

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Barbora Břoušková

**Motivace k léčbě závislosti na návykových látkách pacientů detoxifikačního
oddělení**

**Motivation for treatment of dependence on addictive substances among
patients in detoxification department**

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

Praha

2019

PROHLÁŠENÍ

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

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

V Praze, 25. 4. 2019

BARBORA BŘOUŠKOVÁ

.....

IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM

BŘOUŠKOVÁ, Barbora. *Motivace k léčbě závislosti na návykových látkách pacientů detoxifikačního oddělení. [Motivation for treatment of dependence on addictive substances among patients in detoxification department]*. Praha, 2019. 80 s., 6 příloh. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Šťastná, Lenka.

PODĚKOVÁNÍ

Poděkování za metodické vedení, profesionální přístup a cenné rady patří vedoucí diplomové práce, Mgr. Lence Šťastné, Ph.D. Ráda bych poděkovala i respondentům za jejich ochotu při vyplňování dotazníků. V neposlední řadě bych na tomto místě chtěla poděkovat své rodině, přátelům a kolegům za podporu v průběhu celého studia.

ABSTRAKT

Východiska: Psychologie změny chování a motivace k léčbě uživatelů návykových látek je v oboru adiktologie aktuálním tématem. Důvody pacientů ke vstupu na léčbu jsou různá, mají rozdílné cíle a liší se v tom, do jaké míry jsou schopni tyto cíle reflektovat. K pochopení závislostního chování je zapotřebí věnovat pozornost všem aspektům, které jej určují, tedy rozpoznat schopnosti, příležitosti a motivace chování a jejich vzájemné interakce. Tématu motivace pacientů na úplném počátku ústavního léčebného procesu závislosti, tedy při vstupu na detox nebyla v České republice kladena dostatečná pozornost. A to i přesto, že právě detoxifikace je v mnoha případech prvním, nezbytným krokem pro zahájení střednědobé a dlouhodobé rezidenční léčby závislosti a práce s motivací je zde metodou v přímé práci s pacienty.

Cíle: Zmapovat motivaci k léčbě závislosti na návykových látkách pacientů dobrovolně hospitalizovaných na detoxifikačním oddělení K20 v Psychiatrické nemocnici Kosmonosy. Popsat charakteristiku těchto pacientů, rozdíly v jejich motivaci a porovnat jejich motivaci z hlediska sociodemografických údajů, preferenčních návykových látek, zkušeností s léčbou závislosti a případných komorbidit. Na základě zjištěných výsledků identifikovat typologii pacientů, vykazujících určitá opakující se specifika ve vztahu k motivaci a vytvořit návrh případných změn v terapeutickém programu na oddělení detoxu.

Metody: Koncepce práce vychází z kvantitativní výzkumné metodiky. Bylo provedeno dotazníkové šetření. Motivace byla mapována pomocí dvou variant dotazníku Change Questionnaire a škály CMRS. Pro získání ostatních dat byl vytvořen strukturovaný dotazník. Výběrový soubor, sestaven pomocí metody záměrného výběru přes instituci, tvořilo 97 respondentů, 63 mužů a 34 žen, věkového průměru 37,9 let (nejmladší 18 let, nejstarší 68 let). Data byla analyzována pomocí deskriptivní statistiky a metod statistické indukce.

Výsledky: Dle výsledných skóre zvolených výzkumných nástrojů je charakter motivace pacientů na detoxu na vysoké úrovni. Pacienti, kteří v minulosti podstoupili léčbu závislosti jakéhokoliv typu, jsou motivovanější ke změně chování než ti prvoléčení. Nejčastěji se jedná o pacienty s výučním listem, svobodné, zaměstnané na plný úvazek, se stálým bydlením a bezdětné. Primárně jde o závislé na alkoholu, kteří si léčbu sjednali sami a v minulosti prošli léčbou závislosti jakéhokoliv typu.

Závěr: Na základě zjištěných informací byla popsána charakteristika pacientů detoxu K20 a jejich motivace ke změně chování či k léčbě návykových látek. Dle výsledků lze doporučit začlenění dotazníku CMRS do léčebného procesu každého pacienta na oddělení. Sledováním jejich vlastního hodnocení jednotlivých výroků může napomoci mapovat jejich individuální potřeby a usnadnit personálu následný výběr adekvátních intervencí.

Klíčová slova: motivace, proces změny, změna chování, léčba závislostí, detoxifikační jednotka

ABSTRACT

Background: The psychology of behavior change and addictive substance users' motivation to get treatment is a topical issue in addictology. The reasons why patients enter treatment vary; they have different goals, and they differ in the degree to which they are able to reflect these goals. To understand addictive behavior, it is necessary to pay attention to all aspects that determine it, i.e. to recognize the abilities, opportunities and motivations of their behavior and their interaction. The topic of patient motivation at the very beginning of the institutional treatment process of addiction, i.e. when entering detox, was not given enough attention in the Czech Republic, despite the fact that detoxification is in many cases the first, indispensable step in starting medium-term and long-term residential treatment of addiction, and work with motivation is a method of direct work with patients.

Aims: To map the motivation for treatment of addiction to addictive substances in patients voluntarily hospitalized at the Detox K20 department at the Kosmonosy Psychiatric Hospital. To describe the characteristics of these patients, the differences in their motivation and compare their motivation in terms of socio-demographic data, preferential addictive substances, experience with addiction treatment and any comorbidities. To identify the typology of patients showing certain recurring specifics in relation to motivation and create a proposal for possible changes in the therapeutic program at the detox department based on the results.

Methods: The concept of the thesis is based on quantitative research methodology. A questionnaire survey was conducted. Motivation was studied using two variations of the Change Questionnaire and the CMRS scale. A structured questionnaire was created to obtain other data. The sample, compiled using a method of deliberate selection through the institution, consisted of 97 respondents, 63 men and 34 women with an average age of 37.9 years (youngest 18 years, oldest 68 years). The data were analyzed using descriptive statistics and statistical induction methods.

Results: According to the resulting scores of the selected research tools, patient motivation on detox is high. Patients who have undergone addiction treatment of any kind in the past are more motivated to change their behavior than those treated for the first time. These are most often patients with a vocational certificate who are single, in full-time employment with permanent housing and no children. They are primarily alcohol addicts who have volunteered for treatment themselves and have undergone addiction treatment of some kind in the past.

Conclusion: Based on the information obtained, the characteristics of Detox K20 patients and their motivation to change their behavior or to treat their addiction to addictive substances were described. According to the results, we recommend including the CMRS questionnaire in the treatment process of each patient in the department. Watching their own assessments of individual statements can help them map their individual needs and help staff select adequate interventions.

Keywords: motivation, process of change, behavior change, addiction treatment, detoxification department

OBSAH

1. Úvod.....	9
2. Závislost na návykových látkách.....	10
2.1 Diagnostika syndromu závislosti.....	11
2.2 Odvykáací stavy.....	11
3. Motivace.....	12
3.1 Psychologické pojetí motivace lidského chování.....	12
3.1.1 Motivy.....	13
3.1.2 Potřeby.....	15
3.1.3 Zájmy.....	17
3.1.4 Hodnoty.....	17
3.2 Motivace intrinsická a extrinsická.....	18
3.3 Motivace v adiktologii.....	19
3.3.1 Motivace a neurobiologie.....	21
3.3.2 Proces změny.....	22
3.3.3 Motivace k léčbě závislosti.....	25
3.3.4 Motivační trénink.....	28
3.4 Nástroje měření motivace.....	31
4. Detoxifikace.....	33
4.1 Detoxifikační jednotky.....	33
4.2 Motivy k detoxifikaci.....	35
4.3 Síť rezidenčních programů detoxifikace v České republice.....	36
5. Výzkumné cíle a otázky.....	38
6. Výzkumný soubor.....	38
7. Metody získávání dat.....	41
8. Analýza a zpracování dat.....	42
9. Etické aspekty.....	43
10. Interpretace výsledků.....	43
10.1 Socio-demografické údaje.....	43
10.2 Drogová anamnéza.....	45
10.3 Léčebná anamnéza.....	46
10.4 Mapování motivace.....	47

10.4.1	Change Questionnaire A (CHQA)	47
10.4.2	Change Questionnaire B (CHQB)	49
10.4.3	Circumstances Motivation and Readiness Scales for substance abuse treatment (CMRS)	51
10.4.4	Motivace ke změně vzhledem k dalším charakteristikám	55
11.	Diskuze	56
12.	Závěr	62
13.	Seznam použité literatury	63
14.	Přílohy	69

1. Úvod

Motivace k léčbě a k abstinenci uživatelů návykových látek je v našem oboru aktuálním tématem. Psychologie změny je sama o sobě široké a zajímavé téma.

Změna a motivace k ní se dotýká každého z nás. Pravděpodobně máme všichni zkušenost, že rozhodnutí k určité změně a uskutečnění jí, není vždy snadné. Přestože je tato změna žádoucí, logická a „jednoduchá“. Změna je velmi rozmanitý a složitý proces, který se dotýká celé osobnosti člověka. Jeho myšlení, sebeprožívání, emocí a zahrnuje i složku interpersonální (Soukup, 2014).

Užívání návykových látek je doprovázeno mnoha problémy. Náhled na tyto problémy a jejich dopady je nepochybně důležitý a lze říct, že čím víc klienti nahlíží na své problémy, tím jsou k léčbě motivovanější (Miovský & Bartošíková 2003). Motivace je faktorem, který ovlivňuje pravděpodobnost kladného výsledku, a proto je důležité co nejlépe porozumět jejím specifikám.

Klientela současných léčebných programů je mnohem různorodější než v tradičním modelu léčby drogově závislých, kdy vládlo přesvědčení, že motivace je výhradně věcí klienta a že optimální motivaci k léčbě zajišťuje situace debaklu (porážky), v níž se klient ocitne a z níž nenachází jiné východisko než nastoupit do léčby. Dnešní tendence zapojit klienta do léčby dříve, než se dostane na tzv. „úplné dno“, znamená nutnost problematice motivace více rozumět (Kalina, 2015). Důvody pacientů ke vstupu do léčby jsou nepochybně různé. Často od nich slýcháme, že přichází na nátlak rodičů, partnerů, dětí nebo zaměstnavatelů (Miovský & Bartošíková 2003).

Jeden z možných způsobů měření intenzity závislosti spočívá v sebeposuzování míry motivace k určitému chování. Pro jedince, který se rozhodl vyhledat léčbu, je důležité stanovit si vhodný behaviorální cíl. Různí pacienti budou mít rozdílné cíle nebo se budou lišit v tom, do jaké míry jsou schopni tyto cíle reflektovat. Z toho tedy vychází jednoduchá otázka: „Co si od této léčby slibují?“ (West, 2016).

Tato práce se zabývá tématem motivace pacientů na úplném počátku ústavního léčebného procesu závislosti, tedy při vstupu na detox. Tomuto tématu nebyla v České republice kladena dostatečná pozornost. A to i přesto, že právě detoxifikace je v mnoha případech prvním, nezbytným krokem pro zahájení střednědobé a dlouhodobé rezidenční léčby závislosti a práce s motivací je zde metodou v přímé práci s pacienty. Impulzem k výzkumnému zpracování motivace k léčbě závislosti na návykových látkách pacientů detoxifikačního oddělení bylo také výzkumníkově působení na pozici adiktologa na oddělení detoxu v Psychiatrické nemocnici Kosmonosy (PNK). Jeho zájem o hlubší

porozumění charakteru motivace pacientů na oddělení a následné zužitkování získaných informací k případným změnám v koncepci terapeutického programu, který byl vytvořený za předpokladu, že pacienti již v určité míře motivovaní k léčbě závislosti jsou. Jedná se o dobrovolnou léčbu a jednou z hlavních podmínek k nástupu je předběžné sjednání zařízení následné léčby. Což je v souladu s obecnou shodou odborníků, kteří uvádí, že detoxifikace je jen prvním krokem k dlouhodobější odvykací terapii a bez návaznosti dalších programů je téměř zcela samoučelná (Dvořáček, 2015).

2. Závislost na návykových látkách

Vzhledem k zaměření této práce na úvod stručně vymezíme a ukotvíme pojmy látkové závislosti.

Závislost je chronické onemocnění postihující centrum odměny v mozku, motivaci, paměť a související obvody. Dysfunkce v těchto obvodech vede k charakteristickým biologickým, psychologickým, sociálním a spirituálním projevům. Stejně jako jiná chronická onemocnění zahrnuje závislost cykly relapsů a remisí. Bez léčby nebo zapojení se do činností vedoucích k zotavení má závislost progresivní vývoj a může mít za následek zdravotní poškození nebo předčasnou smrt (Smith, 2012).

Kudrle (2003) uvádí, že závislost vzniká v průběhu vývoje osobnosti ve vzájemné interakci biologických, psychologických, sociálních a spirituálních faktorů. Příčiny jsou velmi komplexní a zatím nebylo potvrzeno nic konkrétního, co by jednoznačně prokazovalo predispozice pro vznik závislosti. Nejčastěji jde o kombinaci více faktorů. Závislost má také svůj odraz ve specifických reakcích a změnách na úrovni neurobiologie.

Závislost se rozvíjí na pozadí přirozené touhy člověka po změně prožívání. Tato touha však může za určitých okolností přejít v nutkavost a k rozvoji chorobných znaků. Problémem není vnější aspekt, tedy konkrétní látka, ale spíše stav mysli s ním spojený. Dochází k fixaci k danému způsobu uspokojení prostřednictvím vnějšího zdroje. Návykové látky jsou rizikové tím, že lidské prožívání ovlivňují prudce, intenzivně a hluboce. Čím rychleji působí a čím předvídatelnější je jejich účinek, tím se vytváří silnější pozitivní zpětná vazba doprovázená touhou tento prožitek opakovat. Navozená změna prožívání se mnohdy nepozorovaně postupně stává subjektivní normou. Vzniklá nutkavá naléhavost v chování vedoucí ke krátkodobému uspokojení je doprovázená neschopností přerušit tento vzorec a vyvolává negativa (například dysforii, nelibost, podrážděnost či deprese). Proces vzniku závislosti je postupný a mnohdy daným jedincem nereflektovaný, případně reflektovaný jen částečně (Kudrle, 2003).

2.1 Diagnostika syndromu závislosti

Odborná terminologie v rámci etiopatogenetického porozumění syndromu závislosti rozlišuje úzus psychoaktivních látek, tedy jednorázové užití či opakované užívání, které nevede k žádnému významnému poškození uživatele. Dále škodlivé užívání (neboli abusus), tedy rizikové a dysfunkční užívání, při kterém dochází k psychickému, tělesnému nebo interpersonálnímu poškození jedince a syndrom závislosti (Jeřábek, 2015). Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) popisuje syndrom závislosti (v kapitole Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek F10 – F19) jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, které se vyvíjí po opakovaném užití látky a který typicky zahrnuje následující projevy:

- silné přání nebo touha užít drogu (craving)
- porušené ovládnání při jejím užívání (začátek či ukončení nebo v množství látky)
- přetrvávající užívání i přes zjevně škodlivé následky
- priorita v užívání substance před ostatními aktivitami a závazky
- zvýšená tolerance pro danou látku
- někdy somatický odvykáací stav

Pro diagnózu závislosti je zapotřebí přítomnosti minimálně tří z uvedených kritérií během posledního roku. Syndrom závislosti může být pro specifickou látku, pro skupinu látek nebo pro širší spektrum farmakologicky odlišných psychoaktivních substancí (Kalina, et al., 2001, ÚZIS, 2017).

2.2 Odvykáací stavy

Jedním ze základních znaků závislosti na návykových látkách je přítomnost odvykáacích stavů, které se vyznačují rozmanitě závažnými projevy podle různých skupin návykových látek. Příznaky odvykáacích stavů se mohou rozdělit na somatické a psychické.

Věnovat pozornost zvládnutí odvykáacím stavům je důležité zejména proto, že tyto stavy bývají prvními obtížemi, se kterými se při zahájení terapeutického programu pacienti setkávají. Jejich zvládnutí je v léčbě prvním podstatným krokem a ovlivňuje tak jejich setrvání a udržení v následné terapii. Odvykáací stavy někdy bývají důvodem k návratu k užívání návykových látek a mohou být také životu nebezpečnými. Mezi odvykáací stavy s vyšším rizikem ohrožení životních funkcí patří stav po odnětí alkoholu, sedativ nebo hypnotik. Mezi odvykáací stavy s nižším rizikem či žádným rizikem ohrožení životních funkcí patří odvykáací stavy po odnětí opioidů, kokainu a jiných stimulantů (Dvořáček, 2015).

Odvykací stavy nejsou pouze projevem či důsledkem závislosti, ale mohou plnit funkci negativního posilování, kdy závislí jedinci užívají danou látku či látky právě proto, aby se vyhnuli nepříjemným projevům odvykacích stavů.

U zvládnání odvykacích stavů se výrazně pozitivně podílí i kontext, v jakém samotná terapie těchto stavů probíhá, a ovlivňuje tak rychlost a efektivitu stabilizace pacientů. Mezi tyto podmínky se řadí například kvalita samotného prostředí, způsob komunikace s pacientem, jeho role, personální vztahy v zařízení, kvalita kontaktu s původním prostředím, kvalita stravy nebo úspěšnost v redukci negativních emocí (Dvořáček, 2015).

3. Motivace

Slovo motivace je odvozeno z latinského „moveo“, což znamená „hýbám“. Motivace jako děj probíhající v čase, je pak vymežován různými „silami“, které způsobují pohyb jedince, tedy jeho chování. Vysvětlení, proč se lidé chovají tak, jak se chovají, a co je psychologickou příčinou jejich jednání je jedním z nejdůležitějších úkolů psychologie. Zároveň však problematika motivace chování patří k nejsložitějším úkolům, neboť její úspěšná aplikace na kterýkoliv obor lidské činnosti je bez poznatků o motivaci nemožná (Nakonečný, 2014).

V odborné literatuře nacházíme různá pojetí motivace. Terminologie není jednotná a záleží na konkrétním autorovi, jak tento pojem přesně definuje. Pro účely této práce uvádím tři následující definice:

Miller a Rollnick (2004) definují motivaci jako stav připravenosti ke změně nebo touhu po ní. Tento stav se v různých situacích a s časem mění a lze jej ovlivnit.

DiClemente, Schlundt a Gemmell (2004) shledávají motivaci jako komplexní koncept, který pokrývá mnoho různých aspektů procesu úmyslné změny chování.

Nakonečný (2014) definuje motivaci jako intrapsychicky probíhající proces vycházející z nějaké potřeby a vyúsťující ve výsledný žádoucí vnitřní stav. Proces je iniciován exogenně nebo endogenně a předpokládá také interakce mezi těmito činiteli.

3.1 Psychologické pojetí motivace lidského chování

Motivace lidského chování je mimořádně složitá a je výsledkem komplikované souhry získaných a vrozených faktorů (Plháková, 2003). Příčiny a cíle, které dávají smysl chování (člověk jedná proto, aby něčeho dosáhl), mají psychologickou příčinu (Nakonečný, 2014). Cílem lidského chování je dosažení nějakého vnitřního stavu, který se obecně nazývá uspokojení. Funkcí motivace je uspokojování potřeb individua, vyjadřující nějaké

nedostatky v jeho fyzickém a sociálním bytí. Motivace zajišťuje účelné chování, udržující fyzické a psychické zdraví individua (Nakonečný, 2014).

Konstrukce motivace byla řešena ve většině hlavních teorií osobnosti a také v různé míře v psychoterapii. V psychodynamických teoriích byla motivace vnímána jako důsledek instinktivních pudů. V kybernetických teoriích, zahrnujících strukturální a strategické terapie, je motivace koncipována jako důsledek tendence k homeostáze v lidských systémech. Některé bio-fyziologické modely chování člověka představují motivaci, která vyplývá z biochemických procesů v mozku, které inhibují nebo vyvolávají neuronální vzplanutí, ale které jsou omezeny vyčerpáním buněčných zdrojů. V existenciálně humanistických teoriích je motivace projevem nebo výsledkem úsilí o naplnění lidských ideálů (Ingersoll, Wagner & Gharib, 2002).

Jakákolí psychologická pomoc jedinci musí vycházet z poznatků o motivaci lidského chování, protože psychologická práce s člověkem znamená úsilí o jeho změnu, což předpokládá poznání příčin toho, co má být změněno. Změna se netýká pouze způsobů chování, ale i jeho motivů, protože motivy dávají chování jedince určitou hodnotu, která není vždy žádoucí v rámci obecně uznávaných společenských hodnot (Nakonečný, 2014).

3.1.1 Motivy

Poznatky o zaměřenosti nám umožňují nahlédnout do jádra osobnosti. Systém zaměřenosti lze také nazývat motivačním systémem, neboť obsah činnosti člověka je determinován a regulován systémem rysů, stavů, potřeb a procesů, které jsou souhrnně pojmenovány jako **motivy**. Motiv je faktor, který uvádí do pohybu ve smyslu jakékoli činnosti či procesu. Může se jednat o pohyb ve fyzikálním prostoru nebo pohyb psychický, tedy například pohyb myšlenek, přání, představ či rozhodnutí. Motiv je tedy cokoli, co vede k aktivitě (Říčan, 2007). Oproti tzv. incentívům, které si lze představit jako pobídky k jednání přicházející z okolí (například příkaz, úkol nebo trest), jsou motivy hnací síly lidského jednání uvnitř individua (Smékal, 2002). Lidské motivy se vzájemně všelijak propojují a kombinují. Určitý čin často slouží více motivům najednou, je tedy vícenásobně determinován (Říčan, 2007).

Přestože v motivaci některých lidí dominuje jediná pohnutka (například touha po lásce nebo po moci), většinou má chování několik různých příčin. Vnitřní, mnohdy protichůdné motivy se dostávají do konfliktu a závisí na mnoha okolnostech, který z nich převládne. Například jedinec touží založit rodinu a současně si uchovat nezávislost. Mnohé akty chování je možné vysvětlit několika různými příčinami (Plháková, 2003).

Intenzita aktuálního působení různých motivů na chování jedince značně kolísá podle vnitřních a vnějších podmínek. V rámci psychologie osobnosti a především

v individuálních rozdílech hovoříme o tzv. **motivačních vlastnostech**, což jsou trvalé charakteristiky osobnosti, které přímo určují nebo podmiňují, jak často, jak silně a jakým způsobem se bude v chování a v prožívání lidí uplatňovat daný motiv. Každému motivu lze teoreticky přiřadit motivační vlastnost (Říčan, 2007). Nalézt motivy znamená poznat směřování člověka, úsilí sledovat směr a energii vynaloženou na dosažení cíle uspokojujícího motiv (Smékal, 2002).

