavním výsledkem výzkumu je zjištění, že většina provedených provozních změn má, dle respondentů, na léčbu pacientů pozitivní vliv. Podařilo se také lokalizovat několik konkrétních provozních změn, o nichž se respondenti domnívají, že léčbu pacientů ovlivňují negativně. To dává prostor pro možné přehodnocení těchto provozních změn, nebo alespoň pro věcnou diskusi v týmu.

Práce splnila svůj primární cíl zmapovat danou problematiku a mohla by být inspirací pro podobný výzkum ve větším měřítku, provedený například po nějaké systémové změně.

Ústavní léčba – délka pobytu – úspěšně dokončená léčba

Treatment in hospital – length of residence – succesfully finished treatment

## Abstract

Bachelor thesis named *Influence of operational changes on the duration of addiction treatment in a psychiatric hospital Šternberk* in its theoretical part shortly summarizes history of addiction treatment in general and even in specific facility. It describes concrete operational changes done in last 5 years in this department. It defines addiction concept, dedicates to description models of treatment, treatment factors and reasons of drop out patient out of treatment.

Objective of practical part is to map how employees perceive department for treatment addiction in PL Šternberk influence of operational changes to the patients treatment. It is qualitative research, which for creation and processing of data uses method anchored theory. Half-structured interviews are guided with critically picked sample of respondents from the ranks of employees department.

Main result of research is finding, that most of done operational changes has according to respondents for treatment of patients positive influence. We succeeded to localize several concrete operational changes, that respondents assume, that has negative influence for the patients. This gives space for possible reassessment of these operational changes, or at least for substantive discussion in team.

This work accomplished its objective to map given issue and it could be inspiration for similar research in larger scale, done for an example for some changes in system.



## Obsah

1. Úvod .....	1
2. Teoretická část .....	2
2.1. Obecná historie léčby závislostí .....	2
2.2. Historie léčby závislostí v psychiatrické léčebně Šternberk.....	3
2.3. Provozní změny na oddělení po roce 2011 .....	3
2.4. Závislost jako nemoc .....	5
2.5. Zdravotnický model léčby závislostí .....	6
2.6. Terapeutická komunita jako model léčby .....	9
2.7. Faktory ovlivňující léčbu závislosti .....	10
2.7.1. Faktory na straně pacienta .....	10
2.7.2. Faktory na straně léčebného zařízení .....	12
2.8. Vypadnutí z léčby – drop out .....	13
3. Výzkumná část.....	14
3.1. Cíl výzkumné části a použitá metoda .....	14
3.2. Metoda tvorby, zpracování dat a výzkumný soubor .....	14
3.3. Etická stránka výzkumu .....	16
3.4. Praktický průběh realizace výzkumu .....	16
3.5. Interpretace výsledků výzkumů .....	17
3.6. Diskuze .....	28
3.7. Závěr .....	30



## 1. Úvod.

Nejčastěji skloňované slovo mé dosavadní praxe terapeuta na oddělení léčby závislosti v Psychiatrické léčebně Šternberk je změna. Změna terapeutického plánu dne, změna režimových pravidel, změna prostorového uspořádání oddělení, změna pro kritérium přijetí pacientů, změny v personálním složení terapeutického týmu. Tyto a mnohé další změny mají jednotný cíl. Zkvalitnění poskytované péče a snahu, aby pacienti v léčbě setrvali a řádně ji dokončovali. Jak však tyto změny vnímají zaměstnanci? Ovlivňují, dle názoru zaměstnanců, provozní změny léčbu pacientů? A pokud ano, jak? Na tyto a další otázky se snažím najít odpovědi v práci s názvem Vliv provozních změn na délku léčby závislosti v psychiatrické léčebně Šternberk. V teoretické části popisuji vývoj historie léčby závislosti a to jak obecně, tak konkrétně v psychiatrické léčebně Šternberk. Popisuji jednotlivé modely léčby a účinné faktory. Věnuji pozornost tzv. aspektu drop out, neboli vypadnutí z léčby. Výzkumná část práce je tvořena polostrukturovanými rozhovory s kriteriálně vybranými respondenty z řad zaměstnanců oddělení. Z těchto rozhovorů, pomocí prvků zakotvené teorie, tvořím axiální kódování kategorie, subkategorie a dimenze. Popisuji průběh samotného výzkumu, metodu získávání a analyzování dat a vytváření teorií, které srovnávám s odbornou literaturou. Cílem výzkumu je zmapovat, jak vnímají zaměstnanci oddělení pro léčbu závislosti vliv provozních změn na léčbu pacientů. Na závěr shrnuji výsledky a na základě paradigmatického modelu se zamýšlím nad vytvořenými teoriemi.

## 2. Teoretická část

### 2.1. Obecná historie léčby závislosti

Drogy provází lidské společenství již tisíce let. Problémy spojené s jejich konzumací, především alkoholu, se tak v historických pramenech objevují od starověku. V drtivé většině se však jedná o popisy represivních opatření namířených proti nestřídmým konzumentům, popřípadě proti obchodníkům s alkoholem či drogami. Tato oblast však nespadá do zájmu mé práce.

Historie léčby závislosti a jejího vnímání jako nemoci se začíná psát mnohem později. Teprve na přelomu 18 a 19 století, jak uvádí ve své práci Kubincová (2011), uveřejnil lékař Thomas Trotter svou myšlenku, že nekontrolované opíjení vede k šílenství. Zlomovým dílem byla publikace Magnuse Husa v roce 1849 – švédského lékaře *Alkoholismus chronicus*. Ve své knize poprvé užil slova alkoholismus a mluví o něm jako o nemoci. Vypracoval novou teorii a přístup k těmto poruchám. Je to ucelený popis nemocí způsobených alkoholem. Na jeho dílo poté navazuje celá řada světových autorů. Za všechny vzpomeňme amerického psychiatra E. M. Jellineka, který rozděluje konzumenty alkoholu do skupin dle stupně závislosti. První léčebný ústav pro alkoholiky byl otevřen v Bostnu v roce 1857. Do třiceti let už bylo v USA na 50 podobných zařízení. (Řehan, 2007). V Evropě založil první takový ústav kněz Kruse v Německu v Lintorfu u Düsseldorfu v roce 1850. Pak následovalo založení protialkoholního zařízení ve Švýcarsku v roce 1855, v Anglii v roce 1883 (Kubincová, 2011).

Na území České republiky má, jak uvádí Šejvl (2017), institucionalizovaná ústavní protialkoholní léčba od roku 1948 kontinuální tradici. Za zakladatele je považován doc. Jaroslav Skála, který 7. 9. 1948 otevírá na půdě Apolináře první specializované lůžkové oddělení pro léčbu a studium alkoholismu. Však už v letech 1911 až 1915 funguje ve Velkých Kunčicích pod vedením pátera Bedřicha Konaříka specializované léčebné zařízení pro alkoholiky (Šejvl, 2017). I přes tuto skutečnost zůstává J. Skála nestorem léčby závislosti a léčbna u Apolináře vzorovým pracovištěm, podle kterého se postupně otevírali další oddělení v celé České republice.

## 2.2. Historie léčby závislostí v psychiatrické léčebně Šternberk

Psychiatrická léčebna ve Šternberku byla otevřena v lednu roku 1893. Stala se tak po Brnu druhým lůžkovým zařízením pro duševně choré na Moravě. Již v roce 1949, jak se uvádí na webových stránkách léčebny ([www.plstbk.cz](http://www.plstbk.cz)), byla otevřena jako součást zařízení „léčebna pro alkoholiky a jiné náruživce“. Více než tuto kusou informaci bohužel zdroj neuvádí. Novodobá historie léčby závislostí v psychiatrické léčebně Šternberk se tak začíná psát až roku 1974, kdy bylo otevřeno nové, na svou dobu velmi moderně pojaté oddělení. To je inspirováno tzv. Apolinářským modelem a u jeho zrodu stojí prim. MUDr. E. Skula a psycholog PhDr. V. Řehan. Oddělení disponovalo 30 lůžky a bylo první dva roky výhradně mužské. V roce 1976 se 6 lůžek mění na ženské a oddělení je tak koedukované. Důraz byl kladen na pevný řád a strukturu dne, zavedl se bodovací systém. Pacienti měli 2x týdně skupinovou psychoterapii, volnočasové aktivity (výlety, výstavy apod.), docházeli do dílen a také na brigády (např. stavba jeslí pro děti zaměstnanců PL). Pořádaly se plesy, založen časopis Zrcadlo, doléčovací skupina KLUS, manželské tábory, sportovní družby s dalšími léčebnami apod. V této podobě funguje oddělení až do roku 1991, kdy odchází PhDr. V. Řehan. Následující roky se oddělení snaží vypořádat s nízkým počtem odborně vzdělaných pracovníků. Na 50 pacientů připadá jeden psycholog, který je zároveň jediný, kdo provádí psychoterapii. Středně zdravotnický personál je tvořen z části sanitáři bez dalšího vzdělání a kvalita péče tak postupně upadá. V roce 1998, jako reakce na přibývajícím počet žen v léčbě, vzniká výhradně ženské oddělení pro léčbu závislosti. Končí tak 22 let trvající koedukace. ([www.lecbazavislosti.cz](http://www.lecbazavislosti.cz)).

