

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Bc. Monika Siváková

Evaluace léčby klientů služby následné péče
v Jeseníku

Diplomová práce

vedoucí práce: Mgr. Gabriela Mahrová

2018

„Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.“

.....

Podpis autora práce

Poděkování:

Zde bych chtěla poděkovat paní Mgr. Gabriele Mahrové za odborné vedení mé diplomové práce, ochotu, užitečné rady a vstřícný přístup při konzultacích.

Úvod	7
1 Závislost.....	9
1.1 Drogová závislost.....	9
1.2 Modely závislosti	11
1.2.1 Biomedicínský model.....	11
1.2.2 Bio-psycho-sociální model	12
1.2.3 Bio-psycho-socio-spirituální model	12
1.2.4 Přístup ochrany veřejného zdraví („public health“).....	13
1.2.5 Přístup minimalizace poškození („harm reduction“)	13
2 Léčba a služby pro uživatele návykových látek	14
2.1 Terénní a nízkoprahové služby	15
2.2 Ambulantní péče a léčba	15
2.3 Detoxifikace a léčba krátkodobá a střednědobá.....	16
2.4 Dlouhodobá péče v terapeutických komunitách	17
2.5 Doléčování včetně chráněného bydlení.....	17
2.6 Dlouhodobé - udržovací substituční programy.....	18
3 Služby následné péče v České republice	20
4 Služba následné péče v Jeseníku.....	24
4.1 Nezisková organizace.....	24
4.2 Služba následné péče.....	24
4.3 Cíle služby následné péče	25
4.4 Cílová skupina	25
4.5 Popis poskytované služby.....	26
4.5.1 Kapacita a délka poskytované sociální služby.....	26
4.5.2 Podmínky k poskytnutí sociální služby	26
4.5.3 Úhrada za poskytované služby	26
4.5.4 Časová a místní dostupnost poskytované služby	26

4.6	Průběh poskytování sociální služby a druhy poskytovaných služeb	27
4.6.1	První kontakt - jednání se zájemcem o službu.....	28
4.6.2	Odmítání zájemce o službu.....	29
4.6.3	Smlouva o poskytování sociální služby	29
4.6.4	Pravidla poskytované sociální služby	30
4.6.5	Fáze programu služby následné péče	31
4.6.6	Individuální plánování.....	32
4.6.7	Případová sociální práce s klientem.....	33
4.6.8	Individuální konzultace a poradenství.....	33
4.6.9	Krizová intervence	33
4.6.10	Skupinové aktivity	33
4.6.11	Ukončení poskytování sociální služby	34
5	Shrnutí teoretické části	36
6	Praktická část	37
6.1	Evaluační výzkum.....	37
6.2	Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	38
6.3	Stanovení hypotéz	38
6.4	Metodologie výzkumu.....	39
6.5	Výzkumný soubor	40
7	Výsledky výzkumného šetření.....	42
8	Diskuze	59
	Závěr	66
	Seznam literatury	68
	Online zdroje.....	69
	Seznam obrázků	71
	Seznam tabulek	72
	Seznam grafů	73

Seznam příloh	74
Přílohy	75

Úvod

Závislost na návykových látkách je jedním z problémů, které musí současná moderní společnost řešit. Protidrogová politika v České republice je tvořena čtyřmi základními pilíři: primární prevence, léčba a sociální začleňování, snižování rizik a snižování dostupnosti drog. Vláda ČR považuje za účinný multidisciplinární a vyvážený přístup, který vychází ze široké celospolečenské, mezirezortní, mezioborové a mezisektorové spolupráce na všech úrovních. Tímto přístupem může být ovlivněn problém užívání návykových látek, od experimentování s nimi až po omezování negativních důsledků jejich užívání (Kiššová, 2011, s. 14). V oblasti léčby a sociálního začleňování je nyní vyvíjena snaha o zajištění dostupnosti sítě služeb pro uživatele návykových látek. Kvalita těchto služeb se stále zvyšuje a poskytované služby jsou stále dostupnější.

Pro svou diplomovou práci jsem si zvolila téma „Evaluace léčby klientů služby následné péče v Jeseníku“.

Cílem této práce je hodnocení funkčnosti a úspěšnosti programu. Dílčí cíl je zaměřen na posouzení, zda je možné tento program do budoucna zlepšit nebo dále rozvíjet. Výsledek evaluace bude sloužit jako podklad pro další aktivity posuzovaného programu. Symbolickým cílem této práce je informovat o existenci a potřebnosti sociálních služeb zaměřujících se na doléčování závislostí na alkoholových i nealkoholových drogách. Osoby trpící závislostí na návykových látkách žijí většinou na okraji společnosti a jsou běžnými lidmi přehlíženy. Služby následné péče nejsou pro širokou veřejnost známými sociálními službami, proto je třeba poukázat na to, že i tento typ sociálních služeb je pro společnost přínosem. Práce by měla zároveň sloužit širší veřejnosti k pochopení fungování služeb následné péče.

Diplomová práce je rozčleněna na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části práce se věnuji vymezení základních pojmů, jako jsou závislost a drogová závislost, dále se zabývám modely závislosti a léčbou a službami pro uživatele návykových látek. Třetí kapitola této práce pojednává o službách následné péče v České republice. Další kapitola se zabývá službou následné péče v Jeseníku, popisuje tuto službu, průběh poskytování sociální služby a druhy poskytovaných služeb.

Praktická část práce se zabývá výzkumem. Jsou zde popsány cíle výzkumu a výzkumné otázky, stanovení hypotéz, metodologie výzkumu a výzkumný soubor. Dále se práce věnuje výsledkům výzkumného šetření, které jsou zpracovány v tabulkách a grafech a doplněny o příslušný komentář. Práce je zakončena diskuzí nad výsledky provedeného výzkumu.

1 Závislost

Závislost je primární chronické onemocnění mozkových center odměny, motivace, paměti a dalších souvisejících funkcí. Dysfunkce těchto systémů vede k charakteristickým biologickým, psychologickým, sociálním a spirituálním projevům, které se odrážejí v patologickém chování jednotlivce, jenž užíváním různých substancí průběžně usiluje o dosažení odměny či úlevy. Závislost je charakterizována poruchou kontroly chování, bažením, sníženou schopností rozpoznávat výrazné problémy ve vlastním chování a mezilidských vztazích, jakož i dysfunkčními emočními reakcemi. Stejně jako v případě jiných chronických onemocnění se i závislost pojí s cyklickým opakováním relapsů a remisí. Závislost má progresivní průběh a bez léčby a dalších úzdravných intervencí může vyústit v invaliditu nebo předčasnou smrt (American Society of Addiction Medicine, 2011).

Tato definice nahlíží na závislost jako na onemocnění mozku, což znamená nutnost léčby. Neuvažuje se zde působení environmentálních a sociálních sil ani skutečnost, že jde o kontinuum a že mnozí jedinci dosáhnou „úzdravy“ bez léčby (West, 2016, s. 19).

West (2016, s. 38) tvrdí, že závislostní chování je volbou závislých, stejně jako úzdrava spočívá v rozhodnutí s takovým chováním přestat. Taková volba může být racionální nebo neobjektivní, ale vždy sebou nese porovnání kladů a záporů.

Vznik závislosti je následkem vyhledávání libých pocitů a vyhýbání se tísní či nepříjemným situacím. Může být také důsledkem identifikování se s jinými lidmi, kteří se závislostně chovají. Závislost je tvořena širokou škálou procesů, které mohou být aplikovány na různá chování, populaci, kontexty a jednotlivce. „Vlivem interakce sociálních a environmentálních faktorů s různými preexistujícími dispozicemi dochází k iniciaci určitého chování, což vede prostřednictvím interaktivního procesu ke změnám v okolí a osobních dispozicích daného jedince, a zvyšuje se tak intenzita motivace k tomuto chování na úkor konkurenčních forem chování“ (West, 2016, s. 53).

1.1 Drogová závislost

Drogová závislost je chápána jako chronické onemocnění, které je možné diagnostikovat a je možné jej léčit, případně takovému onemocnění předcházet.

Nešpor (2003, s. 15) definuje drogovou závislost na základě 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí takto: „Je to skupina fyziologických, behaviorálních a

kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence často vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje. Definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) silná touha nebo pocit puzení užívat látku;
- b) potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky;
- c) tělesný odvykací stav. Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu kterou látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky;
- d) průkaz tolerance k účinku látky jako vyžadování vyšších dávek látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami (jasné příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu a opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by zneschopnilo nebo i usmrtilo uživatele bez tolerance);
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky, nebo zotavení se z jejího účinku;
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků: poškození jater nadměrným pitím (depresivní stavy, vyplývající z nadměrného užívání látek) nebo toxické poškození myšlení.“

Definice podle Americké psychiatrické asociace definuje závislost velmi podobně:

Pro diagnózu závislosti by měl pacient vykazovat alespoň tři ze sedmi dále uvedených příznaků ve stejném období 12 měsíců:

1. růst tolerance (zvyšování dávek, aby se dosáhlo stejného účinku, nebo pokles účinku návykové látky při stejném dávkování);
2. odvykací příznaky po vysazení látky;
3. přijímání látky ve větším množství nebo delší dobu, než měl člověk v úmyslu;
4. dlouhodobá snaha nebo jeden či více pokusů omezit a ovládat přijímání látky;
5. trávení velkého množství času užíváním a obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejích účinků;
6. zanechání sociálních, pracovních a rekreačních aktivit v důsledku užívání látky, nebo jejich omezení;
7. pokračující užívání látky navzdory dlouhodobým nebo opakujícím se sociálním, psychologickým nebo tělesným problémům, o nichž člověk ví a které jsou působeny nebo zhoršovány užíváním látky (American Psychiatric Association, 2017).

1.2 Modely závislosti

V teoretických výkladech drogové závislosti a v práci s ohroženými lidmi nebo uživateli se uplatňují různé přístupy.

1.2.1 Biomedicínský model

Asi do roku 1960 byly drogy považovány za odborný problém, kterým se zabývala pouze úzká skupina vysoce kvalifikovaných specialistů – kriminalisté v oblasti trestné činnosti a lékaři – psychiatři v oblasti léčení závislosti. V tomto období dominoval převážně biomedicínský model, kde je drogová závislost nemocí v lékařském slova smyslu. Závislost je zde pokládána za onemocnění chronické, obtížně léčitelné, s častými recidivami, a nejspíše vůbec nevléčitelné (Kalina, 2003, s. 78). I přesto, že drogová závislost není úplně vyléčitelnou nemocí, je léčitelná a může dojít k úpravě stavu. Pro úpravu stavu musí být dodržovány specifické diety, tj. trvalá abstinence. Pokud dojde k opětovnému užití návykové látky, jedná se o recidivu nemoci. Na základě tohoto pojetí závislosti se využívaly léčebné metody jako je ústavní izolace, detoxikace nebo léčba prací (Kalina, 2003, s. 78).

1.2.2 Bio-psycho-sociální model

Po roce 1960 se návykové látky považují za společenský problém, který se dotýká různých sociálních vrstev a skupin a taktéž mnoha profesí. V tomto období dochází k nárůstu užívání drog, které sebou přináší vážné zdravotní a sociální důsledky, což kvalitativně mění koncepce a přístupy drogových politik (Kalina, 2003, s. 15). „V bio-psycho-sociálním modelu se rozšiřuje model biomedicínský o rozměr psychických funkcí, mezilidských vztahů, jejich dynamického vývoje a vzájemného podmiňování“ (Kalina, 2003, s. 78). Tento model se tedy zabývá vznikem drogové závislosti jako nemoci v průběhu vývoje osobnosti ve vzájemném působení biologických, psychologických a vztahových faktorů. Využívají se zde pojmy dispozice (genetické, biologické, případně psychologické získané v raném dětství), zranitelnost (vyvíjí se na podkladě dispozic v dalším průběhu života) a spouštěče (např. životní události nebo nároky vývojového období), které vedou k projevení poruchy.

Léčba takového onemocnění tedy musí zahrnout všechny faktory bio-psycho-sociálního modelu. Zároveň s detoxikací a farmakoterapií se zde nově zdůrazňují léčebné postupy, souhrnně nazývané psychosociálními terapiemi. Psychosociální terapie využívají různé metody individuální, skupinové a rodinné psychoterapie, včetně terapie v léčebném společenství – tzv. terapeutická komunita (Kalina, 2003, s. 78).

Kalina (2003, s. 79) uvádí, že díky vývojovému hledisku dokáže bio-psycho-sociální model prolomit hluboce zakořeněnou tezi o trvalé a nevléčitelné závislosti. Za příznivých podmínek může člověk svou závislost „přerůst“, což tedy znamená uzdravit se a být nadále zdravým jedincem, ne pouze abstinujícím alkoholikem nebo toxikomanem.

