

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Jakub Dobiáš

Evaluace spokojenosti pacientů v léčebně návykových nemocí v Nechanicích pro účely transformace v rámci reformy psychiatrie

Evaluation of Patients Satisfaction in the Hospital for Substance-Related disorders in Nechanice for the Purposes of Transformation as a Part of the Reform of Psychiatry

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Vacek

Praha, 2019

Prohlášení:

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

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

V Praze, 24. 04. 2019

JAKUB DOBIÁŠ

.....

Podpis

Identifikační záznam

DOBIÁŠ, Jakub. *Evaluace spokojenosti pacientů v léčebně návykových nemocí v Nechanicích pro účely transformace v rámci reformy psychiatrie [Evaluation of Patients Satisfaction in the Hospital for Substance-Related disorders in Nechanice for the Purposes of Transformation as a Part of the Reform of Psychiatry]*. Praha, 2019. 48s., 2 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika Adiktologie. Vedoucí závěrečné práce, Mgr. Jaroslav Vacek.

Poděkování:

Na tomto místě bych rád poděkoval vedoucímu práce Mgr. Vackovi za ochotu a cenné podněty při psaní této práce.

Též děkuji pacientům LNN v Nechanicích za ochotu a čas při realizaci výzkumu a personálu léčebny za jeho umožnění.

Nakonec bych chtěl poděkovat svojí rodině a kolegům v práci za trpělivost a podporu, kterou mi poskytli během studia.

ABSTRAKT

Východiska

Léčebna návykových nemocí v Nechaničích v rámci reformy psychiatrie vstupuje do procesu transformace. Oproti jiným psychiatricky zaměřeným nemocnicím nebude v tomto zařízení reforma vést k redukci lůžek, ale v souladu s projektem Deinstitutionalizace léčebna cílí transformaci na zkvalitnění léčby směrem k pacientům.

Formulace cílů, metodologie, výzkumný soubor

V souvislosti s cíli transformace byla provedena evaluace spokojenosti pacientů. Cílem výzkumu byl získání informací souvisejících s názíráním pacientů na léčebnu a na poskytovanou léčebnou péči. Data budou k dispozici transformačnímu týmu jako možné vodítko pro optimalizaci průběhu transformace. Výzkum byl proveden kvalitativní formou, sběr dat byl uskutečněn metodou semistrukturovaného interview. Výzkumný soubor se skládal z šesti pacientů léčebny s různou délkou pobytu a typem léčby. Tři respondenti byli muži a tři ženy.

Hlavní výsledky

Pacienti oceňují prostory léčebny pro jejich vlastnosti - prostornost a světelnost. Rozsah vybavení včetně pokojů považují za dostačující, kritizují však špatný technický stav oken, vybavení pro volnočasové aktivity a zastaralost inventáře ve společných prostorách léčebny. Personál je až na výjimky vnímán velmi pozitivně pro jeho altruismus a profesionalitu. Režim a řád je vnímán jako potřebný, nicméně se objevuje kritika na jeho obsáhlost, složitost a na systém sankcí. Program je vnímán jako rozmanitý, pacienti by ocenili více psychoterapeuticky zaměřených aktivit. Skupinová psychoterapie je vnímána jako nejprínosnější prvek v léčbě, pacienti tuto modalitu hodnotí velmi kladně. Kritika se objevuje na absenci individuální formy psychoterapie.

Závěr a doporučení

Evaluace spokojenosti přinesla informace o tom, jak pacienti vnímají prostory a vybavení léčebny, jak jsou spokojeni s přístupem personálu a jak chápou jednotlivé komponenty léčby. Doporučuji brát výsledky výzkumu v úvahu při konceptualizaci změn v rámci transformace.

klíčová slova: reforma psychiatrie, střednědobá léčba, evaluace spokojenosti, ústavní léčba závislosti,

ABSTRACT

Introduction

Nechanice's Addictive Disease Treatment Center enters the process of transformation as part of the psychiatric reform. In contrast to other psychiatric hospitals, reform will not lead to a reduction in beds in this facility, but in line with the Deinstitutionalization project, the hospital aims to transform the treatment towards patients.

Formulation of aims, methodology

Evaluation of patient satisfaction has been carried out in connection with the transformation objectives. The aim of the research was to gain information related to the patient's view of the hospital and the provided medical care. The data will be available to the transformation team as a guideline for optimizing the transformation process. The research was carried out in qualitative form, the data collection was carried out by the method of semi-structured interview. The research group consisted of six patients with different lengths of stay and type of treatment. Three respondents were men and three women.

Principal results

Patients appreciate the facilities of the hospital for their properties - spaciousness and luminosity. As sufficient, they consider the range of equipment, including the rooms, but criticize the poor technical condition of windows, equipment for leisure activities and obsolescence of inventory in the common areas of the hospital. With only few exceptions, the hospital staff is perceived by patients very positively for his altruism and professionalism.

The regime and the order are seen as necessary, but patients object to their comprehensiveness, complexity and to system of sanctions appearing. The program is perceived as diverse, patients would only welcome more psychotherapeutic activities. Group psychotherapy is considered the most beneficial element in the treatment, the patients evaluate this modality very positively. Patients only object to the absence of individual forms of psychotherapy.

Conclusion and Recommendations

Evaluation of satisfaction has provided information on how patients perceive the facilities and facilities of the hospital, how satisfied they are with staff access, and how they understand each treatment component. I recommend taking the research results into account when conceptualizing changes in transformation

keywords: Reform of psychiatry, medium-term treatment, evaluation of satisfaction, inpatient addiction treatment

Obsah

1. Úvod	9
II. Teoretická část	10
2. Léčebna návykových nemocí v Nechanicích	10
2.1. Historie zařízení	10
2.2. Základní pilíře léčby	10
3.2.1. Prostředí léčebného společenství terapeutické komunity	10
3.2.2. Skupinová psychoterapie.....	11
3.2.3. Režimová léčba	12
3.2.4. Edukace pacientů a přednášky.....	12
2.3. Prostředí léčebny.....	13
2.4. Léčba.....	13
2.4.1. Délka léčby.....	13
2.4.2. Léčebný řád	14
2.4.3. Bodový systém	14
2.4.4. Některé používané metody v rámci programu.....	14
3. Reforma psychiatrie	16
3.1. Reforma psychiatrické péče v České republice.....	16
3.2. Reforma psychiatrie v LNN v Nechanicích	17
4. Empirická část	18
4.1. Stanovení cíle.....	18
4.2. Formulace výzkumných otázek.....	18
4.3. Design výzkumu	19
4.4. Metody tvorby dat.....	19
4.5. Výzkumný soubor	20
4.5.1. Etické otázky.....	21
4.6. Metody analýzy dat.....	21
5. Výsledky	22
5.1. Materiálně technické zabezpečení LNN	22
5.1.1. Interiér	22
5.1.2. Pokoje	23
5.1.3. Sociální zázemí.....	24
5.1.4. Exteriér	24
5.1.5. Podávaná strava	24
5.1.6. Volnočasové aktivity.....	25

5.1.7.	Sportovní aktivity	25
5.1.8.	Pasivní trávení volného času	25
5.1.9.	Shrnutí a závěr	26
5.2.	Personál	26
5.2.1.	Sanitáři	26
5.2.2.	Sestry	27
5.2.3.	Lékaři	27
5.2.4.	Terapeuti	27
5.2.5.	Porušování lidských práv a důstojnosti	28
5.2.6.	Shrnutí a závěr	28
5.3.	Režim a řád	29
5.3.1.	Léčebný řád	29
5.3.2.	Režim LNN	30
5.3.3.	Bodový systém	30
5.3.4.	Shrnutí a závěr	31
5.4.	Léčebný program	32
5.4.1.	Jednotlivé složky programu	32
5.4.2.	Shrnutí a závěr	35
5.5.	Psychoterapie	35
5.5.1.	Psychoterapeutické skupiny	35
5.5.2.	Techniky v rámci psychoterapie	36
5.5.3.	Chápání procesu terapie	37
5.5.4.	Bezpečí na skupině	37
5.5.5.	Shrnutí a závěr	37
6.	Diskuze	37
6.1.	Technické vybavení léčebny	38
6.2.	Personál	39
6.3.	Režim a řád	40
6.4.	Léčebný program	40
6.5.	Psychoterapie	41
7.	Závěr	41
8.	Seznam použité literatury	43
9.	Seznam zkratk	45
10.	Seznam příloh	46
10.1.	Příloha č. 1 Informovaný souhlas	46
10.2.	Příloha č. 2 Soubor otázek semistrukturovaného interview	47

1. Úvod

Léčebna návykových nemocí v Nechanicích je zdravotnickým zařízením nabízející pacientům střednědobou odvykací léčbu od závislosti na alkoholu, nelegálních drogách a patologického hráčství.

V rámci reformy psychiatrie prochází LNN transformací, jejímž cílem je přiblížit léčebnou péči více směrem k pacientům - udělat jí atraktivnější, dostupnější a méně složitou. Nabízí se prostor pro inovativní změny v podobě opuštění od uplatňování zastaralých konceptů, modernizaci vybavení, transformace původního léčebného programu a zjednodušení pravidel.

V rámci mého zapojení v transformačním týmu jsem se rozhodl ke zpracování evaluace spokojenosti pacientů pro účely získání zpětné vazby o tom, jak pacienti léčbu a léčebnu vnímají, s čím jsou spokojeni a co jim vadí. Též mě zajímalo, co by oni sami uvítali v rámci plánovaných inovací. Výsledná data budou poskytnuta ostatním členům transformačního týmu jako jedno z potenciálních vodítek na cestě ke zlepšování již tak velmi kvalitní léčebné péče.

Teoretická část se zabývá popisem léčebny návykových nemocí v Nechanicích a přiblížením dění okolo reformy psychiatrie. Empirická část je zaměřena na evaluaci spokojenosti pacientů LNN za použití metod kvalitativního výzkumu. Výsledná data jsou interpretována a diskutována v závěru empirické části.

II. Teoretická část

2. Léčebna návykových nemocí v Nechanicích

Dle webu FN HK je tedy Léčebna návykových nemocí v Nechanicích detašovaným pracovištěm Psychiatrické kliniky fakultní nemocnice v Hradci Králové. Zařízení nabízí dobrovolnou střednědobou odvykací léčbu s cílem změny životního stylu a abstinence. (“LNN Nechanice”, ©2019)

Dle Dvořáčka (in Kalina, 2003) je střednědobá léčba závislostí vymezena délkou jejího trvání a to od 3 do 6 měsíců. V tuzemských podmínkách jí nabízejí některé psychiatrické léčebny či specializovaná oddělení psychiatrických nemocnic.

Dvořáček dále uvádí, že cíle střednědobé léčby by měli být adekvátní potřebám pacienta a délce programu. Apolinářský model má jako nejčastěji formulovaný primární cíl trvalou a důslednou abstinenci od všech návykových látek, dalšími dílčími cíli pak mohou být:

- Získání náhledu a uznání závislosti jako svého problému
- Stabilizace druhotných potíží souvisejících se závislostí
- Zahájení a postupné řešení problémů vzniklých v důsledku užívání drog
- Přiměřené zlepšení sebehodnocení a prožívání aj.

(Kalina et al, 2003)

2.1. Historie zařízení

Na webových stránkách Psychiatrické kliniky fakultní nemocnice v Hradci Králové se dočteme, že provoz v léčebně návykových nemocí v Nechanicích byl zahájen 2. prosince roku 1996. Stránky nemocnice přibližují jeho bohatou historii. Původní budova v areálu byla vybudovaná roku 1872 za přispění rodu Harrachů. Původně se jednalo o plicní kliniku, konkrétně kliniku tuberkulózy a respiračních onemocnění, která zde fungovala od vzniku pobočky Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové v říjnu roku 1945 až do roku 1996, kdy zde psychiatrická klinika získala 19 lůžek pro léčbu závislostí. (“Základní informace: Historie plicní kliniky”, ©2019)

2.2. Základní pilíře léčby

Léčebná filozofie programu je opřena o tři pilíře; komunitní a skupinovou psychoterapii, režimovou léčbu a edukaci (přednášky) pacientů

3.2.1. Prostředí léčebného společenství terapeutické komunity

Prostředí léčebného společenství je v tuzemských podmínkách základem, na kterém střednědobě orientované léčby často staví. Jeho účelem je vytvoření bezpečného a důvěrného prostředí, ve kterém může probíhat terapie. Pro pacienty může být zdrojem interakcí a zpětných vazeb, které mohou figurovat mezi hlavními modalitami vedoucími k osobnímu růstu a úzdavě. Za předpokladu, že je léčebné společenství vhodně terapeuticky podporováno, může být zdrojem společenských norem směřujících k udržení bezdrogového

prostředí a ke snadnějšímu dosahování terapeutických cílů. V důsledku specifík střednědobé léčby (časté příjmy a odchody pacientů, zdravotní charakter zařízení apod.) je možné uplatnění jen některých z aspektů terapeutických komunit. (Kalina et al, 2003)

Jak uvádí Dvořáček, střednědobá léčba závislostí v tuzemských podmínkách probíhá v prostředí léčebného společenství. (Kalina et al, 2003) Oddělení s počtem několika desítek pacientů se jako „základní organizační jednotka se snaží pracovat na některých prvcích a principech terapeutické komunity.“ (Kalina et al, 2003, s196)

Kratochvíl popisuje terapeutickou komunitu jako způsob „organizace léčebné instituce nebo oddělení, kdy se cíleně podporuje spoluúčast pacientů na zařízení, na plánovaných společenských aktivitách a na léčbě.“ (Kratochvíl, 2017, s251).

V léčbě návykových nemocí v Nechanicích je v rámci terapeutické komunity používán modifikovaný Apolinářský model. Ten podle Kaliny uplatňuje zásady terapeutických komunit v kombinaci s behaviorálními přístupy. (Kalina, 2008) Z filozofie terapeutických komunit si zařízení zároveň bere rozdělení léčby do několika fází, s nimiž jsou spojeny terapeutické úkoly a některé nároky kladené na pacienty.

3.2.2. Skupinová psychoterapie

Dle Matouška je skupinová psychoterapie léčebnou metodou, která využívá terapeutického potenciálu všech účastníků v rámci skupinové interakce. (Matoušek, 2003)

Yalom považuje skupinovou psychoterapii za vysoce účinnou formu terapie srovnatelnou svou účinností s terapií individuální. Jako nosné faktory skupinové terapie uvádí její univerzalitu, dodávání naděje, poskytování informací, altruismus, korektivní rekapitulaci primární rodiny, katarzi, skupinovou kohezi a soudržnost, rozvoj socializačních technik a existenciální faktory. (Yalom & Leszcz, 2016)

Kalina popisuje psychoterapii jako „odbornou a kvalifikovanou činnost, jejímž obsahem je léčení a ovlivňování duševního stavu a pomoc při dosahování změny potřebné k rozvoji potenciálu duševního zdraví“. (Kalina, 2013, s24)

Skupinová psychoterapie a komunitní sezení patří mezi základní aktivity strukturovaného programu střednědobé léčby závislostí. Skupiny bývají více zaměřeny na problematiku každého z pacientů (životopisné, tematické a interakční skupiny). Vzhledem k délce léčby je potřeba, aby měly skupiny zachovanou určitou strukturu, neboť je třeba v krátkodobém časovém horizontu zvládnout více tematických okruhů, jako je vybudování náhledu, prevence relapsu, příp. naučení se některých nových dovedností. Dvořáček dále dodává, že ve střednědobé léčbě je žádoucí vedle skupinové a komunitní terapie nabízet i individuální psychoterapeutická sezení jako doplňující prvek v terapii. (Kalina et al, 2003)

Léčebna v Nechanicích se primárně orientuje na aplikaci skupinové psychoterapie. Individuální psychoterapeutická sezení se zde standartně nepraktikují, výjimkou jsou situace

uskutečněné na žádost pacienta, ať už v důsledku akutní krize nebo v případě velmi intimních témat, která nechce pacient otevírat ani před skupinou.