## 2.3. Provozní změny na oddělení po roce 2011

V této kapitole popíšu provozní změny na oddělení pro léčbu závislostí v PL Šternberk po roce 2011. Vliv těchto změn na léčbu pacientů z pohledu zaměstnanců budu poté mapovat v praktické části své práce.

V polovině roku 2011 nastupuje na post primáře oddělení Mudr. A. Miklovičová, která zahajuje rozsáhlé změny. Pro lepší přehlednost jsem tyto změny rozdělil do tří kategorií.

Personální změny:

- Postupně se obměňují psychologové
- Nově přichází dva terapeuti
- Výměny některých středně zdravotnických pracovníků, hlavně sanitářů, snížení počtu těchto zaměstnanců
- Snaha o získání dalšího lékaře neúspěšná, částečně pokryta praktikujícími lékaři
- Posílení kompetencí sociálně-zdravotní pracovnice

#### Změny v režimu a pravidlech léčby

- Vytvoření průvodce léčbou, který je manuálem pro pacienty
- Změny v bodovacím systému, vytvoření tzv. alternativních napomenutí
- Změny v systému čerpání dovolenek
- Nový přístup k problematice patologických vztahů, uzavírání kontraktu na vztah
- Prodloužení léčby z 3 na 4 měsíce
- Zavedení 3 terapeutických skupin, z nichž jedna je primárně určena pro pacienty s nealkoholovou závislostí
- Nový terapeutický plán dne, více rozmanitosti, činnostní terapie, volnočasové aktivity
- Zrušení detoxifikační jednotky
- Změny pravidel pro přijetí – min. 5 dnů abstinence
- Koedukace oddělení
- Vytvoření nového oddělení pro chronické pacienty
- Vytvoření dvou doléčovacích skupin
- Zavádění komunitního modelu léčby
- Zapojení rodinných příslušníků do léčby – besedy, týdenní pobyt

#### Změny interiéru a vybavení oddělení

- Celková rekonstrukce
- Nové vybavení pokojů a společenských prostor
- Zřízení posilovny

## 2.4. Závislost jako nemoc

Mezinárodní klasifikace nemocí definuje závislost jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. (<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>). Na závislost lze pohlížet s různých úhlů a směrů.

V biomedicínském modelu, dle Kaliny (2003), je drogová závislost nemocí v lékařském slova smyslu (v zásadě chorobnou poruchou mozkových funkcí, do jisté míry s dědičnými dispozicemi). Pokládá se za nemoc chronickou, obtížně léčitelnou, s častými recidivami, a nejspíš vůbec nevy léčitelnou – v tom se srovnává např. s ischemickou chorobou srdeční nebo s cukrovkou. I když však není drogová závislost úplně vyléčitelná, je léčitelná a může dojít k úpravě stavu za podmínek určité specifické diety, tj. trvalé abstinence.

Další možný pohled na závislost je tzv. model bio-psycho-sociálně-spirituální. S ním, jak uvádí Kalina (2015) přichází v šedesátých a sedmdesátých letech minulého století Mezinárodní zdravotnická organizace (WHO). Tento model vychází s pojetí člověka jako celistvé bio-psycho-sociálně-spirituální bytosti ve zdraví, nemoci i léčbě a je neodmyslitelné od velkých myšlenkových proudů své doby, které usilovaly s pohledů filozofických, antropologických, přírodovědeckých i psychologických dospět k jednotnému porozumění fenoménu člověk“. Tento model v posledních letech prožívá svou renesanci a díky transdisciplinárnímu pojetí léčby závislosti se opět vrací na scénu.

Jedním z nejmodernějších přístupů k závislosti je pohled neurobiologický. Podle Dvořáčka (2008), je možno říci, že předmětem zájmu neurobiologického modelu závislosti je, jak působením biologického agens (droga) na biologický substrát (mozek) dochází k behaviorálním změnám v podobě závislostního chování. Tento model nahlíží závislost jako chronické, recidivující onemocnění mozku. Díky moderním zobrazovacím metodám je již dnes možno detekovat změny v mozkové struktuře u závislých osob. Tyto změny jsou především v neuronovém systému na úrovni jednotlivých buněk. U těchto buněk dochází k poškození či jiným změnám na receptorové části. Tyto změny pak vedou k vzniku závislosti.

## 2.5. Zdravotnický model léčby závislosti

Ústavní léčba závislosti má v České republice své kořeny v již zmiňovaném Apolinářském modelu. Provádí se především na lůžkových odděleních psychiatrických léčeben či nemocnic. Délka této léčby, která se nazývá také střednědobou, se pohybuje v rozmezí 3 až 6 měsíců. V předchozí části zmiňovaný bio-psycho-socio-spirituální model závislosti, tedy snaha o zachycení problému z více úhlů, si vyžaduje multidisciplinární tým. Ten je v podmínkách zdravotnických zařízení většinou veden lékařem psychiatrem, který má ideálně atestaci z návykových nemocí. Další členy týmu tvoří zdravotní sestry, psychologové, terapeuti, adiktologové, sociální pracovníci a případně další odbornosti (ergoterapeut, arteterapeut apd.).

Jak uvádí Dvořáček (2003), terapie pacientů probíhá v léčebném společenství (terapeutické komunitě), a vzorem pro uspořádání vztahů v takové komunitě je tým zaměstnanců. Organizace týmu proto bývá kompromisem mezi organizací více hierarchicky strukturovaného týmu jiných zdravotnických zařízení a méně hierarchizovaného týmu s menším důrazem na centrální postavu.

Cílem léčby se většinou označuje abstinence od návykových látek. Tato abstinence je však vnímána hlavně jako prostředek k zlepšení kvality života pacientů. V poslední době se objevují i oddělení, které si za cíl nekladou primárně trvalou abstinenci, ale snaží se na principech snižování škod (harm reduction) nabízet pobyty vedoucí k stabilizaci pacienta. Obecně pak platí, že cíl léčby by měl korespondovat se zakázkou pacienta a měl by individuálně reagovat na jeho potřeby a možnosti. Dvořáček (2003) za tyto dílčí cíle uvádí např.

- Stabilizace sekundárních problémů spojených se závislostí
- Vybudování náhledu, tzn. uznání závislosti jako svého problému
- Postupné řešení důsledků drogové kariéry, repetitivě zahájení řešení těchto problémů
- Přebudování motivace z původně vnějšího tlaku a vnitřní pozitivně formulovanou motivaci
- Zvnitřnění abstinčních norem
- Zvnitřnění struktury dne a týdne

- Současné řešení problému další, se závislosti přímo nesouvisejících (např. zahájení léčby souběžné psychické poruchy)
- Identifikace rizik relapsu a nalezení strategií pro minimalizaci těchto rizik
- Některé změny v původním prostředí (např. změna nevhodného zaměstnání, rizikových známostí, rizikových míst pro trávení volného času apd.)
- Přiměřené zlepšení sebehodnocení a prožívání

Jedním základních pilířů léčby je pevně daná struktura. Může se jednat o denní či týdenní terapeutický plán, či rozdělení léčby do několika fází. Se strukturou léčby úzce souvisí soubor pravidel – režim. Kromě definování zmíněné struktury a pravidel nutných u udržení optimálního terapeutického prostředí, specifikuje režim i výhody a sankce podle kvality dodržování režimu. (Dvořáček, 2003). Sankční neboli bodovací systém v léčbě závislosti zavedl Jaroslav Skála. Tato behaviorální technika se časem stala, nejen pro laickou veřejnost, jakousi vlajkovou lodí mezi metodami v léčbě závislostí. Jak uvádí Kalina (2015), při vši snaze o rovnováhu byly nakonec bodovací systémy nastaveny častěji a více na tresty za nežádoucí chování, než na odměny za chování žádoucí. Bodovací systém představuje spíše subkulturní identifikační znak a symbol správné praxe, přičemž Skálový formulace rizik, výhod a nevýhod lze pokládat za dodnes platné.

Dalším základním kamenem v léčbě závislostí je bezesporu psychoterapie. V prostředí komunitního pojetí léčby závislosti převažuje psychoterapie skupinová, která je doplňována psychoterapií individuální, rodinou či párovou. Existuje celá řada psychoterapeutických směrů a přístupů. Některé se vzájemně doplňují, jiné popírají či se překrývají. Stejně tak existuje řada definic, které se snaží podstatu psychoterapie formulovat. Podrobnější pohled na tuto rozsáhlou oblast jde mimo rámec této práce a pro to cituji jen dva autory. Kalina (2013) na otázku co je to psychoterapie odpovídá takto:

- Psychoterapie je odborná a kvalifikovaná činnost, jejímž obsahem je léčení či ovlivňování duševního stavu a pomoc při dosahování změny potřebné k rozvoji potenciálu duševního zdraví
- Psychoterapie využívá záměrně a nenáhodně komunikační prostředky mezilidské interakce v rámci terapeutického vztahu nebo vztahů

- Psychoterapie se zaměřuje především na člověka a jeho problémy se sebezpojetím, vlastním životním příběhem, vztahy k druhým a ke světu. Užším zaměřením může být např. porucha duševního zdraví a její projevy, narušení činnosti organismu v biologickém a psychosociálním smyslu, zábrana v růstu a zraní, potíže ve vztazích, psychologická či vývojová krize, existenciální ohrožení apd.
- Konkrétnímu zaměření odpovídají cíle psychoterapie, které mohou být definovány např. jako úzdava, úleva od příznaků, úprava chování a zlepšení psychosociální adaptace, podpora růstu a zraní, a v širším smyslu prospěch člověka ze zvládnání, překonávání a řešení životních problémů a krizí
- Psychoterapie je vědecká ve smyslu teoretických východisek, systematického prohlubování poznání a ověřitelné praxe. Praktické provádění psychoterapie je však částečně také uměním. Rovněž etické principy jsou od praktického provádění psychoterapie neodmyslitelné