V současné době je bio-psycho-sociální model častěji rozšířen i o spirituální úroveň.

1.2.3 Bio-psycho-socio-spirituální model

„Spiritualita je vztahem k tomu, co mne přesahuje, k čemu se vztahuji jako k nejvyšší autoritě, řádu, ideji. Jde o intimní oblast přímého prožitku toho, co je za každodenním úsilím, co dává smysl tomuto úsilí, co dává smysl životu vůbec“ (Kudrle, 2003, s. 93). Spirituální úroveň tohoto modelu byla nejvíce popularizována díky mezinárodní svépomocné skupině Anonymní alkoholici, která využívá svých 12 kroků k uzdravě. Hovoří zde o vztahu k Vyšší moci, která jim je nápomocna při obnově zdraví a navrácení smyslu života (Anonymní alkoholici, 2011). Při práci v této svépomocné

skupině využívají vzdání se svého závislého Já, sebestředného pojetí, pocitů ublíženosti a hostility. Program Anonymních alkoholiků není založen na kvalifikované odborné pomoci, ale i přesto je jedním z nejefektivnějších programů pro stabilizaci závislosti.

Dalšími přístupy v pomoci uživatelům drog je přístup ochrany veřejného zdraví („public health“) a přístup minimalizace poškození („harm reduction“).

1.2.4 Přístup ochrany veřejného zdraví („public health“)

Přístup ochrany veřejného zdraví („public health“) vychází z epidemiologie, sociologie a veřejné politiky. Nevěnuje se individuálnímu zájmu klienta, ale ochraně populace před přenosem závažných infekčních chorob jako je AIDS nebo hepatitida typu B a C (Kalina, 2003, s. 79). Tento přístup vznikl v souvislosti se šířením viru HIV. Nejčastěji dochází k nákaze při sdílení náčiní pro nitrožilní aplikaci návykových látek a pohlavním stykem. Kalina (2003, s. 79) uvádí, že na základě tohoto vznikly „metodické postupy jako je výměna jehel a stříkaček, distribuce kondomů a edukačních materiálů, slinové testy na HIV, očkování drogové populace proti hepatitidám apod.“

1.2.5 Přístup minimalizace poškození („harm reduction“)

Přístup minimalizace poškození („harm reduction“) využívá některé metody, které zároveň slouží k ochraně zdraví, ale je zaměřený především na individuální potřeby a zájmy klienta a zároveň si neklade za cíl abstinenci klienta od drog. Tento přístup se snaží udržet klienta při životě a zachovat jeho maximální možné zdraví v bio-psycho-sociálním smyslu. Přístup minimalizace poškození se věnuje poradenství a edukaci zabývající se např. aplikací drog a používáním a dezinfekcí náčiní. Do tohoto přístupu patří i podávání náhradní drogy pod dohledem lékaře (substituce, např. metadon, buprenorfin) (Kalina, 2003, s. 80).

2 Léčba a služby pro uživatele návykových látek

Protidrogová politika v České republice je tvořena čtyřmi základními pilíři: primární prevence, léčba a sociální začleňování, snižování rizik a snižování dostupnosti drog. Vláda ČR považuje za účinný multidisciplinární a vyvážený přístup, který vychází ze široké celospolečenské, mezirezortní, mezioborové a mezisektorové spolupráce na všech úrovních. Tímto přístupem může být ovlivněn problém užívání návykových látek, od experimentování s nimi až po omezování negativních důsledků jejich užívání (Kiššová, 2011, s. 14).

V současné době v oblasti léčby a sociálního začleňování probíhá snaha o zajištění dostupnosti sítě služeb pro uživatele návykových látek. V každém kraji by měly být zajištěny následující typy služeb: „ambulantní služby pro děti a dospívající do 18 let, stacionární program, detoxifikace, rezidenční léčba, terapeutická komunita, doléčovací program s chráněným bydlením“ (Mravčík, 2016, s. 109). Dalším důležitým cílem je zvýšení kvality poskytované péče pro uživatele drog a zvýšení dostupnosti zdravotních adiktologických služeb, které jsou specializovány na péči o osoby s problémy s návykovými látkami nebo závislostními poruchami.

Kvalita poskytované péče je zajišťována systémem certifikace odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog (certifikační systém Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky). Tento systém je od roku 2005 využíván k zajištění minimálních standardů kvality adiktologických služeb. Základ tvoří Standardy odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog (Mravčík, 2016, s. 111).

Specializovaná adiktologická péče je poskytována ve službách, které jsou nejčastěji registrovány jako zdravotní nebo sociální služby. Adiktologickými službami je v současnosti pokryto celé spektrum problémů spojených s užíváním návykových látek. Významné nedostatky jsou prozatím spatřovány v dostupnosti ambulantní léčby a péče pro klienty s duálními diagnózami. Tyto služby jsou nerovnoměrně rozloženy a mají nízkou kapacitu. Naopak kladně jsou pro svou geografickou dostupnost hodnoceny nízkoprahové služby, které se zaměřují na harm reduction (Mravčík, 2016, s. 112).

Systém péče odpovídá na různé potřeby klienta v různých obdobích jeho cesty k normálnímu životu. Za základní složky systému péče se považují:

- terénní a nízkoprahové služby

- ambulantní péče a léčba (včetně intenzivní ambulantní péče v denních stacionářích)
- detoxifikace a léčba krátkodobá a střednědobá
- dlouhodobá péče v terapeutických komunitách
- doléčování včetně chráněného bydlení
- dlouhodobé - udržovací substituční programy (Kalina, 2001, s. 105).

2.1 Terénní a nízkoprahové služby

Terénní a nízkoprahové služby se věnují navázání kontaktu s cílovou skupinou, kontaktní práci, poradenství v oblasti prevence a léčby závislostí, pracují s motivací klientů, provádějí sociální práci a vybrané výkony zdravotní péče. V těchto kontaktních službách jsou cílovou skupinou primárně osoby problémově užívající návykové látky, osoby experimentující či škodlivě užívající návykové látky včetně alkoholu. Terénní služby jsou poskytovány v přirozeném sociálním prostředí uživatelů návykových látek (Libra a kol. 2012, s. 25).

Nízkoprahové služby pracují s přístupem harm reduction, snaží se snižovat rizika spojená s problémovým užíváním drog a ovlivňovat motivaci klientů ke změně životního stylu, rizikového chování a k vyhledávání další odborné pomoci. Terénní pracovníci aktivně vyhledávají klienty, poskytují jim základní poradenství, zdravotní péči a sociální práci v přirozeném sociálním prostředí uživatelů návykových látek. Tyto služby jsou poskytovány převážně přístupem snižování rizik včetně možnosti programu výměny injekčního materiálu, jehož součástí je i distribuce dalšího náčiní pro méně rizikovou aplikaci jako je sterilní voda, dezinfekční tampóny, bavlněné filtry a kondomy, předávání informací o bezpečnější aplikaci drog a motivace k bezpečné likvidaci injekčního náčiní. Pro hodnocení účinnosti výměnného programu je významný indikátor návratnosti (poměr vydaných a vrácených stříkaček): v optimálním případě by měl přesáhnout 100%, protože se do oběhu dostává náčiní získané jinde, např. v lékárnách (Vavrinčíková a kol., 2013, s. 67).

2.2 Ambulantní péče a léčba

Ambulantní léčba závislostí probíhá bez vyčlenění uživatele návykových látek z jeho běžného prostředí. Ambulantní léčba tedy přichází v úvahu u klientů, u kterých je zajištěno vhodné rodinné a sociální zázemí, protože léčba může být úspěšná, pouze pokud toto zázemí poskytuje závislému člověku podporu a motivaci v jeho snaze.

Průběh léčby, její délka i četnost návštěv se může v jednotlivých zařízeních lišit. Tyto aspekty si dohodne terapeut s klientem na počátku spolupráce s možností změny dohody v průběhu léčby. Nejčastějším modelem je léčba trvající tři měsíce s četností docházení klienta do zařízení dvakrát až třikrát týdně. Nejčastější formou léčby jsou individuální rozhovory trvající přibližně jednu hodinu. V některých zařízeních funguje také skupinová forma ambulantní péče, kdy se skupina obvykle schází jedenkrát týdně na 90 minut (Substituční léčba, 2017). Ambulantní léčba může také probíhat formou denních stacionářů. Klient dochází do stacionáře každý den. V zařízení probíhá program již od ranních hodin do odpoledne, poté se klient vrací domů. Program stacionářů je tvořen skupinovými terapiemi, individuálními pohovory s terapeutem, poradenstvím v oblasti sociálních a právních záležitostí, které potřebuje řešit, a různými zájmovými a pracovními aktivitami (Substituční léčba, 2017).

V současné době je ambulantní zdravotnická péče o uživatele návykových látek poskytována nejčastěji v ambulancích psychiatrů a v adiktologických ordinacích, které se specializují na léčbu závislosti.

2.3 Detoxifikace a léčba krátkodobá a střednědobá

Detoxifikace je léčebnou metodou, která je poskytována při předcházení a léčení stavů spojených s přerušением nebo vysazením návykové látky. Detoxifikace má za cíl zastavit užívání návykové látky u závislého jedince. Během detoxifikace jsou minimalizovány symptomy odvykacího syndromu a riziko poškození (Kalina, 2001, s. 28). Detoxifikace je typem lůžkové akutní péče, která se v současné době provádí ve specializovaných lékařských zařízeních nebo v psychiatrických nemocnicích. Klient je k detoxifikaci přijat ještě intoxikovaný nebo případně s odvykacími příznaky. Pobyt na detoxifikační jednotce trvá přibližně 14 - 21 dní a je ukončen až několik dní po odeznění abstinčních příznaků. Detoxifikace bývá doprovázena psychoterapeutickým programem, který by měl klienta podporovat a motivovat k další léčbě. Cílem po dokončení detoxifikačního programu je zabezpečení kontinuity péče. Klient tedy může v léčbě pokračovat a být doporučen do zařízení, které mu poskytne další potřebnou péči (Libra a kol., 2012, s. 21).

Krátkodobá léčba je formou ústavní léčby, která trvá méně než tři měsíce (obvykle 4 – 8 týdnů). Jedná se o strukturovaný program, jehož hlavní náplní jsou léčebné aktivity. Méně času se během takového typu léčby věnuje rehabilitačním a resocializačním

aktivitám. Krátkodobá léčba se využívá pro uživatele návykových látek, kteří jsou motivováni k léčbě, nejsou schopni využívat ambulantní péči a jsou ohrožováni relapsem. Často se také jedná o osoby, které vyžadují komplexní péči. Důvodem může být vedle závislosti přidružená osobnostní porucha nebo psychiatrické či somatické onemocnění. V současnosti se v České republice možnosti krátkodobé léčby příliš nevyužívají, protože její indikace a účinek jsou podceňovány (Kalina, 2001, s. 58).

Střednědobá léčba trvá obvykle 3 – 6 měsíců. Nejčastěji je poskytována specializovanými odděleními psychiatrických nemocnic nebo klinik. Díky této specializaci je možné pracovat současně na léčbě závislostí a léčbě doprovodných somatických i psychických obtíží klienta. Během strukturovaného programu střednědobé léčby také převažují léčebné aktivity nad aktivitami rehabilitačními a resocializačními (Kalina, 2001, s. 104).

2.4 Dlouhodobá péče v terapeutických komunitách

Dlouhodobá léčba je formou ústavní léčby v délce od půl roku až do jednoho roku, výjimečně do dvou let. Dlouhodobé léčby probíhají nejčastěji v terapeutických komunitách. V současné době je dlouhodobá léčba indikována nejčastěji u klientů, jejichž sociální problematika je velmi výrazná - většinou se jedná o klienty, kteří jsou sociálně nezralí, nemají sociální návyky a dovednosti, mají kriminální minulost, zcela jim chybí nebo je výrazně narušeno nedrogové prostředí a vztahy.

Terapeutické komunity poskytují klientům velmi strukturované prostředí, kde se podrobují léčení a také rehabilitaci. Terapeutické komunity poskytují bezpečný a podnětný prostor pro zrání a růst klientů, což se děje prostřednictvím sociálního učení s vymezenými jasnými a srozumitelnými pravidly (Kalina, 2001, s. 31). Velkou část programu léčby v terapeutických komunitách tvoří skupinová terapie, dále je využívána pracovní terapie, sociální poradenství, sportovní zátěžové aktivity a volnočasové aktivity. Středem pozornosti není jen léčba samotné závislosti, ale také další problémy klienta, se kterými se musí během léčby vypořádat a naučit se řešit problémy samostatně a zodpovědně (Hartl, 1997, s. 180).