Plháková (2003) rozděluje lidské motivy do čtyř velkých okruhů:

1) *Sebezáchovné motivy*

Sebezáchovné motivy mají jasný biologický základ. Jedná se o mentální reprezentace organických deficitů a fyziologických pochodů. Tyto primární pohnutky zajišťují přežití jednotlivce či celého živočišného druhu. Mezi motivy zajišťující individuální přežití patří žízeň, hlad, únava, pocit horka a zimy, hněv, strach a bolest. Sexuální a rodičovské motivy zabezpečují přežití druhu (lidstva).

2) *Stimulační*

Stimulační pohnutky jsou pravděpodobně také vrozené, jelikož jejich uspokojování je podmínkou optimálního psychického fungování. Spadá sem potřeba optimální úrovně aktivity a variabilních vnějších podnětů. Projevují se zvědavostí, hravostí a vyhledáváním neobvyklých zážitků.

3) *Sociální*

Sociální motivy ovlivňují a regulují mezilidské vztahy, včetně jejich subjektivního prožívání. Patří sem výkonová motivace, potřeba sdružování a potřeba moci.

4) *Individuální psychické*

Uspokojování individuálních psychických motivů zajišťuje optimální integraci mentálních funkcí neboli dosažení duševního zdraví. K těmto pohnutkám patří snaha najít smysl života a řídit se vnitřními etickými standardy, potřeba sebeurčení, potřeba se svobodně rozhodovat a jednat nebo potřeba stabilní a soudržné osobní identity.

Cíle jako motivy

Cíl je v různých psychologických publikacích definován nejednoznačně. Ve vztahu k motivaci je cíl obsahem činnosti a ukazuje, co je potřeba udělat. Oproti tomu motiv se týká důvodu, proč je potřeba usilovat právě o tento a ne jiný cíl.

K cíli směřující jednání se může uskutečňovat v pěti variantách (Smékal, 2002):

1. *Patické jednání*, tedy jednání bez uvědomovaného cíle.
2. *Jednání řízené představou cíle* je nejběžnějším příkladem jednání lidí, kteří buď vědí, co chtějí, nebo nahodile zvolí cíl, který se zobrazí v jejich vědomí.

3. *Jednání řízené kriticky (vědomě) k cíli*, kdy osobnost kontroluje svůj postup a opravuje jej. Nemusí mít však vědomou motivaci, cíl může působit jako vnější síla, jako úkol, který je třeba splnit, protože to tak má být, aniž by osobnost analyzovala proč nebo aniž by byl cíl v souladu s vnitřní motivací.
4. *Jednání řízené zvažováním následků* je charakteristické tím, že osobnost je natolik uvědomělá, že realizuje cíl tak, aby očekávané následky jednání cíl nezneškodily, i když může jít o cíl nevyplývající z hlubokých vnitřních motivů (cíl zadaný úkolem).
5. V posledním případě, a to na úrovni *jednání řízené uvědomělou motivací*, si jedinec uvědomuje, proč dělá to, co dělá, a proč usiluje právě o tento cíl a ne jiný.

Naučené motivy

Naučené motivy jsou v podstatě odvozovány z pudů a jsou na základě učení zapojeny do instrumentálních vzorců chování, behaviorálních tendencí a také se stereotypizují. Proto fungují jako zvyky nebo návyky. Naučená motivace je spojena se specifickými motivy, které se utvářejí až v průběhu individuálního vývoje. Návyky jsou produkty realizace určitých motivů. Jsou to vzorce chování, které se spustí, pokud je aktivován k nim příslušející motiv. Je tedy znovu produkováno návykové instrumentální chování, které však samo sebe nevyvolalo. Určitá chování tedy nějakým způsobem získávají vlastní motivační sílu.

Behavioristé hovoří o vrozených (primárních) a naučených (sekundárních) motivačních systémech. Získané motivace znamenají naučit se získávat určité odměny a vyhýbat se určitým trestům. To je funkcí klasického instrumentálního podmiňování. Odměny a tresty působí jako pozitivní a negativní pohnutky (Nakonečný, 2014).

Motivy a emoce

Motivované chování je mnohdy doprovázeno silnými emocemi. Při dosažení stanoveného cíle pociťuje člověk štěstí a radost. Naopak při neúspěchu pociťuje smutek. Motivy a emoce jsou tedy úzce propojeny, vzájemně se ovlivňují, podmiňují a tvoří tzv. motivačně-emocionální systém, který výrazně ovlivňuje lidské chování (Plháková 2003).

3.1.2 Potřeby

Společně s motivy patří potřeby ke klíčovým konceptům motivace (Nakonečný, 2014). Člověk může volit obsah jednání i způsoby a prostředky uspokojování svých potřeb. Potřeba je stav osobnosti, který odráží rozpor mezi tím, co je dané, a tím, co je nutné, nebo se jeví osobnosti jako nutné pro přežití a rozvoj. Je to stav ponoukající osobnost k činnostem zaměřeným na odstranění tohoto rozporu. Potřeby tedy energetizují, zaměřují a udržují jednání k cílovému objektu tak, aby bylo cíle dosaženo. Jsou zakotveny

v osobnosti jako dispozice a některé mají i probádaný neurofyzilogický aparát (Smékal, 2002).

V psychologii se rozlišovaly dva druhy potřeb, a to biologické a sociokulturní. Psychologové dále sestavovali různé indexy potřeb o různém počtu položek (Nakonečný, 2014). Příkladem může být jedna z nejčastěji uváděných klasifikací potřeb navrženou představitelem humanistické psychologie A. H. Maslowem (Smékal, 2002). Tato hierarchická teorie potřeb (obrázek 1) je odvozena z jeho klinické praxe. Hierarchie zde znamená pořadí v prožívané naléhavosti potřeb. Rozeznává potřeby „vývojově nižší“, „základní“ (fyziologické) a „vývojově vyšší“ (potřeby seberalizace). Principiálně zde musí být uspokojeny potřeby nižší a základní, aby se k uspokojení ozvaly potřeby vyšší (Nakonečný, 2014).



Obrázek 1 Hierarchie potřeb dle Maslowa

Říčan (2007) popisuje primární fyziologické potřeby - jako je například potřeba kyslíku, vody, potravy, sexu nebo spánku - a uvádí jejich blízkost k tzv. sekundárním potřebám, které vznikají na základě návyku na návykové látky, a nazývá je narkomanie. Pokud dojde k návyku těchto potřeb, jedná se často o stejně silné potřeby jako výše zmíněné, které hluboce změní celou osobnost.

Subjektivní blaho jedinců není výsledkem usilování o stav libosti, ale pokud ano, je to jen na krátkou dobu. Trvalejší stav pohody je závislý na tom, jak dobře se mu daří uspokojit všechny základní potřeby najednou. Tento stav je vázaný na intenzitu realizace jeho motivačních cílů. Pokud se snaží uspokojit některou svou potřebu na úkor jiné, stavu pohody nedosáhne. Tento mechanismus se vyskytuje u uživatelů návykových látek, kteří své základní potřeby obětovávají navození krátkodobého hédonického stavu prostřednictvím těchto látek (Grawe, 2007).

3.1.3 Zájmy

Zájem lze charakterizovat jako odvozenou potřebu, která se uspokojuje konáním určité činnosti. Zájmy můžeme zesilovat, zeslabovat nebo vytvářet záměrným působením a proto představují aspekt struktury osobnosti, který lze nejsnadněji ovlivnit (Říčan, 2007). Existují v pevném navázání na potřeby nebo schopnosti (Smékal, 2002).

V rovině *fenomenologické analýzy* můžeme na zájem pohlížet jako na jev prožívaný subjektem a pozorovatelný v jeho chování. Subjektivně lze zájem popsat jako druh prožitku, ve kterém vystupují do popředí sympatie k určitým činnostem nebo objektům. Dále také jako zážitek příjemnosti, který doprovází vědomí přítomnosti určitých objektů či jako vědomí možnosti zabývat se předmětem zájmu, seznamovat se s ním a dovídat se o něm informace. Objektivně je zájem specifická výběrová reakce vůči určitým objektům nebo vykonávání činností spojených s předmětem zájmu. Smékal (2002) odlišuje zájem jako proces, vlastnost a stav. Dlouhodobý zájem probíhá jako proces, pokud je aktualizován svým objektem nebo potřebou vedoucí k zabývání se objektem. Zájem jako stav se týká zainteresovanosti, která souvisí se zvědavostí a zídavostí, tedy akty vyjadřující potřebu orientace v objektu. Mezi znaky zájmu jako stavu se vyskytují kognitivní, konativní a afektivní komponenty formální zaměřenosti, které mohou specifikovat prožitkovou strukturu zainteresovanosti u různých jedinců tím, že se objevují v různých intenzitách. V rámci *strukturní analýzy* (jak a kde v osobnosti existují) lze zájmy definovat jako strukturu intencí či jako specifickou poznávací zaměřenost na předměty skutečnosti. Zájmy jsou tendence k výběrovým aktivitám. Mohou být také charakterizovány jako získané pohotovosti k výběrové aktivitě ve smyslu uzpůsobení kognitivních schémat nebo jako postoje. Z *funkčního hlediska* nutí zájmy osobnost aktivně hledat cesty k uspokojení, touze po poznání a pochopení.

3.1.4 Hodnoty

O hodnotách lze v psychologii uvažovat z více pohledů. Hodnoty jako obecné cíle, tedy jako smysl, který objekt nebo událost pro osobnost má (například zdraví, štěstí, rodina nebo mír). Hodnoty jako tzv. instrumentální hodnoty, tedy prostředky, jejichž využíváním dosahuje osobnost něčeho pro sebe významného (například postavení v zaměstnání nebo vzdělání). Hodnoty jako něco, kvůli čemu má cenu usilovat o nějaký objekt nebo se mu naopak vyhýbat (například požitek z kouření nebo odmítání cigarety). Přestože jsou hodnoty osobnostními útvary získanými a vysoce nadstavbovými, mohou být někdy silnější než potřeby biologicky zakotvené (Smékal, 2002).

3.2 Motivace intrinsická a extrinsická

Vnitřní (intrinstická) motivace vede k aktivitám, které jsou uspokojivými samy o sobě. Má vliv na lidské chování a prožívání bez jakékoliv vnější odměny. Podstatou je přirozená tendence jedince vyhledávat něco nového či rozptýlení, dokazovat si schopnost řešit problémy, překonávat překážky a řídit svůj vlastní život (Plháková, 2003). Potřeba změny v tomto případě vyvstává z jednotlivce. Ve vztahu k adiktologii může jít například o přiznání si negativních fyzických či psychosociálních důsledků užívání návykových látek (Groshkova, 2010). Oproti tomu **vnější (extrinsická)** motivace je chápána jako vnější nátlak či donucení ke změně, vstupu nebo setrvání v léčbě ze strany soudu, rodiny, zaměstnavatele nebo situace související se zdravím Groshkova (2010). Plháková (2003) k vnější motivaci přirovnává činnost jedince, kterou provádí kvůli nějaké konkrétní odměně. Pacient se chová dle přání někoho, nebo vlivem jiných vnějších pobídek.

Rozlišovat vnitřní a vnější motivace začali behavioristé a kognitivní psychologové (Plháková, 2003). Toto dělení se hojně používá i dnes. Nakonečný (2014) však označuje toto dělení za poněkud nešťastné, protože obě tyto kategorie jsou velmi neostře odlišitelné. Reiss (2012) udává podobné a vysvětluje, že lidské motivy jsou příliš rozmanité a nelze je rozdělit pouze do dvou kategorií. Tuto dualistickou teorii nahrazuje mnohostrannou teorií rozpoznávající řadu geneticky odlišných motivů - jako je hlad, zvědavost, pozitivní sebedůvěra, strach, sex, moc atd. (Reiss, 2012).

Plháková (2003) uvádí závěry výzkumů, které ukazují, že pokud lidé provádí určitou činnost z vlastní iniciativy, vydrží u ní déle, než kdyby je k jejímu provádění přiměly vnější okolnosti. Užívání odměn ve snaze řídit a ovládat lidské chování snižuje vnitřní motivaci. Podle Deciho a Ryana (1985) lidé po převzetí odměny nabudou přesvědčení, že určitou aktivitu prováděli kvůli této odměně, a nikoliv z vnitřního zájmu. Odměny však mají také informativní aspekt, tj. potvrzují a podporují osobní iniciativu, jsou sdělením o lidských schopnostech a dovednostech. Může-li člověk z pochvaly „vyčíst“, že je schopný a kompetentní, pak se jeho zájem o danou činnost pravděpodobně zvýší. Pokud však z odměny nebo ze způsobu jejího předání vyplývá, že něco dělá jenom kvůli této odměně, pak jeho vnitřní motivace klesá. Ve vztahu k léčbě závislosti je „vyléčení“ možné teprve v okamžiku, kdy se pacient vnitřně rozhodne, že se chce své závislosti zbavit. Různé manipulativní systémy vnějších odměn a trestů, např. bodovacích, potřebnou vnitřní motivaci zřejmě spíše narušují. Například pokud klient svého terapeuta obdivuje nebo se ho bojí, pak pravděpodobně usiluje o vyléčení kvůli této autoritě, ale dosažená změna nebude trvalého rázu (Deci, 2001).

3.3 Motivace v adiktologii

K pochopení závislostního chování je zapotřebí věnovat pozornost všem aspektům, které jej určují, tedy rozpoznat schopnosti, příležitosti a motivace chování a jejich vzájemné interakce. Motivace a schopnosti lze konceptualizovat jako vzájemně na sebe působící síly, které přispívají ke vzniku daného (závislostního) chování. Schopnost určuje, co můžeme dělat, a motivace, co a jak v rámci těchto mantinelů děláme. Jádrem celého problému je právě motivace (West, 2016).

Na poli závislostí je motivace jedním ze čtyř hlavních faktorů rozhodujících o úspěšnosti léčby (mezi tři ostatní patří stupeň závislosti, kvalita osobnosti jedince a kvalita jeho okolí včetně sociálního). Vlivem drog se tento proces usměrňování, udržování, energetizujícího chování a zvýšení nebo poklesu aktivity jedince zásadně mění. Změna se projeví základním poklesem zájmu o cokoli jiného než záležitosti týkající se drog nebo ztrátou energie, kterou jednatel potřebuje k vývojovému růstu a prospěchu (Kalina, 2001).

V tradičních přístupech léčby závislosti bylo jedním z předpokladů a očekáváním, že klient má dostatečnou vlastní motivaci užívání drog zanechat. Zároveň se uplatňovala teze, že klient má přijít do léčby co nejdříve a co nejrychleji. Výzkumy věnující se této problematice však tento předpoklad vyvrátily a ukázaly, že léčba s tímto přístupem není dostatečně efektivní (Kalina, 2003).

Existuje bohatství myšlenek o úsudku, rozhodování, emocích, pohnutkách, návykových reflexech a podobně, ale nebyly začleněny do modelu motivačního systému jako celku. West (2007) se o takovou integraci pokusil a popsal zajímavou teorii motivace PRIME. Ta může poskytnout potencionálně užitečný rámec pro popis způsobu interakce motivačních dispozic s bezprostředním okolím, který je hybnou silou chování. Představuje možný základ pro léčbu závislosti a poskytuje základnu, ze které lze vycházet při tvorbě intervencí určených k dosažení změny chování. V rámci tohoto modelu lze podstatu chování vyjádřit pomocí pěti úrovní motivačního systému, které jsou ve vzájemné interakci (West, 2016). Z těchto pěti úrovní je i patrný původ akronymu PRIME:

Plans - Uvědomělé plány poskytující prostředek k realizaci budoucího směřování našeho chování, ty mu poskytují určitý rámec.

Responses - Samotné odezvy (spuštění, zastavení, modifikace akce).

Impulses - Impulzy a protiimpulzy/inhibice jsou schémata činností, které uvádějí do pohybu/inhibují chování.

Motives - Pohnutky jsou pociťované tužby a potřeby vycházející z očekávané libosti, uspokojení nebo úlevy od fyzického či duševního diskomfortu (potřeb), jenž se pojí s představou budoucích událostí.

Evaluation - Vyhodnocování (co je dobré nebo špatné) je předmětem reflexe a analýzy, poskytuje podklady pro plány.

Hlavní propozice teorie PRIME ve vztahu k aktuálnímu chování a jeho záměrné změně představují následující konstrukty (dle West, 2016):

V každém okamžiku jednají lidé v zájmu naplnění svých tužeb či potřeb.

Tužby a potřeby tvoří součást vědomého prožívání, i když si je člověk nemusí uvědomovat. Pojí se s představou budoucích stavů a situací, s nimi souvisejících pocitů očekávané uspokojení/libosti (tužby) nebo úlevy od duševního či fyzického diskomfortu (potřeby).

Přesvědčení ovlivňují jednání tehdy, pokud jsou hybnou silou touhy, která je natolik silná, aby předčila touhu vyvolanou jinými průvodci nebo impulzy a inhibice automaticky iniciované na základě naučených nebo nenaučených asociací.

Plány poskytují zastřešující strukturu našemu jednání, ale aby mohly směřovat lidské chování, musí se člověku vracet na mysl a ve vhodných situacích vyvolávat touhy, které budou dost silné, aby zastínily impulzy a touhy pramenící z jiných zdrojů.

Motivační systém je charakterizován jako dispozice jeho složek reagovat určitými způsoby na vstupy z vnějšího i vnitřního prostředí. Mezi procesy vedoucí ke změnám v dispozicích spadá asociativní učení, senzitivace, habituace, přímá nápodoba, analýza a úsudek. Ke vzorcům změny může dojít na základě náhlých rozsáhlých změn, které jsou důsledkem zprvu nevýrazných spouštěčů.

Identita je důležitým zdrojem touhy, který poskytuje lidskému chování určitý stupeň stability prostřednictvím tzv. nálepek (například ex-user) a pravidel, kterými se lidské chování řídí („už nebudu užívat drogy“).

Změna identity je východiskem pro záměrnou změnu chování. Ke změně dojde, pokud je v určitý moment touha po uskutečnění změny silnější, než touha této změny nedosáhnout.

K udržení záměrné změny chování nastane, pokud touha vyplývající z nové identity předčí svou intenzitou v každém relevantním okamžiku touhu jiného původu směřující k návratu k předchozímu vzorci chování či je schopna překonat instinktivní nebo habituální impulzy.

K udržení změny chování je podstatná sebekontrola, tedy usilovné podněcování touhy dodržet stanovené pravidlo, které bude natolik silné, aby přemohla touhu vyvolanou jinými původci.

Osobní pravidla s jejich důsledným dodržováním budou zdrojem intenzivnější touhy a budou lépe působit proti ostatním kontraproduktivním touhám, a proto mít silnější a dlouhodobější dopad na chování daného jedince.

3.3.1 Motivace a neurobiologie

Cílem této kapitoly není popsat neurobiologii závislosti, ale poukázat na neurobiologické mechanismy u drogových závislostí se zaměřením na motivaci.

Základní potřeby mají neuronální základy, se kterými se lidé rodí, umožňují jim, aby svůj omezený repertoár chování mohli používat k dosažení uspokojení svých potřeb. Motivační cíle se vytvořily v důsledku více základních potřeb (Grawe, 2007).

Z hlediska neurobiologie je závislost na návykových látkách multifaktoriální chronické relabující onemocnění centrálního nervového systému. Chronické užívání návykových látek způsobuje progresivní změny nejen v chování, ale také v mozku. Opakující se užívání drog vede u závislých jedinců k rozvratu nebo přenastavení mnoha důležitých mozkových okruhů, což se mimo jiné projevuje zvýšením motivační významnosti těchto látek na úkor přirozených podnětů a jejich kompulzivním vyhledáváním (Šustková, 2015).

Součástí závislosti na návykových látkách jsou změny v motivaci k dané látce a ke zdrojům přirozené odměny (například chutná potrava nebo sex). Šustková (2015) popisuje dvě známé základní koncepce motivace:

1. *Motivační teorie oponentních procesů* (Solomon, Corbit, 1974; in Šustková, 2015) zdůvodňuje, že emocionální stavy jsou ihned od počátku automaticky modulovány mechanismy centrální nervové soustavy, které snižují jejich intenzitu. U drogových závislostí oponentní procesy odrážejí změnu drogou vyvolaného emočně pozitivního stavu (odměna) na emočně negativní (odvykací) stav.
2. Motivace k droze založená na principech *podmiňovacího posilování*, na podnětové motivaci, na vytvoření motivační významnosti. Experiment studuje zúčástněné neuronální okruhy a neuroplasticitu, což může být podkladem přechodu užívání návykových látek k látkové závislosti a využívá přitom i spojení zvýšené motivační významnosti s behaviorální senzitivací u zvířat (Robinson, Berridge, 1993; in Šustková, 2015).

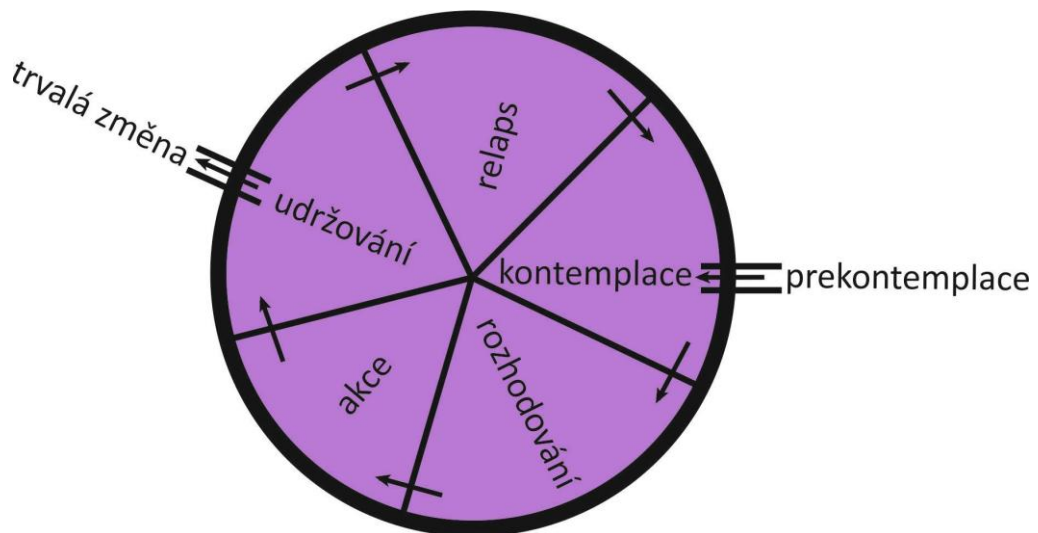
Prožitek odměny a příslušné hédonické důsledky zahájí v mozku procesy učení, které mimo jiné vedou k ukotvení přidělení hodnoty motivační významnosti k danému zdroji odměny, tedy velikost a významnost odměny, aby mohl organismus porovnávat a vybírat mezi mnoha možnostmi chování a předpovědět kolik energie a úsilí má vynaložit k dosažení cíle (Šustková, 2015).