Další uznávaný autor I. D.Yalom (2016) uvádí jako základní faktory skupinové psychoterapie těchto jedenáct bodů:

- Dodávání naděje
- Universalita
- Poskytování informací
- Altruismu
- Korektivní rekapitulace primární rodiny
- Rozvoj socializačních technik
- Napodobující chování
- Interpersonální učení
- Skupinová soudržnost
- Katarze
- Existenciální faktory

Posledním pilířem ústavní léčby závislosti je ten, kterého nazývá Dvořáček (In Kalina, 2003) léčebným společenstvím. Oddělení s průměrným počtem 20 – 30 pacientů je základní organizační jednotkou snažící se pracovat na některých základních principech



terapeutické komunity. Léčebné společenství vytváří bezpečné a důvěrné prostředí pro samotnou terapii a poskytuje množství interakcí a zpětných vazeb, které mohou být jedním z hlavních nástrojů růstu pacienta. Vzhledem k některým zvláštnostem střednědobé léčby (např. častější příjmy nových členů a častější odchody, menší vstupní filtr či zdravotnický charakter zařízení), se daří udržet většinou jen některé znaky typické terapeutické komunity.

## **2.6. Terapeutická komunita jako model léčby**

Vzhledem k tomu, že v této práci opakovaně používám pojem terapeutická komunita, zařazuji tuto kapitolu jako jistý doplněk pro dokreslení obrazu o možných modelech pobytové léčby.

Podle Kratochvíla (2005) je terapeutická komunita v širším smyslu systém organizace léčebného oddělení, ve kterém se podporuje všestranně otevřená komunikace a v němž se na rozhodování podílejí všichni členové týmu i pacienti. Významnou složkou této formy organizace jsou schůzky personálu s pacienty, při nichž dochází k výměně informací a k projednávání problémů ve vzájemných vztazích, a schůzky personálu, ve kterých se usiluje o pochopení interpersonálních procesů v léčebné jednotce a k objasnění reakcí členů vůči pacientům i vůči sobě navzájem. Terapeutickou komunitu v užším slova smyslu potom autor vidí jako psychoterapeutickou metodu, při níž se využívají modelové situace malé společenské skupiny k projekci a korekci maladaptivních interpersonálních stereotypů prožívání a chování. Zjednodušeně, slovy jednoho se zakladatelů terapeutických komunit Toma Maina (Kalina, 2008) lze říci, že TK lze považovat jednak za organizované společenství a jednak za způsob terapie.

## 2.7. Faktory ovlivňující léčbu závislosti

Faktorů, které rozhodují o úspěšnosti či neúspěšnosti léčby je celá řada. Pro lepší přehlednost je můžeme rozdělit do dvou kategorií. Faktory na straně pacienta a faktory na straně léčebného zařízení.

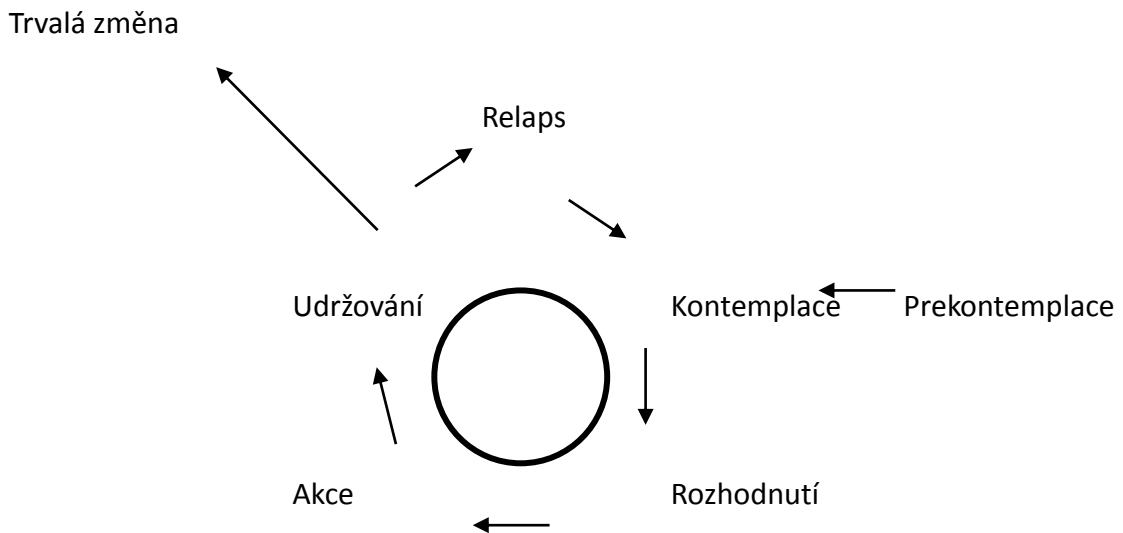
### 2.7.1. Faktory na straně pacienta

Mezi základní faktory ovlivňující léčbu patří dle Kaliny (in Kalina, 2015) tyto:

- Věk při začátku závislosti: závislost, která vznikne po dvacátém roku věku má až trojnásobně příznivější prognózu než závislost vzniklá ve věku nižším než šestnáct let při srovnatelné intenzitě poskytnuté péče.
- Délka drogové kariéry: čím déle závislost trvá, tím je dosažení léčebného efektu obtížnější. Toto zjištění je dostatečným argumentem pro včasnou intervenci a brzký začátek léčení, což může narážet na nedostatek klientovy motivace
- Psychopatologické komplikace: „neúspěšní“ pacienti se často vyznačují výraznými emočními a osobnostními komplikacemi, jako jsou deprese, těžší neurózy a poruchy osobnosti
- Kriminální anamnéza: závažnější a opakovaná trestná činnost významně koreluje s neúspěchem léčby
- Motivace k léčbě: stupeň motivace při nástupu významně předznamenává setrvání v léčbě a její výsledek. Zdrojem motivace může být i tlak okolí (rodina, úřady, soudy apod.).

Více nyní rozvedu poslední zmiňovaný faktor, kterým je motivace. Ta je pokládána za klíčový faktor na straně pacienta. Pohled na ni se během let měnil. Mezi pracovníky v oboru léčby závislosti se lze stále setkat s přesvědčením, že léčba může být úspěšná, až když má klient „dobráno“ a ocitne se v hluboké krizi a bezvýchodné situaci. (Kalina, 2003). Toto přesvědčení, že teprve klient, který se dostane „na dno“, bude dostatečně motivován k práci na změně, se však ukázalo jako mylné. Podstatný posun v nazírání na motivaci přináší koncept cyklických stádií motivace, známý jako kolo změny, jehož autory jsou Prochaska a diClemente. Cyklický model na rozdíl od modelů lineárních odráží realitu procesu změny. To umožňuje mnohem optimističtější přístup ke změně chování. Nežřídka

člověk během procesu projde všemi stádii opakovaně, než dosáhne stability.



Obr. 1. Kruhový model změny (Prochaska a diClement)

Zdroj: Kalina (in Kalina, 2015)

Přiměřenost intervencí stavu motivace je zásadním požadavkem. Terapeut musí časovat a dávkovat své intervence podle toho, v jakém stádiu a změny a motivace se klient nachází. Musí umět pracovat s klientem ve všech stádiích „kola změny“, vždy při tom vychází z možností klienta, motivuje ho k cílům odpovídajícím stádiu, ve kterém se nachází, nebo stadia následujícího. (Kalina, 2015)

Další důležitý faktor, který může zásadním způsobem ovlivnit úspěšnost v léčbě je případná psychosomatická komplikace. Tzv. duálními diagnózám, tedy souběhu závislosti s další psychickou poruchou, je poslední roky věnována velká pozornost.

## 2.7.2. Faktory na straně léčebného zařízení

Léčebné zařízení, v našem případě tedy zdravotnické zařízení, je druhou miskou na pomyslných vahách, na kterých se „váží“ úspěch či neúspěch léčby. Nejen tedy připravenost pacienta ke změně, ale také nabídka adekvátních služeb, programu, prostředí, odbornosti personálu a dalších aspektů, hraje podstatnou roli v úzdavě. Podrobněji popisuje činitele, kteří mohou přínos léčby pro klienta zvýšit, např. Kalina (in Kalina, 2015)

- Vhodný výběr programu
- Integrita programu
- Terapeutický vztah a styl
- Délka programu
- Udržení v programu a zapojení do programu
- Obsah programu
- Kontinuita péče
- Realistické plánování

Podrobněji nyní k některým činitelům. Vhodný výběr programu znamená podrobně posoudit pacientovi potřeby a očekávání. Ne každý pacient bude profitovat z ústavní léčby. Zde je velmi vhodné provádět předvstupní pohovory a odborně posoudit např. již zmiňovanou motivaci. Také styl vedení terapie, tedy to, z jakých terapeutických stylů pracovník vychází, může pacienta ovlivnit. V terapii je důraz kladen hlavně na terapeutický vztah. Jak uvádějí Prochaska a Norcross (1999) vznik pevného terapeutického spojení je jedním z hlavních činitelů ovlivňujících úspěch psychoterapie. Délka léčebného programu se v jednotlivých zařízeních může lišit. Standardně se ve zdravotnictví setkáváme s léčbou v rozmezí 3 až 6 měsíců. I zde nutno přihlídnout k individuálním potřebám pacienta. Např. Hetzerová a Gabrhelík (2014) uvádějí, že u pacientek závislých na pervitinu je 4 měsíční odvykací léčba základem, protože všeobecně potřebují v léčbě více času. Všechny uvedené činitele jsou spolu úzce provázány. Např. o délce a obsahu programu píše Kalina (2003) toto: Ani optimální délka léčby nezaručuje dostatečně léčebný efekt, pokud léčebný program nenabízí dostatečné podněty pro změnu. Za efektivní se pokládá intenzivní strukturovaný program, který kombinuje psychoterapeutické působení skupiny a trénink sociálních dovedností v rámci režimu a jasných pravidel.

