

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyriľometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Diplomová práce

2016

Bc. Petr Šeda, DiS.

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Bc. Petr Šeda, DiS.

*Evaluace následné péče osob se závislostí na
návykových látkách a hře.*

Diplomová práce

vedoucí práce: Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.

2016

Prohlašuji, že jsem práci vypracoval samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedl v seznamu literatury.

V Olomouci dne 30.10.2016

.....

Bc. Petr Šeda, DiS.

Poděkování.

Děkuji Mgr. Julii Wittmannové, PhD. za vedení mé diplomové práce a za její nadstandartní přístup. Dále bych rád poděkoval kolegům na mém pracovišti v P-centru, kde se výzkum prováděl. V neposlední řadě děkuji celé své rodině za velkou podporu při celém studiu.

Úvod.....	6
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA	8
1.1 Vymezení kategorie závislosti	8
1.1.1 Závislost	8
1.1.2 Primární návykové látky.....	13
1.1.3 Uživatelé návykových látek	16
1.1.4 Hazardní hra	17
1.2 Služby a zařízení k léčbě závislostí.....	18
1.2.1 Terénní programy	18
1.2.2 Nízkoprahová kontaktní zařízení.....	18
1.2.3 Ambulantní léčba	18
1.2.4 Pobytová léčba (rezidenční léčba, ústavní léčba).....	19
1.2.5 Doléčování, chráněné byty	23
1.3 Následná péče osob se závislostí, doléčování	23
1.3.1 Program doléčování v službě následné péče	25
1.3.2 P-centrum, spolek.....	27
1.3.3 Doléčovací program P-centra	31
1.3.3.1 Cílová skupina doléčovacího programu	31
1.3.3.2 Cíle služby.....	31
1.3.3.3 Základní informace o službě	32
1.3.3.4 Pravidla doléčovacího programu, chráněných bytů	33
1.3.3.5 Struktura programu	35
1.3.3.6 Léčebný plán, kontrakt.....	37
1.3.3.7 Fáze programu.....	38
1.3.3.8 Náplň programu.....	39
1.4 Teorie evaluace	43
1.4.1 Evaluace	44
1.4.2 Programová evaluace	44
1.4.2.1 Typy programové evaluace	45
1.4.3 Metodologie evaluačního výzkumu	46
1.4.4 Evaluace kvality a efektivity následné péče v P-centru	47

1.5	Kvalita života a způsoby jejího měření	48
1.5.1	Kvalita život jako pojem	48
1.5.1.1	Medicínský přístup ke kvalitě života	50
1.5.1.2	Psychologický přístup ke kvalitě života	51
1.5.1.3	Sociologický přístup ke kvalitě života	51
1.5.2	Možnosti měření kvality života	52
1.5.2.1	Metoda měření kvality života - objektivní	52
1.5.2.2	Metody měření kvality života - subjektivní	54
1.5.2.3	Výzkum kvality života osob se závislostí	55
2	EMPIRICKÁ ČÁST.....	57
2.1	Výzkumný cíl a výzkumné otázky	57
2.2	Metodika práce.....	58
2.2.1	Výzkumný soubor	58
2.2.2	Průběh a organizace výzkumu.....	59
2.2.3	Použité metody	60
2.2.3.1	Metoda SEIQoL	60
2.2.3.2	Metoda SQUALA	62
2.2.4	Zpracování dat.....	63
2.3	Výsledky a diskuze	65
2.3.1	Výzkumná otázka č. 1	66
2.3.2	Výzkumná otázka č. 2	72
2.3.3	Výzkumná otázka č. 3	77
2.3.4	Výzkumná otázka č. 4	80
2.3.4.1	Dle pohlaví	81
2.3.4.2	Dle typu návykové látky	82
2.3.4.3	Dle typu léčby	83
	Závěr	85
	Seznam tabulek, grafů a obrázků	89
	Literatura.....	91
	Přílohy.....	96

Úvod

Oblast péče o závislé se v posledních dvaceti letech dynamicky vyvíjela, až do dnešní podoby uceleného systému tzv. léčebného kontinua. Služba následné péče P-centra a její strukturovaný doléčovací program je posledním článkem tohoto systému. Následná péče je registrovanou službou dle zákona č. 108/2006 Sb. a také je certifikovaným programem doléčování dle Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky a jejích Standardů odborné způsobilosti (Úřad vlády 2012a,b). Obě autority kladou důraz na kvalitu i skrze evaluační procesy. Také pracovníci Následné péče v nestátní neziskové organizaci P-centra v Olomouci (kde jsem zaměstnán od roku 2011) si kladou evaluační otázky, jestli je program dobře nastaven, jestli působí na klienty služby tak, aby byly naplněny cíle služby.

V roce 2011 jsme započali proces evaluace programu následné péče a prostřednictvím mé bakalářské práce nejdříve hledali vhodné nástroje. Cílem mé bakalářské práce bylo ověřit, zda dotazníky SQUALA (Dragomirecká a kol, 2006) a SEIQoL (Křivohlavý, 2003), které měří kvalitu života, přinesou relevantní informace pro možnou evaluaci programu doléčování. Výsledek bakalářské práce bylo možné interpretovat tak, že zmíněné dotazníky jsou vhodné pro evaluaci tohoto programu. Na tuto bakalářskou práci navazuji (Šeda, 2012).

Cílem mé diplomové práce je, pomocí dotazníků SQUALA a SEIQoL hodnotících subjektivně vnímanou kvalitu života, přinést obohacující informace pro evaluaci programu doléčování následné péče osob se závislostí v P-centru. Pro svou práci jsem zvolil metodu kompilace zdrojů a studia literatury (odborné i interních textů). Pro výzkum jsem zvolil metody polostrukturovaného dotazníku SEIQoL a strukturovaného dotazníku SQUALA, jako pokračování výzkumu z pilotního ověření v bakalářské práci (Šeda, 2012).

Diplomová práce se skládá z teoretické a výzkumné části. Nejdříve si představíme oblast cílové skupiny, tedy závislost, uživatele, návykové látky (hra). Jak už jsem zmiňoval, evaluovaný program doléčování je součástí celého systému péče o závislé, proto si v další kapitole tento systém stručně představíme tak, abychom lépe pochopili ucelené kontinuum. Pak podrobněji představíme službu následné péče,

konkrétní pracoviště v kontextu organizace P-centra a podrobně popíšeme konkrétní evaluovaný program doléčování.

Následuje kapitola o obecné teorii evaluace, kde si představíme jednotlivé typy evaluací a programovou evaluaci. Uvedeme i typy evaluační metodologie a stav evaluace v P-centru.

Ačkoliv oba výzkumné dotazníky měří kvalitu života, nepracujeme s kvalitou života jako s objektem výzkumu. Proto i poslední teoretická kapitola je spíše stručným vhledem do této oblasti.

Empirická část popisuje výzkum, který probíhal od začátku roku 2013 do konce roku 2015 na mém pracovišti, ve službě následné péče P-centra v Olomouci. V této kapitole jsou stanoveny výzkumné otázky, popsán průběh a organizace výzkumu, použité metody a jejich metodika zpracování. Výsledky výzkumu jsou pro lepší orientaci spojeny s diskuzí a logicky rozděleny dle výzkumných otázek.

Protože tato diplomová práce přímo navazuje na mou bakalářskou práci, mají obě společné téma, cílovou skupinu i použité metody, jsou teoretické kapitoly zčásti shodné (podobná struktura obou prací). Všechnu teorii jsem rozšířil, doplnil o aktuální relevantní literaturu a celou zrevidoval s ohledem na cíl a rozsah diplomové práce.

Navázání na mou bakalářskou práci bylo i v souladu s výsledky této práce, neboť limity bakalářské práce plynuly i z malého počtu respondentů, který jsme v této práci rozšířili o další sledované období 3 let. V této diplomové práci pracujeme se 189 dotazníky od 63 respondentů, proběhlo tedy 94 schůzek s respondenty.

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

1.1 Vymezení kategorie závislosti

Obsah této práce je zaměřen na evaluaci následné péče osob po léčbě závislosti na návykových látkách a hře. V následující části se zabýváme obecným vhladem do této problematiky. Zabýváme se závislostí na návykových (psychoaktivních) látkách či hře, dále v textu budeme, pro zjednodušení, používat jen termín závislost.

1.1.1 Závislost

Jeřábek (in Kalina, 2015, s. 190) uvádí, že v adiktologii se závislostí rozumí „především závislost na psychoaktivních látkách nebo na procesech. Psychoaktivní látka (...) biochemicky ovlivňuje systém mozkové odměny a její opakovaný účinek vede k rozvoji závislosti“.

Nešpor s Czemy (2003, s. 26) i Jeřábek (in Kalina, 2008, 2015) uvádějí tuto zjednodušenou definici závislosti, která vychází z MKN10 jako syndrom závislosti:

„Při závislosti má užívání nějaké látky nebo skupiny látek mnohem větší přednost před jednáním, kterého si člověk kdysi cenil více. Hlavní charakteristikou závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát drogy, alkohol nebo tabák. K diagnóze závislosti se obvykle vyžaduje, aby během posledních 12 měsíců došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- Silná touha nebo pocit puzení užívat látku.
- Potíže v sebeovládání ve vztahu k látce, a to pokud jde o začátek, ukončení nebo množství látky.
- Tělesný odvykací stav. Postižený užívá stejnou nebo příbuznou látku s úmyslem zmenšit odvykací příznaky.
- Roste tolerance, to se projevuje vyžadováním vyšších dávek, aby se dosáhlo účinku, původně vyvolaného nižšími dávkami.
- Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch návykové látky. Zvýšené množství času k získání nebo užívání látky nebo zotavení se z jejího účinku;
- Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.“

Závislost dělíme na somatickou a na psychickou:

- Somatická, čili fyzická závislost - při odnětí látky dochází silným abstinčním příznakům, jako jsou například svalové křeče, průjem, chvění a třes, otřásání apod.
- Psychická závislost - při vysazení látky dochází zejména k psychickým abstinčním příznakům, jako je deprese, podrážděnost, poruchy spánku, chuť k jídlu, změny nálad atd. (Fišerová in Kalina a kol., 2003, s. 102)

Abstinence / Laps / relaps / recidiva

Na předchozí symptomologii přímo navazuje pojmosloví spojené s porušením abstinence. Vyhnutí se návratu k užívání návykových látek nebo hry (prevence relapsu) je jedním z primárních cílů následné péče. Proto si je zde představíme, dle Jeřábka (in Kalina, 2015, s. 194-195):

- Abstinence, znamená „upuštění od návykových látek“, a nastává po šesti měsících plné abstinence (nebo maximálně s lapsem).
- Laps, jednorázové, izolované užití návykové látky (hraní), nerozvíjí se žádné symptomy závislosti.
- Relaps, je vícenásobné užití návykové látky (závažnější než laps), při kterém se rozvíjí jeden, maximálně dva symptomy.
- Recidiva, znamená opětovnou diagnózu závislosti, tedy návrat k užívání návykových látek nebo hry.

Příčiny vzniku závislosti

Závislost je multifaktorálně podmíněnou poruchou (Vágnerová, 2008, s. 550), na jejímž vzniku se mohou podílet jak somatické a psychické vlastnosti tak i vlivy prostředí, sociálního především. Vágnerová (2008, s. 550 – 554) uvádí tyto faktory:

- Složení psychoaktivní látky, bez ohledu na další predispozice, zapříčiní vznik závislosti téměř vždy a u kohokoliv, např. heroin.
- Genetické dispozice jsou významným etiologickým faktorem, zároveň ale není jisté, jestli jde o více genetických předpokladů pro vznik poruchy osobnosti, nebo o genetické změny. Familiární výskyt v anamnéze může být vyvolán i nápodobou vzorce chování.
- Biologický základ je určitý způsob zpracování psychoaktivní látky v organismu. Zjednodušeně řečeno, pokud např. uživatel zpočátku pije alkohol a nemá negativní biologické důsledky (nevolnost, zvracení) je pravděpodobnější, že bude alkohol užívat častěji či ve větším množství.
- Psychické faktory

Motivace k experimentování s psychoaktivní látkou může vycházet z těchto individuálních potřeb, či je důsledkem sociálního tlaku okolí. Projevuje se potřebou:

- Uniknout něčemu negativnímu
- Získat něco pozitivního
- Sociální konformita (patřit do party)

Určitý způsob prožívání, uvažování a reagování může zvyšovat pravděpodobnost užití psychoaktivní látky a zvýšit tak nebezpečí vzniku závislosti:

- Emoční prožívání, typická je zvýšená dráždivost, labilita a nedostatek vnitřní pohody spojené s pocitem generalizovaného neuspokojení. Potřeba většího vzrušení, nějak zaplnit svůj život.

- Způsob uvažování a hodnocení situace. Neadekvátní sebehodnocení, hodnocení okolní reality, neúčelné strategie uvažování. Popírání rizika, racionalizace svého chování, chybí dlouhodobé cíle.
 - Faktor učení. Zpočátku bývá užívání příjemné, přináší zisky, což zvyšuje pozitivní posilování. Pozdější negativní důsledky na toto posílení zvyku nemá velký vliv.
 - Tendence k určitému způsobu chování. Závislý lidé mají problémy v oblasti volných vlastností, autoregulace. Nedovedou odkládat uspokojení svých potřeb, chtějí vše hned.
 - Osobnostní vlastnosti. Lidé často pociťující nepohodu, nejistí, labilní s neschopností zvládat své problémy jsou často vystaveni stresu, který řeší užíváním psych. látek.
- Sociální faktory
 - Společnost, dostupnost návykových látek, tolerance k užívání (např. THC).
 - Městské prostředí, obecně větší pravděpodobnost výskytu návykových látek, anonymita, menší kontrola.
 - Rodina, vlivy dysfunkční rodiny, možná nápodoba rodičovského chování (častá rodinná anamnéza).
 - Sociální skupina, parta. Vliv subkultury, vlastní pravidla, hodnoty, normy, kde užívání návykových látek je běžné.
 - Nižší úroveň vzdělání, sociální znevýhodnění.
 - Sociální deprivace – nezaměstnanost, bezdomovectví, nemožnost realizace.

Paradigmata v adiktologii

V oboru adiktologie v posledních desetiletích dochází k „setkávání, soužití, střetávání či

alternování“ (Kalina, 2015, s. 101) několika paradigmat přístupu k závislosti a tedy i ke klinické praxi s uživateli. Kalina (2015) uvádí tato:

- Morální paradigma, abúzus a závislost je morální poklesek, uživatelé si za svou nemoc mohou sami, léčba by neměla být hrazena z veřejných zdrojů. Paradigma není zcela vyhaslé, přetrvává i v odborné oblasti voláním po „tvrdé léčbě“, nelze ji však ani zavrhnout, téma osobní odpovědnosti a obnovy morálky jako součást údravy klientů.
- Veřejnozdravotní paradigma, jde o přístup zastavení šíření závislosti ve společnosti v rámci „public health“, na rozdíl od „harm reduction“ jde ale jen o zdraví společnosti ne uživatele.
- Psychologické paradigma předpokládá, že závislost je „výsledkem procesu učení a adaptace v určitém kontextu“ (Kalina, 2015, s. 102) kdy různé psychotherapeutické směry (behaviorální, kognitivní, psychodynamické) určují jak s tímto kontextem zacházet, dle jejich teorií.
- Sociální paradigma se dívá na závislost optikou konceptu „sociálního fungování“ (Navrátil, 2001). Příčinou problému nemusí být lidé samotní, ale důsledek nezvládnutí rolí v sociálním prostředí. Sociální paradigma je protikladem k morálnímu paradigmatu, v čemž je její síla i slabost, pokud by převládlo.
- Psychologicko-sociální paradigma je spojení dvou předchozí a v oblasti léčby závislostí dominovalo celá desetiletí. Na základě tohoto paradigmatu vznikly koncepty terapeutických komunit a model abstinenci léčby.
- Neurobiologické paradigma se poslední dobou více rozvíjí, s tím jak roste poznání závislosti v této oblasti. Příkladem tohoto paradigmatu může být teorie závislosti dle Americké asociace pro závislostní medicínu (ASAM), podle níž je závislost primární, chronické onemocnění mozkových center odměny, motivace, paměti a dalších souvisejících funkcí, přičemž rozvoj tohoto onemocnění je přibližně z poloviny určen genetickými faktory. Přínosem tohoto paradigmatu je překonávání negativních důsledků sociálního a morálního paradigmatu.

- Multifaktorální paradigma, říká, že závislost (vznik, vývoj, udržování) je výsledkem mnoha faktorů.
- Bio-psycho-sociální paradigma, obecně známý přístup, který zavedlo WHO v šedesátých letech a které není platné jen pro adiktologii. Celostní přístup lze doplnit již o spirituální (existenciální) rozměr tak, aby pohled byl úplný.

1.1.2 Primární návykové látky

Návykové látky, které klienti následné péče udávají jako svou primární drogu, jsou zejména pervitin, heroin, a alkohol (P-centrum, [2016]). Klienti často uvádějí více užívaných látek, většina jich vyzkoušela celou řadu. Níže uvádím hlavní návykové látky, tak jak je popsal Minařík s Kmochem (in Kalina, 2015, s. 49 – 81):

- Psychomotorická stimulancia – jsou látky, které v organismu způsobí celkové povzbuzení, zvyšují duševní i tělesný výkon. Vyšší dávky či kumulativní užití způsobují halucinace, delší užívání snižují kvalitu zážitku. V mozku ovlivňují tvorbu dopaminu, serotoninu, nonadrenalinu. Hlavními představiteli jsou pervitin (methamphetamin), amfetamin, kokain, MDMA či některá léčiva, předepisovaná pro ADHD či narkolepsii. Účinky těchto látek:
 - odstranění únavy, urychlení myšlení, zvýšená hovornost,
 - pocity síly a energie, nechutenství, snížený příjem potravy.

Nežádoucími účinky jsou:

- sucho v ústech, nadměrné pocení, přetížení krevního oběhu,
- vyčerpání organismu, riziko selhání srdce, stav útlumu při dojezdu,
- anxiogenní efekt, pocity pronásledování,
- pohybové stereotypy (vykroucenost), nadměrná koncentrace na cokoliv (záseky).

Dlouhodobými účinky jsou nápadné zhubnutí, toxická psychóza, vznik psychické závislosti, která se po vysazení látky projevuje silnou touhou po užití drogy, může docházet k depresím, úzkostným stavům, sebevražedné myšlenky.

Hlavním představitelem je pervitin, který je nejrozšířenější drogou v České republice pro svou snadnou vyrobiteľnost z běžně dostupných látek. Obvykle je ve formě různě zbarveného krystalického prášku. Užívá se intravenózně, intranazálně či *per os* (spolkne se zabalený v papírku např.). V praxi se setkáváme s velkým množstvím tzv. vaříčů, tedy s klienty, kteří pervitin uměli vyrobit, čímž si obvykle zajistili trvalý přísun (Minařík, Kmoch in Kalina, 2015, s. 70 – 74)

- Opioidy a opiáty – jde o tlumivé látky s výrazným euforickým efektem. Účinek opioidů je „zprostředkován vazbou na specifické receptory pro endogenní opioidy“ (Minařík, Kmoch in Kalina, 2015, s. 56). Účinky jsou analgezie, euforie, sedace, útlum dechu a fyzická závislost s výraznými abstinenciálními příznaky vedoucí až k úmrtí klienta.

Hlavními představiteli jsou heroin, braun, léky typu dolzin, tramadol, kodein. Významným paradoxním představitelem jsou zneužívané substituční látky, např. buprenorfín, určené pro substituční léčbu opiátové závislosti, prodávané na černém trhu. Účinky těchto látek:

- celkový útlum – nervový systém, dechové centrum, vedoucí až k úplné zástavě dechového automatismu (častý důvod úmrtí uživatele)
- zvracení, charakteristické pro prvouživatele
- svědění
- pokles tělesné teploty, mióza, zpomalení srdečního tepu, zácpa

Dlouhodobé účinky

- vznik závislosti jak psychické, tak hlavně somatické
- rozvoj tolerance vůči množství
- poškození organismu, pokles citlivosti k bolesti

Heroin, Braun i zneužívané léky se obvykle užívají stejně jako pervitin hlavně intravenózně či intranazálně. Obvyklé je i kouření (sklo, plech).

- Alkohol (chemicky ethylalkohol) látka, která vzniká kvašením sacharidů, vyšší koncentrace je dosaženo destilací. Alkohol působí na centrální nervový systém tlumivě. Akutní nekomplikovaná intoxikace se projevuje jako opilost, nižší dávky působí stimulačně, dochází k psychomotorickému vybuzení, zvýšené sebevědomí, zlepšení nálady, mnohomluvnosti. Zvýšená koncentrace alkoholu v krvi ale již působí tlumivě, dochází k celkovému útlumu, pokud koncentrace alkoholu překročí kritickou hranici (kterou má každý individuální) pak dochází k somnolenci, spánku, případně k bezvědomí a ke smrti. Dlouhodobé užívání alkoholu má škodlivý vliv na celý organismus, zejména na vnitřní orgány. Vlivem alkoholu také dochází k psychotickým poruchám, kam se řadí alkoholická demence, alkoholická paranoidní psychóza a alkoholická halucinóza. Závislost na alkoholu je somatického typu (Popov in Kalina a kol., 2003, s. 151-156).
- Konopné drogy (marihuana a hašiš - zpracované konopí) – rostlina konopí obsahuje několik psychoaktivních látek, z nichž je nejvýznamnější THC (tetrahydrocannabinol). Užívá se nejvíce kouřením, případně ústy, ve formě přidávání sušeného konopí (hlavně samičí květy) do jídla, někdy jako vývar konopí v mléce a máslu. Po užití se dostavuje mírná euforie a uvolnění, může se dostavit i nekontrolovaný záchvat smíchu, dostavuje se zkreslené vnímání času a prostoru, čas se zdá být delší než ve skutečnosti je, vše se jakoby vleče. „Celkový stav se blíží mírně meditativnímu ponoření do vlastních pocitů, nálad, myšlenek a fantazií“ (Miovský in Kalina a kol., 2003, s. 176). U intoxikovaného je pocit hladu, sucho v ústech. Psychická závislost na konopných drogách byla pozorována u 8-10% dlouhodobých uživatelů (Miovský in Kalina a kol., 2003). Rizika pro klienty po léčbě závislosti jsou zejména v setrvávání v kontaktu s drogami, dalšími uživateli konopných látek, kteří by mohli mít přístup i k jiným látkám a v riziku snížené pozornosti k rizikovému chování při akutní intoxikaci.

Dalšími látkami jsou halucinogeny, těkavé látky, zneužívané léky a v poslední době také tzv. syntetické drogy.

1.1.3 Uživatelé návykových látek

Cílová skupina jsou uživatelé návykových látek a hazardních her s různě dlouhou závislostní historií, tedy i různě závislých. Uživatele návykových látek můžeme rozdělit dle množství a intenzity jejich užívání, což jsou skupiny B až F (Mullerová, Matoušek, Vondrášková in Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005, s. 212), skupinu A uvedl Kalina (2015, s. 110), v dřívější odborné literatuře nebyla zařazována v souvislosti s definováním intenzity užívání psychoaktivních látek.

- A. *Rizikové skupiny a rizikovní jedinci* – věková kategorie 12 – 18 let, dále osoby a skupiny s predispozicemi popsanými v kapitole 1.1 odrážka Příčiny vzniku závislosti.
- B. *Experimentální užívání návykových látek* – látka je užívána občasně a nepravidelně, její užívání nemusí mít žádné následky.
- C. *Příležitostné užívání návykových látek* - tzv. víkendové užívání, uživatel bere návykové látky pravidelně, ne však více než jednou týdně (možno více užití, avšak v jednom cyklu). Obvyklé je užití ve zmiňovaném víkendovém volném čase, užívání je součástí životního stylu. Následky užívání se projeví bezprostředně po aplikaci, jinak nemusejí být problémy jak v psychické rovnováze, tak v sociálním fungování.
- D. *Pravidelné užívání návykových látek (škodlivé)* – užívání je již vícečetné (více než jeden cyklus týdně) užívání návykových látek je součástí životního stylu; škodlivé účinky užívání se již mohou projevovat.
- E. *Problémové užívání návykových látek* – užívání je již pravidelné, ovlivňuje soukromý a pracovní život uživatele, projevují se i zdravotní problémy související s aplikací návykové látky, většinou se látka aplikuje rizikovým způsobem (např. nitrožilní aplikace).
- F. *Závislost na návykových látkách* – Projevuje se vyšší tolerance k látce (zvyšují se dávky k dosažení žádoucího účinku). Uživatel po látce trvale touží, této touze se podřizuje celý jeho život ve všech oblastech, má zdravotní, psychické a sociální problémy způsobené užíváním návykových látek.

Osoby A (B) až C, obvykle nemají důvod kontaktovat odbornou pomoc, proto cílová skupina pro naši práci budou uživatelé C až F, nadále o nich budeme hovořit jako o uživatelích návykových látek.

Duální diagnózy

Duálními diagnózami se v adiktologii a v psychiatrii označuje souběh poruch z užívání (závislost) a jiné psychické poruchy. Nejčastěji se jedná o poruchy osobnosti, psychosexuální dysfunkce, úzkostné poruchy, afektivní poruchy, fobie, poruchy příjmu potravy a další. (Kalina, Minařík in Kalina, 2015, s. 214). S duálními diagnózami se setkáváme v doléčování často, Jeřábek (2008) uvádí že „by klienta, který trpí závislostí a jinak by byl duševně zdrav, pokládal za klinickou raritu“.

Pro cíle této práce není důležitá etiologie této diagnózy, neboť v doléčování se většinou setkáváme již s klienty, kteří jsou diagnostikováni a zamedikováni.