2.5 Doléčování včetně chráněného bydlení

Doléčování můžeme chápat v užším pojetí jako podporu a udržení abstinence po dokončení léčby. V širším pojetí definujeme doléčování jako soubor všech služeb, které klienti využívají po dokončení základního léčebného programu, který absolvovali

v psychiatrické léčebně, terapeutické komunitě atd. Souhrn všech těchto využívaných služeb podporuje vytváření podmínek pro abstinenci klienta v jeho dalším životě po léčbě. Tato definice vychází z bio-psycho-sociálního modelu (Kalina, 2001, s. 32). Cílem doléčování je sociální začlenění po ukončení léčby závislosti klienta zpět do běžné společnosti a do podmínek normálního života. Doléčování zahrnuje velkou škálu intervencí, jejichž využívání je nezbytné pro úspěšné dokončení procesu uzdravy klienta a zbavení se závislosti na návykových látkách. Jedná se především o prevenci relapsu, podpůrné skupinové nebo individuální terapie, socioterapie, sociální poradenství, práci s rodinnými příslušníky a také chráněné bydlení. Doporučená minimální doba abstinence pro vstup do doléčovacího programu jsou 3 měsíce (Libra a kol., 2012, s. 60). Doléčovací program může být v ambulantní nebo pobytové formě. V obou případech doléčování trvá přibližně 6 - 12 měsíců. Absolvování takového programu výrazně zvyšuje efektivitu léčby.

Smyslem tohoto typu následné péče je udržení klienta u změny, které dosáhl absolvováním léčby. Specializovaná zařízení pro následnou péči se v České republice často označují jako doléčovací centra. „Pracují zde multidisciplinární týmy, které umožňují flexibilně reagovat na individuální potřeby klienta“ (Kalina, 2001, s. 69).

Matoušek (2005, s. 223) uvádí, že pokud následná péče bezprostředně navazuje na léčbu závislosti ve specializovaném zařízení, zvyšuje se tím účinnost absolvované léčby a je podporována schopnost klienta udržet stav abstinence. Sociální práce v doléčovacích programech má spíše podpůrný charakter, podporuje klienta v řešení záležitostí, které musí klient řešit. Pomáhá také ve vytyčení priorit v životě klienta, motivuje jej a zvyšuje vědomí, že je schopen své problémy řešit sám.

2.6 Dlouhodobé - udržovací substituční programy

Kalina (2001, s. 104) definuje substituční léčbu jako ambulantní a předem časově neomezovanou formou léčby, kdy je užívání původní návykové látky nahrazeno užíváním látky s podobnými účinky a vlastnostmi, která má ale pro klienta výrazně nižší rizika než původní užívaná droga. Smyslem substituční léčby tedy je nahradit ilegálně získávanou, drahou a pouze krátkodobě účinnou návykovou látkou, látkou s podobnými účinky, která ale bude podávána pravidelně, v čisté formě, legálně a zdarma. Náhradní látka je klientům podávána v takovém množství, které potlačuje

odvykací příznaky. Látka je vydávána pouze na lékařský předpis, který předepisuje lékař v souladu se zákonem o zacházení s omamnými a psychotropními látkami.

Libra (2012, s. 67) uvádí, že cílem substituční léčby je „efektivně potlačit odvykací příznaky a spolupůsobením zdravotních účinků poskytované zdravotní péče a sociálních služeb všestranně zlepšit kvalitu života klientů“. Richterová Těmínová (2008, s. 377) považuje za cíl substituční léčby minimalizaci zdravotního poškození klienta díky perorální aplikaci látky, a sociální stabilizaci klienta. Preston (1996, s. 49) považuje za cíle substituční léčby ukončení injekční aplikace drog, omezení užívání ilegálních drog, omezení rizik spojených se získáváním a užíváním drog, stabilizace užívání drog, snížení kriminality, stabilizování či omezení užívání drog a přestání s užíváním heroínu nebo jiných ilegálních opiátů.

„Naplnění uvedených cílů by mělo finálně vést k abstinenci klienta a ke změně jeho životního stylu“ (Richterová Těmínová, 2008, s. 377).

3 Služby následné péče v České republice

Podle zpráv o realizaci protidrogové politiky v krajích v roce 2016 bylo v České republice celkem 244 specializovaných adiktologických center, z toho 28 doléčovacích programů (20 z nich s chráněným bydlením). Stávající síť služeb je podle stanovisek krajů nedostatečná, chybí péče o klienty s duálními diagnózami. Druhým nedostatkem je časová i geografická dostupnost ambulantní péče (Mravčík, 2017, s. 10). V srpnu 2017 bylo v Registru poskytovatelů sociálních služeb evidováno 36 poskytovatelů služeb následné péče (Mravčík, 2017, s. 199), v květnu 2018 je evidováno již 43 poskytovatelů služeb následné péče.

Následná péče pro uživatele návykových látek v českých podmínkách je legislativně ukotvena jak v zákoně resortu zdravotnictví, tak i v zákoně resortu sociálních věcí. S ohledem na podobu zákonů je pochopitelné, že definice těchto služeb je v zákonech velmi obecná. Zařízení následné a doléčovací péče jsou podle § 20 zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými užíváním alkoholu, tabákových výrobků a jiných návykových látek, definovány jako „programy, které zajišťují zdravotnická zařízení a jiná zařízení a která obsahují soubor služeb, jež následují po ukončení základní léčby a pomáhají vytvářet podmínky pro udržení abstinence“. Služby následné péče jsou v České republice zřizovány na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Řídí se prováděcí vyhláškou zákona o sociálních službách - vyhláška č. 505/2006 Sb., jejíž přílohou jsou Standardy kvality sociálních služeb. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, definuje následnou péči jako „ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly lůžkovou péči ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstíní“. Jako základní činnosti následné péče uvádí tento zákon sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“.

Dále se služby následné péče pro osoby závislé na návykových látkách řídí také Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické služby, kde jsou tyto služby popsány jako doléčovací programy. Doléčovací programy jsou definovány ve speciálních standardech ve standardu č. 8 jako „služba zaměřená na podporu a udržení abstinence klientů po léčbě v základním léčebném programu a pomáhá jim v navrácení do podmínek běžného života“ (RVKPP, 2015, s. 61).

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky zahájila v roce 2005 proces certifikací odborné způsobilosti služeb pro uživatele drog, k čemuž využívá výše zmiňované standardy odborné způsobilosti. Národní vzdělávací fond (2009) uvádí, že „certifikace odborné způsobilosti služeb je posouzení a formální uznání, že daná služba odpovídá stanoveným kritériím kvality, odbornosti a komplexnosti. Jedná se o posouzení služby podle standardů odborné způsobilosti, jehož výsledkem je udělení či neudělení certifikátu o jejich naplnění. Zhodnocení odborné způsobilosti se provádí přímo v zařízení žadatele o certifikaci při místním šetření. Certifikace není povinná, ale je nezbytnou podmínkou pro poskytnutí dotace na služby protidrogové politiky ze státního rozpočtu“. Certifikace je tedy formou kontroly, zároveň ale podporuje rozvoj kvality služeb. Nejedná se pouze o zjištění stavu poskytované služby, ale také o případnou změnu žádoucím směrem. Organizace žádá o certifikaci sama, na základě této žádosti poté certifikační řízení proběhne formou místního šetření přímo v organizaci. Certifikaci provádí Centrum pro kvalitu a standardy v sociálních službách (CEKAS) Národního vzdělávacího fondu, o. p. s.

Poskytování služeb následné péče nebo doléčování pro osoby závislé na návykových látkách je České republiky velmi nerovnoměrné a v jednotlivých krajích rozdílné. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti Úřadu vlády ČR vytvořilo tzv. mapu pomoci, která slouží k vyhledávání jednotlivých zařízení, která poskytují léčbu, poradenství a prevenci v oblasti závislostí. Tato zařízení jsou zde rozčleněna do kategorií podle druhu poskytované služby, podle jednotlivých krajů a dále podle okresů a měst. Poskytovatelé těchto sociálních služeb by měli Národnímu monitorovacímu středisku hlásit změny v údajích o poskytované službě, aby byla mapa pomoci stále aktuální. Přehled služeb následné péče a doléčování pro uživatele návykových látek v jednotlivých krajích České republiky je uveden v následující tabulce (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2015).

Tabulka 1: Přehled služeb následné péče a doléčování pro uživatele návykových látek v krajích ČR

Kraj	Počet služeb následné péče	Typy zařízení poskytujících služby následné péče
Hlavní město Praha	5	Doléčovací centrum, Centrum následné péče
Karlovarský	0	
Královehradecký	0	
Jihočeský	2	Doléčovací centrum, sociálně psychologické centrum
Jihomoravský	6	Doléčovací centrum, Centrum poradenství a prevence, sociálně terapeutické dílny, následná péče, program následné péče
Liberecký	1	Centrum ambulantních služeb – doléčovací program
Moravskoslezský	10	Poradna, kontaktní a poradenské centrum, služba následné péče, doléčovací centrum, následná péče a doléčování
Olomoucký	2	Doléčovací centrum, služba následné péče
Pardubický	0	
Plzeňský	2	Středisko následné péče, program následné péče
Středočeský	6	Následná pobytová péče, resocializační institut, adiktologická ordinace, program následné péče
Ústecký	3	Doléčovací centrum, centrum pro rodinu a následnou péči, následná péče
Vysočina	3	Doléčovací centrum, následná péče
Zlínský	3	Následná péče, služby následné péče, resocializační a terapeutická komunita
CELKEM	43	

V tomto přehledu vidíme, že v celé České republice existuje v současné době 43 zařízení poskytujících služby následné péče a doléčování. V jednotlivých krajích se dostupnost a počet těchto zařízení liší. V Moravskoslezském kraji existuje 10 zařízení poskytujících služby následné péče, naopak v kraji Karlovarském, Královehradeckém

nebo Pardubickém neexistuje žádná poskytovaná služba tohoto typu. Dále je z tohoto přehledu služeb následné péče a doléčování je patrné, že se pro zařízení zaměřená na poskytování služeb následné péče používají různé názvy, což může být jednou z překážek, které snižují dostupnost pro zájemce o tento typ poskytovaných služeb. Zájemcům nemusí být vždy z názvu služby jasné, zda poskytuje následnou péči pro uživatele návykových látek a proto např. zvolí jiné zařízení, kde je podle jejich názoru poskytování následné péče jisté.

4 Služba následné péče v Jeseníku

V této kapitole se věnuji službě následné péče v Jeseníku, která je součástí místní neziskové organizace. Uvedené informace jsem čerpala z interních směrnic a metodik poskytované sociální služby a také z vlastních zkušeností, které jsem získala jako sociální pracovnice této služby.

4.1 Nezisková organizace

Tato nezisková organizace je poskytovatelem sociálních služeb na Jesenicku, kde se věnuje různým cílovým skupinám. Vznikla v roce 2006 jako občanské sdružení, kdy provozovala kontaktní centrum pro uživatele omamných a psychotropních látek. Poté v následujících letech se organizace rozrůstala až do dnešní podoby, kdy byla transformována na zapsaný ústav a poskytuje několik typů sociálních služeb. Jedná se o tyto sociální služby: služba následné péče, adiktologická ambulance, kontaktní centrum, terénní program, nízkoprahové zařízení pro děti a mládež a sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi.

Kvalita poskytovaných služeb je ověřována Národním vzdělávacím fondem, Úřadem vlády ČR a inspekcemi sociálních služeb. Certifikací odborné způsobilosti prochází služba následné péče, terénní program a také kontaktní centrum. Poslední certifikace u těchto služeb proběhly během roku 2016, kdy služba následné péče byla hodnocena výborně.

4.2 Služba následné péče

Služba následné péče je určena pro osoby, které absolvovaly střednědobou či dlouhodobou léčbu v psychiatrické léčebně, nemocnici, komunitě, v ambulantní léčbě nebo věznici se zvláštním režimem. Osoby, kterým jsou poskytovány sociální služby, jsou obecně označovány termínem uživatelé sociální služby. Vzhledem k typu poskytované služby následné péče používáme ve vztahu k uživatelům této služby termín klient.

Filozofií tohoto zařízení je pomáhat klientům začlenit se zpátky do běžného života. Klienty podporuje ve zlepšování jejich sociálních dovedností, schopností a v udržování abstinence. Služby jsou poskytovány všem bez ohledu na pohlaví, rasu, politické, náboženské, právní či společenské postavení, psychický či fyzický stav a socioekonomické možnosti.