3.2.3. Režimová léčba

Dle Dvořáčka je strukturovaná léčba základem komplexního programu. Den v léčbě je řízen přesným časovým harmonogramem s jednotlivými aktivitami. Léčebný týden se svou strukturou zajišťuje vyváženou skladbu programu s vystřídání všech jeho částí. Průběh léčby je často strukturovaný do několika fází, které jsou od sebe vzájemně výrazně odděleny. (Kalina et al, 2003)

V léčbě návykových nemocí v Nechanicích je v rámci terapeutické komunity používán modifikovaný Apolinářský model. Z něj si LNN ponechala mimo strukturovaného programu i zaměření na skupinovou psychoterapii, pravidelná ranní shromáždění celé komunity a sankční bodový systém. Dále pak některé další terapeutické strategie (viz. Kalina et al, 2003). Z principů terapeutických komunit pak léčba převzala odstupňování léčby do 3 fází a fázi rozhodovací. Ve fázi rozhodovací (stupeň adept) pacient poznává program a rozhoduje se, zda jej chce absolvovat a tím přistoupit na akceptaci režimu a pravidel léčby. V první fázi identifikuje své problémy a plánuje kroky k jejich řešení, ve druhé fázi plní zformulovanou terapeutickou zakázku, což odpovídá fázi nacvičování a internalizaci nových vzorců chování, a ve třetí fázi (odpoutávání) se pak klient připravuje na přechod z chráněného prostředí léčebny do běžného života (Kalina, 2015).

3.2.4. Edukace pacientů a přednášky

Podle Kaliny jde v rámci psychoedukace o podání informací o závislostní problematice a témat s ní souvisejících - zdravý životní styl, partnerské konflikty, právní, sociální, pracovní problematika apod. (Kalina, 2015). Lúčná popisuje didaktoterapii společně s edukací jako prostředek poskytující pacientům vědomosti a informace o jejich nemoci, rizicích a následcích (Lúčná, 2008). Dle webu Klub abstinentov Žilina (2010) je didaktoterapie jedna z možných forem léčby založená na poskytování základních informací bezprostředně se týkajících pacienta. Může mít formu přednášek, besed nebo odborného textu, kdy jsou pacientům předávány v rámci odborného výkladu personálem potřebné znalosti o závislostní problematice. (Klub abstinentov Žilina, 2010)

Pacienti LNN v rámci léčebného programu absolvují každé pondělí přednášky zaměřené na různá témata spojená se závislostí, sociální nebo psychologickou problematikou. Za zmínku stojí edukace ohledně bažení a jeho zvládání, o problematice partnerských vztahů a konstruktivním řešení problémů s nimi spojených, o systému sociálních dávek, o alkoholismu dle Jelineka či přednáška o depresích. Ke snadnějšímu pochopení léčby a nároků kladených na pacienty jsou součástí přednášek i témata o léčebném řádu nebo o „nechanickém léčebném desateru“.

2.3. Prostředí léčebny

Podle Škrly si pod pojmem prostředí můžeme představit jak prostředí fyzické (barvy, zvuky, pachy, estetický dojem, zeleň, osvětlení a teplotu) tak prostředí psycho-spirituální (vztahy mezi členy personálu, empatický přístup k pacientů, atmosféra na oddělení, aj.) Vliv nemocničního prostředí se významně podílí na procesu uzdravy pacienta (Škrla, 2008)

Dle Andradeho a kol. (2012) má nemocniční prostředí vliv na spokojenost pacientů, na výkony zaměstnanců i na stres obou těchto skupin. Zajímavé je tvrzení, že se zvyšující se kvalitou vybavení a vzhledu pokojů roste i očekávání pacientů k dostání kvalitnější péče. Kvalita vybavení se následně též promítá do lepšího hodnocení poskytované péče. Esteticky kvalitní prostředí s dostatkem denního světla pozitivně působí i na spokojenosti personálu. Prostředí nemocnice se tak může stát prostředkem k vytváření lepších podmínek pro zaměstnance a k ovlivnění vnímání kvality péče pacienty. (Andrade et al, 2012)

Areál léčebny zahrnuje dvě velké budovy, mezi kterými je pohyb možný za využití spojovacích chodeb. Jedna z budov zahrnuje místnost pro skupinovou terapii skupiny Svozilovy, komunitní místnost, příjmové oddělení, vrátnici a administrativní prostory. Ve druhé budově jsou pokoje pacientů, sesterny, terapeutické místnosti ostatních skupin a jídelny.

Vnější areál LNN má podobu parku se stromy, keři a další okrasnou vegetací. Součástí areálu je hřiště na nohejbal, basketbalový koš, ohniště pro letní táboráky, záhony pro pěstování plodin, lavičky k odpočinku a v neposlední řadě kuřárny pro pacienty i personál.

2.4. Léčba

Léčba v zařízení je zaměřená na cílovou skupinu pacientů závislých na alkoholu, nelegálních nealkoholových drogách, patologickém hráčství nebo trpících jinými formami nutkavého kompulzivního jednání – např. hry na pc, nutkavého nakupování, sociální sítě. Web nemocnice uvádí, že program je určený pacientům, kteří dovršili věk 18 let. (“LNN Nechanice”, ©2019)

2.4.1. Délka léčby

Dle webových stránek léčebny je předpokládaná délka pobytu v zařízení 3-5 měsíců. (“LNN Nechanice”, ©2019)

To, jak dlouhou dobu bude moci pacient v léčbě zůstat v případě řádného dokončení léčby závisí na několika faktorech. Prvním z nich je, do jaké skupiny bude v jejím průběhu zařazen. V případě zařazení do dynamické skupiny s využitím maximálních časových dotací pro setrvání v jednotlivých stupních léčby, včetně využití stupně 3A se může délka pobytu v zařízení prodloužit až téměř na 6 měsíců. V případě, že bude pacient zařazen z různých důvodů do skupiny RHB Karlíkova zkracuje se léčba na 130 dní, nebo v případě skupiny PR na 10 dní. Délka léčby závisí i na dalších faktorech a je velmi variabilní.

2.4.2. Léčebný řád

Pacienti se v pravidlech léčebny orientují za pomoci léčebného řádu. Ten má v současné době včetně příloh 43 stran. Záměrem terapeutického a transformačního týmu je v rámci reformy psychiatrie řád zjednodušit, zpřehlednit a učinit ho srozumitelnějším. Jeho obsahem je celem vyčerpávající popis léčby a pravidel souvisejících s jejími aspekty.

2.4.3. Bodový systém

Podle Kaliny můžeme bodový systém chápat jako „způsob permanentního hodnocení pacienta či klienta v léčbě, založený na zásadě klasické behaviorální terapie“ (Kalina, 2001, s. 21). Za neplnění povinností v léčbě, nedostatečný úklid nebo jiné režimové přestupky se udělují záporné body, které v důsledku mohou v některých zařízeních vést k vyloučení z léčby. Kladné body jsou udělovány za chování žádoucí, tento prvek se však uplatňuje méně. (Kalina, 2001)

Mladá ve své diplomové práci zaměřila na zkoumání aplikace bodového systému v tuzemských zařízeních, přičemž zjistila, že 5 z nich bodový systém vůbec nepoužívají, nebo že postihy za negativní chování nejsou v rovnováze s odměnami a že systém trestů je oproti odměnám promyšlen daleko lépe. (Mladá, 2012)

LNN modifikovaný apolinářský bodovací systém používá též. Zdejší sankční systém operuje pouze se zápornými body. Sankce jsou udělovány za porušení pravidel léčebného řádu. Za porušení kardinálních pravidel LNN pak hrozí přímo disciplinární vyloučení.

2.4.4. Některé používané metody v rámci programu

Arteterapie

Dle Šičkové arteterapie představuje „soubor uměleckých technik a postupů, které mají kromě jiného za cíl změnit sebehodnocení člověka, zvýšit jeho sebevědomí, integrovat jeho osobnost a přinést mu pocit smysluplného naplnění.“ (Šičková, 2002, s. 32)

Kalina definuje arteterapii jako specifický psychoterapeutický přístup, který v práci s klientem využívá různé umělecké činnosti. Mimo výtvarných děl může jít i o práci s různými materiály, nebo práci s tělem, tanec... Arteterapie postupně vede klienta k lepšímu sebezpoznání, což ve výsledku může přinést lepší sebereflexi a zisk náhledu na problémy. Je možná skupinovou i individuální formou. (Kalina, 2001)

Během 2. stupně léčby mají pacienti za úkol vypracovat díla na čtyři arteterapeutická témata. Jsou jimi koláž rodiny, koláž závislosti, biblické ztvárnění Adama a Evy v ráji technikou akvarelu a v poslední řadě autoportrét, kdy do uhlím začerněné čtvrtky gumují svůj portrét. Koláže pak prezentují před skupinou, která s nimi dále terapeuticky pracuje.

Sportovní terapie

Podle Adamečka mohou být sportovní, zátěžové a jiné aktivní formy volnočasových aktivit pro klienty přínosem v podobě zábavy, uvolnění, přirozeného zdroje euforie a pozitivních zážitků. (in Kalina et al, 2003)

Pacienti několikrát týdně absolvují v rámci programu sportovní terapii, kdy se dle vlastního výběru mohou zúčastnit různých sportovních aktivit, ať už v podobě hraní ping pongu, míčových her, posilování aj.

Pracovní terapie

Dvořáček uvádí, že pracovní terapie je jednou ze základních aktivit v rámci léčebného programu. Nejde jen o tvořivé činnosti, ale zároveň i o participaci pacientů na chodu zařízení. Pacienti se podílejí na některých provozních činnostech s odpovídající zodpovědností pro danou aktivitu. (Kalina et al, 2003)

Podle Kaliny má pracovní činnost ve strukturovaném programu terapeutických komunit důležitou pozici. Klienti si při ní mohou osvojit nebo obnovit pracovní návyky a dovednosti (Kalina, 2008). Práce – zejména skupinová činnost může umožnit projevení i korekci postojů a vztahů, posílení pocitu zodpovědnosti a sebeúcty. Důležité je, aby daná činnost měla pro pacienty smysl a aby byly vidět její výsledky. (Kalina, 2013)

Součástí léčebného programu LNN je účast pacientů na pracovní terapii. K dispozici je dílna s možností vytváření keramických výrobků, dále místnost pro ergoterapii, kde je možné se věnovat různým drobnějším ručním pracím - tvorbě náramků, šití a vyšívání, vybarvování mandal apod.

Psychodrama

Valenta píše o psychodramatu jako o dramatické improvizaci, která slouží k terapeutickým účelům. Zakladatelem tohoto směru je J.L. Moreno. Technika umožňuje klientům dramatizovat svoje zážitky, postoje, přání a fantazie. (Valenta, 2011)

V LNN je technika psychodramatu v terapii hojně využívána. Na komunitní úrovni se často používá k přehrávání snů, které pacienti přednesou na ranní komunitě. Na skupinové úrovni je technika používána pravidelně v souvislosti s kolážemi „Adama a Evy“ a „Rodiny“.

Kulturní terapie

Každé úterý v rámci kulturní terapie všechny skupiny mimo PR sehraji krátkou divadelní scénku na téma zadané z předchozího týdne. Téma souvisí s problematikou závislosti a je na skupině, jak jej zpracuje, včetně kostýmů a rekvizit, které použije. Rekvizity i kostýmy je možné vytvářet v rámci pracovní terapie.

Terénní terapie

V rámci terénní terapie pacienti několikrát týdně chodí na vycházky do okolí léčebny. Vycházky vedou někteří členové nižšího zdravotního personálu a mají sloužit k posílení kondice pacientů a k uvolnění od stresu spojeného s terapií.

3. Reforma psychiatrie

V souvislosti s realizací reformy psychiatrie byl zřízen web reformapsychiatrie.cz, který se zaměřuje na problematiku a veškeré dění kolem reformy. Přináší novinky z jejího průběhu a jsou na něm k nalezení různé dokumenty obsahující informace k deinstitucionalizaci psychiatrické péče a dalším projektům.

Dokument reformy psychiatrické péče od Winklera a kol. (2013) popisuje reformu systému psychiatrické péče jako komplexní transformaci systému včetně prevence, vzdělávání, financování apod. Jedním z prostředků transformace je deinstitucionalizace, jejímž primárním cílem je přesunutí těžiště z dlouhodobé ústavní péče směrem k péči komunitní. (Winkler et al, 2013)

Dle Rabocha a Wenigové je ČR jedna ze zemí, která doposud neměla vládní program péče o duševní zdraví. V souvislosti s tím je pro náš systém péče charakteristická nesystematičnost při zřizování psychiatrických institucí, nedostatek zařízení poskytující komunitní péči, absence nebo nerovnoměrné rozmístění služeb ambulantního typu a zastaralá struktura lůžkových kapacit. (Raboch, Wenigová, 2012).

Web reformapsychiatrie.cz uvádí důvody, kvůli kterým je reforma psychiatrie zaváděna:

- Technická i materiální zastaralost psychiatrických nemocnic
- Dlouhodobé podfinancování péče o duševně nemocné
- Nerovnoměrné rozložení sítě služeb s rozdílnými podmínkami pro výkon péče
- Přetížení ambulantní oblasti psychiatrie
- Slabá a systémově nepodporovaná komunitní péče

(“Reforma péče o duševní zdraví: Co je reforma?”)

Podle dokumentu strategie reformy psychiatrie je jejím globálním cílem zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním. S tím souvisí naplňování lidských práv duševně nemocných, přičemž si Strategie klade jako hlavní motiv důraz na jejich prosazování, uplatňování a naplňování v co nejširším možném výkladu. Dokument dále specifikuje dílčí cíle reformy v oblasti zvýšení kvality a dostupnosti péče, zvýšení spokojenosti uživatelů aj. (Ministerstvo Zdravotnictví, 2013, s 31-33)

3.1. Reforma psychiatrické péče v České republice

Dokument Strategie reformy psychiatrické péče byl schválen 7. října 2013 ministerstvem zdravotnictví. Délka procesu transformace se odhaduje na 15 – 20 let, čemuž odpovídají i

zkušenosti ze zahraničních zemí, kde již reforma proběhla. (Ministerstvo Zdravotnictví, 2017)

V současné době se reforma nachází v přípravné fázi, která je plánována do roku 2021. Od roku 2018 však v rámci 1. fáze projektu Center duševního zdraví vzniklo 5 CDZ z plánovaného počtu 21 zařízení. V druhé fázi, která má proběhnout v průběhu roku 2019 se jich má otevřít dalších 15. (Ministerstvo Zdravotnictví, 2019)

Pro účely reformy je plánovaná realizace celkem 7 projektů, jsou jimi:

Deinstitucionalizace – zabývající se kvalitou péče, transformací psychiatrických nemocnic, financování, péče, regionálním síťováním a doporučenými postupy.

Multidisciplinární spolupráce – zabývá se integrací multidisciplinárního systému, podporou týmu a sdílením dobré praxe.

Podpora nových služeb – zabývá se podporou ambulancí s rozšířenou péčí, stacionářů a terénních týmu, vzděláváním a stážemi.

Vzdělávání zabývající se koncepcí vzdělávacích programů.

Centra Duševního zdraví I, II, III – zabývá se podporou provozu CDZ.

