

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Zdravotně sociální pracovník

UPLATNĚNÍ ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA
V PROCESU LÉČBY ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU

Bakalářská práce

Autor práce: Pavla Tomková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Luba Pavelová, PhD.

Jihlava 2024

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Pavla Tomková**

Studijní program: Zdravotně sociální péče

Obor: Zdravotně sociální pracovník

Garant studijního oboru: Mgr. Jana Gabrielová, PhD.

Název práce: **Uplatnění zdravotně-sociálního pracovníka v procesu léčby závislosti na alkoholu**

Vedoucí práce: doc. PhDr. Luba Pavelová, PhD.

Cíl práce: Bakalářská práce se věnuje tématu léčby osob se závislostí na alkoholu a uplatnění zdravotně-sociálního pracovníka v této léčbě. Výzkum se zaměřuje na současné možnosti léčby závislosti na alkoholu a uplatnění zdravotně-sociálního pracovníka v procesu léčby. Bude využita kvalitativní výzkumná strategie. Nástrojem sběru dat budou polostrukturované rozhovory s lidmi se závislostí na alkoholu.

Abstrakt

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku léčby závislosti na alkoholu a na roli zdravotně sociálních pracovníků v tomto procesu. Cílem práce je zmapovat současné možnosti léčby a identifikovat, jakým způsobem přispívají zdravotně sociální pracovníci k úspěšnosti této léčby. Teoretická část se věnuje definici závislosti, typologii léčebných metod a legislativnímu rámci, který ovlivňuje poskytování služeb v oblasti léčby závislosti na alkoholu. Důraz je kladen na dostupnost léčby. Práce se rovněž zaměřuje na dostupnost léčebných programů pro různé skupiny pacientů. V empirické části byla použita kvalitativní metoda sběru dat prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s respondenty, kteří mají osobní zkušenosti s léčbou závislosti na alkoholu. Závěrem lze konstatovat, že zdravotně sociální pracovníci představují nepostradatelnou součást léčebného procesu, která významně přispívá ke zlepšení šancí na úspěšné zotavení pacientů. Práce zdůrazňuje nutnost dalšího vzdělávání a podpory zdravotně sociálních pracovníků, aby mohli efektivně reagovat na potřeby pacientů a přizpůsobovat své služby aktuálním výzvám v oblasti léčby závislostí.

Klíčová slova

Alkohol; závislost; léčba závislosti; zdravotně sociální pracovník; motivace k léčbě

Abstract

The bachelor thesis focuses on the issue of alcohol treatment and the role of health and social workers in this process. The aim of the thesis is to map current treatment options and identify how health and social workers contribute to the success of this treatment. The theoretical part focuses on the definition of addiction, the typology of treatment methods and the legislative framework that influences the provision of alcohol treatment services. Emphasis is placed on the availability of treatment. The thesis also focuses on the availability of treatment programmes for different patient groups. In the empirical part, a qualitative method of data collection was used through semi-structured interviews with respondents who have personal experience with alcohol dependence treatment. In conclusion, health and social workers are an indispensable part of the treatment process that contributes significantly to improving the chances of successful recovery for patients. The paper highlights the need for further training and support for health social workers to enable them to respond effectively to patients' needs and to adapt their services to current challenges in addiction treatment.

Keywords

Alcohol; addiction; addiction treatment; health and social worker; motivation for treatment

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 22. října 2024

.....

Podpis studenta/ky

Poděkování

Ráda bych zde vyjádřila své upřímné poděkování doc. PhDr. Lube Pavelové, PhD., za odborné vedení. Děkuji Bc. Lee Lukesové za pomoc a přínosné podněty, které mě vedly k hlubšímu zamyšlení nad tématem. Nemohu zde opomenout ani svou rodinu, jejíž podpora a trpělivost mi dodaly sílu a motivaci v náročných chvílích. V neposlední řadě děkuji všem dotazovaným. Jejich ochota sdílet osobní příběhy a názory obohatila tuto práci a přispěla k jejímu obsahu.

Obsah

Seznam obrázků.....	7
Seznam zkratek.....	8
Úvod	9
1 Teoretická část	10
1.1 Závislost.....	10
1.2 Léčba závislosti na alkoholu	15
1.3 Uplatnění zdravotně sociálního pracovníka v léčbě závislosti na alkoholu	22
2 Výzkumná část	25
2.1 Výzkumné otázky	25
2.2 Realizace výzkumu	26
2.3 Získaná data	26
2.4 Analýza dat.....	33
Závěr	37
Seznam použité literatury	39
Tištěné zdroje.....	39
Elektronické zdroje.....	39
Přílohy.....	41

Seznam obrázků

Obrázek 1: Model kruhového průběhu změny motivace	18
---	----

Seznam zkratek

AA	Ambulantní alkoholici
AIDS	Syndrom získaného selhání imunity
CDZ	Centrum duševního zdraví
CNS	Centrální nervový systém
ČR	Česká republika
FAS	Fetální alkoholový syndrom
HIV	Virus lidské imunodeficience
ICD	Mezinárodní klasifikace nemocí (celosvětový standard pro kategorizaci nemocí)
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí (český ekvivalent anglického ICD)
NMS	Národní monitorovací středisko pro drogy a závislost
NZIP	Národní zdravotnický informační portál
PN	Psychiatrická nemocnice
ÚP	Úřad práce
USA	Spojené státy americké
VŠPJ	Vysoká škola polytechnická Jihlava
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZSP	Zdravotně sociální pracovník

Úvod

Téma závislosti na alkoholu a následné léčby je jedním z klíčových problémů současné společnosti. Tento problém ovlivňuje nejen samotného jedince, ale i jeho rodinu, blízké okolí a širší komunitu. Závislost na alkoholu je chronické a často recidivující onemocnění, jehož léčba vyžaduje interdisciplinární přístup, kde zdravotně sociální pracovník hraje nezastupitelnou roli.

V rámci této práce se zaměřím nejen na uplatnění zdravotně sociálního pracovníka v procesu léčby osob závislých na alkoholu, ale také na současné možnosti léčby této závislosti. Výzkum se bude věnovat tomu, jaké jsou v dnešní době dostupné přístupy a metody léčby a jak je vnímají samotní pacienti, kteří si léčbou prošli nebo právě procházejí. Tímto způsobem chci přispět k hlubšímu porozumění problematice závislosti a zároveň poukázat na to, jak důležitou roli mohou zdravotně sociální pracovníci v tomto procesu sehrát.

K výběru tohoto tématu mě vedly osobní zkušenosti, které mi tuto problematiku přiblížily nejen teoreticky, ale i z pohledu každodenního života. Setkala jsem se s tímto problémem ve své vlastní rodině, kdy můj manžel prošel léčbou závislosti na alkoholu v psychiatrické nemocnici. Během jeho hospitalizace jsem měla možnost vidět práci zdravotně sociálního pracovníka, který mi byl velkou psychickou oporou a zároveň průvodcem manželovou léčbou. Tento osobní zážitek mě přiměl hlouběji se zamyslet nad tím, jaké metody a nástroje mohou pomoci osobám s podobným problémem a jak důležitou roli v tom sehrává právě zdravotně sociální pracovník.

Během svého studia na VŠPJ jsem měla příležitost absolvovat odbornou praxi v PN Havlíčkův Brod, na oddělení léčby závislostí. Tato zkušenost pro mě byla velmi přínosná při tvorbě bakalářské práce. V průběhu praxe jsem měla možnost blíže se seznámit s činnostmi zdravotně sociální pracovníce, pozorovat její práci v multidisciplinární týmu a spolupráci s pacienty. Také jsem se účastnila ranních komunit a terapeutických skupin, což mi umožnilo lépe pochopit denní režim pacientů a strukturu jejich programu. Tato praxe mi poskytla cenný vhled do fungování léčby závislostí a přinesla mnoho užitečných podkladů pro mou odbornou praxi.

Vzhledem k tomu, že se ve svém okolí stále setkávám s lidmi, kteří zápolí s touto závislostí, ať už úspěšně či neúspěšně, uvědomuji si důležitost kvalitní podpory nejen od lékařů a terapeutů, ale také od zdravotně sociálních pracovníků. Tito odborníci mohou sehrát klíčovou roli v procesu léčby a následné resocializace pacientů, protože spojují zdravotní a sociální aspekty péče. V této práci bych ráda prozkoumala možnosti a konkrétní postupy, které zdravotně sociální pracovníci využívají při práci s lidmi závislými na alkoholu. V teoretické části práce se snažím přiblížit těm, kteří zvažují léčbu, jaké mají dostupné možnosti a jejich úspěšnost. Zároveň chci zdůraznit význam zdravotně sociálního pracovníka v tomto procesu a jeho klíčovou roli při podpoře pacientů během léčby i při jejich návratu do běžného života.

1 Teoretická část

V teoretické části bakalářské práce se zaměřuji na přehled současných poznatků týkajících se léčby závislosti na alkoholu a roli zdravotně sociálního pracovníka v tomto procesu. Prostor je věnován definici závislosti, jednotlivým přístupům k léčbě, včetně možností ústavní a ambulantní péče a dále specifikům práce zdravotně sociálních pracovníků. Tato část poskytuje teoretický rámec, který je základem pro pochopení praktické části výzkumu.

1.1 Závislost

„V naději na rychlé uspokojení vnitřních potřeb, rychlé zlepšení vlastních pocitů emocí a vnímání vynalezl člověk chemické prostředky, které jednoduchým přijímáním do těla slibují zároveň a okamžitě splnit prakticky všechna přání. Závislost začíná tam, kde se člověk vzdal původních životních perspektiv, kde se zvyšuje význam návykových látek a zabírají nekontrolovatelným způsobem prostor a čas v prožitcích člověka a uspořádání jeho dní.“ (Gohlert a Kuhn, 2001).

Podle Křížové můžeme závislost popsat jako stav, kdy jedinec projevuje soubor příznaků, kde látka nebo činnost na které je závislý, získává pro něj výraznější hodnotu než aktivity a hodnoty, které byly pro něj důležité před vznikem závislosti. To způsobuje ztrátu rovnováhy, co se týče priorit a schopnosti ovládat své chování. Závislost je stav, kdy jedinec většinu svého času a energie věnuje určité látce nebo činnosti, na kterou je závislý. Jeho psychické a převážně fyzické fungování je závislé na pravidelném užívání psychoaktivní látky nebo určité činnosti. Lidé s rozvinutým syndromem závislosti čelí různým psychickým, fyzickým a sociálním obtížím. Tyto projevy zahrnují poruchy chování, vnímání a myšlení, a vedou také k narušení osobnosti (Křížová, 2021).

NZIP definuje závislost jako trvalý vztah k něčemu či někomu, tento stav je ovlivněn silnou touhou a neovladatelnou nutností tuto potřebu uspokojit. NZIP uvádí, že dotýčný nedokáže zvažovat rizika a přínosy užívání návykové látky nebo činnosti, to vše se odráží na jeho zdraví a společenských vztazích (NZIP, 2021).

MUDr. Karel Nešpor ve své knize Návykové chování a závislosti uvádí definici závislosti, která je však z jeho pohledu poněkud komplikovaná. Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) je závislost skupinou fyziologických, behaviorálních a kognitivních jevů, kde užívání specifické látky nebo třídy látek získává pro jedince větší prioritu než dříve ceněné aktivity. Klíčovým znakem syndromu závislosti je touha po psychoaktivních látkách, alkoholu nebo tabáku. Opětovné užívání látky po období abstinenčního chování často rychle obnovuje charakteristické rysy syndromu, což se liší od jedinců, kteří nevykazují příznaky závislosti (Nešpor, 2018).

Světová zdravotnická organizace (WHO) vytvořila klasifikaci MKN-10, kterou využívá mnoho zemí, včetně evropských. Tato desátá verze byla uvedena v roce 1994 a v České republice se používá k diagnostikování jak tělesných, tak duševních onemocnění. Nemoci spojené se závislostí jsou v MKN-10 zařazeny do tří různých skupin. Jedna z nich označená kódy F10 – F19, zahrnuje duševní poruchy a problémy s chováním způsobené užíváním psychoaktivních látek, které mohou vést k fyzické závislosti. Každá porucha způsobená psychoaktivními látkami má svůj specifický kód, který kombinuje označení látky a typ poruchy (Křížová, 2021).

Diagnóza závislosti se podle MKN-10 stanovuje v případě, kdy v období jednoho roku došlo minimálně ke třem uvedeným příznakům:

- craving - intenzivní přání nebo nutkání užívat látku,
- obtíže související s užíváním látky se projevují při sebeovládání ve vztahu k jejímu užívání,
- tělesný odvykací stav se vyskytuje, když jedinec užívá látku s cílem zmírnit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky. V rámci odvykacího stavu charakteristického pro danou látku, může docházet k fyzickým a psychickým problémům. Zde se využívá substituční léčba,
- průkaz tolerance k účinku látky se projevuje potřebou vyšších dávek této látky, aby bylo dosaženo stejného účinku, který byl původně vyvolán nižšími dávkami. Konkrétní příklady nalezneme u jedinců závislých na alkoholu nebo opiátech, kteří vyžadují výrazně vyšší množství látky, které by u člověka bez tolerance mohlo vést k nepříčetnosti nebo i smrti,
- postupné zanedbávání jiných potěšení a zájmů ve prospěch užívání psychoaktivní látky se projevuje tím, že jedinec věnuje stále více času získání této látky a zotavení se z jejich účinků. Ostatní aktivity ustupují do pozadí, zatímco látky se stávají středem jeho pozornosti a priorit,
- pokračování v užívání látky navzdory zřejmým škodlivým důsledkům, jako jsou např. poškození jater v důsledku nadměrného pití nebo depresivní stavu způsobené nadměrným užíváním látek a toxické poškozené mysli, naznačuje neochotu jedince reagovat na jasné a negativní následky, které tato činnost přináší (Vágnerová, 2004).

Velmi podobně je diagnostikována závislost podle Diagnostického a statistického manuálu Americké psychiatrické asociace (DSM-IV), ovšem zde se mezi známkami závislosti neobjevuje craving (Nešpor, 2018).

Nešpor popisuje, že závislosti a další návykové nemoci jsou komplexní a mají mnoho příčin. Proto jsme podle autora skeptičtí, když někdo tvrdí, že objevil jedinou příčinu závislosti nebo zázračný lék, který by všechny závislé uzdravil. Tyto problémy jsou často podmíněny genetikou, neurobiologií a životními okolnostmi, a není snadné najít univerzální řešení (Nešpor, 2018).

Křížová je názoru, že se nikdo nenarodí jako závislý, existuje pouze výjimka novorozenců, kteří trpí abstinenčním syndromem nebo mají FAS. Závislost se rozvíjí postupně během života, kdy se užívání návykových látek stává zvykem a následně přerůstá ve fyzickou nebo psychickou závislost (Křížová, 2021).

1.1.1 Závislost na alkoholu

V naší společnosti je alkohol nejběžněji užívanou psychoaktivní látkou. Jde o společenskou drogu, kterou lidé obvykle pijí ve skupině, často při různých rituálech, jako jsou například přípitky na oslavách. Konzumace alkoholu má dlouhodobou tradici a společnost je k němu obecně tolerantní, pokud nedojde k nadměrnému pití nebo vzniku závislosti (Vágnerová, 2004).

Tento fakt ve své zprávě o alkoholu z roku 2023 potvrzuje i Národní monitorovací středisko pro drogy a závislost. V ČR konzumuje alkohol denně 7 - 10 % dospělých a nadměrné dávky alkoholu při jedné příležitosti alespoň jednou týdně nebo častěji uvádí 12 – 13 % dospělých. Jedním z

vysvětlení této vysoké míry konzumace je právě tolerantní postoj české společnosti. Pravidelnou konzumaci alkoholu hodnotí jako přijatelnou 31 % lidí a reklamu na alkoholické nápoje vnímají Češi také poměrně tolerantně (Vláda České republiky, 2024).