Služba následné péče je jasně strukturovaná, kvalitní a dostupná služba. Efektivita poskytované služby je pravidelně sledována a klienti služby jsou zapojeni do hodnocení činnosti. Nabízené služby jsou orientovány na klienta a jsou poskytovány dle jeho

individuálních potřeb. Aktivity následné péče jsou provázány s činností komplexní sítě sociálních služeb celého okresu Jeseník a služba je zapojena do procesu komunitního plánování.

Tato služba se snaží flexibilně přizpůsobovat svou činnost požadavkům klientů služby a reagovat na změny potřeb svých klientů. Poskytovanými službami se zaměřuje na bio-psycho-socio-spirituální podstatu problematiky závislosti, což se týká daného jedince a zároveň celé společnosti. Provoz služby následné péče zajišťuje multidisciplinární tým, který je vzděláván v souladu s požadavky na výkon profese a také je pravidelně supervidován externím supervizorem. Služba následné péče splňuje standardy kvality sociálních služeb a je držitelem Certifikace odborné způsobilosti udělené Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

4.3 Cíle služby následné péče

Cíle služby následné péče vycházejí z potřeb klientů, kterým je služba poskytována. Jedná se především o psychickou a sociální stabilizaci klienta a jeho podporu při návratu do běžného života. Poskytovaná služba podporuje klienta v udržení změn chování a životního stylu, kterému se naučil během léčby v psychiatrické nemocnici, v komunitě nebo v jiném zařízení. Klientům služba následné péče pomáhá rozvíjet jejich dovednosti, znalosti a jejich samostatnost. Dále jsou klienti podporováni při zajišťování samostatného bydlení, při hledání zaměstnání a při hospodaření s financemi. Naplňováním těchto cílů se služba následné péče snaží o zvýšení nebo alespoň udržení žádoucí kvality života klientů.

4.4 Cílová skupina

Služba následné péče poskytuje sociální služby osobám závislým na návykových látkách, které jsou starší osmnácti let a prokazatelně abstinují. Jedná se o osoby, které absolvovaly ústavní nebo ambulantní léčbu ve zdravotnickém zařízení, terapeutické komunitě nebo věznicí se zvláštním režimem.

Služba je primárně určena klientům s absolvovanou léčbou závislosti a s prokázanou minimální tříměsíční abstinencí. Do programu mohou být přijaty osoby se změněnou pracovní schopností, klienti s chronickými duševními poruchami a také invalidní i starobní důchodci s problémem závislosti.

Osoby závislé na návykových látkách podávají žádost o poskytování sociální služby a stávají se klienty této služby na základě principu dobrovolnosti.

4.5 Popis poskytované služby

4.5.1 Kapacita a délka poskytované sociální služby

Kapacita pobytové formy poskytované služby je 10 lůžek. Pobytová forma je klientům poskytována standardně na 12 měsíců, délka pobytu v zařízení může být ale upravována podle individuálních potřeb klientů.

4.5.2 Podmínky k poskytnutí sociální služby

Pro přijetí do programu služby následné péče musí žadatel o poskytovanou službu splňovat podmínky a indikační kritéria, která jsou určena cílovou skupinou této sociální služby. Pokud je kapacita služby naplněná a žadatel splňuje požadavky k přijetí, může být zařazen do pořadníku žadatelů o poskytovanou službu. Žadateli může být také doporučena jiná sociální služba, která by také naplňovala jeho požadavky. O přijetí do programu služby následné péče nebo o zařazení do pořadníku žadatelů je žadatel o službu písemně informován co nejdříve a je s ním dohodnut další postup.

4.5.3 Úhrada za poskytované služby

Sociální služby v tomto zařízení jsou poskytovány bezplatně. Uživatel této služby hradí pouze náklady spojené s ubytováním. Cena pobytu v tomto zařízení je stanovena na 4 600 Kč měsíčně. Dále je klient povinen při nástupu uhradit vratnou kauci ve výši 500 Kč, která je požadována z důvodu možného poškození nebo znehodnocení vybavení na pobytové službě. Tato kauce je při ukončení pobytu klientovi navrácena, pokud nedošlo jeho zaviněním k poškození nebo znehodnocení vybavení pobytové služby.

4.5.4 Časová a místní dostupnost poskytované služby

Pobytová služba je poskytována nepřetržitě. Pracovníci služby následné péče jsou klientům k dispozici v provozní době, která je nastavená tak, aby vyhovovala klientům a jejich přítomnosti na pobytové službě. Mimo provozní dobu je vždy některý z pracovníků služby následné péče dostupný na krizovém telefonu, kam se mohou klienti v nutných případech obrátit. Na pracovišti jsou vždy přítomni nejméně dva pracovníci, aby bylo zajištěno poskytování kvalitních služeb a hlavně bezpečí pracovníků. O všech rozhodných změnách týkajících se provozu a poskytování služby jsou vždy klienti s předstihem informováni (ústně na některé ze společných aktivit, telefonicky, vyvěšením na nástěnce, která je dostupná všem).

Služba (včetně pobytové služby) je poskytována v prostorech, které má organizace v pronájmu. Jedná se o velký dům se zahradou, který se nachází nedaleko centra města. V blízkosti tohoto domu se nachází autobusové nádraží, obchody, kino, lékařská péče, úřady apod. K ubytování klientů jsou využívány tři bytové jednotky sestávající. Tyto byty jsou kompletně vybaveny včetně spotřebičů (lůžka, šatní skříň, uzamykatelné skříňky, televize, počítače, vybavená kuchyně, WC, koupelna). Dále se v domě nachází skupinová místnost a zázemí a kancelář pracovníků služby následné péče.

Obrázek 1: **Dům služby následné péče**



4.6 Průběh poskytování sociální služby a druhy poskytovaných služeb

Následující kapitola se věnuje průběhu poskytování sociální služby od počátečního jednání s klientem až po ukončení poskytování služby a druhům služeb, které jsou zde poskytovány. Podle § 64 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, poskytuje služba následné péče tyto základní činnosti: „sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

4.6.1 První kontakt - jednání se zájemcem o službu

První kontakt s klientem se často odehrává již během léčby klienta v psychiatrické nemocnici, terapeutické komunitě apod. Pracovníci služby následné péče navštěvují tato léčebná zařízení a poskytovanou sociální službu zde prezentují, informují klienty o jejím průběhu, o náležitostech nutných pro přijetí do programu a odpovídají na dotazy týkající se služby. Zájemce o službu se může dále o poskytované službě dozvědět na webových stránkách organizace nebo prostřednictvím informačním materiálů, které jsou do různých zařízení zaslány.

Zájemce o poskytování služby následné péče se může písemně přihlásit prostřednictvím žádosti. Celá žádost je k dispozici na webových stránkách organizace, k vyzvednutí osobně v kanceláři služby následné péče a je také možné žádost zaslat zájemci písemně. Jedná se o tyto dokumenty: žádost o přijetí do služby následné péče, podrobný životopis, zhodnocení léčby, plány a úkoly a doporučení terapeutického týmu.

Během 14 dnů po doručení kompletní žádosti na adresu služby následné péče je tato žádost pracovníky vyhodnocena. Pokud žadatel o službu splňuje podmínky pro přijetí, je zařazen do pořádníku žadatelů o poskytovanou sociální službu. Pořadník je veden podle pořadí, ve kterém byly žádosti doručeny. O poskytnutí či neposkytnutí služby zájemci je rozhodnuto na základě následujících kritérií:

- splnění podmínek pro přijetí
- zda zájemce o službu spadá do cílové skupiny služby následné péče
- naplněnost kapacity pobytové služby
- umístění v pořádníku zájemců o poskytování sociální služby
- podle zhodnocení zdravotního stavu vylučujícího poskytování sociální služby podle § 36 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách
- podle předchozího způsobu ukončení poskytovaných služeb a délky od posledního ukončení poskytovaných služeb dle § 91 ods. 3 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Zájemci o poskytování služby je následně zaslána písemná odpověď, případně j zájemce informován i telefonicky. S žadateli, kteří žádají o službu z výkonu trestu, se komunikuje pouze písemně. Odpověď na žádost obsahuje:

- návrh možného termín nástupu a výzvu, aby zájemce termín nástupu písemně nebo telefonicky potvrdil do 14 dnů
- požadavky na případná doplnění žádosti
- základní pravidla pro nástup
- informace o doložení abstinence v případě, pokud zájemce nenastupuje přímo z léčebného zařízení
- možnost sjednání informativní schůzky.

V případě zájmu si může zájemce o poskytovanou službu sjednat informativní schůzku. Pokud si schůzku nesjedná, proběhne jednání se zájemcem bezprostředně před uzavřením písemné smlouvy o poskytování sociální služby. Informativní schůzka se odehrává osobně v kanceláři služby následné péče. Během rozhovoru pracovník zájemci srozumitelně představí službu, informuje jej o nabídce poskytované služby, seznámí jej s programem, pravidly, sankcemi při porušení pravidel. Zájemce je dále informován o svých právech, o vedení dokumentace o jeho osobě. Pracovník také během rozhovoru ověřuje, zda je nabídka služby následné péče v souladu s požadavky žadatele. Všechny informace jsou zájemci předány také v písemné podobě. Na základě tohoto informačního setkání je se zájemcem o službu dohodnut další postup.

4.6.2 Odmítání zájemce o službu

Odmítání zájemce o sociální službu může proběhnout pouze v případech, kdy zařízení neposkytuje službu, o kterou zájemce žádá, služba nemá dostatečnou kapacitu pro poskytnutí služby nebo zdravotní stav žadatele vylučuje jeho přijetí do služby.

Zájemce o službu je dostatečně informován o důvodu pro nepřijetí do poskytované sociální služby. Pokud se jedná o neposkytnutí sociální služby z kapacitních důvodů, je žadatel informován o nejbližším možném termínu, kdy by mohl služby využít. Při odmítnutí je zájemce také informován o podobných zařízeních poskytujících vhodné služby.

4.6.3 Smlouva o poskytování sociální služby

Smlouva o poskytování sociálních služeb je realizována písemnou formou a to jako dobrovolný akt obou zúčastněných stran. Tato smlouva je vyhotovena ve dvou stejnopisech vedoucím pracovníkem služby následné péče nebo jím pověřeným pracovníkem. Obě vyhotovení jsou podepsána pracovníkem služby i klientem. Smlouva o poskytování sociální služby může být uzavřena, jen pokud je nabídka zařízení

v souladu se zakázkou klienta. Pracovník s klientem projednává a stanovuje požadavky, očekávání a cíle, k jejichž dosažení chce klient prostřednictvím služby následné péče dospět. Klient musí být dostatečně srozuměn s obsahem smlouvy, o všech povinnostech, které pro něj ze smlouvy plynou, o způsobu, možnostech a podmínkách poskytování služby a také o úhradě za tyto služby. Nejasnosti pracovník klientovi objasní, zodpoví mu dotazy.

Při nástupu do programu je klient seznámen s vedením dokumentace o jeho osobě a svým podpisem stvrzuje tyto dokumenty: kontaktní karta klienta, pravidla služby následné péče, smlouva o poskytování sociální služby, protokol o převzetí věci (klíče od pobytové služby, lůžkoviny), souhlas klienta se zpracováním osobních údajů, vstupní dotazník, individuální kontrakt, seznámení s postupem při řešení nouzových, havarijních a mimořádných událostí a postup při podávání stížností.

4.6.4 Pravidla poskytované sociální služby

S pravidly poskytované sociální služby jsou klienti seznámeni před započítím poskytování služeb a je nutné, aby těmto pravidlům porozuměli a souhlasili s nimi. Vytisknutá pravidla obdrží každý klient, aby si je mohl v případě potřeby přečíst. Dále jsou pravidla služby následné péče vyvěšená na nástěnkách na viditelných místech ve společných prostorech. Při porušení pravidel ze strany klienta postupují pracovníci služby následné péče takto:

- porušení pravidel je řešeno týmem za přítomnosti klienta
- klientovi je důkladně vysvětleno, v čem pravidla porušil, pracovníci se ujistí, zda tomuto porozuměl
- klient má možnost se k řešené situaci vyjádřit
- pracovníci služby situaci vyhodnotí a učiní závěr, situaci písemně zaznamenají a uloží v osobní dokumentaci klienta.