Analytická a datová podpora reformy – realizovaná pod ÚZISem

Destigmatizace zabývající se vytvořením metodiky destigmatizace, podporou a komunikací ohledně destigmatizace v regionech, primární prevencí a podporou uživatelů a rodinných příslušníků. (Česká psychiatrická společnost, 2016)

3.2. Reforma psychiatrie v LNN v Nechanicích

Vzhledem k charakteru zařízení nebude v LNN redukován počet lůžek, ale transformace se bude ubírat převážně cestou deinstitucionalizace. Transformační tým oficiálně začal vykonávat činnost 21. 8. 2018, ve složení dvou terapeutů, THP pracovníka, peer pracovníka a vedoucí primářky psychiatrické kliniky.

Transformační tým se schází standartně jednou měsíčně, na setkáních jsou probírány novinky ohledně reformy psychiatrie a též o úspěšnosti v implementaci nových opatření. Proces transformace je realizován především na kvalitativní úrovni v rámci projektu deinstitucionalizace. Členové transformačního týmu pracují na vytvoření a implementaci nových opatření, posouvajících léčbu směrem k pacientů, mj. v souladu s dodržováním lidských práv a dalších standardů.

Z jichž proběhlých opatření stojí za zmínku povolení používání vlastních telefonů v léčebně, povolení návštěv již od prvního dne léčby. Tyto změny byly implementovány mj. na základě auditu zaměřeném na dodržování lidských práv, který v LNN proběhl.

Aktuálně se pracuje na snížení prahu k dosažení rekondičního pobytu (opakovací léčby) po jiném než řádném ukončení léčby. Důvodem je zvýšení zájmu mezi pacienty o tento typ léčby a tím i zvýšení obloženosti lůžek v zařízení. Uvažuje se též o upuštění od trestného bodového systému a přechod na alternativní, pravděpodobně více individuálně zaměřený sankční systém. Též se diskutuje o odstranění pravidla zákazu intimních vztahů ze seznamu kardinálních pravidel. Veskrze se jedná v rámci uvažovaných změn v tuzemských podmínkách o málo probádané vody. Účelem této transformace může být posun od rigidního konceptu apolinářského modelu směrem více k reálným životním (komunitním) podmínkám mimo svět léčebny, což je i v naprostém souladu s projektem Deinstitutionalizace.

4. Empirická část

4.1. Stanovení cíle

LNN v Nechanicích je zapojena do procesu transformace v rámci reformy psychiatrie. Vzhledem k charakteru zařízení zde nedojde k redukci počtu lůžek, ale namísto toho chce léčebna provést změny na kvalitativní úrovni a přizpůsobit léčbu blíže směrem k pacientům v souladu s projektem Deinstitutionalizace psychiatrické péče. Empirická část této práce si dává za cíl zmapovat spokojenost pacientů v léčebně návykových nemocí v Nechanicích za účelem zjištění, jak pacienti léčbu a léčebnu vnímají a co by se případně dalo v rámci průběhu reformy zlepšit v souladu s cíli transformace. Evaluace spokojenosti bude zaměřená na tyto oblasti: **a**, materiální a technické vybavení léčebny; **b**, personál a jeho přístup k pacientům; **c**, oblast režimu a léčebného řádu; **d**, oblast léčebného programu a jeho jednotlivých komponent; **e**, oblast psychoterapie.

Zpracovaná data budou následně formou zprávy poskytnuta transformačnímu týmu léčebny jako zpětná vazba pacientů a jako zdroj možných doporučení pro implementaci nových opatření. Nebo jako zdroj pro možnost komparace aktuálního nastavení transformačního plánu s názory a subjektivním hodnocením léčebny ze strany pacientů.

4.2. Formulace výzkumných otázek

Výzkumné otázky byly koncipovány na základě potřeb tohoto výzkumu:

- 1, Jak vnímají pacienti prostory léčebny? Jak vnímají vybavení pro volnočasové a sportovní aktivity? Co se jim líbí, co jim naopak nevyhovuje? Co by změnili?
- 2, Jak vnímají pacienti personál léčebny a jeho přístup? Co se jim na přístupu personálu líbí, co jim vadí?
- 3, Jak pacienti vnímají režimovou komponentu léčby a léčebný řád? Je pro ně řád srozumitelný? Jak dlouho trvala pacientům adaptace na léčebný režim po nástupu? Jak vnímají sankční bodový systém?
- 4, Jak pacienti vnímají strukturu programu a jeho jednotlivé komponenty? Které z aktivit je baví nebo nebaví? Které z aktivit vnímají jako přínosné?

5, Jak pacienti chápou proces léčby? Jak jsou spokojeni s kvalitou psychoterapie, skupin? Jak vnímají jednotlivé aktivity na skupinách?

6, Co vnímají na léčbě jako přínosné? Co jim naopak vadí?

4.3. Design výzkumu

Hlavní myšlenkou výzkumu bylo získání konkrétních podrobných a relevantních dat vztahujících se ke spokojenosti pacientů s léčebnou, léčbou a jejími dílčími komponentami. Data budou poskytnuta transformačnímu týmu léčebny jako jedno z možných doplňujících vodítek při koncipování transformačního plánu v procesu reformy. Jedná se o výzkum kvalitativní, vedený formou semistrukturovaného interview s otázkami směřujícími ke zmapování spokojenosti pacientů v jednotlivých oblastech léčby.

4.4. Metody tvorby dat

Sběr dat probíhal formou semistrukturovaného interview s otázkami zaměřenými na dílčí komponenty léčby. Semistrukturované interview bylo zvoleno jako metoda z důvodu její univerzality. Dle Miovského semistrukturované interview umožňuje zachování určité struktury interview a zároveň poskytuje účastníkům výzkumu případnou volnost v možnosti využití doplňujících otázek a prohlubování témat mimo stanovenou strukturu. Jedná se o metodu na pomezí strukturovaného a nestrukturovaného rozhovoru, která využívá výhod obou variant a zároveň eliminuje jejich nevýhody. (Mioviský, 2006)

Otázky k rozhovoru byly koncipovány na základě doporučení z evaluačních příruček od WHO. Metodický sešit *Evaluace spokojenosti klientů* od WHO popisuje, že možným východiskem pro vytvoření nového dotazníku zjišťujícího spokojenost pacientů je logický model programu a dále jeho charakteristika. Dají se díky tomu určit hlavní komponenty – léčebné procesy a aktivity, na které lze zjistit míru spokojenosti pacientů. Další možnou oblastí k dotazování jsou fyzické aspekty prostředí, nebo přístup personálu. (WHO, 2003e)

Spektrum otázek bylo v rámci daného léčebného zařízení zaměřeno na 5 hlavních oblastí dle stanoveného výzkumného cíle. Soubor otázek je přílohou této práce. Po získání vyčerpávajících odpovědí byli respondenti před přechodem na další kategorii tázání na jejich připomínky a doporučení k jednotlivým dílčím oblastem.

Rozhovory byly nahrávány na záznamník v mobilním telefonu a následně přepsány (transkripce) pomocí textového editoru.

Následně proběhla systematizace dat, což je dle Miovského fáze procesu úprav textu pro zahájení kvalitativní analýzy. (Mioviský, 2006)

Nejdříve byla data označena kódy R1- R6 podle respondenta, který responzi poskytl. Dále byli odpovědi v rámci třídění zařazeny do jednotlivých kategorií dle zkoumaných témat. Následně byla provedena redukce prvního řádu, což je dle Miovského proces změny doslovné transkripce záznamu do podoby vhodnější pro následnou analýzu. Technika

redukce 1. řádu je vhodná tam, kde se nepracuje s dílčími projevy mluveného slova (Miovský, 2006), což byl i případ této práce.

4.5. Výzkumný soubor

Respondenty výzkumného souboru byli pacienti LNN v Nechanicích. Výběr respondentů byl uskutečněn pomocí metody stratifikovaného záměrného výběru. Podle Miovského (2006) je metoda záměrného výběru nejvyužívanější metodou výběru výzkumného souboru vůbec. Je to postup, při kterém cíleně vyhledáváme účastníky na základě jejich určitých vlastností. Kritériem pro výběr je pak právě určitá vlastnost nebo stav. Na základě stanoveného kritéria vyhledáváme pouze ty jedince, kteří jej splňují a s účastí na výzkumu souhlasí.

Stratifikovaný záměrný výběr vychází ze skutečnosti, že je základní soubor možné rozdělit do určitých vrstev. Z nich pak vybíráme zástupce. Častý postup při stratifikovaném výběru je takový, že dle zvoleného klíče vybíráme stanovený počet zástupců pro danou vrstvu a následně mezi nimi ještě rozlišujeme podle dalšího zvoleného znaku. (Miovský, 2006)

Z celkového počtu 26 pacientů v komunitě bylo osloveno 6 osob podle předem stanovených kritérií.

1. kritériem byla doba léčby, cílem bylo oslovení části pacientů, kteří byli v léčbě do 5 týdnů délky pobytu, dalších část se měla skládat z respondentů, kteří byly v léčbě alespoň 10 týdnů a alespoň jeden pacient měl být v léčbě déle než 15 týdnů. V rámci možností bylo žádoucí příp. zapojení pacienta absolvujícího v daném období opakovací pobyt pro podporu triangulace dat.

2. kritériem bylo rovnoměrné zastoupení respondentů v rámci pohlaví

V rámci výběru výzkumného souboru se téměř podařilo naplnit 1. kritérium – 2 respondenti byly v léčbě 3 a 4 týdny, a tři další pak 8, 10, a 11 týdnů. Bohužel se v léčbě v období výzkumu nenacházel nikdo, kdo by měl délku pobytu přesahující 12 týdnů. V rámci výběru se podařilo zapojit i jednoho z pacientů absolvujícího opakovací léčbu. 2. kritérium se též podařilo naplnit zcela v podobě padesáti procentního zastoupení obou pohlaví. V rámci výběru se podařilo do souboru zahrnout pacienty z obou oddělení i z rozdílných typů psychoterapeutických skupin.

Respondenti byli v rámci zachování anonymity označeni kódy R1 – R6, zároveň o nich bylo uvedeno minimum potřebných informací.

Tab. 1 Výběrový soubor

Respondent	Pohlaví	Počet týdnů pobytu
R1	Žena	10 týdnů
R2	Žena	4 týdny
R3	Žena	11 týdnů
R4	Muž	3 týdny
R5	Muž	8 týdnů
R6	Muž	Opakovací pobyt

4.5.1. Etické otázky

V rámci ošetření etických otázek proběhla opatření na několika úrovních. V první řadě bylo několik měsíců před realizací výzkumu kontaktováno vedení léčebny včetně vedoucího transformačního týmu s žádostí o možnost uskutečnění evaluačního výzkumu zaměřeného na spokojenost pacientů. Po schválení této žádosti byl domluvený termín, kdy výzkum proběhne a též podmínky, za kterých bude uskutečněn.

Před zahájením samotného rozhovoru byly pak pacientům předány všechny potřebné informace o tom, na co je výzkum zaměřen, jak bude probíhat, jaká data a jakou formou budou využita a taky byla zaručena anonymita všech pacientů. Součástí řešení etických otázek je i písemný informovaný souhlas obsahující informace o výzkumu, který každý z respondentů před zahájením výzkumu obdržel. Samotný výzkum pak probíhal v rámci možností v klidném prostředí, v soukromí bez působení okolních ruchů.

Součástí etických otázek je i ošetření v podobě zajištění anonymity personálu, ke kterému se některé konkrétní responze vztahovaly. Na úrovni léčeben byla zajištěna anonymita ostatních zařízení, pokud byly respondenty zmíněny v rámci srovnání s tímto zařízením.

4.6. Metody analýzy dat

Data připravená k analýze byla podrobena kódování. Podle Miovského je kódování procesem převedení původních dat do agregovaných segmentů, které identifikujeme a přiřazujeme jim názvy. (Miovský, 2006) Data byla dle Schwandta (2001) kódována tak, že do obsahově specifických schémat textu byla vkládána data vhodná pro třídění a typologii textu. Typologie byla v tomto případě odvozená výzkumníkem z jazyka dané oblasti. V kódovaných datech byly hledány spojitosti, na jejichž základě byly propojovány jednotlivé části ve větší celky – trsy. Na základě těch pak byly identifikovány a vytvářeny kategorie. (Schwandt, 2001)

K analýze dat byla zvolena metoda vytváření trsů, která dle Miovského slouží k tomu, abychom „seskupili a konceptualizovali určité výroky do skupin, např. dle rozlišení určitých jevů, míst, případů atd.“ (Miovský, 2006, s221) Podle Čermáka a Štěpánkové spočívá metoda vytváření trsů ve srovnávání a agregaci dat a podobá se procesu určité hierarchizace, protože v ní formou kategorizace vybraných základních jednotek vytváříme jednotky jednodušší. (Čermák & Štěpánková, 1998).

Metoda vytváření trsů byla mezi ostatními analytickými metodami vybrána jako nejvhodnější pro její snadnou uchopitelnost, univerzalitu a dále pro příhodnou aplikovatelnost právě na tento konkrétní výzkum.

5. Výsledky

5.1. Materiálně technické zabezpečení LNN

První zkoumanou oblastí byla materiálně technická oblast v léčebně. Respondenti byli tázáni na spokojenost s vybavením pokoje, na dostupnost a kvalitu sociálního zařízení, na subjektivní vnímání interiérů a exteriéru léčebny, na spokojenost s vybavením pro sportovní a volnočasové aktivity a na závěr na spokojenost s podávanou stravou. Dle analýzy dat výsledky této kategorie odpovídají na výzkumné otázky jak vnímají pacienti léčebnu, co se jim líbí a co jim naopak vadí.

5.1.1. Interiér

V oblasti interiéru pacienti hodnotili, jak na ně prostředí působí, co jim vadí a co by naopak zlepšili. Pacienti hodnotili **interiér** jako **normální, příjemný, prostorný**, (*R1 normální, příjemný, prostorný, tak nějak prostě akorát.*) **světelný**, (*R4 hodně světla, hodně oken, to se mi tady líbí*) a **vyhovující k poměru pacientů**. (*R6.. já si myslím, že to je tak na těch 50 lidí přizpůsobený*) Dva respondenti považovali prostorné chodby a místnosti za **negativum na základě osobních preferencí**. (*R6 na mě to působí, že třeba chodba, že je to moc velký na mě. Já spíš jsem zvyklý jna menší a že todle na mě působí, jako že to je (moc). A komunita to samý. na mě to je moc velký, rozlehlý*) V responzích se dále objevilo konstatování **možnosti modifikace nástěnek a rostlin** na chodbách. (*R3 Máme prostor i my, pacienti si to tady zútulnit. Viz. nástěnky apod. Kytičky na stolečky*)

Kritika se v oblasti interiéru týkala především **zastaralého opotřebovaného inventáře**, (*R4 židle, špatný židle, praskaj neustále, (na jídelně) na chodbách špinavý křesla potrhany, který tady jsou 20 let, dole na vrátnici šílený křesla, špinavý roztrhaný potahy, to už vůbec se mi nelíbí*) **netěsnících oken** (*R2 Možná ty okna, že tady fouká strašnej vítr z toho.*) a **zimy**. (*R5A na chodbě je poměrně zima. že se ohříváme furt u radiátorů.*)

Někteří respondenti **vnímali zimu ve většině prostor**, (*R3 Hrozná zima všude. Hrozná zima.*) někteří jen **na konkrétních místech**. (*R1 Akorát na kafáci, tam je zima.*) Dále se v responzích objevila **kritika vystavování výtvorů pacientů v prostorách léčebny** (*R4 Všude, kde člověk je, tak vidí, venku, uvnitř, misky, patvary, potvory jako, nevím, co to znamená, jsou to prostě výtvary lidí, který to tvořili, když měli nějakej psychickéj problém*) a na **poruchovost automatů ve spojovací chodbě**. (*R5 Automaty dole. Nesmíme s cizím člověkem mluvit. A ty je nemůžeš upozornit*)

na to, a oni to kolikrát nevědí, což se mě teda stalo když tady byla manželka, tak jsem si nacvakal, a prostě to nevyjelo. Ukázala se tam porucha. Ne, že ty peníze dostaneš zpátky. ale nefunguje to.)