Problematika závislosti na alkoholu je důležitým tématem, které je třeba chápat jako nemoc. Ovlivňuje nejen jednotlivce, ale má také dopad na jeho okolí. Charakteristickým rysem této nemoci je, podobně jako u jiných závislostí, aktivní účast jednotlivce na vývoji nemoci, zejména jeho nekontrolovatelný přístup k alkoholu. Jakmile se závislost rozvine, stává se celoživotní a nemluvíme již o volbě jednotlivce, ale o nemoci, která vážně poškozuje zdraví a zásadně mění život postiženého (Nešpor, 2018).

WHO zařazuje tuto závislost do mezinárodní klasifikace nemocí. Závislost na alkoholu, známá jako alkoholová závislost nebo alkoholismus, je podle WHO chronický stav charakterizovaný kompulzivním užíváním alkoholu, ztrátou kontroly nad jeho konzumací a negativními emocemi při absenci alkoholu. Tato závislost je považována za závažnou duševní poruchu a je zařazena do Mezinárodní klasifikace nemocí (ICD), kterou WHO vydává. Závislost na alkoholu je označena kódem F10.2, kde „F10“ představuje alkohol a „2“ značí závislost (Nešpor, 2018).

Slavný americký adiktolog Elvin Morton Jellinek ve své typologii z roku 1940 dělí závislost na alkoholu do pěti typů:

- Typ alfa – problémové pití. Abúzus alkoholu slouží jako způsob „sebemedikace“ pro zmírnění nepříjemných emocí, jako je dysforie, napětí, úzkost nebo deprese, přičemž tento typ často pije sám.
- Typ beta – příležitostné pití. Tento abúzus je typický častou konzumací alkoholu ve společenských situacích, která je silně ovlivněna sociokulturními faktory. Výsledkem bývá somatické poškození organismu.
- Typ gama – (preference piva a destilátů „anglosaský typ“) závislost na alkoholu, která se projevuje ztrátou kontroly nad pitím a postupným zvyšováním tolerance na alkohol. Tento typ závislosti se vyvíjí postupně, s nárůstem množství konzumovaného alkoholu, což vede k vážnému fyzickému i psychickému poškození. Psychická závislost je u tohoto typu výrazně silná.
- Typ delta – (preferuje víno „románský typ“) charakteristický je každodenní chronický příjem alkoholu, při kterém si jedinec udržuje stálou hladinu alkoholu v krvi, aniž by vykazoval výrazné známky opilosti nebo ztráty kontroly. U tohoto typu je silně vyjádřena fyzická závislost, která vede k poškození organismu.
- Typ epsilon – jedná se o epizodický abúzus (kvartální pijáctví), který střídají delší období abstinence, někdy i úplné. Tento typ závislosti není příliš běžný a může být spojen s afektivními poruchami (Kalina a kol., 2015).

Při klasifikaci různých typů závislosti na alkoholu je nutné mít na paměti, že se tyto typy často překrývají a v průběhu času mohou mezi nimi vznikat přechody. Jednotlivé typy závislosti mohou být navzájem propojeny a jeden může předcházet druhému. Například typ alfa je považován za častý předstupeň typu gama, zatímco typ beta může předcházet typu delta. Tyto typy však mohou také existovat samostatně. U některých jedinců se může stát, že projevy typu gama nebo delta jsou výrazné současně. U typu gama se v průběhu života může jedna fáze pití prolínat s druhou, což ztěžuje rozlišení mezi typem gama a delta, zejména v chronickém stadiu alkoholismu (Göhlert a Kühn, 2001).

Nejrozšířenějším mýtem o závislosti na alkoholu je přesvědčení, že se člověk stává závislým až tehdy, když musí pít denně. Není tomu tak, již zmiňovaný Jellinek uvedl první klasifikaci základních druhů závislosti. V podstatě rozlišil dvě hlavní kategorie alkoholismu. První kategorii tvoří lidé, kteří mají v určitých situacích zcela porušenou schopnost sebekontroly, co se týče množství alkoholu. Lidově se říká, že nemají záklopku. Druhou kategorii tvoří závislí, kteří jsou do určité míry schopni kontrolovat pití co do množství a neopíjejí se „namol“. Alkohol se však již stal natolik nedílnou součástí jejich života, že jim abstinence – byť i pouze několikadenní – činí značné problémy. Tato Jellinekova terminologie se v současnosti již nevyužívá, dnešní adiktologové rozlišují spíše různé patologické konzumační vzorce (tj. různé okolnosti, při nichž je pití alkoholu co do nebezpečí vzniku závislosti výrazně rizikové) (Adicare, 2016).

Alkoholismus není jen nemocí, která může být smrtelná a ničivá, je to také stav, který lze zvládnout, pokud mu porozumíte a aktivně se s ním vyrovnáte. Je důležité neztrácet se v otázce „proč já?“, ale spíše se soustředit na akce a strategie potřebné k návratu do běžného života. Porozumění a používání různých nástrojů a dovedností jsou klíčové pro návrat k plnohodnotnému životu i když se s touto nemocí potýkáme (Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod, 2024).

1.1.2 Příčiny a důsledky závislosti na alkoholu

Syndrom závislosti na alkoholu se postupně rozvíjí u pacienta během několika let. V průběhu tohoto procesu často dochází k postupnému zhoršování zdravotního stavu. Tato závislost ovlivňuje nejen fyzické zdraví, ale také má vliv na fyzickou pohodu a sociální interakci pacienta (Solen, 2003).

Již E.M.Jellinek rozdělil vznik závislosti do čtyř fází:

1. Fáze počáteční – lidé konzumují alkohol pouze ve společnosti k dosažení dobré nálady a uvolnění. Konzumace je vnímána jako společenská norma a člověk k udržení prestiže pije často a pravidelně.
2. Fáze varovná – alkohol pomáhá zvládat stres, zvyšuje sebevědomí a výkonnost, což je pouze pocit konzumenta. Objevuje se craving, kdy závislý pije pravidelně, nastává pocit viny a svůj návyk začíná tajit.
3. Fáze rozhodná – tolerance k alkoholu je zvýšená, závislost je plně rozvinuta, uživatel ztratil kontrolu nad pitím, nastupují psychické potíže, alkoholické amnézie a sociální konflikty.
4. Fáze terminální – nastupují vážné zdravotní problémy, převážně poškození jater a tolerance k pití alkoholu se snižuje. dotyčného plně ovládá závislost, ztrácí veškerou kontrolu a je zcela bezmocný vůči alkoholu – nedokáže žít s alkoholem, ale ani bez něj. Nastává úpadek a sociální izolace (Vágnerová, 2004).

S těmito čtyřmi fázemi se ztotožňuje i Nešpor (2007), na kterého se ve své publikaci odkazuje Křížová:

1. stádium experimentu – dotyčný občas zkouší návykovou látku,
2. stádium pravidelného užívání – užívání se stává pravidelnějším,
3. stádium návyku – dotyčný užívá návykovou látku denně,

4. stádium závislosti – dotyčný nedokáže fungovat bez návykové látky, bez látky nastává abstinenci syndrom (Křížová, 2021).

Konzumace alkoholu výrazně ovlivňuje celkové zdraví a představuje významnou zdravotní zátěž. Ve vyspělých zemích, včetně ČR, patří alkohol mezi hlavní příčiny nemocí a předčasných úmrtí. Jeho užívání je spojeno s více než třiceti diagnózami, a u dalších přibližně 200 onemocnění hraje alkohol roli jako jeden z přispívajících faktorů. Kromě zdravotních rizik způsobuje konzumace alkoholu také další problémy, jako jsou nehody, úrazy nebo domácí násilí (Vláda České republiky, 2024).

Alkohol způsobuje poškození mnoha orgánových systémů. Z hlediska tělesných následků lze uživatele alkoholu rozdělit do různých skupin, přičemž je užitečná Jellinekova typologie, nejvíce jsou postiženi jedinci typu delta a gama. Poškození orgánů se většinou objevuje po dlouhodobém nadměrném užívání alkoholu, které trvá roky a postupně se zhoršuje. Častým důsledkem je onemocnění jater, kdy pravidelný abúzus může způsobit jejich poškození. Neurologické problémy při chronickém užívání alkoholu postihují různé části nervového systému. Tyto potíže jsou způsobeny toxickými účinky alkoholu a jeho metabolitů, stejně jako nedostatkem výživy a vitamínů (Kalina a kol., 2015).

Neurologické poškození alkoholem má obvykle špatnou prognózu, protože je spojeno s narušením kognitivních funkcí a závislostí, kterou je těžké překonat. Základem zlepšení zdravotního stavu je abstinence. Závažné a nevratné poškození může nastat také během těhotenství, protože alkohol prochází placentou a poškozuje plod, což vede k fetálnímu alkoholovému syndromu (Kalina a kol., 2015).

Nevýhody pití alkoholu podle Nešpora:

- Tělesné zdraví – alkohol oslabuje imunitní systém, což snižuje odolnost vůči nemocem. Objevují se problémy s játry, žaludkem, horší trávení a vyčerpání zásob vitamínů. Zhoršuje se také vysoký krevní tlak, cukrovka, epilepsie a hrozí riziko mozkové mrtvice. Při vyšším příjmu alkoholu dochází k poškození srdce a nervového systému, jak centrálního, tak periferního. Roste pravděpodobnost výskytu rakoviny, impotence a také vyšší riziko úrazů, dopravních nehod a epileptických záchvatů.
- Duševní zdraví – změny nálad, úzkosti, deprese, bolest hlavy, nespavost a kocoviny. Objevují se výpadky paměti, zmatenost a děsivé sny. Přicházejí výčitky svědomí a člověk k sobě není upřímný. Touha po alkoholu je velmi silná a jeho konzumace se tím prohlubuje. Neustále se vrací nutkavé myšlenky na pití, někdy se objeví halucinace, vidiny, hlasy nebo pocit, že dotyčného někdo sleduje. Mohou se také rozvinout vážné psychické problémy, delirium tremens či jiné duševní poruchy.
- Vztahy k druhým lidem – neshody a násilí v rodině, nezáměr o partnera, zanedbávání vlastních dětí, což vede k často k rozvratu osobních vztahů a častějším rozvodům. Problémové vztahy s okolím, často provázené zvýšenou agresivitou. Zároveň lidé pod vlivem alkoholu jsou častěji zneužíváni okolím v podobě okrádání nebo zneužívání. Častěji páchají trestné činy.
- Finance – velké finanční částky vydávané za alkohol. K získání alkoholu je závislý ochoten zaplatit nesmyslné částky, zadlužit se, často pod cenou prodává svůj majetek. Není schopen pod vlivem alkoholu rozeznávat své investice, je ovládán touhou zajistit si alkohol a to za každou cenu.

- Životní styl - Zanedbává sám sebe, osobní hygienu a zdraví. Uzavírá se nejenom sám před sebou, ale i před okolím, jediný jeho zájem je uspokojit svoji závislost.
- Práce – zanedbávání pracovních povinností, nedochvilnost, nespolehlivost, častější pracovní úrazy a pracovní neschopnosti. To vše vede k nižším příjmům, častému střídání zaměstnání a závislý často vykonává podřadné práce vzhledem ke své kvalifikaci.

V roce 2022 bylo v ČR hospitalizováno 13 600 lidí kvůli onemocněním přímo spojeným s konzumací alkoholu. Z toho počtu bylo 7 800 (57 %) hospitalizací způsobeno poruchami chování v důsledku užívání alkoholu, 4 400 (33 %) případů souviselo s alkoholickým onemocněním jater a 1 200 (9 %) pacientů pro alkoholickou pankreatitidu (Vláda České republiky, 2024).

1.2 Léčba závislosti na alkoholu

Snaha léčit závislost na psychoaktivních látkách, zejména alkoholu se poprvé objevila až v 19. století. Tato léčba je náročná, dlouhodobá a její výsledky nejsou vždy zcela uspokojivé (Vágnerová, 2004).

Léčba závislosti na alkoholu v ČR je primárně zaměřená na abstinenci a může být realizovaná jak ambulantně, tak i v rámci pobytových zařízení. Důležitou součástí léčby je práce s pacientovým náhledem na jeho závislost, jeho motivací, a také zvládání relapsu a rizik spojených s relapsem. V rámci léčby se řeší nejen samotná závislost, ale také pacientova celková životní situace a pokud je to vhodné i rodinný systém. Využívají se různé terapeutické přístupy, včetně individuální, skupinové a rodinné terapie. Dalšími komponenty léčby může být např. sociálně-právní poradenství, pracovní terapie nebo volnočasové aktivity (Vláda České republiky, 2024).

Každé zařízení má svá pravidla pro přijetí, ale obecně platí, že zájemce o léčbu by měl sám zavolat a přijít na úvodní konzultaci, kde se domluví na dalším postupu. Tímto přístupem se dosáhne toho, že pacient projeví dostatečný zájem a motivaci k léčbě, proto není možné, aby ho objednávali rodinní příslušníci. Po konzultaci a domluvě s lékařem je pacient zařazen do vhodného ambulantního nebo pobytového programu (NZIP, 2021).

MUDr. Karel Nešpor ve své knize zdůrazňuje, že léčba závislosti by měla být dlouhodobá a intenzivní. Autor upozorňuje na důležitost využívání různých zařízení a spolupráce mezi nimi. Zároveň klade důraz na to, aby jednotlivá zařízení byla informovaná a úzce spolupracovala, což je klíčové pro efektivní léčbu. Autor zdůrazňuje, že při léčení návykových nemocí je nezbytné chápat je jako chronický problém a klíčem k úspěchu je poskytnout dlouhodobou péči (Nešpor, 2018).

Podle amerických pramenů volně cituje Nešpor „třináct principů efektivní léčby závislosti na drogách“, ty mají představovat jakýsi ideál v léčbě závislosti.

- Každý člověk je unikátní, a proto není každá léčba vhodná pro všechny. Je nezbytné vybrat léčbu, která je přizpůsobena konkrétním potřebám a charakteristikám pacienta.
- Léčba by měla být dostupná co nejrychleji
- Léčba by měla flexibilně reagovat na různorodé potřeby každého pacienta, včetně zdravotních, sociálních, psychologických a právních.

- Léčba by měla být pružná a schopná reagovat na měnící se potřeby každého pacienta.
- Pro efektivní výsledek léčby je důležité její trvání. Čím delší léčba, tím lepší výsledky.
- Součástí léčby by mělo být individuální nebo skupinové poradenství a kognitivně behaviorální postupy.
- U některých pacientů je důležitým prvkem léčby poskytování vhodných léků.
- Pacienti trpící závislostí a duševní chorobou, by měli být léčeni pro obojí.
- Detoxifikace pomáhá překonat odvykací stav, ale je pouze prvním krokem v léčbě. Bez následné terapie má omezený účinek.
- Úspěšná léčba nemusí být dobrovolná. Vnější tlak od rodiny, zaměstnavatele nebo úřadů může hrát klíčovou roli v přijetí léčby a ovlivnit její výsledek.
- V průběhu léčby je důležité monitorovat, zda nedochází k porušování abstinence
- Léčba by měla zahrnovat testování na HIV, AIDS, žloutenku a další infekční nemoci, které se u závislých objevují častěji než u běžné populace.
- Překonání závislosti je často dlouhodobý proces, který může vyžadovat opakovanou léčbu. Účast v podpůrných skupinách po léčbě má pozitivní vliv na výsledky (Nešpor, 2018).