Pravidla služby následné péče zahrnují tyto nejdůležitější body:

1. Klient musí abstinovat od alkoholu, návykových látek a hazardních her po celou dobu poskytování služeb.
2. Klient je povinen podrobit se namátkové kontrole moči na přítomnost drog a dechové zkoušce na přítomnost alkoholu. Odmítnutí či pokus podvádět při kontrolách je posuzováno jako pozitivní výsledek.
3. V případě klientů služby následné péče: užití alkoholu, drog nebo lékařem nevydaných léků mimo prostory bytu, není důvodem k výpovědi smlouvy o ubytování. Klient je však povinen hlásit jejich užití pracovnímu týmu neprodleně, nejpozději však do 24 hodin, a tuto skutečnost nahlásit jako první osoba. O této věci má povinnost hovořit se svým garantem a na nejbližší skupině. Pobyt v prostorech bytu i domu pod vlivem návykových látek je však zcela nepřijatelný pro všechny klienty. Pokud zkouška moči nebo dechová zkouška prokáže pozitivní výsledek a klient neoznámil užití návykových látek, je toto důvodem k okamžitému vypovězení smlouvy. Klient nemůže nahlásit relaps před testováním nebo v případě, že tato skutečnost byla zjištěna již jiným způsobem.

Při nedodržení pravidel je klientovi udělen postih, což může být ústní napomenutí, písemné napomenutí, druhé písemné napomenutí s podmínkou, podmíněčné vyloučení nebo ukončení poskytování služby.

4.6.5 Fáze programu služby následné péče

Program služby je tvořen třemi fázemi, kterými klient postupně prochází. Ihned po nástupu do služby následné péče se klient nachází v první fázi programu. První fáze se zaměřuje na socializaci klienta. Klient v této fázi se seznamuje s programem služby, s pracovníky a klienty. Vyřizuje si s pomocí pracovníka služby potřebné náležitosti jako je evidence na Úřadě práce, vyřízení sociálních dávek, zajištění lékařské péče atd. Klient je povinen účastnit se všech aktivit programu (100%), absence musí být omluvená. Do další fáze může klient postoupit na základě písemné žádosti, ve které zhodnotí uplynulou první fázi a uvede, na čem by chtěl pracovat ve fázi druhé. Tuto žádost pak hodnotí pracovníci služby, zohledňují přitom přístup klienta a plnění individuálního plánu. Druhá fáze programu se věnuje resocializaci klienta. Klient se přizpůsobuje a učí novému chování, přijímá nové normy a hodnoty, které souvisí s jeho novým sociálním postavením a navrácí se zpět do společnosti. V druhé fázi se nemusí již účastnit všech aktivit programu (75%). Do třetí fáze může klient opět postoupit na

základě písemné žádosti. Třetí fáze se nazývá fáze separační. V této fázi se klient připravuje na opuštění zařízení a ukončení poskytování služeb a aktivně si hledá vlastní bydlení a zaměstnání. Účast na skupinových aktivitách je již minimální (50%). Pokud je klient již pracující, jeho účast na aktivitách podléhá písemné dohodě mezi klientem a zařízením.

4.6.6 Individuální plánování

Individuální plánování je dlouhodobý proces, díky kterému může být pro každého klienta vytvořena služba přímo na míru. Služba je plánována na základě osobních cílů klienta. Může se jednat samozřejmě pouze o cíle, které nejsou protizákonné a neporušují práva a svobody jiných osob. „Základní podmínkou individuálního plánování je vzájemné působení a komunikace mezi uživatelem služby a pracovníkem, případně dalšími účastníky. Hlavním nástrojem tohoto kontaktu je otevřený dialog“ (Standardy kvality sociálních služeb, 2008, s. 78). Pracovník služby následné péče je při individuálním plánování a naplňování stanovených cílů klientovi oporou. Cíle v individuálním plánování jsou vytvářeny a časově ohraničeny tak, aby odpovídaly individualitě, psychickému a zdravotnímu stavu klienta. Díky těmto cílům pracuje klient na rozvoji své samostatnosti a zlepšení kvality svého života.

Ve službě následné péče funguje systém tzv. klíčových pracovníků, je zde pro ně užíván termín garant. Pracovník služby, který je garantem klienta, s klientem vypracovává individuální plán. Klientovi je umožněno si svého garanta zvolit, pouze v ojedinělých případech je mu garant přidělen. Garant sleduje zájmy, potřeby a cíle klienta, koordinuje práci dalších pracovníků poskytujících služby danému klientovi, je zodpovědný za tvorbu a aktualizaci individuálních plánů a také za jejich realizaci. Klient může kdykoliv během poskytování sociální služby písemně požádat o změnu garanta a to i bez udání důvodů.

Individuální plán je vytvářen tak, aby z něj bylo zřejmé, jakých krátkodobých i dlouhodobých cílů chce klient dosáhnout, kdo bude na jejich realizaci pracovat a jakými postupy, kdy by mělo být cílů dosaženo a jak se pozná, že jsou cíle naplněny. Klient 1x týdně společně s garantem aktualizuje svůj individuální plán a alespoň 1x za dva až tři měsíce jej hodnotí. Termíny pro aktualizaci a hodnocení jsou zaznamenávány do individuálního plánu. K individuálnímu plánu náleží také finanční deník, do kterého si

klient zaznamenává své příjmy a výdaje a díky tomu se učí nakládat se svými financemi.

4.6.7 Případová sociální práce s klientem

Sociální práce ve službě následné péče se zaměřuje především na dlouhodobou případovou práci, jejímž cílem je stabilizace životní situace klienta, zejména jeho sociálních podmínek jako je bydlení, práce, vyřizování dávek, splátkové kalendáře v případě dluhů, volnočasové aktivity atd. Jejím cílem není řešit problémy za klienta, ale provázet ho tak, aby se naučil tyto problémy řešit sám.

4.6.8 Individuální konzultace a poradenství

Individuální konzultace slouží klientovi k práci na individuálním plánu, může zde hovořit o svých problémech, potřebách, vztazích a o všem, co považuje za důležité. V průběhu těchto individuálních konzultací monitoruje garant s klientem plnění individuálního plánu. Klienti často využívají individuální konzultace k řešení osobních a důvěrných témat, protože zde mívají větší pocit bezpečí a intimity než na skupinových aktivitách.

4.6.9 Krizová intervence

„Krizová intervence je odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Krizová intervence pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující i jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování. Krizová intervence se zaměřuje jen na ty prvky klientovy minulosti i budoucnosti, které bezprostředně souvisejí s jeho krizovou situací. Krizový pracovník klienta podporuje v jeho kompetenci řešit problém tak, aby dokázal aktivně a konstruktivně zapojit své vlastní síly a schopnosti a využít potenciálu přirozených vztahů. Krizová intervence se odehrává v rovině řešení klientova problému a překonávání konkrétních překážek“ (Vodáčková, 2002, s. 60). Krizovou intervenci poskytuje pracovník služby následné péče, který absolvoval výcvik v krizové intervenci.

4.6.10 Skupinové aktivity

Ve službě následné péče probíhá pravidelně několik skupinových aktivit, které vede pracovník této služby. Jedná se o informační setkání, skupinové poradenství, skupinu prevence relapsu, domovské skupiny, socioterapie a kluby. Ke každé skupinové aktivitě jsou vedeny písemné záznamy.

Informační setkání probíhá dvakrát týdně (v pondělí a v pátek v ranních hodinách) ve skupinové místnosti. Na tomto setkání klienti sdělují a hodnotí, jaký byl průběh předešlých dní, a informují o svém plánu na následující dny. Pracovníci zde sdělují aktuální informace a novinky.

Skupinové poradenství jedenkrát týdně a jedná se o skupinovou terapii, která nemá předem dané téma. Témata přináší sami klienti, se kterými poté pracuje celá skupina. Klient by měl být na této skupině otevřený, ochotný sdílet s ostatními klienty své pocity, zkušenosti a názory, měl by také projevovat zájem o ostatní klienty, přijímat a poskytovat zpětnou vazbu nebo podporu.

Skupina prevence relapsu probíhá také jedenkrát týdně. Je tvořena složkou edukační, behaviorální a terapeutickou. Edukační složka slouží k porozumění otázkám abstinence a relapsu, behaviorální složka je využívána k nácviku relaxačních technik nebo praktickému nácviku chování v krizové situaci, terapeutická složka - například využití arteterapeutických technik. Témata jsou volena tak, aby bylo hovořeno o různých problémech, se kterými se mohou klienti setkat (jak mluvit o své minulosti, jak se najít a udržet zaměstnání, navazování partnerských vztahů, rozpoznání rizikových situací atd.).

Domovské skupiny probíhají dvakrát týdně v každé bytové jednotce zvlášť. Na těchto skupinových aktivitách se projednává provoz pobytové služby, úklid na pobytové službě, určení správce bytu (funkce na jeden měsíc, poté předána dalšímu klientovi) a závady a nedostatky na pobytové službě. Úkolem správce bytu je rozdělit úklid mezi všechny klienty žijící v daném bytě a dohlédnout na splnění úkolů.

Socioterapie má pomoci klientům rozvíjet jejich pracovní dovednosti a znalosti v oblasti pracovních příležitostí. Jedná se o různé pracovní aktivity na zahradě i v domě, společné vaření, nácvik pracovních pohovorů, práce s počítačem apod.

Kluby jsou aktivitou, kterou si připravují a vedou klienti sami. Tyto aktivity mají sloužit klientům k získání zkušeností, jak a kde mohou trávit volný čas. Často se jedná o sportovní, kulturní nebo tvůrčí aktivity.

4.6.11 Ukončení poskytování sociální služby

Poskytování sociální služby následné péče trvá obvykle 12 měsíců. Dle individuálních potřeb klienta může být poskytování služby prodlouženo. Po uplynutí 12

měsíců nebo sjednané prodloužené doby je program řádně ukončen. Dřívější řádné ukončení programu je možné pouze na základě písemné žádosti a to pouze v případě, že klient splnil úkoly stanovené v individuálním plánu, našel si zaměstnání a vlastní bydlení. Pro řádné ukončení je nutné, aby klient zodpovědně plnil cíle stanovené v individuálním plánu, aktivně se účastnil programu a dodržoval pravidla služby následné péče.

K předčasnému ukončení poskytování služby může dojít jak ze strany klienta, tak ze strany zařízení. Pokud žádá klient o předčasné ukončení programu, je jeho rozhodnutí respektováno a v případě zájmu je mu doporučena nebo zprostředkována péče jiné organizace. Důvodem pro předčasné ukončení poskytování služeb ze strany zařízení je porušení pravidel služby následné péče. O ukončení programu rozhoduje tým pracovníků služby a v případě zájmu klienta jsou mu doporučeny jiné organizace, jejichž služby by mohl využít.

5 Shrnutí teoretické části

Cílem teoretické části této práce je přiblížit témata, kterými se zabývá výzkumná část práce a která jsou důležitá pro porozumění soustavě léčby a služeb pro uživatele návykových látek a pro pochopení fungování služeb následné péče.

Tato práce se věnuje nejdříve vymezení základních pojmů, což je závislost, drogová závislost a modely závislosti. Poté popisuje léčbu a služby pro uživatele návykových látek, což jsou terénní a nízkoprahové služby, ambulantní péče a léčba, detoxifikace a krátkodobá a střednědobá léčba, dlouhodobá péče v terapeutických komunitách, doléčování včetně chráněného bydlení a dlouhodobé substituční programy. Následuje kapitola, která se věnuje službám následné péče v České republice. Dále se tato práce věnuje již konkrétní sociální službě, což je služba následné péče v Jeseníku. V jednotlivých podkapitolách této kapitoly práce seznamuje s neziskovou organizací, se službou následné péče, s jejími cíli a cílovou skupinou. Dále je v této práci konkrétně popsána poskytovaná sociální služba, průběh poskytování sociální služby od počátečního jednání s klientem až po ukončení poskytování služby a druhy služeb, které jsou zde poskytovány.

6 Praktická část

Praktická část této práce se věnuje evaluaci léčby klientů služby následné péče v Jeseníku a průběhu a výsledkům vlastního výzkumného šetření, které v této službě proběhlo v letech 2016 a 2017.

6.1 Evaluační výzkum

„Naše každodenní neformální interakce je protnutá mnoha soudy a hodnoceními, které buď účelově, nebo nevědomě pomáhají třídit naši sociální realitu“ (Kovář, 2008, s. 88). Na základě našeho přesvědčení nám poté vznikají škály dobrého a špatného, prospěšného a škodlivého atd., které jsou hierarchicky seřazeny. Evaluační výzkum se liší od těchto každodenních soudů tím, že tato přesvědčení reflektuje.