V **návrzích** na zlepšení se často objevují responze zaměřené na **modernizaci vybavení interiéru**. (R4 *na jídelnu kvalitnější židle, určitě bych vyměnil na chodbách ty špinavý křesla potrhany, dole na vrátnici šílený křesla, špinavý roztrhaný potahy který tady jsou 20 let*) Dále se objevují i konkrétní návrhy na některé praktické doplňky, jako je **možnost počítače s připojením k hledání práce a doléčování**, (R3 *bych hodně ocenila, kdyby sem dali počítače, aby si pacienti mohli vyhledávat práci, bydlení, doléčování a věci, co můžou už dělat odsud.*) **lepší psací stroj pro spolusprávu**, (R3 *Normální psací stroj, ne ta šílenost, co tady je, starodávná. Psací stroj v rámci spolusprávy.*) dále **návrh na dostupný denní tisk** v rámci oddělení (R4 *Minimálně alespoň jedny noviny, jeden časopis na patro, s tím by zas až takovej problém nemusel*) a **zlepšení reprezentativního působení vrátnice**. (R4 *bych dal kytek hodně, do toho vestibulu, kde je vrátnice, protože tam prostě prochází spousta lidí, návštěv, rodinných příslušníků, tam by to mělo být reprezentativní*) Též se objevuje návrh na **zpestření inventáře pokoje o obraz**. (R6 *třeba nějaký obraz, nebo něco takovýho, aby se to víc skulturnilo.*)

5.1.2. Pokoje

Při hodnocení z výsledných dat při zkoumání spokojenosti s vybavením pokoje vyplynuli tři kategorie: obecné hodnocení vybavení a vnímané klady a nedostatky ve vybavení pokoje.

V rámci subkategorie **vnímání pokoje pacienty** vyplynulo z responzí, že tázaní pacienti vnímají vybavení za **dostačující**, (R1 *Jo, úplně v pohodě, dostačující*) **dobře vybavené** (R6 *Mě to přijde, že to je vybavený dobře, mě tady nic nechybí*), **normální** a **odpovídající účelu**. Jeden z respondentů přímo vyjádřil, že pokoj vnímá jako nemocniční. Dva respondenti **nevnímají pokoj jako útulný** R2 *Dostatečně to útulný není ale jako*) a jeden ano. (R5 *Útulný mi to přijde z toho důvodu, že tam máš stůl, 4 židle a to někde není třeba. Máš jenom lůžko a jenom stolek. Tady máš stůl.*)

Za klady ve vybavení pokoje dva respondenti považují **možnost mít na pokoji umyvadlo**, (R1 *je perfektní, že tam je umyvadlo. To je supr*) další responze pak hovoří o **nepoškozeném vybavení** (R5 *Není nic rozbitého, z ničeho nelezou péra, po téhle stránce je to dobrý. Skříně žádný porvaný, nebo vytrhaný panty, nic, je to v pořádku*) a **spokojenosti** s tím, že je pokoj **hezky vymalovaný**. (R4 *Jinak pokoje jsou pěkně vymalovaný, nový skříně..*)

V kategorii **záporů** ve vybavení naprostá většina respondentů reflektovala **nespokojenost ohledně netěsnících oken a z toho pramenící diskomfort**. (R2 *Mohly by být lepší třeba okna, aby tolik netáhly. No, zima tam je určitě.*) Dále se v odpovědích objevovala **nespokojenost spojená s nepohodlnou postelí**. (R3 *Bolej mě záda z (postele) toho.*) Jeden z respondentů kritizoval absenci žaluzií a z toho pramenící **diskomfort ohledně soukromí**. (R3 *Vlastně jsem si neuvědomila, to mi teda hodně chybí, záclona. Dlouhá prostě, že na proti mě přímo, je pánská kuřárna a když bych se tam převlíkala, nějak omylem prostě u okna, kdokoliv může vidět. To samé večer, když máme rozsvíceno*) Dále se objevovali odpovědi ohledně **postrádání možnosti pokoj jakkoliv modifikovat** a tím zútulnit, třeba formou nástěnky, nebo obrazu. (R3. *škoda, že si tam nemůžeme dát nástěnku, protože tam se nesmí ani lepit nikam nic, nebo nějaký fotky, hodiny, to mi tam chybí asi.*)

5.1.3. Sociální zázemí

V responzích se objevila témata **poměr počtu soc. zázemí ku počtu pacientů, vnímaná míra soukromí a dostupnost soc. zázemí**. Dále pak **technická kvalita a čistota vybavení**.

První z kategorií se týká toho, jak pacienti vnímají soc. zázemí v LNN. Zde se objevilo již výše zmiňované téma soukromí a konstatování, že jsou **pacienti zodpovědní za čistotu soc. zázemí**. (*R1 Supr, uklízíme si sami, takže úplně supr*) Většina respondentů považovala **soukromí za dostatečné** (*R6 Přejde mi, že je dostatek soukromí.*), jeden **s výhradami**. (*R3 když je někdo vedle mě na záchodě, tak je to, vzhledem k tomu, že to jsou otevřené záchody, že se slyšíme jakoby přes zídku, tak je to málo soukromý*)

V kategorii **kladů** v oblasti soc. zázemí respondenti konstatovali, že jim **vyhovuje dostupnost a počet sprch s ohledem na počet pacientů**. (*R4 sprchy postačují, těch je 6.*). **S čistotou jsou respondenti spokojeni** vzhledem k tomu, že je o soc. zázemí pečováno v rámci rajónů a **podílejí se na něm sami pacienti**. (*R4 Čistota, dělají se povinně 2x denně úklidy, takže se málo kdy stane, že by tam byla špína, dobrý.*)

V kategorii **záporů** tři respondenti **kritizují vytíženost toalet**, (*R2 když bude víc pacientů, tak mi to přijde že dva záchody pro ženský je dost málo.*) dva respondenti **poruchová a nevhodná dvířka v dámských sprchách**. (*R2 No, mohli by být lepší dvířka. Z jedny sprchy teče voda ven. No jak jsou ty dvířka sešupovací, tak jsou trochu děravý*) Dále se objevuje **kritika na zimu na toaletách** (*R5 Na záchodech je klendra jako prase, ještě větší než na chodbě...*) a na **zastaralost vybavení**. (*R6... že by mohli už vyměnit ty záchody. Dát tam nějaký už lepší záchody a lepší ty hadice na sprchování, nějaký novější*)

5.1.4. Exteriér

Respondenti v rámci výsledných dat vnímají **exteriér** jako **hezký**, (*R2 líbí, ty stromy, keříčky, je to hezký*) **udržovaný park**. (*R4 Je to udržovanéj park, je o to dobře dbaný*) V **souvislosti se zimním obdobím** se objevují responze o tom, že je **exteriér ponurý**. Dále responze zmiňují **možnost táboráku** (*R2 máme tady táborák*) přes léto a **voliéru s ptactvem**. Jeden z respondentů by uvítal **více možností sportovního vyžití venku** (*R3 Určitě bych uvítala víc sportovního vyžití,*) a jeden by chtěl **venku absolvovat terapii**. (*R2 Chtěla bych zažít terapii venku*)

5.1.5. Podávaná strava

V oblasti stravování respondenti považují vydávané **obědy za výborné, chutné**, (*R1 Výborně. Vařej výborně, co vaří v kuchyni ty obědy, tak jsou dobrý*) **pestré podávané v dostatečném množství**. (*R5 Četnost, množství a pestrost, to je normální. někdy to je ažaž.*)

Kritika se objevuje u respondentů **s dietou**, a to zejména ve **špatném dochucení stravy**. (*R4 Stává se, že někdy jsou těstoviny, nechutnají mi, jsou suchý, bez chuti.*) **Velká kritika** se snesla na vydávané večeře. Všichni respondenti jsou **nespokojení s kvalitou pomazánek a salátů značky Frencl**. (*R2 ty večeře, Frencl pomazánky (smích) to je fuj, to se nedá jako.*) Vadí jim

špatná chuť, nízká nutriční hodnota (*To je fakt nechutný a ani na tom nevidím nic nutričně hodnotnýho*) a **dokola se opakující jídla**. (*R1 večeře studený to je katastrofa, to se opakuje, každé týden to samý.*) Dále se objevili negativní responze ohledně **množství másla**. (*R2 to jedno másličko na ty dva rohlíky je málo*)

5.1.6. Volnočasové aktivity

V kategorii volnočasových aktivit bylo zkoumáno, jak vnímají pacienti vybavení a možnosti pro volnočasové aktivity. Otázky byly zaměřeny na vybavení pro aktivní trávení volného času (sport) a též pro odpočinkové trávení volného času (literatura, tv, deskové hry aj.) Výsledek se opět snaží odpovědět na výzkumné otázky.

5.1.7. Sportovní aktivity

Respondenti hovořili o vybavení pro sportovní aktivity. Zmiňovali, že mají k dispozici **2 posilovny**, (*R3 tady máme dvě posilovny*) **činky, pingpongový stůl, různé posilovací stroje, fotbalék a šipky**. (*R6 Jít si třeba zahrát pinec, šipky nebo jít do posilky.*) Venku v areálu léčebny je pak k dispozici **hřiště na nohejbal a basketbalový koš**.

Jeden z respondentů považoval vybavení a možnosti pro sport za dostatečně rozmanité. (*R2 Určitě. Je tady dobrý, že jsou tady šipky, pinpong, teď bude v jednání boxovací pytel. Já si myslím, že jo(dostatečně rozmanitý). fotbalék je tady. Někde třeba i není*)

Kritika se týkala **technického stavu vybavení**, (*R1 V tý druhý posilovně tam je rotoped rozbitej, nejde s ním nějak manipulovat, korigovat zátěž, rychlost nic. Stejně tak Orbitrac, ten taky je že vlezíš na to a děláš jednu věc. Pak je tam pavouk na cvičení, ten je taky rozbitej, veslování taky rozbítý*) **nevyvážených možností pro sport v rámci pohlaví** (*R3 my ženy tady moc těch prostor k tomu nemáme. Je tady zohledněno víc na muže než na ženy*) a **nevyhovujících prostor pro některé sporty**. (*R5 A hraje se na chodbě, protože není kam uložit takže by to chtělo udělat nějaký prostory*) Dále **málo sportovního vyžití vzhledem k ročnímu období**. Vybavení pro sportovní aktivity bylo **terčem kritiky téměř všech respondentů**.

Respondenti též hovořili o **návrzích na zlepšení**. Týkali se **vyváženějších možností pro obé pohlaví, případně rozdělení posilovacích místností pro každé pohlaví zvlášť**, (*R3 Nevím, jestli by se vyplatila třeba nějaká místnost, kde by si holky mohly cvičit aerobik, nebo alespoň na záda cviky atak*) dále **modernizace a rozšíření vybavení**. (*R1 Větší prostory a investovat i do těch strojů, klidně ještě jeden rotoped a jeden Orbitrac a třeba ještě 2 lavičky vypořstrovaný do tý posilovny a přikoupit klidně pár činek...*)

5.1.8. Pasivní trávení volného času

V této kategorii bylo zkoumáno, jak vnímají pacienti možnosti pro trávení volného času mimo sport. Byly zkoumána **dostupnost literatury, tv, deskových her** apod. V responzích opakovaně zaznívalo, že se pacienti ve volném čase věnují **zpracování témat pro léčbu** (*R2 každé se spíš věnuje tý léčbě, aby si udělal zakázky atak.*) na úkor jiných odpočinkových aktivit. Dále byla zmíněna **četba** (*R4 rád čtu*) a **sledování TV**. Jeden z respondentů luští křížovky.

V responzích se objevila též **kritika; na stav stolních her**, (*R4 to je tady tak obehnané a tak v dezolátním stavu, že prostě nejlepší, když chce člověk hrát šachy, tak si dovést svoje.*) **technického stavu televize na N2** (*R5 tam je nějaká špatná televize prostě. Ubejvá obraz každou čtvrt hodinu. Pět cm chybí, takže se díváš na takovejhle obrázek, je to mizerný*) a dále na **výběr literatury** v knihovně. (*R4 ta knihovna je šilená, já nevím, kolik tam je svazků, několik stovek naprostých braků, který se nedaj číst*)

5.1.9. Shrnutí a závěr

V rámci výzkumných otázek z výsledných dat vyplívá, že pacienti vnímají prostory léčebny jako normální, prostorné, rozlehlé a osvětlené velkým množstvím oken, což většina respondentů považuje za klady. Vybavení však vnímají spíše jako zastaralé, poruchové. Velká kritika se pak snesla na kvalitu oken, která netěsní, v důsledku čehož jev prostorách LNN průvan a zima. Jako návrhy uváděli modernizaci vybavení včetně nových oken.

Pacienti považují konceptualizaci a vybavení pokoje za dostatečné, někteří ho vnímají jako nadstandartní oproti nemocničnímu. Objevuje se však kritika na nepohodlné postele a nemožnost pokoj zútlunat např. v rámci nástěnky, přidáním obrazu na zeď nebo fotek rodiny. I v rámci pokojů se objevuje téma netěsnících oken.

V rámci sociálního zázemí pacienti při jeho používání cítí ve většině případů dostatek soukromí. Oceňují čistotu sociálního zázemí a množství sprch. Kritika se objevila v souvislosti s množstvím toalet. Jako návrh na zlepšení bylo uvedeno rozšíření toalet a výměna sprch a záchodů za novější.

V rámci volnočasových aktivit považují pacienti dostupné možnosti spíše za málo rozmanité a nedostačující. Vybavení pro sport je často porouchané a v rámci genderu nevyvážené, včetně prostor. Návrhy se týkali modernizace a rozšíření inventáře a prostor pro sport, dále jejich vyvážení pro muže i ženy.

V oblasti stravování pacienti velmi ocenili především kvalitu obědů, včetně množství a rozmanitosti podávané stravy. Velká kritika se pak snesla na večeře a snídaně, kdy pacienti nebyli spokojeni s kvalitou a rozmanitostí. Jako návrh uvedli změnu dodavatele večeří a zajištění větší rozmanitosti stravy.

5.2. Personál

V oblasti personálu je dle výzkumných otázek zkoumáno, jak pacienti vnímají personál, co se jim na přístupu líbí a co jim naopak vadí. Byly zkoumány jednotlivé třídy pracovníků, od sanitářů, sester, doktorů až po terapeuty.

5.2.1. Sanitáři

V rámci nižšího zdravotního personálu si pacienti u naprosté většiny sanitářů **cení jejich přístup**. (*90 procentní spokojenost, veliká spokojenost*). Jmenují vlastností jako **lidskost**, (*R1 dá se s nimi prostě mluvit jako s normálníma lidma*) **ochota**, (*R5 No ochotný*) **přátelství**, (*R1u ty většiny přátelství, usměvavost,*) **zájem**, (*R4 když viděj, že máš starosti, že ti není dobře, pomůžou ti, poraděj*), **soucit**, (*R4Je tam soucit, protože oni znaj ty naše příběhy*) **spravedlnost** (*R1 Dá se s nimi jednat, jsou prostě spravedliví, maj jednoznačný pravidla, přes to nejede vlak*) a

profesionalita. (R4 veliká profesionalita.) Z pohledu pacientů má většina sanitářů **adekvátní postoj ke kontrole úklidů.** (R5 No ochotný, Taky. Hmm, taky. kontroly úklidů. To jako nevadí. Pokud není vyloženě bordel, tak tě nebuzerujou zbytečně.)