3.3.2 Proces změny

Porozumění procesu změny nám pomáhá zjistit klíčové vlivy, které podporují změnu a zvyšují nástup, udržení a úspěšné dokončení léčby mezi uživateli návykových látek. Přestože je to komplikované fyzickou a psychickou složkou závislosti, motivace a záměry uživatelů návykových látek představují zlomovou část procesu zotavení a uzdravy. Tudíž hraje motivace důležitou roli v rozpoznání potřeby změny, vyhledání léčby a dosažení úspěšné a trvalé změny pro všechny uživatele návykových látek (DiClemente, Schlundt & Gemmell, 2004).

Vývoj motivace ke změně je proces přirozený, postupný a různě dlouho trvající (Pešek, 2018). Jedinec, který se díky závislosti na návykových látkách ocitl na úplném dně, nemusí vnímat změnu jako jednoznačně pozitivní (Kalina, 2013). Soukup (2014) odlišuje subjektivně vnímanou důležitost změny a důvěru ve své schopnosti ji uskutečnit. Ale pro úspěch změny shledává přítomnost těchto obou charakteristik nezbytnou, a to v dostatečné míře. Millerová (2011) píše, že lidé mají tendenci se měnit kvůli tomu, co mají rádi. Aby mohla být změna zahájena, je zapotřebí určit, co má pacient rád a co by mu pomohlo v rozvíjení motivace - ať ke změně chování či k narušení vzorce návykového chování.

Závislost souvisí s chováním, a chování by tedy mohlo být jádrem každého modelu závislosti. Existují teorie, které se zaměřují na „životní cyklus“ závislosti, tedy od počátku osvojení si určitého chování, rozvoj závislosti až po pokusy o uzdravu a úspěšnost či nezdár takových pokusů. Některé tyto teorie se zaměřují na jednotlivé fáze v procesu změny, jiné se zaměřují na mechanismy, které se podílejí na změně přesvědčení a motivace (West, 2016). Model, který je hojně využívaný ve spojitosti se závislostí (obrázek 2), určuje stav motivace a může napomoci přípravě změny, rozvinuli psychologové Prochaska a DiClemente. Popsali šest fází (prekontemplace, kontemplace, rozhodnutí, akce, udržování a relaps), kterými lidé v průběhu změny procházejí. Odvodili ho od z práce s klienty, kteří chtěli přestat kouřit. Posléze se však rozšířil na celou oblast adiktologie i mimo ni (Kalina, 2013). Toto tzv. „kolo změny“ odráží realitu průběhu změny. Skutečnost, že jedinec projde všemi fázemi několikrát, než dosáhne stability, hodnotí jako zcela běžnou záležitost (Miller & Rollnick, 2004). Oproti lineárním modelům tento cyklický model odráží realitu procesu změny (Kalina, 2015). Rozlišování fází procesu je zásadní i pro terapeuta, který by měl umět pracovat s klientem ve všech stádiích změny a volit vhodné a přiměřené intervence.



Obrázek 2: Cyklický model změny dle Prochasky a DiClementa

Následně budou podrobněji popsány jednotlivé fáze modelu změny dle Prochasky a DiClementa.

1. Prekontemplace

Fáze prekontemplace neboli „před-uvažování“ je vstupními dveřmi do procesu změny. V tomto stádiu daná osoba ještě nezačala o možné změně ani přemýšlet. Nemyslí si, že jeho chování je problémové nebo ho nepovažuje za tak problémové, jak se zdá být pro jeho okolí. (Miller & Rollnick, 2004). Je zde častá externalizace problému, tedy promítání jej do svého okolí. Dalším mechanismem bývá racionalizace, kdy si své chování sám dobře vysvětlí a je přesvědčen, že má vše pod svou kontrolou (Kalina, 2013).

Adiktologický klient nevnímá a nepřipouští si užívání návykových látek jako svůj problém, který by měl řešit. DiClement (2004) tuto skupinu označuje jako „lidi v odporu“ nebo „ti, co popírají svůj problém“, ale udává existenci důvodů pro tuto fázi, a to váhavost, rebelství, rezignace a racionalizace.

„Váhavci“ buď nemají dost znalostí, nebo nechtějí o změně přemýšlet z pouhé setrvačnosti. Neuvědomují si, že jejich chování má dopad na ně samé a lze o tom získat objektivní informace. Spíše váhají, než že bychom řekli, že mají takový odpor ke změně.

Rebelství může být znakem opožděného adolescentního období nebo odrazem nejistoty a strachu. Tito jedinci mají odpor k tomu, aby jim někdo říkal, co mají dělat. Do svého chování vkládají hodně energie a investují též do vlastních rozhodnutí.

Rezignovaní lidé se vyznačují naopak nedostatkem energie a zacílením, než začnou o změně uvažovat.

Racionalističtí jedinci o změně neuvažují, protože jsou si dobře vědomi míry rizika nebo mají spousty důvodů, proč problém není vlastně problém, případně ne pro ně, ale jen pro druhé lidi.

2. Kontemplace

Pokud si člověk problém uvědomí, dostává se do fáze kontemplace. Tato fáze je charakteristická ambivalencí, kdy jedinec uvažuje o změně svého chování, ale zároveň ji odmítá (Miller & Rollnick, 2004).

Adiktologičtí klienti si jsou schopni v této fázi dát do přímé souvislosti některé problémy s užíváním návykových látek. Přestože jejich užívání ještě přináší uspokojení, začínají narůstat pochybnosti o správnosti v tom pokračovat a obavy z následujícího vývoje. Jako pozitiva můžeme uvést například zvládnání nepříjemných emocí, sociální postavení v partě či odkázanost na druhé osoby bez nutnosti pracovat nebo se starat (Kalina, 2013).

Kontemplace bývá často paradoxním momentem v procesu změny. Klient má vůli uvažovat o potížích a možné změně, zároveň je zde ambivalence, která může z této fáze učinit chronickou záležitost. Klient je zde otevřen informacím a srovnává pro a proti. Mnozí čekají na tzv. poslední kapku, která je posune směrem k další fázi. (Miller & Rollnick, 2004).

3. Rozhodování

Tuto fázi Miller a Rollnick (2004) označují jako „okno do krajiny možností, které se otevírá po určitou dobu“. Jedinec může postoupit směrem k činům a proces změny pokračuje dále nebo se vrací zpět do fáze kontemplace. Fáze rozhodování je provázena snahou udělat správné kroky k zastavení problémového chování a k nastoupení na pozitivní cestu. Rozhodnutí a připravenost ke změně neznamena, že je ambivalence zcela pryč.

Adiktologický klient je schopen dávat do přímé souvislosti narůstající nevýhody z užívání návykových látek. Reálně přemýšlí o změně a váží pro a proti jednotlivých možnostech, například léčebných programů (Kalina, 2013).

4. Jednání, aktivní změna

Jedinec se zavazuje k určitému jednání se záměrem realizovat změny v dané problémové oblasti. Obsahem změny bývá nějaká forma léčení nebo terapie.

5. Udržování změny

Lidské myšlení je naplněno pozitivními předsevzetími a nakročeními ke změně, přesto nastalá změna nezaručuje, že u ní zůstane. Je zde potřeba zachovat změnu, které bylo dosaženo. Fáze udržování změny vyžaduje užití jiných dovedností a metod, než bylo zapotřebí pro fázi dosažení změny zpočátku. Vzdání se návykových látek je pouze první krok, po kterém následuje námaha vytrvat ve zmírnění návyku či v abstinenci. Změna

vyžaduje vybudování nového vzorce chování, což však potřebuje určitou dobu. Nové chování se zde pevně usazuje a hrozba návratu ke starým návykům nebo relapsu či recidivě není tak častá a intenzivní (Miller & Rollnick, 2004).

Pro adiktologického klienta je to stádium výzvy obhájit svou schopnost žít bez návykových látek před sebou i před ostatními v okolí v běžném životě. Zásadní význam mají techniky prevence relapsu, změna životního stylu a nalezení způsobu jak žít život bez návykových látek. Nadšení z dosaženého úspěchu se mění v námahu vytrvat (Kalina, 2013).

6. Relaps

Relaps nebo uklouznutí jsou běžné a očekávané události ve snaze změnit dlouhodobý návyk. Může však nastat v jakékoliv etapě tohoto modelu. Úkolem jedince je neuvíznout v této fázi, ale pokračovat na kole změny (Miller & Rollnick, 2004).

3.3.3 Motivace k léčbě závislosti

Cílem léčby závislosti je změna, která přináší zlepšení zdraví a kvality života na nejvyšší možnou úroveň (Kalina, 2003). Připravenost ke změně a připravenost na léčbu jsou sice pojmy příbuzné, avšak ne zcela zaměnitelné (DiClemente, Schlundt & Gemmell, 2004).

Nástup do léčby závislosti obnáší řadu rozhodnutí. Užívání návykových látek často ovlivňuje mnoho oblastí zdraví nebo sociální fungování a někteří jedinci se dostanou do určitého stupně formálního či neformálního nátlaku. Proto mohou být tito jednotlivci po přijetí do léčby často velmi ambivalentní. Pro zaměstnance daného zařízení je tak práce s motivací náročná (Weisner, Mertens, Tam & Moore, 2001). DeLeon (2000, in Kalina, 2013) pokládá motivaci k léčbě jako součást komplexu základních percepce týkajících se léčby, ke kterému patří okolnosti, vnitřní motivace, vhodnost určitého typu léčby a připravenost k léčbě. Jak s motivací, tak s ostatními nezbytnými percepce je zapotřebí v léčbě dále pracovat.

Náhled v léčbě

Užívání návykových látek je doprovázeno mnoha problémy. Náhled na tyto problémy a jejich dopady je nepochybně důležitý a lze říct, že čím víc klienti nahlíží na své problémy, tím jsou k léčbě motivovanější (Miovský & Bartošíková, 2003). Pod pojmem náhled se skrývá uvědomění si příčin, důsledků a souvislostí vlastního jednání ve zdraví i nemoci. Lze ho rozlišovat ve čtyřech rovinách. Za prvé jako uznání existence vlastního problému - psychologického onemocnění, tedy závislosti. Za druhé jako uvědomění si příčin a souvislostí při vzniku a udržování závislosti, a z ní vyplývajícího problémového chování. Za třetí jako uvědomění si vlastního přičinění na problémech a na jejich možném řešení a za čtvrté jako rozpoznání hlubokých nevědomých kořenů vlastních postojů, cílů a motivů (Kalina et al., 2001). Náhled může aktivizovat klienta ve směru uskutečnění změny a patří tedy mezi

důležité cíle práce se závislími osobami. Avšak přítomnost náhledu není nutnou podmínkou ke změně, naopak můžeme náhled vnímat jako výsledek změny. V některých případech jedinec nemusí mít náhled na určitý aspekt svého chování, ale v jiné oblasti si problémy uvědomuje a chce je řešit.

V praxi se někdy stává, že za náhled je označeno to, zda klient uznal to, co chtějí pracovníci služeb, aby uznal. Hojně používaný výrok, že je klient bez náhledu, může znamenat, že věci nevidí tak, jak je vidí pracovník či pracovníci. Přesto je náhled v práci s motivací důležitý a má své místo, ale neměl by sloužit jako nástroj k hodnocení klientů (Soukup, 2014).

Motivace ke zdoání závislosti se během času mění. Zpočátku člověk o abstinenci nestojí, léčit se nechce, ale postupně narůstají problémy a roste tzv. negativní motivace. Závislost však nezmizí, pouze slábne a je nutné udržovat motivaci přiměřeným doléčováním. Pokud se někdo nedoléčuje, motivace slábne rychleji než samotná závislost a hrozí recidiva Nešpor (2013).

Popření a přijetí závislosti

Rozpoznání vlastní závislosti je první podstatný krok v léčbě. Na počátku uzdravování závislého člověka mnohdy dominuje popírání. Závislý člověk nechce vidět rozsah potíží, které má, obelhává sám sebe i druhé. Se svým pocitem viny a zlostí se vypořádává bagatelizací, což je varianta popření. Závislý člověk musí poznat, že je opravdu nemocný. „Obvykle“ je k tomu zapotřebí mnoha recidiv, detoxifikací a odvykání, aby jedinec nahlédl, že je nemocný. Avšak není samozřejmostí, že člověk, který poznal, že je nemocný, svou nemoc také přijme. Pro mnoho závislých lidí je naopak velmi obtížné akceptovat nemoc. Proto má krok od nahlédnutí nemoci k jejímu přijetí mimořádný význam (Röhr, 2015).

Součástí tradičního modelu závislosti a její léčby byl odpor k terapii a špatná spolupráce považována za popření. Dobiášová a Broža (2003) uvádí posun v tomto nazírání a nabízí jiná hlediska. Popření může být považováno za odraz rozdílu mezi pacientovým a terapeutovým definováním problému nebo lze popření rozumět jako ambivalenci ve vztahu ke změně v závislém chování, protože poměr zisků a ztrát vyplývajících ze změny se během času mění.

Motivovanost vs. nemotivovanost

Motivovanost klienta může terapeut posuzovat podle různých znamení, která se vyskytují v jeho chování, například souhlas, akceptace nebo touha po pomoci. Opačné projevy může terapeut hodnotit jako nemotivovanost. Ale pouhá verbalizace motivovanosti ze strany pacientů nezaručuje, že se skutečně ve svém chování změní a změnit chtějí (Miller & Rollnick, 2004).

O motivaci lze také přemýšlet jako o pravděpodobnosti, že se zvolené chování vyvine určitým směrem. To znamená, že člověk nastoupí na cestu, v našem případě na léčbu, bude v ní pokračovat a bude dodržovat postup vedoucí ke změně. Terapeut má tedy motivovat, zvyšovat pravděpodobnost, že klient bude následovat cestu ke změně. Nemá smysl obviňovat klienty za nemotivovanost (Miller & Rollnick, 2004).

Davies (1884, in Saunders, Wilkinson & Towers, 1999) zdůrazňuje, že všichni uživatelé návykových látek jsou motivovaní a mnozí z nich velmi silně. Ale někdy v tom smyslu, že chtějí pokračovat v užívání. Prohlášení, že klient nemá motivaci, nazývá jako proklínající označení. Rozhodnutí pokračovat v užívání, i když existují kontraindikace nebo volba zůstat v klidu po celý den, jsou motivované chování, ačkoli to může okolí dráždit (Saunders & Wilkinson, 1990). Saunders, Wilkinson a Towers (1999) se přiklání k tezi, že „nemotivované“ chování neexistuje, přesto si kladou klíčové otázky, kam tato motivace směřuje nebo které z rozhodnutí našeho nedokonalého, zmateného a ustrašeného člověka bude tou nejvhodnější volbou.

Ambivalence v léčebném procesu

Ambivalence klientů by neměla být terapeuti považována za něco škodlivého, co je potřeba odstranit (Miller & Rollnick, 2004). Ambivalence je prožitek při rozhodování, je přirozenou součástí procesu změny a předchází každou záměrnou změnu. Jakékoliv rozhodování je doprovázeno prožíváním rozporu mezi současným stavem a představou stavu změněného. Lidé mnohdy volí k dosažení svých cílů a potřeb nebezpečné nebo nevýhodné způsoby chování. Přesto jakkoli nepochopitelné chování pro okolí daného jedince má pro tuto osobu dobrý důvod. Lze tedy například porozumět důvodům uživatelů návykových látek, kteří užívají, aby nebyli sami nebo squaterům, kteří radši zůstávají „na ulici“, a zachovávají si tak pocit vlastní autonomie (Soukup, 2014).

Při práci s ambivalencí by se terapeuti měli vyhnout přesvědčování klienta, že by měl se svým problémem něco učinit a měl by se změnit. Jejich častá reakce na toto sdělení je argumentace důvodů, proč se změnit nedokážou či nemohou (Miller & Rollnick, 2004).

K probrání ambivalence a k tomu, aby si klient byl schopen sám uvědomit, jaké existují důvody, kvůli kterým by měl změnu podstoupit, slouží právě motivační rozhovory. Terapeut by neměl tlačit klienta k tomu, aby se své ambivalence vzdal a rozhodl se pro změnu, kterou považuje za vhodnou někdo z jeho okolí nebo terapeut. Důležitý je také dostatečný časový prostor, aby si jedinec mohl promyslet svou situaci a zvážil, zda se o změnu pokusí. A odpovědnost za toho rozhodnutí musí nést klient (Miller & Rollnick, 2004).

3.3.4 Motivační trénink

Motivační rozhovor je velmi dobře známou, vědecky testovanou metodou poradenství klientům a je považována za užitečnou intervenční strategii při léčbě životního stylu a onemocnění (Rubak, Sandboek, Lauritzen & Christensen, 2005). Koncept motivačního rozhovoru se vyvíjel ze zkušeností s léčbou alkoholismu a poprvé byl popsán Millerem v roce 1983. Tato základní zkušenost byla vyvinuta do koherentní teorie a podrobný popis klinického postupu byl popsán Millerem a Rollnickem (Rubak, Sandboek, Lauritzen & Christensen, 2005). Ti definují motivační rozhovor jako speciální metodu, která napomáhá jedincům poznat svůj existující či blížící se problém a něco s ním udělat. Metoda je zaměřená na překonání ambivalence a na pomoc člověku postoupit v cestě ke změně. (Miller & Rollnick, 2004). Terapeuti pracující v pomáhajících profesích by měli chápat počáteční a průběžné intervence zaměřené na posílení motivace jako integrální součást léčby a svého profesionálního výkonu (Dobiášová & Broža, 2003).

V základu motivačních rozhovorů stojí a je nezbytným předpokladem postoj úcty a respektu k základní hodnotě člověka a jeho autonomii. Dále důvěra v lidský potenciál, ve schopnost růst a rozvíjet se pozitivním směrem. Tímto dokládá, že motivační rozhovory představují v zásadě humanistický směr. Přestože využívají nejrůznější techniky a strategie jak ovlivňovat motivaci. Propojují především prvky přístupu zaměřeného na klienta, kognitivně – behaviorální terapie a znalosti z dalších oblastí psychologie (Soukup, 2014).

Cílem motivačních tréninků je dosahování změn směrem k bezpečnějšímu, úspěšnějšímu a šťastnějšímu životnímu stylu. V rámci adiktologie se může jednat jak o přístupy harm reduction, tak o cílenou trvalou abstinenci. Společně stanovené cíle se mohou týkat oblasti celkového zdraví, sociálních kontaktů, bydlení, zaměstnání či konfliktů se zákonem. Pojmenovat problémy a hledat cíle by měl sám klient, terapeut či jakýkoliv jiný pracovník v přímé práci s lidmi by měl podporovat a usnadňovat proces nebo udržení změny (Dobiášová & Broža, 2003).

Miller a Sanchez (1991, in Miller & Rollnick, 2004) popsali akronymum FRAMES, které v sobě ukrývá šest zásad, jež by měl efektivní motivační přístup terapeutů obsahovat.

Feedback – zpětná vazba

Zpětná informace o riziku nebo poškození, tedy seznámení se svým tělesným a psychickým stavem.

Responsibility – odpovědnost

Důraz na osobní odpovědnost za změnu chování.

Advice – rady

Jasná a objektivní rada, jakým způsobem může změny dosáhnout nebo čeho se má vyvarovat.

Menu – nabídka možností

Nabídka alternativních možností změny a různých strategií. Klient si volí sám, kterou metodu chce použít. Tím se zvyšuje jeho pocit svobody při rozhodování o dalším průběhu.

Empathy – empatie

Empatie je jedním z efektivních prediktorů pozitivního terapeutického vztahu. Terapeutovo vyjádření pochopení, porozumění a respektu výrazně ovlivňuje motivaci klientů a jejich zapojení během spolupráce.

Self-efficacy – důvěra ve vlastní schopnosti

Zvyšování klientovy sebe-účinnosti nebo optimismu. Terapeut poskytuje klientovi naději, optimismus a důvěru v sebe sama, že své problémy dokáže úspěšně zvládnout. Při zvyšování klientova sebevědomí musí sám terapeut věřit, že se klient dokáže změnit a své problémy zvládne.

Zároveň by terapeuti měli při práci s motivací využívat otevřené otázky, potvrzování kladných postojů, reflektující naslouchání, shrnování a vytváření prostoru pro klientovu sebemotivaci (Kalina, 2013).

Intervence dle fází kola změny

Klienti adiktologických služeb se mohou nacházet v kterémkoliv místě na kole změny. Úkolem terapeutů je prvotně se zorientovat, jak na tom klient je a potom mu náležitě pomoci (DiClement, 2004). Měli by vycházet z možností klienta a navrhopvat, podporovat a motivovat ho k takovým cílům, které odpovídají danému stádiu jeho motivace. Důležité je nepředbíhat na kole změny, což by mohlo klienta odradit, demoralizovat nebo by se mohl přizpůsobit záměrům a přání terapeuta, s nimiž by se však neztotožnil a posléze z jejich plnění odstoupil. A naopak také není vhodné nechat klienta nadměrně dlouho bez podnětů k dosažení dalšího stadia (Kalina, 2013).

1. Prekontemplace

Zde je úkolem probrat s dotyčným jedincem jeho současnou životní situaci, vzbudit v něm pochybnosti, zda je vše opravdu v pořádku a poskytnout mu informace, které mu ukážou na možný problém. Hlavním cílem je převést ho do dalšího stadia (Miller & Rollnick, 2004).

Na adiktologické půdě zde není účelné motivovat klienty k abstinenci nebo k jakékoliv závažnější změně. Zásadní strategií je udržet kontakt a rozvíjet ho. Terapeut by měl

klienta navést, aby si sám pokládal otázky o souvislostech svého užívání návykových látek, o rizicích a o reálných schopnostech své chování kontrolovat. Intervence by měly být podpořeny akceptujícím, nehodnotícím a neodsuzujícím přístupem. Je zde prostor k nabídnutí služeb s přístupem harm reduction (Kalina, 2013).

2. Kontemplace

V této fázi je úkolem terapeuta pomoci klientovi zvážit všechna pro a proti změně. Zároveň podpořit argumenty pro změnu a poukázat na rizika, pokud ke změně nedojde. Dále ho podpořit a přesvědčit, že je dané změny schopen dosáhnout (Miller & Rollnick, 2004).

Terapeut zde musí rozpoznávat překotná rozhodnutí klienta a čelit jim. Častá situace, kdy klient verbalizuje touhu po nástupu k léčbě závislosti, terapeut ihned zareaguje s výčtem možných zařízení ze systému péče, ke kterému se klient přikloní a nastává pomyslný dialog o něčem, co ještě nemůže nastat (Kalina, 2013).