Jistě nezanedbatelnou roli v léčbě hraje prostředí, v němž se odehrává. Dvořáček (2003) k tomu píše: Kvalitu léčebného prostředí lze chápat jako nepřímý terapeutický nástroj. Základními cíli, o které je třeba aktivně usilovat je udržení bezdrogového prostředí a prostředí dostatečně bezpečného, klidného a důvěrného pro další terapeutické aktivity. Podoba strukturovaného programu a režimu a skladba terapeutických aktivit jsou uspořádány tak, aby toto prostředí bylo možné udržovat.

## **2.8. Vypadnutí z léčby – drop out**

V předchozích podkapitolách popsané faktory na straně pacienta a faktory na straně léčebného zařízení mají rozhodující vliv na to, zda bude léčba řádně dokončena. Aby měl klient z léčby prospěch, je nutné, aby v ní setrval a dokončil ji. (Kalina, in Kalina, 2015). Důvodů pro předčasné ukončení léčby je celá řada a tato oblast zatím není v ČR příliš zmapována. Fiala (2017) ve své výzkumné práci píše, že jako nejčastějším důvodem odchodu z léčby klienti uváděli interpersonální konflikty, shodně ve čtvrtině případů vinili ze svého odchodu konflikty s personálem či režimem a ve čtvrtině případů konflikty se spoluklienty. Třetí nejvýznamnější důvod byl carving (bažení). Další důvody k odchodu byl pocit, že léčbu už nepotřebují, nemají finance a zdravotní důvody. Také Horová (2015) ve svém výzkumu potvrzuje hypotézu, že z léčby vypadávají více ti klienti, kteří jsou problémový a léčbu více potřebují.

### **3. Výzkumná část**

#### **3.1. Cíl výzkumné části a použitá metoda**

Cílem této práce je zmapovat, jak vnímají zaměstnanci oddělení pro léčbu závislostí vliv provozních změn na délku léčby pacientů. Použit bude výzkum kvalitativní, který jak uvádí Miovský (2006) využívá principu jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexní povahou jakéhokoli zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod. Zvoleným metodickým postupem je zakotvená teorie. Dle Strauss, A. & Corbinová, J. (1999) je zakotvená teorie induktivně odvozena ze zkoumání jevu, který reprezentuje. To znamená, že je odhalena, vytvořena a prozatímně ověřena systematickým shromažďováním údajů o zkoumaném jevu a analýzou těchto údajů. Proto se shromažďování údajů a jejich analýza a teorie vzájemně doplňují. Nezačínáme teorii, kterou bychom následně ověřovali. Spíše začínáme zkoumanou oblastí a necháváme, ať se vynoří to, co je v této oblasti významné.

#### **3.2. Metoda tvorby, zpracování dat a výzkumný soubor**

Budu vycházet z modelu zakotvené teorie, kde chci využít otevřeného a axiálního kódování a vytvářet kategorie, subkategorie a dimenze. Otevřené kódování údaje rozděluje a umožňuje určit některé kategorie, jejich vlastnosti a umístění na dimenzionálních škálách. Axiální kódování tyto údaje zase novým způsobem skládá dohromady vytvářením spojení mezi kategorií a jejími subkategoriemi (Strauss & Corbinová, 1999). Metoda zakotvené teorie tak bude použita jak pro tvorbu, tak pro zpracování dat. Data získám pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Tyto rozhovory si budu nahrávat a zároveň zapisovat na záznamové archy. Rozhovor se skládá ze tří oblastí, na které se dotazují.

1. Oblast personální

a) Jaké personální změny za posledních 5 let provozu na oddělení léčby závislostí se Vám vybavují?

b) Mají podle Vás některé změny vliv na léčbu pacientů? Pokud ano které, a jak? Pokud ne, proč?

## 2. Změny v řádu oddělení

a) Jaké změny v řádu oddělení za posledních 5 let provozu se Vám vybavují?

b) Mají podle Vás některé změny vliv na léčbu pacientů? Pokud ano které, a jak? Pokud ne, proč?

## 3. Změny v interiéru a vybavení oddělení

a) Jaké změny v interiéru a vybavení oddělení za posledních 5 let provozu se Vám vybavují?

b) Mají podle Vás některé změny vliv na léčbu pacientů? Pokud ano které, a jak? Pokud ne, proč?

Oblasti otázek jsem úmyslně volil spíše obecně, aby měli respondenti prostor si sami vzpomenout, které změny jim připadají důležité. Také to, na co si respondent nevzpomene, může mít při zpracování a kódování výpovědní hodnotu.

Výzkumným souborem byli aktuální zaměstnanci oddělení pro léčbu závislostí v PL Šternberk. Jednalo se o výběr kriteriální, podmínkou byla praxe na oddělení minimálně 5 let. Výzkumu se zúčastnilo 8 respondentů, kteří byli záměrně vybráni v poměru 4 středně zdravotničtí pracovníci a 4 pracovníci s vysokoškolským vzděláním. Důvodem tohoto výběru byla snaha zachytit co nejširší spektrum názoru a zkoumané téma. Podrobněji k respondentu v následující tabulce:

Pořadové číslo respondenta	Pohlaví	Délka praxe Na oddělení	Dosažené vzdělání SŠ/VŠ
1.	Ž	16	SŠ
2.	Ž	17	SŠ
3.	Ž	11	VŠ
4.	M	5	SŠ
5.	Ž	10	VŠ
6.	M	8	VŠ
7.	Ž	7	VŠ
8.	Ž	10	SŠ

Tabulka č.1 Údaje o respondentech

## 2. 3.3. Etická stránka výzkumu

S respondenty byl před začátkem spolupráce proveden pohovor, během něhož jim byl vysvětlen účel výzkumu, cíl práce a způsob ochrany dat. Byli poučeni o možnosti kdykoliv od spolupráce odstoupit bez udání důvodů. Každý pak dostal k signování písemnou verzi informovaného souhlasu (viz. Příloha č. 1). Kontaktoval jsem také etickou komisi Psychiatrické léčebny Šternberk, která mě informovala, že pro rozhovory se zaměstnanci svolení komise nepotřebují.

## 3.4. Praktický průběh realizace výzkumu

Rozhovory s respondenty proběhly v horizontu 14 dnů. Průměrná délka jednoho rozhovoru byla cca 30 minut. Rozhovory jsem se snažil provádět v přirozeném prostředí respondentů, tedy konkrétně v jejich pracovnách na oddělení. Jen tam, kde to nebylo možné, probíhal rozhovor v mé pracovně. Faktoru, že všichni respondenti jsou zároveň moji kolegové se více věnuji v závěru práce.



### 3.5. Interpretace výsledků výzkumů

Jak už bylo uvedeno v úvodu výzkumné části mé práce, cílem je zmapovat, jak vnímají zaměstnanci oddělení pro léčbu závislostí vliv provozních změn na délku léčby pacientů. Provozními změnami označuji veškeré změny na oddělení pro léčbu závislosti, ke kterým došlo za posledních 5 let. Z důvodů přehlednosti a v souladu s metodou zakotvené teorie rozdělují výsledky rozhovorů do tří kategorií, ty pak dále do subkategorií a dimenzí.

Kategorie 1: Personální změny jako faktor ovlivňující léčbu pacientů

V této kategorii chci interpretovat pohled respondentů na personální změny na oddělení v souvislosti s možným dopadem na pacienty.

Subkategorie A: Personální změny v segmentu středně zdravotnických zaměstnanců

Drtivá většina respondentů, konkrétně respondenti 2,4,5,6,7 a 8 si vybavují personální změny na pozicích sanitář a zdravotní sestra.