1.1.4 Hazardní hra

Hazardní hráčství, gambling či novější pojmenování „závislost na procesech“ (Vacek, Vondráčková in Kalina, 2015, s. 513), ačkoliv má mnoho společných rysů se závislostí, není závislostí ve smyslu klasifikace Světové zdravotnické organizace MKN-10. V této klasifikaci se řadí mezi „návykové a impulzivní poruchy“. Nešpor (2007, s. 27) uvádí tuto definici dle MKN-10:

- „Během období nejméně jednoho roku se vyskytnou dvě nebo více epizod hráčství.
- Tyto epizody nejsou pro jedince výnosné, ale opakují se přesto, že vyvolávají tíseň a narušují každodenní život.
- Jedinec popisuje silné puzení ke hře, které lze těžko ovládnout, a hovoří o tom, že není schopen silou vůle hře odolat.
- Jedinec je zaujat myšlenkami a představami hraní a okolností, které tuto činnost doprovázejí.“

Vzhledem k podobnosti terapie a práce (Vacek, Vondráčková in Kalina, 2015, s. 521) s osobami se závislostí v následné péči a k zjednodušení práce s textem, budeme dále pracovat jen s termínem uživatelé návykových látek, který zahrnuje i hazardní hráče.

1.2 Služby a zařízení k léčbě závislostí

Služba následné péče osob závislých na návykových látkách je součástí komplexní péče o tyto osoby, mluvíme zde o léčebném kontinuu. Jednotlivé typy těchto léceb si nyní stručně představíme, abychom lépe poznali, co předchází programu následné péče.

1.2.1 Terénní programy

Terénní program tzv. harm reduction je určen obvykle aktivním uživatelům drog, slouží zejména pro výměnu injekčních stříkaček a jehel, distribuci kondomů a dezinfekčních prostředků, k informování uživatelů o rizicích užívání, možnostech léčby. Probíhá v přirozeném prostředí klientů, na ulici, terénní kontaktní pracovník je většinou člověk, který má blízko ke kultuře samotných klientů. Cílem harm reduction je minimalizace škod způsobených užíváním návykových látek uživatelů a ochrana společnosti před těmito riziky (infekční choroby, nákladná léčba uživatelů). Cílem terénního programu může být i vytvoření vztahu s terapeuty případně kontaktu s pomáhající organizací pro pozdější, případnou léčbu či k delegování do dalších služeb (právní poradna, finanční/dluhová poradna, pracovní poradenství) (Hrdina, Korčišová in Kalina a kol., 2003).

1.2.2 Nízkoprahová kontaktní zařízení

Kontaktní centra rozšiřují služby terénních programů, například o potravinový a hygienický servis. V centrech jsou podmínky pro cílenější a dlouhodobou práci s klientem. Je zde možnost soustředěně se zabývat klientovou motivací ke změně životního stylu a případně k léčbě. Kontaktní centra mohou hodnotit aktuální stav uživatele, vybrat pro něj vhodnou léčbu, případně mu zprostředkovat nástup do léčby (Mullerová a kol. in Matoušek a kol., 2005, s. 215).

1.2.3 Ambulantní léčba

Ambulantní léčba probíhá bez nutnosti vytrhnout klienta z jeho prostředí. Klient dochází do zařízení, kde se léčba poskytuje, délka léčby a frekvence docházení je v každém takovém zařízení individuální, nicméně by měla být dopředu dohodnuta s klientem a pevně zakotvena v individuálním plánu léčby. Ambulantní léčba je vhodná zejména pro klienty, kteří mají sociální a rodinné zázemí, jež je jim oporou či alespoň

není ohrožující. Jsou motivovaní a jsou schopni větší sebekontroly ve styku s prostředím a vlivy, ve kterých dříve užívali návykové látky či hráli hazardní hry.

Za účinnou se považuje až léčba od délky trvání tří měsíců a frekvence docházení do léčebných zařízení minimálně dvě až tři návštěvy týdně (reálné možnosti jsou však 1 x týdně či 1 x za 14 dní, poznámka autora).

Formy ambulantních léceb

- A. *AT poradny* – ambulantní psychiatrická zařízení, která se zaměřují na závislosti. Klient po dohodě s lékařem dochází obvykle dvakrát až třikrát týdně na pohovor, v krizových situacích může být kontakt i častější. V českém prostředí se věnují zejména klientům, kteří potřebují medikaci, typicky léky pro závislé na alkoholu či substituční léčbu závislých na opiátech (Hampl in Kalina, 2003).
- B. *ambulantní skupiny* – při terapeutických zařízeních nebo jako svépomocné fungují skupiny, které se schází jedenkrát týdně. V současnosti fungují v ČR svépomocné skupiny Anonymních alkoholiků a Anonymních narkomanů, nově i Anonymních gamblerů (Trantina, 2016).
- C. *denní stacionář* – klient dochází do zařízení zpravidla každý všední den do léčebného programu, který je od ranních do odpoledních či večerních hodin, pro drogově závislé nabízí například Sananim v Praze, jako formu léčby pro závislé s bezpečným zázemím. Klient tráví v léčebném zařízení celý den, kdy se účastní programu. Program tvoří, podobně jako při ústavní či rezidenční formě léčby, skupinová terapie, individuální pohovory s terapeutem, pracovní terapie, volnočasové aktivity atd. Často bývá součástí léčebného programu i vztahová terapie s rodinnými příslušníky či partnerem (rodinná a partnerská terapie). Součástí mohou být i tzv. rodinná setkání pro rodinné příslušníky, kde se mohou dozvědět více o léčbě a mají možnost si promluvit o svojí situaci, v níž se nachází, s dalšími lidmi řešícími podobné problémy (Kalina in Kalina a kol., 2003, s. 179-189).

1.2.4 Pobytová léčba (rezidenční léčba, ústavní léčba)

Léčebný program, při němž žije klient v chráněném prostředí léčebného zařízení. Léčebné zařízení je prostředí bez návykových látek, s jasně vymezeným režimem a pravidly. Využívá se celá řada terapeutických metod, tak aby klientovi

umožnila ujasnit si svoje postoje k návykovým látkám/ hazardní hře a hlavně ke svému životnímu stylu. Klient získává sociální a komunikační dovednosti. K léčbě se využívá skupinová i individuální terapie, pracovní terapie (znovu a nebo nově vybudovat pracovní návyky). Učí se využívat smysluplně svůj volný čas (sport, výtvarné aktivity). Může využít sociálně právní poradnu. Po dobu léčby se pracuje i s rodinou klienta, případně partnerem.

Formy pobytových léčeb

A. ústavní léčba v psychiatrické nemocnici

Léčba v psychiatrické léčebně je léčba závislosti pod dohledem lékaře. V této léčbě jsou využívána režimová opatření, denní program je striktně strukturovaný a uplatňují se zde mnohé terapeutické aktivity. Léčba v psychiatrické léčebně je většinou od tří do šesti měsíců (tzv. střednědobá), je proto zaměřená hlavně na řešení závislosti. Cíle programu jsou například:

- stabilizace sekundárních problémů
- vytvoření náhledu na problémové chování
- zahájení řešení důsledků problémového chování
- v případě vnější motivace její přebudování na vnitřní
- změny v původním prostředí
- zvnitřnění abstinčních pravidel

Po absolvování této střednědobé formy léčby je velmi vhodné na ni navázat následným doléčováním v doléčovacích centrech. Tento typ léčby je vhodný zejména pro klienty, kteří nebyli schopni abstinovat v původním prostředí, avšak stačí jim na nějakou dobu toto opustit a s podporou zvládnout návrat zpět. Vzhledem k tomu, že léčba probíhá pod lékařským dohledem, je vhodná pro klienty se somatickými či psychickými problémy (Dvořáček in Kalina a kol., 2003, s. 195)

B. rezidenční léčba v terapeutické komunitě

Terapeutické komunity jsou vysoce úspěšné, co se týče abstinence klientů, kteří úspěšně dokončí léčbu. Počet těchto klientů ale není velký, léčba v terapeutické

komunitě klade velké nároky na motivaci klienta a jeho velmi aktivní zapojení do léčebného programu.

Léčba v terapeutické komunitě zahrnuje vysoce strukturovaný a intenzivní program s přesným časovým rozvrhem celého dne. Podstata celé léčby je taková, že se předpokládá, že klient přicházející do tohoto typu léčby potřebuje kompletní změnu představy o sobě a zásadní změnu životního stylu. Celá léčba je postavena na skupinové terapii. Tedy na tom, že ve skupině jsou lidé, kteří se učí žít bez návykových látek a řeší stejné nebo podobné problémy a navzájem si s nimi pomáhají. Důraz se klade na vnímání vlastních pocitů a emocí a dosažení dozrání skrze jejich vyjádření. Součástí terapie v terapeutické komunitě jsou sportovně zátěžové akce, v rámci pracovní terapie je zajištění provozu klienty, tzn. vaření jídla, úklid, starost o hospodářská zvířata a i podíl na vedení komunity a terapeutickém programu. Cíl léčby v terapeutické komunitě je stejný jako u všech předchozích léčeb, zapojení klienta do podmínek běžného života a jeho úspěšné zvládnání a řešení běžných životních situací a problémů bez toho, aniž by se vrátil k předešlému způsobu života.

Radimecký s Adamečkem (in Kalina, 2015, s. 446 – 447) uvádějí o terapeutické komunitě:

1. „Hlavním cílem terapeutické komunity je napomoci osobnímu růstu klientů. Toho lze dosáhnout změnou životního stylu a díky společenství lidí, kteří spolu pracují na vzájemné pomoci.
2. Terapeutická komunita představuje vysoce strukturované prostředí s definovanými hranicemi – morálními i etickými. To představuje sankce a tresty stejně jako možnost dosáhnout vyššího statusu a výhod. Zvláště významným faktorem v podpoře pozitivního růstu je pocit, že člověk se stává součástí něčeho, co jej přesahuje.
3. Lidé v terapeutické komunitě jsou jejími členy – tak jako v rodině, nejsou pacienti instituce. Tito členové hrají významnou roli při řízení komunity a stávají se pozitivními vzory pro ostatní.
4. Členové a tým fungují jako facilitátoři, zdůrazňují osobní odpovědnost za vlastní život a jeho zlepšení. Členové jsou podporováni týmem a dochází

ke spolupráci na smysluplných úkolech ve prospěch komunity. Tlak skupiny vrstevníků je často katalyzátorem, který skrze kritiku a osobní vhléd vyvolává pozitivní změnu. Náhled na osobní problémy se děje prostřednictvím skupiny a individuální interakce, ale učení na základě prožitku, selhání i úspěchů a následků se považuje za nejsilnější faktory vedoucí k trvalým změnám.

5. Terapeutická komunita zdůrazňuje integraci individua v komunitě a pokroky jsou hodnoceny v rámci komunity vzhledem k jejím očekáváním. Napětí mezi jednotlivcem a komunitou se využívá ve prospěch jedince a změny jeho chování takto dosažené se využívá pro další úkoly při integraci dotyčného do společnosti.
6. V komunitě existují dvě linie moci – horizontální a vertikální, což umožňuje sdílení odpovědnosti podporou procesu společného rozhodování, pokud je to prospěšné a v souladu s filozofií a cíli terapeutické komunity“.

Doba léčebného programu v terapeutické komunitě je 6 – 18 měsíců, po nichž se doporučuje pokračovat v doléčování v doléčovacích centrech a to i včetně ubytování v chráněných bytech (Adameček, Radimecký in Kalina, 2015, s. 446).

C. Specializovaná oddělení ve výkonu trestu

Specifickým druhem léčby je program pro odsouzené ve výkonu trestu se závislostí (např. Věznice Bělušice, Věznice Opava a další). Na rozdíl od předchozích typů léčby je tato zčásti nedobrovolná (výkon trestu), nicméně přeložení na specializované oddělení je dobrovolné a podmínkou pro přijetí je motivace ke změně (Šustrová, 2010). Náplň programu těchto oddělení obsahuje stejné prvky jako ostatní typy pobytových léčeb, tedy skupinové aktivity (psychoterapeutické skupiny) i individuální aktivity (sociální práce, individuální psychoterapie) a další prvky, například socioterapeutické aktivity. Na rozdíl od ostatních typů léčeb, zejména terapeutické komunity, lze předpokládat velký vliv institucionality výkonu trestu na průběh léčby.

1.2.5 Doléčování, chráněné byty

Doléčování (následné péči) je věnována následující kapitola, zde ji uvádím zejména kvůli komplexnosti a zdůrazněné kontinuitě léčení.

1.3 Následná péče osob se závislostí, doléčování

Obsahem této práce je evaluace doléčovacího programu, proto si nejdříve představíme doléčování a následnou péči podrobněji.

V českém prostředí se vzájemně zaměňuje výraz doléčování i následná péče, doléčování však spočívá jen ve zvládnutí prevence relapsu, zvládnutí abstinence (Pavlovská, Makovská Dolanská in Kalina, 2015, s. 469). Někteří autoři (Nerad, Dvořák in Kalina, 2003b) ještě rozlišují pojem sociální rehabilitace, kterým označují zvládnutí aspektů práce a bydlení. V rámci této práce můžeme celý proces vkročení do běžného života nazývat doléčování či nazývat následnou péčí (dle zákona o sociálních službách), včetně všech jeho aspektů, tedy jak zvládnutí prevence relapsu (tedy i možného návratu do předchozího způsobu života) tak i všechny aspekty zvládnutí běžného života, nalezení zaměstnání, bydlení, hospodaření s penězi, zdravý životní styl, mezilidské vztahy a další. To vše v rámci doléčovacího programu klient řeší a má prostor pro podporu, více o tomto v dalších kapitolách o doléčovacím programu.

Následná péče navazuje na předchozí typy léčeb osob závislých na návykových látkách. Je posledním článkem v léčebném kontinuu.

Následná péče je dle zákona č. 108/2006 Sb. (§64) o sociálních službách řazena mezi služby sociální prevence a je definována jako „ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly ústavní léčbu ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstínují.“ Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (Úřad vlády, 2012a) uvádí, že následnou péčí tvoří strukturované programy intenzivního ambulantního doléčování, chráněné bydlení a programy pracovní rehabilitace.

Doléčování může mít tyto další formy:

- opakovací léčby v psychiatrických nemocnicích (např. PN Červený dvůr, PN Šternberk)

- individuální pohovory s terapeutem
- práce lékaře psychiatra, sledující pacienta po dobu minimálně 5 let
- svépomocné skupiny (zejména Anonymní alkoholici, Anonymní narkomani) (Pavlovská, Makovská Dolanská in Kalina, 2015, s. 470)

Pro účel této práce dále pracujeme s formou ambulantního strukturovaného doléčovacího programu případně spojeného s chráněným bydlením.

Kalina (2001, s. 69) ve svém Glosáři vidí smysl následné péče zejména v udržení klientových změn, které nastaly v průběhu předchozí léčby či spontánně po předchozích intervencích.

„Cílem následné péče je udržení a podpoření žádoucích změn, k nimž došlo během intenzivní péče. Klientům se přitom ponechává maximální zodpovědnost za vlastní život.“ (Matoušek, 2008, s. 110). Cílem je podpora a pomoc při znovuzачlenění do normálního života a znovu nacházení jeho místa v něm, jinými slovy, vytvořit takové podmínky, aby klient byl schopný návratu do normálního života a fungoval v něm. Hlavním cílem je také postupné odpoutávání klienta od programu následné péče (Kuda in Kalina a kol., 2003, s. 211). Cílem je i rozšíření klientovi sociální sítě o kontakty mimo prostředí léčby. Dále i dokončení či pokračování socializace či resocializace, které může u některých klientů trvat i několik let (Makovská Dolanská, 2007, s. 32-33).

„Cílová skupina následné péče osob závislých na návykových látkách jsou abstinující osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce. Preference osob, které absolvovaly detoxifikaci a minimálně krátkodobou léčbu (ambulantní či residenční), s náhledem a motivací k dlouhodobé abstinenci, se zajištěným bydlením“ (Úřad vlády ČR, 2012a, s. 58). U klientů se závislostí na návykových látkách se úspěšnost dokončení programu doléčování dlouhodobě pohybuje v rozmezí 40 - 50% (P-centrum, [2016]).

Pracovní tým následné péče je nutné vystavět multidisciplinárně, dle potřeb klienta. Základní tým programu následné péče obsahuje profese - psycholog, speciální pedagog a sociální pracovník. Jako speciální dovednosti týmu jsou požadovány, vedle kvalitního výcviku v psychoterapii a poradenství, zejména dovednosti v prevenci relapsu (Kuda in Kalina a kol., 2003, s. 209). Velkým přínosem do týmu následné péče

(a do všech týmů celého léčebného kontinua) mohou být bývalí uživatelé návykových látek, kterým je doporučeno abstinovat minimálně 2 roky po dokončení léčby, po dobu těchto dvou let mít zaměstnání mimo obor péče o osoby se závislostí a nepracovat v zařízení, jehož byli klienty (Úřad vlády ČR, 2012b, s. 15). Dále Kuda (in Kalina a kol., 2003, s. 209) zmiňuje potřebu mít navázány další specialisty jako je lékař, psychiatr atd. externí spoluprací. Za jednu z klíčových postav týmu je považován sociální pracovník.

1.3.1 Program doléčování v službě následné péče

Součástí programu následné péče bývá psychoterapie, sociální práce, nabídka zvýhodněného bydlení, nabídka volnočasových aktivit, jež jsou jejími hlavními komponenty. Do doléčování lze zařadit také chráněnou práci či zaměstnání v sociálních podnicích (Pavlovská, Makovská Dolanská in Kalina, 2015, s. 469).

Skupinová a individuální psychoterapie v následné péči slouží zejména jako podpůrný prostředek k stabilizaci klientovy abstinence od primární drogy. Klienti do následné péče přicházejí s různorodou symptomatologií, často se v průběhu doléčování vynořují zcela nová témata, či se projevují poruchy osobnosti a traumatické zážitky z drogové kariéry, případně z dětství. Setkáváme se také s tendencí vyřešit veškeré klientovy problémy v rámci následné péče, to je však nebezpečné. Je potřeba správně diagnostikovat, která témata souvisí přímo se stabilizací klientovy emotivity. Nedá se tedy mluvit o nějaké „hlubší“ psychoterapii. Podpůrná psychoterapie má v následné péči podobu skupinové terapie a terapie individuální (Kuda in Kalina a kol., 2003, s. 209). Psychoterapeutické postupy vycházejí z týmového složení a jeho výcviku v obecně uznávaných psychoterapeutických zaměřeních.

Motivací pro vstup klienta do programu následné péče je obava ze selhání, obava z relapsu. Klienti, po absolvování zejména rezidenční léčby, mají v prvních týdnech po léčbě problémy se zvládním bažení – cravingu. Cílem prevence relapsu je vybavit klienta dovednostmi a znalostmi a tak zvýšil jeho sebekontrolu. Klient získá náhled, naučí se zvládat krizové situace a je mu „pomozeno“ s integrací do normálního života. Tři pilíře prevence relapsu tvoří kognitivní intervence, dovednosti zvládnání a stabilizace životního stylu. Podrobněji se budeme prevencí relapsu věnovat v kapitole o následné péči P-centra v Olomouci.

Sociální práce je nezastupitelnou součástí intervencí při stabilizaci životního stylu klienta programu následné péče. Obvyklé sociální problémy, se kterými se v následné péči setkáváme, jsou tyto: dluhy u zdravotních pojišťoven a jiné další dluhy, sociální dávky, trestní stíhání, trestní rejstřík, lékařská péče, zaměstnání, rekvalifikace a jiné.

Klient následné péče si v obavě před relapsem organizuje svůj denní program s důrazem na vyplnění veškerého volného času povinnostmi. Časem dojde k únavě a dojdou síly. Zdánlivá ochrana se obrátí proti klientovi a vzniklý stres by mohl vést k relapsu. Program následné péče tedy nabízí smysluplné trávení volného času, které by se mělo co nejvíce blížit reálnému trávení volného času v normálním životě (Kuda in Kalina a kol., 2003, s. 209). Volnočasové aktivity v následné péči jsou také charakterizovány jako forma rehabilitace takto: „slouží k optimalizaci psychických, somatických a sociálních kapacit pacienta a k osvojení zdravých způsobů trávení volného času“ (Úřad vlády ČR, 2012a, s. 60).

Obvyklá součást programu následné péče je i nabídka chráněných bytů. Chráněné bydlení¹ je prostředek sociální stabilizace klienta formou přechodně poskytovaného ubytování. Součástí léčení osob závislých na návykových látkách je jednak změna prostředí, zejména je žádoucí nevracet se tam, kde mají klienti vazby na drogové prostředí (osoby, místa, zvyky). Podmínkou pro ubytování v těchto bytech je účast v programu následné péče. Doba je omezená, je sepsána smlouva, klient si bydlení platí, či na něj přispívá (Úřad vlády ČR, 2012a, s. 61).

Pro klienty, kteří nemají pracovní návyky, kvalifikaci či mají zápis v trestním rejstříku, je velmi těžké najít si zaměstnání. Na druhou stranu najít si práci je jednou z nejdůležitějších součástí návratu či integrace do normálního života. Proto součástí následné péče může být i chráněná dílna poskytující chráněné pracovní místo. Na chráněné místo je pracovní smlouva a klient bere za práci mzdu. Chráněná dílna by měla plnit několik funkcí, směrem ke klientovi je to mzda, vytvoření pracovních návyků, získání praxe, případně získání rekvalifikace či zvýšení kvalifikace, při spolupráci s některým školským či učebním zařízením. Směrem k organizaci by chráněná práce/dílna měla plnit funkci při získání volných finančních prostředků,

¹ V terminologii, kterou nyní zavádí MPSV, by výše uvedené definici spíše odpovídal pojem dům na půli cesty, který ve svém vymezení odráží dočasný a podpůrný charakter uvedené služby. Pojem „chráněné bydlení“ definuje MPSV jako komplex služeb dlouhodobého charakteru, určený osobám, které jsou trvale znevýhodněny“ (Kalina, 2001, s. 46).

výsledky práce by měly být konkurenceschopné (Kalina, 2001, s. 45 - 46). V poslední době spíše dochází k rozvoji sociálních podniků, které se zaměřují na osoby po léčbě závislosti, tedy jsou jejich cílovou skupinou, příkladem může být sociální podnik Naše Café, zaměstnávající osoby po léčbě závislosti již ve dvou provozech, kavárně a výrobně dortů.

1.3.2 P-centrum, spolek

Celý výzkum probíhal v sociální službě následné péče P-centra, spolku v Olomouci.

Nejdříve si představíme P-centrum jako celek, stručně shrneme jeho chronologický vývoj a poté představíme doléčovací program následné péče v P-centru, pomocí informací z Operačního manuálu následné péče (P-centrum, [2016]).

P-centrum je nestátní nezisková organizace, nově jako spolek dle občanského zákoníku. V současné době má celkem 6 středisek/oddělení :

1. Doléčovací centrum, viz následující část této kapitoly.
 - Doléčovací program (následná péče) a chráněné byty (zvýhodněné bydlení).
2. Poradna pro alkoholové a jiné závislosti - poskytuje odborné poradenství a terapeutické služby lidem, kteří mají problémy s návykovými látkami či hazardní hrou. Tato služba je jak pro tyto osoby samotné, či pro jejich blízké.
3. Centrum primární prevence
 - Primární prevence - je určena pro děti a mládež (ZŠ, SŠ). Cílem je prostřednictvím prevence působit na postoje, vybavit děti a mládež znalostmi a dovednostmi, aby se mohli lépe orientovat v sociálním prostředí a rozpoznávat možná rizika. Cílem je i vést studenty ke kritickému myšlení.
4. Rodinné centrum U Mloka a mediační centrum - sociálně - aktivizační služba se zaměřením na rodiny s dětmi, která prostřednictvím odborného poradenství a terapeutických programů pomáhá řešit výchovné, vzdělávací a rodinné problémy. Součástí tohoto centra je i nově Mediační centrum.

5. Ekonomické středisko – se stará o chod organizace.
6. Galerie U Mloka – místo, kde lze prostřednictvím mnoha kulturních akcí zprostředkovat sociální kontakt klientů následné péče s běžnou populací a také výskytem běžné populace v prostorách P-centra bojovat proti nálepkování tohoto zařízení.
7. Sociální družstvo Stabilita Olomouc, je nedílnou součástí P-centra, ačkoliv je samostatnou právní osobou. Provozuje sociální podnik, kavárnu Naše Café a výrobu dortů Naše Café Dorty, kde zaměstnávají osoby po léčbě závislosti.

Vývoj P-centra:

P-centrum v Olomouci vzniklo v roce 1994 pod názvem SANANIM Olomouc, jako občanské sdružení. Od začátku svého působení se snaží „Pomáhat osobám ohroženým drogovou závislostí a zdravotně postiženým v této oblasti a vytvářet podmínky pro prevenci, léčbu, sociální, zdravotní a pracovní rehabilitaci.“ (P-centrum, [2007], s. 17)

- 1994 - založeno občanské sdružení Sananim Olomouc, zahájen provoz programů poradenství a ambulantní léčba pro drogově závislé.
- 1995 - jsou zahájeny pobytové programy pro psychosociálně handicapované děti, zahájeny projekční a stavební práce k vybudování víceúčelového střediska.
- 1997 - ukončena rekonstrukce zařízení a zahájena činnost víceúčelového střediska, zahájena pravidelná činnost socioterapeutického klubu pro děti
- 1998 – zahájen intenzivní strukturovaný doléčovací program, zahájena činnost chráněné truhlářské a řezbářské dílny a chráněného bydlení (1 byt 3+ 1 v prostorách P-centra, Lafayettova ulice) a činnost galerie a čajovny U mloka.
- 1999 - zajištěna ambulantní psychiatrická péče v P-centru, socioterapeutický klub pro děti získal vlastní klubovnu na Dolním náměstí v Olomouci, řezbářská dílna vytvořila komplex plastik pro dětská hřiště Sluňákov.