3. Rozhodování

Úkolem terapeuta v této fázi je pomoci klientovi vytvořit reálný plán k dosažení změny a využít žádoucí metody či strategie, jak změny dosáhnout. Jde tedy o stanovení cílů a zároveň cest k jejich dosažení (Miller & Rollnick, 2004).

V závislostní problematice je ideálním příkladem na konci této fáze konec předléčebné péče a nástup klienta do léčby (Kalina, 2013).

4. Jednání

Terapeut by zde měl klientovi poskytovat podporu, rady a zpětné vazby při uskutečňování pozitivní změny (Miller & Rollnick, 2004).

Kalina (2013) u této fáze upozorňuje na vysokou četnost předčasného vypadnutí adiktologických klientů z léčby a na nutnost zvláštní pozornosti k tomuto úkazu. Vypadnutí z léčby je hojně spojeno s relapsem. Zklamání z neúspěchu či selhání může vést klienta k vyhýbání se prostředí, které je se změnou spojené. Proto je nutné tohoto klienta ihned po předčasném vypadnutí navázat někde znovu (Kalina, 2013).

5. Udržení změny

Zde by měl terapeut klienta podporovat v jeho úsilí, motivaci a zaměřit se na metody prevence relapsu (monitorování a sebemonitorování, vyhýbání se rizikovým situacím, místům a kontaktům) a upevňování přiměřeného životního stylu (Kalina, 2013).

6. Relaps

Hlavním úkolem terapeuta je zvládnout psychologickou reakci na selhání, zabránit demoralizaci a uvíznutí klienta v této fázi (Miller & Rollnick, 2004).

3.4 Nástroje měření motivace

Klienti užívající návykové látky mohou mít společnou diagnózu závislosti, ale mají individuální profily příčin jejich užívání, sebeúčinnost k abstinenci, očekávání a motivaci k nástupu do léčby a k abstinenci (Miller, 2009).

Motivace je multidimenzionální více rozměrná doména, proto ji nelze měřit jedním nástrojem nebo škálou. Způsoby měření jsou zaměřené na jednotlivé dimenze motivace, jako je například vlastní účinnost, připravenost ke změně, motivace k užívání návykových látek či cíle a hodnoty (Miller, 2009). Pro hlubší porozumění motivace a její role při léčbě je zapotřebí kvalitnější měření, častější hodnocení, důkladnější porozumění dílčích etapových úkolů a jejich roli k připravenosti a úspěšnosti změny (DiClemente, Schlundt & Gemmell, 2004).

Účelem měření komponentů motivace je pomoci při posuzování, kde jsou klienti z hlediska motivačních úrovní a zároveň pomoci aplikovat motivační principy a vhodné strategie pro různé fáze změny. Při použití těchto hodnocení na začátku léčby mohou získané informace sloužit jednak jako referenční předpoklad fungování (zapojení) klientů vstupujících do léčby závislosti nebo jako vodítko k oblasti či oblastem, ve kterých potřebují pomoci (Miller, 2009).

Vzhledem k velkému množství možných nástrojů se do klinické praxe doporučuje zvážit aktuální stav klientů, časové nároky, dostupnost, náklady a rozhodnutí, které nástroje hodnocení mohou maximálně informovat případovou konceptualizaci a plánování léčby (Miller, 2009).

Jednotlivé nástroje měření dle dimenzí motivace

Sebeúčinnost

Sebeúčinnost je důležitým prediktorem výsledků léčby. Jednotlivci mají velmi rozdílnou úroveň důvěry v sebe sama. Dotazníky směřující ke zjištění úrovně důvěry schopnosti změnit se a abstinovat od návykových látek požadují od respondentů, aby vyhodnotili, jak jsou jisté situace riskantní a odhadli jejich důvěru v to, jak dobře by se vyhnuly pokušení užít látky v těchto situacích (DiClemente et al., 1994). Příkladem je *The Situational Confidence Questionnaire (SCQ)*, *The Brief Situational Confidence Questionnaire (BSCQ)* nebo *The Alcohol Abstinence Self-Efficacy (AASE)* (Miller, 2009).

Připravenost ke změně

Dále byly vyvinuty nástroje měření připravenosti ke změně, tedy jak klient sám posuzuje svou připravenost se změnit a byly inspirovány modelem fází změn. Připravenost leží na kontinuu kroků nebo etap a může se rychle měnit, někdy i ze dne na den. Jak je již výše

vedeno, v závislosti na stupni připravenosti nebo fázi změny bude nutné volit vhodné a efektivní strategie motivačních intervencí (Miller, 2009). Příkladem je *The Readiness Ruler*, hojně používaná a citovaná škála *University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA)*, *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)* nebo *Readiness To Change Questionnaire (RCQ)* (Miller, 2009).

Vyvažované rozhodování

Vyvažované rozhodování znamená, jak klient vnímá zisky a ztráty způsobené svým dosavadním chováním. Tyto nástroje zkoumají pozitivní a negativní aspekty určitého chování. Zaměřují se tedy na přínosy daného chování a na jejich změnu. Umožňují jedincům zhodnotit dopady jejich chování a více je informují o možnostech změny. Stupnice může být použita ke zdůraznění nevýhod klientova užívání, ke snížení jeho vnímaných odměn, zhodnocení výhod a k identifikaci překážek ke změně. Do této skupiny nástrojů patří *Alcohol and Drug Consequences Questionnaire (ADCQ)*. Dále sem patří rozhodovací vyvažovací cvičení, která vyvinul Sobell a kolegové, aby pomohla jednotlivcům identifikovat pozitiva a negativa užívání návykových látek. Jedná se o proces kognitivního hodnocení často spojeného s vlastními změnami (Sobell et al., 1996b). Takové účelné porovnání nevýhod a přínosů zřejmě usnadňuje rozpoznání a řešení souvisejících problémů. Jednotlivec, který má zájem o změnu chování si sepíše výčet výhod a nevýhod ke změně do paralelních sloupců (Miller, 2009).

Motivace k užívání návykových látek

Znalost očekávání klientů ohledně účinků látek může pomoci pochopit důvody pro chování založené na látce. Klienti, kteří očekávají pozitiva z užívání návykových látek ve většině situací, pravděpodobně budou nadále užívat na stejné úrovni, dokud nedojde k perspektivní změně. Na základě očekávání klientů lze zjistit nesrovnalosti mezi jejich chováním a vybrat strategie, které jim pomohou řešit důvody jejich užívání. Používá se *Alcohol Expectancy Questionnaire (AEQ)* nebo *Alcohol Effects Questionnaire* (Miller, 2009).

Cíle a hodnoty

Klienti přichází s různými, individuálními cíli a očekáváními. Z motivačního hlediska by se terapeuti měli snažit jejich cílům porozumět a také zjistit, čeho si v životě váží a jaké mají hodnoty. V klinické praxi lze cíle a hodnoty zjišťovat prostřednictvím rozhovoru za pomoci otevřených otázek. Lze také použít dotazník *What I Want From Treatment*. O měření obecných hodnot existuje rozsáhlá literatura. Například *The Study of Values Questionnaire developed*. Často se používá třídění a upřednostňování karet se širokou škálou hodnot (Miller, 2009).

4. Detoxifikace

Většina závislých není schopna dospět k vyabstinování bez odborné pomoci. Prvním krokem léčby závislosti proto bývá právě detoxifikace (Röhr, 2015).

Prvotně vysvětlíme rozdíl mezi pojmy, které se často zaměňují, a to detoxikace a detoxifikace. Detoxikace neboli „vystřízlivění či vyčištění se“ je kompletní zbavení organismu toxické látky po intoxikaci. Detoxifikace je přímo léčebná metoda s cílem zastavit užívání drogy a minimalizovat symptomy odvykacího stavu a riziko poškození (Kalina, 2001).

Standardy odborné způsobilosti (Libra, 2015) definují detoxifikaci ve své speciální části jako léčebnou péči poskytovanou pro předcházení a léčení stavů spojených s přerušáním či vysazením užívání návykové látky. Jedná se o péči poskytovanou v případě, že nejsou primárně ohroženy vitální funkce organismu. Služba je registrována jako zdravotní a je součástí komplexního systému péče v působnosti jedné organizace nebo funguje jako součást lůžkového zdravotnického zařízení, případně zcela samostatně s funkční provázaností na další odborná zařízení nebo organizace.

4.1 Detoxifikační jednotky

Detoxifikační jednotky patří do systému léčebné péče o závislé na návykových látkách. Tyto jednotky či stanice jsou především určeny těm pacientům, pro které by detoxifikace v domácím prostředí či bez odborné péče/dohledu mohla být nebezpečná. Detoxifikační stanice jsou tedy určeny ke zvládnutí intoxikací návykovou látkou a odvykacích stavů, které nevyžadují intenzivní zdravotní péči na jednotce intenzivní péče nebo na anesteziologicko-resuscitačním oddělení (Nešpor, 2003).

Mohou být součástí zařízení pro léčbu závislosti, nebo představují samostatnou jednotku v nemocničním komplexu. Další alternativou, která se u nás neprovádí tak často jako v jiných zemích, je detoxifikace v domácím prostředí poskytovaná ambulantními službami (Nešpor, 2003). Ambulantně jsou detoxifikováni nejčastěji klienti substitučních programů (Kalina, 2008). Podmínkou této varianty bývá relativně stabilní sociální situace, dobrý zdravotní stav, syndrom z odnětí návykové látky, který neohrožuje klienta na životě a v ideálním případě je také vhodná spolupráce rodinných či blízkých příslušníků (Nešpor, 2003).

Na detoxifikačních jednotkách je v indikovaných případech v souladu s platnou legislativou také možná nedobrovolná hospitalizace. Například při soudně nařízené ochranné ústavní léčbě, při splnění kritéria nebezpečnosti sobě či okolí pro duševní nemoci nebo například při policejní detoxifikaci. V tomto případě existuje standardní

postup hlášení, dokumentace a řešení postupu péče o pacienta. O procesu je vedená podrobná dokumentace. Postup hlášení a dokumentace nedobrovolné hospitalizace je zpracován v písemné podobě. Přesná pravidla pro nedobrovolnou hospitalizaci a omezení v lůžku určuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (Libra, 2015).

Doba, kterou detoxifikace vyžaduje, je závislá na typu užívané látky, zdravotním stavu klienta a dalších faktorech. V lůžkových zdravotnických zařízeních trvá zpravidla od několika dní do cca 14 dnů. Dle nejaktuálnějších informací státního zdravotnického úřadu byla v roce 2016 průměrná ošetrovací doba všech detoxifikovaných pacientů 13,0 dne (Nechanská, 2017).

Personální tým

Program detoxifikačních stanic je řízen vedoucím lékařem s příslušnou kvalifikací, což splňuje lékař s atestací 1. stupně z psychiatrie s uznanou odbornou způsobilostí ČLK, nebo se jedná o lékaře s atestací 1. a 2. stupně z psychiatrie, lékaře se základní, nebo nadstavbovou atestací v oboru návykové nemoci, či lékaře s atestací v základním oboru a certifikovaným kursem v oboru návykové nemoci. Ostatní členy týmu tvoří další lékaři, všeobecné sestry, adiktologové, sociální pracovníci, terapeuti a všeobecní sanitáři (Libra, 2015). Vzhledem k náročnosti práce je potřeba, aby všichni členové týmu byli podporováni v supervizi a v dalším vzdělávání (prohlubování a zvyšování kvalifikace) (Richterová Těmínová, 2008).

Přístupy a metody používané při detoxifikaci

Dvořáček (2003) uvádí, že uspořádání detoxifikačních programů se v konkrétních zařízeních může lišit, ale v každém se v různé intenzitě kombinují následující tři základní přístupy:

- 1) *Zdravotnický přístup*, který zahrnuje například farmakoterapii, ošetrovatelskou péči či laboratorní vyšetření. Záměrem je především mírnění odvykacích příznaků, zabránění rozvoji dalších komplikací, zhodnocení celkového stavu pacienta a případné zahájení léčby jiných souběžných zdravotních potíží.
- 2) *Psychoterapeutický přístup*, který je zaměřený na navázání terapeutického vztahu a zároveň na podporu motivace k pokračování terapie i po odeznění nejtěžších odvykacích příznaků. Využívá se především podpůrná psychoterapie, motivační trénink, relaxační techniky a rodinná terapie (Kalina, 2003).
- 3) *Přístup sociální práce*, který je zaměřený na řešení nejnaléhavějších sociálních problémů, zprostředkovává kontakt s úřady a také dojednává následnou léčebnou péči po detoxifikaci (někde již tuto funkci zaštiťují adiktologové).

Kalina (2003) zahrnuje k základním prostředkům a metodám ještě *strukturovaný program*, tedy aktivity zahrnuté do denního režimu, v němž jsou jasně definovaná pravidla. Účastní se ho každý pacient s přihlédnutím k jeho možnostem a zdravotnímu stavu. Dopomáhají strukturovat průběh dne, mohou ovlivnit postoje pacienta ke změně životního stylu a prohloubit či získat jeho motivaci k dalšímu léčení. Zároveň umožňuje pacientům smysluplnou náplň dne a mobilizaci k nějaké aktivitě. Do programu bývají zahrnuty různé formy intervence, například edukační činnosti, motivační trénink, pracovní aktivity nebo pohybové (sportovní) aktivity (Libra, 2015).

Komplikace detoxifikace

Hospitalizaci na detoxifikační jednotce mohou bohužel doprovázet některé komplikace. Nešpor (2003) zmiňuje předčasné ukončení ze strany pacienta (tzv. negativní reverz), průnik návykových látek na oddělení, propuknutí toxické psychózy nebo jiné závažné duševní poruchy, zanedbané tělesné onemocnění, závažné sociální problémy a v neposlední řadě i nedostatečná či slabá motivace.

Po detoxifikaci často mění závislý jedinec postoj k potřebě následné léčby. Odezní abstinenci příznaky, zmizí žádostivá potřeba návykové látky, zotavuje se tělesný stav a jedinec podléhá iluzi, že nemoc (závislost) už neexistuje a je zdravý (Röhr, 2015).

4.2 Motivy k detoxifikaci

Motivů či důvodů k detoxifikaci existuje více. Cílovou skupinou, pro kterou jsou detoxifikační jednotky určeny, jsou primárně uživatelé návykových látek motivovaní k detoxifikaci s různě vyjádřenými odvykacími příznaky (Libra, 2015). Avšak důvody, proč chtějí klienti nastoupit k detoxifikaci, jsou mnohdy různé. Nešpor (2003) uvádí, že detoxifikace sama o sobě není u většiny klientů postačující intervencí a jako časté okolnosti k nástupu k detoxifikaci uvádí následující:

- Příprava na následnou odvykací léčbu závislosti.
- Nebezpečnost pacienta/klienta sobě nebo okolí z důvodu intoxikace nebo odvykacímu syndromu.
- Snaha snížit toleranci vůči droze (například z finančních důvodů/nákladů).
- Sociální důvody, sociální tíseň, kdy uživatelé nemají zájem o léčbu ani abstinenci a detoxifikaci berou jako možnost mít kde bydlet, dostat teplé jídlo nebo příslušné léky.
- Diferenciální diagnostika, tedy potřeba rozhodnutí, zda se jedná o intoxikaci, toxickou psychózu nebo jiné duševní onemocnění.
- Zvláštní důvody, například brzký nástup k VTOS nebo vycestování závislého cizince.

Některé detoxifikační jednotky jsou ochotny přijímat pouze klienty, kteří mají zajištěnou následnou léčbu. Kalina (2003) však uvádí potřebu brát za legitimní i důvody snížení tolerance vůči droze či si na nějaký čas od drog odpočinout, jelikož i když není klient motivovaný k abstinenci, chová se podle zásad harm reduction.

Motivační rozhovory v době detoxifikace

Období detoxifikace může být velmi vhodnou dobou pro vybudování motivace a závazku. Proces práce s motivací by se měl táhnout po celé období detoxifikace. I s ohledem na možné narušení poznávacích schopností některých klientů během detoxifikace mohou být rané intervence pro určité jednotlivce velmi užitečné. Popud ke změně během tohoto období může být u některých klientů výrazně naléhavý, protože mohou prožívat značně nepříjemné stavy a pocity. V opačném případě závazky rozhodnuté v počátku detoxifikace nemusí vydržet (Miller & Rollnick, 2004).

4.3 Síť rezidenčních programů detoxifikace v České republice

Dle výroční zprávy Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti byla detoxifikace od návykových látek v roce 2017 poskytována 35 lůžkovými zařízeními. Z toho ve 14 psychiatrických nemocnicích/léčebnách, v 6 fakultních nemocnicích a v 15 nemocnicích akutní péče. Vyčleněná lůžka k detoxifikaci byla hlášena v celkovém počtu 223 v 15 lůžkových zařízeních. V ostatních 20 lůžkových zařízeních detoxifikovali pacienti na různých odděleních bez vyčleněných lůžek pro tyto účely. Karlovarský kraj je jediným krajem, kde nebyla poskytnuta možnost detoxifikace.

Počet hospitalizací pro detoxifikaci od návykových látek za rok 2017 bylo celkem 10 186, z nichž 29 % tvořily ženy a více než 5 % bylo dětí a mladistvých ve věku do 20 let. Více jak polovina (59 %) v počtu 5931 všech pacientů hospitalizovaných pro detoxifikaci (ať už na vyčleněných či nevyčleněných detoxifikačních lůžkách) byla od alkoholu. Ve zbylých 4255 (tedy 41 %) se jednalo o detoxifikaci od nealkoholových drog. Z toho od kombinace dvou a více látek 1860, od stimulantů 1034 a od opioidů 322 pacientů (Mravčík, et. al., 2017).

Detoxifikace ve vězení

Detoxifikace je dostupná také ve věznicích. V průběhu roku 2016 ji v České republice provádělo celkem 6 věznic, léčbou akutních odvykacích stavů prošlo 194 osob (z toho 141 mužů). Většinu detoxifikovaných představovali uživatelé opioidů (Mravčík, et. al., 2016).

Seznam poskytovatelů lůžkových detoxifikací v České republice

Na aktuálních webových stránkách (2018) Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti jsou uvedeny následující poskytovatelé rezidenční detoxifikace:

Dětské a dorostové detoxikační centrum, Nemocnice Milosrdných sester sv. K.
Boromejského (Pod Petřínem)

Klinika adiktologie - Apolinář při Všeobecné fakultní nemocnici

Léčebna návykových nemocí Nechanice

Krajská zdravotní Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem

Psychiatrická nemocnice Bohnice

Psychiatrická nemocnice Brno Černovice

Psychiatrická klinika při Fakultní nemocnic Brno Bohunice

Psychiatrická klinika při Fakultní nemocnici Plzeň

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr

Psychiatrická léčebna v Jemnici – PATEB s.r.o.

Psychiatrická léčebna Šternberk

Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod

Psychiatrická nemocnice Kosmonosy

Psychiatrická nemocnice v Kroměříži

Psychiatrická nemocnice Marianny Oranžské – Bílá Voda

Psychiatrické oddělení při Fakultní nemocnici Ostrava

Psychiatrické oddělení při Krajská nemocnici Liberec

Psychiatrické oddělení při Nemocnici Nové město nad Metují – Oblastní nemocnice
Náchod

Středisko sekundární prevence a léčby závislosti při Vojenské nemocnici Olomou

5. Výzkumné cíle a otázky

Prvním cílem diplomové práce je zmapovat motivaci k léčbě závislosti na návykových látkách pacientů dobrovolně hospitalizovaných na detoxifikačním oddělení v Psychiatrické nemocnici Kosmonosy.

Druhým cílem je popsat charakteristiku těchto pacientů, popsat rozdíly v jejich motivaci a porovnat jejich motivaci z hlediska sociodemografických údajů, preferenčních návykových látek, zkušeností s léčbou závislosti a případných komorbidit.

Třetím cílem je na základě zjištěných výsledků identifikovat typologii pacientů, vykazujících určitá opakující se specifika ve vztahu k motivaci a vytvořit návrh případných změn v terapeutickém programu na oddělení detoxu.

Za účelem splnění cílů byly stanoveny následující výzkumné otázky:

- 1) Jaká je motivace k léčbě závislosti pacientů na oddělení detoxu v PNK?
- 2) Jaká je charakteristika těchto pacientů z hlediska sociologickodemografických údajů, preferovaných návykových látek a absolvovaných léčeb?
- 3) Jaké jsou rozdíly v charakteru motivace k léčbě závislosti těchto pacientů?
- 4) Jaké změny v terapeutickém programu je možné navrhnout v návaznosti na získané výsledky?

6. Výzkumný soubor

Základní soubor tvořili všichni pacienti nastupující k léčbě na detoxifikační oddělení v České republice od dubna do prosince v roce 2018.

Výběrový soubor byl sestaven z pacientů detoxifikačního oddělení K20 v Psychiatrické nemocnici Kosmonosy pomocí metody záměrného výběru přes instituci. Tento způsob výběru je výhodný z časového hlediska a z hlediska nákladů. Ale má i svá omezení, jelikož jedinci v tomto zařízení představují jen část škály osob z dané cílové skupiny a výběr vzorku tak může být díky tomu zkreslený (Miovský, 2006).

Kritéria pro zařazení respondentů do výzkumu byla stanovena následovně:

- starší 18 let
- bez somatických a psychických komplikací
- souhlasí se zapojením do výzkumu

Důvodem pro tento účelový výběr bylo autorovo působení zaměstnance (adiktologa) na oddělení D20 a skutečnost, že se jedná o jediné detoxifikační zařízení ve Středočeském kraji (Mravčík et. al., 2017).

Oddělení detoxu K20 v Psychiatrické nemocnici Kosmonosy

Detox K20 (dle Kotková, 2016) vznikl v září v roce 2008 v rámci PNK, která je akreditována Spojenou akreditační komisí. Detox je certifikovanou službou a podílí se na stabilitě sítě služeb pro závislé na návykových látkách ve Středočeském kraji i celé České republice. Spolupracuje s různými léčebnými i sociálními institucemi v rámci celé republiky. Posláním oddělení je poskytnout detoxifikaci podle individuálních potřeb se zajištěním profesionálního, lidského a vstřícného přístupu respektujícího osobnost každého jedince, podílením se na obnově fyzického a psychického zdraví a podpory rozhodnutí pacientů ke změně ve vztahu k užívání návykových látek a jejich motivaci ke změně.