Respondent 2 k tomu uvádí: *„Po zrušení uzavřené části oddělení, které dříve sloužilo jako detoxifikační jednotka ubyla potřeba pracovníku na pozici sanitář. Jejich odchod léčbu pacientů nijak neovlivnil“.*

Naopak respondent 4 říká: *„Odchodem pracovníků z pozice sanitář jsme na oddělení začali mít služby jen po dvou, místo po třech. To může mít na pacienty vliv. Mám na ně prostě méně času“.*

Respondent 5 vidí změny mezi středně zdravotním personálem takto: *„ Změnil se postupně charakter oddělení a způsob práce se závislým pacientem. To sebou přineslo i změnu v nárocích na odbornost SZP. Na oddělení zůstali pracovat hlavně více vzdělaní zaměstnanci. To určitě ovlivňuje pacienty pozitivně“.*

Také respondent 6 si na postupnou obměnu v segmentu středně zdravotnického personálu vzpomíná. Důvody a možný vliv na pacienty vidí takto: *Některé sestry byly z oddělení propuštěny proto, že se neztotožňovaly s novým vedením a konceptem práce. Myslím, že na pacienty to nemělo žádný vliv“.*

Respondent 7 v souvislosti se změnami SZP říká: *„ Počáteční snaha vyměnit méně erudované pracovníky za vzdělanější se naplnila jen zčásti. Právě menší míra odbornosti, například v komunikaci, může pacienty negativně ovlivnit“.*

Respondent 8 vidí možný dopad personálních změn na pacienty takto: *„Je pravda, že se nyní klade důraz na větší vzdělání. To určitě naši práci ovlivňuje ve prospěch pacientů. Na druhou stranu úbytek sanitářů a nárůst administrativy nám bere čas na přímou práci s pacientem. Ten to může vnímat jako nezáměr, tedy negativně“.*

V této subkategorii se ukazuje, že její důležitost vnímají respondenti napříč spektrem, bez ohledu na své pracovní zařazení, či úroveň vzdělání. Dopady personálních změn na průběh léčby pacientů jsou respondenty vnímány kladně (R 5 a částečně R 8), neutrálně je hodnotí R 2 a 6, negativně potom R 4, 7 a částečně 8.

Dimenze i: Souvislost personálních změn s odborností

Odbornost a vzdělání jako možný důvod personálních změn si připouští respondenti 2, 4, 5, 7, a 8. Respondent 7 vidí možný negativní vliv na pacienty v nedostatečných komunikačních dovednostech. Jak uvádí Zachová (2016), nerozlišování příkazu, doporučení a dovolení, bývá často problém při větším množství pokynů a informací, které pacient dostává o tom, co musí a co nesmí. Pokud mu sestra sdělí, že musí ležet, a neověří si, jak to pochopil, může se stát, že si to vysvětlí jako příkaz přísného klidu na lůžku.

Subkategorie B: Personální změny v segmentu psychoterapeuticky pracujících zaměstnanců.

Nadpoloviční většina respondentů si jako další personální změnu vzpomněli na obměny na pozicích psycholog a terapeut. Konkrétně tuto změnu reflektovali respondenti 1, 3, 5, 7 a 8.

Respondent 1 se domnívá, že: *„Navýšení počtů terapeutů umožňuje intenzivněji pracovat s pacienty. To je určitě pozitivní.“*

Respondent 3 oproti předchozímu navýšení pracovníku nereflktuje a domnívá se, že změna na pozicích terapeutů nemá na pacienty z dlouhodobého hlediska vliv. Uvádí: *„Výměna psychologů nebo terapeutů pacienty s dlouhodobého hlediska neovlivní. Negativně to však mohou vnímat ti pacienti, kterých se ta výměna přímo dotkne. Během terapeutického procesu si musí zvykat na nového terapeuta, což sebou nese jistý diskomfort a může vést i vypadnutí pacienta z léčby“.*

Respondent 5 navýšení počtu terapeuticky pracujících zaměstnanců hodnotí pozitivně: *„ Sniží se počet pacientů na jednoho pracovníka, což je pro obě strany přínosné“.*

Respondent 7 navýšení počtu zaměstnanců v tomto segmentu také vnímá jako pozitivní pro pacienty, zamýšlí se však jako jediná nad odbornou zdatností a skutečnými psychotherapeutickými dovednostmi nově přijatých kolegů. Doslova říká: „ *Nejsem si jista, zdali v jednom případě nebyla výměna pracovníků spíše k horšímu*“.

Respondent 8 si také vybavuje navýšení počtu psychologů a terapeutů vidí v tom pro léčbu pacienta jednoznačný přínos. Říká: „*Dříve byl na oddělení jen jeden psycholog pro cca 50 pacientů. Dokážeš si asi představit, jak ta terapeutická práce vypadala*“.

V této subkategorii se již projeví větší odlišnosti v tom, kolik respondentů si personální změny v segmentu psychotherapeuticky pracujících kolegů vybavilo. U těch, kteří ji reflektovali, však panovala shoda v předpokladu, že navýšení pracovníků má pozitivní vliv na pacienty. U respondenta 3 se objevuje obava o terapeutický proces. Je to ve shodě s již použitou citací v teoretické části. Jak uvádějí Prochaska a Norcross (1999) vznik pevného terapeutického spojení je jedním z hlavních činitelů ovlivňující úspěch psychotherapie.

#### Dimenze i: Rozšíření počtu psychotherapeuticky zaměřených aktivit

Navýšení počtu psychotherapeuticky pracujících zaměstnanců umožnilo rozšíření aktivit pro pacienty. To pozitivně reflektují téměř všichni respondenti (kromě R 6).

Respondent 3 k tomu říká: „ *Díky tomu, že je nás víc, můžeme si rozdělit pacienty do menších psychotherapeutických skupin*“.

Respondent 1 si všímá: „*Je větší prostor pro individuální pohovory a pacienti toho využívají*“.

#### Dimenze ii: Doléčovací proces

Respondenti 1, 3, 5, a 7 pozitivně reflektují nově založené doléčovací skupiny pro pacienty s alkoholovou i nealkoholovou závislostí. Vznik těchto skupin dávají do souvislosti s příchodem nových psychotherapeutických pracovníků.

Respondent 3 k tomu říká: *Založení doléčovacích skupin je velmi důležité pro udržení kontaktu s pacienty. Dříve se nám po ukončení léčby nedařilo pacienty motivovat k řádnému doléčování. Vlastně se na doléčování ani nekladl takový důraz, jako teď. A pacienti z toho mají zjevně užitek*“.

Respondent 1 si kromě klasických doléčovacích skupin vybavuje také vznik virtuální skupiny na síti Facebook. Uvádí: „ *Je prima, že se nám podařilo využít i ten internet. Nejen mladší pacienti tuto skupinu dost využívají a i pro mne je to rychlá forma k předání*“.

*informací např. o plánovaných volnočasových akcí“.*

Respondent 7 mluví o větším využívání týdenních doléčovacích pobytů: *„Před lety tolik „opakovaček“ nejezdilo. Myslím, že s nimi teď máme lepší vztah a tak se rádi vracejí. Je to pro mě takové povzbuzení, když vidím, že se alespoň některým daří dobře“.*

Z výše uvedeného lze odvodit, že respondenti si uvědomují důležitost doléčovacího procesu pro celkovou léčbu pacientů. Jak uvádí Kalina (2008), základním cílem následné péče je udržet změny v životním stylu a chování v období po ukončení léčby, kdy je pacientem ve svém běžném prostředí, bez ochranných křídel léčebné instituce.

#### Subkategorie C: Personální změny v lékařské péči

Personálních změn, hlavně v počtu lékařů na oddělení, si všímají respondenti 1, 3, 5 a 6. Většinou reflektují období, kdy stálého lékaře oddělení doplňovala po několik měsíců mladá lékařka – praktikantka. Respondenti si myslí, že dva lékaři na oddělení byli pro pacienty přínosem a mohli jim věnovat více času. Respondent 3 a 5 se zamýšlí také nad roli primáře v lékařské péči.

Respondent 3 říká: *Dokud byli na oddělení dva lékaři, tedy stabilní lékař a praktikant, mohl primář svůj čas věnovat vedení týmu a oddělení. Od doby, kdy praktikanti přestali docházet a lékař tak zůstal sám, primář často suploval jeho práci. To se negativně odráželo v jeho primářských povinnostech. Pacienti to určitě vnímají negativně. Mohou si připadat, že na ně doktor ani primář nemají čas“.*

Také respondent 1 jako klíčové vidí, že již stabilnímu lékaři nevypomáhají praktikanti. Jaký má tato skutečnost vliv na léčbu pacientů si však netroufne odhadnout.

Respondent 1: *„ Bylo dobré tady mít na pomoc praktikantky. Jestli to, že už tu nejsou nějak ovlivní pacienty nevím“.*

Respondent 6 oproti tomu roli praktikantek v týmu nepřeceňuje. Říká: *„Trvalo nějaký čas, než začaly být přínosem. Samozřejmě to bylo individuální, ale většinou trvalo, než se s oddělením sžily. A pak zase šly jinam“.*

Respondent 5 si také všímá období, kdy primář suploval práci sekundáře: *„Bylo nešťastné, když na oddělení zbyl jen jeden lékař. A co teprve když onemocněl nebo měl noční směnu či dovolenou. Veškerá jeho práce pak přecházela na primáře, který úměrně tomu musel redukovat své primářské úkoly. Toto pacienti určitě negativně vnímali“.*

Tato subkategorie reflektuje negativní vliv personálních změn v oblasti lékařské péče.

Respondenti se většinou shodují, že úbytek lékařské péče mohou pacienti vnímat negativně. Dva s respondentů se také zamýšlí nad nevyjasněností rolí primáře.

#### Dimenze i: Role lékaře v týmu

V subkategorii C se objevuje téma rolí lékaře a primáře v rámci týmu. V této dimenzi se jím chci věnovat podrobněji. Jak již bylo uvedeno respondenti 3, a 5 si všímají záměny roli primáře, který je „nucen“ okolnostmi vykonávat roli lékaře. Respondenti 6 a 7 si dále vybavují, že lékař byl zařazen do procesu vzdělávání pacientů a také je více zapojen do komunitního dění např. účastí na ranních komunitách. Jednou za čas vede edukaci, většinou s medicínským zaměřením o závislosti.