V rámci nespokojenosti se na úrovni jednotlivců objevují témata **kritiky** směřovaná k **několika sanitářům.** (R6 No hodně mě dělalo problémy jedna sanitářka) Týká se především pocitů, že **zneužívají svého postavení a tvrdě hodnotí provedení úklidů,** dále **neochota,** (R4 10 procent jsou ty sanitáři, který trochu zneužívají své moci a hrajou si na něco, co nejsou. že se chovají nějak Nadřazeně, zbytečně nadřazeně.. Úklid, nejčastěji kontrola úklidů, a neochota pokud člověk něco potřebuje, jde se zeptat, potřebuje něco zařídit, odemknout, jo, asi takhle. nakonec to docílím, ale prostě je mi to nepřijemný je prostě otravovat. Že je to obtěžuje...) a též, že mají **málo pochopení pro nově příchozí pacienty.** (R4 nedokážou se vcítit do pacienta, kterej je tady krátkou dobu, jeden dva dny. Prostě dávaj mu, naložej mu a ten člověk mě pak připadá, že tady ztrácí motivaci, je nešťastnej, že nestíhá, to se mi na tom nelíbí.)

5.2.2. Sestry

V rámci středního zdravotního personálu byly odpovědi respondentů převážně **kladného ladění.** U naprosté většiny sester pacienti vnímají **velkou ochotu,** (R5 No ochotný, určitě.) **vstřícnost,** (R1 vycházejí nám vstříc.) **zájem, starostlivost,** (R2 Milý jsou, sestřičky vždycky se ptaj, jestli někdo něco.) **profesionalitu** (R4 profesionalita, vstřícnost je perfektní), **přátelskost a lidskost.**

V rámci **kritiky** se respondenti reflektují, že některé sestry podle nich **nevykonávají víc práce, než musí.** Jsou stále na sesterně a **nezajímají se o dění na oddělení.** (R3 Některý jsou vyloženě jenom v tý sesterně a víc zájem nemaj. Sami o sobě. Nedaj tomu víc, než je nezbytně nutný.) Dále se opakovaně objevila kritika na **nejednotné používání trestných bodů,** (R3 Já se tady potkávám jenom s jedinou věcí, kdy jsem nespokojená a to je rozdílnost v přístupu co se týče pacient a řád, jo že některý věci prostě některá sestra řeší, některá neřeší, dělá nám to pak jakoby chaos v hlavě, zvláště těm novejm, že někdo to přehlídně a druhá ho oboduje.) kdy některé sestry bodují razantně všechny přestupky proti řádu a jiné ne. Dále u některých sester **nárazově neochota, nepochopení a náladovost.** (R4 Těch deset procent, někdy neochota, nepochopení, u některých cítím, že nemaj náladu, že jsou špatně vyspaný nebo maj nějaký zdravotní problém a pak to přenášej na pacienty, ty se pak boje na tu sesternu chodit zaklepat, něco požádat)

5.2.3. Lékaři

U lékařů pacienti vnímají jejich **přítomnost a ochotu** jim pomoci. (R6 Ale jo, já si nemůžu stěžovat. Když jsem potřeboval, tak mě poslali třeba k zubařovi) Jeden z respondentů je považuje za **autoritativní.** (R2. No prostě a jak mi něco řeknou tak já no, ano.) Více do hloubky o nich nikdo nic neřekl.

5.2.4. Terapeuti

U terapeutů se v rámci jejich vnímání pacienty opakovaně objevovaly responze reflektující **velkou spokojenost** s jejich přístupem. (R1 No a personál, tím že jsem byla v dynamické skupině, tak musím teda říct, že lepšího terapeuta jsem nepoznala.)

V rámci konstatování se pak objevovali responze na **bezprostřednost terapeutů a příležitostně používání hanlivých výrazů**, což bylo vnímáno **rozpačitě**. (R1 *že ti terapeuti mluvjej tak jako trošku vulgárně a sprostě. Než jsem si na to zvykla, tak mi to docela dělalo problémy ale že s náma právě mluví ne nijak povýšeně, ale i to tykáni tam je.*) Responze dále odkazovali na jejich **autoritativní působení**.

Jako jejich **kladně vnímané** vlastnosti byli jmenovány **přímost**, .(R1 *Tak jsou takový, že jsou fakt přímí*) **podpora, nehodnotící přístup** (R2 *Co se mi líbí? Jak se tady o nás starají, prostě. že nám jakoby chtěj pomoc, i když mi jsme si do toho prostě skočili sami a chtějí nám prostě pomoc se z toho dostat, že prostě, připadá mi, že když jsem sem přišla, tak jsem prostě byla úplně, že jsem to nejhorší tohle, a prostě oni mě pozvedli vejš, ne prostě máš na to, dostaneš se z toho.) **trpělivost** (R6 *byla trpělivá, že to ze mě dostávali jako postupně*), **velká profesionalita, zájem**, (R4 *Velice spokojen, mám dva terapeuty, velká profesionalita, necejtím tam žádnou zášť, cejtím zájem o mojí osobu, spokojenost opravdu 100 procentní.), **osobitost a autenticita**. (R5 *Jo jo. (Terapeutka) ta je takovej (smích), já nevím, jak bych to řekl, takovej živel. Chvilku smích, chvilku je přísná, prostě asi, je svoje. Je ten člověk člověkem. Tak, tak bych řekl, že je sama sebou.*)**

V rámci **kritiky** bylo jednomu z terapeutů vytknuto, že **není vždy upřímný**, bývá **zbytečně tvrdý, ostrý a rej pavý**. (R3 *Nesedí mi terapeut z jiné skupiny. Můj dojem. Ale ne vždy mi přijde upřímná a zbytečně je rej pavá a ostrá. Někdy se ty věci daj říct mírněji. Chápu, že někteří to potřebují takhle, ale někdy mi to přijde až přes čáru*) **Jeden z respondentů se opakovaně cítil před terapeutem sevřený, nejistý** (R1 *jsem byla v pozoru a taková zaťatá*) a reflektoval, že jednou nabyl dojmu, že k jeho osobě terapeut cítí **opovržení**. (R1 *když jsem tu měla přítele na pohovor, a přítel souhlasil s tím, že může o mě podávat informace po půl roce, po roce, po dvou letech. Pak jsem to ještě měla jít podepsat já a měla jsem pocit, možná, že to byl můj subjektivní pocit, že tak jako mnou už trošku opovrhuje*)

5.2.5. Porušování lidských práv a důstojnosti

V této oblasti **žádný z pacientů** během pobytu **nenabyl dojmu**, že by byly jakkoliv ze strany personálu **porušována jeho práva a snižována důstojnost**. Proto byly **všechny responze záporné**. (R6 *Ne. To jsem nepoznal. Spíš mě pomáhali, než aby mě shazovali*)

5.2.6. Shrnutí a závěr

V oblasti personálu z dat výzkumu vyplývá několik věcí. Pacienti reflektují velkou spokojenost s personálem a jeho přístupem. Napříč všemi úrovněmi je personál pacienty vnímán velmi kladně, s vlastnostmi jako je profesionalita, zájem o pacienty, ochota, nehodnotící přístup, podpora, aj.

Dalším zjištěním je, že na úrovni nižšího a středního zdravotnického personálu nárazově panuje nejednotnost ve využívání sankčního bodového systému, kdy někteří pracovníci bodují striktně a někteří ne, což u pacientů může hlavně z počátku léčby působit chaoticky.

Nárazově se objevuje na personál kritika, ať už v souvislosti s náladovostí nebo s negativně vnímanými intervencemi ze strany terapeutů. Též se objevuje kritika na příliš tvrdé bodování

při kontrolách úklidu. Nic z toho však pacienti nepovažují za závažné, nebo za porušování jejich práv nebo shazování jejich důstojnosti.

5.3. Režim a řád

Na úrovni režimu a řádu bylo zkoumáno, jak pacienti vnímají tuto komponentu léčby, včetně struktury, bodového systému a léčebného řádu. Dále byla zjišťováno, co v dané oblasti pacientům vadí, co se jim naopak líbí a co by v tomto směru změnili.

5.3.1. Léčebný řád

Na obecné úrovni se v responzích objevovalo, že je řád **nastavený dlouhodobě dobře** (*R4 já myslím že to je nastavený dlouhodobě dobře až na některý věci.*) a **slouží jako prostředek k udržení pořádku**. Dále, že **pacienti mohou s personálem komunikovat případné nedostatky** a návrhy ke zlepšení, ač se jich pak **realizuje málo**. (*R4 Líbí se mi, že se personál snaží komunikovat s pacientama, brát v potas jejich návrhy, který se stejně většinou nerealizují, dejme tomu, že z 10ti návrhů se realizuje jeden.*)

Kritizováno bylo **nastavení střídání skupin a nárazová změna programů**, které na jednoho z respondentů působilo **chaoticky**. (*R5... Hmm ... , nevím, někdy je to takový chaotický, že neodpovídá prostě řád, to co se po tom projednává na komunitě. Že nemáš pevně stanovené řád*)

Na úrovni **chápání léčebného řádu** jako modality se objevovali responze chápající řád jako **přípravu na život po léčbě**, (*R6 Takže ten řád je nastaven tak, aby tě i připravovali tímhle stylem až vyjdeš ven, abys měl už nějaký pořádek, že budeš mít nějaký povinnosti prostě. Takže to je prakticky něco podobného, jako tady, že se člověk musí podřídít určitým pravidlům*) dále vnímání řádu jako **soubor pravidel a manuál pro léčbu, mantinelů**. (*R6 No, na mě to působí tak, že tady nějaký ten řád musí bejt, jinak by to tady pomalu nefungovalo, když by si každej pacient dělal, co chtěl, třeba nešel na skupinu, a šel si radši zakouřit, takovej příklad, tak to by pak nemělo vlastně význam, to by mohli rovnou zavřít*) Respondenti léčebnému řádu **většinou rozumí a chápou základní principy**. (*R2 Ano. No, tak já jsem si řád přečetla několikrát, abych pravdu řekla a no tak jako rozumím mu, a pár bodů jsem schytala, neříkám, že ne. Třeba blběj úklid nebo něco*).

Délka k pochopení a naučení se řádu léčebny se u respondentů pohybovala kolem **2 týdnů** (*R2 No, tak tejdén 14 dnů to bylo určitě. Tak nějak.*)

Kritika řádu spočívala především v jeho obsáhlosti a složitosti. Dále, že obsahuje nedodělky a podléhá častým změnám. Respondenti, co jsou v léčbě kratší dobu kritizují **tlak na nutnost znát řád dopodrobna**. (*R5 myslim, že je naprosto zbytečný, aby tys věděl, kolik je za to bodů, to si přečtu. Ano, teď mě sestra opálila, řekne mi tohleto a tohleto. Nevim, proč bych se to měl já učit. To já, ty body si přece budu hlídat tím důvěrníkem*)

5.3.2. Režim LNN

V rámci režimové komponenty bylo v souladu s výzkumnými otázkami zjišťováno, jak pacienti vnímají tuto komponentu, co jim vyhovuje a co naopak vadí. Dále pak případné návrhy na zlepšení.

V rámci hodnocení režimu pacienti vnímají režim jako **nabídku vnější struktury ke zvnitřnění a jako přípravu na život po léčbě**, (*R2 ale zase chtěj po nás, aby jsme byly v nějakym tom záprahu, že to má nějaký vliv na tu léčbu, na všechno. Aby jsme byly furt v pohybu. Že takhle to bude i v práci. No, na ten život venku prostě, abych fungovala bez těch drog a bez toho třeba alkoholu, ..., že to takhle chodí, že musí chodit do práce, že doma si musí uklidit, uvařit, tohle támhleto prostě*) dále pak jako **prostředek k jejich zaměstnání v léčebně**. (*R1 Že furt něco dělám ,abych šla unavená spát*) V responzích se objevuje, že má režimová komponenta **pomoc k přeprogramování starých vzorců**. (*R1 pro tu abstinenci je ze začátku jedna z nejdůležitějších věcí mít prostě naprogramovanéj ten čas den, týden, svym způsobem někdo musí jet takhle naprogramovanéj a pomáhá to prostě k tomu abys nemyslel na blbosti, že jo, abys věděl co budeš zejtra dělat, takže k tomu je tady vlastně vedenej ten režim. Ve finále když chodíš do práce, tak to máš taky pořád stejný.*)

Dále se objevilo konstatování, že **kuřáci mají nevýhodu** v podobě **investice volného času do kouření**. (*R3 Protože jsem kuřačka, tak samozřejmě ty pauzy mezi programama anebo tak, kdy letíme úprkem si zakouřit, a úprkem zase zpátky a když se chceš mezitím vyčůrat, tak už na to není čas*) Jeden z respondentů **srovnává režim s jinou léčebnou**, oproti které se zdá **zdejší režim méně náročný**. (*R1 Já jsem zažila jinou léčebnu, když to s tím srovnám, tak léčba tam je hodně režimová, hodně je to tam na minuty na vteřiny, takže tady úplně v pohodě*) Též bylo v rámci reflexí konstatováno, že se v rámci režimu **prodloužila doba osobního volna** mezi některými programy. (*R5 Ne, to mi nevadí. Teď to udělali tak, že se skončí o deset minut dřív, dřív jsme to měli od jedny, teď do půl druhý máš čas se někam, přemístit než do čtvrt na dvě.*)

V rámci **návrhů na zlepšení** se objevovaly responze s požadavkem na **prodloužení kuřácké pauzy** v odpoledních hodinách, kdy se **v zimě** vchod léčebny odpoledne zamyká. (*R6 já bych možná, jako je třeba teď v zimě, že bych to cigáro dal třeba o tři čtvrtě, aby bylo alespoň 15 minut. Jo, protože než tam doběhneš, a těch deset minut se mě zdá jako málo.*)

V rámci již probíhajících změn bylo zmíněno **povolení mobilních telefonů** v léčbě. Respondent konstatuje, že zavedené opatření **nevnímá jako přínosné**, protože **mobil odvádí pozornost** od léčby a **zprostředkovává kontakt se světem mimo zařízení**. (*R2 No, třeba si myslím, že tady jsou ty telefony, tak nás to dost ovlivňuje. Na tu léčbu. Myslim si, že takhle se spojujem s tím okolím venku. Neříkám, když má někdo rodinu, tak to pochopim, ale od toho jsou tady ty budky, si myslím. Člověk se zcela nevěnuje tý léčbě. Teď jak jsou ty dotykový telefony, tak na tom jsou hry a on přijde třeba z tý skupiny, že ten telefon, se prostě zaboří do toho a bude hrát hry. A nemyslí furt na to (terapii) prostě.*)

5.3.3. Bodový systém

V oblasti bodového systému bylo při analýze postupováno v rámci výzkumných otázek. Výsledky směřují k tomu, jak pacienti tuto komponentu léčby vnímají a dále co jim na něm vadí.