- 2000 – po změně názvu sdružení na P-centrum, zahájeno poskytování psychosociálních služeb lidem v programu metadonové substituční léčby Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice Olomouc, úspěšně ukončen tříletý projekt EU zaměřený na zaměstnávání a vzdělávání drogově závislých, uspořádána Česko-britská konference o léčbě drogových závislostí.
- 2001 – řezbářská dílna přestěhována do prostor mimo P-centrum, v uvolněných prostorech vybudována prostorná klubovna pro děti z dětského centra.
- 2002 – grant EU, pracovní integrace a rekvalifikace klientů následné péče.
- 2003 – rozšíření týmu primární prevence, komplexní programy pro ZŠ v oblasti primární prevence. Získání akreditace MŠMT na dlouhodobé vzdělávání pedagogů.
- 2005 – Certifikace programu ambulantní péče od Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (dále jen RVKPP), certifikace programu následné péče od RVKPP.
- 2006 – rozšíření chráněného bydlení o další byt v Kateřinské ulici v Olomouci, realizace nových programů pro školní metodiky, Dětské denní centrum zapojeno do programu 5P (program primární prevence který je zaměřen na děti 8 - 15 let: vybraný a vyškolený dobrovolník vytváří s dítětem dvojici, scházejí se jednou týdně a tráví společně volný čas, 5P znamená přátelství, péče, podpora, prevence, pomoc).
- 2007 – zaměření i na klienty se závislostí na alkoholu, ukončení činnosti chráněné dílny (P-centrum, 2007)
- 2008 - přeregistrování Dětského denního centra z nízkoprahového zařízení pro děti a mládež na sociálně aktivizační službu pro rodinu s dětmi. V doléčovacím programu zaveden systém absolventských karet.

- 2009 – spuštění nového evropského projektu „Dokážu to“, který je krátkým intervenčním programem pro osoby závislé na pervitinu.
- 2011 – přejmenování Dětského denního centra na Rodinné centrum U Mloka, které lépe charakterizuje poskytované služby a cílovou skupinu. Přípravy nových projektů na zaměstnávání klientů následné péče a na sociální podnikání P-centra.
- 2012 – P-centrum dalo vzniknout Sociálnímu družstvu Stabilitě Olomouc, jehož je zakládajícím členem a faktickým majitelem. Družstvo vzniklo za účelem podnikání P-centra na poli sociálních podniků. Za svůj projekt „Dokážu to“ obdrželo P-centrum cenu Kiron, za Počin roku v adiktologii.
- 2013 – Doléčovací centrum realizovalo evropský projekt Restart, zaměřený na zaměstnávání klientů. Na podzim otevřelo družstvo kavárnu Naše Café, kde zaměstnává klienty Doléčovacího centra.
- 2014 – změna právní formy na spolek
- 2015 – Rodinné centrum převzalo od Fondu ohrožených dětí jejich Mediační centrum a tím rozšířilo P-centrum o další sociální službu.
- 2016 – Družstvo otevřelo další provoz Naše Café – dorty, které opět zaměstnává klienty Doléčovacího centra.

Dále se budeme zabývat jen oddělením a tedy sociální službou následné péče, kde probíhal výzkum této práce, podrobně v kapitole o doléčovacím programu 1.3.2.1

Doléčovací centrum poskytuje dva programy, doléčovací program a chráněné byty. Oba tyto programy jsou jednak certifikovány od RVKPP, a jsou i registrovanou sociální službou dle ustanovení § 64, zákona č.108/2006, Sb., o sociálních službách. Klienti mohou využít doléčovací program samostatně, či ve spojení s chráněným bydlením. Chráněné bydlení, jako formy pobytové sociální služby, lze využít jen společně s programem doléčování.

1.3.3 Doléčovací program P-centra

Program doléčování je objektem evaluace, nyní si podrobně představíme tento program, zdrojem je Operační manuál následné péče (P-centrum, 2016) a osobní zkušenosti autora, člena týmu Doléčovacího centra.

1.3.3.1 Cílová skupina doléčovacího programu

Cílovou skupinou jsou osoby ve věku od 18 let se závislostí na návykových látkách/hazardní hře, které absolvovaly minimálně 3 měsíční rezidenční léčbu závislosti a nastoupí bezprostředně po léčbě (obvykle do 1 týdne). Jsou motivovány k dlouhodobé abstinenci a chtějí podporu při zvládnání života bez návykových látek/hazardního hráčství a pomoc při svém sociálním začleňování. Do služby se nepřijímají osoby s fyzickým stavem nezvládající bariérovost budovy, osobám neslyšícím a v případě zrakového postižení jen v případě samostatného fungování osoby v prostředí P-centra. Dále neposkytují službu osobám s jazykovou bariérou a osobám, které mají k některému členovi týmu kolizní vztah. Kolizní vztah neumožňuje účinnou terapeutickou práci a poskytnutí služby profesionálně a nezaujatě. Kolizním vztahem může být příbuzenský vztah, společná minulost (osobní, drogová u exuserů v týmu) a podobně.

1.3.3.2 Cíle služby

Cíle služby korelují s cíli definovanými Kalinou (2001) i Matouškem (2008).

Jedná se o udržení pozitivních změn, ke kterým došlo u klienta v předchozí léčbě (abstinence, pravidelný režim, životospráva, komunikace s rodinou a osobami blízkými, přerušené kontakty s uživateli návykových látek, aktivní trávení volného času).

Formulace reálných cílů klientem, které směřují k jeho sociálnímu začlenění.

- Dosažení cílů, které si klient stanovil:
 - poskytováním zpětné vazby
 - rozvíjením potřebných kompetencí
 - poskytováním vnější kontroly

Poskytnout klientům bezpečné prostředí, ve kterém mohou abstinovat („čisté“ prostředí) a které usnadní přechod z léčebného zařízení do běžného života.

Samostatnost klienta:

- vlastní bydlení
- legální zdroj příjmů
- vytvoření sociální sítě

Základní dovednosti v oblastech:

- finanční hospodaření
- jednání s úřady
- péče o zdraví, životospráva (P-centrum, 2016)

Stanovení konkrétních cílů doléčování je velmi individuální dle potřeb klientů a předpokládá spolupráci klienta a terapeuta respektive celého doléčovacího centra (Carroll, Rawson in Donovan, Marlatt, 2008).

1.3.3.3 Základní informace o službě

Doléčovací program – je možno využívat i bez chráněných bytů. Nabízí:

- Individuální terapie
- partnerská terapie
- rodinná terapie
- skupinová terapie
 - tematické skupiny (prevence relapsu)
 - dynamické skupiny
 - ranní skupiny
- socioterapeutické aktivity
- systematická sociální práce
- krizová intervence
- podpurná kontrola abstinence

Chráněné byty – je možno využívat jen ve spojení s doléčovacím programem. Nabízí:

- ubytování,
- chráněné prostředí (podpůrná kontrola abstinence),
- domovní skupiny.

Chráněné byty má P-centrum dva, jeden přímo v prostorách P-centra v domě na Lafayetteově ulici, ten označujeme jako CHBI a druhý byt, v domě na Kateřinské ulici, který označujeme jako CHBII. Oba mají kapacitu 6 klientů (6+6).

Kapacita programů je 15, z toho v chráněných bytech 12.

Celková délka programů:

Krátká varianta je na 6 měsíců v programu, z toho 4 měsíce na chráněném bydlení.

Dlouhá varianta je na 8 měsíců, z toho 6 měsíců na chráněném bydlení.

Po řádném ukončení (splnění cílů programu a naplnění individuálního plánu léčby, viz dále) je možné navštěvovat nestrukturovanou část následného programu o délce max. 12 měsíců. Nestrukturovaný program popsán dále.

1.3.3.4 Pravidla doléčovacího programu, chráněných bytů

Doléčovací program, i když má danou určitou strukturu, v porovnání s předchozím typem léčby, tedy terapeutickými komunitami či psychiatrickými nemocnicemi, má výrazně méně pravidel. Je ale nad rámec této práce je zde všechny uvést, uvedu jen ty, za které hrozí vyloučení z programu. Nejčastější vyloučení je nenahlášení užití návykových látek, tomu se budeme věnovat dále.

Pravidla, při jejichž porušení hrozí či je automatické vyloučení z programu

- abstinovat od primárních návykových látek
- aktivně se účastnit doléčovacího programu (chodit včas, plnit úkoly, aktivně se zapojovat, pracovat na svých cílech, respektovat ostatní).
- Ohlásit případný laps/relaps (užití alkoholu, drogy, hraní hazardní hry) neprodleně (max. do 3 dnů) garantovi nebo někomu z terapeutického týmu. Neohlášený relaps na primární návykové látce/hazardní hře je důvodem k ukončení smlouvy. Ohlášený laps nemusí být důvodem k vyloučení z programu.

- Nevstupovat na chráněné byty a do prvního patra v budově P-centra pod vlivem návykových látek včetně alkoholu. (Možno pouze v doprovodu pracovníka P-centra.)
- za 3 neomluvené programy následuje podmíněčné vyloučení, při 4 následuje ukončení programu.
- P-centrum si vyhrazuje právo namátkové kontroly dechu (alkotest) a kontroly na zjištění přítomnosti drogy v moči – orientační toxikologické testy. Pokud je alko-test pozitivní a klient s výsledkem nesouhlasí, opakujeme test po 10 min., výsledek poté považujeme za platný. Pokud je toxi-test pozitivní, a klient užití drogy popře, je vzorek moči odeslán do toxikologické laboratoře FN. Odmítnutí testu se považuje za pozitivní výsledek.
- Nemanipulovat s drogami, alkoholem a zbraněmi v zařízení.
- Nepobízet ostatní klienty k užívání návykových látek a hraní hazardních her
- Neužívat společně s ostatními klienty ani v jejich přítomnosti alkohol a nehrát hazardní hry.
- Nechovat se násilně v zařízení, zdržet se jak fyzické tak psychické a slovní agrese.
- Nedopouštět se ničení nebo krádeže majetku ostatních klientů, pracovníků nebo zařízení.
- Nedopouštět se trestné činnosti, ani k ní nepodněcovat.

Za porušení uvedených pravidel obvykle je klientovi ukončen program či chráněné bydlení, každý případ je ale posuzován individuálně.

Sankce za porušení pravidel, seřazeno dle závažnosti

- mírné porušení pravidel, 30 řádků textu na dané téma
- závažné porušení pravidel, podmíněčné vyloučení z programu či CHB
- zásadní porušení pravidel, ukončení smlouvy, vyloučení z programu či CHB

Laps / relaps

Na rozdíl od léčby v komunitě či psychiatrické nemocnici nemusí být jednorázové užití návykové látky důvodem k vyloučení ze služby následné péče. Pokud se laps dále zpracuje, může být i zdrojem informací o oblastech klientova života, vhodných například ke zlepšení (typicky podceňování rizikových situací, ignorování varovných signálů a podobně). Pravidla pro nakládání s lapsem jsou:

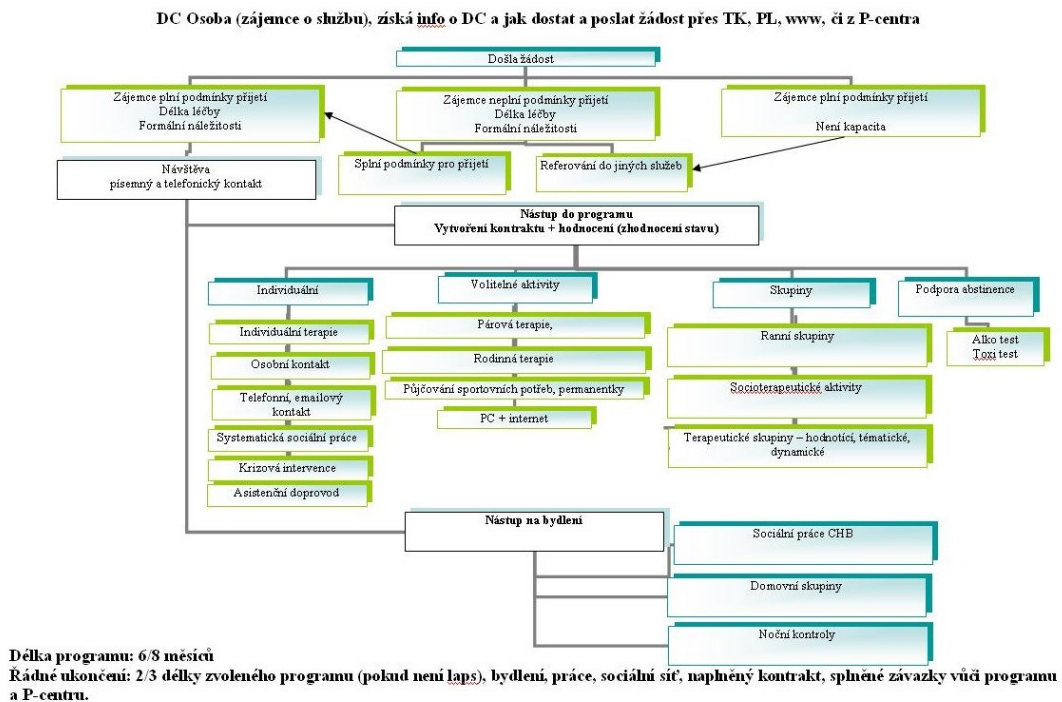
- Ohlásit bez zbytečného odkladu laps týmu doléčovacího programu, nejpozději do 3 dnů.
- Neporušit pravidlo absolutního zákazu manipulace s návykovými látkami na chráněném bydlení, to platí i pro návykovou látku v těle (akutní intoxikace)
- Dále zpracovat laps v rámci skupiny a individuálního sezení s terapeutem.
- Opakovaný laps, či nezastavení užívání a přelití do relapsu je důvodem pro ukončení smlouvy a doporučení do další léčby v komunitě či psychiatrické nemocnici.

1.3.3.5 Struktura programu

Obsahu jednotlivých aktivit se budeme věnovat v dalších kapitolách, nyní si uvedeme stručně náplň programu a léčebný plán, abychom lépe pochopili další kapitolu, fáze programu.

Pro lepší orientaci v struktuře programu doléčování, vytvořil Wittmann (P-centrum, 2016) následující schéma:

Obrázek č.1 - Schéma doléčovacího programu



Individuální aktivity

- individuální terapie s terapeutem (1 x týdně, 60 minut)
- systematická sociální práce (1 x 14 dní, 60 minut, nebo dle potřeby)
- osobní kontakt, krizová intervence (občasná, dle potřeby)

Skupinové aktivity

- ranní skupina (každý pracovní den 30 minut)
- skupiny – dynamická, tematická, hodnotící, speciální (2 x týdně, 90 minut)
- skupina domovní (1 x týdně, 30 minut)
- skupina socioterapeutická (1 x týdně 60 minut)

Týdenní rozvrh klienta, při plné účasti na programu:

Tabulka č.1; Týdenní rozvrh klienta

	8:00 - 8:30	17:00 - 18:30	18:45 - 19:15
Pondělí	ranní skupina	tematická skupina	
Úterý	ranní skupina	socioterapeutická skupina (do 18:00)	
Středa	ranní skupina		
Čtvrtek	ranní skupina	dynamická / hodnotící skupina	domovní skupina
Pátek	ranní skupina		
		1 x 60 minut individuální terapie s garantem	
		1 x 60 minut sociální práce za 14 dní	

zdroj: autor, 2016

- Dle vlastní potřeby může klient využít:
 - Krizovou intervenci
 - Asistenční doprovod
 - Párovou terapii
 - Rodinou terapii
 - Osobní kontakty, telefonický a emailový kontakt
 - Podpora aktivního trávení volného času
- Dále jsou prvky pro podporu abstinence.
 - Noční kontrola bydlení
 - Alkotesty
 - Toxitesty
- Pravidelně 1x 14 dní probíhá zhodnocení plnění kontraktu klienta – zhodnocení stavu

1.3.3.6 Léčebný plán, kontrakt

Doléčovací program je nastaven na individuální potřeby jednotlivých klientů s ohledem na cíle programu. Aby mohl být program nastaven individuálně, je potřeba tyto individuální cíle vyjádřit a stanovit individuální plán léčby. K tomu v doléčovacím programu P-centra slouží tzv. kontrakt. Ten obsahuje individuální cíle a plán jak jich

dosáhnout. Kontraktu přímo předchází vyjádření obecných osobních cílů při podpisu smlouvy o sociální službě. Tyto obecné osobní cíle by se měli dále promítnout do kontraktu, tedy do individuálního léčebného plánu (dle zákona o sociálních službách se jedná o individuální plánování sociální služby).

Proces stanovení individuálního plánu (dále o něm budeme již používat zavedený termín kontrakt) začíná tedy popisem smlouvy, následuje vyplněním dotazníku SEIQoL (Křivohlavý, 2003), (více o něm v samostatné kapitole v rámci empirické části práce), kde klient vyjadřuje své cíle, důležitá témata či důležité oblasti, které pak korelují s cíli v kontraktu. Na stanovení kontraktu je jeden měsíc, společně ho vypracovávají klient, jeho garant a klientův sociální pracovník. Cíle v kontraktu musí být specifické, měřitelné, akceptovatelné, reálné, termínované (označované zkratkou S.M.A.R.T.) a v souladu s cíli služby.

Pro kontrakt je vytvořen formulář (příloha č. 1), pro lepší orientaci klientů je vytvořen tzv. kontraktový strom, kde jsou v grafické podobě znázorněna jednotlivá témata, u kterých se klienti mohou inspirovat (finance, krizový plán, práce, bydlení, volný čas, vztahy). Individuální stanovené cíle jsou rozpracovány do S.M.A.R.T. úkolů a ty se průběžně hodnotí na schůzkách se sociálním pracovníkem, kde může dojít k redefinici cílů.

1.3.3.7 Fáze programu

Program doléčování je z didaktických důvodů rozdělen na 3 části, aby odrážel úkoly kladené na klienta, terapeuta a sociálního pracovníka (P-centrum, 2016).

1. fáze programu je od nástupu klienta do vytvoření kontraktu, obvykle 14 – 21 dní. Na klienta a tým to klade úkoly formálního rázu (převedení kontaktních míst atd.) seznamování s novým prostředím a lidmi, hledání práce. S terapeutem klient stanovuje svou zakázku, vytváří s ním terapeutický vztah. Než si nalezne zaměstnání, účastní se celého programu.
2. fáze programu trvá od konce 1. fáze do konce programu. Tato fáze je naplněna:
 - Hledáním a udržením stálé práce, (pokud není stálá práce – tak je nutná brigáda či dobrovolnictví)
 - Prací na vyváženém životním stylu:
 - o Volnočasové aktivity

- Sociální vztahy – i mimo bývalé klienty
 - Práci na úkolech z kontraktu
 - Práci na tématech, které se vynoří v průběhu terapie
 - U klientů, kteří využívají bydlení v CHB hledání vlastního bydlení – přestěhování
 - Práci na prevenci relapsu
 - Celkovou stabilizací klienta – vnitřní zpevnění, nalezení vlastního místa, pocit spokojenosti
3. Fáze programu (nestrukturovaný program) je od řádného ukončení strukturovaného programu do max. 12 měsíců. Tato fáze je volitelná a dle zakázky může zahrnovat tyto aktivity:
- Individuální terapii
 - Socioterapeutickou skupinu
 - Sociální práci

Smyslem této fáze je stabilizace a podpora u těch klientů, kteří sami u sebe pociťují nejistotu z nového.

1.3.3.8 Náplň programu

V této části si představíme jednotlivé části programu podrobněji.

1.3.3.8.1 Skupinové aktivity

Nosnou linkou strukturovaného programu jsou skupinové aktivity. Všechny skupiny, s výjimkou domovních skupin a volnočasových aktivit, se odehrávají v prostorách P-centra. Z organizačních důvodů jsou všechny skupiny otevřené, tzn. průběžně klienti přicházejí a odcházejí, tak jak jsou přijímáni do programu. Což má svá omezení v dynamice skupiny (i důvěry ve skupině). Některé doléčovací centra například Sananim (Pavlovská, Makovská Dolanská in Kalina, 2016, s. 474) mají rozšířenou nabídku o tzv. růstovou skupinu, která je volitelná pro klienty, kteří jsou již v posledních fázích léčby, tato skupina je polootevřená. P-centrum o podobné skupině uvažuje (P-centrum, 2016).

- Ranní skupiny

Klienti, kteří jsou v programu chráněných bytů a nemají ještě pravidelné zaměstnání či jsou v pracovní neschopnosti, mají za povinnost účastnit se ranních

skupin, ostatní klienti mají tuto možnost dobrovolnou. Ranní skupiny jsou každý pracovní den, vždy v 8:00 hod. Ranní skupiny mají dvě důležité funkce:

- klienti ráno musí vstát a stanovit strukturu dne, tvořenou pracovní částí a mimopracovní částí. Důraz je kladen na vyrovnanou strukturu dne, která se podobá pracovnímu dni. Dopoledne se klienti věnují své práci – hledají si zaměstnání, požadujeme do min. 13:00 hodin, všechny ostatní aktivity, jako nákupy, volnočasové aktivity a další mají směřovat do mimopracovní doby. Vznikají tak i pracovní návyky a pracovní týden s rozlišením víkendu.
- sdílení zkušeností s hledáním práce, předání kontaktů atd.

- Hodnotící skupiny

Jednou za 14 dní, klienti hodnotí předchozích období. Společně s terapeutem a skupinou zhodnotí, jak se jim daří. Dostávají reflexe od skupiny. Platí zde pravidlo, že přednost má vždy aktuální téma/problém. S tím souvisí i písemné hodnocení klienta. Klient musí v týdnu, na který vychází hodnotící skupina, poslat písemné hodnocení. To obsahuje zhodnocení uplynulých 14 dní, klientovo vyjádření k plnění kontraktu a zevrubný plán na dalších 14 dní. Na toto hodnocení dostává písemné vyjádření od člena týmu, který je mu přidělen.

- Dynamická skupina

Se skupinou hodnotící se vždy ve čtvrtek 1x za 14 dní střídá skupina dynamická. Na této skupině přinášejí klienti svá vlastní témata/problémy a skupina pracuje společně. Od klientů se očekává aktivní sdílení svých pocitů, zkušeností a názorů. Předpokládá se aktivní zájem o druhé klienty. Žádoucí je snaha a ochota k vlastní změně chování, přijetí kritiky i podpory.

- Tematická skupina

Témata pro skupinu vychází z modulu „Prevence relapsu“ (Kuda, 2000). Skupina začíná sběrem aktuálních témat od klientů, většinou jsou jejich témata spojená s prožíváním běžného života tedy s prevencí relapsu: s chutěmi na návykové látky, vztahy na pracovišti, s přáteli, na bydlení (Carroll, Rawson in Donovan, Marlatt, 2008).

Tematická skupina se dá rozdělit na mužskou a ženskou část a řešit odděleně gender témata či jiná témata (poruchy příjmy potravy, sexuální tematika atd.).

- Socioterapeutická skupina

Obsahem socioterapeutické skupiny je zdravý životní styl. Nejen trávení volného času zdravým způsobem, ale i pravidelné „kurzy“ vaření, spojené s tipy na nákupy a finanční hospodaření, ale i přednášky o náležitostech nájemních smluv, o pohlavních nemocech, životosprávě a další.

Obvyklé aktivity:

- Sportovní aktivity jako například volejbal, fotbal, stolní tenis, plavání a další;
- vaření, jídelníček
- přednášky o různých praktických oblastech
- kulturní akce, například návštěva divadla, vernisáže, přednášky;
- návštěvy muzeí, kostelů, kulturních památek;
- tvůrčí aktivity, výtvarné a rukodělné činnosti, keramika.

Pro řádné ukončení doléčovacího programu je povinností klienta dvě tyto skupiny sám připravit.

- Domovní skupiny

Jednou týdně se střídavě na jednom z bytů chráněného bydlení setkávají všichni klienti, kteří využívají pobytovou formu bydlení. Na domovní skupině se řeší technické problémy s bydlením, rozdělení úklidů atd. Je zde i prostor pro řešení témat vzniklých při společném bydlení – vzájemné soužití, problémy atd.

1.3.3.8.2 Individuální aktivity

- Individuální terapie

Jedenkrát týdně se klient v rámci strukturovaného programu setkává se svým klíčovým pracovníkem – garantem. Obsahem tohoto setkání je individuální terapie. Klient pracuje na svých úkolech z kontraktu, mluví o svých potřebách, chutích, vztazích partnerských, rodinných, s přáteli, s klienty, také o problémech či o svých úspěších. Klient zde, oproti skupinové terapii, zažívá i větší pocit bezpečí a intimity.

- Systematická sociální práce

Každý klient má přiděleného sociálního pracovníka, který ho vede po celou dobu programu. Klient má za povinnost se zúčastňovat schůzek se sociálním pracovníkem 1 x týdně na v první fázi programu a potom 1 x 14 dní. Nejdříve zmapují oblasti, na kterých budou pracovat (vyplněním osobního dotazníku – sociální anamnéza). Obsahem setkávání je obvykle:

- Pracovní poradenství
- Dluhové poradenství
- Právní minimum (sociální dávky, registrace úřadu práce, bydlení atd.)
- Hospodaření s financemi
- Náplň volného času, time management
- a další.