Léčba závislosti a intervence zaměřené na uživatele alkoholu jsou poskytovány v rámci adiktologických služeb, které tvoří síť zařízení a programů rozdělených do šesti základních kategorií:

1. Adiktologické preventivní služby
2. Adiktologické služby zaměřené na minimalizaci rizik
3. Adiktologická ambulantní léčba a poradenství
4. Adiktologické služby krátkodobé stabilizace
5. Adiktologická rezidenční léčba
6. Adiktologická následná péče

Tyto programy jsou založeny na různých oborech a legislativních rámcích. Např. služby minimalizace rizik jsou registrovány převážně jako sociální služby a často provozovány neziskovými organizacemi. Ambulantní léčba a poradenství jsou poskytovány jak sociálními, tak zdravotními službami. Rezidenční léčba je dostupná jak v psychiatrických nemocnicích, tak v rezidenčních programech, jako jsou terapeutické komunity. Služby následné péče, jako je podporované bydlení nebo zaměstnání, jsou primárně sociálními službami, ale mohou být nabízeny i v psychiatrických zařízeních. V poslední době se také objevuje trend integrace různých typů adiktologických poruch do jednoho systému péče, i když některé služby jsou stále specializovány na konkrétní cílové skupiny (narkomani, gambleři) (Vláda České republiky, 2024).

V léčbě závislosti hraje klíčovou roli prevence recidivy, tvorba krizových plánů a také práce s následky již proběhlé recidivy a relapsu. U závislých jsou tyto relapsy a recidivy velmi běžné. Závislosti lze považovat za chronické onemocnění, které se projevuje střídáním období remise a relapsů. Většina závislých během svého života alespoň jednou zrecidivuje, a je tedy důležité přijmout, že recidiva je součástí závislosti, nikoliv projevem úmyslného vzdoru či neposlušnosti pacientů (Křížová, 2021).

Závislost je onemocnění, které lze léčit a léčba je jak možná, tak nezbytná na čemž se obecně shodují odborníci. Závislost může mít vážné následky a správná léčba může zachránit nejen život, ale také obnovit fyzické, duševní a sociální zdraví člověka (Kalina a kol., 2015).

Jedním z klíčových aspektů úspěšné léčby je přijmout skutečnost, že diagnóza závislosti je celoživotní. Jedná se o chronické onemocnění, které přetrvává po celý život a nelze ho úplně vyléčit. Lze pouze zůstat abonentem, aby se zabránilo návratu příznaků. Pacienti často věří, že po nějaké době budou schopni opět užívat návykovou léčbu, což bohužel není pravda. Recidiva může nastat i po mnoha letech abstinence. Závislost má i specifikum v podobě „přesmyků“ a „zkřížených závislostí“, kdy dochází k přechodu z jedné závislosti na druhou. Proto je u lidí závislých na jedné látce větší riziko, že se stanou závislými na jiné látce nebo činnosti. Z toho důvodu jsou závislí vedeni k důsledné abstinenci (Křížová, 2021).

Protože udržet trvalou abstinenci je velmi obtížné, je důležité po ukončení léčby pokračovat v tzv. doléčování. To může mít různé podoby, jako např. ambulantní péči, svépomocné skupiny nebo speciální programy některých léčeben, které zahrnují opakovací léčby či okamžité stabilizační léčby při relapsu. Cílem doléčování je udržet pozitivní změny v chování, snížit riziko recidivy a pokračovat v práci na psychoterapeutických otázkách, které byly v průběhu léčby otevřeny. Důležitou součástí je také vzájemná podpora abstinentů a posilování jejich motivace (Křížová, 2021).

„Tím, že změníme něco konkrétního, zasejeme semínko skutečné změny. O tu pak musíme pečovat. Dát jí čas, aby v nás pevně zakořenila.“ (Psychologie, 2012).

1.2.1 Motivace k léčbě

Lidé si často nechtějí nebo nedokážou přiznat své problémy z různých důvodů. Často se obávají, že by v očích ostatních vypadali jako slabí, pokud by přiznali, že si s problémy sami neporadí. I když si dotyčný uvědomí, že má problém s alkoholem, nemusí to automaticky znamenat, že je dostatečně motivován přestat pít. Důvodem mohou být tzv. pozitivní okamžité či dlouhodobé důsledky, které alkohol přináší. Např. alkoholem si dotyčný ulevuje od negativních emocí, zároveň alkohol může vyvolat více pozornosti a péče od okolí, což naplňuje potřebu bezpečí a přijetí, která mohla být nenaplněna v dětství. Pití alkoholu může sloužit také jako únik od důležitějších problémů, zejména vztahových, a poskytovat prostor pro sebelítost a pocit nespravedlnosti (Pešek, 2018).

Existuje několik druhů motivace. V terapii závislosti se nejčastěji pracuje s motivací pozitivní/negativní a vnitřní/vnější. Pozitivní motivace spočívá v uvědomění si, proč je pro závislého výhodné přestat s návykem a podstoupit léčbu a jaké přínosy mu to přinese. Naopak práce s negativní motivací zahrnuje připomenutí nepříjemných důsledků užívání a důvodů proč začal léčbu. Na začátku léčby bývá častější negativní motivace, ale časem její efekt slábne a proto je důležité ji později nahradit motivací pozitivní. Práce s vnitřními a vnějšími motivy je individuální, ale u závislých pacientů často převažují vnější motivátory. Tito pacienti se často dostávají do léčby na naléhání svých blízkých nebo proto, že oni jsou důvodem pro změnu. Dalším častým důvodem jsou snahy řešit sociální problémy spojené s užíváním, jako je ztráta zaměstnání, dluhy, finanční potíže nebo problémy s bydlením. Vnitřní motivace obvykle pramení z obav o zdraví, touhy zlepšit svůj život nebo naděje na lepší budoucnost. I když je vnitřní

motivace obvykle silnější a hodnotnější, někdy je obtížné ji u závislých najít a proto i vnější motivace je lepší než žádná (Křížová, 2021).

Vývoj motivace ke změně je postupný a přirozený proces s různou délkou trvání. Člověk s problémy s alkoholem může nejdříve odmítat léčbu, postupně se stát ambivalentním a až poté, když začnou dlouhodobé negativní důsledky pití převažovat, může dojít k „dozrání“ a větší otevření vůči léčbě. Existují čtyři stádia motivace přestat pít, která se mohou cyklicky opakovat:

1. Prekontemplace – není motivace k léčbě, pacient potíže zlehčuje nebo odmítá
2. Kontemplace – pacient uvažuje o změně, motivace je však kolísavá
3. Rozhodování a příprava – odhodlání a motivace jsou vysoké, pacient vážně uvažuje o léčbě
4. Akce – pacient podstupuje nějaký druh terapie

Tímto procesem změny se zabýval americký psycholog James Prochaska, který spolu s DiClementem vypracoval model kruhového průběhu změny.



Obrázek 1: Model kruhového průběhu změny motivace

Zdroj: Psychoterapie, 2018

Po dokončení všech čtyř fází následuje relativně krátce přechod do klíčové, ale zároveň nejméně vzrušující – fáze udržování změny. Prvotní nadšení už vyprchalo, ale změna ještě není dostatečně upevněná. V této fázi často dochází k poklesu motivace (Psychologie, 2012).

Realistická očekávání jsou důležitá pro úspěšnou léčbu, nerealistická očekávání nebo nevhodná terapie mohou snížit motivaci a vést k předčasnému ukončení léčby (Pešek, 2018).

Práce s motivací vyžaduje precizní a profesionální přístup, nejedná se o náhodnou improvizaci. I když v komunikaci s pacientem můžeme využívat běžné formy pochvaly či povzbuzení, samotná motivační intervence musí být systematická, přesná a řízená specifickými pravidly a postupy (Kalina a kol., 2015).

Zvládnutím techniky posilování motivace získává terapeut efektivní nástroj. A. Bell a S. Rollnick shrnují strukturu motivačního tréninku pomocí pěti principů:

1. vyjádření empatie,
2. vytváření rozporu mezi pacientovými cíli a chováním,
3. vyhýbání se sporu,
4. práce s odporem,
5. posilování sebedůvěry.

Tyto principy se propojují s odpovídajícími strategiemi, jako je probírání typického dne, zkoumání následků užívání látek, poskytování relevantních informací a řešení problémů způsobených návykovou látkou (Nešpor, 2018).

Základní pravidla pro motivační rozhovor lze shrnout do několika jednoduchých bodů:

- projevování respektu vůči pacientovi,
- naslouchání a komunikace s porozuměním,
- pokládání vhodných otázek ohledně problémů s návykovou látkou,
- používání zpětné vazby a ocenění pokroků pacienta,
- upozorňování na rozpor mezi tím jak pacient jedná a jak by chtěl jednat,
- podporovat autonomii a sebedůvěru pacienta,
- v případě adolescentů respektování jejich obranných mechanismů místo konfrontace (Kalina a kol. 2015).

1.2.2 Ambulantní léčba

V ČR vyhledávají pomoc zejména lidé, kteří se nacházejí v nejpokročilejších stádiích závislosti. Tento trend je však velmi nebezpečný, protože léčba v takovém případě bývá náročná a riziko relapsu je vysoké (Adicare, 2019).

Pokud má závislý dostatečnou motivaci a k odvykání na alkoholu a včas si uvědomí svůj problém, může se rozhodnout pro samostatnou cestu bez větší podpory ostatních, včetně odborníků. Tato volba má výhodu v tom, že nezatěžuje život závislého časově ani finančně, avšak s sebou nese riziko nebezpečného stavu a absenci podpory druhých, které mohou poskytnout cenné perspektivy a radit v průběhu uzdravování (Pešek, 2018).

Pokud má závislý dostatečnou motivaci k odvykání na alkoholu, může se rozhodnout pro samostatnou cestu bez větší podpory ostatních, včetně odborníků. Tato volba má výhodu v tom, že nezatěžuje život závislého časově ani finančně, avšak s sebou nese riziko nebezpečného stavu a absenci podpory druhých, které mohou poskytnout cenné perspektivy a radit v průběhu uzdravování (Pešek, 2018).

Ambulantní zařízení představuje obvykle první místo setkání pacienta s odbornou péčí, ať už jde o adiktologickou ambulanci, psychiatrickou ambulanci nebo denní stacionář. Léčba v těchto zařízeních je dobrovolná, přičemž se očekává iniciativa a ochota pacienta podstoupit léčbu. Většinou se jedná o krátkodobý horizont léčby (VZP ČR, 2023).

Tento způsob léčby může být vhodný, pokud závislost není příliš těžká, dotyčný má stabilní sociální zázemí a netrpí vážnými psychickými nebo fyzickými obtížemi. Nevýhodou je, že

psychoterapie je méně intenzivní, a problém může být i to, že v okolí nemusí být dostupný terapeut, který se specializuje na závislosti a má volnou kapacitu (Pešek, 2018).

V ambulantní praxi se často používá substituční léčba, při které se podává lék s účinnou látkou disulfiram, známý pod názvem Antabus. Pokud pacient po užití Antabusu pije alkohol, vyvolá to silnou fyzickou nevolnost. Kromě toho mohou být na žádost pacienta použity i tzv. anticravingové léky, které potlačují touhu po alkoholu. Nejznámější z nich je Selincro. Tento lék pomáhá pacientovi snížit množství konzumovaného alkoholu a nastavit určitou kontrolu (Adicare, 2019).

Jako alternativou k tradiční ambulantní skupinové terapii lze považovat různá svépomocná sdružení, přičemž nejznámější jsou Anonymní alkoholici. Výhodou této formy terapie je možnost uchování anonymity (Pešek, 2018). Podpůrná skupina může plnit roli širší rodiny, protože poskytuje prostor pro sdílení stejných problémů, podobných životních hodnot a stejných názorů. Nabízí také zpětnou vazbu, která může jednotlivcům pomoci lépe se zorientovat v náročné životné zkušenosti (Fabián, 2021).

Jedním relativně novým přístupem ambulantní léčby je nedirektivní léčba závislosti, známá jako terapie kontrolované konzumace. Tento ambulantní typ léčby vznikl v USA a v Evropě se rozšířil díky práci německého psychologa Joachima Koerkela. Kontrolovaná konzumace je určena pro pacienty s méně pokročilými formami závislosti, kde nadměrné užívání alkoholu má především psychologické příčiny. Tato terapie je náročná a soustředí se hlavně na posílení sebekontroly a pochopení rizikových situací spojených s pitím, přičemž hlavním cílem je odhalit a zvládnout psychologické spouštěče nadměrné konzumace (Adicare, 2019).

V posledních letech se mezi intervencemi v oblasti závislostí stále více uplatňuje léčba a poradenství prostřednictvím internetu a nových technologií. K výraznému rozšíření těchto technologií přispěla omezení během pandemie Covid-19, což vedlo k hledání alternativních způsobů léčby. V současné době mnoho adiktologických služeb poskytuje možnost online konzultací a komunikace (e-maily, webové formuláře, chat). Tato forma poradenství často slouží jako doplněk k fyzicky poskytovaným službám a umožňuje časově i finančně snadnější přístup k potřebné podpoře. Online setkání se stala běžnou alternativou osobních setkání také v rámci 12krokových svépomocných organizací (např. AA) (Vláda České republiky, 2024).

1.2.3 Rezidenční léčba

V případě rezidenční léčby je péče poskytována pacientům v lůžkovém zařízení, např. v psychiatrické nemocnici na oddělení pro léčbu závislostí. Tato léčba obvykle trvá 3 – 6 měsíců a je hrazena zdravotními pojišťovnami. Léčba může probíhat také v terapeutické komunitě, kde je součástí psychoterapeutická a socioterapeutická pomoc. Tento typ sociálních služeb není hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Pobyt v komunitě obvykle trvá 6 – 18 měsíců (VZP ČR, 2023).

Podle Nešpora je ústavní léčba nejintenzivnější formou terapie, která však pro pacienty představuje značnou zátěž kvůli přísným pravidlům a nárokům. Na druhou stranu tato léčba umožňuje nejrozsáhlejší zapojení do psychoterapie a zahrnuje i práci ve skupinách, komunitní a pracovní terapii (Nešpor, 2018).

V České republice má významnou roli tzv. tradiční režimový přístup k léčbě závislostí. Tento přístup se rozvinul díky celoživotní práci docenta Jaroslava Skály, který ho začal uplatňovat v 50. letech 20. století v tehdejší Československu. Jeho metoda se ukázala natolik úspěšná, že se používá dodnes. Skála zavedl tzv. bodový systém, který se zakládá na principu odměn a trestů. Systém zahrnuje velké množství povinností, úkolů a zákazů, jejichž splnění či nesplnění je bodováno kladně nebo záporně. Důslednost a dodržování systému Skála vyžadoval i od terapeutů, zastával jednotnost a jeho hodnocení bylo přísné, ale spravedlivé. Součástí Skálova programu na odd. jsou pracovní terapie, pravidelné komunity, skupinové a rodinné terapie, sportovní využití, psaní deníku a životopisu. Pacientům se přidělují různé funkce např. předseda, důvěrník, nákupčí nebo tělocvikář (Křížová, 2021).

V současnosti dochází k odbornému přehodnocování modelu péče, protože mnohé jeho prvky již neodpovídají aktuálním potřebám pacientů a současným společenským hodnotám. Běžnou součástí léčby se stává farmakoterapie, která mírní craving a také psychofarmakologická léčba tlumící psychické potíže (Vláda České republiky, 2024).

Jednu z prvních studií provedl Kalina v roce 2009, z této studie vyplívá, že má bodovací systém spíše symbolický význam správné praxe, přičemž výhody i rizika zůstávají aktuální. Systémy jsou často zbytečně složité a nepřehledné. Zřídka se objevují snahy o zjednodušení nebo úplné zrušení. Většinou se těmto inovacím brání personál preferující jasné instrukce pro různé situace (Kalina, 2013).

Základním principem každého léčebného programu je zajištění bezpečného prostředí. Léčba by měla vždy poskytovat stabilní psychosociální prostor, kde má každý jasně definované místo a je zajištěn jak režimově, tak materiálně. To zahrnuje závazek dodržování základních pravidel léčebné komunity, což je klíčové pro zajištění bezpečí. Tento požadavek je obzvláště důležitý vzhledem k minulosti klientů, která často zahrnuje traumata, chaos a rizikové chování. Léčba by měla probíhat postupně, krok za krokem, podobně jako stoupání po schodech směrem k pozitivní změně. Není možné dosáhnout výsledku okamžitě, ale je třeba postupně pokračovat. Jednotlivé etapy léčby odpovídají tomuto přístupu, kdy začínají přísnějšími pravidly a zvýšeným dohledem od zkušenějších členů a týmu, pokračují identifikací hlavních problémů a hledáním řešení, a nakonec vedou k přípravě na střízlivý život mimo léčebné zařízení (Kalina a kol., 2015). Neodmyslitelnou součástí péče je také doléčování a podpora po ukončení hlavní fáze léčby (Vláda České republiky, 2024).