Respondenti **vnímají bodový systém jako relevantní** (R3 s ohledem na čas, s odsupem, tak si myslím, že to je v pořádku, ten trest.) a **přijatelnou komponentu léčby**. (R4 Já myslím, že je přijatelnější, pro mě je přijatelnější. Pokud se člověk sžije s řádem, tak se to dá) Někteří ho vnímají jako **mírný v porovnání s jinými léčebnami**. (R1 naprosto v pohodě, zažila jsem fakt horší.) Dva respondenti konstatovali, že jim v sankčním systému **chybí odměny oproti trestům**, (R3 Ale mě tam trošku chybí, jak se říká cukr a bič. Že tady dostáváme furt bičem, ale není tady jakoby odměna, to tady postrádám) které jsou **promyšleny dokonale**. (R5 Systém trestů je promyšlený dokonale) Dále hovoří o bodovém systému jako **zdroji pravomocí personálu**, které by se s **jeho odstraněním zmenšili**. (R4 Nikdo nemá 2x velkej zájem to měnit, je to zažitý. Myslím, že personál to nechce měnit pro pacienty, protože by měli pocit, že se jim zmenšují pravomoci, to je můj názor)

Kritika je směřována na **tvrdé hodnocení kontroly úklidu**, (R2 Ale někdy když bodují, tak jako za co? Za blběj vlas prostě na podlaze? Jo, je to drsný, ale je to tak.) což zároveň **souvisí i s přístupem personálu**. Dále na **zbytečné bodování některých prohřešků**, jako je pozdní příchod pro léky. (R4 bych byl trochu tolerantnější u těch drobností, když přijdu o 5 minut dýl pro léky apod. tak nebodovat) Též byly zmíněny **nárazově tvrdé neadekvátní sankce** za některé prohřešky. (R5 teď se stalo, že spolupacient nejel domů kvůli tomu, že dostal 4 body tři dni před odjezdem, což si myslím že je na starýho chlapa, azaž. Přijde mi to až moc přísný, v některých případech mi to přijde neadekvátní tomu, co udělal.)

Dále se objevili **návrhy na zlepšení v podobě komunitního dialogu o nové podobě bodového systému se zahrnutím odměn**. (R4 Určitě komunitní dialog, tzn. pacienti, že by sami řekli co by chtěli za odměny, aby personál si nevymejšlel odměny sám, že by sami pacienti spolurozhodovali co by chtěli jako odměny a co je pro ně zbytečný. Kompromis, každopádně se tím návrhem ze strany pacientů zabývat)

5.3.4. Shrnutí a závěr

Z výsledků vyplívá, že pacienti vnímají režimovou komponentu v souladu s jejím teoretickým zakotvením v literatuře. Výsledky se shodují s tvrzením, že režim má nabídnout strukturu, kterou mohou pacienti internalizovat. (Dvořáček in Kalina, 2003)

Řád léčebny přijde pacientům srozumitelný, ovšem zbytečně obsáhlý a složitý. Některé responze naznačují, že jsou pacienti nespokojeni s nutností znát podrobně znění řádu. Čas porozumění se od nástupu pohybuje v řádu několika týdnů. K ulehčení adaptace slouží oddělení detoxu, kde jsou pacienti edukováni o léčbě a mají čas a klid na seznámení se s pravidly.

V oblasti bodového systému je zajímavé, že pacienti v souladu s odbornou literaturou vnímají zaměření sankčního systému převážně směrem k trestům a postrádají systém odměn. Dále, že sankční systém slouží jako“ mantinely“ pro pacienty i personál a zdroj pravomocí personálu. To odpovídá výsledkům Kalinova výzkumu v oblasti bodových systémů (viz. Kalina, 2013) a výzkumu v diplomové práci Mladé (2011).

5.4. Léčebný program

V rámci léčebného programu byla zkoumána spokojenost pacientů v rámci jeho jednotlivých složek. Pacienti zmiňovali jednotlivé aktivity, dále jejich časové rozvržení. Samostatnou kapitolou jsou rajóny a jejich místo v léčebném systému.

Na obecné rovině pacienti na program oceňují **dostatek volného času mezi jednotlivými aktivitami**. (R1 Naopak jako tady vidím spoustu volného času mezi těma programama, Je tady spousta času a prostoru, co je možnost mít pro sebe soukromí.) Dále konstatují, že je **program zaměstnává** (R2 - Že furt něco dělám. No, rozhodně by mě třeba nebavilo furt ležet a spát. Že člověk z toho nic nemá. Že jak je v pohybu, tak prostě dokážu normálně fungovat celej den aniž bych třeba spala. I když jsem unavená, tak prostě si nelehnu. I když třeba je možnost, že tam je hodinka, stejně nejdu protože pak třeba večer bych tady sejkovala) a **nemusí tak myslet na terapii**, (R6 Abys furt nemyslel na odstužkování, nebo na ty přestupy.) starosti nebo se nudit. **Kuřáci kritizují nárazově nedostatek času na cigaretu mezi jednotlivými aktivitami** (R3 Protože jsem kuřačka, tak samozřejmě ty pauzy mezi programama nebo tak, kdy letíme úprkem si zakouřit, a úprkem zase zpátky, a když se chceš mezitím vyčůrat, tak už na to není čas, že jo.) Jeden respondent v porovnání s ostatními ve všední dny hovoří o nedostatku času pro sebe, ostatním přijde **časové rozvržení programu v pořádku**. (R1 Já si myslím, že v pohodě, je to rozvržený)

5.4.1. Jednotlivé složky programu

Respondenti hovořili o jednotlivých složkách programu. Byly zmíněny všechny aktivity. Vzhledem k nutnosti příprav na úrovni skupiny i kostýmů byla trochu nečekaně pouze okrajově zmíněna kulturní terapie. Volná tribuna je zmíněna též jednou.

Rajóny

Samostatnou subkapitolou jsou rajóny, přes jejich spojitost se sankčním systémem a pracovní terapií. Respondenti je vnímali jako **prostředek jak se podílet na stavu svého okolí**. (R6 Třeba na těch záchodech, ty sprchy, to se prostě musí ten pořádek, nějaká ta hygiena aby byla, že se to musí dodržovat, takže jako já s tím souhlasím.) Dále viděli jejich smysl v **osvojení si návyků k pořádku, důslednosti**. (R2 já myslím že to pro nás je i lepší, že si to prostě uklidíme to místo. že se takhle připravujem prostě někde jinde.) Někteří respondenti dávali rajóny do **souvislosti s terapií**. (R6 Tak podle mě, že to patří taky k tej terapii. aby se ty lidi naučili i tyhle věci.) Dále **večerní rajóny** vnímají jako **přiměřenou penalizaci** v rámci sankcí. Jeden z respondentů považuje v rámci vlastní zkušenosti zahrnutí úklidů za **mírné oproti jiným zařízením**. (R6 No, když to posoudím třeba podle (...), tak tam se uklízelo furt. Pokud nebyl program nebo skupina, tak tam se nic jiného nedělalo, než uklízelo.)

Kritika se snášela především na potřebu **uklízet některé rajóny v rámci generálního úklidu a následně večerních rajonů**, (R3 Třeba nesmysly typu od tří do půl pátý každý úterý je generální úklid, kdy se tady vygruntuje. Za 4 hodiny na to uklízíme to samý) nebo **úklidu prostor, které se přes víkend nevyužívají**. (R4 Některý rajóny jsou naprosto zbytečný, uklízí se furt dokola i tam kde je čisto, jenom proto aby, je to zdůvodňovaný co kdyby přišla hygiena. Dám příklad, komunita se uklízí každé večer, v sobotu v neděli i když tam nikdo nebyl od pátku)

Též je negativně vnímán **čas večerních rajónů**, který považují všichni respondenti za pozdní a posunuli by jej v čase dříve. (R3 *Ale jo, ono stejně člověk toho víc nevydrží, ale co mi vadí teda hodně, to je právě ten večerní úklid a to protože, a nejsem jediná, je nás víc takovejch, kdy jsme hodně unavený a už se nám chce spát a nesmíme jít spát,*)

Je zmíněno, že **pacienti** rád i program **diskutují s personálem**, který **jejich připomínky bere v potaz**, což je pro pacienty prostředek pro lepší akceptaci pravidel. (R3 *víme prostě od personálu, kterej se nám k tomu vyjádřil, díky čemuž já jsem ráda, protože jsem dokázala díky tomu líp vstřebat ten řád...*)

Pracovní terapie

Tato aktivita je v rámci responzí **hojně zmiňována**, ať už v pozitivním nebo negativním slova smyslu. **Polovinu respondentů pracovní terapie baví a druhou ne.**

Pracovní terapie je chápána v souvislosti s **nutností zakomponovat do života i pracovní zaměřené aktivity**. (R6 *U těch pracovek, tam si myslím, že to je taky dobře, že tam se ty lidi naučeš, že budou venku muset taky, pokud se nechtěj vrátit k tomu životu, jakej vedli před tím.*) což odpovídá tvrzením Kaliny, že práce má zajistit, že si klient osvojí nebo obnoví pracovní návyky. (viz Kalina, 2008)

Jako **pozitiva** jsou uváděna **odreagování, pocit hmatatelného výsledku práce**, (R2 *Já to tak mám, teda, že na těch prackách se člověk odreaguje. Něco si vyrobí prostě a nechá něco tady za sebou, a takhle*) Pro jednoho z respondentů je pracovní terapie zdrojem **relaxace** (R3 *pro mě to, svým způsobem je relax.*).

V rámci **kritiky** pacienti zmiňují nespokojenost s **nabízenými aktivitami** i v souvislosti s **ročním obdobím**. (R1 *No nebaví mě ty pracky, když jsou uvnitř, tak mě to nebaví Nic, (smích), my tam šijem nějaký králíky, ted' jsem si zalezla do keramiky tak tam dělám nějak keramiku, před vánocema jsme pletli adventní věnce, no tak já moc na tyhle ty ruční práce nejsem*) Dále pak **postrádání jejich smyslu a přínosu** (R4 *když sedím hodinu a trhám vatelín nějakou nebo něco uklízím, zametám, vem si že denně strávíš dvě hodiny rajonama tak ještě při prackách děláš, myslím si že ten čas by se dal využít víc třeba k terapiim*) oproti jiným léčebným komponentám. Jeden respondent kritizuje, že tato forma programu se **upozaduje a často odpadáva**. (R3 *Třeba konkrétně u pracek mi vadí, že dost často odpadáva a jsou míněny jako méně důležité*)

Jeden respondent by uvítal **možnost podílet se na opravě inventáře léčebny. Léčebna to jeho slov neumožňuje**. (R5 *Nebaví mě teda pracovní, pracovky mě nebavěj. Nebaví mě s keramikou a se dřevem. Já jsem strojař. Takže nám, od toho černýho řemesla, jak se říká, kdyby třeba chtěli něco opravit nebo pomoc nebo takhle, ale to tady nesmíš. To se nesmí*) O drobných opravách jako možnosti pro pracovní terapii se zmiňuje i Dvořáček, jako o prostředku podílení se na správě okolí pacientů. (in Kalina, 2003)

Sportovní terapie

Sportovní terapie je vnímána jako prostředek k **odreagování**. (R2 *že to je takový odreagování od toho, od tý léčby*) V případě sportovní terapie jeden pacient hraním ping pongu **obnovil**

koníček z předchozího života. (R5 *ten pinec, to jsem hrál dřív, ale na učňáku, teď jsem si to jako připomněl prostě. I kvůli tomu pít jsem na to neměl čas,*) Jeden z respondentů pak hovoří o tom, že „sportovkami“ může **udělat něco pro sebe** (R2 *U těch sportovek zase člověk dělá něco pro sebe, že jo. Že sportuje.*) a mít díky tomu dobrý pocit. V responzích je dále zmíněno **běhání, šipky,** (R2 *Nebo se pobaví šipkama*) ale i **deskové hry.** **Jeden z respondentů dle něj nemá v léčebně sportovní vyžití.** (R3 *Ty sportovky ne, že by mi vadily, ale nemám tady prostě vyžití, abych řekla jdu si zasportovat*) Dále je konstatováno, že v rámci sportovec **nejde jen o pohybové aktivity,** ale též o **setkání s ostatními pacienty a možnosti si popovídat v kolektivu.** (R3. *U těch sportovek je to v podstatě o tom, že se ty lidi sejdou, zašijou se, ale nejsou využitý vyloženě, jako sportovky nejsou vedený. jo, ale je to dobrý v tom, že se můžeme tam potkat a pokecat a kdo chce ten si prostě ten čas na ten sport udělá.*) Na pohyb není kladen apel.

Terénní terapie

Tato aktivita je též v responzích **hojně zastoupená.** V naprosté většině případů v rámci **záporného hodnocení.** (R3 *Co mě nebaví... Mě třeba osobně, ale zas je to jenom čistě z osobního hlediska, ty vycházky*).

Pacienti kritizují **náročnost vycházek, rychlé tempo chůze,** (R4 *Jsou ve zbytečně velkém tempu, jde se ostrou chůzí dvě hodiny*) **opakující se trasy** (R2 *Občas mě nebaví ty terénky, že se tady furt chodí do kola*) a **bezcílnost.** (R3 *jde docela jakoby drilllem a bezcílně*) Dále jejich **špatné zakomponování v programu.** (R4 *Na terénkách se mi nelíbí, že jsou rozvržený podle mě špatně, protože jsou ve středu a ve čtvrtek, proč jsou dvě terénky hned dva dny za sebou, proč to nerozhodit na zbytek týdne, pro ty co rádi choděj?.*)

Pozitivní hodnocení se týká **psychohygieny,** (R3 *Ale je to bezvadný na vyčištění hlavy určitě.*) které tato forma aktivity přináší.

Psychoterapeutické skupiny

Tato komponenta programu byla **zmíněna několikrát.** (R2 *Pak máme ty skupiny. Velký, malý ty dynamický*) Respondentům se **skupiny líbí a považují je za přínosné.** (R3 *Jo, skupiny jsou fajn. To jako kvituju. To je hodně přínosný. Už většinou tím, že tak jak je to vedený, že jako sami sobě pomáháme navzájem, to mi přijde sup*) Psychoterapie a skupiny jsou samostatnou zkoumanou kategorií, viz níže.

Psychoterapeutické hry

Program „psychohrátek“ byl hodnocen **velmi kladně** jako pro jejich **přínos.** (R3 *Psychohrátky, to je fajn. Zase, za sebe. Mám to ráda ty hry, aby si člověk jakoby sám na sobě... Sice je to hromadný, ale sám se člověk tam o sobě zjistí taky plno věcí.*) V responzích se objevil **návrh na rozšíření programu o další takové aktivity.** (R1 *Že bych to dala alespoň 2x týdně místo nějaký pracovky, že jo, tak ty pracovky jsou o ničem ale aspoň 2x týdně takovej nějaký program, jako mě to vždycky strašně moc přináší. To bych víckrát, no.*)

Kulturní terapie

Program kulturní terapie je **zmíněn pouze v souvislosti s nutností účasti a zapojení se v něm.** (R5 *No, myslim si, že to je o tom, jak se člověk projeví, že jo. Jak se do toho zapojí. Někoho to nebaví vůbec, nebo se někdo snaží, i když neumí. Neumí každéj bejt herečka, neumí každéj zpívat.*)

Ranní komunita

Ranní komunitu zmiňují **dvě responze**. Jeden respondent konstatuje, že mu přijdou zajímavé... *(R4 líbí se mi ranní komunity, ty jsou zajímavý...)*

Volná tribuna

Jeden z respondentů konstatuje, že se mu tento typ **programu líbí**. *(R4 líbí se mi přestupy...)*

Hodnocení týdne

V rámci hodnocení týdne jeden z respondentů konstatuje, že mu aktivita přijde **zdlouhavá a nezáživná** *(R4 Nelíbí se mi hodnocení týdne, to je strašně dlouhý, zbytečně se čte, vyjmenovává se kdo kam pojedete, předávání funkcí je zdlouhavý, já bych radši aby to bylo rychlejší a pružnější - lidi, ztrácej pozornost, zívaj)*

5.4.2. Shrnutí a závěr

Z výsledků vyplývá, že pacienti vnímají program jako rozmanitý. V rámci jednotlivých aktivit je zajímavá zejména četnost, s jakou se respondenti o jednotlivých aktivitách zmiňují. Mimo rajonů bylo hodnocení jednotlivých aktivit v rámci semistrukturovaného interview ponecháno na nich. Ačkoliv byly sportovní a pracovní terapie udávány jako příklad k hodnocení, pacienti byli dále vybízeni k vyjádření se k dalším aktivitám. Může to hovořit o míře jejich zastoupení v programu, nebo o významu, který pacienti jednotlivým aktivitám přiřkládají. Je zajímavé jak data z praxe korespondují s odbornou literaturou, viz. kapitola pracovní terapie.