- Osobní kontakt

Jde o krátká setkání klienta s členy týmu, ke kterým dochází během dne v prostorách P-centra (například i při náhodném setkání na chodbě zařízení atd.). Klient sám vyhledává kontakt s členy týmu, hlavně během jeho náročných období. Smyslem je sdílení běžných životních událostí, sdílení novinek a pocitů s nimi spojených. Významnou součástí těchto setkání je emocionální podpora klienta. Cílem je i průběžný monitoring klienta a předcházení krizí a s nimi spojených případných lapsů.

- Krizová intervence

Cílem krizové intervence v následné péči je stabilizace klientova psychického stavu, snížení nebezpečí dalšího prohloubení krize. Obvyklým důsledkem nezvládnuté krize je laps či recidiva, taktéž může být krize po právě prožitém lapsu/recidivě. Obsahem krizové intervence může být:

- Pomoci klientovi opět získat sebedůvěru
- Usnadnit komunikaci

- Vyjádření klientových emocí
- Pomoci s náhledem na vzniklou situaci a její řešení
- Zmapovat možnou podporu klientova okolí (laická i profesionální)
- Asistenční doprovod

Na vyžádání klienta a v případě jeho potřeby, může být realizován asistenční doprovod na úřady. Sociální pracovník mu může pomoci vyjednat, co je třeba. Vždy se snaží podpořit schopnosti klienta vyřídit si potřebné věci samostatně.

1.3.3.8.3 Volitelná část programu

V případě potřeby lze zvolit i terapii párovou a rodinou, nejedná se o povinnou součást programu, spíše se jedná o podporovanou indikovanou aktivitu.

- Párová terapie

Mapují se cíle každého z partnerů, zviditelňují se rozdíly a shody v těchto cílech. V případě, že jen jeden z partnerů je naším klientem, proběhne edukace o návykových látkách/hře, závislosti, probírají se postoje, které ovlivňují závislé/rizikové chování. Pokud jsou oba partneři našimi klienty, či mají oba zkušenosti s návykovými látkami/hrou, probírají se plusy a mínusy partnerského vztahu, kdy oba jsou závislími.

- Rodinná terapie

Rodinná terapie probíhá u rodin, které si to vyžádají. Probírají se zejména očekávání jednotlivých členů rodiny, mapují se cíle, podporují se shody. Stejně jako u párové terapie se probírá oblast závislostí a návykových látek/hry.

1.4 Teorie evaluace

Jestli je nějaký program funkční, či jestli je optimálně nastaven, lze zjistit hodnocením - evaluací. Evaluace je u následné péče osob závislých na návykových látkách vyžadována standardy pro certifikace (Úřad vlády ČR, 2012)

Evaluace je v podstatě hodnocení, které ale můžeme rozlišit na formální (systematické zkoumání naplánované intervence vědeckým způsobem) a na neformální, což je v podstatě jakékoliv subjektivní hodnocení čehokoliv (Smutek, 2005a). V této kapitole se budu zabývat formální evaluací.

1.4.1 Evaluace

Evaluace neboli evaluační výzkum se od jiných sociálně-vědních výzkumů liší tím, za jakým účelem je pořizován, neliší se metodami, nástroji, designem výzkumu. Smysl evaluačního výzkumu uvádí Smutek (2005a, s. 16) podle Clarka takto: „evaluace je orientována na aktivitu (action oriented). Je vedena se záměrem determinovat hodnotu (value) nebo dopad (impact) politiky, programu, praxe, intervence nebo služby, je vedena z pohledu tvorby doporučení nebo změny“.

Smutek (2005a), podle Weinbacha, jako hlavní směry v evaluaci uvádí tyto:

- Single-systém – evaluace zaměřená na efektivitu něčí individuální praxe.
- Programová evaluace – hodnocení všech aspektů programu.

Single-systém je charakteristický tím, že se zabývá hodnocením jen konkrétní intervence, konkrétního pracovníka na konkrétním klientovi, jeho externí validita zcela chybí. Z tohoto důvodu se budu dále zabývat jen programovou evaluací, neboť ta vystihuje typ evaluace v kontextu mé práce.

1.4.2 Programová evaluace

Smutek (2005a) uvádí několik definic programové evaluace od různých autorů, na základě nich se dá shrnout, že: programová evaluace je hodnocení programu (v jakékoli fázi vývoje či průběhu), nástroji tohoto hodnocení jsou obecně používané metody a techniky sociálně-vědního výzkumu. Výsledkem je podklad pro další aktivity (politické, manažerské), které se použijí při plánování, stavění designu a implementaci tohoto posuzovaného programu.

Typy otázek, které slouží k hodnocení programu, uvádí Matoušek dle Royseho (in Smutek 2005b, s. 10 - 11), zde vybírám pouze otázky, které jsou charakteristické pro tento typ výzkumu:

1. „Pomáhá opravdu program klientům?“
2. Jsou klienti spokojeni se službami?“
3. Mění program situaci klientů a jejich život?“
4. Je možné určitý program zlepšit?“

Kdy zejména otázky 3 a 4 jsou relevantní pro tuto práci.

1.4.2.1 Typy programové evaluace

Matoušek (2007) i Smutek (2005a) shodně odkazují na Scrivenovo základní rozdělení evaluace na formativní a sumativní. Matoušek (2007) uvádí sumativní evaluaci jako synonymum pro evaluaci výsledku programu, avšak Smutek podle Scrivena (2005a, s. 32) toto výslovně odmítá: „...kategoricky tvrdí, že formativní evaluace nejsou druhem evaluace procesu a sumativní evaluace nejsou výhradně spojeny s výsledky“. Přikláním se k tvrzení Smutka (2005a) a budu se držet jeho koncepce. Zde si uvedeme zjednodušené charakteristiky obou typů evaluace a níže v tabulce č. 1 si oba typy porovnáme.

- Formativní evaluace slouží primárně pro zjištění, jestli je potřeba udělat případné změny pro zlepšení programu. Tato evaluace je zaměřena na akci.
- Sumativní evaluace slouží k posouzení efektivity či dopadu programu. Výsledkem je doporučení, zdali má program dále pokračovat či nikoliv. Je orientována na závěr.

Zde uvádím tabulku převzatou od Smutka podle Clarka (2005a, s. 29).

Tabulka č. 2 – Srovnání formativní a sumativní evaluace.

	Formativní	Sumativní
Cíloví příjemci informací (Target Audience)	programoví manažeři/praktici	tvůrci politiky (policy-makers), financovatelé (funders), veřejnost
Zaměření sběru dat	vyjasnění cílů, podstata implementace, identifikace výsledků (outcomes)	implementace, měření výsledků (outcomes)
Role evaluátora	interaktivní	nezávislá
Metodologie	kvantitativní a kvalitativní (důraz na druhou z nich)	důraz na kvantitativní
Četnost procesu sběru dat	kontinuální monitoring	omezená
Procedury podávání zpráv	neformální, pomocí diskusních skupin a meetingů	formální zprávy
Četnost podávání zpráv	během fáze pozorování/studie	po dokončení evaluace

V našem kontextu používáme evaluační výzkum jako formativní i jako sumativní evaluaci, což se nevylučuje. Smutek (2005a) podle Scrivena uvádí jako primární záměr formativní studie přípravu programu pro sumativní hodnocení.

Další rozdělení či zaměření evaluace je na evaluaci procesu a evaluaci dopadu.

- Evaluace procesu – je zaměřená na rozsah, ve kterém byl program implementován dle plánovaných osnov či záměru.
- Evaluace dopadu – ukazuje, zdali program uspěl, či neuspěl. Otázku „proč?“, nám ale nezodpoví.

Někteří autoři, které zmiňuje Smutek (2005a, s. 32-33), upozorňují na omezení při realizaci evaluace dopadu, před kterým nebyla realizována evaluace procesu. Při zjištění selhání programu nám evaluace procesu nezodpoví, jestli je chyba na straně chybné teorie (na které byl program vystavěn), či slabé implementace.

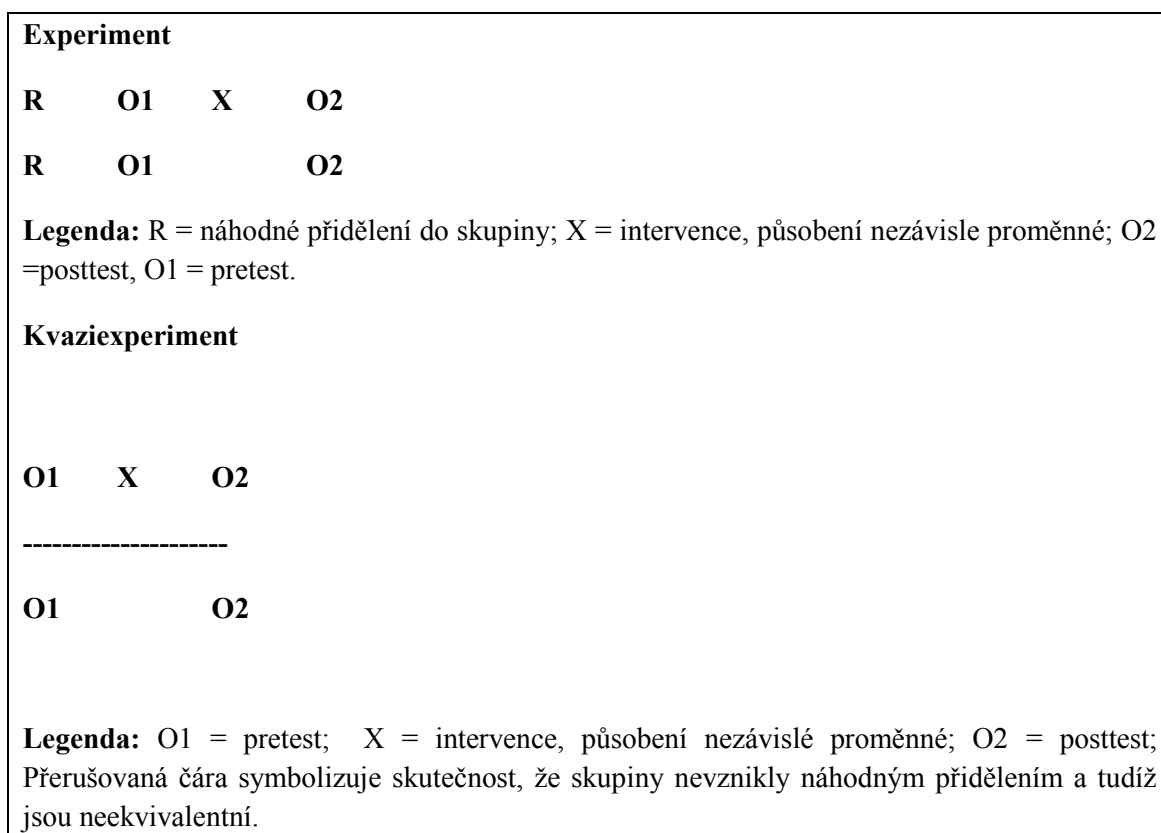
1.4.3 Metodologie evaluačního výzkumu

Smutek (2009) uvádí evaluační výzkum, stejně jako Disman (2011), dělení výzkumu na kvantitativní a kvalitativní. Nechceme zde uvádět vyčerpávající metodologii výzkumu, níže uvádím charakteristiku metodologie, kdy je pro evaluaci programu nutné testovat na začátku a na konci programu, přičemž se testují dvě skupiny, z nichž jedna není vystavena účinku programu a sledují se případné změny.

Smutek (2009) pro kvantitativní strategii mluví o experimentu, s čistým experimentem jsou ale nemalé problémy, proto spíše volí kvazi-experiment. Rozdíl mezi oběma přístupy uvádí jako nezařazení náhodným výběrem do jedné z kontrolních skupin v případě kvazi-experimentu.

Zde uvádím tabulku pro porovnání:

Obr. 2: Schéma experimentu a kvaziexperimentu



Zdroj Smutek dle Žižlavského (2009, s. 97)

1.4.4 Evaluace kvality a efektivity následné péče v P-centru

P-centrum pro evaluaci následné péče používá dva přístupy, a to kvalitativní a kvantitativní.

Kvalitativní:

- „Sebehodnocení klientů (individuální konzultace, písemné hodnocení 1x za 14 dní, hodnotící skupiny – hodnotí se plnění úkolů z kontraktu).
- Pravidelné hodnocení vývoje klienta terapeutickým týmem (1x za týden *porady o klientech*, každý klient je probírán min. 1x měsíčně, v případě potřeby i častěji, přibližně 1x za 6 týdnů se koná *případová supervize*, kde jsou rovněž probíráni klienti a diskutován postup v terapii/poradenství s konkrétním klientem).
- Závěrečné hodnocení klientem při ukončení poskytované služby – při ukončení pobytu na chráněných bytech, a při ukončení celého programu – hodnotí se

naplnění úkolů z kontraktu, naplnění hodnotí klient sám, terapeutický tým i ostatní klienti „ (P-centrum, 2012, s. 40).

- Mezi významné evaluační nástroje zařazují i pravidelné týmové porady, při nichž dochází k revizi programu. Revize reaguje na podněty klientů, reflexe pracovníků nebo na proběhlé události. Případné změny v programu jsou výsledkem týmové diskuze a většinou i týmového konsenzu. Obsahem jsou například změny v povinné účasti na programu, struktura programu, obsah aktivit a další.

Od roku 2012 probíhá v Doléčovacím centru sběr dat prostřednictvím dotazníků SQUALA (Dragomirecká, 2006) a SEIQoL (Křivohlavý, 2003), jednou ročně probíhá vyhodnocení dotazníku SEIQoL, v některých indikovaných případech se s výsledky dotazníku SEIQoL pracuje i klinicky (kvalitativní výstup ve formě významných témat uvedených do tohoto polostrukturovaného dotazníku). Více v empirické části této práce.

Kvantitativní hodnocení je prezentováno formou statistických výkazů o počtu přijatých klientů, předčasně propuštěných a klientů, kteří řádně ukončili.

1.5 Kvalita života a způsoby jejího měření

V této práci pracujeme s pojmem kvalita života tím, že pomocí měření subjektivního vyjádření či hodnocení kvality života sledujeme proběhlou změnu (mezi nástupem do programu a při ukončení programu), jestli k ní došlo a jakým směrem. Kvalitě života se budeme věnovat stručně, nahlédneme na kvalitu života jako pojem, na různé přístupy k ní a jaké jsou možnosti při jejím měření.

1.5.1 Kvalita život jako pojem

Pojem kvalita života se v poslední době objevuje zejména v oblasti zdravotnictví, psychologie, ekonomie, ekologie i politiky. Poprvé se termín kvality života objevil již ve dvacátých letech minulého století v USA, uvažovalo se o něm ve spojení s ekonomickými ukazateli, konkrétně při evaluaci dopadu dotační politiky státu na nejhudší vrstvy obyvatelstva. V poválečné historii se termín objevuje znovu v USA, opět ve spojení s politikou, jako slib tehdejšího prezidenta o zlepšení kvality života všech obyvatel státu. Později použil termín kvalita života německý politik Brandt, ten jako cíl svého sociálnědemokratického programu - dosažení lepší kvality života

spoluobčanů. Od té doby se kvalita života objevuje či již zdomácněla ve všech zmíněných oborech, jako ukazatel různého pojetí života.

Existuje celá řada definic kvality života, ale žádná, která by byla všeobecně akceptována (Hnilicová in Payne a kol., 2005, s. 208). Křivohlavý (2002, s. 164) cituje Engela a Bergmana a podává definici kvality života jednotlivce jako: „Kvalita je soud (chápáno v logickém smyslu slova) - jde o subjektivní soud (úsudek). Ten je výsledkem porovnávání a zvažování více hodnot. Kvalita sama je hodnotou, je zážitkovým (experienciálním) vztahem, reflexí (výsledkem zamyšlení) nad vlastní existencí. Je nesourodým srovnáním a motivací (hybnou silou) žítí.“

Křivohlavý (2002, s. 162-165) vidí kvalitu života ve třech rovinách:

- Makro pojetí, kvalita života velkých celků, států atd.
- Mezo pojetí, kvalita života společenství, menších skupin, jako jsou domovy důchodců, ve škole, v nemocnici atd.
- Personální, individuální kvalita života.

Pro účel této práce je důležitá zejména rovina personální. Oba autoři, Engel i Bergman (Křivohlavý, 2002, s. 164), také poukazují na rozdílné pojetí kvality života a to objektivní a subjektivní. Opět pro účel této práce používáme subjektivní pohled samotného posuzovatele, což je klient sám. Nelze ale opomenout vztah mezi *objektivním* a *subjektivním* pojetím kvality života, který zmiňuje Hnilicová (in Payne a kol., 2005, s. 205-215), ta předpokládá, že vztah mezi objektivní stránkou kvality života (životní úroveň a zdravotní stav) a subjektivní stránkou kvality života je prostřednictvím očekávání. Roli zde tedy hraje idealizovaná představa o sobě a svém životě. Křivohlavý (2002) podle Echtelda, zmiňuje souvislost mezi životní spokojeností a dosažením životních cílů v určitém, pro něj přijatelném čase, doslova říká, že: „Uspokojení je definováno jako důsledek dlouhodobé zkušenosti daného člověka z dosahování jeho životních cílů, které probíhá tou rychlostí, kterou on sám očekával, případně rychleji“ (Křivohlavý, 2002, s. 169).

Určitou souvislost ve spojení s prožívanou kvalitou života lze vidět právě v tom, jak si člověk užívá to, co má k dispozici, čili jde jednak o zážitek spokojenosti a jednak o zážitek při dosažení naplnění v důležitých životních oblastech. Toto se dá dobře

ilustrovat termínem „užívá si dobrého zdraví“ (Hnilicová in Payne a kol., 2005, s. 208). Hnilicová (in Payne a kol., 2005, s. 208-209) uvádí důležité životní domény:

- Bytí – souhrn hlavních charakteristik člověka, kde jsou dále subdomény: fyzické bytí (zdraví, hygiena, výživa, tělesný pohyb, způsob oblékání, vzhled), psychologické bytí (psych. zdraví, myšlení, cítění, sebepojetí, sebeúcta a sebekontrola) a spirituální bytí (osobní hodnoty a přesvědčení, víra).
- Přilnutí – (napojení na vlastní prostředí), má také tři subdomény a to: fyzické přilnutí k domovu, sousedství, komunitě, pracovišti/škole. Sociální přilnutí užšího charakteru k rodině, přátelům, kolegům, sousedům. Přilnutí k širšímu společenství-prostředí-komunitě, skrze pracovní příležitosti, finanční příjmy, zdravotní péči, sociální práci a vzdělávací a rekreační možnosti.
- Realizace (dosahování osobních cílů, nadějí a aspirací), která obsahuje: praktické uskutečňování domácích aktivit, placenou práci, školní a zájmové aktivity, péči o zdraví, sociální začlenění.

Rozsah kvality života v těchto oblastech a subdoménách je ovlivněn dvěma důležitými faktory, tím jak jsou pro jedince důležité a tím jak je ta oblast naplňována, jak je s ní spokojen.

Hnilicová (in Payne a kol., 2005, s. 207-216) uvádí tři přístupy ke kvalitě života a to medicínský, psychologický a sociologický, kdy každý tento přístup nakládá s tímto pojmem jiným způsobem.

1.5.1.1 Medicínský přístup ke kvalitě života

Od 70. let se termín kvality života používá i v medicíně, přesto je to pro tento obor poměrně nová záležitost. Medicínský přístup vychází z pojetí definice zdraví dle WHO (Světová zdravotnická organizace), kdy zdraví není chápáno jen jako neexistence nemoci ale je uplatňován celostní přístup fyzické, psychické a sociální pohody. „Kvalitou života je potom to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a to ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu“ (Hnilicová podle Ustuna, in Payne a kol., 2005, s. 208). Ve zdravotnictví se pracuje s pojmem kvality života, který je ovlivněn zdravím, lze to specifikovat jako subjektivně prožívanou kvalitu života, která je ale

spojená s nemocí či úrazem, včetně vedlejších účinků (Hnilicová in Payne a kol., 2005, s. 211-212). Znamená to, že se nesleduje jen, jestli byl naplněn primární cíl, tedy vyléčit nemoc, ale jestli tento proces neovlivní kvalitu života natolik, že je pro pacienta vhodnější zachovat stávající stav s lepší kvalitou života, než vyléčení nemoci spojené například se stálou nevolností, tedy snížení kvality života.

1.5.1.2 Psychologický přístup ke kvalitě života

Psychologové se snaží postihnout kvalitu života jako subjektivně prožívanou životní pohodu a spokojenost s vlastním životem jako takovým. Máme zde tyto koncepty:

- Spokojenost se životem – kdy se hledají faktory a společenské instituce, které ovlivňují spokojenost lidí s jejich životy.
- Prožívaná subjektivní pohoda – kdy se hledí spíše na všeobecné hodnocení života.

Sledují se dvě roviny prožívání - kognitivní (tedy racionální hodnocení) a emotivní (kdy jde o prožívání a naladění). Hnilicová (in Payne a kol., 2005, s. 210) zmiňuje, že subjektivní prožívání pohody se skládá ze dvou hlavních komponent:

- Aktuální subjektivní pohoda, kdy se jedná o momentální prožívání jedince, ovlivněné řadou aktuálních faktorů, které na něj v ten moment působí (emoce, nálada, tělesné prožitky).
- Habituální subjektivní pohoda, kdy jde o hodnocení vzniklé hlavně na základě kognitivních úsudků, hodnotí se časově delší období, a tyto úsudky vykazují poměrně vysokou stabilitu.

Psychologie sleduje kvalitu života u jedince, jeho subjektivní prožívání či racionální hodnocení jeho života. Sleduje zejména to, co ovlivňuje toto hodnocení, všechny důležité faktory.

1.5.1.3 Sociologický přístup ke kvalitě života

Sociologický přístup ke kvalitě života se vyznačuje tím, že sleduje společenskou úspěšnost, jako je sociální status, majetek, vybavení domácnosti, rodinný stav, vzdělání. V sociologickém pojetí se zkoumá vztah těchto faktorů na kvalitu života. Důležitým

termínem v sociologii je také ukazatel životní úrovně, indikátory jsou hrubý domácí produkt vyjádřený na jednoho obyvatele, střední délka života, kojenecká úmrtnost, počet lékařů na 1000 obyvatel či počet počítačů v domácnosti. Sociologické výzkumy v oblasti kvality života se mimo jiné zaměřují na dopady sociálně-zdravotních programů na kvalitu života společnosti. Sociologie též zajímá rozdíl mezi subjektivním prožíváním kvality života v závislosti na věku zkoumaných skupin (Hnilicová in Payne a kol., 2005).

1.5.2 Možnosti měření kvality života

V předchozí části kapitoly jsme si představili pojem kvality života, zde si představíme jak kvalitu života měřit či hodnotit.

Křivohlavý (2002, s. 165) podává tři hlavní přístupy k měření kvality života:

- Metoda měření kvality života kdy hodnotitelem je druhá osoba
- Metoda měření kvality života kde hodnotitelem je sama daná osoba
- Smíšené metody, kombinace obou předchozích

Jednotlivých metod je velké množství, uvedeme si jen některé z nich a pro přehlednost je rozdělíme podle uvedeného dělení.

1.5.2.1 Metoda měření kvality života - objektivní

Tyto metody pochází ze zdravotnického prostředí, hodnotitelem je druhá osoba a kvalita života se hodnotí objektivními ukazateli. Příklady uvádí Křivohlavý (2002; in Payne, 2005):

1. APACHE II.

Je metoda, která se pokouší vystihnout celkový stav pacienta pomocí fyziologických a patofyziologických kritérií, čímž se snaží vystihnout vážnost nemoci. APACHE II. (Acute Psychological and Chronic Health Evaluation System). Měří se odchylky od abnormálních fyziologických funkcí, výsledek je od 0-71, čím je číslo vyšší, tím je větší pravděpodobnost že pacient zemře (Křivohlavý podle Poses et al., 2003, s. 166).

2. Karnofsky index

PSI (performance status index) – Karnofsky index. Tímto indexem vyjadřuje lékař své mínění na celkový zdravotní stav pacienta k určitému datu. V následující tabulce uvádím část Karnofsky indexu v procentech, včetně popisu pacientova zdravotního stavu (Tabulka č. 3)

Tabulka č. 3 - Ukázka Karnofskyho indexu

%	
100	normální stav pacienta, bez obtíží
90	normální výkonnost pacienta, minimální projevy choroby
80	normální výkonnost pacienta, avšak s vypětím, drobné příznaky nemoci
70	omezená výkonnost, práce schopný, samoobslužný

20	hospitalizace nutná, nutná odborná i podpůrná léčba
10	rychlý postup choroby, moribundní pacient
0	pacient je mrtev

(Křivohlavý podle Karnofsky a Burchenal, 2003, s. 166)

3. Slovní vyjádření kvality života QL Index ILF – Index kvality života pacienta. Zavedení slovního vyjádření kvality života pacienta bylo krokem vpřed. Byla předem stanovená kritéria – například sebeobslužnost pacienta, zvládání těžkostí pacienta, sociální opora pacienta, bolest pacienta a podobně. Předností bylo, že stanovení kritérií kvality života nebylo jen na hodnotiteli, ale bylo stanoveno souhlasem většího počtu lidí - například lékař, psycholog, zdravotní sestra a podobně. Stav pacienta bylo možno odstupňovat na pětistupňové škále (Křivohlavý, 2003, s. 168).

4. Symbolické vyjádření kvality života sérií křížků

Používá se v nemocnicích, k vyjádření kvality života slouží křížky od 1 do 4, kdy více křížků znamená zhoršení stavu. Příklady hodnocení:

+ *pacient je po fyzické stránce v dobrém stavu, je zcela nezávislý na druhých lidech z hlediska sebeobsluhy.....(kráceno)*

++++ *pacient je z hlediska sebeobsluhy zcela závislý na druhých lidech, dost dobře asi neví, co se s ním i kolem něj děje, celkově je v dosti obtížné situaci* (Křivohlavý in Payne, 2005, s. 285).