Následná péče je dnes běžnou součástí léčby závislosti pro ty, kteří již absolvovali ambulantní nebo ústavní léčbu. Jakmile je klient stabilizován a abstinence potvrzena, pokračuje v doléčovacím programu. To může znamenat přechod z ústavní léčby do ambulantní nebo pokračování ambulantní péče (Kalina a kol., 2015). Součástí těchto doléčovacích programů jsou i rekondiční pobyty, které jsou určeny pacientům po úspěšném ukončení ústavní léčby a abstinují. Tento pobyt obvykle trvá 1 – 2 týdny a jeho cílem je posílit znalosti a návyky získané během léčby. Pacienti mají možnost sdílet své zkušenosti s abstinencí s ostatními. Doporučuje se tento pobyt absolvovat do 4 měsíců od ukončení hlavní léčby, aby se upevnily výsledky terapie. Tento pobyt mají možnost pacienti absolvovat opakovaně podle potřeby, a to i po dobu několika let. Obvykle se tento pobyt doporučuje opakovat jednou ročně (Pomoc v závislosti, 2011).

1.3 Uplatnění zdravotně sociálního pracovníka v léčbě závislosti na alkoholu

Pro efektivní práci s lidmi závislými na návykových látkách je důležité mít jasně vyjasněný přístup k těmto látkám, zpracované vlastní zkušenosti s lidmi trpícími závislostí a umět je jako profesionál oddělit od osobních záležitostí (Křížová, 2021).

Psychoterapeut P. Fabián ve své publikaci dle Kopřivy (2011) uvádí, že sociální pracovník je ovlivněn vzájemnou interakcí s klientem a tím, jakým způsobem svou práci vykonává. Zároveň působí i na samotného klienta. Lze říci, že tato vzájemná komunikace hraje klíčovou roli v utváření osobnosti sociálního pracovníka. Jako lidé si volíme pracovní prostředí, které odpovídá našim vnitřním potřebám nebo nám umožňuje rozvíjet naši osobnost a schopnosti. Naše osobnost tak hraje klíčovou roli. Tento osobnostní profil je však výrazně ovlivněn našimi předchozími zkušenostmi, délkou praxe a syndromem vyhoření. U sociálních pracovníků je osobnostní profil důležitý nejen při navazování otevřeného vztahu s klientem, ale také ovlivňuje celý průběh jejich vzájemné spolupráce (Fabián, 2021).

Role zdravotně sociálního pracovníka je klíčová při diagnostice a léčbě klientů. Jedinec závislý na alkoholu často čelí mnoha praktickým problémům v každodenním životě. Když mu léčebné zařízení pomáhá tyto problémy zvládnout, zvyšuje to jeho důvěru v zařízení a posiluje terapeutický vztah (Matoušek, 2013).

Pokud bude sociální pracovník vnímat klienta jako lidskou bytost, která je schopná důstojně řešit své vlastní problémy a samostatně rozhodovat o tom, co je pro ni nejlepší, bude pro ZSP přirozené chápat, že klient má zájem spolupracovat (Úlehla, 2009).

Jedním z cílů zdravotně sociálního pracovníka je porozumět závislostnímu chování klienta a omezit faktory, které ho ovlivňují. Během léčby je klientovi kromě psychologické podpory nabídnuto i zdravotní, právní nebo sociální poradenství podle potřeby, protože komplexní přístup je klíčový pro úspěšnou léčbu závislosti. V rámci sociální práce by se odborník měl zaměřit na stabilizaci klienta v oblastech jako jsou dluhy, zaměstnání, bydlení a v případě právního poradenství i na řešení trestněprávních otázek (Kalina a kol. 2015).

P. Fabián je toho názoru, že pokud se klient pro určitý postup nebo cíl nerozhodne sám, je to rozhodnutí pracovníka a tudíž určitá forma násilí či manipulace (Fabián, 2021).

1.3.1 Metody práce zdravotně sociálního pracovníka

Jednou z nejdůležitějších metod práce zdravotně sociálního pracovníka je navázání kontaktu s klientem, které vyžaduje dodržování několik základních pravidel. Prvním pravidlem je projevování vstřícnosti vůči klientovi, čímž se projevuje důvěra a otevřenost. Dále je nezbytné, aby si pracovník byl vědom svého služebního postavení a respektoval profesní hranice. Součástí navázání kontaktu je také průběžné objasňování vlastní role, aby měl klient jasnou představu o tom, jaká je funkce pracovníka. Nakonec je důležité, aby pracovník přebíral zodpovědnost za klientovy problémy pouze tam, kde je to skutečně nezbytné, což podporuje klientovu aktivitu a odpovědnost za svůj život (Úlehla, 2009).

Sociální práce s osobami závislými na alkoholu zahrnuje několik klíčových metod:

- První je individuální práce s klientem, kde sociální pracovník poskytuje osobní podporu a poradenství, pomáhá řešit jeho specifické problémy a plánovat kroky k uzdravení. Podle Matouška je případová práce procesem, kde se pracovník setkává s klientem jako člověk s člověkem. Myšlenka, že profesionalita vyžaduje neosobní přístup, není v případové práci vhodná (Matoušek, 2013).
- Další metodou je práce se skupinou, která zahrnuje vedení terapeutických nebo podpůrných skupin, kde si klienti navzájem mohou sdílet své zkušenosti a posilovat své sociální dovednosti. Pro sociálního pracovníka pracujícího se skupinou je důležité umět pracovat s dynamikou skupinových procesů, vnímat je a umět zpracovat (Fabián, 2021).
- Práce s komunitou je zaměřena na širší sociální prostředí klienta. Sociální pracovník spolupracuje s místními organizacemi a zdroji, aby klientům poskytl podporu v jejich sociální integraci a pomohl jim najít vhodné služby a příležitosti ve svém okolí. Matoušek uvádí, že pro sociálního pracovníka je zásadní vnímat komunitu jako výsledek cílené snahy o nalezení společných významů, které pak tvoří základ pro intervence. V textech o sociální práci je komunita nejčastěji definována na základě sdílení stejného místa, zájmů nebo společných podmínek a problémů (Matoušek, 2013).
- Práce s rodinou zahrnuje podporu a poradenství pro rodinné příslušníky klienta, aby lépe porozuměli závislosti a dokázali poskytnout účinnou podporu během procesu léčby a zotavování. Rodina hraje klíčovou roli ve formování jedince a může ovlivnit vznik a udržování závislostí. Dynamika v rodině může buď podporovat závislost nebo naopak přispívat k jejímu řešení. Je důležité porozumět principům a funkcím rodiny při léčbě závislostí, protože kvalita rodinného prostředí může mít značný dopad na úspěšnost terapie a dlouhodobou soběstačnost jedince (Kalina a kol., 2015).

Pro sociální práci jsou klíčové vlastnosti empatie sociálního pracovníka, schopnost porozumět problémům klienta a přesně analyzovat situaci, aby bylo možné zjistit příčiny problémů (Fabián, 2021).

Důležitou součástí práce sociálních pracovníků je supervize, která slouží jako nástroj k propojení teorie s praxí a k integraci osobnosti s profesí. Supervize obsahuje tři hlavní složky: podpůrnou, kontrolní a vzdělávací. Poskytuje pracovníkům podporu a prostor k reflexi jejich profesionální role, pomáhá odhalit rizika a důsledky možného neporozumění či nedostatku respektu mezi účastníky. Umožňuje také lépe pochopit vliv pracovníka na klienta, včetně aspektů moci, bezmoci a vztahu mezi nimi. Cílem této reflexe je zlepšit profesionální přístup a zvýšit kvalitu péče, což vede k větší spokojenosti a kompetencím klienta. Supervize má také zásadní význam pro psychohygienu pracovníků a prevenci syndromu vyhoření. Supervize je nedílnou součástí celoživotního vzdělávání (ASuPP, 2024).

1.3.2 Kompetence zdravotně sociálního pracovníka

Sociální pracovník provádí šetření v oblasti sociálních potřeb, spravuje sociální agendy a řeší právní problémy v zařízeních sociální péče. Poskytuje sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální sféře. V zařízeních prevence vykonává odborné činnosti, provádí depistáž, poskytuje krizovou pomoc, sociální poradenství a rehabilitaci. Odbornou kvalifikaci pro práci sociálního pracovníka v lůžkových zařízeních má také sociální

pracovník a zdravotně sociální pracovník, který získal oprávnění k výkonu zdravotnického povolání podle specifického právního předpisu. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách (Zákony pro lidi, 2024).

Zákon také určuje, kdo může pracovat jako sociální pracovník. V současnosti je vyžadováno vzdělání, které pokrývá více oborů. Tento široký rozsah požadavků umožňuje vytvářet týmy s různorodým vzděláním, což přispívá k jejich efektivitě. Postupem času se objevují snahy o zúžení požadavků na vzdělání s cílem zvýšit profesionalitu. Z hlediska multidisciplinarity však taková omezení působí spíše neefektivně. Při analýzách a uplatňování Zákona o sociálních službách je důležité si uvědomit, že sociální pracovník představuje klíčovou roli v celém systému (Fabián, 2018).

U uživatelů návykových látek se často vyskytuje široké spektrum sociálně právních problémů, jako jsou dluhy, závislost na sociálních dávkách, trestné stíhání a další. Pomoc v této oblasti by měla být hlavně zaměřená na praktické řešení těchto problémů, přičemž sociální pracovník hraje klíčovou roli v terapeutickém týmu (Kalina a kol., 2015). Jeho úkolem není jen plánovat a provádět sociální práci, ale především přispívat k vytváření nové společnosti, která je založena na vzájemném respektu k právům a plnění povinností (Fabián, 2018).

Náplň práce zdravotně sociálního pracovníka psychiatrické nemocnice lze shrnout do třech úseků:

1. při přijetí pacienta
2. během hospitalizace
3. před a při propuštění

Při přijetí pacienta se sociální pracovnice zaměřuje na získání sociální anamnézy, která tvoří základ její činnosti. Tento rozhovor je klíčový pro dosažení potřebných informací. Je nutné k němu přistupovat individuálně, s ohledem na osobnost pacienta. Často to vyžaduje velkou dávku trpělivosti, ohleduplnosti a schopnost diplomaticky řešit situace. Sociální pracovnice se soustředí na rodinné vztahy pacienta, jeho psychickou a sociální zátěž, dosavadní průběh jeho života a především na sociální podmínky ve kterých žije (Interní zdroj ZSP, 2024).

Během hospitalizace je úkolem sociální pracovnice řešit sociální problémy pacienta, průběžně se starat o jeho sociální potřeby a případně i potřeby jeho rodiny. Také hájí pacientovi zájmy, protože je během hospitalizace omezený na osobní svobodě. Sociální pracovnice tráví čas mezi pacienty, často se stává důvěrníkem pro jejich osobní záležitosti. Díky pravidelné účasti na ranních hlášeníh, komunitních setkáníh a lékařských vizitách má neustálý přehled o situaci pacientů a ve spolupráci s lékaři sleduje průběh jejich léčby. Podle toho také přizpůsobuje svou práci v konkrétních případech. Denně komunikuje s úřady, institucemi a příbuznými, a to jak telefonicky tak osobně (Interní zdroj ZSP, 2024).

Před propuštěním pacienta je hlavním úkolem sociální pracovnice pomoci mu s návratem do běžného života. To zahrnuje především komunikaci s rodinou pacienta, zajištění vhodného bydlení a řešení pracovních záležitostí. Sociální pracovnice jedná s různými institucemi, např. Úřadem práce ohledně hledání zaměstnání nebo rekvalifikací, se sociálními službami a s obecními či městskými úřady v souvislosti s bydlením. Může také kontaktovat neziskové organizace nabízející pomoc lidem v těžkých životních situacích a pokud je potřeba, jedná i se zdravotními pojišťovnami (Interní zdroj ZSP, 2024).

2 Výzkumná část

Pro zodpovězení výzkumných otázek a dosažení cílů této bakalářské práce byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie. Kvalitativní výzkum umožňuje hlubší porozumění individuálním zkušenostem a názorům respondentů, což je v kontextu závislosti na alkoholu a léčby osob s touto závislostí klíčové.

Nástrojem sběru dat jsou polostrukturované rozhovory. Tento typ rozhovoru nabízí určitou strukturu danou předem připravenými otázkami. Zároveň i umožňuje respondentům volně reagovat a doplňovat odpovědi dle svých zkušeností. Pro polostrukturované rozhovory jsem se rozhodla, protože umožňují flexibilitu v průběhu rozhovoru a poskytují prostor pro získání hlubších informací a osobních příběhů, které by mohly být omezené v případě pevně strukturovaných dotazníků.

Polostrukturované rozhovory jsem vedla s osobami, které mají zkušenost se závislostí na alkoholu a jsou buď v léčebném procesu, nebo mají tuto zkušenost z minulosti. Výběr respondentů je klíčový, protože právě tito lidé mají autentické zkušenosti s léčebnými programy a mohou poskytnout cenný pohled na účinnost léčby a roli zdravotně sociálního pracovníka v tomto procesu.

Zvolila jsem kvalitativní výzkum a rozhovory z důvodu, že závislost na alkoholu je komplexní fenomén, který zahrnuje osobní, zdravotní, sociální i psychologické aspekty. Kvalitativní metoda umožňuje zkoumat tyto aspekty hlouběji a zachytit subjektivní realitu respondentů.

2.1 Výzkumné otázky

Pro účely tohoto výzkumu jsem výzkumné otázky rozdělila do dvou hlavních okruhů. Toto rozdělení umožnilo lépe strukturovat sběr dat a zaměřit se na klíčové aspekty výzkumu, které jsou stěžejní pro přiblížení současných možností léčby závislosti na alkoholu a role zdravotně sociálního pracovníka v této léčbě.

Okruh 1: Možnosti léčby závislosti na alkoholu

1. Co Vás vedlo nebo motivovalo k tomu, abyste vyhledal/a léčbu závislosti na alkoholu?
2. Které metody léčby jste vyzkoušel/a a jak je hodnotíte z hlediska jejich účinnosti?
3. Máte pocit, že je léčba závislosti na alkoholu snadno dostupná?
4. Napadají Vás nějaké konkrétní změny nebo přístupy, které by podle Vás mohly zvýšit účinnost léčby závislosti?

Okruh 2: Uplatnění zdravotně sociálního pracovníka v léčbě závislosti na alkoholu

1. Jak byste popsal/a roli zdravotně sociálního pracovníka ve Vaší léčbě závislosti?
2. V jakých oblastech Vám zdravotně sociální pracovník nejvíce pomohl?
3. Jak probíhala spolupráce zdravotně sociálních pracovníků s lékaři a dalšími odborníky během Vaší léčby?
4. Existují oblasti, kde jste cítil/a, že by mohla být pomoc zdravotně sociálního pracovníka zlepšena?

2.2 Realizace výzkumu

Pro svůj výzkum jsem oslovila sedm respondentů. Z tohoto počtu byli čtyři muži a tři ženy, ve věkovém rozmezí 31 – 50 let. Všichni účastníci výzkumu měli zkušenost s léčbou závislosti na alkoholu, přičemž někteří již léčbu absolvovali opakovaně. Někteří respondenti mají léčbu již ukončenou, u některých léčba probíhá. V rámci výzkumu byli všichni respondenti anonymizováni a jsou označováni pouze jako Respondent 1 – Respondent 7.