Rossi a kol. (2004, s. 9) definují evaluační výzkum jako sociálně - vědní aktivitu, která se zaměřuje na sběr, analýzu, interpretaci a poskytování informací o fungování a efektivitě sociálních programů. Evaluace (česky hodnocení) slouží k posouzení funkčnosti a optimálního nastavení programu, ať už se jedná o program, který je již v činnosti nebo který je teprve plánován. Smutek (2005, s. 6) uvádí, že „evaluační výzkum se liší od jiných typů výzkumu spíše vzhledem k zamýšlenému záměru, než vzhledem k designu nebo použitým výzkumným metodám“. Liší se tedy tím, za jakým účelem je evaluační výzkum prováděn, není odlišný metodami, nástroji nebo designem výzkumu. Evaluační výzkum můžeme rozlišit na formální evaluaci, která se zabývá systematickým zkoumáním naplánované sociální intervence vědeckým způsobem nebo na evaluaci neformální, což je v podstatě subjektivní hodnocení čehokoliv (Smutek, 2005, s. 7). Tato práce se věnuje evaluaci formální, kterou můžeme tedy definovat jako zkoumání, ve kterém jsou aplikovány výzkumné metody ke sběru a analýze dat o obsahu, struktuře a výsledcích programů, různých projektů nebo naplánovaných intervencí.

Smutek (2005, s. 8), podle Weinbacha, uvádí dva hlavní evaluační směry v sociální oblasti: „single-system evaluace (evaluace efektivity něčí individuální praxe) a programová evaluace (hodnocení všech aspektů programů, intervence). Rozlišující charakteristikou je primární účel evaluace“. Single-system evaluace se věnuje hodnocení jedné konkrétní intervence zaměřené na konkrétního klienta a konkrétní problém. Podle Janebové (2007, s. 13) se jedná o evaluaci intervence v případě, jejímž cílem je zjistit, jak je efektivní postup vedený sociálním pracovníkem při práci

s konkrétním klientem. Programová evaluace je orientována na samotnou službu a jejím hlavním záměrem je posoudit program. Pro takové hodnocení programu jsou využívány obecně používané metody a techniky sociálně-vědního výzkumu. Výsledkem je podklad pro další aktivity tohoto posuzovaného programu, hodnocení jeho funkčnosti (úspěšnosti) a posouzení, zda je možné tento program zlepšit nebo dále rozvíjet. Tato práce se tedy věnuje programové evaluaci, protože ta vystihuje typ evaluace v kontextu této práce.

6.2 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Tato diplomová práce se zabývá evaluací léčby klientů služby následné péče v Jeseníku. Hlavním cílem výzkumu v této práci je hodnocení funkčnosti a úspěšnosti programu. Dílčím cílem výzkumu je posouzení, zda je možné tento program do budoucna zlepšit nebo dále rozvíjet. Výsledek evaluace bude sloužit jako podklad pro další aktivity posuzovaného programu.

Na základě výše uvedených cílů výzkumu byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

- Jak v letech 2016 a 2017 fungovala služba následné péče v Jeseníku?
- Je program služby následné péče úspěšný?
- Mění program situaci klientů a jejich život?
- Je možné program poskytované sociální služby do budoucna zlepšit nebo dále rozvíjet?

6.3 Stanovení hypotéz

Gavora (2000, s. 50) definuje hypotézu takto: „Hypotéza je vědecký předpoklad. To znamená, že byla vyvozena z vědecké teorie - z toho, co je o daném problému teoreticky zpracováno. Dále může hypotéza vzniknout na základě osobní zkušenosti výzkumníka, jeho pozorování a predikce.“ Hypotéza je tedy předpoklad vycházející z poznatků, které jsou o zkoumaném jevu známy, nebo z praktických zkušeností výzkumníka. Na základě výsledků provedeného výzkumu můžeme stanovené hypotézy potvrdit nebo vyvrátit.

S ohledem na studium odborné literatury a na základě cílů výzkumu byly stanoveny tyto hypotézy:

- H1: Drogově závislí klienti jsou častějšími uživateli služby než klienti závislí na alkoholu.

- H2: Službu využívá více klientů do 35 let než klientů starších.
- H3: Klienti po léčbě v terapeutických komunitách jsou častěji absolventy programu než klienti po střednědobé léčbě v psychiatrických nemocnicích.
- H4: Po absolvování programu jsou klienti v lepší životní situaci než při nástupu do programu.

6.4 Metodologie výzkumu

Na základě stanoveného cíle výzkumu, výzkumných otázek a stanovených hypotéz využiji pro tuto diplomovou práci kvantitativní výzkum. Kvantitativní výzkum vychází z matematicko-statistických metod. Kvantitativní přístup předpokládá, že fenomény sociálního světa (jeho různé aspekty, objekty, procesy), které činí předmětem zkoumání, jsou svým způsobem měřitelné, či nějak třiditelné, uspořádatelné. Informace o nich, získávané v jisté kvantifikovatelné a co nejvíce formálně porovnatelné podobě. Pak je analyzuje statistickými metodami se záměrem ověřit platnost představ o výskytu nějakých charakteristik, také o jejich vztazích k dalším objektům a jejich vlastnostem apod. (Linderová a kol., 2016, s. 45).

Pro účely výzkumného šetření této práce se jeví jako nejvhodnější využít metodu anonymního dotazníku (příloha 1, příloha 2), protože se jedná o získávání údajů o velkém počtu respondentů. Pro účely tohoto výzkumu byly vytvořeny dva dotazníky, aby bylo možné zodpovědět výzkumné otázky a potvrdit či vyvrátit stanovené hypotézy. Dotazník č. 1 (příloha 1) byl předkládán k vyplnění všem novým klientům v programu služby následné péče a dotazník č. 2 (příloha 2) byl naopak předkládán pouze absolventům programu. Oba dotazníky jsou podobné. Úvodní část obou dotazníků obsahuje název dotazníku, žádost o vyplnění a o pravdivé odpovídání na stanovené otázky a jméno autora. V dalších částech následují identifikační otázky (věk, nejvyšší dosažené vzdělání atd.) a otázky týkající se vztahů, léčby, zaměstnání, bydlení a dluhů. Nově přijímaní klienti jsou navíc dotázáni, kde se o programu služby následné péče dozvěděli. Absolventům je pokládána otázka týkající se relapsu během léčby a dále se dotazník zaměřuje na jejich postoje ke službě následné péče v Jeseníku. Ke zjišťování postojů ke službě jsou využity Likertovy škály, kdy na dané stupnici respondent vyjádří stupeň svého souhlasu (nesouhlasu) s výrokem (Rod, 2012, s. 8). V poslední části dotazníku pro absolventy mají respondenti možnost napsat cokoliv, co chtějí k dotazníku dodat.

Uskutečnil se také předvýzkum, kterým byla ověřena funkčnost obou dotazníků na malém souboru respondentů. Pro předvýzkum bylo vybráno 8 klientů, kteří byli v době vytvoření dotazníků přítomni v programu služby následné péče. Bylo zjišťováno, zda klienti porozuměli pokynům a otázkám v dotaznících, jaká je časová náročnost na vyplnění jednoho dotazníku a zda se je možné získaná data správně vyhodnotit.

6.5 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl vytvořen na základě dostupného výběru, protože náhodný výběr nemohl být realizován z důvodu nízkého počtu možných respondentů. Dotazníkového šetření se zúčastnili klienti, kteří využili program následné péče v roce 2016 a 2017.

Tabulka 2: Výzkumný soubor

Rok	Počet žadatelů	Počet klientů (dotazník č. 1)	Počet absolventů (dotazník č. 2)
2016	58	33	11
2017	64	29	8
Celkem	122	62	19

Osoby závislé na návykových látkách se mohou do programu služby následné péče přihlásit podáním žádosti o přijetí do programu. V roce 2016 se do programu přihlásilo 58 žadatelů, v roce 2017 podalo žádost 64 žadatelů, celkem tedy služba evidovala 122 žádostí o přijetí do programu. Ze 122 žadatelů o službu nenastoupilo do programu 60 zájemců z různých důvodů - předčasně ukončili léčbu v léčebném zařízení, nastoupili do jiného programu, již nemají zájem o nástup do programu apod. Výzkumný soubor pro dotazník č. 1 (příloha 1) je tedy tvořen dostupným výběrem 62 žadatelů, kteří se stali klienty služby následné péče. Pro dotazník č. 2 je výzkumný soubor tvořen absolventy programu, kterých je celkem 19. Žádný z klientů účast v dotazníkovém šetření neodmítl.

Je také nutné zmínit, že výzkumný soubor v tomto výzkumném šetření tvořili pouze muži. To je způsobeno dlouhodobou nemožností poskytnout službu ženám z důvodu nevhodného zázemí pobytové služby. Pobytová služba není uzpůsobena tak, aby zde

ženy měly dostatek soukromí. Není ani možné využívat některou z bytových jednotek pouze pro ženy kvůli malému zájmu žen o poskytovanou službu, protože by tímto bylo ohroženo naplnění kapacity služby a její plné využívání.

7 Výsledky výzkumného šetření

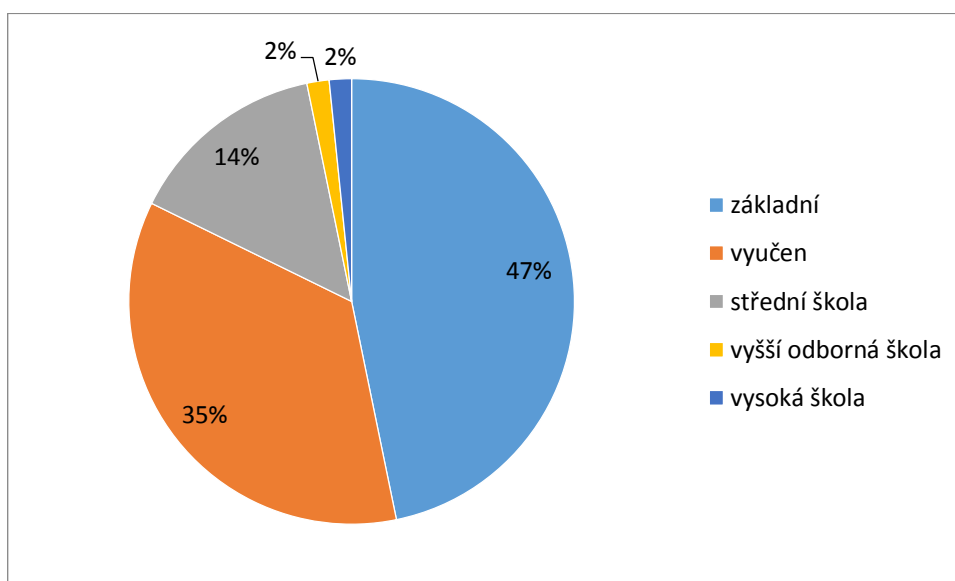
V této kapitole uvádím výsledky anonymního dotazníkového šetření, které jsou zpracovány v tabulkách a grafech. Tabulky a grafy jsou vždy doplněny o příslušný komentář. V následujících tabulkách a grafech pod označením klienti vidíme data z dotazníku č. 1 - všichni klienti v programu, pod označením absolventi data z dotazníku č. 2 - absolventi programu. Vizualizace tabulek a grafů byla vytvořena v programu Excel (společnost Microsoft Office).