Oddělení je koedukované pro pacienty od 15 let s celorepublikovou působností. Kapacita zařízení je 9 lůžek (6 mužských, 3 ženská). Pacienti jsou přijímáni po předběžném kontaktu (osobním, telefonickým, elektronickým, písemným). Nejčastěji přichází z domácího prostředí, ale i z ulice či ze zdravotnického nebo sociálního zařízení. Detoxifikace je poskytována celoročně a péče o pacienty je nepřetržitá. Minimální doba hospitalizace je obvykle týden, průměrná délka pobytu je 14 dní. Délka detoxifikace se odvíjí od typu užívané návykové látky, délky užívání a zvolených postupů k vysazení návykové látky (tj. substituce, bez substituce, postupné vysazování), vylučování této látky a také podle komplikací souvisejících s psychickým či somatickým stavem pacienta. V průběhu detoxifikace běžně neprobíhají návštěvy ani telefonáty, případnou výjimku povoluje primář či lékař detoxu.

K detoxifikaci jsou přijímáni pouze pacienti se sjednanou následnou léčbou (pobyty v psychiatrických nemocnicích a léčebnách, terapeutických komunitách, denních stacionářích, návaznou ambulantní péčí psychiatrickou, psychologickou, psychoterapeutickou, adiktologickou a ambulantním poradenstvím). Po skončení hospitalizace pokračují primárně přímo do daného zařízení. Péče o pacienta je plně hrazena ze zdravotního pojištění.

Režimový program detoxu K20 tvoří aktivity skupinové i individuální vedené multidisciplinárním týmem zastoupeným zdravotními sestrami, lékaři, psychologem, adiktologem, pracovním terapeutem a sociálním pracovníkem. Každý den zahajují pacienti individuální vizitou, kde mají prostor k řešení všech svých obtíží, potřeb a přání. Dalším stěžejním bodem je ranní a večerní komunita, kde pacienti hodnotí průběh dnů, svůj aktuální stav, pocity a seznamují se s denními aktivitami. Během dne se využívají také (dle stavu pacientů) různé formy terapie – skupinová a individuální psychoterapie, pracovní terapie, edukace, trénink kognitivních funkcí, sportovní činnosti, relaxace či muzikoterapie.

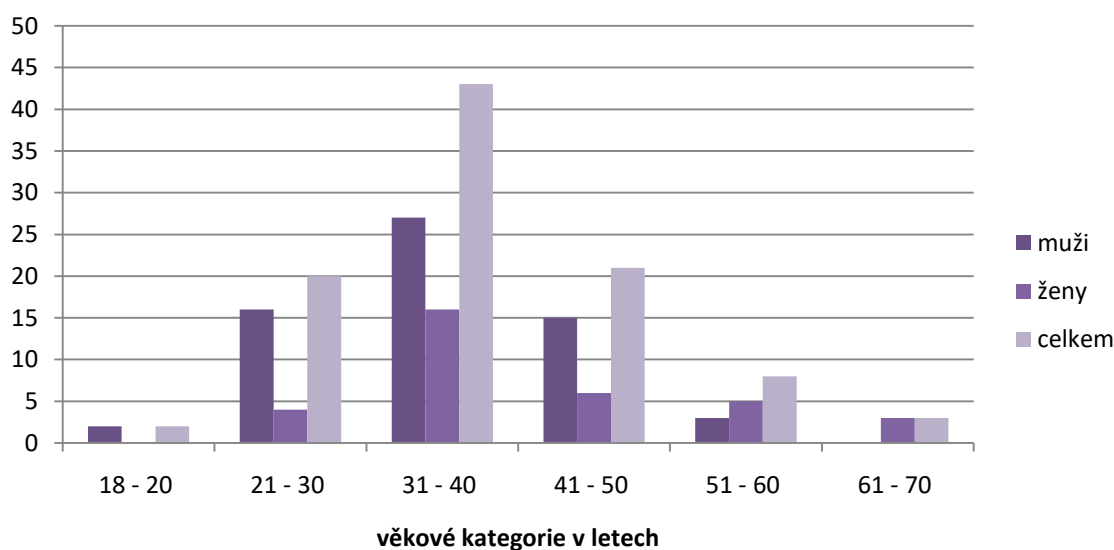
V roce 2017 bylo na oddělení přijato 181 pacientů (122 mužů, 59 žen) a v roce 2018 celkem 167 (113 mužů, 54 žen) (VZ K20, 2018).

Popis výzkumného souboru

Z celkového počtu přijatých pacientů od dubna do prosince v roce 2018 v počtu 126 (84 mužů, 42 žen) nevyplnilo dotazník 29 jedinců (23,02 %), z toho 20 mužů a 9 žen. Ve více jak polovině případů (55,17%) byla důvodem velmi krátká délka hospitalizace ukončena předčasně na vlastní žádost pacienta (negativní reverz), (12 mužů a 4 ženy) nebo se jednalo o disciplinární propuštění pro porušování režimu či agresivní chování (2 muži, 2 ženy) a o závažnější somatický stav vyžadující překlad na interní oddělení (3 muži, 1 žena). 5 pacientů (3 muži, 2 ženy) přímo odmítlo zapojit se do výzkumu z vlastních důvodů.

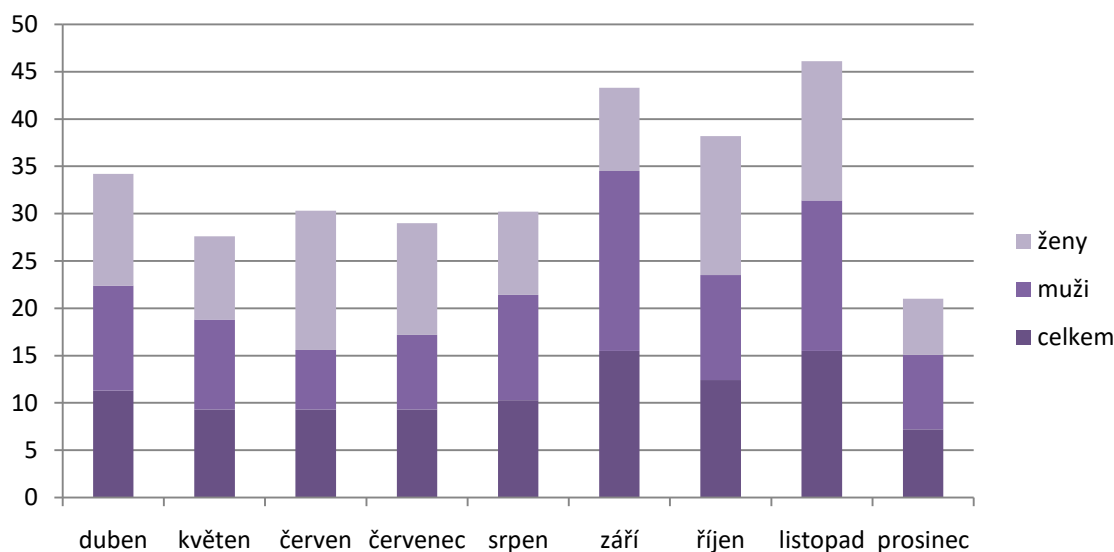
Výběrový soubor nakonec tvořilo 97 respondentů, z toho 63 mužů (64,95 %) a 34 žen (35,05 %). Věkový průměr vzorku činil 37,9 let (std. odchylka 10,128), nejmladší participant měl 18 let, nejstarší 68 let. Věkové rozložení respondentů konkrétněji popisuje obrázek 3, kde jsou vytvořeny věkové kategorie. Z grafu je patrné, že největší zastoupení na oddělení detoxu měli pacienti ve věku 31 – 40 let a naopak nejmenší zastoupení měli pacienti z nejmladší kategorie 15 – 20 let, ale výsledky byly těsné s nejstarší kategorií 61 – 70 let.

Obrázek 3: Věkové kategorie respondentů



Sběr dotazníků probíhal po dobu 9 měsíců. Na obrázku 4 je graficky znázorněno procentuální zastoupení respondentů v jednotlivých měsících v závislosti na pohlaví.

Obrázek 4: Zastoupení respondentů v jednotlivých měsících (v %)



7. Metody získávání dat

Sběr dat probíhal formou dotazníkového šetření. Dotazníky byly zařazeny k dokumentům, které pacienti dostávají při nástupu k hospitalizaci. Přihlíželo se k jejich aktuálnímu somatickému a psychickému stavu. V případě závažnějších odvykacích potíží respondentů, které by mohly ovlivnit věrohodnost dat, se vyplnění odložilo po jejich odeznění. Vyplnění dotazníků trvalo přibližně 20 minut.

Výzkumník jakožto zaměstnanec na tomto oddělení byl respondentům osobně k dispozici pro vysvětlení výzkumu, získání souhlasu k zapojení do studie, zodpovězení jakýchkoliv dotazů a k nápomoci při postupu vyplnění dotazníků. Snížila se tak pravděpodobnost odmítnutí účasti ve výzkumu či chybně nebo neúplně vyplněným dotazníkům.

Nástroje

Pro účely této studie byla vytvořena dotazníková baterie (viz příloha č. 1 - 5), která se skládala ze čtyř částí - sběr socio-demografických údajů, získání krátké drogové a léčebné anamnézy a zmapování motivace. Pro získání údajů z prvních tří oblastí byl vytvořen strukturovaný dotazník, ve kterém byly otázky formulovány tak, abych jejich zodpovězení bylo pro respondenty jednoduché a pochopitelné. Obsahoval tedy co nejvíce uzavřených otázek s nabízenými možnostmi. Ke zmapování motivace respondentů byl použit Change Questionnaire a Circumstances Motivation and Readiness Scales for substance abuse treatment.

První *Change Questionnaire (CHQ)*, využívající parametry přirozeného jazyka, který slouží jako krátký screeningový nástroj k měření motivace ke změně. Autory první verze z roku 2005 jsou dr. William R. Miller, dr. Theresa B. Moyersová a dr. Paul Amrhein z Katedry psychologie Fakulty filozofie a přírodních věd při University of New Mexico (Miller & Johnson, 2008). Respondenti zaznamenají míru souhlasu u každého z výroků na Likertových škálách s deseti hodnotami (od „určitě ne“, až po „určitě ano“). Dotazník měl dvě části, v první části A si respondenti sami v úvodu zvolili a zapsali, o jaké změně uvažují. Následně zakroužkovali na každém z 12 výroků jedno z čísel, které nejlépe vyjadřovalo, v jaké fázi se momentálně nacházejí ve vztahu ke zmíněné změně. Ve druhé části B hodnotili 12 výroků týkajících se aktuálních pocitů ohledně abstinence od alkoholu a ostatních návykových látek. Dle Miller a Johnson (2008) jsou jednotlivé výroky dotazníku CHQ sestaveny tak, že představují šest sub-škál motivace ke změně – přání, schopnost, důvody, potřeba, závazek, kroky.

Druhým dotazníkem byl *Circumstances Motivation and Readiness Scales for substance abuse treatment (CMR faktor scales)*, který měří motivaci a připravenost k léčbě závislosti a predikuje vypadnutí z léčby. Autorem je G. DeLeon z Centra pro výzkum terapeutických komunit v New Yorku z roku 1993. Výzkumný nástroj se skládal z 18 otázek zkoumajících tři oblasti - okolnosti, motivaci a připravenost jedince k léčbě. Respondenti na každé Likertově škále hodnotili míru souhlasu s výroky a označili na stupnici od 1 („rozhodně nesouhlasím“) do 5 („rozhodně souhlasím“), do jaké míry vystihuje jejich vlastní myšlenky a pocity. Mohli také jednotlivé položky vyhodnotit jako neposouditelné. Okolnosti se skládali z položek 1 – 3 a 4 – 6. Motivace se skládala z otázek 7 – 11 a připravenost z položek 12 – 18. Bodování zahrnovalo také obrácení hodnot skóre, a to u otázek 4, 5, 6 a 12. Hodnoty jednotlivých skóre každé škály se pak sčítaly k odvození celkového skóre. Neposouditelné položky (odpovědi) byly překódovány na průměrné skóre respondenta pro jeho měřítko.

8. Analýza a zpracování dat

Dotazníky byly seřazeny podle měsíce vyplnění, náhodně očíslovány a vyhodnoceny podle manuálu postupu každého z nich. Tato kvantitativní data byla přepsána do programu Microsoft Excel, následně zakódována a pročištěna. Poté proběhla analýza dat využitím deskriptivního přístupu, tedy popisné a matematicko – analytické statistické zpracování.

Ke zpracování dat byl dále využit software IBM SPSS Statistics 20. Pro samotnou analýzu dat byly použity metody statistické indukce, konkrétně korelační matice a neparametrický T-test. Pro přehledné znázornění výsledků byly vytvořeny tabulky (frekvenční, kontingenční) a grafy. Aby bylo dosaženo úplné anonymity respondentů, elektronizace dat probíhala pouze na oddělení.

9. Etické aspekty

Realizace výzkumu byla před jeho zahájením schválena etickou komisí nemocnice a byly dodrženy všechny etické náležitosti. Respondenti byli předem informováni o dobrovolnosti, anonymitě a byli seznámeni s účelem a cílem dotazníkového šetření. Byli informováni, že vyplněním dotazníku potvrdili svůj souhlas s účastí ve výzkumu (informovaný souhlas). Získaná data byla využita pouze pro účely této práce a jejich zpracování proběhlo striktně na oddělení, aby byla zachována absolutní anonymita. Dotazníky jsou uchovány u výzkumníka v kanceláři v uzamčené schránce.

10. Interpretace výsledků

Následující podkapitoly reprezentují získaná data, která jsou pro lepší přehlednost prezentována formou tabulek a grafů. Výsledky jsou zařazeny do čtyř skupin dle zaměření jednotlivých částí dotazníkové baterie.

10.1 Socio-demografické údaje

Jak je již výše zmíněno v kapitole výzkumného souboru, dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 97 respondentů ve věku 18 – 68 let, s věkovým průměrem 37,9 let. Tabulka 1 přehledně shrnuje zastoupení výzkumného souboru z hlediska dosaženého vzdělání, rodinného stavu, pracovního zařazení a charakteru bydlení. Tabulka znázorňuje jak počet, tak procentuální zastoupení těchto kategorií v celém výzkumném souboru s rozložením na pohlaví. Nejvíce respondentů dosáhlo z hlediska vzdělání vyučení (38,1 %), nejméně je diplomových specialistů (3,2 %) současně s vysokoškoly (3,2 %). Většina účastníků (63,5 %) je svobodna a z hlediska pracovního zařazení je 44,4 % zaměstnaných na plný úvazek a 39,7 % nezaměstnaných. Většina pacientů (76,2 %) má stálé bydlení a 20,6 % je bezdomovců.

Tabulka 1: Základní sociodemografické údaje výzkumného souboru

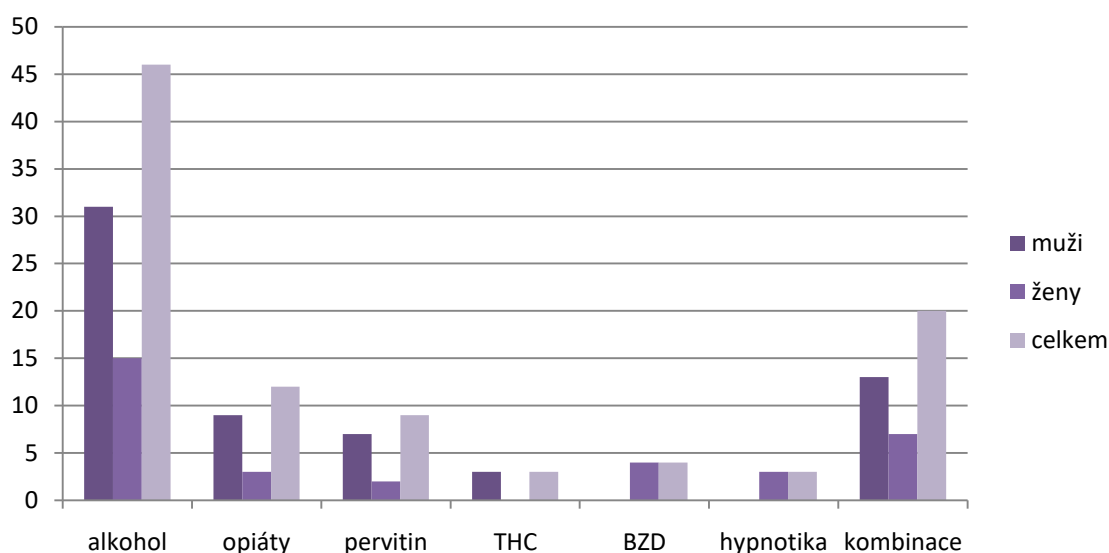
			muži	ženy	celkem
počet respondentů			63	34	97
nejvyšší dosažené/ukončené vzdělání	základní	abs	17	10	27
		relat %	27	29,4	27,8
	vyučen/a	abs	24	9	33
		relat %	38,1	26,5	34
	středoškolské s maturitou	abs	18	9	27
		relat %	28,6	26,5	27,8
	vyšší odborné	abs	2	1	3
		relat %	3,2	2,9	3,1
	vysokoškolské	abs	2	5	7
		relat %	3,2	14,7	7,2
aktuální rodinný stav	svobodný/á	abs	40	15	55
		relat %	63,5	44,1	56,7
	ženatý/á	abs	9	8	17
		relat %	14,3	23,5	17,5
	rozvedený/á	abs	8	5	13
		relat %	12,7	14,7	13,4
	ovdovělý/á	abs	0	1	1
		relat %	0	2,9	1
	druh/družka	abs	6	5	11
		relat %	9,5	14,7	11,3
aktuální forma pracovního zařazení	plný úvazek	abs	28	11	39
		relat %	44,4	32,4	40,2
	částečný úvazek (pravidelné/nepravidelné hodiny)	abs	2	3	5
		relat %	3,2	8,8	5,2
	OSVČ	abs	1	1	2
		relat %	1,6	2,9	2,1
	student	abs	0	0	0
		relat %	0	0	0
	nezaměstnaný/á	abs	25	10	35
		relat %	39,7	29,4	36,1
mateřská/rodičovská dovolená	abs	0	2	2	
	relat %	0	5,9	2,1	
invalidní/starobní důchod	abs	7	7	14	
	relat %	11,1	20,6	14,4	
charakter bydlení (kde)	stálé	abs	48	32	80
		relat %	76,2	94,1	82,5
	v zařízení	abs	2	1	3
		relat %	3,2	2,9	3,1
	bez domova	abs	13	1	14
		relat %	20,6	2,9	14,4

Do dotazníku, zaměřeného mimo jiné na socio-demografické údaje, byla zahrnuta otázka na děti. 47 respondentů (22 mužů, 25 žen) má vlastní děti a 23 z nich (10 mužů, 13 žen) s nimi žije ve společné domácnosti.

10.2 Drogová anamnéza

K popsání závislostní anamnézy výzkumného souboru byla do dotazníku zařazena otázka, jakou látku respondenti v době sběru dat považovali za preferenční. Necelá polovina všech respondentů v počtu 46 (tedy 47,7 %) je závislá na alkoholu. Jedná o 31 mužů a 15 žen. Druzí v pořadí jsou pacienti, kteří označili kombinaci látek (20,8 %), v počtu 20 (13 mužů, 7 žen). Nikdo z respondentů nepovažoval za svou preferenční návykovou látku halucinogeny či toluen a jiná organická rozpouštědla. Na obrázku 5 je zobrazeno celkové rozložení respondentů dle jejich užívané preferenční návykové látky s ohledem na pohlaví.

Obrázek 5: Rozložení uživatelů dle jejich užívané preferenční návykové látky



*BZD – benzodiazepiny, THC – kanabinoidy

Většina závislých na alkoholu je ve věku 31 – 50 let, závislých na opiátech i pervitinu ve věku 31 – 40 let (tabulka 2). Nejmladší 2 účastníci výzkumného šetření jsou uživatelé kombinace látek a THC. Respondenti zneužívající léky (BZD, hypnotika) jsou ve věku 31 – 40 let. Nejstarší 3 účastníci ve věku 61 – 70 let jsou závislí na alkoholu.

Tabulka 2: Četnost uživatelů dle preferenční návykové látky v závislosti na věkové kategorii

věk v letech	alkohol	opiáty	pervitin	THC	benzodiazepiny	hypnotika	kombinace
18 - 20	0	0	0	1	0	0	1
21 - 30	5	1	4	1	1	0	8
31 - 40	16	9	5	1	2	2	8
41 - 50	16	2	0	0	0	1	2
51 - 60	6	0	0	0	1	0	1
61 - 70	3	0	0	0	0	0	0

Rozložení respondentů podle preferenční drogy v závislosti na vzdělání přehledně zobrazuje tabulka 3. Respondenti závislí na alkoholu zastupují všechny typy dokončeného vzdělání, nejvíce však vyučení a středoškoláci. Diplomovaní specialisté a vysokoškoláci jsou závislí na alkoholu (pouze jeden z nich je závislý na hypnotiku).

Tabulka 3: Četnost uživatelů dle preferenční návykové látky v závislosti na výši dokončeného vzdělání

vzdělání	alkohol	opiáty	pervitin	THC	benzodiazepiny	hypnotika	kombinace
ZŠ	9	3	2	1	3	1	8
vyučen	15	4	4	1	1	1	7
SŠ	13	5	3	1	0	0	5
VOŠ	3	0	0	0	0	0	0
VŠ	6	0	0	0	0	1	0
celkem	46	12	9	3	4	3	20

10.3 Léčebná anamnéza

Většina pacientů v počtu 55 (tedy 56,7 %) si sjednalo nástup na detoxifikační jednotku sama. 15 pacientům (15,5 %) dopomohlo k nástupu adiktologické zařízení (konkrétně K-centrum, adiktologická ambulance nebo denní stacionář) a 14 respondentům rodina. Psychiatrická ambulance sjednala léčbu 11 jedincům. Pouze jedné osobě sjednal léčbu praktický lékař a jednoho pacienta doporučilo k hospitalizaci interní oddělení všeobecné nemocnice.

Výsledky dále ukázaly, že z celkového počtu respondentů prošlo léčbou závislosti jakéhokoliv typu celkem 57 pacientů (58,8 %), z toho 40 mužů a 17 žen, ve zbylých případech v počtu 40 (41,2 %) se jednalo o prvoléčbu závislosti na návykových látkách, konkrétně 23 mužů a 17 žen.

Z počtu 57 pacientů prošlo 31 z nich více než jedním typem zařízení (54,4 %). Všemi zmíněnými službami ze systému léčebné péče o závislé prošli celkem 3 pacienti.

Četnost jednotlivých typů zařízení, kterými respondenti v minulosti prošli, je znázorněna v tabulce č. 4 (Nejedná se o součty 100 %, jelikož se pacienti mohli léčit ve více typech zařízení).

Tabulka 4: Četnost typů zařízení v minulosti

	ambulantní služba	detox	ústavní léčba	rezidenční léčba v TK*	doléčovací centrum
muži	13	26	27	9	10
ženy	4	8	13	6	2
celkem	17	34	6	15	12

*TK – terapeutická komunita

Vzhledem k podmínce přijetí na oddělení detoxu K20 mít předem sjednanou následnou léčbu bylo další sledovanou proměnnou typ zařízení. Nejvíce respondentů (51,5 %) směřovalo po dokončení hospitalizace na detoxu do ústavní léčby závislosti v rámci psychiatrické nemocnice. 6 pacientů nemělo zájem o žádnou následnou péči a odešlo domů. Ostatní výsledky jsou zobrazeny v tabulce 5.