Při metodě, kdy hodnotitelem je druhá osoba, docházelo často k rozdílu mezi tím, jak hodnotí kvalitu života hodnotitel a jak vnímá kvalitu života osoba hodnocená (Křivohlavý in Payne a kol., 2005).

1.5.2.2 Metody měření kvality života - subjektivní

V tomto přístupu k měření kvality života je hodnotitelem sama daná osoba a tedy se kvalita života měří subjektivními ukazateli. Křivohlavý (2003, s. 169) podle Patricka a Ericksona upozornil na skutečnost, že vybraná kritéria a dimenze kvality života jsou stanovena arbitrálně (vyšší mocí) a nemusejí se shodovat s tím, co je důležité pro samotného jedince. Proto navrhuje stanovovat nejprve prioritní dimenze a poté se zabývat těmi, které jsou pro jedince nejdůležitější.

Následující metody zjišťují kvalitu života subjektivními ukazateli a pracují v kontextu chápání kvality života, která je vyjádřena i pojmy jako je „štěstí“, „spokojenost se životem“ nebo „prožívaná pohoda“. Příklady metod:

1. SWLS „Stupnice spokojenosti se životem“ (The Satisfaction with Life Scale).

Je standardizovaný dotazník o pěti otázkách s hodnotícími škálami. V dotazníku jsou tvrzení jako např. „Ve většině případů se můj život blíží ideálu“ či „Jsem spokojený se svým životem“, tázaný má bodově ohodnotit, jestli s tvrzením souhlasí či ne. Bodové hodnocení je od 1, zásadně nesouhlasím (Strongly Disagree) až po 7 zásadně souhlasím (Strongly Agree) (Diener, 2012, s. 1).

2. SEIQoL

Metoda, která pracuje s naplňováním životních cílů, je polostrukturovaný dotazník SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life - Program zhodnocení individuální kvality života). V jeho pojetí kvalita života není něčím všeobecně platným, ale je plně individuální (Křivohlavý, 2003, s. 172). SEIQoL bude probrán podrobněji ve výzkumné části této práce.

3. SQUALA

Strukturovaný dotazník SQUALA (Subjective QUALity of Life Analysis - Subjektivní dotazník kvality života), předkládá dané osobě celou řadu oblastí (zdraví, psychická pohoda, fyzická soběstačnost, láska, spravedlnost, pravda, jídlo, víra atd.), kterým respondent určuje důležitost vyjádřenou slovním hodnocením od nezbytné po bezvýznamné. Stejným oblastem pak přisuzuje jak je v nich spokojen, slovním hodnocením od „zcela spokojen“ po „velmi zklamán“ (Dragomirecká a kol., 2006). I této metodě se budu podrobněji věnovat ve výzkumné části práce.

4. WHOQOL – BREF

Je dotazník kvality, hodnotící 24 oblastí, sdružených do 6 domén. Zaměřením na oblasti, které jsou důležité, jsou velmi podobné dotazníku SQUALA, podobně se i hodnotí (Dragomirecká a kol., 2006, s. 20).

1.5.2.3 Výzkum kvality života osob se závislostí

Kvalitou života drogově závislých se u nás zabývalo několik autorů, zejména v závěrečných pracích na různých vysokých školách v celé republice, a používali různé metody měření. Uvedu zde ty práce, které spojuje s touto použitím dotazníků SQUALA a SEIQoL či stejná cílová skupina / kvalita života.

Šulcová (2014) se ve své diplomové práci zaměřila na kvalitu života osob se substituční léčbou. Pomocí dotazníku kvality života WHOQOL – BREF porovnávala dvě skupiny respondentů, první skupinu užívající legální substituční léčbu a druhou skupinu respondentů, kteří substituční preparát získávají nelegálně, tedy ho zneužívají. Skupina užívající legální substituční léčbu hodnotili svůj život jako kvalitnější.

Chrastina ve své práci analyzoval oblasti výzkumu a použití dotazníku SQUALA a výsledky ukazují, že se tyto dotazníky spíše používají v oblasti lékařství (Chrastina, 2013).

Jančálková (2016) se ve své bakalářské práci věnovala výzkumu v oblasti kvality života osob závislých na nealkoholových látkách (klienti K-centra Uherské Hradiště). Ve svém výzkumu kvality života použila dotazník SQUALA, pro zjištění kvality života a pro určení typických problémových aspektů jejich života.

Staňková (2014) použila ve své rigorózní práci, dotazník SQUALA jako jeden z nástrojů pro identifikaci zdrojů pro abstinování od alkoholu osob závislých na alkoholu a abstinující v nechráněném prostředí. Mimo jiné, identifikovala, pomocí dotazníku SQUALA, významné zdroje pro abstinenci v oblasti „psychická pohoda“ a „rodinné soužití“.

Philip (2007) ve své studii porovnával dvě skupiny závislých (25 závislých na alkoholu a 25 na drogách) s běžnou populací pomocí dotazníků WHOQOL – BREF a WHODAS (dotazník hodnotící zdravotní stav). Obě skupiny závislých měly podobné výsledky, v porovnání s běžnou populací hodnotili svůj život jako méně kvalitní. Pro optiku naší práce je potřeba zdůraznit, že cílová skupina Philipovi studie vyplňovala dotazníky krátce po nástupu do léčby, asi po třech dnech.

Dále, jak jsem již uváděl ve své bakalářské práci (Šeda, 2012), měření kvality života lidí se závislostí se například věnovala Doleželová (2006), která porovnávala soubor drogově závislých v terapeutických komunitách s kontrolním vzorkem. Použit byl dotazník SQUALA. Výsledky této práce ukázaly, že celkové subjektivní vnímání kvality života výzkumného souboru osob závislých na návykových látkách nebylo statisticky významně nižší, než u kontrolního vzorku.

Jako inspirace pro použití dotazníků při evaluaci následné péče, nám posloužilo měření kvality života v prostředí následné péče osob závislých na návykových látkách v organizaci CPPT o.s. v Plzni, která používá polostrukturovaný dotazník SEIQoL při individuálním plánování následné péče již od roku 2005. Výsledky své práce ale nikde podrobněji nepublikovali, jen představili použití této metody na konferenci Prevence a léčba závislostí (CPPT, 2010), kde jsme se inspirovali pro použití tohoto dotazníku.

2 EMPIRICKÁ ČÁST

2.1 Výzkumný cíl a výzkumné otázky

Cílem této práce je, pomocí dotazníků SQUALA a SEIQoL hodnotících subjektivně vnímanou kvalitu života, přinést obohacující informace pro evaluaci programu doléčování následné péče osob se závislostí v P-centru.

Pro tento účel byly v mé předchozí bakalářské práci (Šeda, 2012) ověřeny dvě metody, a to metoda SQUALA (Viz kapitola 2.2.3.2) a metoda SEIQoL (Viz kapitola 2.2.3.1). Obě metody byly vyhodnoceny jako přínosné pro evaluaci programu doléčování pomocí hodnocení kvality života, každá má své specifické výhody, o kterých budu psát v závěru této práce.

Metoda SQUALA (Dragomirecká a kol., 2006) byla vybrána z důvodu velkých zkušeností z praktického využívání v ČR (po dobu již 15 ti let) a možnosti využití orientačních populačních norem pro vyhodnocení. Metoda SEIQoL byla vybrána pro schopnost měřit subjektivně chápanou míru kvality života (Křivohlavý, 2003) užitím vlastního systému hodnot evaluované osoby. V této práci, pokud budeme hovořit o kvalitě života, hovoříme o ní ve smyslu subjektivně měřené kvality života dotazníky SQUALA a SEIQoL.

Výzkumný cíl je řešen prostřednictvím výzkumné otázky:

„Přinášejí zvolené dotazníky obohacující informace pro evaluaci programu následné péče?“, tato výzkumná otázka je tvořena čtyřmi podotázkami:

1. Postihly dotazníky případné (subjektivně pozorované) změny v kvalitě života, které nastaly během programu následné péče osob závislých na návykových látkách?
2. Shodují se významná témata dotazníku SEIQoL s nastavením doléčovacího programu?
3. Jsou vstupní a výstupní hodnoty klientů u dotazníků SQUALA podobné, jako výsledky orientačních populačních norem?

4. Jsou rozdíly ve vnímané kvalitě života mezi námi vytvořenými podskupinami klientů (vliv pohlaví, typu předchozí léčby, typu návykové látky)?

2.2 Metodika práce

2.2.1 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl jasně vymezen už v bakalářské práci: klienti Doléčovacího centra P-centra v Olomouci: v programu následné péče od začátku roku 2013 do konce roku 2015. Výzkumu se účastnili všichni oslovení klienti doléčovacího programu P-centra, postupně tak jak vstupovali do a vystupovali z programu. Vzhledem k dlouhému časovému období a náročnosti práce s dotazníky (jeden respondent vyplňoval celkem 4 dotazníky), nevyplnili dotazníky všichni klienti, co byly v tomto období v programu. Celkem se účastnilo výzkumu 63 osob. Počet klientů, kteří ukončili v průběhu výzkumu program doléčování a zároveň byli diagnostikováni na vstupu i výstupu u obou dotazníků, je 31. Rozdíl v počtu obou vyplněných dotazníků při vstupu a výstupu je dán předčasným odchodem klientů z programu, odmítnutí či vyhnutí se vyplnění dotazníků. Podstatná část klientů odchází z programu pro porušení zásadních pravidel a je tím pádem sankcionálně vyloučena.

Počty klientů, kteří vyplnili dotazníky SQUALA a SEIQoL při vstupu a při výstupu z programu, vidíme v následující tabulce (Tabulka č. 4).

Tabulka č. 4 - Přehled respondentů se vstupními a výstupními daty

	SEIQoL		SQUALA	
	vstupní data	výstupní data	vstupní data	výstupní data
počet osob	62	31	63	31

Věkový průměr všech zúčastněných klientů byl 31,9 let, nejstarší response bylo 55 let a nejmladší zúčastněné 18 let. Základní věkové složení respondentů uvádím v tabulce č. 5.

Tabulka č. 5 - Věkové složení respondentů

v letech	VĚK		
	průměr	min	max
Muž	32,18	22	54
Žena	30,92	18	55
Celkem	31,9	18	55

Nejpočetnější skupinou, podle typu udané primární látky, na niž byli zúčastnění klienti závislími, byl pervitin (37), dělení dle pohlaví a dle primární návykové látky je v Tabulce č. 6.

Tabulka č. 6 - Rozdělení respondentů dle návykové látky

počet osob	ZÁVISLOST NA PRIMÁRNÍ LÁTCE					
	STIMULANTY	OPIÁTY	ALKOHOL	HRA	THC	CELKEM
Muž	27	6	10	3	3	49
Žena	10	0	4	0	0	14
Celkem	37	6	14	3	3	63

Nejvíce zastoupenou skupinou z hlediska typu léčby, byla komunita s 35 klienty s věkovým průměrem 28 let, naproti tomu z psychiatrických léčen přišlo 25 klientů s věkovým průměrem vyšším o 8 let, tedy 36 let. Rozdělení dle typu léčby vidíme v Tabulce č. 7.

Tabulka č. 7 - Rozdělení respondentů dle typu léčby.

typ léčby	počet	věk. průměr	závislost				
			stimulanty	alkohol	opiáty	gambling	THC
komunita	35	28	27	1	4	1	2
léčebna (PN)	25	36	9	13	0	2	1
výkon trestu	3	34	1		2		

2.2.2 Průběh a organizace výzkumu

Výzkum jsem prováděl na svém pracovišti v neziskové organizaci P-centrum v Olomouci, s klienty doléčovacího programu. Klienti doléčovacího programu byli postupně oslovováni a požádáni o účast v tomto výzkumu. Výzkum probíhal vždy v prostorách P-centra, obvykle v kanceláři sociálních pracovníků či v místnosti určené pro konzultace, kde bylo dostatečné soukromí a klid. Na první informační schůzce byl klient informován o prováděném výzkumu, o účelu, ke kterému je výzkum vykonáván,

jak bude zacházeno s jeho daty a že všechna data budou zaznamenána a vyhodnocena anonymně. Použití dotazníků SQUALA a SEIQoL při vstupu a výstupu klienta do a z programu vyžadovalo zvýšené nároky na postup sběru dat. Bylo nežádoucí, aby klient vyplňoval nejdříve dotazník SQUALA, kde jsou již udávány témata / cíle, kterými by se mohl respondent nechat ovlivnit v dotazníku SEIQoL, kde je žádoucí aby respondent udal svá individuální důležitá témata a nenechal se ovlivňovat čímkoliv jiným (Křivohlavý, 2002, s. 174). Proto výzkum probíhal nejdříve vyplněním dotazníku SEIQoL, který vyplnil společně tazatel s respondentem. Po vyplnění dotazníku SEIQoL následovalo vyplnění dotazníku SQUALA, který obvykle vyplňoval již sám respondent. Na rozdíl od pilotního ověření možností těchto dotazníků (Šeda, 2012) jsme pozměnili metodiku vyplnění. Mezi jednotlivými dotazníky jsme již nenechávali časovou prodlevu 3-5 dní, protože se neprokázalo, že by v případě dodržení postupu a pořadí realizace výzkumu tj. nejdříve SEIQoL, pak SQUALA, by docházelo k výraznému ovlivnění odpovědí respondentů.

2.2.3 Použité metody

2.2.3.1 Metoda SEIQoL

V českém prostředí se této metodě věnuje Křivohlavý (2002, 2003), on sám čerpá od autorů z Dublinu (O'Boyle, McGee a Joyce, 1994).

V optice pojetí metody SEIQoL je kvalita života čistě individuálním pojmem, není všeobecně platná pro všechny lidi. Dotazovaný sám rozhoduje o tom, co je pro něj důležité, jak sám chápe, definuje, jaký má žebříček hodnot.

2.2.3.1.1 Administrace metody SEIQoL

Administrace probíhá formou polostrukturovaného rozhovoru, tazatel zjišťuje důležité aspekty života dotazovaného, tyto jsou záměrně ponechány na jeho svobodné volbě a jsou akceptovány. Tazatel se ptá na pět nejdůležitějších aspektů, životních cílů. Dotázaný musí vybrat jen těchto pět aspektů, ne míň ani víc. Na tyto aspekty, či jak uvádí Křivohlavý tzv. „cue“, které překládá jako „životní cíle“, se můžeme ptát otázkou „o co ti v životě nejvíce jde?“, „co je pro tebe, důležité?“. Křivohlavý (2003, s. 244) uvádí, že pro názornost lze uvést příklady, vzápětí však dodává, že ideální je tyto příklady neuvádět, zamezí se tím sugestivnímu ovlivňování. Příklady takovýchto životních cílů přesto uvádí:

- Rodina, manželství
- Zdraví
- Duševní pohoda
- Duchovní život
- Vztahy mezi lidmi
- Práce na sobě
- Kultura
- Sport, a další (Křivohlavý, 2002, s. 173).

V otázce příkladů souhlasím s Křivohlavým a přikláním se k názoru (podloženým i praxí se 74 respondenty v období 2011 – 2015), že je vhodnější tyto příklady nedávat a nechat respondenta aby uvedl svá čistě individuální témata, viz Průběh a organizace výzkumu.

Posléze se jednotlivým aspektům přisuzuje důležitost, kdy dotázaný má přisoudit vybraným tématům procentuální podíl ze 100 %, podle důležitosti či významu.

U každé z uvedeného tématu uvede také míru uspokojení, otázka zní “jak jsem v jednotlivém tématu či cíli spokojen v jeho naplňování či splnění“, kdy dolní hranice 0% vyjadřuje naprosté zklamání či nenaplnění a hodnota 100% naopak vyjadřuje ideální stav, kde není co měnit k lepšímu (Křivohlavý, 2003, s. 243-245).

2.2.3.1.2 Vyhodnocení metody SEIQoL

Celková úroveň kvality života v pojetí SEIQoL – tzv. SEIQoL Index, získáme tak, že vynásobíme, u jednotlivých témat, hodnotu důležitosti hodnotou spokojenosti a všechny tyto hodnoty následně sečteme. Aby výsledná hodnota byla v rozmezí od 0 do 100, vydělíme jí stem (Křivohlavý, 2002). Pomocným ukazatelem je i „Míra spokojenosti“, což je průměrná hodnota spokojenosti všech 5ti „cue“.

Křivohlavý (2002) uvádí i možnost použít dotazník SEIQoL k porovnání výsledků s kontrolním vzorkem respondentů, např. se zdravými lidmi, stejně jako v případě

druhého dotazníku SQUALA, kde jsou výsledky vzorku běžné populace k dispozici (Dragomirecká a kol. 2006)

Záznamový list (dotazník) je vložen v příloze 2.

2.2.3.2 Metoda SQUALA

Dotazník SQUALA vznikl ve v Nice (Francie), v českém prostředí se mu věnuje zejména Dragomirecká s kolektivem (2006), která připravila českou verzi tohoto dotazníku a z její příručky pro používání této verze jsme čerpali (Dragomirecká a kol, 2006).

2.2.3.2.1 Administrace metody SQUALA

Dotazník se skládá z původních 23 oblastí. Dragomirecká (a kol., 2006) ale při validaci tohoto dotazníku dvě oblasti vyřadila (mít víru, zajímat se o politiku) a to z důvodu častého vynechání od respondentů. Z důvodu porovnání výsledků našeho probandu se vzorkem běžné populace jsme i my při vyhodnocování výsledků vyřadili tyto dvě oblasti a upravili dotazník podle Dragomirecké. V našem případě respondenti na oblast „mít víru“ odpovídali a tak jsme tuto oblast podrobili samostatné analýze viz kapitola 2.3.1.2. Respondent ke každé z 23 oblastí vyjadřuje osobní důležitost dané oblasti a následně i spokojenost. Důležitost i spokojenost vyjadřuje na 5ti bodové škále, která je vyjádřena slovně. Důležitost jednotlivých oblastí se vyjadřuje od „nezbytné“, přes „velmi důležité“, „středně důležité“, „málo důležité“ až k „bezvýznamné“. Spokojenost se vyjadřuje od „zcela spokojen“, přes „velmi spokojen“, „spíše spokojen“, „nespokojen“ až k „velmi zklamán“ (Dragomirecká a kol., 2006, s. 64-65).

Dotazník je sebeposuzovací, jeho vyplnění trvá obvykle 15-20 minut. Respondentovi je vysvětlen postup vyplnění, pokud se ptá po smyslu jednotlivých oblastí, je mu ponechán subjektivní význam těchto oblastí, tedy „co si pod tím představíte, to to znamená“. Zjišťuje se vždy aktuální stav.

2.2.3.2.2 Vyhodnocení metody SQUALA

Skórování dotazníku SQUALA

1. Profil parciálních skóre – je součin skóre důležitosti a skóre spokojenosti, kdy je bodově ohodnocena

- a) Důležitost od „bezvýznamné“ = 0, po „nezbytné“ = 4.
- b) Spokojenost od „velmi zklamán“ = 1, po „zcela spokojen“ = 5.

Celkové skóre se pohybuje od 0 do 20, pokud je oblast kvality života hodnocena jako bezvýznamná, pak se tedy vůbec bodově nepočítá.

2. Celkové skóre – je součinem všech parciálních skóre (Vavrečková-Salihová podle Dragomirecké, Škody, 2008, s. 85).
3. Hrubé skóre dimenzí SQUALA – standardní průměrné hrubé skóre jednotlivých dimenzí, viz příloha č. 4, jsou standardním průměrem hodnot položek příslušných každé dimenzi. Dimenze se skládají z jednotlivých položek parciálních skóre, výsledek je pak ve standardizovaném průměru, tak aby bylo možné porovnávat jednotlivé dimenze. Dimenze jsou:
 - Abstraktní hodnoty
 - Zdraví
 - Blízké vztahy
 - Volný čas
 - Základní potřeby

2.2.4 Zpracování dat

Data byla tříděna, porovnávana a vkládána do grafů v programu MS Excel, základní statistické charakteristiky byly zpracovány v programu Statistica. Ve výsledcích dotazníku SQUALA jsou výsledky vyjadřovány i těmito funkcemi:

- a) Průměrná hodnota, což je aritmetický průměr pozorované oblasti.
- b) Směrodatná odchylka (STD), což je hodnota, která vyjadřuje, o kolik se v pozorované oblasti jednotlivé hodnoty vychylují od průměrné hodnoty této oblasti.
- c) MIN a MAX, což jsou minimální/maximální hodnoty, které byly v pozorované oblasti dosaženy.

Zpracování dat v oblastech:

1. Skórování dotazníků SEIQoL a SQUALA

Skórování obou metod SEIQoL i SQUALA je popsáno v kapitolách o administraci těchto metod výše.

I. Výstupem z dotazníku SEIQoL je tzv. SEIQoL Index a Míra spokojenosti

II. Výstupem metody SQUALA je parciální skóre jednotlivých položek, hrubé skóre jednotlivých dimenzí a celkové skóre.

2. Rozdíl mezi vstupními a výstupními daty klientů

Při zjišťování rozdílu mezi vstupními a výstupními daty klientů jsme srovnávali soubory jako celky, nepracovali jsme s daty klientů jako jednotlivců, tzn. nepracovali jsme „klinicky“. Pro zjištění, zda došlo ke změně v subjektivním hodnocení kvality života u klientů, jsme porovnali vstupní data klientů dotazníku SQUALA i SEIQoL s daty výstupními (pouze u těch klientů, kteří ukončili program a máme data vstupní i výstupní úplná). Použili jsme parametrický t-test pro závislé soubory a pro kontrolu ještě test neparametrický (Wilcoxonův párový test) a hladinu významnosti $p \leq 0.05$.

3. Významná témata SEIQoL

Pro zjištění vztahu mezi nejčastěji zmiňovanými tématy v dotazníku SEIQoL a zaměřením programu doléčování v P-centru, jsme jednotlivá témata (tzv. cue) z dotazníku SEIQoL, prostřednictvím programu Excel, utřídili sestupně, podle počtu jejich výskytu v dotazníku. Analýzou dokumentů P-centra a osobních zkušeností autora této práce, vyplynula témata, na které je program doléčování primárně zaměřen. Témata z dotazníku SEIQoL i témata o doléčování byla podrobena vzájemnému srovnání.

4. Dimenze SQUALA

Hrubé skóre dimenzí bylo vytvořeno v prostředí programu Excel, parciální skóre u každého klienta byla tříděna do skupin/dimenzí a následně byl proveden průměr těchto hodnot z celého souboru. Poté došlo k porovnání

dimenzí vstupních, výstupních dat (31 klientů, kteří dokončili program a měli jsme vstupní i výstupní data dotazníku SQUALA), se souborem populační normy, prostřednictvím hodnotové křivky ve spojnicovém a sloupovém grafu.

Porovnání dimenzí vstupních a výstupních dat v dotazníku, bylo ověřeno i statisticky, pomocí t-testu a Wilcoxonova párového testu.

2.3 Výsledky a diskuze

Výzkumu se zúčastnilo celkem 63 klientů, z toho 31 z nich prošlo zároveň vstupní i výstupní diagnostikou SQUALA a SEIQoL, protože úspěšnost dokončení doléčovacího programu je asi 35%. Proto pro následná hodnocení, protože pracujeme s výsledky všech klientů jako celkem, budou použita data od 31 klientů. Výjimku tvoří zpracování významných témat u vstupního dotazníku SEIQoL, kde jsme použili data od všech klientů, kteří touto diagnostikou prošli. Výsledky jsou děleny dle výzkumných otázek, pro lepší orientaci zároveň připojuji i diskuzi nad výsledky jednotlivých výzkumných otázek.

Výzkumná otázka zní: Přinášejí zvolené dotazníky obohacující informace pro evaluaci programu následné péče?“, tato výzkumná otázka je tvořena čtyřmi podotázkami:

1. Postihly dotazníky případné (subjektivně pozorované) změny v kvalitě života, které nastaly během programu následné péče osob závislých na návykových látkách?
2. Shodují se významná témata dotazníku SQUALA s nastavením doléčovacího programu?
3. Jsou vstupní a výstupní hodnoty klientů u dotazníků SQUALA podobné, jako výsledky orientačních populačních norem?
4. Jsou rozdíly ve vnímané kvalitě života mezi námi vytvořenými podskupinami klientů (vliv pohlaví, typu předchozí léčby, typu návykové látky)?

2.3.1 Výzkumná otázka č. 1

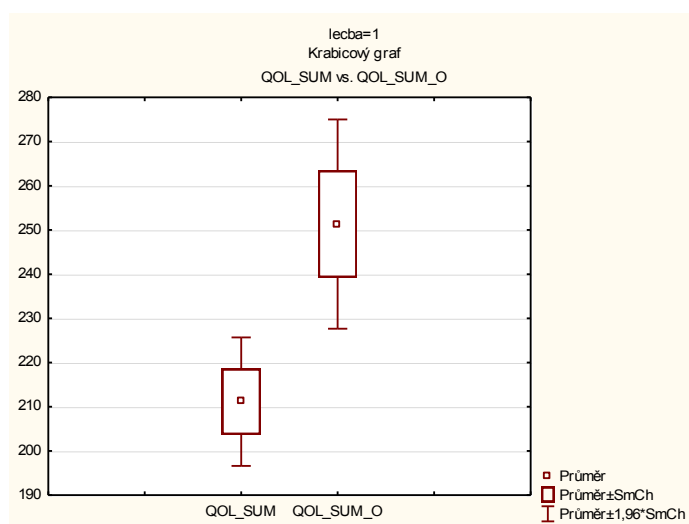
Postihly dotazníky případné (subjektivně pozorované) změny v kvalitě života, které nastaly během programu následné péče osob závislých na návykových látkách?