Respondent 5 k tomu říká: *Je náročné stihnout práci lékaře a ještě přednášet“.*

Respondenti 1 a 3 vidí větší zapojení lékaře do „nelékařských“ aktivit pozitivně.

Respondent 1: *„Myslím, že pro pacienty je přínosné, když vidí lékaře i v jiné roli“.*

Názory respondentů na rozšíření kompetencí lékařských pracovníků a vůbec na jejich roli v týmu se liší.

#### Kategorie 2: Režim léčby a pravidla oddělení

V této kategorii se budu snažit interpretovat změny v režimu léčby a pravidlech oddělení, tak jak je vnímají respondenti, v souvislosti s možným dopadem na léčbu pacientů.

#### Subkategorie A: Příjem pacientů do léčby

V této subkategorii si budu všímat, jak respondenti reflektují změny v přijímací proceduře pacientů do léčby. Změn si všímají respondenti 1, 2, 4, 5 a 8.

Respondent 2 k tomu řekl: *„ Dříve se do léčby přijímali i pacienti pozitivní, tehdy jsme měli detox, dnes je podmínkou čistá laboratoř od všech návykových látek. Vliv na pacienty to určitě má. Do léčby se dostanou ti motivovanější, kteří dodrží abstinence před nástupem. Na druhou stranu to mnohým nástup do léčby komplikuje. Kladně určitě vnímám možnost testování na ETG. Lze si tak ověřit dodržení abstinence od alkoholu nejen u příjmu.“.*

Také respondent 4 mluví o dvojitým vnímání změny v přijetí pacientů: *Podmínka minimálně 5 dnů abstinence, nebo pobyt na detoxu je pro mnohé dost tvrdá. Než si zajistí pobyt na detoxu, rozmyslí si to. Výhoda je, že nám teď nastupují pacienti s negativní laboratoří a míň z léčby vypadávají. Hlavně ze začátku pobytu.*

Respondent 5 vzpomíná, proč byl detox zrušen a jak vnímá přijímací proces nyní: „Tzv. detox, který zde před lety byl, by už dnes nesplňoval podmínky pro provoz. Jeho zrušení byla nutnost. Zvýšilo to sice práh pro vstup do léčby, ale na druhou stranu máme nové oddělení s méně náročným režimem, kam můžeme ty „horší“ pacienty umístit. Podle mě to celkově pro pacienty vychází spíše pozitivně“.

Respondent 8 vidí ve změnách podmínek pro příjem pacientů jednoznačně pozitiva: *Je to nyní přehlednější, přicházejí více motivovaní pacienti a není taková fluktuace. Když u příjmu zjistíme, že se pacient s nějakého důvodu do režimové léčby nehodí, je zde možnost mu nabídnout pobyt na vedlejším, méně náročném oddělení“.*

Respondenti si shodně všímají, že vstup do léčby se stal pro některé pacienty náročnější, zároveň si uvědomují, že přísnější podmínky pro vstup omezují předčasné ukončení léčby.

#### Dimenze i.: Změna délky léčby

V souvislosti s nástupem do léčby si mnozí respondenti vzpomněli také na změnu v délce komplexního pobytu. Konkrétně respondenti 2, 4, a 5. Bez souvislosti s příjmem pak změnu délky léčby komentují respondenti 3, 6 a 7.

Respondent 2 k tomu uvádí: *Někdy se stane, že nově příchozí pacient se délce léčby podivuje. Přitom tato informace je součástí telefonického pohovoru, kterým každý musel projít. Většinu pacientů tato změna podle mě neovlivní, protože s ní již před nástupem do léčby počítají.*

Respondent 6 to vidí jinak: „ *Prodloužení léčby spoustu pacientů od nástupu odradí. Vždyť ostatní léčebny mají pobyt stanovený na 3 měsíce“.*

Respondent 7 říká: „ *Prodloužení léčby je zvláště u nealkoholových závislých pozitivní. Je delší čas na terapeutickou práci. Některým pacientům také trvá delší dobu, než se v léčbě vůbec zadaptují“.*

Také respondent 4 diví prodloužení léčby pozitivně: „ *Myslím, že to pacienti oceňují, mají víc času na řešení svých problémů a to je pozitivní“.*

Většina respondentu tedy vnímá prodloužení léčby jako pozitivum. Dvořáček (2003) uvádí, že střednědobá léčba závislosti je ústavní léčba v trvání 3 – 6 měsíců. Respondent 7 pak ve shodě s výzkumem Hetzerové a Gabrhelíka vnímá, že pacienti s nealkoholovou závislostí vyžadují delší léčebný pobyt.

## Subkategorie B: Bodový systém

Jak již uvádím v teoretické části, bodový systém je stále nedílnou součástí střednědobé ústavní léčby závislostí. Reflektování změn v tomto systému a dopadů na léčbu pacientů je součástí této subkategorie. Změny v této oblasti si vybavili všichni respondenti.

Kromě respondenta 6 všichni pozitivně hodnotí vytvoření tzv. průvodce léčbou, což je manuál obsahující většinu pravidel a režimových opatření.

Respondent 2 k tomu říká: *Nyní je většina informací pro pacienty na jednom místě. Dříve visely informace různě po nástěnkách a pravidelně se ztráceli. Pro pacienty je to pozitivní změna.*

Respondent 5 také kladně oceňuje vznik průvodce a dodává: *„Jasná pravidla na jednom místě k přečtení zaručují bezpečí pro pacienty i personál“.*

Respondent 6 vidí oproti ostatním negativa: *„Pravidla i režim se poslední roky měnily příliš rychle. Průvodce je nepřehledný a zbytečně rozsáhlý. Pro pacienty mohou být stále změny matoucí“.*

Respondent 4 se zamýšlí nad bodovým systémem takto: *„Sankce za prohřešky se dost zmírnilo a pacienti nás tím pádem méně respektují. To vnímám jako negativní“.*

Také respondent 8 si myslí: *Některé úpravy v řádu jsou příliš benevolentní. Většina pacientů potřebuje tvrdší přístup“.*

Vytvoření jasných pravidel, která jsou k dispozici v jednom manuálu vnímá většina respondentů, ve vztahu k pacientům, kladně. Pouze jeden respondent vnímá změnu v režimu a pravidlech jako pro pacienty negativní. Objevují se také názory, že menší přísnost je pro léčbu kontraproduktivní. Snaha o zpřehlednění bodovacího systému a pravidel léčby vůbec, alespoň tak, jak to vnímá většina respondentů, je v souznění s tím, co zjistil Kalina (2015) ve své pilotní studii: Většina bodovacích systémů je složitých a nepřehledných.

## Dimenze i.: Vztahy v léčbě

Při hodnocení změn v pravidlech a režimu léčby si respondenti často vzpomněli na změny v sankcionování tzv. patologických vztahů. Mluví o tom konkrétně respondenti 3, 4, 5, 7 a 8.

Respondent 3 k tomu říká: *„ V minulosti se za sebemenší náznak vztahu mezi dvěma pacienty z léčby vylučovalo. Dnes, při nastavení podmínek, máme možnost se vztahem*

*pacientů terapeuticky pracovat. Pro pacienty to může být přínosem“.*

Respondent 4 uvádí: *„Po sloučení mužského a ženského oddělení je to se vztahy komplikovanější. Pacientům to komplikuje léčbu, pokud zde vztah naváží. Vyloučení z léčby bylo možná jednodušší“.*

Respondent 5 vidí změnu v přístupu k patologickým vztahům takto: *„ Vztahy v léčbě byli, jsou a budou. Potýkají se s tím ve všech léčebnách. Zmírnění sankcí a prostor na vzájemnou domluvu (kontrakt) je cesta správným směrem. Je to pozitivní hlavně pro pacienty“.*

Respondent 8 říká: *„ Vztahy do léčby nepatří. Zmírněním pravidel jsme je vlastně povolili, alespoň tak to pacienti chápou. Vztahy je odvádí od léčby, změnu vnímám jako horší pro pacienta“.*

V této dimenzi jsou respondenti rozděleni na ty, kteří zmírnění pravidel pro tzv. patologický vztah vítají a vidí v něm příležitost a na ty, kteří jsou zastánci konzervativnějšího postoje.

#### Dimenze ii: Propustky a dovolenky

K bodovému systému jako nástroji odměny i trestu si někteří z respondentů vybavili také změny v udělování dovolenek a propustek v léčbě. Byli to respondenti 1, 4, 5 a 8.

Respondent 1 vzpomíná. *„ Před lety mohli pacienti domů i na několik nocí, nebyl v tom žádný systém. Dnes si musí dovolenku přes noc zasloužit. To mi připadá jako pozitivní motivace. Něco za něco“.*

Respondent 4 kladně hodnotí: *Zpřísnění v udělování dovolenek přes noc je dobrý nástroj, jak udržet na oddělení morálku. Pro pacienty je to sice náročnější, ale myslím, že je to v léčbě nijak zvlášť negativně neovlivní“.*

Respondent 5 oproti tomu vidí negativa: *„Omezení počtu propustek přes noc je neterapeutické. Toto opatření vzešlo čistě s ekonomických důvodů. Za pacienta, který je na dovolence přes noc pojišťovna platí léčebně minimum. Přitom právě adaptace na domácí prostředí je zvláště v poslední fázi léčby klíčové. Pro pacienty je toto omezení negativní“.*

Vytvoření a zpřísnění pravidel pro získání dovolenek vnímá většina respondentů příznivě. Omezení počtu dovolenek reflektuje z terapeutického hlediska jako negativní jen respondent 5. Nejen posledně jmenovanému respondentovi dává za pravdu Dvořáček (2003), když píše: Propustky, jejich plánování a hodnocení jsou důležitou součástí programu proto, že během terapie poskytují jediný kontakt s původním prostředím.