Rozhovory byly provedeny individuálně v průběhu čtyř měsíců a místo rozhovoru bylo ponecháno na volbě dotazovaných. Respondenti měli možnost vybrat si místo rozhovoru podle toho, kde se cítili nejlépe, aby se zajistila co největší míra jejich komfortu a otevřenosti při sdílení svých zkušeností. Tito respondenti s možností volby si všichni vybrali jako místo rozhovoru prostředí svého domova. Pouze u dvou respondentů, kteří jsou v procesu léčby v PN bylo místo jasně určené. Personál v PN mi ochotně vyšel vstříc a rozhovory se mohly uskutečnit individuálně v návštěvní místnosti, čímž bylo zachováno klidné prostředí.

V úvodu každého rozhovoru proběhlo tzv. „tání ledů“, tedy krátká neformální konverzace, která měla za cíl navodit uvolněnou atmosféru a pomoci respondentovi cítit se příjemně a otevřeně před samotným začátkem rozhovoru.

Následně jsem se představila jako studentka VŠPJ a každého dotazovaného seznámila s podstatou svého výzkumu a tématem, kterým se budu zabývat. Respondentům bylo vysvětleno, že mohou kdykoliv odmítnout odpovědět na otázky nebo přerušit rozhovor bez jakýchkoliv následků. Každý respondent podepsal písemný souhlas s nahráváním rozhovoru na diktafon a byl ujištěn, že jeho odpovědi budou plně anonymní a použity pouze pro účely této bakalářské práce. Dále jsem zmínila předpokládanou délku rozhovoru, která se pohybovala mezi 60 až 90 minutami, a upozornila jsem, že délka rozhovorů se může lišit. Veškerá osobní data dotazovaných byla při přepisu anonymizována. Zároveň zůstaly utajeny i názvy zařízení, ve kterých respondenti podstupovali léčbu.

2.3 Získaná data

Odpovědi respondentů k jednotlivým otázkám byly po analýze zestručněny, přičemž jsem dbala na zachování klíčových myšlenek a autentických názorů. Zestručněné odpovědi jsem seskupila pod každou otázku, což mi umožnilo snadnou komparaci odpovědí respondentů a zjednodušilo identifikaci společných témat a vzorců. Tento postup mi poskytl přehledný způsob, jak prezentovat výsledky výzkumu, aniž by bylo nutné zahrnout plné transkripty každého rozhovoru.

2.3.1 Okruh 1: Možnosti léčby závislosti na alkoholu

1. Co Vás vedlo nebo motivovalo k tomu, abyste vyhledal/a léčbu závislosti na alkoholu?

Respondent 1: Respondent uvedl, že vzhledem k tomu, že je nezadaný a bezdětný, necítil žádnou osobní motivaci k řešení své závislosti. „Úplně na začátku to byla výpověď v práci s podmínkou, že se v případě zvládnutí léčby můžu do práce vrátit.“ Respondent připouští, že nebýt tlaku ze strany zaměstnavatele, zřejmě by léčbu nevyhledal.

Respondent 2: „Nešel jsem tam dobrovolně...to na mě zavolala (manželka) policajty, tak mě odvezli na psychiatrii.“ Vzhledem ke svému agresivnímu chování pod vlivem alkoholu, byl tento respondent hospitalizován v PN.

Respondent 3: Tento respondent jako hlavní důvod k vyhledání léčby uvádí tlak od svého okolí. „ale nejdůležitější roli v mém rozhodnutí hrály děti... mám dvojčata...kluky...v tu dobu jim bylo 10 a mě došlo, že o nich nic nevím...já je vůbec nezajímal...styděly se za mě...“ Zároveň respondent uvádí, že podstoupení léčby bylo důležité i ze zdravotních důvodů (hypertenze, diabetes, morbidní obezita).

Respondent 4: Respondentka byla v minulosti několikrát hospitalizována v PN, spolupracuje s CDZ, kde jí léčba byla doporučena. „Já do té odmašťovny musela...protože jsem těhotná a bydlela jsem v autě...jediný co mě zajímalo byl chlast.“ V rozhovoru přiznává, že nebýt gravidní, tak by léčbu pravděpodobně nevyhledala.

Respondent 5: Motivací k podstoupení léčby bylo odebrání dětí, špatná bytová situace a nedostatek financí. „To bylo strašné, nechodila jsem do práce...neměla prachy...vyhodili nás z bytu a naši mi odvezli i děti...a to mě rozsekalo.“

Respondent 6: Ke své minulosti se respondentka nerada vrací, nechce uvádět konkrétní důvody léčby. Přesto přiznává, že jedním z důvodů k vyhledání odborné pomoci byla rodina, hlavně děti a rodiče, manžel v té době podal návrh na rozvod.

Respondent 7: Tento respondent podstupuje léčbu opakovaně. Jako motivace k nástupu na léčbu uvádí „Já nechci celý život chlastat...chci se z toho dostat, ale nemám na to, tak to pořád zkouším.“ Dále přiznává, že motivací je i zhoršující se zdravotní stav, což je ovlivněno věkem, ale i dlouhodobou konzumací alkoholu.

2. Které metody léčby jste vyzkoušeli a jak je hodnotíte z hlediska jejich účinnosti?

Respondent 1: Respondent má zkušenost s ambulantní léčbou, šesti týdenní léčbou pobytovou a dvakrát podstoupil rezidenční léčbu v délce šesti měsíců. Po absolvování poslední střednědobé léčby již dva roky abstinguje, což je doposud jeho nejdelší abstinence. Uvádí, že ambulantní léčbu a detox podstupoval pouze „aby se neřeklo a měl jsem pokoj v práci“ vnitřně však neměl potřebu léčby. Výsledek se dostavil až při léčbě střednědobé, což přikládá i tomu, že tam už nastupoval s určitým odhodláním k vyřešení své závislosti. Po ukončení první střednědobé léčby po třech měsících zrecidivoval, což zavinilo vážné onemocnění matky, to dotazovaný hodnotí jako psychicky náročné období. U střednědobé léčby vnímá jako velké plus, že v nemocnici panuje přísný režim, který pomáhá udržet pravidelný denní řád „Ten režim byl peklo...to je normální buzerace, ale když si na to zvykneš, tak je ti v tom dobře, já se cítil v bezpečí a v klidu.“ Respondent i oceňuje silnou podporu celého týmu odborníků, kteří poskytují potřebnou a hlavně okamžitou péči. V jeho abstinenci mu i výrazně pomáhá doléčovací program v podobě „opakovaček“ a skupinových setkání.

Respondent 2: Tento respondent strávil tři měsíce na odd. psychiatrie a následně tři měsíce na odd. léčby závislostí. Léčbu ukončil předčasně na vlastní žádost i přes odpor lékařské rady. Jako hlavní důvod při rozhodování k ukončení léčby zmínil léčebný režim „Byly tam na všechno přísná pravidla a to mi vadilo, chtěl jsem už pryč“. V léčbě pokračoval ambulantně. „I když jsem vodu šel domů, tak jsem docházel na sezení k adiktoložce...pro mě bylo nejlepší, že jsme se odstěhovali z

Prahy...tím jsem ukončil svoji minulost a začal znova.“ Závěrem shrnuje, že v léčbě mu nejvíce pomáhala skupinová setkání „bylo dobré slyšet, že v tom nejsem sám.“

Respondent 3: Respondent podstoupil léčbu celkem třikrát. Nejdříve se rozhodl pro AA, ale po třetí návštěvě z důvodu Covidu byla tato setkání uzavřena. Následně absolvoval šestitýdenní detox a poslední prodělaná léčba byla střednědobá v délce šesti měsíců, po ukončení již čtvrtý rok abstinguje. Z vlastní zkušenosti tuto léčbu vnímá jako neúčinnější. „Kdo má fakt problém s pitím, tak to během pár týdnů nezmění. Nevím jak to chodí jinde, ale já byl na režimovém odd., což bylo dost drsný...nejdřív jsem myslel, že to nezvládnou...ten režim...všechno se počítalo na vteřiny, to bylo horší než vojna....Jako nesmysl mi přišlo i psaní deníku, ale nakonec jsem byl za to všechno byl, i za ten režim...já si na to tak zvykl, že jsem tam byl spokojený.“ Jako přínosný uvádí i doléčovací program, pravidelně jezdí na skupinové setkání a jednou ročně na opakovací pobyt. „Opakovačky mi pomáhají ze všeho nejvíce...připomenu si svoje začátky v léčebně a těm co jsou v léčbě můžu ukázat, že se to nechá zvládnout.“ Jako kladně tento respondent hodnotí i přítomnost lidí s jinými závislostmi, jejich příběhy vnímal jako dobrou prevenci přesmyků.

Respondent 4: Tato respondentka právě podstupuje léčbu „Nelíbí se mi tady, nesnáším ten režim...je to strašný, nemůžu si na to zvyknout, pořád dostávám mínusový body. Dobrý jsou skupiny...mám pocit, že mi konečně někdo rozumí a neodsuzuje mě...ostatní mě tam podporují.“ Vzhledem ke své špatné životní situaci si tato respondentka uvědomuje důležitost řádného ukončení léčby, připouští, že je zde spokojená a ochotná přijmout léčebný řád.

Respondent 5: Dotazovaná uvádí zkušenost s léčbou v podobě krátkodobého detoxu, bohužel léčba nebyla úspěšná. Další zkušenost byla v podobě střednědobé rezidentní léčby. „Já potřebuju dlouhodobou podporu, ten detox byl na nic.“ Respondentka přiznává, že je pro ni důležité doléčování, dlouhodobá péče jí přináší pocit jistoty a bezpečí. „Terapie, hlavně ty skupinové mi hodně pomohly, protože jsem slyšela ostatní, že s tím bojují zrovna tak jako já.“ V závěru rozhovoru si vzpomíná na režim během léčby. Tento přístup nedokáže zhodnotit, nejdříve se s tímto režimem nemohla sžít, ale s odstupem času ho hodnotí jako přínosný pro svoji léčbu.

Respondent 6: „Za posledních deset let toho bylo dost...jednou detox...dvakrát dlouhodobá a jednou jsem byla na přeléčení...pomohla mi až tahle poslední léčba...jo mezitím jsem to zkoušela i v Áčkách.“ Dotazovaná uvedla, že úspěšná byla léčba v délce šesti měsíců, po absolvování abstinguje čtvrtým rokem. Respondentka uvádí, že měla velký problém se přizpůsobit pravidlům a celkové organizaci v léčbě. Zpětně tento přístup již nevnímá negativně, bere ho jako důležitou léčebnou metodu. Úspěch této poslední léčby přikládá i skutečnosti, že se během léčby seznámila se svým současným přítelem. Ve vztahu je spokojená a společně se podporují v abstinenci „my to máme doma tak, že si jeden druhému dáváme terapii...“ V abstinenci jí pomáhá i doléčovací program, pravidelně dojíždí i na skupinové setkání.

Respondent 7: „Já toho už vyzkoušel hodně. Nejdřív to bylo léčení jen tak na pár týdnů, ale to jsem vždycky začal hned pít. Tak jsem chodil na sezení k doktorovi...ale tam sem spíš nechodil“. V současnosti tento respondent podstupuje svoji druhou dlouhodobou rezidentní léčbu. „No já nemůžu říct co pomáhá, když mě zatím nepomohlo nic...já si to pořád nedokážu srovnat v hlavě.“ Předchozí dlouhodobou léčbu respondent absolvoval v jiném zařízení, než ve kterém se nachází nyní. Respondent komentuje režim v procesu léčby slovy „I když střídám léčebny, tak je to všude stejný, pořád se něco musí.“

3. Máte pocit, že je léčba závislosti na alkoholu snadno dostupná?

Respondent 1: „Když to vezmu z pohledu dostupnosti ve smyslu peněz, tak je dostupná výborně, protože je hrazená pojišťovnou.“ Respondent vnímá jako problém dostupnost ambulantní léčby pro lidi z venkova. Sám ze své zkušenosti ví, jak bylo obtížné pravidelně dojíždět na sezení. Setkal se s pacienty, pro které dojíždění byl problém i po stránce finanční. U rezidenční léčby se setkal s dlouhou čekací dobou v řádu měsíců.

Respondent 2: „To nedokážu posoudit...pro mě byla.“ Tento respondent podstoupil léčbu na odd. závislosti jako navazující na léčbu v PN. Pozitivně vnímá fakt, že léčba je hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

Respondent 3: Respondent vnímá léčbu jako snadno dostupnou, negativně vnímá pouze dlouhou čekací dobu. „Čekal jsem tři měsíce...to je pro alkoholika dlouhá doba...vzhledem k tomu, že nástup na léčení musí být dobrovolný, takže to odhodlání u spousty lidí stihne vymizet a pak tam nejdou.“ Respondent pozitivně hodnotí, že je léčba hrazena ze zdravotního pojištění, což zajišťuje její dostupnost pro všechny bez ohledu na finanční situaci.

Respondent 4: „Nejdřív mi řekli, že bude místo tak za 2 – 3 měsíce...pak zavolali, že můžu za 14 dní...to se mi nechtělo, ale musela jsem jít...vyřešilo mi to bydlení a těhotná jsem stejně nemohla zůstat na ulici.“ Respondentka uvedla, že při čekací době tří měsíců si není jistá, jak by se vyvíjelo její těhotenství a celkový psychický stav. Má pocit, že kdyby musela čekat tak dlouho, pravděpodobně by do léčby už nenastoupila. Během rozhovoru dotazovaná považuje jako velkou výhodu i skutečnost, že je poskytovaná zdarma.

Respondent 5: Dostupnost ústavní léčby vnímá respondentka jako nedostatečnou z důvodu přeplněné kapacity. Respondentka vnímá jako jeden z kladů ústavní léčby fakt, že je plně hrazena ze zdravotního systému, což pro ni představovalo velkou výhodu. Tím se pro ni léčba stala snadno dostupnou, i přes delší čekací dobu. Ambulantní léčbu považuje za nedostupnou hlavně z finančních důvodů. „Když nemáš peníze, tak nemáš kam jít...když seš v situaci jako já, že nemáš bydlení ani peníze...tak ani nevíš jak se kam dostat.“

Respondent 6: „Pro toho kdo chce, tak je...jen je problém v dlouhé čekací době...většinou to není hned...ale to dnes není žádný doktor.“ Problém v dostupnosti léčby vidí respondentka spíše v tom rozhodnutí léčbu podstoupit dobrovolně. Kladně vnímá podporu zdravotnického systému, sama neměla nikdy problém s dostupností jak ambulantní, tak ústavní léčby. Negativně hodnotí dlouhou čekací dobu.