5.5. Psychoterapie

Oblast psychoterapie je poslední dílčí zkoumanou skupinou. I v této kategorii je cílem získání informací v souladu s výzkumnými otázkami, jak pacienti vnímají psychoterapii, které aktivity považují za užitečné, jak chápou proces terapie. V responzích se objevují i návrhy na změny.

Kategorie je rozčleněna do několika subkategorií. Jsou jimi skupiny, používané techniky, chápání procesu terapie a pocit bezpečí na skupinách. Terapeuti jsou zmíněni v rámci kategorie personál, viz. výše.

5.5.1. Psychoterapeutické skupiny

Responze se v rámci tématu skupin shodovali v tom, že pacienti na ně **chodí rádi** *(R4 Jo, chodím na skupiny rád.)* a **považují je za přínosné**. *(R3 Jo, skupiny jsou fajn. To jako kvituju. To je hodně přínosný).* Opakovaně se opakovali responze považující skupinovou psychoterapii za **nejpřínosnější modalitu v rámci poskytované péče**. *(R6 Skupiny, ty byly jako nejdůležitější.)* Zmíněno je též **bezpečí na skupinách** *(R2 No, líbí se mi na tom, že se člověk tam jako může otevřít úplně, říct tam úplně všechno o sobě)* a **kvalita terapeutů**, *(R1 tak musím teda říct, že lepšího terapeuta jsem nepoznala.)* oboje **velmi kladně**.

V rámci této subkategorie byla zmíněna **rozdílnost v náročnosti jednotlivých skupiny** (R1 *jak jsou vedený ty skupiny tak je tam strašnej rozdíl.*) Jeden z **přestoupivších** respondentů **kritizuje malou intenzitu RHB a PR skupiny oproti dynamickým**, (R1 *To co třeba jsme probírali v RHBku jednu skupinu, tak v tý dynamice by to bylo na celý týden.*) zároveň však reflektuje **velkou náročnost dynamické skupiny**. (R1 *prostě se tam (v dynamické skupině) pátrá po nějakých příčinách, tak jsem se dostala do takovýho kolotoče, že jsem vlastně nevěděla už, co po mě chce.*) Jiný respondent **menší nároky na pacienty v rámci skupiny RHB oceňuje**, (R6. *Jako třeba na RHB se mě líbilo, že oproti těm dynamickej, že tam byl takovej, mě to připadalo, lidštější*) stejně tak **možnost k přestupu v případě přílišných nároků v dynamice**. (R6 *Na dynamickej, tam mi to připadalo, že to je strašně rychlý. A prostě, že pokud nemáš lokte, tak se tam prostě neprosadíš.*)

V rámci skupin je dále zmíněno, že **skupina PR nemá stálého terapeuta**, (R1 *Určitě to PRko, bych taky dala stálého terapeuta, jako to má dynamika, jako to má RHBko*) což je vnímáno **na škodu**. Jednomu z respondentů vadí, když **se na skupině řeší věci mimo terapeutické úkoly**, (R4, *že se někdy mluví zbytečně místo aby se šla řešit terapie konkrétní, tak tam někdo hodinu mluví, jak se měl doma na propustce.*) což další z respondentů vnímá přesně opačně – že **v rámci častého řešení terapeutických úkolů není prostor na možnost hlubšího poznání**. (R3 *kdy se vlastně jako opravdu zaobírámě v podstatě hlavně téma úkolama, a téma kolážema, tím kobercem, grafem ale nejde se až tak moc do toho, aby si tam člověk v tom ponímal a probral se s tím terapeutem.*)

Dva respondenti by uvítali možnost individuální terapie. (R3 *jediný, co mi tady chybí, je individuální přístup, nebo individuální, možnost individuální terapie*)

5.5.2. Techniky v rámci psychoterapie

Součástí psychoterapie je v rámci léčby zpracování některých arteterapeutických témat, grafu závislosti a životní spokojenosti a přestupů do dalších stupňů léčby.

Respondenti **zmiňují všechny techniky** (R1 *graf, koláže, hraní koláží, uvítací rituál zažila jsem i loučení*) které absolvovali a konstatují, že pro ně **byli přínosné všechny**, (R6 *Jo. No hodně mě pomohl graf,. Pak i ty koláže, tam taky se to ukázalo*) kterých se v rámci terapie zúčastnili. Případně **očekávají přínos** od těch, které ještě neabsolvovali. (R4 *ještě jsem neprobíral koláže rodinu a závislost, takže na to se docela těším,*)

Přínos spatřují v **hlubším sebepoznání**, (R4 *Graf určitě, člověk si musel sednout a od malička si vzpomenut, co ho naštválo, co se mu líbilo, co se mu v životě přihodilo. Opravdu jsem nad tím ztrávil několik hodin, abych si to ujasnil*) **utučení kolektivu**. (R5 *Na utučení toho kolektivu*)

Jeden z respondentů vzhledem ke krátkému pobytu v léčbě zatím **nevěděl, co od technik očekávat**. (R5 *No, ještě zatím nevím, o čem to všechno je, protože vlastně ten graf a tyhle ty koláže, nevím, co tohleto znamená*)

5.5.3. Chápání procesu terapie

V této subkategorii bylo zkoumáno, jak respondenti chápou působení terapie a její zastoupení v systému léčby.

V responzích se objevovaly zmínky o **sebeuvědomění, sebepoznání**, (*R1 Takový nějaký uvědomění si, uvědomění si sebe, poznání se, poznat na sobě ty chyby a tím vlastně s tím něco dělat no,*) **změnách na úrovni prožívání, sebepřijetí**, (*R2 Nějaká ta změna v mých pocitech a emocích. Hmm, mě asi to, že já vlastně, že jsem si připadala mezi ostatníma prostě jako jiná, než ty druhý, ale jak jsem začla mluvit o všem, tak prostě mi spadl kámen ze srdce a můžu teď bejt s jistotou to, že mě mezi sebou berou takovou, jaká jsem.*) **přiznání si problému závislosti**, (*R2 abych si prostě přiznala, že jsem opravdu závislá*) **sdílení zkušeností s ostatními**, (*R3 Já si myslím, že takový to sdílení, což je fajn, můžeme si ty zkušenosti předávat jo*), **zpětných vazbách** (*R3 ty zpětný vazby ti dávaj prostě na zamyšlenou, že asi to tak nebude správně.*) Dále **zjištění, že ostatní pacienti jsou na tom podobně**. (*R3 kdy člověk zjistí, že i ty ostatní na tom jsou různě podobně, každé sice s jiným příběhem, ale že v tom nejsem sama sama*) a **více úhlů pohledu na daný problém** (*R5 No, jak se říká, víc hlav, víc rozumu.*) To se shoduje s účinnými faktory a působení psychoterapie v rámci odborné literatury. (viz. např. Kalina, 2013)

5.5.4. Bezpečí na skupině

Respondenti v rámci této kategorie odpovídali **kladně** – tudíž, že na skupině **pocit bezpečí cítí**. (*R2 No, líbí se mi na tom, že nás tam je prostě z té komunity jenom těch pár a že se člověk tam jako může otevřít úplně, říct tam úplně všechno o sobě*) Jeden z respondentů zmiňuje, že v rámci osobních dispozic **potřeboval více času**, ale nakonec se na skupině **cítil bezpečně a byl schopen se otevřít**. (*R6 No prostě jsem spíš takovej samotář a delší dobu mi trvá se otevřít. Já prostě musím vidět, a musím cejtít, že těm lidem můžu věřit a můžu se před nima otevřít. A došlo k tomu tady v léčbě? Cítil jsi to potom? No, cejtít.)*

5.5.5. Shrnutí a závěr

Psychoterapie a její využití ve skupinové podobě je pacienty vnímáno jako přínosné, stejně tak jednotlivé techniky, které se v rámci terapie používají. Respondenti se na skupinách cítili bezpečně. Stejně tak bylo zodpovězeno na výzkumnou otázku, jak pacienti chápou proces psychoterapie – odpověď se v mnoha bodech shoduje s pojetím skupinové psychoterapie odbornou literaturou.

V rámci zlepšení by někteří respondenti uvítali možnost individuální terapie jako součást nabídky v rámci LNN. Též by stabilizovali personál pro skupinu PR. Z výzkumných dat vyplývá, že terapie skupin RHB a PR není tolik náročná a intenzivní a jsou alternativou pro pacienty, pro které je dynamická skupina nad jejich síly.

6. Diskuze

Cílem této práce bylo získání informací ohledně spokojenosti pacientů LNN v Nechanicích jejich vnímání léčebny a léčby pro účely transformace v rámci reformy psychiatrie.

V rámci realizace výzkumu považují výzkumné otázky za zodpovězené. Výsledná data budou následně diskutována na úrovních, ve kterých byla zkoumána.

Limity tohoto výzkumu spočívají v ročním období, ve kterém byl realizován. Vzhledem k netěsnícím oknům bylo ve většině prostor zařízení citelně chladno, což se odráželo na konformitě pacientů a též se to promítlo do výsledných dat. Zároveň byla většina aktivit vzhledem k počasí realizována ve vnitřních prostorách léčebny, což se též promítalo v responzích. Tyto skutečnosti tak ve velké míře ovlivňuje výsledky v kategoriích materiálně technické vybavení léčebny, léčebný program a režim. Při opakování výzkumu v jiných ročních obdobích a převážně v letních měsících lze očekávat, že by se výsledky ve výše zmíněných kategoriích mohly lišit, resp. doplnit tento výzkum o další důležité informace. V případě opakování výzkumu ve stejných podmínkách a ve stejné podobě lze očekávat dosažení podobných výsledků. Data tak lze považovat za validní a metody jejich tvorby za reliabilní.

Dalším limitem je samotný typ evaluace. Ten je brán jako doplňkový a nelze na něm stavět kvalitu léčby (Matoušek, 2003), protože ta souvisí i s jinými ukazateli (efektivita, nákladovost, apod.) (WHO, 2000a)

Stejně tak považují za limitní metodologické aspekty tohoto výzkumu, a to převážně v souvislosti s volbou témat a mírou otevřenosti otázek pro semistrukturované interview. Témata byla volena převážně na základě informací ze Sešitu evaluace spokojenosti od WHO a další odborné literatury tak, aby byli zodpovězeny výzkumné otázky. Dané kategorie pokrývají téměř celé spektrum léčby. Přesto mohla být témata rozšířena např. o spokojenost s průběhem léčby, největší přínosy a výtky, vnímání ostatních pacientů apod. To by ale bylo již nad možnosti a rámec povinného rozsahu této práce. Samotné otázky pro získání dat mohly být více otevřeně, případně rozšířené o doplňující obecné otázky typu „co se ti tu líbí? co ti tady vadí? co by jsi změnil?“. To by mohlo přinést další rozšiřující informace či jiný koncept výsledků, neboť by to nechávalo pacientům volnější pole působnosti pro responze. V případě použití jen obecných otázek by však hrozila možnost, že by výsledná data neposkytla odpovědi na výzkumné otázky nebo by dostatečně nepokryla všechny oblasti léčby.

6.1. Technické vybavení léčebny

Z dat v oblasti materiálně technického zázemí vyplývá, že pacienti vnímají vybavení léčebny ve větší míře jako zastaralé a v některých případech poškozené či poruchové. To se týká inventáře na chodbách i vybavení pro volnočasové aktivity a sport. Za příčinou špatného technického vybavení a stavu léčebny je zřejmě nedostatek financí.

Objevila se kritika na nárazovou vytíženost toalet a tím jejich nedostatek v poměru ku počtu pacientů. Spokojenost respondenti naopak reflektovali v počtu sprch a čistotě soc. zázemí. Opakujícím se tématem vzhledem k ročnímu období byla netěsnící okna, v důsledku čehož pacienti pociťovali zimu v rámci většiny prostor LNN. Na rovině pokojů pacienti považovali vybavení za nové, dostačující a bez známek poškození mimo nepohodlných postelí. Škrla

(2008) v souvislosti s optimálním léčebným prostředím hovoří mj. o významu kvalitního spánku. Pokoje však většinou nepovažovali za útulné z důvodů netěsnících oken, nemožnosti modifikace jimi samými alespoň v rámci nástěnky, nebo v absenci přítomnosti obrazu na zdi či rostlin.

V rámci stravování pacienti chválili kvalitu obědů, velmi však kritizovali kvalitu večeří, zejména v souvislosti s dodavatelem a dále kvůli častému opakování jídel.

V rámci návrhů na zlepšení se jako snadno realizovatelné zdá být zprostředkování denního tisku pro pacienty v rámci oddělení, dále zvážení možnosti nástěnek do pokojů pro pacienty. Zde by se dalo využít pracovní terapie k jejich tvorbě. Dále by snad bylo možné rozdělit posilovny v rámci pohlaví.

Za vhodnou považují modernizaci vybavení v léčebně, ať už inventáře nebo výměny netěsnících oken. Teplota prostředí souvisí s pocitem konformity pacientů. Dle Škrly (2008) dále mohou vnímání prostředí zkvalitnit např. přírodní motivy. Též navrhuji změnu dodavatele potravin k večeřím, aktuálního „Frencla“ pacienti dlouhodobě velmi kritizují.

Z dat vyplývá, že personál o problémech ví a zejména problém s okny by měl být řešen v rámci procesu transformace. Stejně tak problém ohledně dodavatele stravy je již diskutován v rámci transformačního týmu léčebny.

V ročním období též tkví slabina výzkumu, je pravděpodobné, že teplota bude v jiných ročních obdobích vnímána jinak nebo jako negativní aspekt ustoupí do pozadí.

6.2. Personál

Data ukazují na velkou spokojenost pacientů s personálem, responze byly v převážně kladného ladění. Na všech úrovních je zmiňovaná profesionalita, lidskost, zájem o pacienty nad rámec povinností, vstřícnost, ochota a nehodnotící přístup. Nikdo z respondentů necítil, že by byla porušena jeho práva nebo snižována jeho důstojnost.

V rámci kritiky byl zmíněn rozdílný přístup v bodování prohřešků u sester, což je vnímáno jako matoucí. Dále byly kritizovány nárazově tvrdé postihy za některá porušení pravidel, což pacienti vnímají jako neadekvátní daným situacím. V rámci kontroly úklidů byly zmíněny nárazově přísné kontroly a penalizace ze strany sanitářů, to je pacienty považováno za přehnané. V rámci terapeutů je zmíněna v rámci intervencí nárazově nadměrná tvrdost a občasné cílené rýpání, což je pacienty vnímáno jako nepříjemné. Nevylučuje se to však s kvalitní terapií, jejíž součástí tyto intervence jsou.

Zde se jako alternativou jeví informování personálu a jednotnost v užívání sankcí. Inovací se jeví být upuštění od bodového systému a přechod k alternativnímu sankčnímu systému, se zohledněním individuálního přístupu. To již bylo učiněno např. v Bílé vodě (Jeřábek in Kalina, 2015) nebo v dalších 4 zařízeních. (Mladá, 2012)

6.3. Režim a řád

Na úrovni režimu a řádu bylo zjištěno, že pacienti potřebují k jeho pochopení a internalizaci základních pravidel několik týdnů. K plnému pochopení a podrobné znalosti i měsíce. Pacienti vnímají tuto komponentu jako důležitou pro léčbu, z hlediska nabídky vnější struktury a mantinelů, což je v souladu s odbornou literaturou. Je tedy možné konstatovat, že tato komponenta má v systému léčebny své opodstatnění.