Tabulka 5: Typy zařízení následné léčby respondentů

		ambulantní léčba	denní stacionář	ústavní léčba	rezidenční léčba v TK	domů
muži	abs.	12	0	31	17	3
	relat. %	19	0	49,2	27	4,8
ženy	abs.	3	2	19	7	3
	relat. %	8,8	5,9	55,9	20,6	8,8
celkem	abs.	15	2	50	24	6
	relat. %	15,5	2,1	51,5	24,7	6,2

Další sledovanou proměnou byla možná komorbidita s diagnózou syndromu závislosti. 25 pacientů (25,8 %), z toho 15 mužů a 10 žen odpovědělo, že jim někdy v minulosti byla diagnostikována psychiatrická diagnóza. Konkrétně se jednalo o poruchy osobnosti (2 muži, 4 ženy), neurotické poruchy (4 muži), schizofrenie (2 muži), afektivní poruchy (2 muži, 3 ženy), poruchy chování (1 muž), mentální anorexie (1 žena) a toxickou psychózu (2 muži, 1 žena). 3 (2 muži, 1 žena) respondenti neuvěděli konkrétní diagnózu.

10.4 Mapování motivace

10.4.1 Change Questionnaire A (CHQA)

V první části dotazníku CHQA si respondenti sami zvolili a vyplnili, o jaké změně uvažují, tedy co by konkrétně chtěli. Jejich odpovědi byly rozděleny do kategorií, které shrnuje tabulka 6. Tuto otázku nezodpověděli 4 respondenti (3 muži, 1 žena). Nejčastěji chtěli pacienti abstinovat od konkrétní návykové látky (39,2 %).

Tabulka 5: Kategorie shrnující změnu, které chtěli respondenti docílit v CHQA

		muži	ženy	celkem
abstinovat od konkrétní látky	abs.	30	8	38
	relat. %	47,6	23,5	39,2
úplnou abstinenci	abs.	9	11	20
	relat. %	14,3	32,4	20,6
změnu způsobu života	abs.	8	1	9
	relat. %	12,7	2,9	9,3
změnu	abs.	2	3	5
	relat. %	3,2	8,8	5,2
bydlení	abs.	2	1	3
	relat. %	3,2	2,9	3,1
práci	abs.	2	0	2
	relat. %	3,2	0	2,1
zlepšit vztahy s rodinou a blízkými	abs.	3	3	6
	relat. %	4,8	8,8	6,2
úzdравu	abs.	2	4	6
	relat. %	3,2	11,8	6,2
ostatní*	abs.	2	2	4
	relat. %	3,2	5,9	4,1

* přestat s intravenózní aplikací, vést politickou kampaň, detoxifikaci, osamostatnit se

Výsledný skór vyjadřující míru souhlasu s výroky vztahující se ke změně, kterou si zvolili, byl v intervalu 0 – 120. Výsledky ukázaly, že respondenti hodnotili souhlas v intervalu 86 – 120, bez ohledu na pohlaví. Průměrná hodnota byla 111,28 (std. deviation 9,775). V tabulce 7 jsou uvedeny konkrétní skóry v závislosti na věkových kategoriích.

Tabulka 6: Výsledný skór CHQA respondentů v závislosti na věkové kategorii

věk v letech	N	minimum	maximum	mean	std. deviation
18 - 20	2	95	113	104	12,728
21 - 30	20	86	120	109,25	12,379
31 - 40	43	86	120	112,21	9,548
41 - 50	21	90	120	111,38	9,08
51 - 60	8	104	120	112,5	6,414
61 - 70	3	107	120	112,33	6,807

Respondenti u jednotlivých otázek či výroků dotazníku CHQA skórovali v intervalu 0 – 10 bodů (tabulka 8). Hodnota nuly se objevila u výroku č. 4 – *Musím této změny dosáhnout* a č. 11 – *Dosáhnou této změny*. Nejvyšší průměrná hodnota byla 9,75 a to u výroku č. 1 - *Chci této změny dosáhnout*. Naopak nejnižší průměrná hodnota byla 8,47 a to u výše zmíněné výroku č. 11.

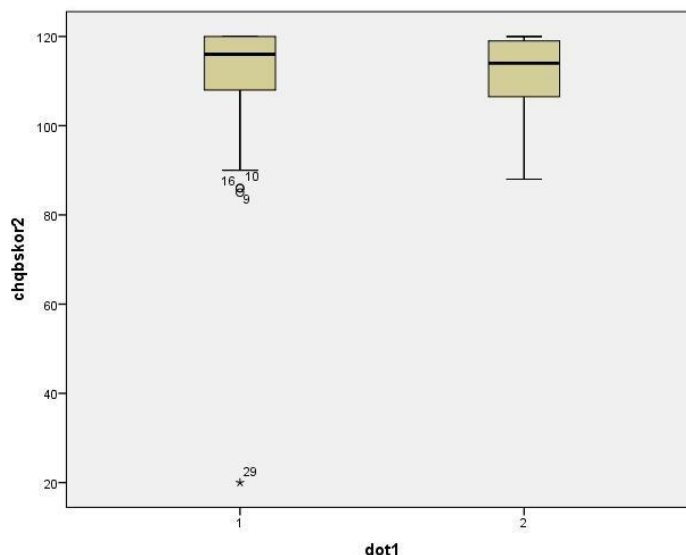
Tabulka 7: Výsledný skór jednotlivých otázek CHQA

otázka	N	minimum	maximum	mean	std. deviation
1.	97	7	10	9,75	0,6129
2.	97	2	10	8,70	1,6404
3.	97	5	10	9,43	1,1078
4.	97	0	10	9,08	2,1826
5.	97	7	10	9,61	0,7297
6.	97	7	10	9,56	0,8911
7.	97	5	10	8,99	1,4684
8.	97	4	10	8,95	1,5026
9.	97	7	10	9,69	0,6671
10.	97	5	10	9,61	0,8963
11.	97	0	10	8,47	1,8824
12.	97	3	10	9,47	1,0418

10.4.2 Change Questionnaire B (CHQB)

Výsledný skór dotazníku CHQB vyjadřující míru souhlasu respondentů s jednotlivými výroky, tudíž jejich míru motivace byl v intervalu 20 – 120. Průměrná hodnota mužů byla 110,87 (std. deviation 15,35), u žen o nepatrně větší 111,42 (std. deviation 8,721) (obrázek 6). V tabulce 9 jsou uvedeny konkrétní skóry v závislosti na věkových kategoriích.

Obrázek 6: Rozložení hodnoty skóru CHQB podle pohlaví (1 muži, 2 ženy)



Tabulka 8: Výsledný skór CHQB respondentů v závislosti na věkové kategorii

věk v letech	N	minimum	maximum	mean	std. deviation
18 - 20	2	99	109	104	7,071
21 - 30	20	85	120	110,2	13,213
31 - 40	41	20	120	110,63	17,086
41 - 50	21	90	120	111,95	7,612
51 - 60	8	103	120	114,5	6,459
61 - 70	3	107	120	112	7

I v dotazníku CHQB respondenti skórovali u jednotlivých otázek v intervalu 0 – 10 bodů (tabulka 10). Jedinými výroky, kde nebyla minimální hodnota souhlasu s výrokem 0, ale 5 bodů, byly výrok č. 2 – *Mohl (a) bych abstinovat* a č. 8 – *Mohu abstinovat*. Nejvyšší průměrná hodnota byla 9,61 a to u výroku č. 9 – *Je pro mě důležité, abych abstinoval (a)*. Naopak nejnižší průměrná hodnota byla 8,88 a to u výroku č. 11 – *Budu abstinovat*.

Tabulka 9: Výsledný skór jednotlivých otázek CHQB

otázka	N	minimum	maximum	mean	std. deviation
1.	95	0	10	9,41	1,4839
2.	95	5	10	9,14	1,2933
3.	95	0	10	9,46	1,3823
4.	95	0	10	8,9	2,3496
5.	95	0	10	9,34	1,6797
6.	95	0	10	9,41	1,2841
7.	95	0	10	8,94	1,5493
8.	95	5	10	9,36	1,1385
9.	95	0	10	9,61	1,1696
10.	95	0	10	9,32	1,5317
11.	95	0	10	8,88	1,7026
12.	95	0	10	9,32	1,626

Dle Miller a Johnson (2008) byly oba dotazníky CHQ rozděleny do šesti sub-škál. Každá sub-škála je tedy sestavena ze 4 otázek (2 otázky CHQA, 2 otázky CHQB) a její hodnota nabývá od 0 do 10. V tabulce 11 je vidět, že průměrné hodnoty všech sub-škál jsou velmi vysoké, bez výrazných rozdílů a to i vzhledem k pohlaví respondentů. Jediná sub-škála, kde průměrná hodnota klesla pod hodnotu 9, je *schopnost* v případě žen (8,98). Jinak se výsledky liší pouze v minimálních hodnotách. Nejnižší minimální hodnota se objevila u obou pohlaví v sub-škále *potřeba*. U žen se vyskytují vyšší minimální hodnoty jednotlivých sub-škál než u mužů.

Tabulka 10: Sub - škály dotazníků CHQ a jejich výsledné skóry v závislosti na pohlaví

	muži				ženy			
	N	minimum	maximum	mean	N	minimum	maximum	mean
přání	62	5	10	9,32	33	7,5	10	9,22
schopnost	62	5	10	9,08	33	7	10	8,98
důvody	62	5	10	9,49	33	8	10	9,69
potřeba	62	3	10	9,07	33	3	10	9,52
závazek	62	5	10	9,12	33	6,75	10	9,05
kroky	62	5	10	9,50	33	7,25	10	9,29

10.4.3 Circumstances Motivation and Readiness Scales for substance abuse treatment (CMRS)

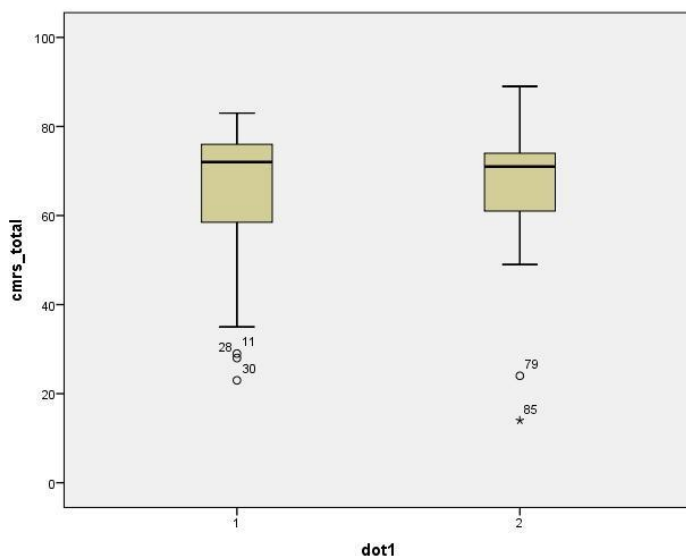
V dotazníku CMRS bylo možné dosáhnout celkového skóru v rozmezí 0 – 90 bodů. Muži dosáhli průměrně na skór 63,7 a ženy na 62,7 (obrázek 7). Konkrétní hodnoty jsou zobrazeny v tabulce 12. Je patrné, že průměrné výsledné hodnoty všech oblastí jsou mezi muži a ženami téměř shodné. V oblasti okolností bylo maximální možné skóre 30, průměrná hodnota respondentů byla 18. V další oblasti a to motivace byl maximální počet bodů 25, pacienti získali v průměru 19 a v oblasti připravenosti získali průměrně 28 bodů, z 35 maximálně možných.

Výsledné hodnoty jednotlivých oblastí dotazníku CMRS v závislosti na věkové kategorii shrnuje tabulka 13. Nejvyšších celkových průměrných hodnot dosáhli respondenti z nejmladší věkové kategorie (skór 72), nejméně naopak respondenti z nejstarší věkové kategorie (skór 58,33). Nejvyšší skór (24) v oblasti *okolností* dosáhli pacienti ve věku 18 – 20 let, nejnižšího (skór 17,57) pak pacienti ve věku 41 – 50 let. U *motivace* získali nejvyšší průměrný počet bodů (23,5) jedinci v nejstarší věkové kategorii 61 – 70 let, nejméně pak jedinci ve věku 31 – 40 let (skór 17,98). V *připravenosti* dosáhli opět jedinci z nejstarší věkové kategorie na nejvyšší průměrný skór 34,5, nejméně (26) respondenti nejmladší věkové kategorie (skór 26) a s nimi těsně jedinci ve věku 21 – 30 let (skór 26,45).

Tabulka 11: Výsledné skóre jednotlivých oblastí dotazníku CMRS v závislosti na pohlaví

	muži				ženy			
	N	minimum	maximum	mean	N	minimum	maximum	mean
okolnosti	63	6	28	18,65	34	3	29	18,03
motivace	60	1	25	18,65	33	5	25	19,03
připravenost	62	11	35	27,82	32	1	35	27,81
total	63	22	83	63,71	34	14	89	62,68

Obrázek 7: Rozložení hodnoty skóru CMRS podle pohlaví (1 muži, 2 ženy)



Tabulka 12: Výsledné skóre jednotlivých oblastí dotazníku CMRS v závislosti na věku

		věkové kategorie v letech					
		18-20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	61 - 70
okolnosti	minimum	23	6	6	3	12	18
	maximum	25	28	29	24	26	23
	mean	24	18,4	18,42	17,57	19	19,67
motivace	minimum	21	5	1	5	4	23
	maximum	23	25	25	25	25	24
	mean	22	18,15	17,98	20,37	18,25	23,5
připravenost	minimum	25	11	1	6	12	34
	maximum	27	35	35	35	35	35
	mean	26	26,45	27,95	27,62	29,88	34,5
total	minimum	71	29	22	14	37	18
	maximum	73	82	89	78	86	80
	mean	72	63	62,63	63,62	67,13	58,33

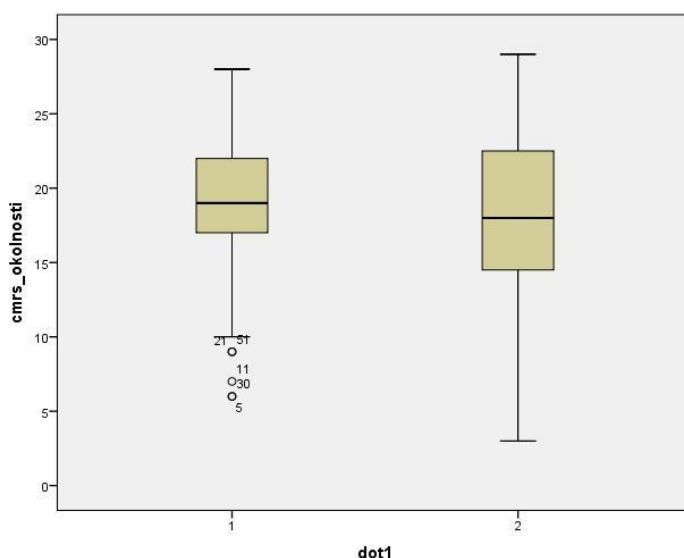
Okolnosti

V oblasti okolností respondenti získali v průměru nejvíce bodů (4,15) u výroku cmrs1 - *Myslím si, že moje rodina/přítel/přítelkyně se mě po několika měsících budou snažit přimět k tomu, abych léčbu ukončil (a)*. Ostatní hodnoty jsou uvedeny v tabulce 14. Rozložení hodnoty skóru v této oblasti dle pohlaví zobrazuje obrázek 8.

Tabulka 13: Jednotlivé výroky v oblasti okolností v CMRS a jejich skór

	N	minimum	maximum	mean	std. deviation
cmrs1	96	1	5	2,33	1,3663
cmrs2	83	1	5	3,37	1,658
cmrs3	88	1	5	2,85	1,5428
cmrs4	89	1	5	4,15	1,124
cmrs5	92	1	5	3,58	1,353
cmrs6	91	1	5	3,68	1,29

Obrázek 8: Rozložení hodnoty skóru oblasti okolnosti CMRS podle pohlaví (1 muži, 2 ženy)



Motivace

V oblasti motivace respondenti dosáhli na nejvyšší průměrné skóre (4,12) u dvou výroků zároveň, a to u cmrs7 - *Mám pocit, že moje užívání drog představuje ve skutečnosti v mém životě velmi vážný problém* a cmrs9 - *V poslední době mívám pocit, že pokud se nezměním, můj život se bude jenom zhoršovat*. V těsné blízkosti (4,06) následoval výrok cmrs11 - *Přestat s užíváním drog je pro mě důležitější než cokoli jiného*. Všechny hodnoty v oblasti motivace jsou zobrazeny v tabulce 15.

Tabulka 14: Jednotlivé výroky v oblasti motivace v CMRS a jejich skór

	N	minimum	maximum	mean	std. deviation
cmrs7	90	1	5	4,12	1,288
cmrs8	88	1	5	3,53	1,4138
cmrs9	90	1	5	4,12	1,2255
cmrs10	88	1	5	3,82	1,4186
cmrs11	87	1	5	4,06	1,2422

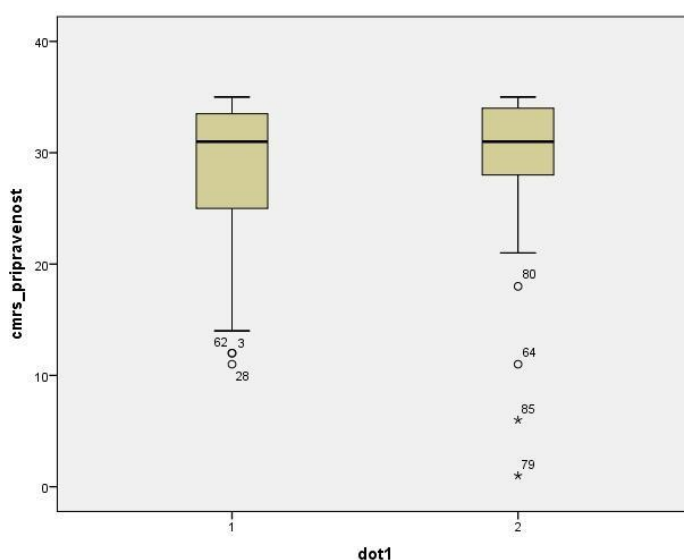
Připravenost

V oblasti připravenosti respondenti získali v průměru nejvíce bodů (4,41) u výroku cmrs14 - *Udělám vše, co bude potřeba, abych si dal (a) život do pořádku*. Vysoké průměrné skóre byly i u výroků cmrs18 - *Jsem ochoten/ochotna nastoupit léčbu co nejdříve*, cmrs13 – *Do tohoto programu jsem nastoupil (a), protože cítím, že v rámci léčby jsem připraven (a) se sebou opravdu něco udělat*, a cmrs15 - *Nemyslím si, že bych byl (a) ve skutečnosti schopen/schopna přestat užívat drogy s pomocí kamarádů, rodiny nebo víry. Opravdu potřebuji nějakou formu odborné pomoci*. V tabulce 16 jsou uvedeny všechny hodnoty jednotlivých výroků a obrázek 9 zobrazuje rozložení hodnoty skóru této oblasti CMRS podle pohlaví.

Tabulka 15: Jednotlivé výroky v oblasti připravenost v CMRS a jejich skór

	N	minimum	maximum	mean	std. deviation
cmrs12	86	1	5	3,92	1,229
cmrs13	92	1	5	4,21	1,191
cmrs14	92	1	5	4,41	0,9962
cmrs15	92	1	5	4,21	1,0746
cmrs16	87	1	5	3,98	1,3293
cmrs17	87	1	5	4,13	1,2085
cmrs18	91	1	5	4,32	1,0737

Obrázek 9: Rozložení hodnoty skóru oblasti připravenost CMRS podle pohlaví (1 muži, 2 ženy)



10.4.4 Motivace ke změně vzhledem k dalším charakteristikám

Testování motivace se všemi získanými socio-demografickými údaji, tedy pohlavím, věkem, vzděláním, rodinným stavem, pracovním zařazením, charakterem bydlení a vlastními dětmi neprokázaly statisticky významný rozdíl.

Korelace věku respondentů a skóreů CHQA a CHQB neodhalila žádné statisticky významné rozdíly. Dále byl testován vztah mezi celkovým skórem CMRS i jeho jednotlivými oblastmi (okolnosti, motivace, připravenost) s věkem respondentů, ale žádná z korelací nevyšla statisticky významná.

V rámci výzkumného šetření byly testovány další možné souvislosti s motivací ke změně či k léčbě závislosti s využitím neparametrických T- testů (Mann-Whitney a Kolmogorův-Smirnov test). Rozdíly v jednotlivých škálách dotazníků CMRS a CHQ vzhledem k pohlaví nejsou statisticky významná. Testování vztahu skóru dotazníku motivace ke změně CHQB s oblastí motivace v CMRS také neprokázalo významnost.

Co se naopak ukázalo statisticky významné, je souvislost předchozí léčby závislosti s celkovým skórem dotazníku CMRS a se skórem oblasti motivace. Výsledky ukázaly, že kdo prošel v minulosti léčbou závislosti, se dle výzkumného nástroje CMRS jeví motivovanějším (tabulka 17a, 17b).

Tabulka 17a: CMRS, CHQ a předchozí léčba

		CMRS				CHQ	
		okolnosti	motivace	připravenost	total	A	B
N	muži	57	55	55	57	57	56
	ženy	40	38	39	40	40	39
Mean Rank	muži	52,96	54,08	49,95	54,31	47,54	46,38
	ženy	43,36	36,75	44,05	41,44	51,09	50,32
Sum of Ranks	muži	3018,5	2974,5	2747	3095,5	2709,5	2597,5
	ženy	1734,6	1396,5	1718	1657,5	2043,5	1962,5
Mann-Whitney U		914,5	655,5	938	837,5	1056,5	1001,5
Wilcoxon W		1734,5	1396,5	1718	1657,5	2709,5	2597,5
Z		-1,658	-3,059	-1,036	-2,218	-,626	-,695
Asymp. Sig.		,097	,002	0,3	,027	,531	,487

Tabulka 17b: CMRS, CHQ a předchozí léčba

		CMRS				CHQ	
		okolnosti	motivace	připravenost	total	A	B
Most Extreme Differences	abs.	,276	,325	,133	,342	,127	,091
	pos.	,010	,036	,094	,065	,127	,091
	neg.	-,276	-,325	-,133	-,342	-,090	-,016
Kolmogoro-Smirnov Z		1,340	1,540	,635	1,656	,615	,437
Asymp. Sig.		,055	,017	,815	,008	,844	,991

Statisticky významné rozdíly v charakteru motivace ke změně či k léčbě se neprokázaly v souvislosti se vzděláním, preferenční návykovou látkou či látkami ani s další psychiatrickou diagnózou.