Respondent 7: „Možností je spousta, jen se musí chtít někam jít.“ Vzhledem k tomu, že dotazovaný podstupuje léčbu opakovaně, má bohaté zkušenosti a dostupnost hodnotí jako dobrou. Hlavní výhodu u rezidenční léčby vidí v její dostupnosti po finanční stránce „Ještě, že to tady nemusím platit.“

4. Napadají Vás nějaké konkrétní změny nebo přístupy, které by podle Vás mohly zvýšit účinnost léčby závislosti?

Respondent 1: „Napadá mě prevence, pořád je jakýmsi společenským standardem konzumace alkoholu při všech příležitostech. Je spousta reklam na alkohol, typické jsou letáky se slevovými akcemi na alkohol.“

Respondent 2: „To je těžký říct...to je o člověku...musíš chtít, když nechceš, tak Ti léčba stejně nepomůže...to není jako chřipka nebo zlomená noha.“

Respondent 3: „Omezil bych přístup k léčbě recidivujícím pacientům. Zbytečně zabírají místo těm, co to myslí s léčbou vážně...i když nevím, kolik z nás to na začátku myslelo vážně. U některých mi přišlo, že to mají jako životní styl a šli se do léčby uklidit na zimu. Možná bych při opakovaných léčbách přihlížel i k tomu, jestli byla předchozí léčba ukončena řádně.“

Respondent 4: „To nevím...já nevím kde budu bydlet až mě pustí...chtěla bych aby i potom mi někdo pomáhal...já fakt nevím.“

Respondent 5: „Myslím, že by se měla léčba lépe propojit s dalšími službami...třeba s ÚP a lepší dostupnost bydlení.“

Respondent 6: „Léčba je dostačující, ale musí člověk chtít sám, s tím mu ani nejlepší doktor nepomůže...všechny moje léčby byly dobré, daly mi tam maximum, ale já nechtěla...až do té poslední jsem šla s tím, že chci...a i když přístup byl stejný, tak já to vnímala jinak, protože jsem to už měla v hlavě jinak hozené.“

Respondent 7: „Možná by pomohlo, kdyby byla větší podpora po léčbě a taky pomoc rodině, aby věděli co pro člověka po léčbě dělat a nedělat. Na mě se všichni vykašlali... manželka i syn.“

2.3.2 Okruh 2: Uplatnění zdravotně sociálního pracovníka v léčbě závislosti na alkoholu

1. Jak byste popsal/a roli zdravotně sociálního pracovníka ve Vaší léčbě závislosti?

Respondent 1: Respondent hodnotil ZSP v léčbě pozitivně a vnímal ho jako důležitého prostředníka mezi ústavním prostředím a realitou mimo léčebnu. „Myslím, že zajišťuje návrat do běžného života lidem, kteří se za zdmi nemocnice cítí v bezpečí a neřeší problémy vzniklé před léčbou nebo po léčbě.“

Respondent 2: Dotazovaný uvedl, že vzhledem ke svému špatnému psychickému stavu a celkově i svému předchozímu životnímu stylu a přístupu k povinnostem roli ZSP nevnímal. „Tak jako sociální byla určitě důležitá, ale nevím jak...byla s ní v kontaktu Jana (manželka) a to vím, že byla ráda, že je někdo, kdo s ní řeší moje průsery.“ Během rozhovoru si respondent uvědomuje, účast ZSP na ranních vizitách, komunitách a ranním hlášení. Během léčby ZSP vnímal jako součást týmu odborníků, kteří společně s lékaři přispívali k jeho léčbě a podpoře.

Respondent 3: Respondent nevnímal ZSP jako součást léčebného týmu „určitě tam byla sociální nějak důležitá, ale nevím jak, při samotné léčbě mi přišla tak nějak v pozadí“ Dotazovaný připouští, že ZSP byl velkou oporou pro rodinu, tudíž dotazovaný se mohl v průběhu léčby soustředit více sám na sebe.

Respondent 4: „Pomáhá mi tím, že tady je, nemám rodinu, tak je mi velkou oporou.“ Dotazovaná vnímá přítomnost ZSP jako zdroj jistoty a klidu. Věří, že jí ZSP pomůže vyřešit problémy i po ukončení léčby, což jí dodává pocit bezpečí a lépe přijímá léčbu.

Respondent 5: „Asi nedokážu říct jak byla důležitá v léčbě jako takové, ale pro mě osobně důležitá byla, měla jsem v ní jistotu, že mi pomůže...byla jsem pak klidnější“ Respondentka si

uvědomuje důležitost ZSP převážně v praktických otázkách, které bylo nutné vyřešit před návratem do běžného života.

Respondent 6: Respondentka uvedla, že pro ni osobně byla přítomnost ZSP důležitá, její přítomnost v ní vyvolávala pocit jistoty a bezpečí. Roli ZSP v léčbě staví na stejnou úroveň jako roli terapeutů.

Respondent 7: Respondent vnímá roli ZSP jako velmi důležitou součást své léčby. Kromě podpory při samotné léčbě mu ZSP pomáhá řešit praktické záležitosti, které by sám nezvládl. „Díky sociální se věci posouvají dopředu a já jsem klidnější, když vidím, že to má řešení.“

2. V jakých oblastech Vám zdravotně sociální pracovník nejvíce pomohl?

Respondent 1: Dotazovaný uvedl, že žádnou výraznou pomoc ZSP nepotřeboval, jelikož neměl existenční problémy a měl i vlastní bydlení. „Mě sociální pracovnice pomohla krátkodobě získat příspěvek hmotné nouze, nic jiného jsem řešit nepotřeboval.“

Respondent 2: Respondent pomoc ZSP osobně nevnímal. „Jak už jsem řekl, nejvíc pomohla rodině a tím vlastně i mně“. Dotazovaný uvedl, že před nástupem do léčby měl dluhy a i problémy v zaměstnání, ale to za něho během pobytu v léčbě řešila manželka. Je si vědom, že nemít podporu v rodině, sám tyto problémy vyřešit nezvládne a bude plně odkázaný na pomoc ZSP.

Respondent 3: Vzhledem k tomu, že dotazovaný měl léčbu plánovanou tři měsíce dopředu, měl dostatek času na vyřešení všech osobních záležitostí. Navíc měl silnou oporu v rodině, která mu před nástupem do léčby pomohla vše potřebné zajistit. „Od sociální jsem skoro nic nepotřeboval, pomohla mi s neschopenkou, ale s tím nebyl žádný problém.“

Respondent 4: Respondentka je v současné době v léčbě, pomoc ZSP využívá pravidelně. „Nejvíc mi pomáhá s penězi, už mi zařídila pracák, tam jsem byla vyřazená, spolu řešíme i nějaké příspěvky. Teď mi pomáhá hledat bydlení, ať mám kam jít až mě pustí, to je docela těžký, protože budu mít dítě a nechci, aby mi ho sociálka vzala.“

Respondent 5: Respondentka uvedla, že jí ZSP poskytl nejvýznamnější podporu v oblasti sociálních záležitostí, především při zajištění bydlení, vyřízení sociálních dávek a zprostředkování přístupu ke zdravotní péči. „Pomohla mi s vyřešením spousty věcí, abych mohla po léčbě začít fungovat, pořešila mi i zubaře.“ Bez pomoci ZSP by neměla po propuštění z léčby zajištěné adekvátní bydlení.

Respondent 6: Dotazovaná vnímá ve své léčbě pomoc ZSP jako důležitou. „Pomáhala mi se soudním řízením při rozvodu a se svěřením dětí do péče...to teda nedopadlo, protože jsem pila dlouho a těch škraloupů jsem měla hodně, tak je dostal do péče otec. Taky mi pomohla s pracákem a se sociálkou, tam jsem měla dluh. Ona to teda úplně neřešila, ale radila mi co a kde je potřeba a já si to musela vyřizovat sama.“ Zpětně respondentka oceňuje přístup ZSP, která ji podporovala v samostatném řešení osobních záležitostí. Tento přístup jí pomohl získat potřebnou dovednost a připravil ji na fungování v běžném životě po ukončení léčby.

Respondent 7: Respondent je v současnosti v léčbě. „Zatím mi pomohl s dávkami hmotný nouze, abych měl peníze. Řešíme i bydlení, abych měl z léčby kam jít.“ Respondent zdůraznil, že pomoc ZSP považuje za zásadní. Uvědomuje si, že v mnoha oblastech bude nadále potřebovat jeho

podporu. Z předchozích zkušeností z absolvovaných léčebných pobytů vnímá, že mu ZSP vždy výrazně pomohl, a to nejen během léčby, ale i při následných přechodech do běžného života.

3. Jak jste vnímal/a spolupráci zdravotně sociálních pracovníků s lékaři a dalšími odborníky během Vaší léčby?

Respondent 1: „Ze začátku jsem byl trochu skeptický, ale pak jsem viděl, jak to všechno funguje. Sociální a doktoři spolu fakt dobře vycházeli. Společně mi pomohli na všech frontách.“

Respondent 2: „Myslím, že ta spolupráce byla dobrá. Měli jsme schůzky, kde jsme společně probírali, jak na tom jsem a co potřebuju. Cítil jsem, že makají všichni jako tým a že jim na mně záleží.“

Respondent 3: „Vnímal jsem to jako dobrou spolupráci, myslím, že musí být propojeni, jinak by to celé nemohlo fungovat. Sociální chodila na vizity, do skupin, byla pořád součástí toho týmu.“

Respondent 4: „Já jsem tady krátce, ale беру je všechny stejně. Když řeším nějaký problém se sociální, tak ona mi řekne, ať se nebojím a svěřím se s tím i na skupině...a to mi pomáhá, protože sama bych to tam neřekla, ale když mi to poradí, tak to tam řeknu a tím se mi uleví. Hlavně se to tam probere, poradí mi s tím i terapeut.“

Respondent 5: „Někdy mi přišlo, že by ta komunikace mohla být lepší...občas tam bylo vzájemné nepochopení, ale celkově jsem byla spokojená.“

Respondent 6: „Působilo to na mě propojeně, doktoři i sociální mě na sebe vzájemně odkazovali, ale v dobrém, vždycky řekli, který z nich mi víc a v čem pomůže.“

Respondent 7: „To nevím, já je беру všechny dohromady a i vidím, že to tak je. Vždycky mi někdo z nich pomůže a vyřeší problém.“

4. Existují oblasti, kde jste cítil/a, že by mohla být pomoc zdravotně sociálního pracovníka zlepšena?

Respondent 1: „Nevím, v oblastech sociálního zabezpečení, možnostech během a po léčbě se nevyznám a nepotřeboval jsem to. Proto si to nedovoluji hodnotit.“

Respondent 2: „Já ani nevím, co všechno má sociální dělat, takže těžko říct, jestli dělal hodně nebo málo. Já byl spokojený a rodina taky, takže asi dobrý.“

Respondent 3: „Za mě asi nikde...já toho moc nepotřeboval. Neměl jsem a ani nemám ten pocit, že někde mohla udělat víc.“

Respondent 4: „Já bych byla ráda, kdyby to za mě všechno zařídila ona...ale ona mi jenom radí a musím si všude zavolat a domluvit si to sama...to mi vadí. Sociální mi pomáhá hodně a říká, že to vyřizování musím sama, abych se to naučila a pak si to zvládla řešit bez ní.“

Respondent 5: „Myslím, že by mohli víc pomáhat s naplánováním budoucnosti, jak si umět najít práci, bydlení a taky si vyřídít dávky.“

Respondent 6: „Ne, mě pomohla se vším co jsem potřebovala.“

Respondent 7: „To teď neřeším, ale když jsem odešel z minulý léčby, tak jsem řešil samej problém a moc jsem to nezvládal, ale je mi jasný, že nemůžu mít pořád někoho za zadkem.“

2.4 Analýza dat

V této kapitole se věnuji podrobné analýze dat získaných prostřednictvím rozhovorů s respondenty. Rozhovory byly vedeny s cílem zjistit zkušenosti a názory pacientů na léčbu závislosti na alkoholu a roli zdravotně sociálních pracovníků v tomto procesu. Data byla rozdělena do dvou hlavních okruhů, které odpovídají výzkumným otázkám.

2.4.1 Analýza prvního okruhu otázek

První okruh se zaměřuje na zkušenosti respondentů s dostupnými metodami léčby. Byly analyzovány nejen jejich subjektivní pocity z jednotlivých metod, ale také jejich názory na účinnost těchto metod.

- **Možnosti léčby závislosti na alkoholu**

Na otázku, co vedlo nebo motivovalo respondenty k vyhledání léčby závislosti na alkoholu, byly odpovědi různorodé. Větší část respondentů k vyhledání léčby motivovala rodina, zejména vlastní děti. Tento fakt jako hlavní důvod k léčbě uvedl R3, R5 a R6. Respondentka č. 4 uvedla jako důvod zatím nenarozené dítě. Respondent č. 1 uvedl jako důvod k podstoupení léčby problémy v zaměstnání a R2 podstoupil léčbu nedobrovolně. V odpovědích u R1 a R2 se zřejmě odráží fakt, že ani jeden z nich nemá vlastní děti. R1 navíc uvedl, že nemá žádnou rodinu a žije sám, tudíž ani blízké osoby nebyly důvodem k léčbě. Ani R7 nebyl motivován rodinou a to z důvodu jeho dlouhodobé závislosti, kdy se od něj rodina odvrátila. R3 a R7 zmiňují jako jeden z důvodů podstoupení léčby vlastní zdraví. Závěrem lze konstatovat, že hlavními motivátory jsou zejména děti a vlastní zdraví. Nicméně, pokud tyto faktory nejsou přítomné, jak ukazují případy respondentů bez rodinného zázemí, je léčba často vyvolána externími tlaky nebo životními problémy. Tento fakt může naznačovat, že v budoucnu by mohly být do léčebných programů více začleněny způsoby, jak motivovat jednotlivce, kteří nemají silné sociální či rodinné vazby.

V otázce číslo dvě respondenti hodnotili metody léčby, které již v minulosti vyzkoušeli a vyjádřili své názory na jejich účinnost. R2 a R4 podstoupili léčbu závislosti poprvé, mají však zkušenosti s hospitalizací v psychiatrické nemocnici. Všichni ostatní dotazovaní podstoupili odvykací léčbu opakovaně. S ambulantní léčbou uvedl zkušenost R1, 5, 7, u respondenta č. 3 byla snaha o ambulantní léčbu, ale léčba nebyla dokončena z důvodu Covidu. Minimálně jednou podstoupili rezidenční léčbu všichni dotazovaní. Z analýzy rozhovorů vyplývá, že žádný respondent nepovažuje ambulantní léčbu za účinnou. U dotazovaných, kteří ji podstoupili byla vnímána spíše jako projevení zájmu ukončit svoji závislost před okolím, osobně ji nepřikládali žádný význam, podstupovali ji „jen tak, aby se neřeklo“. Zřejmě i tento negativní přístup byl důvodem neúspěchu z léčby. Střednědobou rezidenční léčbu v současnosti podstupuje R4 a R7. R2 léčbu ukončil předčasně i proti lékařské radě, ale i tak již druhým rokem abstinguje s využitím následné péče. Všichni respondenti se shodli, že za nejúčinnější metodou pro ně během léčby byly a jsou skupinové terapie. Možnost skupinových setkání v procesu doléčování využívají R 1, 3, 5 a 6. V rámci doléčování R1, 3 a 6 využívají pravidelně možnosti rekondičního pobytu. Klady tohoto pobytu vidí v připomenutí si osvojených zkušeností a zároveň oceňují možnost jít příkladem těm, co teprve s odvykáním závislosti bojují. Další metodou v léčbě, kterou ve svých odpovědích zmínili všichni respondenti byl léčebný režim. Odpovědi ohledně léčebného režimu byly rozpačité, všichni dotazovaní se v počátku léčby nemohli s tímto přísným režimovým opatřením

vyrovnat. Postupem času si však na tento režim zvykli a vnímali ho jako přínosný. Uváděli, že se v režimu cítili bezpečně a pomohl jim stabilizovat proces léčby. Na závěr léčby většina respondentů, kteří léčbu již ukončili, hodnotila režimový přístup jako základní a klíčovou metodu na cestě k abstinenci.

Třetí otázka, kterou jsem respondentům pokládala byla zaměřena na jejich zkušenost s dostupností léčby. K dostupnosti ambulantní léčby se respondenti vyjadřují vcelku pozitivně. R1 a 5 zmiňují, že lidé bojující se závislostí často čelí finančním problémům, což je pro ně ve využití léčby omezující. Ambulantní léčba není vždy dostupná v místě bydliště a dojíždění limitují finanční náklady, vzdálenost, ale důležitou roli hraje i nedostatečné odhodlání. Tento fakt motivace nám vyplynul již z odpovědí na předchozí otázku. U rezidenční léčby hodnotí všichni kladně, finanční dostupnost, kdy je léčba hrazena ze zdravotního pojištění. Díky této skutečnosti se léčba stává snadno dostupnou pro každého. Nedostatkem zůstává dlouhá čekací doba (cca 3 měsíce), což dotazovaní hodnotí negativně. Respondenti č. 3, 6 a 7 zdůrazňují, že léčbu je nutné podstoupit dobrovolně, a právě kvůli dlouhé čekací době si mnoho závislých svůj záměr často rozmyslí a k léčbě nakonec nenastoupí. S tímto problémem se setkala i R4, ale z důvodu uvolněné kapacity a těhotenství nastoupila léčbu po 14 dnech.