Pacienti negativně hodnotili především rozsáhlost a složitost řádu, dále vnímali negativně tlak na nutnost podrobné znalosti řádu. Zde se jako návrh na zlepšení nabízí „zeštíhlení a zjednodušení řádu“ pro snadnější pochopení pacienty. Jako možné řešení připadá v úvahu mapování stavu v jiných zařízeních a případná inspirace z vnějších zdrojů, za odvážnější a více inovativní pak považují individuální re-konceptualizaci léčebného řádu a případně i režimu, se zapojením pacientů.

Bodový systém je vnímán jako akceptovatelný, s důkladně promyšleným systémem trestů a absencí odměn. To souzní s některými odbornými prameny. (např. Kalina, 2013) Některé prohřešky jsou bodovány příliš přísně, pacientům chybí odměny jako zdroj pozitivní motivace.

Jako možnou změnou je již výše zmíněné upuštění od tohoto sankčního systému a jeho nahrazení jinou alternativou. Jedním z možných podpůrných argumentů je, že pacienti s diagnózou závislosti mají často obranný mechanismus odčítání, kdy jsou naučení své prohřešky v rámci závislostního chování odčítovat a tím své jednání legitimizovat, což systém trestných bodů podporuje. (Jeřábek in Kalina, 2015)

6.4. Léčebný program

V rámci tohoto tématu bylo odpovězeno na výzkumné otázky. Program byl hodnocen různě, dle individuálních preferencí. Bylo však dosaženo shody v tom, že pacienti považují program za rozmanitý a vyvážený. Zajímavá je četnost, se kterou jsou zmiňovány jednotlivé aktivity (viz. výsledky). U jednotlivých aktivit se v názory často rozcházejí.

Kritika je zmiňována zejména v rámci terénní terapie, kdy pacientům vadí rychlé tempo, opakující se trasy a jejich nerovnoměrné rozložení v rámci týdne. Nabízí se úvaha, nakolik se dají vnímat pochůzky při terénní terapii jako alternativa zátěžového programu v rámci TK. Vzhledem k benefitům pramenícím z pohybu však považují tuto aktivitu za vhodnou a opodstatněnou.

Kritika se v konkrétních případech týkala i rajónů, pacientům vadí úterní kombinace generálního a večerního úklidu a též čas večerních rajónů, které by uvítali dřív.

Jako návrh na zlepšení se opakovaně objevovalo zařazení dalších terapeutických her do programu na úkor jiných aktivit. Pacienti „psychohrátky“ vnímají jako zajímavou a přínosnou aktivitu.

Zde vnímám jako možnou cestu ke zkvalitnění dialogu mezi personálem a pacienty a nalezení kompromisu. Je zřejmé, že některé aktivity jsou přínosné a žádoucí i přes jejich malou oblíbenost mezi pacienty (pracovní terapie, terénní terapie, rajóny apod.). Je otázkou, zda a nakolik je možné program upravit a jak a kterým směrem to pak zahýbá s kvalitou a efektivitou léčby.

6.5. Psychoterapie

Psychoterapie je vnímána jako nejpřínosnější modalita v rámci léčby. Responze jsou při hodnocení této oblasti převážně kladné. Techniky používané v rámci skupin jsou považovány za přínosné. Chápání terapie a jejích přínosů se pak shoduje s pojetím skupinové psychoterapie odbornou literaturou (viz. Kalina, 2013; Yalom a Leszcz, 2016)

Za zmínku stojí vzhledem k častému plnění terapeutických náležitostí na skupinách (grafy, koláže, přestupy, propustky) volání některých respondentů po možnosti individuální terapie jako zdroji hlubšího sebepoznání nebo jako možnosti ke sdílení velmi intimních témat. Ve druhém případě jsou individuální konzultace nárazově možné, jen není jasné, zda o tom pacienti ví.

Obecně je však důraz kladen na skupinovou formu psychoterapie a individuální terapie na bázi klasických konzultací v léčebně chybí. Je otázkou, jak kombinace skupinové a individuální terapie funguje v jiných zařízeních, neboť dle Dvořáčka (in Kalina, 2003) je jich často ve střednědobé léčbě využíváno současně.

7. Závěr

Tato práce si dala za cíl zmapovat spokojenost pacientů LNN v Nechanicích na úrovni jednotlivých modalit.

V teoretické části byla popsána léčebna návykových nemocí v Nechanicích a též přiblíženy některé aspekty z oblasti reformy psychiatrie.

V empirické části byla pro účely transformace LNN v rámci reformy psychiatrie zpracována evaluace spokojenosti pacientů formou kvalitativního výzkumu. Data byla získána metodou semistrukturovaného interview. Výzkum proběhl v souladu s etickými pravidly a zachováním anonymity všech respondentů. Sběr dat byl realizován v zázemí LNN se souhlasem personálu a vedením zařízení. Všichni respondenti se výzkumu zúčastnili dobrovolně. Evaluace přinesla odpovědi na výzkumné otázky a nabídla úhel pohledu pacientů na jednotlivé komponenty léčby.

Pacienti oceňují prostory léčebny pro jejich vlastnosti fyzikální vlastnosti. Rozsah vybavení včetně pokojů považují za dostačující, velmi však kritizují špatný technický stav oken, zastaralost inventáře společných prostorech a technický stav vybavení pro volnočasové aktivity. Personál je až na výjimky vnímán velmi pozitivně pro jeho altruismus a profesionalitu. Režim a řád je vnímán jako potřebný, objevuje se však kritika na jeho

obsáhlost, složitost a na systém sankcí. Program je vnímán jako rozmanitý, pacienti by ocenili více psychoterapeuticky zaměřených aktivit. Skupinová psychoterapie je vnímána jako nejpřínosnější prvek v léčbě, pacienti tuto modalitu hodnotí velmi kladně. Kritika se objevuje na absenci individuální formy psychoterapie.

V rámci zařízení doporučuji zohlednit výsledky výzkumu při aktualizacích transformačního plánu a při konceptualizaci inovací v rámci procesu transformace.

Pro získání rozšiřujících a doplňujících dat by bylo vhodné zopakování evaluace v letních měsících. Dále by bylo vhodné mapovat spokojenost pacientů v průběhu transformace za účelem získání zpětné vazby ohledně toho, jak pacienti postupnou transformací zařízení směřem k jejich potřebám vnímají. Případně, jak se jejich spokojenost v průběhu času a změn bude vyvíjet.

8. Seznam použité literatury

Andrade, C., Lima, M. L., Fornara, F., & Bonaiuto, M. (2012). *Users' views of hospital environmental quality: Validation of the Perceived Hospital Environment Quality Indicators (PHEQIs)*. *Journal of Environmental Psychology*, 32(2), 97–111.
<https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2011.12.001>

Čermák, I. & Štěpaníková, I. (1998). *Metody kontroly validity dat v kvalitativním psychologickém výzkumu*. *Československá psychologie* 1 (42). Str. 50-62.

Česká psychiatrická společnost. (2016). Zpravodaj reformy péče o duševní zdraví [Online]. In *Zpravodaj reformy péče o duševní zdraví* (Vol. 2016, pp. 1-4). Praha: Česká psychiatrická společnost. Retrieved from http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/07/Zpravodaj_02_201611.pdf

Didaktoterapia [Online]. (2010). Retrieved March 23, 2019, from <http://www.klubabstinentovzilina.sk/21/didaktoterapia/>

Historie psychiatrické kliniky 1945 - 2013 [Online]. (©2019). Retrieved March 31, 2019, from <https://www.fnhk.cz/psych/o-nas/historie>

Kalina, K. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia nova.

Kalina, K. (2003). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada.

Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada.

Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing.

Kratochvíl, S. (2017). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.

LNN Nechanice [Online]. (©2019). Retrieved March 31, 2019, from <https://www.fnhk.cz/psych/soucasti-kliniky/oddeleni/lnn>

Lúčná, S. (2008). *Liečba závislostí od psychoaktívnych látok*. *Sociálna Prevencia*, 2008(2), 19-20. Retrieved in http://www.infodrogy.sk/drogyUserFiles/File/socialna_prevenia_2final_DO_TLAcE.pdf

Matoušek, O. (2003). *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.

Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2013). *Strategie reformy psychiatrické péče* (Vol. 2013). Praha: Ministerstvo Zdravotnictví. Retrieved from http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf

Ministerstvo Zdravotnictví ČR. (2017) *Malý průvodce reformou psychiatrické péče* [Online]. Retrieved from http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf

Ministerstvo Zdravotnictví ČR. (2019). *Podpora vzniku Center duševního zdraví II: Ministerstvo zdravotnictví vybralo dalších 15 Center duševního zdraví, spustit by se měla do července* [Online]. Retrieved April 02, 2019, from http://www.mzcr.cz/Unie/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-vybralo-dalsich-15-center-dusevniho-zdravispustit-b_16665_3854_8.html

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

Mladá, K. (2012). *Současná podoba bodovacích systémů na vybraných specializovaných oddělení pro léčbu závislosti v psychiatrických léčebnách a nemocnicích v ČR* (Diplomová práce) [Online]. Praha. Retrieved from https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/57207/DPTX_2011_1_11110_0_328336_0_120058.pdf?sequence=1

Reforma péče o duševní zdraví: Co je reforma? [Online]. Retrieved April 01, 2019, from http://www.reformapsychiatrie.cz/proc_reformujeme/

Schwandt, T. A. (2001). *Dictionary of Qualitative Inquiry*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.

Šicková-Fabrice, J., & Křížová, J. (2002). *Základy arteterapie*. Praha: Portál.

ŠKRLA, P. (2008). *Transformace nemocničního prostředí - globální trend*. Sestra, 2008., 18, č. 2 příloha., 4-5. Retrieved from <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra-priloha/transformace-nemocnicniho-prostredi-globalni-trend-346024>

Valenta, M. (2011). *Dramaterapie*. Praha: Grada.

WHO (2000a) *International Guidelines for the evaluation of treatment services and systems for psychoactive substance use disorders*. Geneva: WHO-UNDCP-EMCDDA

WHO (2000g). *Client satisfaction evaluations*. Workbook NO. 6. Geneva: WHO-UNDCP-EMCDDA

Winkler, P. a kol. (2013). *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. Praha: Psychiatrické centrum Praha. Retrieved from https://www.nudz.cz/files/common/reforma_systemu_psychiat_pece.pdf

Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2016). *Teorie a praxe skupinové psychoterapie* (Vydání třetí, v Portále druhé). Praha: Portál.

Základní informace: Historie plicní kliniky [Online]. (©2019). Retrieved March 31, 2019, from <https://www.fnhk.cz/plic>

9. Seznam zkratk

AA – Adiktologická ambulance

CDZ – Centrum duševního zdraví

ČR – Česká Republika

FN HK – Fakultní nemocnice Hradec Králové

LNN – Léčena návykových nemocí

MZ – Ministerstvo Zdravotnictví

NÚDZ – Národní ústav duševního zdraví

SRPP – Strategie reformy psychiatrické péče

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

10. Seznam příloh

10.1. Příloha č. 1 Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

S poskytnutím rozhovoru a informací získaných ze zaznamenaného rozhovoru pro zpracování výzkumu v souvislosti s bakalářskou prací na téma „Evaluace spokojenosti pacientů v léčebné návykových nemocí v Nechanicích pro účely transformace v rámci reformy psychiatrie“.

Cílem výzkumu je získat a následně zpracovat informace od pacientů léčebny ohledně jejich spokojenosti s léčbou. Smyslem sběru těchto informací je získání náhledu na to, jak pacienti léčbu a některé její aspekty vnímají a zároveň i případným doplňkem k tomu, jak léčebnou péči v rámci transformace zkvalitnit.

Bakalářská práce je vedena na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Autorem bakalářské práce je Jakub Dobiáš, jejím vedoucím je Mgr. Jaroslav Vacek.

Způsob provedení rozhovoru

Rozhovor bude uskutečněn v prostorách léčebny v pokud možno klidném prostředí s minimalizací okolních rušivých vlivů. Z rozhovoru budou vypuštěny všechny informace, které by mohli vést k identifikaci informanta. Z rozhovoru bude pořízen digitální audiozáznam, jeho přepis a následné kódování dat a analýza.

Získaný záznam a všechny informace v rozhovoru uvedené budou použity v souvislosti s provedením výzkumu pro účely vypracování bakalářské práce. Zpracované výstupy výzkumu budou předloženy členům transformačního týmu léčebny jako zpětná vazba od pacientů na kvalitu léčby.

Souhlas informanta

Já, níže podepsaný/á, souhlasím se svou účastí na výzkumu pro účely zpracování bakalářské práce „Evaluace spokojenosti pacientů v léčebné návykových nemocí v Nechanicích a s případným využitím zpracovaných výstupů pro zkvalitnění léčebné péče v rámci reformy psychiatrie. Porozuměl jsem tomu, že veškeré informace, které poskytnu, jsou anonymní a mé jméno nebude autorem práce s tímto výzkumem nikdy spojováno. Souhlasím se zveřejněním výsledků tohoto výzkumu.

V Nechanicích dne

Podpis:.....

Souhlas přijal Jakub Dobiáš

10.2. Příloha č. 2 Soubor otázek semistrukturovaného interview

Vybavení a materiálně tech. oblast:

Jak jste spokojen s vybavením pokoje

Jak jste spokojen se sociálním zázemím?

Jak na vás působí prostředí?

Jak jste spokojen s prostředím léčebny?

Jak jste spokojen s vybavením a možnostmi pro volnočasové aktivity?

Je něco, co se Vám na prostředí nelíbí?, pokud ano, co?

Je něco co jste chtěl změnit? Kdyby jste mohl něco změnit, nebo přidat, co by to bylo?

Jak jste spokojený s jídlem? Četnost, množství, pestrost stravy? Snídaně, obědy večeře?

Personál:

Jak na Vás působí personál? Sestry, sanitáři, doktoři, terapeuti

Jste s jejich přístupem spokojený?

Je něco, co ti v přístupu někoho vadí? Pokud ano, co to je.

Měl jste někdy pocit, že jsi personálem shazován, nebo jsou porušována tvoje práva,

Pokud se Vám na přístupu personálu něco líbí, co to je?

Kdybyste měl na přístupu personálu něco změnit, co by to bylo?

Režim a řád

Jak vnímáte zdejší režim?

Co Vám na něm vadí, co vyhovuje?

Chápete řád a zdejší pravidla?

Pokud bys mohl něco změnit, co by to bylo?

Jaký máte pohled na to, proč je to takto nastavené?

Jaký máte názor na bodový systém?

Kdybyste mohl něco změnit, co by to bylo?

Program

Jaký máte dojem ze zdejšího programu?

Které činnosti se Vám líbí, které Vás naopak nebaví?

Je něco, co ti Vám programu chybí? Pokud ano, co je to.

Jak chápete zařazení rajónů do programu?

Psychoterapie

Jak se Vám líbí skupiny?

Které aktivity v rámci skupin pro Vás byly přínosné (graf, koláže, přehrávání)?

Jak chápete působení psychoterapie, čím myslíte, že jsou změny způsobené?

Je něco, co Vámi na skupinách vadí?

Cítíte se na skupině bezpečně? Dokážeš se otevřít – pokud ne, proč?

Jak jsi spokojený s terapeuty?