Tabulka 3: Věk

Věk	Klienti	Absolventi
18 - 25	10	2
26 - 35	27	7
36 - 45	16	8
46 - 60	9	2
61 - více	0	0
Celkem	62	19
	100 %	31 %

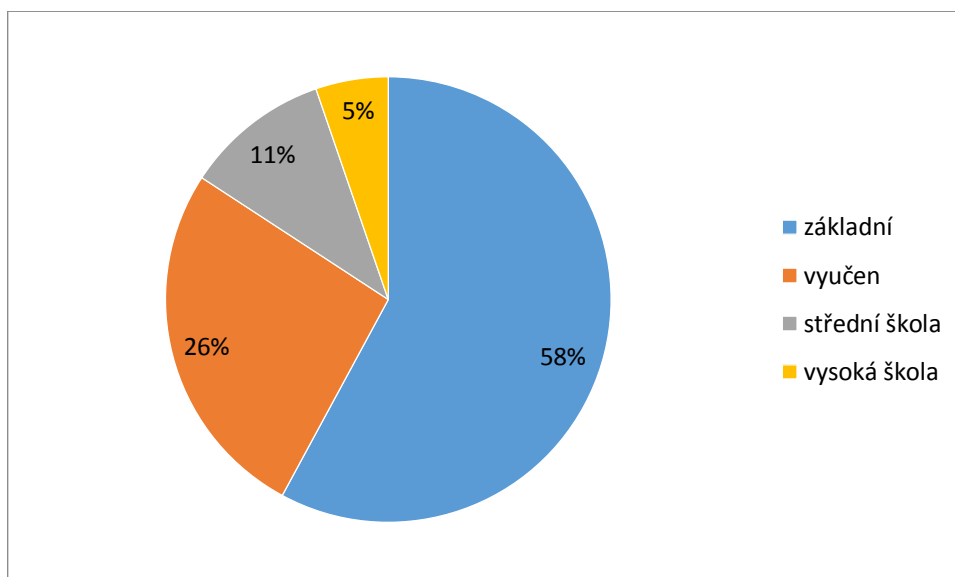
Dotazníkového šetření se zúčastnilo 62 klientů programu a z toho 19 absolventů. Program tedy absolvovalo 31 % klientů z celkového počtu. Vzhledem k širokému věkovému rozpětí cílové skupiny byly pro výzkum určeny věkové kategorie. Do programu nastoupilo 10 klientů ve věku 18 - 25 let (16 %), 27 klientů ve věku 26 - 35 let (43 %), 16 klientů v kategorii 36 - 45 let (26 %) a 9 klientů ve věku 46 - 60 let (15 %). V kategorii 61 a více let nebyl žádný klient. V kategorii 18 - 25 let úspěšně dokončili program 2 absolventi (10 %), ve věku 26 - 35 let 7 absolventů (37 %), 8 absolventů (43 %) v kategorii 36 - 45 let a 2 absolventi (10 %) ve věku 46 - 60 let. Nejčastějšími absolventy programu jsou tedy muži ve věku 36 - 45 let.

Graf 1: Nejvyšší dosažené vzdělání klientů programu



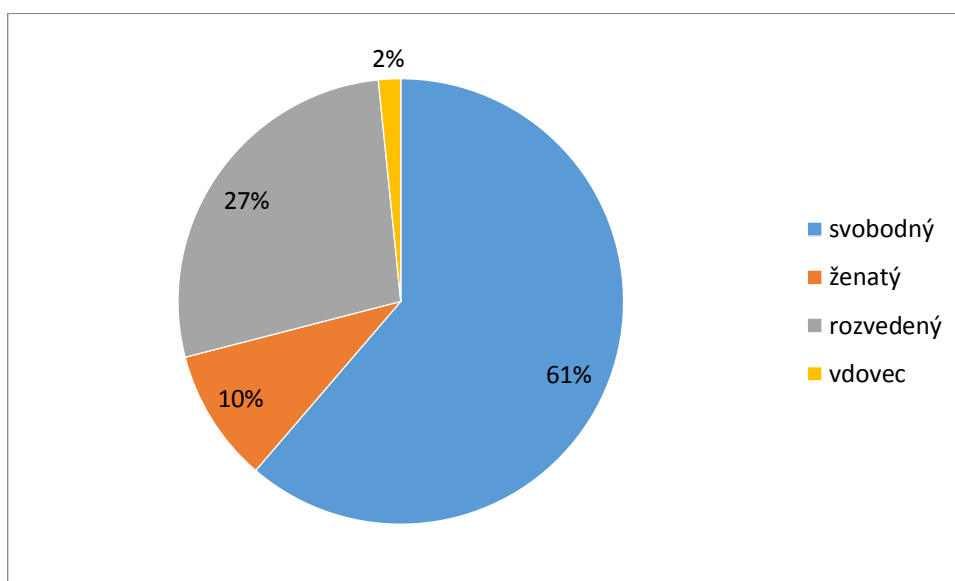
Z tohoto grafu můžeme vyčíst, že nejvyšším dosaženým vzděláním u klientů programu je základní vzdělání (29 klientů, 47 %), 22 klientů (35 %) uvádí vyučení, středoškolské vzdělání má 9 klientů (14 %), 1 klient (2 %) dokončil vyšší odbornou školu a 1 klient (2 %) dosáhl vysokoškolského vzdělání. V následujícím grafu vidíme nejvyšší dosažené vzdělání absolventů programu.

Graf 2: Nejvyšší dosažené vzdělání absolventů programu



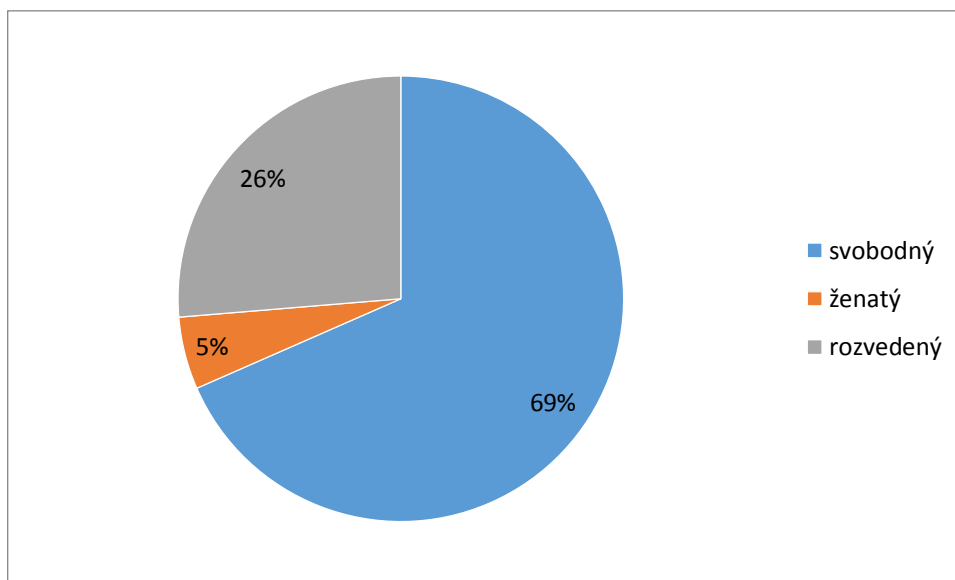
Graf 2 zobrazuje nejvyšší dosažené vzdělání absolventů programu. 58 % klientů (11) uvádí základní vzdělání, 26 % (5) vyučení, středoškolské vzdělání mají 2 absolventi (11 %) a 1 klient (5 %) dosáhl vysokoškolského vzdělání.

Graf 3: Rodinný stav klientů programu



Mezi klienty programu převládají svobodní muži (61 %, 38 klientů). Ženatých klientů bylo v programu pouze 6 (10 %). 27 % (17 klientů) uvedlo, že jsou rozvedení a 1 klient (2 %) označil možnost vdovec.

Graf 4: Rodinný stav absolventů programu



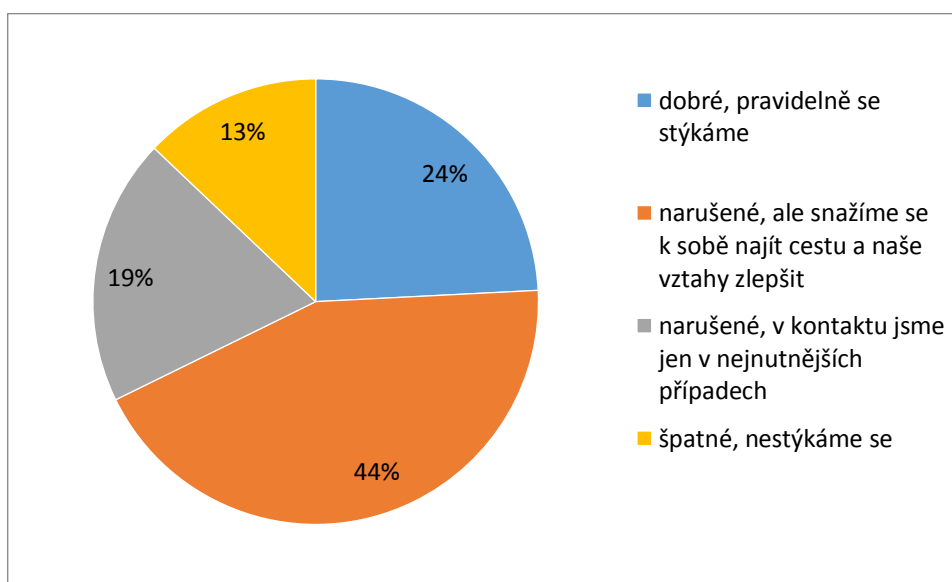
Graf zobrazující rodinný stav absolventů programu se od předchozího grafu o mnoho neliší. 13 absolventů (69 %) uvedlo, že jsou svobodní, 1 absolvent (5 %) ženatý a 5 absolventů (26 %) vybralo možnost rozvedený. Žádný klient nevybralo možnost vdovec.

Tabulka 4: **Máte děti?**

Děti	Klienti	Absolventi
ano	17	4
ne	45	15
Celkem	62	19

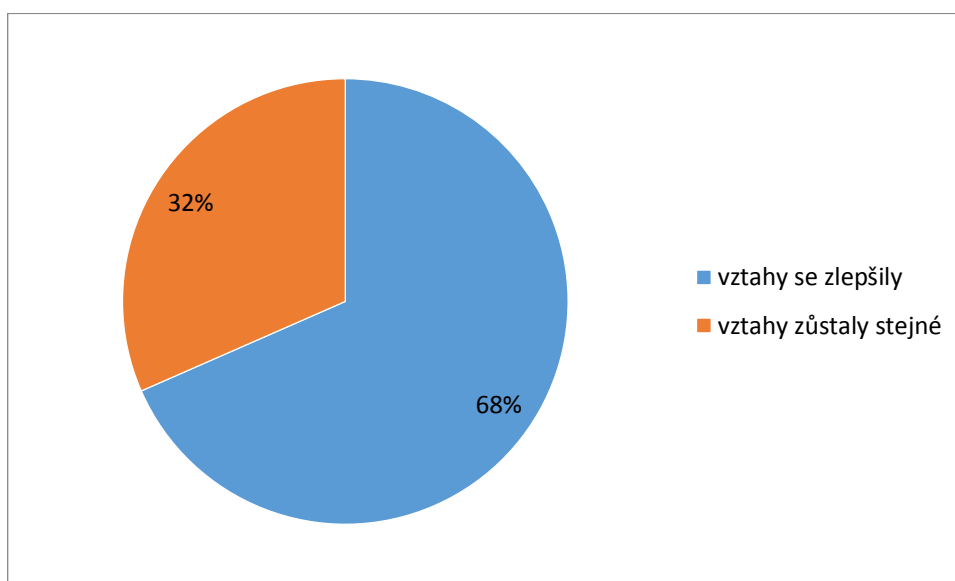
Tabulka 4 zobrazuje odpovědi na otázku č. 4: Máte děti? Bylo zjištěno, že 17 klientů (27 %) má děti a 45 klientů (73 %) je bezdětných. Z tohoto počtu se absolventy stali 4 muži (21 %), kteří již děti mají, a 15 absolventů (79 %) je bezdětných. Pokud má klient děti, mohly by být považovány za motivační faktor k dokončení programu.

Graf 5: **Vztahy klientů s jejich blízkými**



Tento graf zobrazuje vztahy klientů s jejich blízkými. Na otázku „Jaké máte vztahy se svými blízkými?“ odpovídali klienti programu následovně: 24 % klientů (15) uvedlo, že se svými blízkými mají dobré vztahy a pravidelně se stýkají, 44 % klientů (27) uvedlo narušené vztahy se snahou najít si s blízkými k sobě cestu a vztahy zlepšit, 19 % klientů (12) má se svými blízkými narušené vztahy a stýkají se pouze v nejnutnějších případech a 13 % klientů (8) má vztahy s blízkými špatné a nestýkají se vůbec.

Graf 6: Vztahy absolventů s jejich blízkými



Graf 6 zachycuje odpovědi na otázku č. 5 z dotazníku č. 2 (pro absolventy): „Jak hodnotíte vztahy se svými blízkými po absolvování programu?“. Z celkového počtu absolventů 68 % (13) uvedlo, že se jejich vztahy s blízkými zlepšily. 32 % absolventů (6) uvedlo, že jejich vztahy s blízkými zůstaly stejné. Třetí možnou odpověď „vztahy se zhoršily“ nevybral žádný z absolventů. Vztahy s blízkými se u absolventů nezhoršily, což je možné považovat důsledek fungování programu služby následné péče. Často klienty vede k tomu, aby se svými blízkými více a pravdivě komunikovali, aby je také pravidelně navštěvovali. Služba následné péče poskytuje v případě zájmu klienta také rodinnou terapii. Absolvováním programu může také absolvent svým blízkým dát najevo, že léčbu své závislosti myslí opravdu vážně a že nechce závislosti znovu propadnout.