Výstupní data u obou dotazníků vykazovala u většiny respondentů vyšší hodnoty než data vstupní, tedy zlepšení subjektivně vnímané kvality života. U dotazníku SQUALA se jednalo o 87% respondentů (27 případů), dotazník SEIQoL vykazoval zlepšení u 67% respondentů (21 případů). Již v předchozím ověřovacím výzkumu jsme měli podobné výsledky (Šeda, 2012).

Rozdíl ve výstupních v porovnání se vstupními daty dotazníku SQUALA potvrzují i provedené statistické testy parametrické i neparametrické (Wilcoxonův párový test, T-test), kdy v obou případech je rozdíl mezi vstupem a výstupem v celkovém skóre i ve všech hrubých skórech dimenzích statisticky významný (na hladině $p \leq 0.05$), vyjma dimenze „abstraktních hodnot“. Statistická nevýznamnost rozdílu hodnocení kvality života mezi vstupem a výstupem dimenze „abstraktní hodnoty“, koresponduje s analýzou jednotlivých témat, které tuto dimenzi tvoří (spravedlnost, pravda, pocit bezpečí, krása a umění, svoboda) a které se věnuji v kapitole 2.3.3.

Na krabicovém grafu č. 1 vidíme zvýšení subjektivně měřených hodnot kvality života u dotazníku SQUALA.

Graf č. 1 – SQUALA vstup výstup celkem



Zajímavé také bylo, když jsme ve dvou případech u dotazníku SEIQoL zaznamenali zvýšení průměrné spokojenosti zároveň však snížení celkového indexu SEIQoL (graf č. 2 i 3). Analýzou dotčených dotazníků jsme zjistili, že rozdíl je způsoben zaměřením dotazníku SEIQoL na důležitost tématu, kdy dotazník je velice

citlivý na určení důležitých témat. Tedy když ve 4 z témat dojde k zlepšení, ale nejsou určeny jako nejdůležitější, může vzhledem k nespokojenosti u jednoho z témat (které je však ohodnoceno jako nejdůležitější) dojít k celkovému snížení indexu SEIQoL (graf č. 2, modrý kužel v plusu a zároveň stejný respondent červený kužel v mínusu). To dokládá velkou citlivost dotazníku na individuální vnímání kvality života. S tím korespondují i velké rozdíly mezi jednotlivými klienty, jak dokládá graf č. 2 a 3 rozdílu vstupu a výstupu dotazníku SEIQoL. Největší pokles je o 67%, největší zlepšení je o 222%.

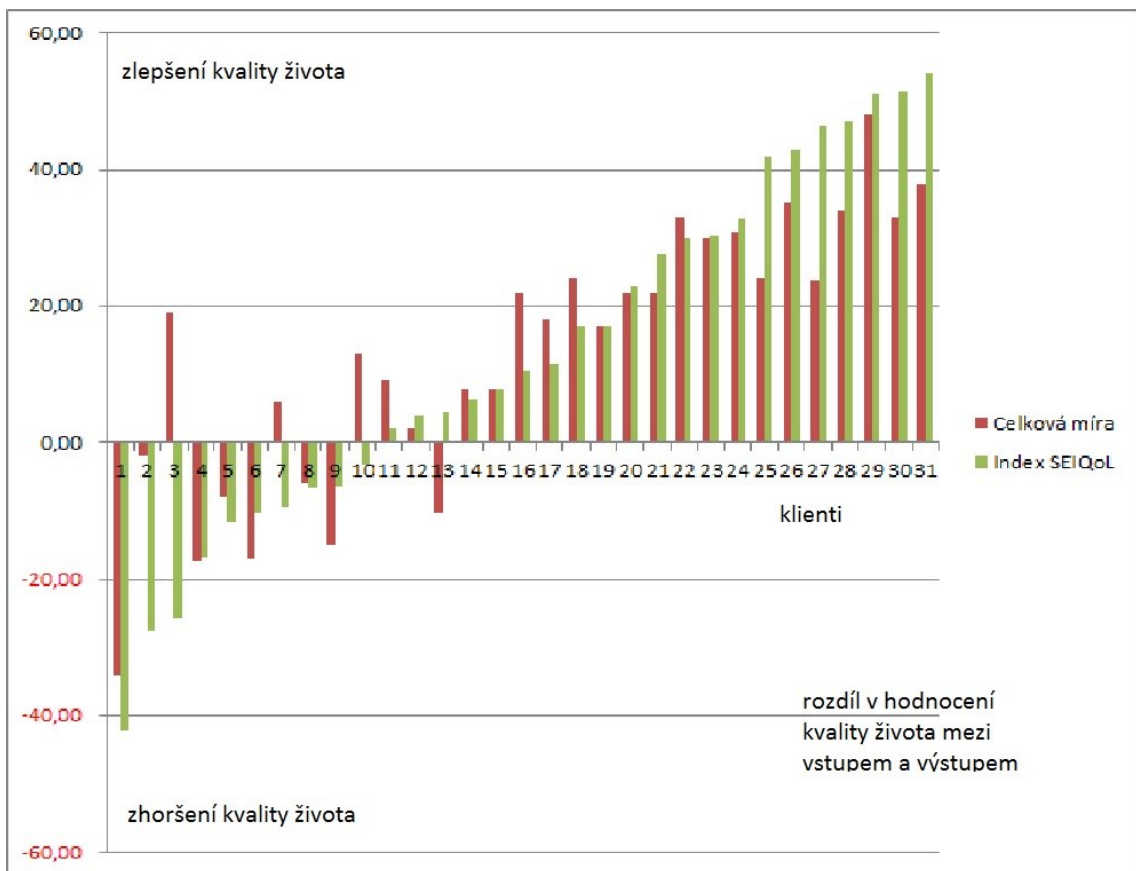
Tabulka č. 8 - Vstupní a výstupní data SEIQoL a jejich porovnání.

CMS=celková míra spokojenosti	VSTUP		VÝSTUP		ROZDÍL		Index SEIQoL rozdíly v %
	klient č.	CMS	Index SEIQoL	CMS	Index SEIQoL	CMS	
2	56	63	22	20,75	-34,00	-42,25	-67%
1	48	62,5	46	35	-2,00	-27,50	-44%
29	48	62,5	67	36,85	19,00	-25,65	-41%
62	46	42	29	31,95	-17,00	-10,05	-24%
34	79,4	89,2	62	72,5	-17,40	-16,70	-19%
32	68	72,5	60	61	-8,00	-11,50	-16%
25	52	51,5	46	45	-6,00	-6,50	-13%
23	58	79	64	69,5	6,00	-9,50	-12%
7	59	60	44	53,75	-15,00	-6,25	-10%
22	48	80	61	76,8	13,00	-3,20	-4%
58	55	62	64	64	9,00	2,00	3%
10	44	46	46	50	2,00	4,00	9%
20	52	51	42	55,5	-10,00	4,50	9%
60	55	67	77	77,5	22,00	10,50	16%
49	46	46	54	54	8,00	8,00	17%
28	54	63	72	74,5	18,00	11,50	18%
42	32	31,5	40	37,75	8,00	6,25	20%
24	52	52	76	69	24,00	17,00	33%
36	39	39	56	56	17,00	17,00	44%
61	39	42	69	72,3	30,00	30,30	72%
57	28	36	50	63,5	22,00	27,50	76%
41	32	33	65	63	33,00	30,00	91%
33	30	21,5	52	44,5	22,00	23,00	107%
14	30	27,5	61	60,25	31,00	32,75	119%
55	27	26,25	62	69	35,00	42,75	163%
21	32	31,5	70	85,5	38,00	54,00	171%
56	32	23	56	65	24,00	42,00	183%
59	36	28	69	79,5	33,00	51,50	184%
18	33,4	24,75	57	71	23,60	46,25	187%
3	28	23	62	70	34,00	47,00	204%
39	28	23	76	74	48,00	51,00	222%

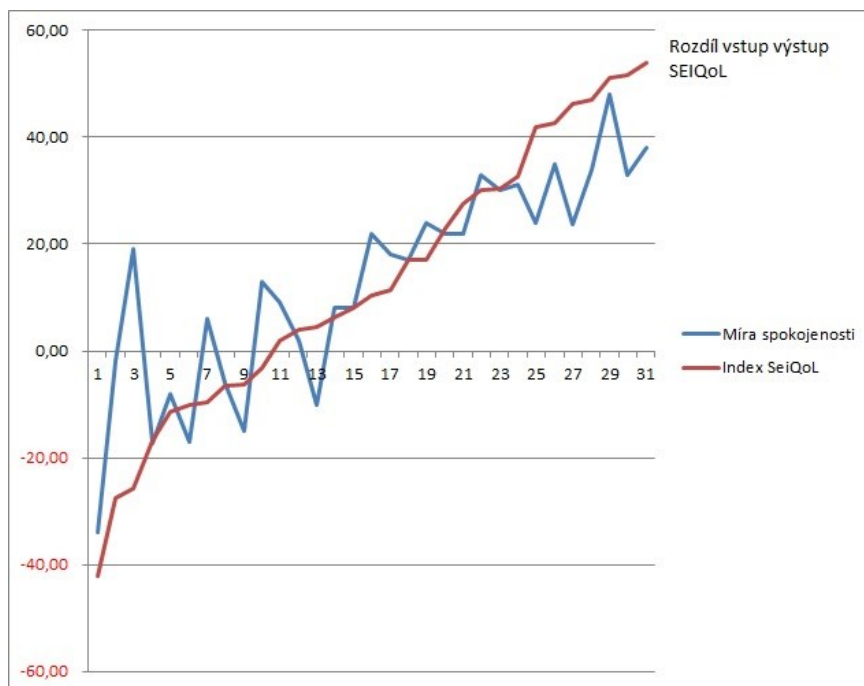
Ve výše uvedené tabulce vidíme data dotazníku SEIQoL na vstupu a výstupu jednotlivých klientů, přičemž plusové znázornění rozdílu znamená zvýšení subjektivně měřené kvality života a negativní znázornění rozdílu naopak snížení subjektivně měřené kvality života.

Pro lepší názornost přikládám dva typy grafů, pro znázornění citlivosti SEIQoL graf č. 2, pro vzájemné srovnání křivky SEIQoL a SQUALA graf č. 3 a 4.

Graf č. 2 - Rozdíl SEIQoL vstup výstup A



Graf č. 3 - Rozdíl SEIQoL vstup výstup B



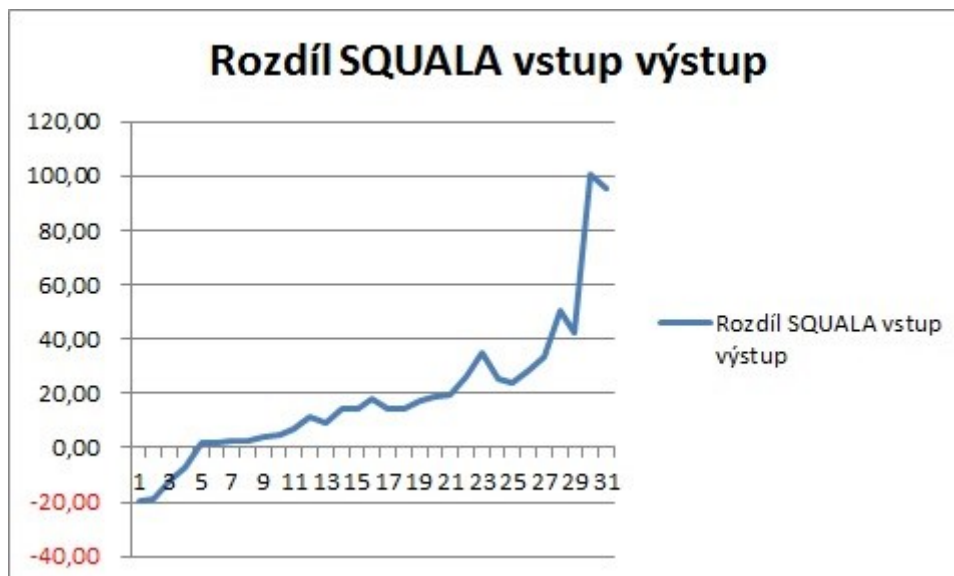
U dotazníku SQUALA je největší pokles mezi vstupními a výstupními daty o 19% a největší nárůst je o 100,66 %.

Tabulka č. 9 – Vstupní a výstupní data SQUALA a jejich porovnání.

SQUALA PARCIÁLNÍ SKÓR				
klient	vstup	výstup	rozdíl	%
2	181	145	-36	-19,89
1	185	150	-35	-18,92
29	199	175	-24	-12,06
34	257	239	-18	-7,00
32	210	213	3	1,43
62	194	198	4	2,06
23	198	203	5	2,53
25	229	235	6	2,62
7	183	190	7	3,83
58	281	294	13	4,63
22	190	203	13	6,84
20	248	270	22	8,87
10	158	176	18	11,39
49	176	201	25	14,20
42	166	190	24	14,46
24	228	261	33	14,47
28	214	245	31	14,49
33	206	241	35	16,99
60	141	166	25	17,73
36	187	222	35	18,72
57	209	249	40	19,14
56	251	311	60	23,90
14	215	270	55	25,58
41	181	228	47	25,97
55	225	288	63	28,00
18	226	302	76	33,63
61	139	188	49	35,25
39	209	297	88	42,11
3	152	229	77	50,66
21	169	330	161	95,27
59	152	305	153	100,66

V tabulce č. 9 vidíme data dotazníku SQUALA na vstupu a výstupu jednotlivých klientů, přičemž plusové znázornění rozdílu znamená zvýšení subjektivně měřené kvality života a negativní znázornění rozdílu naopak snížení subjektivně měřené kvality života. Jak je vidět z tabulky č. 9, v porovnání s výsledky z dotazníku SEIQoL, v dotazníku SQUALA klienti hodnotili svůj život, při výstupu z programu jako kvalitnější než na vstupu do programu, ve více případech (27 oproti 21). Dotazník SQUALA je oproti dotazníku SEIQoL zaměřen na více témat. Pozitivní je, že klienti hodnotí i témata, na která by jinak neodpověděli (politika, víra, zdraví, soběstačnost, abstraktní hodnoty).

Graf č. 4 - Rozdíl SQUALA vstup výstup



Předpoklad pro zachycení dopadu léčby v obou dotaznících byl, že hodnoty mezi vstupem a výstupem z programu budou v pozitivním rozdílu, tedy že subjektivně hodnocená kvalita života se zvýší. Předpoklad se ve všech případech nepotvrdil, avšak ve většině případů (SEIQoL 21 případů, SQUALA 27 případů) došlo ke zvýšení hodnot. Důvodů pro subjektivně vnímané snížení kvality života po dokončení léčby může být několik, například:

- Zasazení do kontextu klientovy životní situace, tedy doba, kdy došlo k vyplnění dotazníku. Klient mohl být v tu chvíli pod vlivem nepříznivých okolností (negativně hodnocené zaměstnání, aktuální rozchod s partnerem/partnerkou, nelepšící se zdraví, a podobně).
- Nenaplnění představ o běžné realitě. Klient přichází z léčby s určitými představami o běžném životě, který dříve nepoznal. Pokud se představy rozejdou s realitou, dochází k tzv. vystřízlivění a může svůj život, po ukončení programu, hodnotit jako horší než na začátku léčby.

2.3.2 Výzkumná otázka č. 2

Shodují se významná témata dotazníku SQUALA s nastavením doléčovacího programu?

Klient při administraci dotazníku SEIQoL vybírá nejdůležitější aktuální oblasti či témata. Vybírá, co je pro něj důležité, pojmenovává to, přisuzuje důležitost a hodnotí, jak je, v pro něj důležitém tématu, spokojený.

Významná témata, která klienti uvedli prostřednictvím dotazníku SEIQoL, korespondují se zaměřením programu P-centra (Kuda, 2000). V tabulce č. 10 a 11 uvádím nejvýznamnější témata seřazená sestupně podle počtu výskytu u klientů, rozdělených na vstupní a výstupní soubor. Prvních 5 nejvýznamnějších témat nám reprezentuje nejčastější možnou podobu volby tématu v dotazníku SEIQoL. Při analýze významných témat dochází ke kategorizaci do „nadtémat“ (sloučení témat do kategorií, práce, volný čas). U většiny témat je to jednoznačné (práce, zaměstnání, najít si zaměstnání), u tématu vztahů respondenti uvádějí detailněji členěné (partnerské, rodinné, přátelské), proto u vstupních dat uvedeme dvě varianty žebříčku témat, první tabulka č. 10 bez kategorizace vztahů (ponechané detailnější dělení) druhá tabulka č. 11 obsahuje kategorizované téma vztahy (dohromady všechna vztahová témata). Záměrem je poukázat na kladení velké důležitosti vztahů klienty.

Tabulka č. 10 - Významná témata SEIQOL, vstupní data

	průměrná důležitost	téma	průměrná spokojenost	výskyt	průměrný výskyt
1.	22	práce	34	51	88%
2	14	volný čas	45	34	59%
3	19	finance	33	22	38%
4	18	bydlení	39	21	36%
5	26	rodina	55	21	36%
6	14	partnerské vztahy	36	20	34%
7	38	abstinance	93	15	26%
8	29	zdraví	61	15	26%
9	15	vzdělání	32	7	12%
10	17	vztahy	31	6	10%

Tabulka č. 11 - Významná témata SEIQOL, vstupní data kategorizované vztahy

	průměrná důležitost	téma	průměrná spokojenost	výskyt	průměrný výskyt
1.	19	vztahy	43	79	136%
2	22	práce	34	51	88%
3	14	volný čas	45	34	59%
4	19	finance	33	22	38%
5	18	bydlení	39	21	36%
6	38	abstinance	93	15	26%
7	29	zdraví	61	15	26%
8	15	vzdělání	32	7	12%

Tabulka č. 12 - Významná témata SEIQOL, výstupní data

	průměrná důležitost	téma	průměrná spokojenost	výskyt	průměrný výskyt
1.	21	práce	76	24	83%
2	11	volný čas	55	22	76%
3	20	partnerský vztah	51	16	55%
4	25	rodina	65	14	48%
5	15	finance	37	13	45%
6	20	bydlení	63	9	31%
7	35	abstinance	81	7	24%
8	27	zdraví	65	7	24%
9	18	děti	33	4	14%
10	20	sebevědomí	50	3	10%

Nejvýznamnější témata dotazníku SEIQoL dle výskytu z uvedených tabulek jsou: „práce“, „volný čas“, partnerský vztah“, rodinné vztahy“, „bydlení“, „abstinance“, „finance“ a „zdraví“. Uvedená témata se nejčastěji objevovala v odpovědích klientů na vstupu i výstupu dotazníku SEIQoL.

Významná témata v porovnání se zaměřením doléčovacího programu P-centra, uvedená témata jsou shodná s tzv. kontraktovým stromem (viz kapitola 1.3.3.6 a příloha č. 5)

- Práce – téma zaměstnání, nalezení a udržení, provází klienta od nástupu do ukončení programu, je to jeden z hlavních cílů programu. Nalezení zaměstnání je klientova povinnost (do 1 měsíce, případně dobrovolnická práce) a než ji nalezne, je v tomto intenzivně podporován na ranních

skupinách, při sociální práci, při individuální psychoterapii i v tématech při skupinové psychoterapii. Udržení si zaměstnání je dále obsahem individuální i skupinové psychoterapie.

- Volný čas – koníčky, jsou pro osoby po léčbě závislostí velmi důležité. Běžný život je obvykle v porovnání s předchozím stylem jejich života (zejména u drogově závislých) méně vzrušivý a obvykle najdou zaměstnání, které by je bavilo, kde by se například mohli seberealizovat. Proto je důležité „aby je život bavil“ a našli činnost, která je bude v těchto oblastech sytit. Obvykle klienti přichází ve fázi, kdy svoji náplň volného času teprve hledají. Proto je téma volného času v doléčovacím programu velmi zdůrazňován. Je kladen důraz na aktivní činnosti (ve smyslu opaku pasivního přijímání, např. sledování televize). Úterní socioterapeutická skupina je mimo jiné zaměřena na aktivní trávení volného času, smyslem je nabídnout klientům možnosti jak trávit svůj volný čas. Individuální plánování tzv. kontrakt, ve většině případů toto téma obsahuje a téma je reflektováno na individuální i skupinové psychoterapii. Následná péče také nabízí, jako dobrovolnou aktivitu, neformální volnočasové setkávání studentů-dobrovolníků s klienty doléčovacího centra, absolventy doléčovacího centra a abstinujícími zájemci z řad klientů další služby (Poradny pro alkoholové a jiné závislosti). Nad těmito setkáváními s názvem „středy-destředy“ má dohled člen týmu následné péče, ale program vytvářejí studenti-dobrovolníci. Z názvu je patrné, že setkávání probíhá každou středu v prostorách P-centra. Náplní setkávání jsou například deskové hry, vědomostní soutěže a podobně.
- Mezilidské vztahy – úspěšný klient má na konci programu vybudované vztahy mimo okruh následné péče (spoluklienti), stabilizované a rozvíjené vztahy v nukleární či nové rodině (dle věku a stavu). Po celou dobu programu jsou témata spojená se vztahy (rodina, partneři, přátelé, kolegové) rozvíjená v rámci individuálních i skupinových aktivit. Téma vztahů je obvykle obsaženo v individuálním plánu léčby.

- Bydlení - jedním z dílčích cílů vedoucích k zapojení klientů do běžného života je podpora při integraci do místní komunity města Olomouce. Většina klientů přichází bez odpovídajícího zázemí (v případě návratu k předchozímu stylu života jsou i ohroženi bezdomovectvím) a v Olomouci začínají nový život. Aby začátek byl méně náročný a ohrožující, například tím, že by bydleli na ubytovně (což je nevyhovující prostředí) nabízí následná péče P-centra i pobytovou formu doléčovacího programu tzv. chráněné bydlení (viz kapitola 1.3.3.3 Chráněné byty). Prvních 4 nebo 6 měsíců (dle délky programu) mohou využít bydlení ve zmíněných bytech, před koncem pobytové formy bydlení mají za povinnost si hledat samostatné bydlení. K tomu mají vytvořeny odpovídající podmínky (připojení k internetu, informace kde hledat, právní poradenství) a první dva měsíce v samostatném bydlení jsou i nadále v programu, tak aby mohli toto náročné období reflektovat. Úkoly spojené se samostatným bydlením jsou obvykle obsaženy v individuálním plánu léčby, buď jako samostatné téma, nebo jako součást např. tématu financí (vytvoření finančního obnosu spojeného s novým bydlením).
- Finance – toto téma je tvořeno obvykle dvěma podtématy:
 - dluhy – Na tuto oblast je zaměřeno dluhové poradenství, součást systematické sociální práce. Při nižším objemu dluhů, které se dají splatit z běžného příjmu, se dluhy řeší v rámci sociální práce doléčovacího programu. U indikovaných případů, zejména když je vhodná insolvence, je klient delegován do jiné, vhodné služby, specializující se na dluhovou problematiku (např. Poradna pro občanství, občanská a lidská práva).
 - hospodaření s financemi je opět součástí systematické sociální práce. Klient je veden k efektivnímu hospodaření s finančními prostředky. Už nastavení podmínek pro přijetí klade na klienty požadavek na určité finanční hospodaření, při příjmu musí mít našetřenou částku 4500,- (1500 záloha, 3000 nájem). Pokud klient neumí zacházet s finančními prostředky (před koncem

měsíce mu chybí finance na živobytí, neumí našetřit na bydlení, mimořádné výdaje), je mu doporučeno vést si finanční deník a svoje výdaje plánovat prostřednictvím rozpočtu.

- Zdraví – součástí kontraktu je oblast zdraví, kde je kladen důraz na registrování u obvodního lékaře, stomatologa, případně gynekologa a dalších specialistů dle aktuálního zdravotního stavu. Většina klientů své zdraví zanedbávala či spíše vědomě si zdraví zhoršovala (negativní následky užívání návykových látek, nepravidelná životospráva u gamblingu).
- Abstinence – je nástrojem pro spokojený život klienta, ne osamoceným cílem. To koresponduje s obecným tvrzením v adiktologické oblasti, že „abstinovat nestačí“. Je třeba celková změna života (prostředí, životní styl, sociální prostředí atd.). V užším kontextu s tématem abstinence, respektive udržení abstinence, koresponduje krizový plán. Ten je povinou součástí léčebného plánu (viz Příloha č. 1 a 5).

Z předchozího textu lze vyvodit, že program doléčování následné péče P-centra je nastaven i dle preferencí klientů tohoto programu, minimálně dle toho, co klienti určují jako důležité v dotazníku SEIQoL. Nicméně z předchozího výzkumu (Šeda, 2012) víme, že v tomto dotazníku klienti určují obvykle témata, která jsou pro ně něčím aktuálním, právě řešící, často problematická (ve smyslu je potřeba se zlepšit, právě jsem to řešil atd.). Naproti tomu dotazník SQUALA je zaměřen na více témat. Při zpracování dotazníku SQUALA jsme upravovali dotazník dle Dragomirecké (2006), která pro časté vynechání odpovědí vyřadila dvě z oblastí a to „mít víru“ a „zajímat se o politiku“. Ve validaci dotazníku docházelo k častému vynechání těchto témat, proto Dragomirecká zúžila témata z 23 oblastí na 21. Při analýze odpovědí jsme ale zjistili, že naši klienti odpovědi v oblasti „mít víru“ nevynechávali. Odpovědi jsme více analyzovali.