### Subkategorie C: Nové aktivity v terapeutickém plánu

Na nově zavedené aktivity pro pacienty v rámci terapeutického plánu si při rozhovoru vzpomněli všichni respondenti, s výjimkou respondenta 6. Poprvé se také stalo, že všichni respondenti vnímají výše uvedené změny za prospěšné pro léčbu pacientů. Jen pro dokreslení přepis několika ukázek rozhovorů.

Respondent 2 uvádí: „*Je dobře, že se podařilo zařadit nové aktivity do plánu tak, aby je mohli využívat všichni pacienti bez rozdílu. To se v minulosti nedařilo. Někdo chodil do dílen, někdo do zahrady. Prostě, nebyl v tom systém*“.

Respondent 7 říká: „*Kromě aktivit na oddělení či v areálu léčebny je podle mě velkým přínosem organizování společných volnočasových akcí. Třeba společné výlety členů týmu a pacientů hodně pomáhají budovat terapeutický i prostě lidský vztah*“.

Respondent 4 vidí tyto pozitiva: „*Více aktivit zaplňuje pacientům den a pomáhá jim dostat do života zase nějaký řád*“.

Respondent 1 oceňuje: „*Kromě jiného, co léčba přináší, se mohou pacienti naučit některým novým dovednostem, nebo si nalézt nového koníčka. To mi přijde pro jejich život po léčbě hodně podstatné*“.

### Dimenze i.: Spolupráce s rodinou pacienta

Při reflektování dopadu nových aktivit na léčbu pacientů si někteří respondenti vzpomněli na nové aktivity, které jsou určené příbuzným pacientů. Týká se to respondentů 1, 3, 5, a 7. Tito oceňují především besedu o závislosti pořádanou nejen pro rodinné příslušníky. Přínos vidí také v týdenním pobytu pro rodinného příslušníka. Zapojení rodiny do léčebného procesu vidí mnoho odborníků jako velmi prospěšné. Kalina (2003) o rodinné terapii píše: Rodinná terapie není universální lék, její indikace jsou však široké.

Respondent 7 uvádí: „*Je velkým přínosem mít ve skupinové terapii, byť jen na týden, matku se synem nebo partnerský pár. Je to obohacení nejen pro jejich vzájemný vztah, ale i pro celou skupinu*“.

Respondent 3 říká: „*Po přednášce pro rodinné příslušníky si druhý den většina pacientů pochvaluje to, že je jejich blízcí najednou více chápou. To je velký přínos*“.

### Kategorie 3: Prostorové a interiérové změny oddělení

Tato kategorie si bude všimát vlivu prostorových a interiérových změn na oddělení léčby závislosti a jejich vlivu na pacienty z pohledu respondentů.

#### Subkategorie A: Koedukace

Opětovné spojení mužské a ženské části v jedno oddělení vnímalo jako zásadní faktor 7 respondentů. Neuvedl ho pouze respondent 1. V této subkategorii nejvíce respondentů nedokázalo posoudit, zdali uvedená změna má nějaký vliv na léčbu pacientů.

Respondent 2 k tomu uvedl: *„Oddělení už jednou společně pro muže a ženy bylo, to jsem tu ještě nepracovala. Takže je to vlastně návrat k již vyzkoušenému. Jak to ovlivní léčbu pacientů opravdu nevím“.*

Respondent 3 říká: *Je přirozené, aby se muži a ženy léčili společně. V reálném životě přece také žijí spolu“.*

Respondent 4: *„Mám obavu, jak to bude s navazováním vztahů, to jim hodně komplikuje léčbu.“*

Respondent 8 vidí pozitiva: *„Muži se budou ve společnosti žen chovat slušněji“.*

Respondent 5 uvádí: *Koedukace je pro pacienty jistě prospěšná, odráží více reálný svět. Bylo by však užitečné zachovat i prostor generově rozdělený. Třeba jednou za čas skupina jen pro ženy nebo jen pro muže“.*

Koedukaci většina respondentů označuje jako více realistickou formou léčby. Objevují se obavy ze vzájemných vztahů a respondent 5 si uvědomuje absenci programu určeného výhradně jednomu pohlaví. Kalina (2008) k tomu uvádí: V koedukovaných programech se za určité nepostradatelné minimum pokládá poskytování specificky ženských služeb (např. genderové skupiny, nebo generové poradenství) a zajištění fyzického a psychologického bezpečí pro ženy.

#### Demenze i.: Posilovna

V souvislosti s prostorovými změnami a s koedukací si všichni respondenti, kromě respondenta 4, vzpomněli na nově otevřenou posilovnu. Všichni se domnívají, že tato změna je pro pacienty přínosná.

Respondent 1 k tomu říká: *„Nová posilovna je určitě dobrá věc, hlavně pro chlapy. Mají se alespoň kde vyřádit“.*

Respondent 3 uvádí: „*Posilovna dává nejenom mužům možnost protáhnout si tělo. Také ženy si mohou cvičením zlepšit sebevědomí. Zvláště když v léčbě většina z nich přibere na váze*“.

#### Subkategorie B: Interiér

Celková rekonstrukce oddělení, spojená s koedukací a nové vybavení je změna, kterou si vybavili všichni respondenti. Všichni ji také vnímají jako přínosnou pro léčbu pacientů.

Respondent 2 k tomu uvádí: „*Konečně máme moderně vybavené pokoje, pacienti se v nich cítí lépe*“.

Respondent 3: „*Nynější vybavení pokojů je mnohem lepší. Pacienti se zde cítí lépe, vždyť tu mají trávit 4 měsíce*“.

Respondent 8 si všímá: „*Prokoukla hlavně nová část pro ženy. Myslím, že hlavně ženy pěkné prostředí ocení, muži to tak neřeší*“.

Vliv prostředí na léčbu popisují v teoretické části, odpovědi respondentů se s teorií shodují

#### Dimenze i.: Nové pracovny

Ve spojitosti se změnami prostor a interiéru si někteří respondenti vzpomněli také na změny provedené v pracovnách a terapeutických místnostech. Tyto změny reflektují celkem přirozeně pouze ti respondenti, kterých se přímo dotkly. Jsou to respondenti 3, 5 a 7.

Respondent 3 říká: „*Nově vytvořené pracovny pro psychology a terapeuty umožňují provádět individuální pohovory v důstojném, příjemném a nerušeném prostředí. Pacienti to oceňují*“.

Respondent 5: „*Škoda, že se při rekonstrukci oddělení zapomnělo na další prostory pro skupinovou terapii. Skupiny probíhají v jeden čas a každá tak mohla mít svůj prostor*“.

Respondent 7: „*Důstojné prostředí pracovny je pozitivní nejen pro nás, ale taky pro pacienty nebo rodinné příslušníky, kteří chodí stále častěji na pohovory. Negativně vnímám nedostatečné prostory pro skupinovou terapii*“.

### 3.6. Diskuze

Cílem této práce mělo být zmapovat, jak vnímají zaměstnanci oddělení pro léčbu závislostí vliv provozních změn na délku léčby pacientů. Během procesu tvorby a zpracování dat se ukázalo, že spojení „délka léčby pacientů“ je nevyhovující. Proto se toto spojení již v praktické části nevyskytuje a je nahrazeno prostým „léčba pacientů“.

První kategorie výzkumu se věnuje personálním změnám a jejím možným dopadům na léčbu pacientů. Nejvíce respondentů si všímá personálních změn na pozicích středně zdravotnického personálu, zvláště snížení počtu sanitářů. Respondenti to dávají do souvislosti se změnou poskytovaných služeb, konkrétně zánikem detoxifikační jednotky. Názory na možné dopady na léčbu pacientů se zde liší. V tomto úseku výzkumu se propojují kategorie 1 personální s kategorií 2 subkategorií A příjem pacientů. Respondenti si všímají také vyšších nároků na vzdělání u SZP, což hodnotí kladně.

Změny na pozicích terapeuticky pracujících zaměstnanců reflektuje již méně respondentů. Jsou však hodnoceny kladně, zvláště navýšení počtu těchto pracovníků. Zde se opět spojují dvě subkategorie rozdílných kategorií a to ve spojení více terapeuticky pracujících zaměstnanců rovná se více terapií a nových aktivit pro pacienty.

Nejméně respondentů si všímá změn na lékařských pozicích, o to větší dopad na pacienty jim však přisuzují. Ztráta druhého lékaře – praktikanta je vnímána většinou negativně. V této souvislosti se také vynořuje názor na možné záměny rolí mezi lékařem a primářem. Není druhý lékař, nahrazuje jej primář. To vnímají respondenti jako špatné i ve vztahu k pacientům.

Obecně lze tuto kategorii shrnout do teorie, že léty zažitá zdravotnická hierarchie se projevuje i v multidisciplinárně laděném týmu. To potvrzuje Dvořáček (2003), kterého cituji v teoretické části.