11. Diskuze

Stanovenými cíli diplomové práce bylo zmapovat motivaci k léčbě závislosti na návykových látkách pacientů dobrovolně hospitalizovaných na detoxifikačním oddělení v Psychiatrické nemocnici Kosmonosy. Dále také popsat charakteristiku těchto pacientů, rozdíly v jejich motivaci a porovnat jejich motivaci z hlediska sociodemografických údajů, preferenčních návykových látek, zkušeností s léčbou závislosti a případných komorbidit. Na základě zjištěných výsledků následně identifikovat typologii pacientů vykazujících určitá opakující se specifika ve vztahu k motivaci a vytvořit návrh případných změn v terapeutickém programu na oddělení detoxu K20.

Výzkumné šetření probíhalo od dubna do prosince v roce 2018. Nepochybně by bylo ucelenější, kdyby sběr dat probíhal po dobu všech měsíců v daném roce. To bohužel nebylo možné díky omezeným časovým možnostem. Avšak vzhledem k výsledkům, které neukázaly statisticky významné rozdíly v motivaci respondentů v závislosti na ročním období nebo významných událostech v roce (například Vánoce), lze předpokládat, že by prodloužení výzkumu nepřineslo výraznější změny ve vztahu k motivaci pacientů.

Výzkumný soubor tvořilo celkem 97 respondentů, z toho 63 mužů (64,95 %) a 34 žen (35,05 %). Výsledně větší procentuální zastoupení bylo ovlivněno nižším počtem ženských lůžek (v počtu 3, oproti 6 mužským) na oddělení detoxu K20. Nicméně výsledný genderový nepoměr je v souladu se skutečností obecně nižšího procenta zastoupení žen mezi klienty v adiktologických službách (Mravčík, et. al., 2017).

Na detoxifikační oddělení K20 v PNK bylo za rok 2018 přijato celkem 167 pacientů, z toho 113 mužů a 54 žen (VZ K20, 2018). Z celkového počtu oslovených pacientů od dubna do prosince v roce 2018 v počtu 126 (84 mužů, 42 žen) nevyplnilo dotazník 29 jedinců (23,02 %), z toho 20 mužů a 9 žen. Ve více jak polovině případů (55,17 %) byla důvodem velmi krátká délka hospitalizace ukončena předčasně na vlastní žádost pacienta (na negativní reverz) nebo se jednalo o disciplinární propuštění pro porušování režimu, agresivní chování nebo o závažnější somatický stav vyžadující překlady na interní oddělení. 5 pacientů (3 muži, 2 ženy) přímo odmítlo zapojit se do výzkumu z vlastních důvodů. Vzhledem k celkovému počtu respondentů v konečném výzkumném souboru to lze hodnotit jako úspěch. Pozitivní vliv na návratnost dotazníků mohl mít výzkumník v pozici zaměstnance na oddělení K20, respektive jeho přítomnost při vysvětlení výzkumu, nápomoc při vyplňování dotazníků a jeho aktivní zapojení při sběru dat. Výzkumník tedy

snížil pravděpodobnost odmítnutí účasti ve výzkumu či chybně nebo neúplně vyplněným dotazníkům.

Věkový průměr výzkumného vzorku činil 37,9 let, nejmladší participant měl 18 let, nejstarší 68 let, což je relativně vysoký věk a může poukazovat na aktuálně probírané téma stárnutí uživatelů všech drog v kontaktu s poradenskými a léčebnými programy (Černíková, 2017). Je nutné zmínit, že počet respondentů v jednotlivých věkových kategoriích nebyl rovnoměrně zastoupen.

Výsledky ukázaly, že nejvíce pacientů tohoto oddělení je závislá na alkoholu (47,7 %). Další v pořadí (ve 20,8 %) byli respondenti, kteří označili jako preferenční návykovou látku kombinaci více látek. Tento výsledek poukazuje na vysoký podíl užívání více látek ve stejné frekvenci a míře. Výsledky dále ukázaly relativně vysoký podíl (7,2 %) závislých na lécích, konkrétně na benzodiazepinech a hypnotikách.

Většina pacientů (56,7 %) si sjednala nástup na detoxifikační jednotku sama. 15,5 % pacientům dopomohlo k nástupu adiktologické zařízení (konkrétně K-centrum, adiktologická ambulance nebo denní stacionář) a 11,3 % ambulantní psychiatr. To jsou pozitivní výsledky, ukazující provázanost adiktologických služeb. Pouze jedné osobě pomohl sjednat léčbu praktický lékař, což naopak poukazuje na stále nízkou participaci těchto lékařů v procesu léčby závislosti na návykových látkách.

Z hlediska zkušeností s léčbou závislosti bylo ve výzkumném souboru 58,8 % zkušených s léčbou a ve zbylých 41,2 % se jednalo o prvoléčby. Nejvíce respondentů (51,5 %) směřovalo po dokončení hospitalizace na detoxu do ústavní léčby závislosti v rámci psychiatrické nemocnice. 6 pacientů nemělo zájem o žádnou následnou péči a odešlo domů.

Vzhledem k vysokému procentu prevalence duálních diagnóz v České republice, dle EMCDDA (2004) 35 %, byli ve výzkumném šetření sledováni závislí s komorbidní psychiatrickou diagnózou. Následně byl analyzován potencionální vliv na motivaci ke změně respondentů. 25 pacientů (25,8 %), z toho 15 mužů a 10 žen odpovědělo, že jim někdy v minulosti byla diagnostikována psychiatrická diagnóza. Konkrétně se jednalo o poruchy osobnosti, neurotické poruchy, schizofrenie, afektivní poruchy, poruchy chování, mentální anorexie a toxickou psychózu. Tyto výsledky také odpovídají rozložení jednotlivých diagnóz ve výsledcích EMCDDA (2004) – poruchy osobnosti: 14 %, deprese: 7 %, neurotické poruchy: 6 %, poruchy přijímání potravy: 5 %. Statisticky významný vztah k motivaci však nevyšel. Ten by se mohl projevit při větším zkoumaném vzorku.

Ohledně zmapování charakteru motivace se očekávání od výzkumné studie naplnilo částečně. Použité výzkumné nástroje k měření motivace respondentů byly zvoleny v souladu s validitou a reliabilitou. Při plánování výzkumného designu se předpokládaly

statisticky významné rozdíly v charakteru motivace ke změně v souvislosti s jednotlivými zvolenými proměnnými (věk, pohlaví, dosažené vzdělání, sociální statut, pracovní zařazení, charakter bydlení, vlastní děti, sjednání léčby, předešlé případné léčení, preferenční návyková látka, další psychiatrická diagnóza), které se však výzkumem neověřily. Mapování motivace na detoxu může být také limitováno mnohdy velmi krátkou dobou pobytu pacientů.

Ve vztahu k motivaci můžeme zhodnotit, že se pacienti na detoxifikačním oddělení K20 v PNK nacházejí dle cyklického modelu změny Prochasky a DiClementa v absolutní většině ve fázi akce.

Průměrné hodnoty obou použitých dotazníků Change Questionnaire byly z celkového možného počtu 120 u CHQA 111,28 a u CHQB 111,06 (bez výrazného rozdílu vzhledem k pohlaví). Tato vysoká čísla přivádějí k zamyšlení, zda je CHQ vhodným nástrojem mapujícím motivaci. Zkreslení výsledků mohl dopomoci psychologický aspekt respondentů. Mohli se domnívat, že jejich výsledné skóre ovlivní průběh jejich hospitalizace na oddělení. Miller (2009) upozorňuje na riziko používání těchto nástrojů, které spočívá v tom, že někteří respondenti či pacienti se příliš soustředí na výsledné skóre, aby nenaznačilo jejich zranitelnost, ale naopak jejich silné stránky. Také zařazení obou dotazníků CHQ hned za sebou mohlo vést ke stereotypnímu vyplňování, přestože se obsah lišil. Respondenti si například nemuseli všechny otázky důkladně přečíst. K těmto úvahám směřuje skutečnost, že mnoho respondentů označilo na všech škálách obou dotazníků maximální možný skóre, tedy 10. Testované analýzy s dotazníky CHQ také neprokázaly statisticky významné rozdíly.

V dotazníku CHQA si respondenti nejčastěji (ve 39,2 %) zvolili jako změnu, které chtěli docílit *abstinence od konkrétní návykové látky*. Je tedy možné uvažovat, že mohou mít v plánu v budoucnu užívat jiné návykové látky, než které určili jako své preferenční. Oproti 20,6 % respondentů, kteří chtěli dosáhnout *úplné abstinence*, tedy od všech návykových látek. Objevily se také odpovědi „*změna*“ či „*úzdava*“ bez jakékoliv specifikace. Dále se objevovaly odpovědi *bydlení, práce* či *zlepšení vztahů s rodinou a blízkými*, což jsou také relevantní důvody, proč chtějí změny či přestat užívat drogy.

Průměrné hodnoty sub-škál dotazníků CHQ - *přání, schopnost, důvody, potřeba, závazek a kroky* – byli velmi vysoké. Pouze u jedné škály v případě žen klesla hodnota pod 9, a to *schopnost*. Jinak se výsledky lišily pouze v minimálních hodnotách. Nejnižší minimální hodnota se objevila u obou pohlaví v sub-škále *potřeba*. Celkově tedy výsledky opět ukazují na vysokou motivovanost respondentů.

V dotazníku CMRS bylo možné dosáhnout maximálního celkového skóru 90 bodů. Muži dosáhli průměrně na skóre 63,7 a ženy na 62,7. Průměrné výsledné hodnoty všech oblastí

jsou mezi muži a ženami téměř shodné. V oblasti okolností byla průměrná hodnota respondentů 18 (z maxima 30), v oblasti motivace 19 (z maxima 25) a v oblasti připravenosti získali průměrně 28 bodů (z maxima 35). To už nejsou tak shodná čísla jako v případě CHQ. Dotazník CMRS vyžadoval výraznější pozornost a koncentraci k vyplnění.

V oblasti *okolností* CMRS respondenti získali průměrné body v intervalu 2,33 – 4,15. Nejvíce bodů (4,15 z 5 možných) u výroku *cmrs1 - Myslím si, že moje rodina/přítel/přítelkyně se mě po několika měsících budou snažit přimět k tomu, abych léčbu ukončil (a)*. To je vzhledem k významu výroku velice vysoká hodnota a je otázkou, zda je to skutečnost nebo pouze přání respondentů. Rodina je při léčbě pacienta důležitým fenoménem a současné přístupy k léčbě závislosti kladou důraz na nahlížení problému v rodinném kontextu (Čtrnáctá, 2015). Poměrně vysoký průměrný skóre se objevil také u výroku č. 5 - *Mám obavy, že pokud zůstanu v léčbě, budu mít vážné finanční problémy a* u výroku č. 6 - *Mám pocit, že mám ve skutečnosti příliš mnoho nevyřešených problémů, které mi neumožní léčbu dokončit (rodiče, manžel/manželka/partner/partnerka, děti, ztráta zaměstnání, ušlý příjem, nedokončené vzdělání, rodinné problémy, ztráta domova/bydlení apod.)*. To poukazuje na případné bariéry vstupu do léčby a na možnost individuálního přístupu v léčbě závislosti.

V oblasti *motivace* CMRS byly skóre všech výroků v rozmezí 3,53 – 4,12 (z 5 možných). Nejvyšší skóre byl u výroku *cmrs7 - Mám pocit, že moje užívání drog představuje ve skutečnosti v mém životě velmi vážný problém a* *cmrs9 - V poslední době mívám pocit, že pokud se nezměním, můj život se bude jenom zhoršovat*. Tato oblast tedy ukazuje vysokou motivovanost ke změně respondentů.

Průměrné výsledné hodnoty v oblasti *připravenosti* CMRS byly v intervalu 3,92 – 4,41, celkově se jedná o vysoké a těsné výsledky. Nejvyšší skóre byl u výroku *cmrs14 - Udělám vše, co bude potřeba, abych si dal (a) život do pořádku*. Vysoké průměrné skóre byly i u výroků *cmrs18 - Jsem ochoten/ochotna nastoupit léčbu co nejdříve*, *cmrs13 – Do tohoto programu jsem nastoupil (a), protože cítím, že v rámci léčby jsem připraven (a) se sebou opravdu něco udělat*, a *cmrs15 - Momentálně v podstatě nevidím jinou možnost pomoci, než nějakou formu léčby*. Zde si výsledky (respondenti) trochu odporují, protože poměrně vysoký skóre (3,92) byl i u výroku *cmrs12 - Přestat s užíváním drog můžu, kdykoli budu chtít. Nemyslím, že bych k tomu ve skutečnosti potřeboval (a) odbornou pomoc*.

Statisticky významná se prokázala souvislost předchozí léčby závislosti s celkovým skórem dotazníku CMRS a i s jeho oblastí *motivace*. Tedy ti, co v minulosti podstoupili léčbu závislosti, jsou motivovanější než ti, co jsou v prvoléčbě.

Po shrnutí zjištěných informací z dotazníku CMRS lze v závěru, ve shodě s dostupnými zahraničními studiemi (Soyez, Leon, Rosseel & Broekaert, 2006; Delic, Kajdiz, Melnick &

Pregelj, 2015) hodnotit tento výzkumný nástroj jako platný ukazatel motivace, připravenosti a současně jako prediktor retence. Avšak je zapotřebí dalších výzkumů týkajících se zkoumání takových struktur.

Ovlivňovat charakter motivace pacientů oddělení K20 může požadavek ze strany zařízení na předem sjednanou následnou léčbu. To může už před nástupem selektovat uživatele drog se slabší motivací k léčbě závislosti nebo v jiných fázích motivace (dle kola změny Prochasky a DiClementa). Dalším faktorem může být čekací doba na příjem, která je proměnlivá, ale bývá 14 dní až měsíc (VZ K20, 2018).

Výzkum zaměřený na mapování motivace na detoxifikačním oddělení doposud v České republice nebyl proveden. Na motivovanost zaměřené studie však lze dohledat. Například Vyhnálková (2012) mapovala motivaci v léčbě závislých klientů Psychiatrické léčebny Jemnice, s cílem poskytnout přehled dosažených změn motivace v různých oblastech života v průběhu léčby. Nebo Maierová (2010) se věnovala motivaci a důvodům k abstinenci klientek v nařízené ochranné a dobrovolné léčbě. Mapování motivace ke změně pomocí dotazníku Change Questionnaire do své diplomové práce začlenila Zvingerová (2016), která zkoumala motivaci ke změně u klientů se symptomatikou ADHD v terapeutických komunitách pro drogově závislé. Testování se zúčastnilo celkem 250 osob a výsledná průměrná hodnota platných dotazníků byla 8,92 z celkových 10 bodů, tedy obdobně vysoká jako u tohoto výzkumu. Autorka rovněž upozorňuje na možný ukazatel nízké validity tohoto nástroje při takovémto způsobu jeho použití.

Tato výzkumná studie poukazuje na důležitost vnímání sebe sama a náhled na vlastní možnosti v léčbě závislosti ze stran pacientů. Shoduje se tak s výsledky výzkumu Frankena a Hendrikse (1999), kteří také došli za pomocí nástroje CMRS k výsledkům, zdůrazňující důležitost vnímání vlastních pohledů na sebe sama, míry závažnosti problémů a individuálních potřeb v léčbě. Jedním z cílů studie těchto autorů, provedené v Nizozemsku, bylo prozkoumat motivaci k léčbě, jako prediktor výsledku hospitalizace, na detoxifikační klinice prostřednictvím dotazníku CMRS. Škála byla použita již první den vstupu na detoxifikační jednotku a průměrný výsledný skóre pacientů byl rovněž na vysoké úrovni. Autoři upozorňují, že to však nemusí znamenat pouze vysokou míru motivace k léčbě. Dobrovolný nástup k léčbě může být ve skutečnosti motivován například krátkodobou možností ubytování nebo pravidelným přísunem stravy (Franken & Hendriks, 1999).

Výsledky výzkumného šetření mohou být prakticky přínosné pro program oddělení detoxu K20 v PNK. I když se pacienti na základě tohoto výzkumu jeví vysoce motivováni ke změně nebo k léčbě závislosti na návykových látkách, sledovat jejich hodnocení jednotlivých výroků dotazníku CMRS v praxi může napomoci k mapování individuálních potřeb těchto pacientů a následnému vhodnému výběru patřičných intervencí.

Doporučení k dalšímu zkoumání je provést stejný nebo podobný výzkum na jiných detoxifikačních jednotkách v České republice a sledovat předčasná ukončení hospitalizace na vlastní žádost pacientů vzhledem k jejich počáteční motivaci (měřené výzkumným nástrojem, jako je CHQ nebo CMRS). Tedy sledovat důvody a okolnosti jejich rozhodnutí k odchodu. Vzhledem k reflektování individuálních potřeb závislých pacientů v léčbě by bylo přínosné zařadit do výzkumné baterie dotazník What I want from treatment (Brown & Miller, 1993), který by svými položkami mapoval, co sami pacienti vnímají jako potřebné a od léčby očekávají. Dále by také mohl být výzkum doplněn kvalitativními metodami, například strukturovanými rozhovory.

12. Závěr

Ústavní detoxifikace je mnohdy prvním článkem v dlouhém řetězci, se kterým se závislí pacienti setkají. Zde může a měl by vznikat jejich vztah k další fázi léčby. Ochetné a empatické přijetí ze stran personálu může zlepšit setrvání těchto pacientů v léčbě závislosti. Je důležité reflektovat potřeby těchto pacientů a přistupovat k nim individuálně.

Základním předpokladem této práce byla motivace jako ústřední téma v úplném počátku ústavního léčebného procesu závislosti, která má své charakteristiky a je ovlivnitelná mnoha faktory.

První výzkumná otázka se zaměřovala na motivaci k léčbě závislosti pacientů na oddělení detoxu v PNK. Dle výsledných skóre zvolených výzkumných nástrojů je charakter motivace těchto pacientů na vysoké úrovni.

Druhá výzkumná otázka zkoumala charakteristiku těchto pacientů z hlediska sociologickodemografických údajů, preferovaných návykových látek a absolvovaných léčeb. Jedná se o 64,9 % mužů a 35,1 % žen s věkovým průměrem 37,9 let. Nejčastěji jsou to pacienti vyučení (38,1 %), svobodní (63,5 %), zaměstnaní na plný úvazek (44,4 %), se stálým bydlením (76,2 %) a bezdětní (51,5 %). Primárně jde o závislé na alkoholu (47,7 %), léčbu si sjednali sami (56,7 %) a v minulosti prošli léčbou závislosti jakéhokoliv typu (58,8 %).

Na rozdíly v charakteru motivace k léčbě závislosti těchto pacientů byla zaměřena další výzkumná otázka. Statisticky významná se prokázala pouze souvislost předchozí léčby závislosti s celkovým skórem dotazníku CMRS a i s jeho oblastí *motivace*. Tedy ti, kteří v minulosti podstoupili léčbu závislosti, jsou motivovanější než ti, co jsou v prvoléčbě.

Jaké změny v terapeutickém programu je možné navrhnout v návaznosti na získané výsledky, bylo předmětem poslední výzkumné otázky. Začlenění dotazníku CMRS do léčebného procesu každého pacienta na oddělení a sledování jejich vlastních hodnocení výroků k nápomoci zmapování jejich individuálních potřeb a následnému výběru adekvátních intervencí.

Zrekapitulováním výzkumných cílů můžeme zhodnotit, že se v jistém rozsahu podařilo odpovědět na všechny výzkumné otázky. Pro zmapování charakteru motivace pacientů detoxifikačních odděleních a jejich specifik jsou také potřebné další studie většího rozsahu překračující omezené možnosti této práce. Také je důležitá síť nabízených dostupných a kvalitních programů a zařízení reflektující individuální potřeby závislých jedinců.

13. Seznam použité literatury

Brown, J. M. & Miller, W. R. (1993). Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7, 211 – 218. Public domain.

Černíková, T. (2017). Domovy se zvláštním režimem pro osoby závislé nebo ohrožené závislostí. Praha, 2017. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. 1. Lékařská fakulta. Retrived April 4, 2019 from: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/download/120287998>

Čtrnáctá, Š. (2015). Rodinná terapie a práce s blízkými. In: Kalina et al. *Klinická adiktologie* (1. vyd.), 492 - 509. Praha: Grada.

Delic, M., Kajdiz, K., Melnick, G., & Pregelj, P. (2015). Psychometric evaluation of the Slovenian translation of the Circumstances, Motivation and Readiness Scales. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems* 17 (2-3), 45 – 50. Retrieved April 17, 2019 from: https://www.researchgate.net/profile/Branko_Gabrovec/publication/282311101_The_Level_of_Readiness_for_HCV_treatment_among_infected_drug_users_at_the_centre_for_prevention_and_treatment_of_drug_addicts_in_Celje_Slovenia/links/5c0e0b074585157ac1b6c176/The-Level-of-Readiness-for-HCV-treatment-among-infected-drug-users-at-the-centre-for-prevention-and-treatment-of-drug-addicts-in-Celje-Slovenia.pdf#page=47

DiClement, C. C. (2004). Motivační rozhovory a fáze změny. In: Miller, W. R. & Rollnick, S. *Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování*, 175 – 184. Tišňov: Sdružení SCAN.

DiClemente, C. C., Schlundt, D., & Gemmell, L. (2004). Readiness and Stages of Change in Addiction Treatment. *American Journal on Addictions*, 13 (2), 103-119. DOI: 10.1080/10550490490435777

DiClemente, C.C., Carbonari, J.P., Montgomery, R.P.G. & Hughes, S.O. (1994). The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale. *Journal of Studies on Alcohol*, 55(2), 141–148. DOI: 10.15288/jsa.1994.55.141

Dobiášová, D. & Broža, J. (2003) Motivční trénink. In: Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup* 1 (1. vyd.), 283 – 289. Praha: Úřad vlády České republiky.

Drogy-info.cz. (n.d.). Mapa pomoci. Retrieved November 19, 2018 from: <https://www.drogy-info.cz/mapa-pomoci/?t=5&r=#result>

Dvořáček, J. (2003). Detoxifikace, léčba odvykacího syndromu. In: Kalina, K. et al. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1 (1. vyd.), 304 - 309. Praha: Úřad vlády České republiky.

Dvořáček, J. (2015). Emergentní adiktologie 2 – odvykací stavy a jiné náhlé stavy v adiktologii. In: Kalina et al. Klinická adiktologie (1. vyd.), 346 - 362. Praha: Grada.