Tabulka č. 13 Odpovědi na oblast „víra“ respondenti P-centrum, vstupní i výstupní

vstup	4	3	2	1	0
Klienti (n=63)	Nezbytné	Velmi důležité	Středně důležité	Málo důležité	Bezvýznamné
počet	12	18	17	8	8
podíl	19,0%	28,6%	27,0%	12,7%	12,7%
	75%				

výstup	4	3	2	1	0
Klienti (n=31)	Nezbytné	Velmi důležité	Středně důležité	Málo důležité	Bezvýznamné
počet	7	11	8	5	0
podíl	22,6%	35,5%	25,8%	16,1%	0,0%
	84%				

Z odpovědí je patrné, že 75% klientů na vstupu a 85% klientů na výstupu hodnotilo víru jako důležitou oblast. Z toho důvodu zahrnuji i tuto oblast do reflexe programu doléčování, jako součást bio-psycho-sociálně-spirituální model přístupu ke klientovi.

- víra, spiritualita – tato oblast klientova života je pravděpodobně nejméně rozvinutá a zakotvená v programu doléčování. Analýzou dokumentů, a vlastní zkušeností z praxe v následné péči lze konstatovat, že pokud se s tématem pracuje, pracuje se ad hoc. Zde je prostor pro další rozvoj programu a otevření tématu spirituality při reflexi v pracovním týmu (případně na supervizi).

2.3.3 Výzkumná otázka č. 3

Jsou vstupní a výstupní hodnoty klientů u dotazníků SQUALA podobné, jako výsledky orientačních populačních norem?

Výsledky dotazníku SQUALA je možné porovnat s reprezentativním vzorkem běžné populace (Dragomirecká a kol., 2006). Pro porovnání souboru P-centra a reprezentativního souboru běžné populace, jsme použili data od 31 klientů, kteří prošli vstupní i výstupní diagnostikou SQUALA.

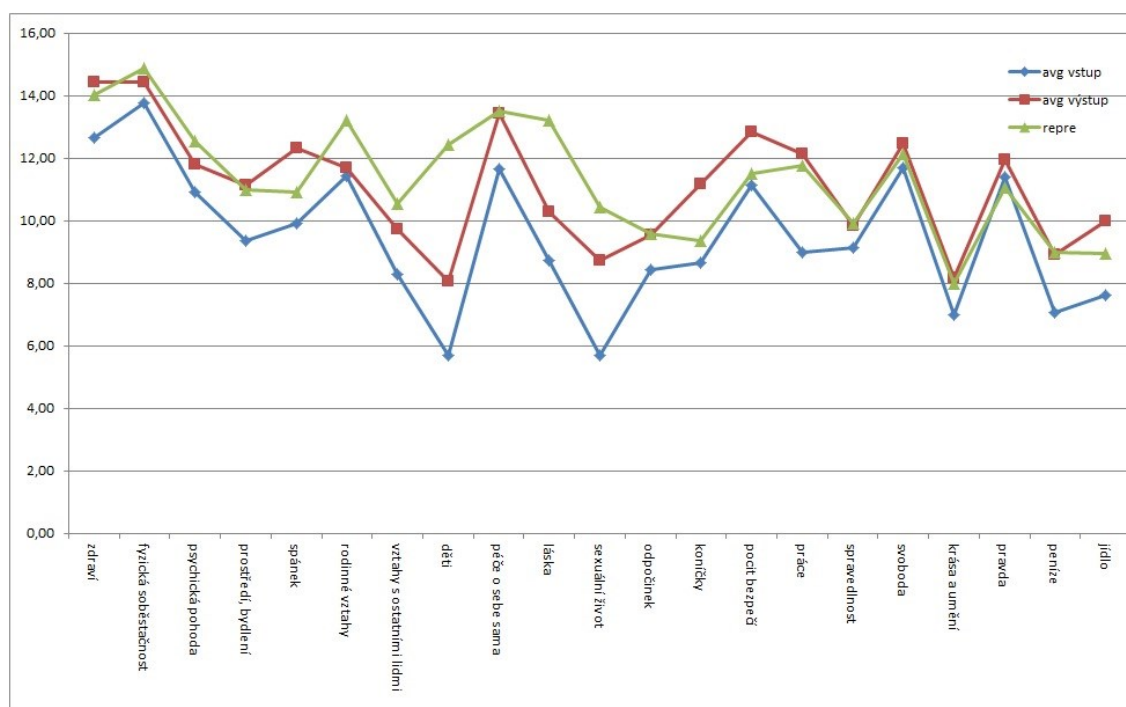
Hodnoty pro porovnání z dotazníku SQUALA jsou:

- a) parciální skóre jednotlivých položek

b) hrubé skóre dimenzí

a) U následujícího grafu č. 5 vidíme křivku složenou z průměrných partiálních skóreů jednotlivých položek (čím vyšší hodnota, tím vyšší subjektivně prožívaná kvalita v jednotlivé oblasti), každá křivka představuje jeden soubor dat.

Graf č. 5 - Průměrné partiální skóre jednotlivých položek SQUALA, vzájemné porovnání



Ve výše uvedeného grafu vidíme, že všechny tři křivky jsou v podobném tvaru, ve skoro stejné oblasti. Vstupní a výstupní data jsou stejného tvaru, jen vstupní posazená o něco níž, tedy jsou méně spokojeni. Oproti vzorku běžné populace má vzorek P-centra nižší hodnoty u oblastí „děti“ a „sexuální život“. To může být zapříčiněno tím, že většina klientů začíná úplně nový život a buď děti nemá, nebo je má ale nejsou v jejich péči. Proto tato oblast může být hodnocena jako méně důležitá (děti nemá) nebo jako nespokojenost v této oblasti (děti má, ale ne ve své péči). Většina klientů je bez stálého partnera, takže nižší hodnocení sexuální oblasti není překvapivé. Také oblast rodinných vztahů je nižší než vzorek běžné populace a také zde nedošlo k posunu mezi vstupem a výstupem do programu. To se dá vysvětlit narušením rodinných vztahů předchozím způsobem života.

Naproti tomu v oblastech „spánek“, „koníčky“ a „pocit bezpečí“, je hodnocení klientů při výstupu z programu výrazněji vyšší (více jak o 10% rozdílu skóre oblasti),

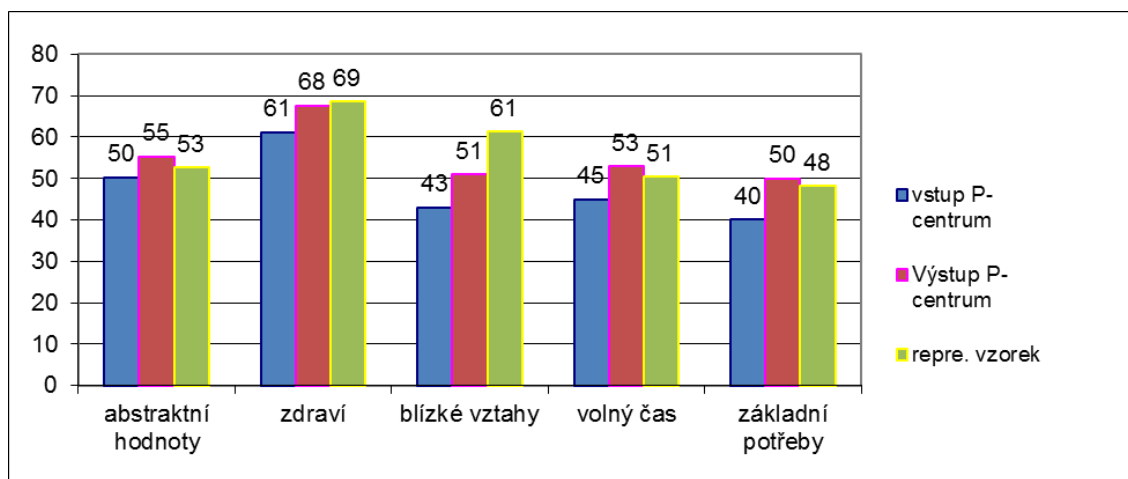
než u vzorku běžné populace. V oblastech „spánek“ a „koníčky“ došlo také k výraznému zvýšení hodnot oproti vstupu do programu. Lze usuzovat, že v těchto oblastech došlo k takovému zlepšení oproti nedostatečnému stavu před vstupem do programu, a proto klienti tato témata hodnotí jako kvalitnější než běžná populace. Problémy se spánkem, jsou spojovány s obdobím po ukončení užívání návykových látek. Zlepšení v oblasti „koníčky“ může být zapříčiněno jednak zaměřením programu na aktivní trávení volného času a klientovou snahou o nalezení a pravidelným aktivním trávením volného času. Koreluje to také s významným tématem „volný čas“ dotazníku SEIQoL (viz kapitola 2.3.2).

Je zajímavé, že abstraktní oblasti „spravedlnost“, „svoboda“, „krása a umění“ a „pravda“, hodnotí všechny vzorky stejně, tedy při vstupu do programu, výstupu z programu i vzorek běžné populace, mají podobné hodnoty. Mohlo by se z tohoto vyvodit, že ostatní pozorované rozdíly ve vzorcích jsou zapříčiněny jen klientovou momentální sociální situací, kdy při vstupu do programu je bez financí, bez zaměstnání a na prahu nového života zatím bez potřebného sociálního zázemí. Při hodnocení svého života při ukončení programu již určité sociální zázemí má (zaměstnání, finance, přátelé, koníčky, bydlení atd.) a i jeho hodnocení svého života se blíží, či je vyšší než vzorek běžné populace. Je také na konci léčby (celého léčebného kontinua, viz kapitola 1.2), která má za cíl, integrovat ho do běžné populace.

Obecně lze z grafu předpokládat, že klienti svůj život hodnotí podobně, jako běžná populace.

Podíváme-li se na další graf č. 6, kde máme hodnoty seříděny do dimenzí dle klíče (Dragomirecká a kol., 2006, s. 29), podobné hodnocení vzorku P-centra s běžnou populací se potvrdí. Graf porovnává hrubé skóre dimenzí (čím vyšší hodnota, tím vyšší subjektivně prožívaná kvalita v dané dimenzi) u vstupních a výstupních dat souboru P-Centrum (31 klientů) a reprezentativní vzorek běžné populace (Dragomirecká a kol., 2006, s. 2).

Graf č. 6 - Porovnání hrubých parciálních skóre u dimenzí



Pokud se položky dotazníku SQUALA zařadí do dimenzí podle jejich zaměření (příloha č. 4), výsledné hodnoty ukazují, že porovnání výstupního vzorku P-centra je spíše stejné či mírně vyšší než v běžné populaci (až na oblast blízkých vztahů). I po zařazení jednotlivých oblastí do dimenzí se potvrdil předchozí úsudek (z jednotlivých témat) o podobném hodnocení jako běžná populace.

Propad obou vzorků P-centra vůči běžné populaci v oblastech blízkých vztahů je možné vysvětlit jednak stagnujícími rodinnými vztahy, narušenými předchozí závislostí, a také klientovou začínající novou životní etapou, kde obvykle chybí partner a blízcí přátelé, neboť klienti měli rozvinuté vztahy v nezdravém drogovém prostředí a se začátkem nové životní etapy hledají nové zdravé sociální kontakty včetně partnerů a blízkých přátel, což potvrzují i mnozí autoři (Kalina, 2008, Kuda, 2000, Makovská Dolanská, 2007).

2.3.4 Výzkumná otázka č. 4

Jsou rozdíly ve vnímané kvalitě života mezi námi vytvořenými podskupinami klientů (vliv pohlaví, typu předchozí léčby, typu návykové látky)?

Pro cíle této práce jsme si určili, že budeme porovnávat jednotlivé skupiny klientů. Porovnávat budeme data jen 31 klientů, kteří mají všechny dotazníky (vstup – výstup). Rozdělení klientů do skupin je následující:

- a. Dle pohlaví (muži n=23, ženy n=8).

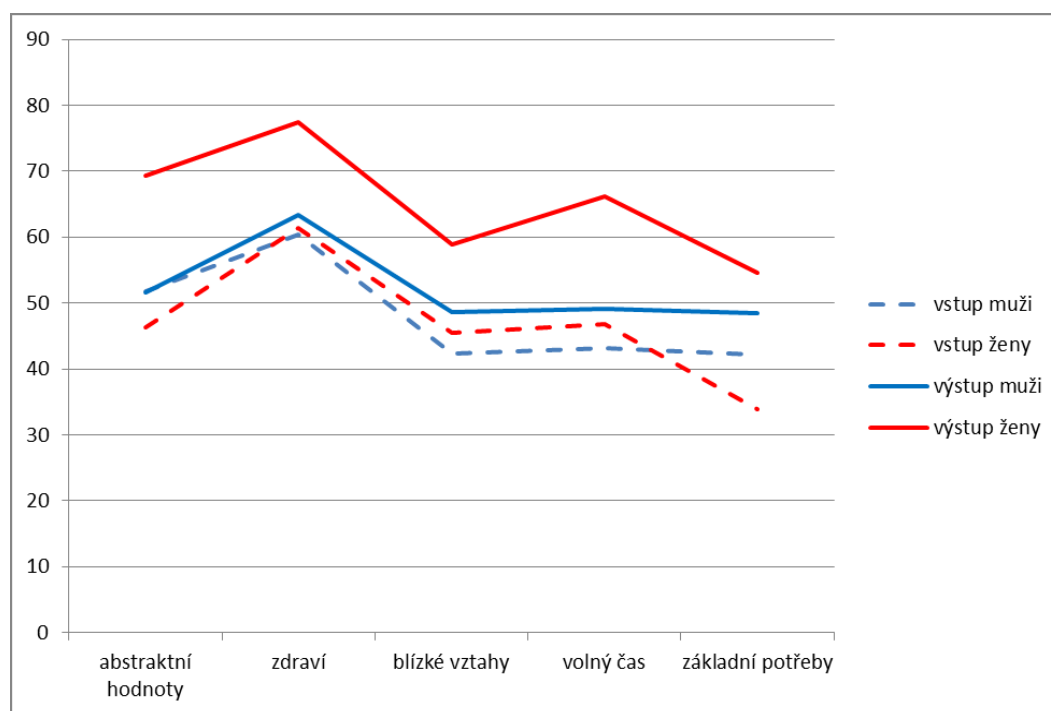
- b. Dle typu návykové látky, přičemž jsou, z důvodů statistických výpočtů, zastoupeny jen nejpočetnější skupiny primárních látek (pervitin n=16, alkohol n=10).
- c. Dle typu léčby (komunita n=18, psychiatrická nemocnice n=13).

Skupiny byly porovnávány v dimenzích a celkovém skóre (i pomocí parametrického t-testu a neparametrického Mann-Whitney U Testu). Pro zjednodušení budeme dále nazývat skupiny dle jednotlivých rozdělení, např. skupinu dělenou podle klientů, kteří jako svou primární návykovou látku udávají pervitin, budeme dále nazývat „pervitin“ a podobně budeme i označovat ostatní skupiny (alkohol, komunita, psychiatrická nemocnice atd.).

2.3.4.1 Dle pohlaví

Při zpracování výsledků nám Mann-Whitneyův U Test ukázal, že v případě porovnání mužů a žen nebyly, při vstupu do programu, žádné hodnoty rozdílů statisticky významné, avšak při výstupu z programu byl již celkový rozdíl a dimenze „abstraktní hodnoty“, „zdraví“ a „volný čas“ statisticky významné, v této oblasti hodnotily svoji kvalitu života lépe než muži, jak je vidět z následujícího grafu č. 7:

Graf č. 7 – Dimenze SQUALA dle rozdělení na pohlaví



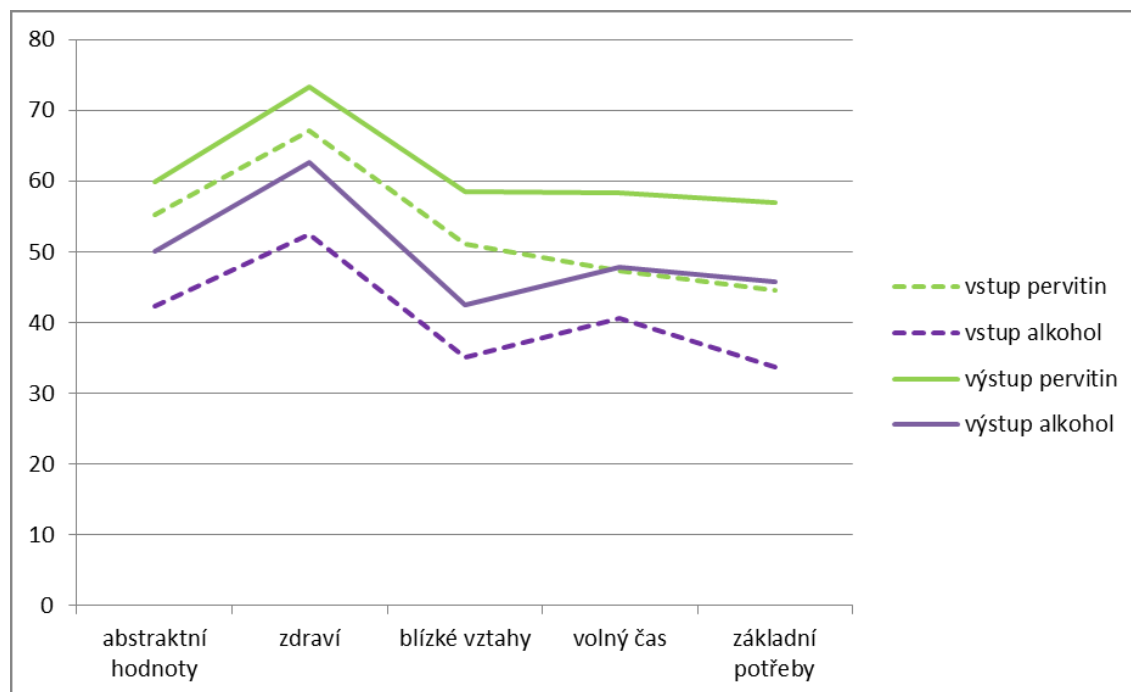
Křivka „výstup ženy“ je výrazně nad ostatními křivkami, obě „ženské“ křivky mají i jiný tvar než křivky „mužské“. Zejména již jmenované dimenze „abstraktní hodnoty“, „zdraví“ a „volný čas“, jsou hodnocené jako výrazně kvalitnější. Zde vyvstávají otázky, čím je toto vyšší hodnocení zapříčiněno. Může to být zapříčiněno malým počtem respondentek n=8, které při konci programu byly více spokojené než vzorek mužů. Lze i předpokládat, že pokud ženy, kterých je obecně mezi klienty méně, dokončí léčbu, jsou obvykle úspěšnými klientkami. Výsledky ale musíme posuzovat optikou malého vzorku osmi respondentek.

Zde vyvstává prostor k diskuzi a možnému dalšímu šetření tohoto odlišného hodnocení.

2.3.4.2 Dle typu návykové látky.

Veskupině dle návykových látek, byly rozdíly na vstupu do programu statisticky významné ve všech dimenzích, až na oblast volného času. Na konci programu byly statisticky významné celkový skór a oblast blízkých vztahů.

Graf č. 8 - Dimenze SQUALA dle rozdělení návykových látek



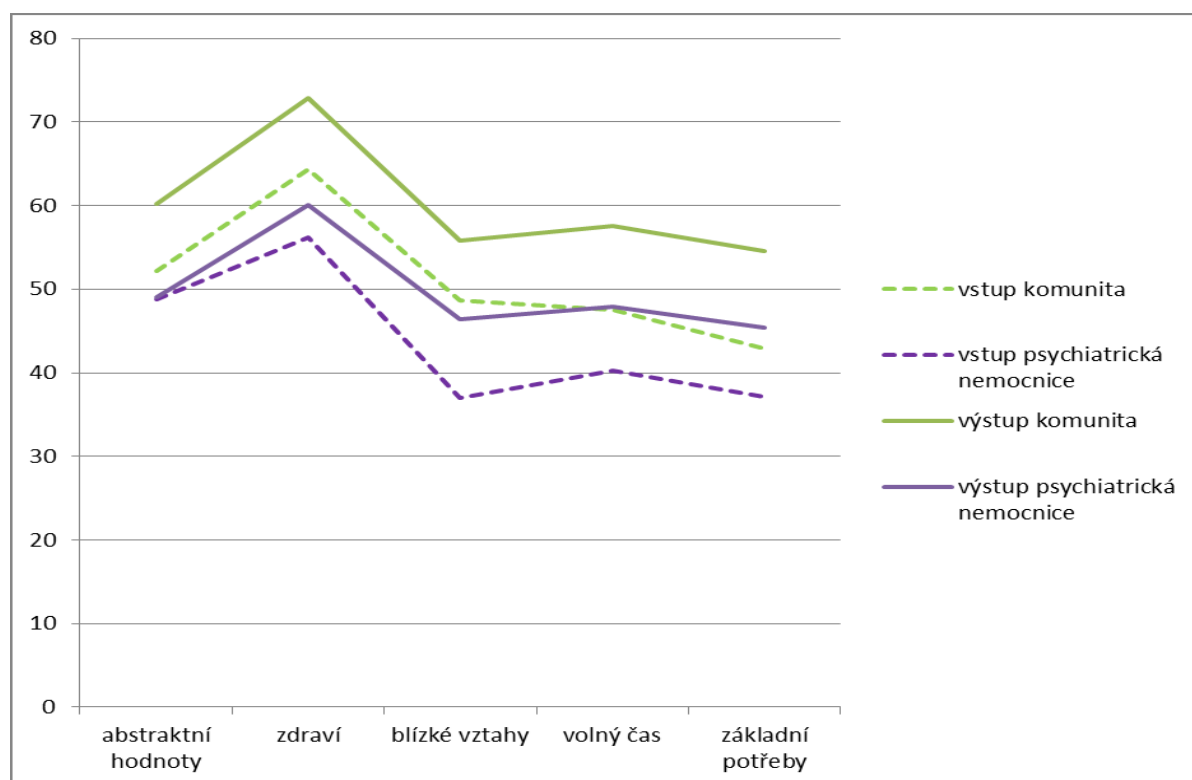
Z výše uvedeného grafu je patrné, že vstup i výstup alkoholu je posazen níž než vstup i výstup pervitinu, tedy že klienti, kteří se léčí ze závislosti na alkoholu, hodnotí svůj život jako subjektivně méně kvalitní i po ukončení léčby, než skupina pervitin na

začátku léčby. Lze usuzovat, že skupina pervitin má obvykle při vstupu do doléčovacího programu delší léčbu, než skupina alkohol (v případě striktního dělení pervitin=delší léčba, alkohol=kratší léčba). V tom případě by přicházeli klienti ze skupiny pervitin s vyšším hodnocením kvality svého života jako následek delší léčby, kdy mají obvykle již v řešení např. dluhy, rodinné vztahy, představu o své krátkodobé budoucnosti, jsou déle připravováni na období bezprostředně po léčbě (délka léčby v komunitě obvykle trvá 6 – 18 měsíců, v psychiatrických nemocnicích 3 – 6 měsíců). Tuto tezi nám může potvrdit následující kapitola, která je zaměřená na skupiny dle typu léčby.

2.3.4.3 Dle typu léčby

Skupina dělená dle typu léčby, má dle Mann-Whitneyova U Testu statisticky významné rozdíly (při vstupu do programu) celkového skóre a oblasti „volného času“. Při výstupu z programu jsou rozdíly statisticky významné u celkového skóre a v oblastech „abstraktních hodnot“, „zdraví“, a „volného času“.

Graf č. 9 – Dimenze SQUALA dle dělení typu léčby



V grafu č. 9 vidíme, že stejně jako v grafu č. 8 jsou křivky skupiny z psychiatrické nemocnice níže (na vstupu i výstupu) než křivky skupiny komunita na vstupu a výrazně

na výstupu. Opět tedy, že hodnotí svůj život jako méně kvalitní i po ukončení léčby. Opět to může způsobovat i délka a typ předchozí léčby. Dělení dle typu léčby reprezentují dvě skupiny, komunitní a léčba v psychiatrické nemocnici (dále jen PN). Komunitní léčba reprezentuje model dlouhodobé léčby (6-18 měsíců), postavené mimo jiné i na sebezkušenostní skupinové terapii (Kalina, 2008). Léčba v psychiatrické nemocnici reprezentuje krátkodobou či střednědobou léčbu (3-6 měsíců). Jak jsem specifikoval v kapitole 1.2.4., každý typ léčby je jinak zaměřen, Léčba v PN je více zaměřena na samotnou oblast závislosti (zvládání chutí, vyhýbání rizikovým situacím atd.) a komunita je více zaměřena na osobnost klienta a jeho změnu. Ze zkušeností víme, že startovní pozice klientů, kteří přicházejí z těchto dvou nejrozšířenějších typů léčby, je rozdílná. Dá se vyvodit, že klienti z komunit mají za sebou více terapie, více času na řešení svých problematických oblastí již v komunitách, dlouhodobá léčba je důkladněji připravuje například i v prevenci relapsu.

Je potřeba vzít v potaz i možnost, kdy klienti komunitního typu léčby mají obvykle následnou péči v podmínkách ukončení (např. nepřestoupí do další fáze léčby, než mají zajištěnou následnou péči, či si musí obhájit, že ji nepotřebují), tedy že do následné péče chodí i klienti, kteří nejsou tak poškozeni svým předchozím způsobem života. Naproti tomu klienti, kteří přicházejí z psychiatrických nemocnic, mohou být motivováni při vstupu do následné péče složitostí své situace - obvykle vícenásobné neúspěšné léčby, neuspokojivé vztahy s rodinou, obvykle vyšší věk, spojený s více komplikacemi. Tomu by poté odpovídalo i rozdílné hodnocení subjektivně požímané kvality života při vstupu i výstupu z programu doléčování.