Zajímavým výstupem je, že na změny u SZP si vzpomnělo nejvíce respondentů, ale jejich vliv na léčbu pacientů byl vnímán hodně rozporuplně. Změny v počtu lékařů si všimlo nejméně respondentů, ale všichni jí přisuzují negativní vliv na pacienty. Bartošíková (2003) k tomu píše: Tým by měl mít jasno, co dělá, zda plní cíle, který si stanovil či vzal za své. Čas od času je dobré prověřit, zda cíle, které se tým zavázal naplňovat, ještě platí, jestli se podmínky práce nezměnili natolik, že bude potřeba stanovit cíle nové.

V druhé kategorii si respondenti všímají změn v režimu a pravidlech oddělení a

zamýšlejí se, zda ovlivnili léčbu pacientů.

Největší změny respondenti reflektují při procesu přijímání pacienta do léčby. Zde se shodují, že pravidla jsou sice nastavena přísněji, což dle nich některé pacienty od léčby odradí. Jako výhodu pak vidí, že pomyslný práh do léčby překročí ti více motivovaní, kteří ji častěji dokončí. Zde se vnímání respondentů poněkud rozchází s modernějším vnímáním motivace. Tzv. cyklický model, který zmiňuji v teoretické části práce, umožňuje pracovat s pacientem v různé fázi motivace. Souhlasit však s názorem respondentů lze v oblasti vhodnosti ústavní léčby pro konkrétního pacienta. Tzv. matching (párování potřeb), o kterém píše např. Kalina (2003) by měl pomoci v nalezení vhodné formy léčby.

Subkategorii s názvem bodový systém reflektovali všichni respondenti. Shodují se, že lépe definovaná a přehledně uspořádaná pravidla jsou pro pacienty přínosem. Pouze jeden respondent považuje změny v bodovacím systému za nepřehledné a příliš rozsáhlé. To, že si na změny v bodování vzpomněli všichni respondenti má svou vypovídací hodnotu. Svědčí to o důležitosti, kterou tomuto nástroji respondenti přisuzují. Také toto zjištění je ve shodě s teoretickou částí práce.

Nejvíce rozporupně respondenti vnímají možný vliv na léčbu u změn v posuzování sankcionování tzv. patologických vztahů. Také v odborné obci se kolem tohoto pravidla vedou spory. Jak uvádí Kalina (2008), patří toto pravidlo k nejdiskutovanějším a nejrozporupnějším. Mnohdy nejen klienti, ale ani pracovníci nevědí, čeho přesně se zákaz týká.

Shoda všech respondentů panuje u subkategorie C s názvem nové aktivity v terapeutickém plánu. Všichni se domnívají, že tato změna má na léčbu pacientů pozitivní vliv. Také zde dochází k průnikům z první kategorie, kdy si respondenti uvědomují, že některé personální změny umožnily rozšíření aktivit. Pozitivně dále respondenti vnímají změny v čerpání propustek, jen respondent 5 si dokáže představit změnu k lepšímu. Také rozvoj ve spolupráci s rodinou pacienta je respondenty vnímán jako prospěšná změna.

Poslední, svým rozsahem nejméně obsáhlá kategorie se týká prostorových a interiérových změn na oddělení. Tyto změny také reflektují všichni respondenti. Pozitivně hodnotí jak změny v prostorech pro pacienty, tak pro personál. Respondenti 5 a 7 si jako jediní všimají nedostatku v prostorách pro skupinovou terapii.

Hlavním výsledkem výzkumu je zjištění, že většina provedených provozních změn má, dle respondentů, na léčbu pacientů pozitivní vliv. Podařilo se také lokalizovat několik

konkrétních provozních změn, o nichž se respondenti domnívají, že léčbu pacientů ovlivňují negativně. Jedná se hlavně o oblast personálních změn na pozicích SZP a lékařů. Také některé režimové změny vyvolali u respondentů negativní nebo nejednoznačné reakce.

K diskusi pak určitě je, nakolik byli rozhovory ovlivněny tím, že respondenti byli moji kolegové. Zde se nabízí dva možné scénáře. Buď známá osoba v roli výzkumníka respondenty povzbudí k otevřenosti, nebo se také mohou snažit své odpovědi formulovat tak, aby se „zavděčili“. Domnívám se však, že metoda zakotvené teorie a polostrukturovaný rozhovor toto možné negativní zkreslení minimalizuje.

Výsledky výzkumu lze na konkrétním pracovišti využít k reflexi provedených provozních změn. Otevírá se prostor znovu prodiskutovat v týmu sporně vnímané změny. Tam, kde se zjištěné výsledky rozcházejí s odbornou literaturou, např. v oblasti míry motivace pacienta, se nabízí možnost pro edukaci zaměstnanců.

Do budoucna by tento výzkum mezi zaměstnanci jistě dobře doplnil také výzkum toho, jak provozní změny a jejich dopad na léčbu vnímají samotní pacienti. V širším měřítku se nabízí možnost podobně koncipované výzkumy, tedy polostrukturované rozhovory následně zpracované pomocí zakotvené teorie, aplikovat na nějakou celosystémovou změnu v péči o závislé.

Výzkumná část přinesla ještě jeden nečekaný výstup, který se týká odlišné terminologie. Pojem pacient versus klient. Zdá se, že označení pacient je doménou zdravotnictví a pojem klient pak využívají ostatní poskytovatelé péče. Ve své práci používám střídavě oba termíny. Je minimálně zajímavé, že na tak základním terminologickém pojmu, jako označení uživatele péče nepanuje shoda.

### **3.7. Závěr**

Cíle práce, tedy zmapování, jak vnímají zaměstnanci oddělení pro léčbu závislostí v PL Šternberk vliv provozních změn na léčbu pacientů, bylo dosaženo. Respondenti se domnívají, že většina provedených provozních změn má na léčbu pacientů kladný vliv. Podařilo se také lokalizovat několik konkrétních provozních změn, o nichž se respondenti domnívají, že léčbu pacientů ovlivňují negativně. To dává prostor pro možné přehodnocení

těchto provozních změn, nebo alespoň pro věcnou diskusi v týmu.

## Použitá literatura

- Bartošíková, I. (2003). Práce v multidisciplinárním týmu. In Kalina a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup I. a II.* Praha: Úřad vlády ČR.
- Dvořáček, J. (2003). Střednědobá ústavní léčba. In Kalina a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup I. a II.* Praha: Úřad vlády ČR.
- Dvořáček, J. (2008). Neurobiologie závislosti. In Kalina a kol. *Základy klinické adiktologie.* Praha: Grada publishing
- Fiala, T. (2017). *Předčasné ukončení léčby u klientů se závislostí* (Diplomová práce). Praha.
- Hetzerová, L. Gabrhelík, R. (2014). Pohled personálu ženského lůžkového oddělení Kliniky adiktologie na léčbu pacientek závislých na pervitinu: Pilotní studie. *Adiktologie*, 14(1), 22–29.
- Horová, S. (2015). Drop out fenomén v léčbě závislosti. (Diplomová práce). Brno
- Kalina, K. (2003). Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. In Kalina a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup I. a II.* Praha: Úřad vlády ČR.
- Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita, obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti* Praha: Grada publishing
- Kalina, K. (2008). *Základy klinické adiktologie.* Praha: Grada publishing
- Kalina, K. (2011) *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii.* Praha: Grada publishing
- Kalina, K. (2015). Bio-psycho-socio-spirituální model a jeho implikace pro odbornou péči. In Kalina a kol. *Klinická adiktologie.* Praha: Grada publishing
- Kratochvíl, S. (2005) *Skupinová psychoterapie v praxi.* Praha: Galén
- Kubincová, L. (2011). *Efektivita léčby závislosti na alkoholu v České republice* (Diplomová práce). Olomouc
- Léčba závislostí. Internetové stránky: <http://www.lecbazavislosti.cz>. (5. 11. 2017)
- Mezinárodní klasifikace nemocí. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Desátá revize, aktualizovaná revize k 1. 4. 2014. Internetové stránky: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html> [11. 11. 2017].
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* Praha: Grada.
- Prochaska, J. a Norcross, J. (1999). *Psychoterapeutické systémy.* Praha: Grada publishing
- Psychiatrická léčebna Šternberk. Internetové stránky: <http://www.plstbk.cz>. (5. 11. 2017)



- Řehan, V. (2007). *Adiktologie 1* Olomouc: Palackého nakladatelství
- Strauss, A., & Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert.
- Šejvl, J., Miovský, M. (2017). Nejstarší specializované lůžkové zařízení pro léčbu závislosti na alkoholu na historickém území Čech a Moravy: případová studie protialkoholní léčebny ve Velkých Kunčicích (1911–1915). *Adiktologie*, 17(2), 134–146.
- Yalom, I.D. (2016). *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Praha: Portál
- Zachová, E. (2016). *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada publishing

## Příloha č. 1

### Informovaný souhlas

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výzkumu, který je součástí bakalářské práce Vliv provozních změn na délku léčby závislostí v PL Šternberk. Autor projektu mne informoval o podstatě výzkumu a seznámil mne s cíli práce. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně a v klidu zvážit, měl/a jsem možnost se autora zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět.

Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informován/a , že mám možnost kdykoliv od spolupráce na projektu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Jméno, příjmení a podpis účastníka v projektu:

.....

V..... dne.....