EMCDDA (2004). Co-morbidity. Selected issue in Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway. EMCDDA: Lisbon.

Franken, I. H., & Hendriks, V. M. (1999). Predicting Outcome of Inpatient Detoxification of Substance Abusers. *Psychiatric Services*, 50 (6), 813 – 817. DOI: 10.1176/ps.50.6.813

Groshkova, T. (2010). Motivation in substance misuse treatment. *Addiction Research and Theory*. 18 (5), 494 – 510. DOI: 10.3109/16066350903362875

Ingersoll, K. S., Wagner, Ch. C. & Gharib, S. (2002). Motivational Groups for Community Substance Abuse Programs. Virginia Commonwealth University. Mid-Atlantic Addiction Technology Transfer Center. Retrieved November 9, 2018 from: <http://people.uncw.edu/ogler/MI%20Groups%20for%20Com%20SA%20Prog.pdf>

Jeřábek, P. (2015). Psychopatologie závislosti. In: Kalina, K. et al. Klinická adiktologie (1. vyd.), 190 - 210. Praha: Grada.

Kalina, K. et al. (2001). Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí. Praha: Folia Nova.

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

Kalina, K. (2015). Faktory významné pro léčbu, změnu a úzdravu. In: Kalina et al. Klinická adiktologie (1. vyd.), 607 – 622. Praha: Grada.

Kotková, V. (2016). Koncepce a operační manuál detox K20. Psychiatrická nemocnice Kosmonosy.

Kudrle, S. (2003). Psychopatologie závislosti a kodependence. In: Kalina, K. et al. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 1 (1. vyd.), 107 - 113. Praha: Úřad vlády České republiky.

Libra, J. (Ed.) (2015). Inovované standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby. Praha: Úřad vlády ČR. Retrieved November 13, 2018 from:

https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogovapolitika/certifikace/Standardy_odborne_zpusobilosti_uprava_zari_2015.pdf

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10: desátá revize. (2017). Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Retrieved January 15, from: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn>

Miller, P. M. (Ed.) (2009). Evidence – Based Addiction Treatment. Burlington, MA: Elsevier. Retrieved November 14, 2018 from: https://books.google.cz/books?id=ZpMnumtWx2AC&printsec=frontcover&hl=cs&source=gbg_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Miller, W. R., & Johnson, W. R. (2008). A natural language screening measure for motivation to change. *Addictive Behaviors* 33(9), 1177-1182. DOI: 10.1016/j.addbeh.2008.04.018

Miller, W. R. & Rollnick, S., (2004). Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování. Tišňov: Sdružení SCAN.

Miller, W. R. (2009). Enhancing motivation for change in substance abuse treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 35. HHS Publication No. (SMA) 13-4212. Rockville, MD: U.S. Dept. Of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment.

Millerová, G. (2011). Adiktologické poradenství. Praha: Galén.

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

- Miovský, M. & Bartošíková, I. (2003). Hlavní psychoterapeutické přístupy v léčbě závislosti. In: Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2* (1. vyd.), 179-186. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grogmannová, K., Janíková, B., Tion Leštinová, Z., Rous, Z., Kiššová, L., Kozák, J., Nechanská, B., Vlach, T., Černíková, T., Fidesová, H., Vopravil, J. 2017. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016 [Annual Report on Drug Situation 2016 – Czech Republic] Mravčík, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grogmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., Tion Leštinová, Z., Kiššová, L., Nechanská, B., Vlach, T., Fidesová, H., Vopravil, J. 2018. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2017 [Annual Report on Drug Situation 2017 – Czech Republic] Mravčík, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.
- Nakonečný, M. (2014). *Motivace chování* (3. vyd.). Praha: Triton.
- Nechanská, B. (2017) Údaje o detoxifikačních jednotkách a pacientech podstupujících detoxifikaci od návykových látek v roce 2016. Aktuální informace č. 05/2017. Praha: ÚZIS ČR. Retrieved November 12, 2018 from: <https://www.uzis.cz/rychle-informace/udaje-o-detoxifikacnich-jednotkach-pacientech-podstupujicich-detoxifikaci-od-navykovych-latek>
- Nešpor, K. (2003). Detoxifikační jednotky. In: Kalina, K. et al. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup 2* (1. vyd.), 190 - 194. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Nešpor, K. (2013). *Sebeovládání: Stres, rizikové emoce a bažení lze zvládat!* Praha: Portál.
- Pešek, R. (2018). *Jak se zbavit závislosti na alkoholu* (1. vyd.). Praha: Pasparta.
- Plháková, A. (2003). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
- Reiss, S. (2012). Intrinsic and Extrinsic Motivation. *Teaching of Psychology*. 39 (2), 152 – 156. DOI: 10.1177/0098628312437704
- Richterová Těmínová, M. (2008). Systém péče a jeho složky. In: Kalina, K. et al. *Základy klinické adiktologie* (1. vyd.), 369 – 386. Praha: Grada.
- Röhr, H. P. (2015). *Závislost. Jak jí porozumět a jak ji překonat*. Praha: Portál.

Rubak, S., Sandboek, A., Lauritzen, T. & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55 (513), 305-312. Retrieved November 15, 2018 from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1463134/>

Říčan, P. (2007). *Psychologie osobnosti: Obor v pohybu* (5. vyd.). Praha: Grada.

Saunders, B. & Wilkinson, C. (1990). Motivation and addiction behavior: A psychological perspective. *Drug and Alcohol Review*, 9 (2), 133–142. DOI: 10.1080/09595239000185191

Saunders, B. Wilkinson, C. & Towers, T. (1999). Motivace a závislá chování: teoretická hlediska. In: Rotgers, F. et. al. *Léčba drogových závislostí*, 195 – 214. Praha: Grada.

Smékal, V. (2002). *Pozvání do psychologie osobnosti: člověk v zrcadle vědomí a jednání* (3. vyd.). Brno: Barrister & Principal.

Smith, D. E. (2012). Editor's Note: The Process Addictions and the New ASAM Definition of Addiction. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44 (1), 1 – 4. DOI: 10.1080/02791072.2012.662105

Soukup, J. (2014). *Motivační rozhovory v praxi* (1. vyd.). Praha: Portál.

Šustková, M. (2015). Neurobiologie závislostí. In: Kalina, K. et al. *Klinická adiktologie*, 140 – 171. Praha: Grada.

Soyez, V., Leon, G. D., Rosseel, Y., & Broekaert, E. (2006). Motivation and readiness for therapeutic community treatment: Psychometric evaluation of the Dutch translation of the Circumstances, Motivation, Readiness, and Suitability scales. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30 (4), 297 – 308. DOI: 10.1016/j.jsat.2006.02.007

Výroční zpráva oddělení K20 – Resocializační a psychoterapeutické oddělení K20 a Detox K20 (2018). Psychiatrická nemocnice Kosmonosy.

West, R. (2007). The P.R.I.M.E. Theory of Motivation as a Possible Foundation for the Treatment of Addiction. In: Henningfield, J. E., Santora, P. B., & Bickel, W. K. (Ed.) *Addiction treatment: Science and Policy for the Twenty-first Century*, 24 – 34. Baltimore: Johns Hopkins University Press. Retrieved November 15, 2018 from: <https://books.google.cz/books?hl=cs&lr=&id=mw0UFhQPfYC&oi=fnd&pg=PA24&dq=prim>

e+theory+of+motivation&ots=_2481zjcvp&sig=eFpKGhDstBZrFn_3CGUkUZurS4&redir_esc=y#v=onepage&q=prime%20theory%20of%20motivation&f=false

West, R. (2016). Modely závislosti. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti.

Weisner, C., Mertens, J., Tam, T., & Moore, CH. (2001). Factors affecting the initiation of substance abuse treatment in managed care. *Addiction*, 96 (5), 705 – 716. DOI: 10.1046/j.1360-0443.2001.9657056

Zvingerová, N. (2016). Proces motivace ke změně u klientů se symptomatikou ADHD v terapeutických komunitách pro drogově závislé. Praha, 2016. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. 1. Lékařská fakulta. Retrieved April 17, 2019 from: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/download/120239912>

14. Přílohy

Příloha č. 1

Informace pro pacienty

Vážená paní, vážený pane,

prosím Vás o spolupráci a účast ve výzkumné studii zaměřené na **zmapování motivace pacientů nastupujících dobrovolně na detoxifikační oddělení v Psychiatrické nemocnici Kosmonosy**. Výzkum je součástí mé diplomové práce v rámci navazujícího magisterského studia oboru adiktologie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.

Vaše účast na projektu je zcela dobrovolná a spočívá ve vyplnění anonymních dotazníků. Tyto dotazníky neobsahují informace, které by umožňovaly pacienta jakkoli identifikovat. Dotazníky jsou určeny pouze pro výzkum v rámci mé diplomové práce, získaná data budou zpracovaná zcela anonymně.

Paní primářka tohoto oddělení MUDr. Kotková je s výzkumem plně seznámena a souhlasí s jeho provedením.

V případě jakýchkoliv dotazů týkajících se tohoto projektu se na mne můžete obrátit osobně v průběhu Vaší hospitalizace u nás na oddělení nebo po jejím ukončení na emailovou adresu: barbora.brouskova@pnkosmonosy.cz

Děkuji za Váš čas a za účast na mém výzkumu.

Barbora Břoušková

Příloha č. 2

DOTAZNÍK

Pohlaví

- muž žena

Věk

Nejvyšší dosažené/ukončené vzdělání

- základní
 vyučen/a
 středoškolské s maturitou
 vyšší odborné
 vysokoškolské

Aktuální rodinný stav

- svobodný/á
 ženatý/vdaná
 rozvedený/rozvedená
 ovdovělý/á
 druh/družka

Aktuální forma pracovního zařazení

- plný úvazek
 částečný úvazek (pravidelné/nepravidelné hodiny)
 OSVČ
 student
 nezaměstnaný/á
 mateřská/rodičovská dovolená
 invalidní/starobní důchod

Charakter bydlení (kde)

- stálé bydlení
 v zařízení (např. azylový dům)
 bez domova

Máte vlastní dítě/děti?

- ano ne

Pokud ano, žijete s ním/nimi? ano ne

Kdo Vám sjednal nástup na nynější léčbu (detox)?

- sám
- rodina či blízká osoba
- praktický lékař
- ambulantní psychiatr
- adiktologické zařízení (K-centrum, adiktologická ambulance, denní stacionář)
- jiné zdravotnické zařízení (např. interna)
- jiné, vypište: _____

Prošel/a jste v minulosti léčbou závislosti?

- ano ne

Pokud ano, uveďte, v jakém typu zařízení to bylo?

- ambulantní služba (včetně denního stacionáře)
- detox
- ústavní léčba
- rezidenční léčba v terapeutické komunitě
- doléčovací centrum

V současné době za svou hlavní užívanou návykovou látku vnímáte?

- alkohol
- opiáty
- pervitin
- marihuana
- halucinogeny
- toluen či jiná organická rozpouštědla
- benzodiazepiny
- hypnotika

Do jakého typu zařízení směřujete po dokončení hospitalizace na detoxu?

- ambulantní léčba
- intenzivní ambulantní léčba (denní stacionář)
- ústavní léčba
- rezidenční léčba v terapeutické komunitě
- domů

Byla Vám někdy diagnostikována psychiatrická diagnóza?

- ano ne

Pokud ano, uveďte jaká? _____

Příloha č. 3

Dotazník motivace ke změně Verze 1.2

Na následující řádek uveďte, o jaké změně uvažujete. Chci _____ .

Nyní v souvislosti se změnou, o níž uvažujete, odpovězte na každou z následujících otázek. Kdykoli narazíte na formulaci „dosáhnout této změny“ apod., uvědomte si, co jste sám/sama uvedl(a) na řádek v úvodu tohoto dotazníku, a poté zakroužkujte jedno z čísel, které nejlépe vyjadřuje, v jaké fázi se ve vztahu k této změně momentálně nacházíte.

Pokud jste například na řádek výše napsal(a) „sehnat si práci“, pak u položky 1 (**Chci** této změny dosáhnout) označíte, jak moc si chcete sehnat práci.

1. Chci této změny dosáhnout.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Určitě ne		Asi ne			Možná		Asi ano		Určitě ano	
2. Mohl(a) bych této změny dosáhnout.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Určitě ne		Asi ne			Možná		Asi ano		Určitě ano	

3. Mám mnoho <i>dobrých důvodů</i> , abych této změny dosáhl(a).	<p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: center;">Určitě ne Asi ne Možná Asi ano Určitě ano</p>
4. <i>Musím</i> této změny dosáhnout.	<p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: center;">Určitě ne Asi ne Možná Asi ano Určitě ano</p>
5. <i>Mám v úmyslu</i> této změny dosáhnout.	<p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: center;">Určitě ne Asi ne Možná Asi ano Určitě ano</p>
6. <i>Snažím se</i> této změny dosáhnout.	<p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: center;">Určitě ne Asi ne Možná Asi ano Určitě ano</p>
7. <i>Doufám</i> , že této změny dosáhnu.	<p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: center;">Určitě ne Asi ne Možná Asi ano Určitě ano</p>

8. <i>Mohu</i> této změny dosáhnout.	<p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: center;">Určitě ne Asi ne Možná Asi ano Určitě ano</p>
9. Je pro mě <i>důležité</i> , abych této změny dosáhl(a).	<p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: center;">Určitě ne Asi ne Možná Asi ano Určitě ano</p>
10. <i>Potřebuji</i> této změny dosáhnout.	<p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: center;">Určitě ne Asi ne Možná Asi ano Určitě ano</p>
11. <i>Dosáhnu</i> této změny.	<p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: center;">Určitě ne Asi ne Možná Asi ano Určitě ano</p>
12. <i>Činím konkrétní kroky</i> , abych této změny dosáhl(a).	<p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: center;">Určitě ne Asi ne Možná Asi ano Určitě ano</p>

Příloha č. 4

Dotazník motivace ke změně (alkohol a ostatní návykové látky)

Odpovězte prosím na každou z následujících otázek, které se týkají vašich aktuálních pocitů ohledně abstinence (tj. že přestanete pít alkohol/užívat ostatní návykové látky a budete se mu/jim i v budoucnu vyhýbat).

1. <i>Chci</i> abstinovat.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Určitě ne		Asi ne		Možná		Asi ano		Určitě ano		
2. <i>Mohl(a)</i> bych abstinovat.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Určitě ne		Asi ne		Možná		Asi ano		Určitě ano		
3. Mám mnoho <i>dobrých důvodů</i> , abych abstinoval(a).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Určitě ne		Asi ne		Možná		Asi ano		Určitě ano		

4. <i>Musím</i> abstinovat.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Určitě ne		Asi ne			Možná		Asi ano		Určitě ano	
5. <i>Mám v úmyslu</i> abstinovat.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Určitě ne		Asi ne			Možná		Asi ano		Určitě ano	
6. <i>Snažím se</i> abstinovat.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Určitě ne		Asi ne			Možná		Asi ano		Určitě ano	
7. <i>Doufám</i> , že vydržím abstinovat.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Určitě ne		Asi ne			Možná		Asi ano		Určitě ano	
8. <i>Mohu</i> abstinovat.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Určitě ne		Asi ne			Možná		Asi ano		Určitě ano	

9. Je pro mě důležité , abych abstinoval(a).	<p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: center;">Určitě ne Asi ne Možná Asi ano Určitě ano</p>
10. Potřebuji abstinovat.	<p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: center;">Určitě ne Asi ne Možná Asi ano Určitě ano</p>
11. Budu abstinovat.	<p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: center;">Určitě ne Asi ne Možná Asi ano Určitě ano</p>
12. Činím konkrétní kroky , abych nepil(a)/neužíval(a) ostatní návykové látky.	<p style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p style="text-align: center;">Určitě ne Asi ne Možná Asi ano Určitě ano</p>

Příloha č. 5

CMRS FACTOR SCALES

ŠKÁLA OKOLNOSTÍ, MOTIVACE a PŘIPRAVENOSTI K LÉČBĚ ZÁVISLOSTI NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH

Vaše pocity jsou z hlediska léčby velmi důležité. Tyto pocity se mohou týkat vaší osobní situace, životních problémů, toho, jak smýšlíte sami o sobě, nebo jaký názor máte na léčbu. Pozorně se zamyslete nad každou z následujících otázek a označte, do jaké míry vystihuje vaše vlastní myšlenky a pocity.

Zakroužkujte číslo, které nejlépe vystihuje vaši odpověď.

1	2	3	4	5	6
Rozhodně nesouhlasím	Nesouhlasím	Nevím	Souhlasím	Rozhodně souhlasím	Není relevantní

OKOLNOSTI

- | | | |
|----|--|----------------------------|
| 1. | Jsem si jistý/(á), že kdybych se nezačal(a) léčit, skončil(a) bych ve vězení. | 1----2----3----4----5----9 |
| 2. | Jsem si jistý/(á), že bych se začal(a) léčit, i kdyby mě k tomu nenutily mé problémy se zákonem. | 1----2----3----4----5----9 |
| 3. | Jsem si jistý/(á), že moje rodina by mě nenechala bydlet doma, kdybych se nešel/nešla léčit. | 1----2----3----4----5----9 |
| 4. | Myslím si, že moje rodina/přítel/přítelkyně se mě po několika měsících budou snažit přimět k tomu, abych léčbu ukončila. | 1----2----3----4----5----9 |
| 5. | Mám obavy, že pokud zůstanu v léčbě, budu mít vážné finanční problémy. | 1----2----3----4----5----9 |
| 6. | Mám pocit, že mám ve skutečnosti příliš mnoho nevyřešených problémů, které mi neumožní léčbu dokončit (rodiče, manžel/manželka/partner/partnerka, děti, ztráta zaměstnání, ušlý příjem, nedokončené vzdělání, rodinné problémy, ztráta domova/bydlení apod.) | 1----2----3----4----5----9 |

1	2	3	4	5	6
Rozhodně nesouhlasím	Nesouhlasím	Nevím	Souhlasím	Rozhodně souhlasím	Není relevantní

MOTIVACE

- | | | |
|-----|---|----------------------------|
| 7. | Mám pocit, že moje užívání drog představuje ve skutečnosti v mém životě velmi vážný problém. | 1----2----3----4----5----9 |
| 8. | Často se kvůli svému užívání drog nemám rád(a). | 1----2----3----4----5----9 |
| 9. | V poslední době mívám pocit, že pokud se nezměním, můj život se bude jenom zhoršovat. | 1----2----3----4----5----9 |
| 10. | Mám velké výčitky, že jsem svým užíváním drog a způsobem svého života hodně lidem ublížil(a). | 1----2----3----4----5----9 |
| 11. | Přestat s užíváním drog je pro mě důležitější než cokoli jiného. | 1----2----3----4----5----9 |

PŘIPRAVENOST

- | | | |
|-----|--|----------------------------|
| 12. | Přestat s užíváním drog můžu, kdykoli budu chtít. Nemyslím, že bych k tomu ve skutečnosti potřeboval(a) odbornou pomoc. | 1----2----3----4----5----9 |
| 13. | Do tohoto programu jsem nastoupil(a), protože cítím, že v rámci léčby jsem připraven(a) se sebou opravdu něco udělat. | 1----2----3----4----5----9 |
| 14. | Udělám vše, co bude potřeba, abych si dal(a) život do pořádku. | 1----2----3----4----5----9 |
| 15. | Momentálně v podstatě nevidím jinou možnost pomoci než nějakou formu léčby. | 1----2----3----4----5----9 |
| 16. | Nemyslím si, že bych byl(a) ve skutečnosti schopen/schopna přestat užívat drogy s pomocí kamarádů, rodiny nebo víry. Opravdu potřebuji nějakou formu odborné pomoci. | 1----2----3----4----5----9 |
| 17. | Už mám užívání drog opravdu dost a chci se změnit, ale vím, že sám/sama to nedokážu. | 1----2----3----4----5----9 |
| 18. | Jsem ochoten/ochotna nastoupit léčbu co nejdříve. | 1----2----3----4----5----9 |

Příloha č. 6

Seznam tabulek

Tabulka 1: Základní sociodemografické údaje výzkumného souboru.....	44
Tabulka 2: Četnost uživatelů dle preferenční návykové látky v závislosti na věkové kategorii.....	45
Tabulka 3: Četnost uživatelů dle preferenční návykové látky v závislosti na výši dokončeného vzdělání.....	46
Tabulka 4: Četnost typů zařízení v minulosti.....	47
Tabulka 5: Typy zařízení následné léčby respondentů.....	47
Tabulka 6: Kategorie shrnující změnu, které chtěli respondenti docílit v CHQA.....	48
Tabulka 7: Výsledný skór CHQA respondentů v závislosti na věkové kategorii.....	48
Tabulka 8: Výsledný skór jednotlivých otázek CHQA.....	49
Tabulka 9: Výsledný skór CHQB respondentů v závislosti na věkové kategorii.....	50
Tabulka 10: Výsledný skór jednotlivých otázek CHQB.....	50
Tabulka 11: Sub - škály dotazníků CHQ a jejich výsledné skóry v závislosti na pohlaví.....	51
Tabulka 12: Výsledné skóre jednotlivých oblastí dotazníku CMRS v závislosti na pohlaví.....	51
Tabulka 13: Výsledné skóre jednotlivých oblastí dotazníku CMRS v závislosti na věku.....	52
Tabulka 14: Jednotlivé výroky v oblasti okolností v CMRS a jejich skór.....	53
Tabulka 15: Jednotlivé výroky v oblasti motivace v CMRS a jejich skór.....	53
Tabulka 16: Jednotlivé výroky v oblasti připravenost v CMRS a jejich skór.....	54
Tabulka 17a: CMRS, CHQ a předchozí léčba.....	55
Tabulka 17b: CMRS, CHQ a předchozí léčba.....	55

Seznam obrázků

Obrázek 1 Hierarchie potřeb dle Maslowa.....	16
Obrázek 2: Cyklický model změny dle Prochasky a DiClementa.....	23
Obrázek 3: Věkové kategorie respondentů.....	40
Obrázek 4: Zastoupení respondentů v jednotlivých měsících (v %).....	41
Obrázek 5: Rozložení uživatelů dle jejich užívané preferenční návykové látky.....	45
Obrázek 6: Rozložení hodnoty skóru CHQB podle pohlaví (1 muži, 2 ženy).....	49
Obrázek 7: Rozložení hodnoty skóru CMRS podle pohlaví (1 muži, 2 ženy).....	52
Obrázek 8: Rozložení hodnoty skóru oblasti okolnosti CMRS podle pohlaví (1 muži, 2 ženy)	53
Obrázek 9: Rozložení hodnoty skóru oblasti připravenost CMRS podle pohlaví (1 muži, 2 ženy).....	54