Závěr

Pro téma své diplomové práce jsem si vybral evaluaci programu doléčování následné péče P-centra, pomocí dotazníků SQUALA (Dragomirecká, 2006) a SEIQoL (Křivohlavý, 2003). Výzkum s oběma dotazníky probíhá na pracovišti následné péče P-centra již 5 rokem (pilotní ověření možnosti použití a následný dlouhodobý sběr dat pro tuto práci), stejně tak dlouho také pracuji na tomto pracovišti jako sociální pracovník a terapeut. Program doléčování po celou dobu prochází vývojem reagující na individuální potřeby klientů. Jedním z impulsů pro jednu ze změn programu byl i výsledek výzkumu z mé bakalářské práce (Šeda, 2012). V roce 2012 byl v následné péči P-centra zaveden systém garantující systematickou sociální práci (přidělený sociální pracovník, pravidelné schůzky na sociální práci, kooperace terapeuta a sociálního pracovníka).

Cílem mé diplomové práce bylo, pomocí dotazníků SQUALA a SEIQoL hodnotících subjektivně vnímanou kvalitu života, přinést obohacující informace pro evaluaci programu doléčování následné péče osob se závislostí v P-centru.

Jak název i cíl práce uvádějí, pro tuto práci byly vybrány dvě metody a to strukturovaný dotazník SQUALA ((Dragomirecká a kol., 2006) a polostrukturovaný dotazník SEIQoL (Křivohlavý, 2002, 2003). Práce přímo navazuje na mou bakalářskou práci (Šeda, 2012), kde jsme tyto dotazníky ověřovali pro použití v evaluaci následné péče.

Diplomová práce se nejdříve zabývá teoretickým vymezením oblastí spojených s touto prací. Nejdříve vymezením teorie závislosti pak představením léčebného kontinua, pro zasazení doléčovacího programu do tohoto systému péče o osoby závislé na návykových látkách a hře. Pak následuje podrobné představení pracoviště P-centra a doléčovacího programu samotného. Následuje teorie evaluace a kapitola o kvalitě života, možnostech jejího měření a zmiňuji i některé výzkumy s podobným zaměřením jako je tato práce.

Po teoretickém úvodu následuje výzkumná část, zhodnocení dlouhodobého výzkumu na pracovišti následné péče P-centra v Olomouci.

Výzkumná otázka zněla: „Přinášejí zvolené dotazníky obohacující informace pro evaluaci programu následné péče?“, a tuto otázku tvoří čtyři podotázky: „Postihly dotazníky případné (subjektivně pozorované) změny v kvalitě života, které nastaly během programu následné péče osob závislých na návykových látkách?“, „Shodují se významná témata dotazníku SEIQoL s nastavením doléčovacího programu?“, „Jsou vstupní a výstupní hodnoty klientů u dotazníků SQUALA podobné, jako výsledky orientačních populačních norem?“ a „Jsou rozdíly ve vnímané kvalitě života mezi námi vytvořenými podskupinami klientů (vliv pohlaví, typu předchozí léčby, typu návykové látky)?“.

Výsledky z jednotlivých dotazníků přinesly zajímavé informace pro evaluaci doléčovacího programu. Klienti ve většině případů hodnotili svůj život na konci programu jako kvalitnější než na začátku (SQUALA v 87% (27 z 31 případů), SEIQoL v 67% (21 z 31 případů)). Zajímavé v této analýze také bylo, že v případě dotazníku SEIQoL mohlo dojít v některých případech i ke zvýšení rozdílu v ukazateli spokojenosti a zároveň ke zhoršení u ukazatele celkové kvality života (Index SEIQoL) a naopak. Ukazuje to na citlivost dotazníku SEIQoL v individuálně pojímané kvalitě života.

Dalším výstupem jsou významná témata dotazníku SEIQoL která klienti uvádějí jako důležitá. Jsou to „práce“, „vztahy“, „volný čas“, „finance“, „bydlení“ a „zdraví“. Tyto témata jsme podrobily porovnáním se zaměřením programu. Program je zacílen na vyjádřená témata. Podobná témata hodnotí klienti i v dotazníku SQUALA, jen s tím rozdílem, že v dotazníku SQUALA jsou již témata dopředu pevně dána. Při administraci dotazníku dle Dragomirecké (a kol. 2006) jsme vyřadili dvě témata z původní verze SQUALA23 a to témata „víra“ a „politika“ (z původního dotazníku vyřazené pro časté nevyplnění). Naši respondenti / klienti ale téma víry neignorovali a proto jsme toto téma podrobili samostatné analýze. Po zjištění důležitosti pro naše klienty (75% klientů na vstupu a 85% klientů na výstupu) jsme toto téma zařadili do porovnání se zaměřením programu ve výzkumné otázce č. 1. Zde jsme našli prostor pro reflexi programu, případně pro otevření tématu v pracovním týmu. Systematicky se tématu spirituality/víry v programu následné péči nevěnují.

Dotazník SQUALA přináší možnost porovnat data našich respondentů se vzorkem běžné populace. Philip (2007), porovnával kvalitu života klientů, kteří právě nastoupili do léčby, se vzorkem běžné populace. Oproti běžné populaci hodnotili jeho

respondenti kvalitu života jako výrazně méně kvalitní. Oproti tomu z našeho porovnání vyplývá, že naši klienti při výstupu z programu hodnotí kvalitu života podobně jako běžná populace. Nabízí se vysvětlení, o úspěšné resocializaci či integraci do běžné společnosti, tedy možném naplnění cíle celého léčebného kontinua, tedy i následné péče.

V poslední otázce č. 4, jsme porovnávali výsledky z dotazníku SQUALA, dělenou dle pohlaví, návykové látky a dle typu léčby. Statisticky významné rozdíly byly u všech skupin, v různých oblastech na vstupu i výstupu. Subjektivní hodnocení kvality života při výstupu z programu u skupiny žen, bylo výrazně vyšší, než u skupiny mužů (statisticky významné u celkového skóre, dimenzí „abstraktních hodnot“, „zdraví“ a „volný čas“). Vyšší rozdíl v hodnocení SQUALA u výstupu z programu než u mužů mohl vzniknout kvůli malému počtu respondentek $n=8$, které pokud už dokončí léčbu, jsou obvykle úspěšné. Zůstává zde ale prostor pro další šetření, případně rešerše odborné literatury, pro další možné popsání tohoto vyššího rozdílu.

Rozdíly u vstupu a výstupu do programu v subjektivním hodnocení kvality života byl i mezi skupinami dělenými dle typu léčby (statisticky významné rozdíly (při vstupu do programu) celkového skóre a oblasti „volného času“. Při výstupu z programu jsou rozdíly statisticky významné u celkového skóre a v oblastech „abstraktních hodnot“, „zdraví“, a „volného času“) a dle typu primární návykové látky (rozdíly na vstupu do programu statisticky významné ve všech dimenzích, až na oblast volného času. Na konci programu byly statisticky významné celkový skór a oblast blízkých vztahů). Zde bylo vyšší hodnocení kvality života u skupiny klientů s primární návykovou látkou pervitinem oproti skupině s alkoholem. Hodnocení skupiny pervitinu na vstupu bylo vyšší než hodnocení skupiny alkoholu na výstupu z programu. Stejně to bylo i u dělení dle typu léčby, kde skupina klientů s předchozím typem léčby v komunitě měla vstupní subjektivní hodnocení kvality života vyšší, než skupina klientů s předchozím typem léčby v psychiatrické nemocnici na výstupu z programu. Tyto hodnoty nás nepřekvapili, souvisejí nejen s délkou léčby, kdy obvykle klienti s drogovou závislostí podstupují delší léčbu v komunitách (6-18 měsíců) a klienti s alkoholovou závislostí obvykle podstupují krátkodobou či střednědobou léčbu v psychiatrických nemocnicích (3-6 měsíců), ale vystupují zde i další faktory, například věk, předchozí neúspěšné pokusy o léčbu, socioekonomická situace a další.

Ke všem výsledkům je ale zapotřebí přistupovat s vědomím možných limitů tohoto výzkumu. Oproti pilotnímu ověření vyrostl vzorek respondentů (11 proti 31) avšak i když 31 respondentů znamená 120 vyplněných dotazníků, je stále vzorek spíše menšího rozsahu. Dalším limitem může být osoba tazatele. Část respondentů jsou již zkušení „klienti“, vědí, co chtějí terapeuti slyšet a jejich odpovědi tím mohou být (a pravděpodobně jsou) ovlivněny. Pro toto omezení hovoří i neexistence významného tématu „sex“, který je pravděpodobně ukryt v tématu „partnerský vztah“. U dalšího ovlivnění odpovědi je otázkou, jestli je to ovlivnění zkreslující výsledky. Je to ovlivnění samotným programem, který je primárně nastaven na oblasti práce, bydlení, vztahů, volného času, zdraví a tyto oblasti jsou nejčastějšími odpověďmi v dotazníku SEIQoL na vstupu i výstupu. Tím že klienti jsou „tlačeni“ do těchto témat, mohou je pokládat za velmi důležitá právě z důvodu nastavení programu. Jsou možná i další omezení/limity či jejich kombinace.

Výsledkem této diplomové práce může být větší zaměření programu následné péče v P-centru na spirituální část bio-psycho-socio-spirituálního přístupu ke klientovi. Dotazníky SQUALA i SEIQoL jsou významnými nástroji při evaluaci programu následné péče a přinášejí zajímavé informace o klientově životě i programu samotném. Obě metody jsou již součástí programu a sběr dat dále pokračuje. Dalším návazným cílem této práce může být kvalitativní či kvantitativní studie rozvíjející již získaná data (např. vliv předchozí léčby, faktory úspěchu dokončení programu a podobně). Zajímavé by také bylo získat data respondentů s určitým odstupem od ukončení léčby a možnost rozšíření cíle o porovnání hodnot subjektivně měřené kvality života se vzorkem klientů, kteří vstupují do systému léčebného kontinua, tedy při vstupu do rezidenční léčby.

Seznam tabulek, grafů a obrázků

Tabulky:

1. Tabulka č. 1 - Týdenní rozvrh klienta
2. Tabulka č. 2 - Srovnání formativní a sumativní evaluace
3. Tabulka č. 3 - Ukázka Karnfskyho indexu
4. Tabulka č. 4 - Přehled respondentů se vstupními a výstupními daty
5. Tabulka č. 5 - Věkové složení všech respondentů
6. Tabulka č. 6 - Rozdělení respondentů dle návykové látky
7. Tabulka č. 7 - Rozdělení respondentů dle typu léčby
8. Tabulka č. 8 - Vstupní a výstupní data SEIQoL a jejich porovnání.
9. Tabulka č. 9 – Vstupní a výstupní data SQUALA a jejich porovnání.
10. Tabulka č. 10 - Významná témata SEIQOL, vstupní data
11. Tabulka č. 11 - Významná témata SEIQOL, vstupní data kategorizované vztahy
12. Tabulka č. 12 - Významná témata SEIQOL, výstupní data
13. Tabulka č. 13 Odpovědi na oblast „víra“ respondenti P-centrum, vstupní i výstupní

Grafy:

1. Graf č. 1 - SQUALA vstup výstup celkem
2. Graf č. 2 - Rozdíl SEIQoL vstup výstup A
3. Graf č. 3 - Rozdíl SEIQoL vstup výstup B
4. Graf č. 4 - Rozdíl SQUALA vstup výstup
5. Graf č. 5 - Průměrné parciální skóre jednotlivých položek SQUALA, vzájemné porovnání
6. Graf č. 6 - Porovnání hrubých parciálních skóre u dimenzí
7. Graf č. 7 – Dimenze SQUALA dle rozdělení na pohlaví

8. Graf č. 8 - Dimenze SQUALA dle rozdělení návykových látek
9. Graf č. 9 – Dimenze SQUALA dle dělení typu léčby

Obrázky:

1. Obrázek č.1 - Schéma doléčovacího programu

Literatura

Carroll K.M., Rawson, R.A. (2008) *Relapse prevention for Stimulant Dependence* in Donovan, D.M., Marlatt, G. A. (Eds.) *Relaps Prevention: Second Edition*, New York: The Guilford Press, s. 130 – 150.

CPPT o.s. (2012). Anotace k příspěvkům a autobiografie přednášejících [online]. Dostupné dne 27.3.2012 z http://www.cppt.cz/comm/docu/konf_2010_annotace_autobiografie.pdf

Diener, E. (2012). The Satisfaction with Life Scale, [online] Dostupné dne 17.2.2012 z <http://www.ppc.sas.upenn.edu/lifesatisfactionscale.pdf>

Disman, M. (2011) *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4., nezměn. vyd. Praha: Karolinum

Doleželová, P. (2006). Kvalita života drogově závislých v terapeutických komunitách. *Adiktologie*, č.1, s. 13-24.

Dragomirecká, E. a kol. (2006). SQUALA: Subjective quality of life analysis: příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA. Praha.

Dvořáček, J. (2003). *Střednědobá ústavní léčba*, in Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 195-200.

Fišerová, M. (2003). *Odvykací syndrom a craving – neurobiologické aspekty*, in Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 1*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 114-118.

Hampl, K. (2003). *Lékařská ambulantní péče o závislé*, in Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 172-178.

Hnilicová, H. (2005). *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví*, in Payne, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, s. 197-205.

Hrdina, P., Korčíšová, B. (2003). *Terénní programy*, in Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 1*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 159-164.

- Chrastina, J. (2013) SQUALA dotazník pro posouzení kvality života osob s chronickým onemocněním a zdravotním postižením. Olomouc, diplomová práce (Mgr.). UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Pedagogická fakulta
- Jančálková, M. (2016) *Kvalita života drogově závislých*. Zlín, diplomová práce (Mgr.). Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií
- Jeřábek, P. (2008). *Psychopatologie závislosti*, in Kalina, K a kol. *Základy klinické adiktologie*, Kap. 4. Praha, Grada Publishing
- Jeřábek, P. (2015). *Psychopatologie závislosti*, in Kalina, K a kol. *Klinická adiktologie*, Kap. 8. Praha, Grada Publishing
- Kalina, K. a kol. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova.
- Kalina, K. (2003). *Denní stacionáře*, in Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 179-189.
- Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita: Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (2003). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2005). *Měření kvality života objektivními ukazateli*, in Payne, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, s. 281-287.
- Kuda, A. (2000). *Tematické skupiny prevence relapsu*. Olomouc: P-centrum
- Kuda, A. (2003). *Následná péče, doléčovací programy*, in Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 208-214.
- Makovská Dolanská, P. (2007). V doléčovacím centru má často relaps pro klienta paradoxně pozitivní význam. *Sociální práce/Sociálna práca*. č. 3, s. 32-33.
- Matoušek, O. (2007). *Hodnocení průběhu jednotlivého programu*, in Matoušek, O. a kol. *Sociální služby: Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál.

Matoušek, O. (2005b). *Hodnocení sociálních služeb – výzva pro blízkou budoucnost*, in Smutek, M., (ed.). *Možnosti sociální práce na počátku 21. století: sborník příspěvků z minikonference*. Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové, s. 7-11. [online]. Dostupné dne 12.3.2012 z <http://www.uhk.cz/cs-cz/fakulty-a-pracoviste/ustav-socialni-prace/eDokumenty/Documents/Mo%C5%BEnosti%20soci%C3%A1ln%C3%AD%20pr%C3%A1ce%20na%20po%C4%8D%C3%A1tku%2021.%20stolet%C3%AD.pdf>

Matoušek, O. (2008). *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.

Minařík, J. (2003a). *Stimulancia*, in Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup I*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 164-168.

Minařík, J. (2003b). *Opioidy a opiáty*, in Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup I*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 159-163.

Minařík, J., Kmoch, V. (2015) *Přehled psychotropních látek a jejich účinků*, in Kalina, K a kol. *Klinická adiktologie*, Kap. 2. Praha, Grada Publishing

Miovský, M. (2003). *Konopné drogy*, in Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup I*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 174-179s.

Mullerová. P., Matoušek, O., Vondrášková, A. (2005). *Sociální práce s uživateli drog*, in Matoušek, O., Kodymová, P., Kolářková, J. (Eds.). *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. (s. 211-226). Praha: Portál.

Navrátil, P. (2001) *Teorie a metody sociální práce*, Zeman, Brno

Nešpor, K., Csémy, L. (2003). *Alkohol drogy a vaše děti: Jak problémům předcházet, jak je rozpoznat a jak je zvládat*. [online]. Dostupné z <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>

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

P-centrum [2007]. *Výroční zpráva 2006 P-centrum, středisko prevence, léčby a integrace osob ohrožených drogovou závislostí*. Olomouc: P-centrum.

P-centrum [2008]. *Výroční zpráva 2007 P-centrum, středisko prevence, léčby a integrace osob ohrožených drogovou závislostí*. Olomouc: P-centrum.

P-centrum [2010]. *Výroční zpráva 2009 P-centrum, středisko prevence, léčby a integrace osob ohrožených drogovou závislostí*. Olomouc: P-centrum.

P-centrum [2016]. *Výroční zpráva 2015 P-centrum, středisko prevence, léčby a integrace osob ohrožených drogovou závislostí*. Olomouc: P-centrum.

P-centrum [2012]. *Operační manuál následné péče*, Olomouc: P-centrum.

Philip, G. (2007);. *Quality Of Life And Disability In Alcohol And Drug Dependent Patients Undergoing Treatment At Depaul House*. GREG, Whelan; KHELIFA, Nicolle Ait. Dostupné dne 12.10.2016 z http://scholar.google.cz/scholar_url?url=http%3A%2F%2Fweb.imu.edu.my%2Fjournal%2Fapproved%2FJournal_1.1_35-40.pdf&hl=cs&sa=T&oi=gga&ct=gga&cd=0&ei=03_-V4bcO5WhjAHQyJaoBQ&scisig=AAGBfm1YsmVUjImG4JFA2FcQPQVixtmK6g&nossl=1&ws=1794x899

Popov, P. (2003). *Alkohol*, in Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup I*. (s. 151-158). Praha: Úřad vlády České republiky.

Preston, A., Malinowski, A., Šefránek, M. (2007). *Průvodce léčbou v terapeutické komunitě: Praktická příručka pro uživatele drog*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Smutek, M. (2005a). *Evaluace sociálních programů*. Hradec Králové: Gaudeamus.

Smutek, M. (2009). *Evaluace sociálních programů* [online]. Brno, 2009 [cit. 2016-09-18]. Rigorózní práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Libor Musil Dostupné z: <http://is.muni.cz/th/42911/fss_r/>.

STAŇKOVÁ, A. (2014) *Kvalita života abstinujících závislých na alkoholu s absolvovanou KBT léčbou* [online]. Brno, 2014 [cit. 2016-09-22]. Rigorózní práce. Masarykova univerzita, Filozofická fakulta. Vedoucí práce Iva Burešová Dostupné z: http://is.muni.cz/th/144110/ff_r

Šeda, P. (2012) *Využití metod měření kvality života při evaluaci následné péče osob závislých na návykových látkách*. Olomouc, bakalářská práce (Bc.). UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Cyrilometodějská teologická fakulta

Šustrová, P. (2010) *Účel specializovaných oddělení ve výkonu trestu odnětí svobody*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2010, 108 s. Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/10563/13708>.

Šulcová, I. (2014) Kvalita života klientů substitučního programu Kontaktního centra DRUG – OUT Klub v Ústí nad Labem. Praha, 2014. 4 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie.

Trantina, F. (2016). Svépomocné skupiny pro patologické hráče v České republice. *Adiktologie*, 16(1), 58–62.

Úřad vlády ČR. (2012a). *Standardy odborné způsobilosti – speciální část*, [online]. Dostupné dne 27.3.2012 z

http://www.cekas.cz/sites/default/files/u6/STANDARDY_SPECIALNI.pdf

Úřad vlády ČR. (2012b). *Standardy odborné způsobilosti – obecná část*, [online]. Dostupné dne 27.3.2012 z

http://www.cekas.cz/sites/default/files/u6/STANDARDY_OBECNE.pdf

Vacek, J, Vondráčková, P. (2015) *Závislosti na procesech*, in Kalina, K a kol. *Klinická adiktologie*, Kap. 29. Praha, Grada Publishing

Vavrečková Salivová, H. (2008). *Kvalita života u pacientů s dg. schizofrenie v období remise*, (rigorózní práce). Brno: Masarykova univerzita. [online]. Dostupné dne 12.3.2012 z http://is.muni.cz/th/128268/ff_r/rigor.prace.pdf

Zákon č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Přílohy

1. Kontrakt
2. Dotazník SEIQoL
3. Dotazník SQUALA
4. Rozdělení dimenzí SQUALA
5. Kontraktový strom

Příloha č. 1 Formulář kontraktu

jméno a příjemní		
kontrakt platný od xx.xx 2016		
Účast v programu:		
plná (ranní skupiny- denně, skupiny 3x týdně, domovní skupiny 1x týdně, garant 1x týdně, sociální práce 1x týdně)		
OBLAST	ÚKOL	Termín
1. krizový plán		xx.xx.2016
2. finance		
3. práce		
4.XXX		
5.XXX		
6.XXX		

Příloha č. 2 dotazník SEIQoL

SEIQoL

Důležitost %	Životní téma, významná oblast, životní cíl	Spokojenost %

Příloha č. 3 dotazník SQUALA

SQUALA A

Jméno

datum

Hodnocení důležitosti

	Nezbytné	Velmi důležité	Středně důležité	Málo důležité	Bezvýznamné
být zdravý					
být fyzicky soběstačný					
cítit se fyzicky dobře					
příjemné prostředí, bydlení					
dobře spát					
rodinné vztahy					
vztahy s ostatními lidmi					
mít a vychovávat děti					
postarat se o sebe					
milovat a být milován					
mít sexuální život					
odpočívat ve volném čase					
mít koníčky ve volném čase					
být v bezpečí					
práce					
spravedlnost					
svoboda					
krása a umění					
pravda					
peníze					
dobré jídlo					

SQUALA B

Jméno

datum

Hodnocení spokojenosti

	Zcela spokojen	Velmi spokojen	Spíše spokojen	Nespokojen	Velmi zklamán
zdraví					
fyzická soběstačnost					
psychická pohoda					
prostředí, bydlení					
spánek					
rodinné vztahy					
vztahy s ostatními lidmi					
děti					
péče o sebe sama					
láska					
sexuální život					
odpočinek					
koníčky					
pocit bezpečí					
práce					
spravedlnost					
svoboda					
krása a umění					
pravda					
peníze					
jídlo					

Příloha č. 4 rozdělení dimenzí SQUALA

dimenze		položky	
squala1	abstraktní hodnoty	qol14	pocit bezpečnosti
		qol16	spravedlnost
		qol17	svoboda
		qol18	krása a umění
		qol19	pravda
squala2	zdraví	qol01	zdraví
		qol02	fyzická soběstačnost
		qol03	psychická pohoda
		qol09	péče o sebe sama
squala3	blízké vztahy	qol06	rodinné vztahy
		qol10	láska
		qol11	sexuální život
squala4	volný čas	qol05	spánek
		qol07	vztahy s ostatními lidmi
		qol12	odpočinek
		qol13	koníčky
squala5	základní potřeby	qol04	prostředí a bydlení
		qol20	peníze
		qol21	jídlo

OVOCE MÉHO SNAŽENÍ
KONTRAKTOVÝ STROM

Krizový plán-
v případě lapsu-
kam zavolám,
co budu dělat,
jak se zachovám...

Finance- budu si vést
finanční deník,
budu řešit a zajímat se
o své
dluhy, exekuce..
Vést si splátkový
kalendář.

Práce - sepsat životopis,
motivační dopis,
kontaktovat
pracovní agentury,
obcházení firem,
příprava se na
pracovní pohovor
apod.

Témata na sezení-
co bych rád(a)
řešil(a)
na skupině a garantech
sebevědomí,
umět říkat ne apod.

Vztahy-
jak na nich budu pracovat,
s kým se budu kontaktovat,
na čem mi záleží ...

Zdraví-
doktoři:
zubař,
psychiatr,
obvodní lékař,
také
stravování,
pravidelný
spánek...

Bydlení- sledovat inženeri,
jak to bude finančně
budu šetřit.
Půjdu s někým bydlet?

Ovocem mého snažení jsou jednotlivé cíle, které si v kontraktu na DC P-centrum stanovuji.
Ovocem mého snažení jsou jednotlivé cíle, které si v kontraktu na DC P-centrum stanovuji.
Ovocem tohoto stromu jsou témata: práce, bydlení, finance, vztahy, zdraví, krizový plán apod.
Jak však těchto cílů (ovocných plodů) dosáhnout?
Abych dosáhl(a) na plody mého snažení, tak je potřeba, abych krok po kroku vylezl(a) po žebříku.
Každý krok na žebříku je velice významný. A abych nespádl(a) a v pořádku dosáhl(a) na to,
co je pro mě důležité, je potřeba na to jít chytrě. Kroky by tedy měly být chytré
(anglicky řečeno SMART).
SMART jsou důležité podmínky ke splnění jednotlivých cílů. Cíle jsou tedy:
S- SPECIFICKÉ- TEDY, JASNÉ A KONKRÉTNÍ.
M- MĚRITELNÉ- TEDY: PODLE ČEHÓ POZNÁM, ŽE JSEM KROKY SPLNIL.
A- AUTENTICKÉ- MĚLY BY BÝT ODSOUHLASENÉ MNOU SAMOTNÝM- MĚLY BY BÝT OSOBNÍ.
R- REALNÉ, MĚLY BY BÝT SPLNITELNÉ A REALIZOVATELNÉ.
T- TERMÍNOVANÉ- MĚLY BY BÝT ČASOVĚ OHRANIČENÉ.