Ve čtvrté otázce jsem dala prostor respondentům k vyjádření nápadů na změny nebo přístupy, které by podle nich mohly zvýšit účinnost léčby závislosti. Respondent č. 1 zdůraznil význam prevence v omezení reklam na alkohol, stejně jako fakt tolerance společnosti ke konzumaci alkoholu. Respondent č. 3 navrhuje omezení přístupu k léčbě pro recidivující pacienty, tím by se uvolnily kapacity. Domnívá se, že někteří pacienti využívají léčebnu jako únik před bytovými problémy, a proto by zpřísnil podmínky přijetí do léčby, zároveň by přihlížel ke skutečnosti, zda byla předchozí léčba ukončena řádně. Respondentka č. 4 uvedla, že toto zatím není schopna hodnotit. S respondentkou č. 5 však zdůrazňuje potřebu zajistit bydlení po ukončení léčby a lepší přístup k dalším službám např. ÚP. Respondent č. 7 vnímá, že by bylo přínosné zajistit podporu pro rodiny jak během, tak po léčbě. Zmiňuje, že jeho rodina tuto podporu neměla, což podle něj přispělo k rozpadu jeho manželství. Jak nám během dosavadního rozhovoru vyplynulo z odpovědí, všichni respondenti se ztotožňují s tím, že léčba může být úspěšná pouze tehdy, když má člověk sám vnitřní motivaci abstinovat. Musí mít své rozhodnutí pevně ujasněné, teprve pak může být léčba účinná.

2.4.2 Analýza druhého okruhu otázek

Druhý okruh je zaměřen na spolupráci zdravotně sociálního pracovníka s pacienty a jeho roli v léčebném procesu. V této části analyzuji, jak respondenti vnímali pomoc zdravotně sociálního pracovníka, jaká byla jeho spolupráce s dalšími odborníky a jaké jsou možnosti zlepšení této role.

Na otázku, jak by respondenti popsali roli zdravotně sociálního pracovníka ve své léčbě, se všichni shodli na tom, že přítomnost sociálního pracovníka v nich vyvolávala pocit klidu a jistoty. Respondent č. 1 ZSP označil jako prostředníka mezi ústavním prostředím a realitou mimo léčebnu. Vnímali ho jako důvěrníka, na kterého se mohli kdykoli obrátit a který jim byl nápomocný při řešení jejich problémů. Sociální pracovník pro ně představoval a představuje spolehlivý zdroj podpory v průběhu léčby.

- **Uplatnění zdravotně sociálního pracovníka v léčbě závislosti.**

Z analýzy dat první otázky, jak by respondenti popsali roli zdravotně sociálního pracovníka ve své léčbě, vyplynulo několik důležitých závěrů. Respondent 1 vnímal ZSP jako klíčového prostředníka mezi ústavním prostředím a vnějším světem. R4, R5, R6 a R7, shodně uvedli, že přítomnost ZSP jim poskytovala pocit jistoty a bezpečí. Pro respondenty bez podpory rodiny, jako R4, se zdravotně sociální pracovník stal náhradní oporou, na kterou se mohli spolehnout v praktických i emociálních otázkách. Tento pocit bezpečí měl pozitivní vliv na jejich schopnost přijmout léčbu a věřit v její úspěch. Praktická podpora byla výrazně zmiňována u R5 a R7, zde ZSP pomáhali řešit pracovní záležitosti, bydlení a jiné sociální problémy. Je zajímavé, že zatímco někteří respondenti (R2 a R3), nevnímali ZSP přímo jako klíčového aktéra ve své léčbě, zároveň uznali jeho důležitost v rámci týmu a pro jejich rodiny. Tento rozpor může být způsoben tím, že někteří pacienti více vnímají jiné odborníky, např. terapeutů a úloha ZSP pro ně zůstává spíše v pozadí. Z analýzy vyplývá, že ZSP hraje významnou roli v léčbě závislosti na alkoholu, zejména v oblasti praktické podpory, psychické opory a usnadnění přechodu do běžného života po léčbě. Ačkoliv někteří pacienti tuto roli přímo nevnímali jako zásadní, jejich odpovědi ukazují, že tato podpora byla důležitá pro jejich rodinu nebo psychickou stabilitu během léčby.

V odpovědích na otázku, v jakých oblastech jim ZSP nejvíce pomohl, se názory respondentů různily v závislosti na jejich individuálních situacích a potřebách. Odpovědi ukazují, že role ZSP byla pro většinu respondentů klíčová, zejména v oblastech finanční a sociální podpory. Někteří respondenti, jako např. R1 a 3, uvádějí, že pomoc ZSP nepotřebovali, protože měli zajištěné bydlení a finanční situaci. Naproti tomu respondenti, kteří byli v těžší sociální situaci, jako respondentka č. 4, 5, a 7, se na ZSP obraceli nebo obrazení pravidelně s žádostmi o pomoc při řešení dávek a dalších praktických záležitostí. Důležitou roli ZSP vnímají především respondenti, kteří se potýkali nebo potýkají se složitými právními, finančními nebo rodinnými problémy, jako je respondentka č. 6, které ZSP pomohl v soudním řízení. Z těchto odpovědí vyplývá, že ZSP sehrává důležitou roli zejména u těch pacientů, kteří se potýkají s víceúrovňovými problémy. Respondenti se stabilní finanční a sociální situací, vnímají jeho pomoc spíše jako doplňkovou.

Analýza odpovědí respondentů na otázku týkající se jejich vnímání spolupráce ZSP s lékaři a dalšími odborníky během léčby ukazuje, že respondenti obecně hodnotili tuto spolupráci pozitivně, i když s některými individuálními odlišnostmi. Většina respondentů (R1, R2, R3, R4, R6, R7) uvedla, že spolupráce mezi zdravotně sociálními pracovníky, lékaři a dalšími odborníky byla dobře organizovaná a propojená. Respondent 1 například popsal své počáteční pochybnosti, které se změnily v důvěru poté, co viděl, jak efektivně spolu tým spolupracuje. Jedině R5 vyjádřil určité výhrady vůči spolupráci mezi odborníky. Ačkoli tento respondent celkově zhodnotil svou zkušenost pozitivně, cítil nedostatek komunikace. Z analýzy vyplývá, že většina respondentů hodnotí spolupráci mezi ZSP, lékaři a dalšími odborníky pozitivně. Spolupráce pomohla pacientům cítit se podporovaně a umožnila jim lépe zvládat jejich léčebný proces. I když byla zmiňována i možnost zlepšení v oblasti komunikace, celkově je hodnocení pozitivní a potvrzuje důležitost spolupráce multidisciplinárního týmu v léčbě závislosti.

Analýza odpovědí respondentů na otázku týkající se jejich vnímání spolupráce ZSP s lékaři a dalšími odborníky během léčby ukazuje, že respondenti obecně hodnotili tuto spolupráci pozitivně, i když s některými individuálními odlišnostmi. Respondenti oceňovali zejména týmový přístup, kdy cítili, že všichni odborníci společně pracují na jejich léčbě. Přesto se vyskytly i určité

kritické poznámky o nedostatečné komunikaci mezi odborníky. Celkově však platí, že efektivní spolupráce a propojenost mezi celým týmem je klíčová pro úspěšnou léčbu závislostí, a pacienti ji vnímají jako důležitý prvek svého zotavení.

Na otázku, zda existují oblasti, kde by mohlo být zlepšení zdravotně sociálního pracovníka, odpovědi respondentů ukázaly na různorodé vnímání ZSP podle individuálních potřeb a zkušeností těchto dotazovaných. Respondenti 1, 2, 3 a 6 necítili potřebu větší podpory a vnímali práci ZSP jako dostatečnou. Zatímco respondenti 4, 5 a 7 by ocenili větší pomoc zejména v oblasti řešení úředních a sociálních záležitostí. Z odpovědí vyplývá, že pacienti často očekávají nejen krátkodobou pomoc, ale i podporu v dlouhodobém plánování jejich budoucnosti po léčbě. Důležitým prvkem zůstává rovnováha mezi podporou a postupným osamostatňováním pacienta, což je důležité pro jejich úspěšné zotavení a integraci do běžného života.

Závěr

Tato bakalářská práce se zaměřila na současné možnosti léčby osob se závislostí na alkoholu a na roli zdravotně sociálního pracovníka v tomto procesu. Cílem výzkumu bylo zmapovat současné možnosti léčby závislosti na alkoholu a zjistit, jakým způsobem zdravotně sociální pracovníci přispívají k úspěšnosti těchto léčebných procesů.

Současné možnosti léčby závislosti na alkoholu jsou sice rozsáhlé, ale z výzkumu vyplývá, že jejich účinnost závisí na osobním přístupu pacientů i pracovníků. Významná je motivace pacienta. Tato motivace hraje zásadní roli v celém procesu zotavení, neboť silná vnitřní vůle a odhodlání změnit svůj život a zbavit se závislosti vedou pacienty k aktivnímu zapojení do léčby. Motivaci pacienta je důležité podporovat v rámci terapeutického procesu, například prostřednictvím individuálního poradenství, které pomáhá pacientům lépe porozumět jejich vlastnímu chování a hledat vnitřní zdroje pro změnu. Silná osobní motivace spolu s adekvátní podporou ze strany terapeutů a zdravotně sociálních pracovníků výrazně zvyšuje šance pacientů na úspěšné zotavení a stabilizaci v životě bez závislosti.

Z výsledků výzkumu je patrné, že kromě kvality samotné léčby a podpory zdravotně sociálního pracovníka, významně ovlivňují úspěšnost léčby i praktické faktory. Zejména u ambulantní péče respondenti zdůrazňovali, že dlouhé dojíždění nebo náklady spojené s opakovanými návštěvami ambulance mohou být překážkou pro úspěšné dokončení léčby. Z toho důvodu je důležité zaměřit se na lepší geografickou dostupnost léčebných zařízení a případně nabídnout finanční podporu nebo úlevy pacientům, kteří se potýkají s ekonomickými problémy. Tyto faktory by mohly výrazně přispět k vyšší míře úspěšnosti léčby, zejména u pacientů s omezenými zdroji. Z teoretické části práce vyplývá, že se jako velký přínos pro pacienty se závislostí na alkoholu jeví možnost využívání online služeb prostřednictvím internetu. Tato alternativa umožňuje pacientům, kteří nejsou schopni pravidelně docházet do léčebných zařízení, přístup k poradenství a terapeutickým službám, což může usnadnit proces léčby zejména u ambulantní péče.

U rezidenční léčby respondenti oceňovali dobrou dostupnost a podporu, kterou toto prostředí poskytuje. Nicméně, jednou z častých připomínek byla dlouhá čekací doba na přijetí do zařízení, což může negativně ovlivnit rozhodnutí pacientů nastoupit do léčby. Velkou výhodou této léčby je podle dotazovaných skutečnost, že je hrazena z veřejného zdravotního pojištění, což odstraňuje významnou finanční bariéru pro pacienty, kteří by si jinak léčbu nemohli dovolit. Tyto skutečnosti ukazují, že i když existují efektivní možnosti léčby závislosti na alkoholu, je nutné zaměřit se na odstranění dlouhých čekacích dob. K odstranění tohoto faktu může, dle výzkumu, přispět přísnější přístup k pacientům, kteří opakovaně recidivují. Zároveň se zaměřit na hodnocené úspěšnosti předchozích léčeb, aby se efektivněji uvolňovala kapacita pro nové pacienty. Celkově z výzkumu vyplývá, že ačkoli jsou možnosti léčby závislosti na alkoholu v ČR dobře rozvinuté, je třeba nadále pracovat na jejich zpřístupnění a efektivitě, zejména prostřednictvím integrace moderních technologií a posílení následné péče.

Výzkum ukázal, že léčba závislosti na alkoholu je komplexní proces, který vyžaduje multidisciplinární přístup. Respondenti v rámci analýzy vyjádřili různé názory na účinnost spolupráce mezi zdravotně sociálními pracovníky a lékaři, přičemž většina z nich hodnotila tuto spolupráci jako přínosnou. Zdravotně sociální pracovníci se ukázali jako důležití partneři v léčbě

závislosti na alkoholu. V tomto procesu poskytují pacientům nejen psychickou oporu, ale také praktickou pomoc při řešení sociálních a administrativních problémů. Zdravotně sociální pracovník je při léčbě závislosti na alkoholu důležitým členem multidisciplinárního týmu, který zahrnuje lékaře, psychoterapeuty, adiktology a další zdravotní personál. Jeho činnost tedy doplňuje lékařskou a psychoterapeutickou péči a zajišťuje komplexní přístup k pacientovi.

Z odpovědí respondentů (pacientů) vyplynulo, že i když někteří pacienti vnímají pomoc sociálních pracovníků jako dostatečnou, existují oblasti, kde by mohlo být zlepšení. Například, respondenti vyjadřovali přání, aby zdravotně sociální pracovníci více asistovali při plánování jejich budoucnosti po ukončení léčby, což by mohlo přispět k úspěšnější reintegraci do společnosti. Tento prvek se ukázal jako klíčový pro dlouhodobý úspěch léčby a prevenci relapsu.

Dalším důležitým aspektem, který byl v analýze zmíněn, je potřeba vyváženosti mezi poskytováním podpory a podporováním samostatnosti pacientů. Je nezbytné, aby pacienti byli během léčby vybaveni dovednostmi a znalostmi potřebnými k vyřizování vlastních záležitostí, což může podpořit jejich důvěru v sebe sama a schopnost čelit budoucím výzvám.

Celkově lze říci, že role zdravotně sociálního pracovníka v léčbě závislosti na alkoholu je nezastupitelná a má významný vliv na úspěšnost procesu léčby. Jejich práce přispívá k tomu, že pacienti se cítí v procesu léčby podporováni a motivováni. Pro naplnění cíle této práce a výzkumu je nezbytné zaměřit se na další vzdělávání a podporu zdravotně sociálních pracovníků, aby mohly efektivně reagovat na potřeby pacientů a přizpůsobovat své služby aktuálním výzvám v oblasti léčby závislostí. Tím se posílí celková kvalita léčebných programů alepší se šance na úspěšné zotavení pacientů.

Seznam použité literatury

Tištěné zdroje

FABIÁN, Petr. Možná to jde i jinak: teorie a metody v sociální práci. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2021. ISBN 978-80-7560-368-5.

GÖHLERT, Fr.-Christoph a KÜHN, Frank. Od návyku k závislosti. 2001. Ikar; Euromedia Group, 2001. ISBN 80-7202-950-9.

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

KALINA, Kamil. Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4361-5.

KŘÍŽOVÁ, Ivana. Závislosti: pro psychologické obory. Psyché. Praha: Grada, 2021. ISBN 9788027117543.

MATOUŠEK, Oldřich. Encyklopedie sociální práce. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.

NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. 5., rozšířené vydání. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1357-4.

NEŠPOR, Karel a CSÉMY, Ladislav. Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. ISBN 8085121522.

PEŠEK, Roman. Jak se zbavit závislosti na alkoholu: příručka pro ty, kdo mají problém s alkoholem : pohledem kognitivně behaviorální terapie. V Praze: Pasparta, 2018. ISBN 978-80-88290-02-5.

ÚLEHLA, Ivan. Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe. Vyd. 3., v Sociologickém nakl. 2. Studijní texty. Praha: Sociologické nakladatelství, 2009. ISBN 80-86429-36-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. Vydání třetí, rozšířené. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

Elektronické zdroje

Anatomie změny. Online. Psychologie. 2012. Dostupné z: <https://psychologie.cz/anatomie-zmeny/>. [cit. 2024-10-21].

Co je alkoholismus? Online. Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod. 2024. Dostupné z: <https://www.pnhb.cz/co-je-alkoholismus>. [cit. 2024-10-18].

Co je supervize? Online. ASuPP. 2024. Dostupné z: <https://asupp.cz/co-je-supervize/>. [cit. 2024-10-21].

Historie vývoje pojetí závislosti na alkoholu. Online. Adicare. 2016. Dostupné z: <https://adicare.cz/aktuality/historie-vyvoje-pojeti-zavislosti-na-alkoholu/>. [cit. 2024-10-18].

Informační balíček zpráv o závislostech 2023. Online. Vláda České republiky. 2024. Dostupné z: <https://vlada.gov.cz/cz/ppov/zavislosti/vyrocní-zpravy/informacni-balicek-zprav-o-zavislostech-2023-210178/#>. [cit. 2024-10-18]

Léčba závislosti na alkoholu: Nové přístupy k alkoholismu, trendy a léky. Online. Adicare. 2019. Dostupné z: <https://adicare.cz/aktuality/lecba-zavislosti-na-alkoholu-nove-pristupy-k-alkoholismu-trendy-a-leky/>. [cit. 2024-10-21].

Podmínky léčby závislosti na alkoholu. Online. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. 2023. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/podminky-lecby-zavislosti-na-alkoholu>. [cit. 2023-02-13].

Pomoc v závislosti... Online. Pomoc v závislosti... 2011. Dostupné také z: <https://www.pomocvzavislosti.cz/cs/lecba/dolecovani>.

POPOV, Petr. Závislost na alkoholu. Online. Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod. 2003. Dostupné z: https://www.solen.cz/artkey/psy-200301-0007_Zavislost_na_alkoholu.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dfarmakoterapie%252520v%252520t%2525C3%26sfrom%3D2610%26spage%3D30. [cit. 2003-12-31].

Poruchy příjmu potravy - co dělat? Online. Psychoterapiea. 2018. Dostupné z: <https://www.psychoterapiea.cz/l/poruchy-prijmu-potravy-co-delat/>. [cit. 2024-10-21].

Zákon o sociálních službách. Online. Zákony pro lidi. 2024. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.

Závislost: co to je? Online. NZIP. 2021. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/320-zavislost-zakladni-informace>. [cit. 2024-10-18].

Přílohy

Příloha č. 1: Souhlas s poskytnutím rozhovoru pro bakalářskou práci

Příloha č. 2: Přepis rozhovoru s respondentem č. 3

Souhlas s poskytnutím rozhovoru pro bakalářskou práci

Já, níže podepsaný souhlasím s poskytnutím rozhovoru jako respondent/ka pro bakalářskou práci na téma **Uplatnění zdravotně sociálního pracovníka v procesu léčby závislosti na alkoholu**, kterou vypracovává **Pavla Tomková** na **Fakultě sociální práce, Vysoké školy polytechnické Jihlava**.

Rozumím a souhlasím s následujícími podmínkami:

- Rozhovor je součástí výzkumu, jehož cílem je shromáždit data o léčbě osob se závislostí na alkoholu a uplatnění zdravotně sociálního pracovníka v této léčbě.
- Veškeré údaje, které poskytnu, budou anonymní. Mé jméno a jakékoli jiné identifikační údaje nebudou zveřejněny ani použity v žádné části bakalářské práce nebo v jiných publikacích, pokud nebude předem dohodnuto jinak.
- Účast na rozhovoru je zcela dobrovolná. Mám právo kdykoliv rozhovor odmítnout, přerušit, nebo u něj odstoupit, aniž by to pro mě mělo jakékoli negativní důsledky.
- Rozhovor může být nahráván na diktafon za účelem přesné analýzy. Nahrávky budou použity pouze pro účely tohoto výzkumu a budou zabezpečeny proti neoprávněnému přístupu. Po ukončení výzkumu budou nahrávky zničeny.
- Souhlasím s použitím anonymizovaných informací získaných během rozhovoru v bakalářské práci a případně v souvisejících publikacích nebo prezentacích.
- Mám možnost se kdykoli obrátit na autorku práce pro další informace.

Souhlasím s výše uvedenými podmínkami a potvrzuji, že jsem plně informován/a o účelu a podmínkách mé účasti.

Jméno respondenta:

Podpis respondenta:

Datum udělení souhlasu:

Přepis rozhovoru s respondentem č. 3

Rozhovor s respondentem proběhl v jeho domácím prostředí, které si sám zvolil. Před zahájením rozhovoru mi respondent podepsal souhlas s jeho účastí a poskytnutím informací. Úvodem rozhovoru jsme se vzájemně představili, což pomohlo navodit přátelskou atmosféru. Naše konverzace začala nezávazně, abychom vytvořili přirozený průběh rozhovoru. Už od začátku působil velmi uvolněně a ochotně sdílel své zkušenosti. O své závislosti a léčbě hovořil otevřeně a bez zábran, což přispělo k tomu, že rozhovor byl přirozený a upřímný. V závěru jsem respondentovi poděkovala za jeho čas a otevřenost, a rozhovor jsme oficiálně ukončili.

Okruh 1: Možnost léčby závislosti na alkoholu.

1. Co Vás vedlo k rozhodnutí vyhledat pomoc a zahájit léčbu závislosti na alkoholu?

Byl to už takový celkový tlak od okolí, tlačili na mě doma a i v práci, ztratil jsem kamarády, už mě to moc nebavilo je poslouchat. Já vnitřně cítil, že mají pravdu, že s tím musím něco dělat, ale když jsem se napil, tak mi to bylo zas už jedno. Ale nejdůležitější roli v mém rozhodnutí hráli děti....mám dvojčata...kluky... v tu dobu jim bylo 10 let a mě došlo, že o nich nic nevím...já je vůbec nezajímá...styděli se za mě. Oni mi teda nikdy to pití nevyčítali, protože jsem jim byl ukradenej. Já dostal strach i o jejich budoucnost, co je čeká, když všichni budou vědět, že jejich táta chlastá. Celkově jsem už nechtěl být na obtíž nikomu ze své rodiny. Já si byl někdy schopný i uvědomit, že dělám všem jenom starosti. Dalším z důvodů byl můj špatný zdravotní stav...špatný játra, vysoký tlak, cukrovka a další...taky těžká obezita....vlastně jsem se o sebe začal bát....hlavně moje obvodní doktorka mi řekla, že jestli budu pokračovat tímhle stylem, tak děti k maturitě už nepovedu. To od ní bylo docela krutý, ale asi pravda, každopádně i to přispělo k rozhodnutí jít na léčbu.

2. Které metody léčby jste vyzkoušel/a a jak je hodnotíte z hlediska jejich účinnosti?

Jo, léčil jsem se v Brodě dvakrát...vlastně celkem jsem se snažil léčit 3x.

O jakou léčbu šlo? Já se k léčbě odhodlával dlouho, pak jsem si řekl, že čas s tím něco dělat. Bylo mi jasné, že s tím musím něco udělat, abych měl klid od všech a zavřel jim tím pusu, prostě jenom jim ukázat, že to řeším. Tak sem začal tím, že jsem jezdil na AA, byl jsem tam asi 3x, pak přišel Covid a bylo to uzavřené. Já bych tam stejně dlouho nejezdil, dojížděl jsem tam 50 km, nikde blíž nic nebylo. Vlastně se mi ten Covid hodil. Potom jsem byl v Brodě 6 týdnů na detoxu, ale po skončení jsem hned za měsíc začal pít a o dost víc než před léčbou. To bylo taky tím, že jsem tam šel zas jen proto, abych měl klid, nebyl jsem rozhodnutý přestat pít. Těch šest týdnů jsem se těšil, až vylezu a napiju se.

A napil jste se? No jasně, to jsem věděl od začátku, že až vylezu, tak zas začnu. To pití trvalo asi rok a pak jsem šel znovu do Brodu, ale už s tím, že to chci konečně ukončit. Byl jsem tam 6 měsíců....to bylo náročné...ale zabralo to...je mi jasné, že nemám vyhráno, ale již dva roky abstinuji...to, že se držím, je díky tomu, že pořád chodím do skupiny a na opakovačky.

Kterou léčbu vnímáte jako nejúčinnější?

No, když to vezmu podle sebe, tak určitě minimálně střednědobá....kdo má fakt problém s pitím, tak to během pár týdnů nezmění...i když znám kluka, kterému 6 týdnů stačilo a už 8 let se nenapil...je to dost individuální. Nevím jak to chodí jinde, ale co jsem byl já byl na režimovém oddělení, což bylo dost drsný....nejdřív jsem myslel, že to nezvládnou....ten režim, vše se počítalo

na vteřiny...bodování...to bylo horší než vojna, ale docela rychle jsem se s tím vyrovnal a musím říct, že mi to začalo vyhovovat. Jako nesmysl mi přišlo i psaní deníku, ale nakonec jsem byl za to všechno rád, i za ten režim, já si na to tak zvykl, že jsem tam byl spokojený....celá léčba a přístup všech mi moc pomáhalo, připadal jsem si tam v bezpečí...těšil jsem se domů, ale zároveň jsem se bál toho, co bude až vylezu ven....já jsem tam byl vlastně spokojený....Jsem rád za možnost doléčování. Máme tam dobrou partu i terapeutku, jezdím tam rád. I když tam musím dojíždět 30 km, tak teď už vím, že to dělám pro sebe a ve finále to vychází pořád levněji, než co jsem byl ochotný dát za pití. Tu skupinu navštěvuji 2x v měsíci a jezdím i na týdenní opakováčky....ty mi asi pomáhají ze všeho nejvíc....připomenu si začátky léčby a zároveň mám i možnost ukázat těm, co jsou v léčbě, že když se chce, tak se to nechá všechno zvládnout...je to boj, ale stojí to za tobýt strážlivý. Taky si myslím, že bylo dobré i to, že jsme byli společně i s drogově závislými a gamblery. Viděl jsem, jak to končí, ty jejich příběhy mě dost zasáhly, to mi hodně otevřelo oči. Já to vnímal jako prevenci proti tomu, aby nedošlo k nějakému přesmyku, protože nechci spadnout do něčeho horšího.

3. Máte pocit, že je léčba závislosti dostupná?

Já myslím, že je. Co vím, tak každý kdo chtěl se tam dostat. Hlavně je fakt dobrý, že léčení je zadarmo a běží ti u toho neschopenka. To je podle mě pro hodně lidí dost velká motivace, protože kdyby si to museli platit, tak tam většina ani nepůjde. Přeci jenom spousta alkoholiků má problémy s penězma a kdyby se mělo léčení platit, tak si to málokdo může dovolit. Takhle to aspoň dává šanci všem, i těm, co na tom nejsou finančně dobře. No pro mě byla léčba poměrně dostupná, ale spíš byl problém v poměrně dlouhé čekací době...čekal jsem tři měsíce...to je pro alkoholika dlouhá doba...vzhledem k tomu, že nástup na léčbu musí být dobrovolný, takže to odhodlání u spousty lidí stihne vymizet a pak tam nejdou. To vím z vlastní zkušenosti, protože po té době byla motivace fakt slabá. Nemít každý den na očích doma ty kluky, tak bych tam asi už nešel. Fakt se mi nechtělo. Jediný plus v té dlouhé čekačce byl v tom, že mi žena pomohla a dořešili jsme moje průsery... takže při nástupu jsem měl čistý štít.

4. Napadají Vás nějaké konkrétní změny nebo přístupy, které by podle Vás mohly zvýšit účinnost léčby závislosti na alkoholu?

Možná možnost rychlejšího nástupu na léčbu. Omezil bych přístup k léčbě recidivujícím pacientům. Zbytečně zabírají místo těm, co to myslí s léčbou vážně...i když nevím, kolik z nás to na začátku myslelo vážně, protože já to taky nebral úplně vážně. To spíš myslím ty, co se tam jdou uklidit na zimu. U některých mi přišlo, že to mají jako životní styl a šli se do léčby uklidit na zimu. Možná bych při opakovaných léčbách přihlížel i k tomu, jestli byla předchozí léčba ukončena řádně.

• Jak to myslíte?

Protože tam se mnou byl kluk, co mu bylo 45 let a měl za sebou už 14 pobytů, měl to takový životní styl, když věděl, že nebude kde bydlet, tak šel do léčby. Říkal, že raději vydrží tu buzeraci, než být na ulici, tady má teplo a dostane jídlo. A podobných případů tam bylo víc. Tak si prostě myslím, že třeba by tomu šlo zabránit tím, že kdo ukončí léčbu předčasně a proti radě lékařů, tak by na další zadarmo neměl mít nárok... Ale to je můj názor, já nevím jak tohle řešit. Jen jsem prostě viděl, ty případy co se tam vrací a ani se nechtějí léčit, pak tam i narušovali terapii, bylo na nich vidět, že jim to je jedno. Převážně se takhle chovali fetišti, ty to mají prostě hozený úplně jinak, než alkoholici nebo gambleři.

Okruh 2: Uplatnění ZSP v léčbě závislosti na alkoholu.

1. Jak byste popsal roli zdravotně sociálního pracovníka ve Vaší léčbě?

Na léčbě samotné se sociální nijak nepodílela, na to tam byli jiní, ale určitě byla v léčebně důležitá, ale nevím jak, při samotné léčbě mi přišla tak nějak v pozadí....já tím, že jsem měl práci, tudíž jsem byl na neschopence a měl jsem i bydlení a rodinu, tak jsem od sociální skoro nic nepotřeboval, zařídila mi neschopenku, ale s tím nebyl žádný problém...hlavně jsem měl manželku, která byla se sociální v kontaktu a určité věci s ní řešila ona. To mi hodně pomohlo, protože jsem nemusel řešit všechny ty praktické věci sám. Díky tomu jsem měl víc prostoru se soustředit na svoji léčbu a věnovat se sám sobě...bylo to fajn mít ten klid, že je o tyhle věci postaráno, a že se můžu víc soustředit na to, abych se dal do kupy. Manželka s ní všechno probrala, vyřídila co bylo potřeba, a já jsem nemusel nic...měl jsem výhodu v tom, že po ukončení léčby budu mít zajištěný bydlení a práci.

2. V jakých oblastech Vám zdravotně sociální pracovník nejvíce pomohl?

Jak už jsem řekl, tak jsem od sociální skoro nic nepotřeboval, pomohla mi s neschopenkou, ale s tím nebyl žádný problém, protože spoustu jsem si toho vyřídil před léčbou, chtěl jsem to mít vyřešené a nastoupit s čistým štítem....ale bylo dobré vědět, že v případě problémů se na ní mohu obrátit a pomůže mi je vyřešit...bylo to dobré na psychiku ...vědět, že se mám na koho obrátit...znamenal pro mě určitou jistotu. Já jsem hlavně nastoupil léčbu a vše potřebné měl zařízený. Víím, že s některýma tam měla fakt hodně práce. Hlavně s takovýma těma, co měli nadělané dluhy, měli exekuce, problémy s bydlením a takový ty věci. S někým toho měla vážně hodně k řešení, to bylo vidět.

3. Jak jste vnímal/a spolupráci ZSP s lékaři a dalšími odborníky během Vaší léčby?

Tak jako určitě tam spolupráce byla. Já o tom moc nepřemýšlel, pro mě to byl jeden tým, mám pocit, že sociální tam byla všude a pořád. Když jsem se s něčím svěřil sociální, tak mě třeba odkázala, ať to proberu na skupině a na skupině mě zas terapeut odkázal s jiným problémem na sociální. Měl jsem pocit, že je to všechno propojené, že tam ta spolupráce je. Nebo aspoň tak to na mě působilo. Vnímal jsem to jako dobrou spolupráci, myslím, že musí být propojeni, jinak by to celé nemohlo fungovat. Sociální chodila na vizity, do skupin, byla pořád součástí toho týmu... Možná to bylo i tím, že všichni působili jako dobrý pracovní kolektiv, tak to možná nebylo daný jejich pracovníma pozicema, ale prostě to tak měli jako lidé. Do toho jsem fakt neviděl.

4. Existují oblasti, kde jste cítil/a, že by mohla být pomoc ZSP zlepšena?

Za mě asi nikde, já toho moc nepotřeboval. Neměl jsem a ani nemám ten pocit, že někde mohla udělat víc. Všechno co jsem potřeboval, vyřešila rychle a dobře. Možná na to má někdo jiný názor, ale pro mě to bylo v pohodě a dostačující. Když jsem něco potřeboval, tak tam byla a poradila mi.