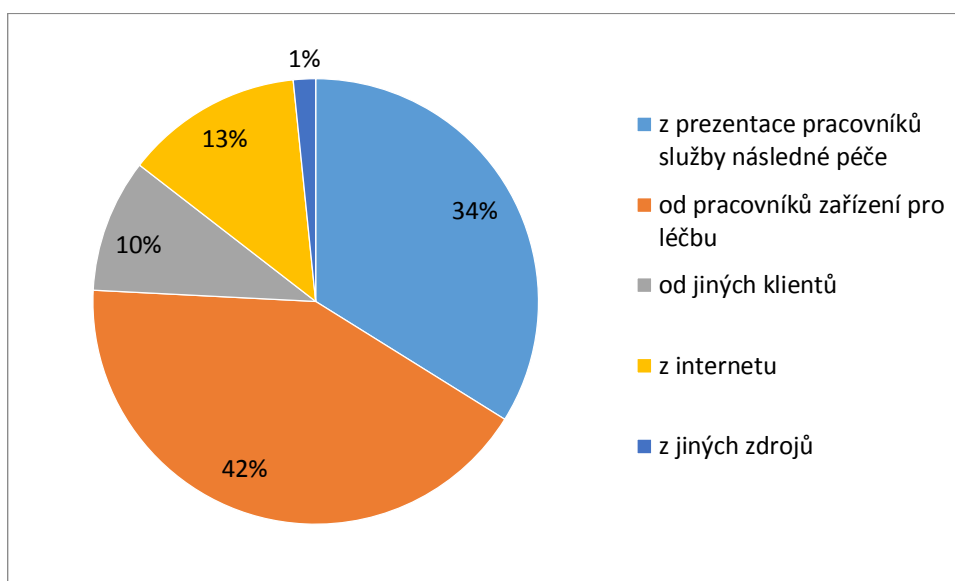
Tabulka 5: Poslední absolvovaná léčba před nástupem do programu služby následné péče

Absolvovaná léčba	Klienti	Absolventi
ústavní léčba	32	6
ambulantní léčba	3	0
terapeutická komunita	25	13
věznice se zvláštním režimem	2	0
Celkem	62	19

Tato tabulka popisuje, jakou poslední léčbu absolvovali klienti i absolventi programu před nástupem do služby následné péče. Klienti nejčastěji do programu nastoupili z ústavní léčby ve zdravotnickém zařízení (psychiatrické nemocnice), jedná se o 32 klientů (52 %). Z ambulantní léčby ve zdravotnickém zařízení (psychiatrické nemocnice) přišli pouze 3 klienti (5 %), z terapeutických komunit nastoupilo do programu 25 klientů (40 %) a z věznic se zvláštním režimem pouze 2 klienti (3 %).

Absolventy programu se stalo 6 klientů (32 %), kteří přišli z ústavní léčby ve zdravotnickém zařízení a 13 klientů (68 %) z terapeutických komunit. Klienti přicházející z ambulantní léčby ve zdravotnickém zařízení nebo z věznic se zvláštním režimem nebyli v tomto programu úspěšní a nestali se absolventy programu, klientů z těchto zařízení zároveň přichází velmi málo. Žadatelé z věznic nastupují nejčastěji ihned po podmíněném propuštění z výkonu trestu odnětí svobody. Nejúspěšnější skupinou jsou tedy absolventi přicházející z terapeutických komunit.

Graf 7: Kde jste se dozvěděl o programu služby následné péče v Jeseníku?



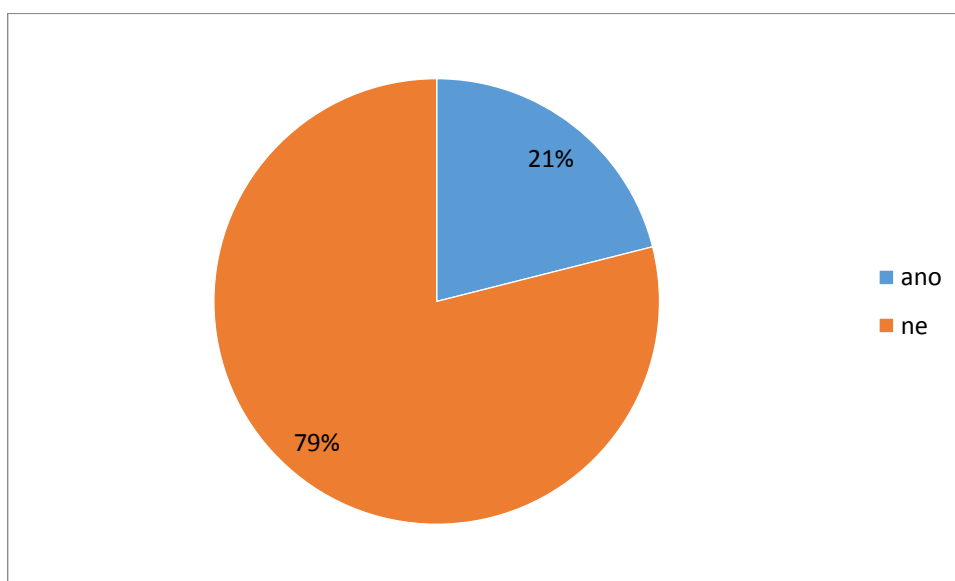
Klienti na počátku poskytování služby (dotazník č. 1) byli dotázáni, kde se dozvěděli o programu služby následné péče v Jeseníku. Informace od pracovníků služby následné péče při prezentaci, která proběhla během jejich léčby ve zdravotnickém nebo jiném zařízení, získalo 34 % klientů (21). Od pracovníků zařízení pro léčbu získalo informace 42 % klientů (26), jiní klienti informovali o službě 10 % klientů programu (6), internet využilo pro získání informací 13 % klientů (8) a 1 % klientů (1) uvedlo, že získalo informace z jiných zdrojů. V případě tohoto jednoho klienta zdrojem informací o službě následné péče byla rodina. Pracovníci služby následné péče prezentují poskytovanou službu pravidelně v psychiatrických nemocnicích a také v terapeutických komunitách. Prezentace služby slouží k seznámení potencionálních žadatelů s tím, co služba obnáší, jaká jsou její pravidla, jaké jsou podmínky pro přijetí atd. Dále jsou do různých zařízení distribuovány informační materiály, které mohou pracovníci zařízení pro léčbu využívat k informování o službě následné péče.

Tabulka 6: **Primární závislost**

Primární závislost	Klienti	Absolventi
alkohol	23	6
marihuana	0	0
pervitin	39	13
heroin	0	0
kokain	0	0
jiné látky	0	0
Celkem	62	19

Tato tabulka se věnuje primární závislosti klientů a absolventů programu. Na otázku „Jaká je Vaše primární (hlavní) závislost?“ vybrali klienti programu pouze možnost pervitin (39 klientů, 63 %) a alkohol (23 klientů, 37 %). Jiná z možností nebyla vybrána. Závislost na pervitinu uvedlo 13 absolventů (68 %) a závislost na alkoholu 6 absolventů (32 %). Službu následné péče tedy využívají pouze osoby primárně závislé na alkoholu nebo na pervitinu. V praxi se setkáváme s tím, že závislostí na alkoholu trpí převážně starší klienti než závislostí na pervitinu. U mnoha klientů vnímáme také přidružené závislosti, kdy se jedná např. o kombinaci pervitinu a marihuany nebo alkoholu a různých léků.

Graf 8: Relaps během programu



Na relaps během léčby byli dotázáni pouze absolventi programu (otázka č. 8, dotazník č. 2). K relapsu během poskytování programu došlo u 21 % absolventů (4), dalších 79 % absolventů (15) uvedlo, že během jejich léčby k relapsu nedošlo. Relaps je přirozenou součástí léčby závislosti. Klient služby může dle pravidel zrelapsovat pouze jedenkrát a dále musí splnit podmínky pro nahlášení relapsu. Pokud dodrží stanovená pravidla, může se vrátit zpět a v programu pokračovat.

Následující tabulky se zaměřují na životní situaci klientů a absolventů a věnují se konkrétně zaměstnání, bydlení a dluhové problematice.

Tabulka 7: Zaměstnání - klienti

Zaměstnání - klienti	Máte zaměstnání?	Chtěl byste si najít zaměstnání?
ano	0	62
ne	62	0
nevím	0	0
Celkem	62	62

Klienti programu byli dotázáni, zda mají zaměstnání. Všichni klienti uvedli, že zaměstnání nemají (62 klientů, 100 %). Na dotaz, zda by si chtěli zaměstnání najít, odpověděli všichni kladně (62 klientů, 100 %). Většina klientů si práci najde a dochází pak do zaměstnání již během programu.

Tabulka 8: **Zaměstnání - absolventi**

Zaměstnání - absolventi	Máte zaměstnání?
ano	17
ne	2
Celkem	19

17 absolventů programu (89 %) uvedli, že zaměstnání mají a pouze 2 absolventi (11 %) byli při absolvování programu nezaměstnaní. Nezaměstnanost může být v těchto případech způsobena špatným zdravotním stavem absolventů nebo nedostatkem pracovních míst v Jeseníku a okolí.

Tabulka 9: **Zaměstnání - absolventi**

Zaměstnání - absolventi	Kdo Vám pomáhal při hledání zaměstnání?
nikdo, zvládl jsem to sám	1
služba následné péče	16
někdo jiný	2
Celkem	19

U absolventů bylo dále zjišťováno, kdo jim při hledání zaměstnání pomáhal. Možnost „nikdo, zvládl jsem to sám“ vybral 1 klient (5%). Služba následné péče podle dat získaných ve výzkumu pomáhala 16 klientům (84 %) a někdo jiný pomohl při hledání zaměstnání 2 klientům (11 %). Služba následné péče je tedy úspěšná v pomoci klientům při hledání zaměstnání. Pracovníci programu aktivně vyhledávají volná pracovní místa. Absolventi se během programu naučili najít volná pracovní místa sami (např. vyhledáváním na internetu), naučili se psát životopis, seznámili se s tím, jak vypadá pracovní pohovor atd.

Tabulka 10: **Bydlení - klienti**

Bydlení - klienti	Máte vlastní bydlení?	Chtěl byste si jej zařídit?
ano	3	59
ne	59	2
nevím	0	1
Celkem	62	62

Vlastní bydlení mají na počátku poskytování služby 3 klienti (5 %). Zbývajících 59 klientů (95 %) bydlení nemá. Vlastní bydlení by si chtělo zařídit 59 klientů (95 %), 2 klienti (3 %) uvedli, že si jej zařídit nechtějí a 1 klient (2 %) zvolil možnost „nevím“.

Tabulka 11: **Bydlení - absolventi**

Bydlení - absolventi	Máte vlastní bydlení?
ano	19
ne	0
Celkem	19

19 absolventů (100 %) uvedlo, že mají vlastní bydlení.

Tabulka 12: **Bydlení - absolventi**

Bydlení - absolventi	Kdo Vám pomáhal při jeho hledání?
nikdo, zvládl jsem to sám	1
služba následné péče	17
někdo jiný	1
Celkem	19

Absolventi byli opět dále dotázáni, kdo jim pomáhal při hledání bydlení. Najít si bydlení sám bez pomoci zvládl 1 absolvent (5 %), 17 absolventů (90 %) využilo pomoc služby následné péče a 1 absolvent (5 %) uvedl, že mu pomohl někdo jiný. Z toho vidíme, že v pomoci klientům při hledání bydlení prokazuje služba následné péče velkou úspěšnost.

Tabulka 13: **Dluhy - klienti**

Dluhy - klienti	Máte dluhy?	Chtěl byste řešit svou dluhovou problematiku?
ano	41	46
ne	15	15
nevím	6	1
Celkem	62	62

Na otázku „Máte dluhy?“ odpovídali klienti programu takto: 41 klientů (66 %) uvedlo, že dluhy má, 15 klientů (24 %) dluhy nemá a 6 klientů (10 %) neví, zda má dluhy. Dluhovou problematiku by chtělo řešit 46 klientů (74 %), 15 klientů (24 %) dluhovou problematiku řešit nechce a 1 klient (2 %) neví, zda by ji chtěl řešit. Na řešení dluhové problematiky může služba následné péče s klienty spolupracovat. Prvním krokem často bývá pomoc při zjištění údajů z registru dlužníků, aby klient vůbec věděl, kolik a komu dluží. Většinou při nástupu do programu žádné dluhy nesplácí. Během programu jsou všichni klienti mající dluhy vedeni k tomu, aby svou dluhovou problematiku začali řešit a dluhy začali splácet. Po nástupu do zaměstnání mají klienti často exekuci na plat ze mzdy jim tak zbývá minimální částka.

Tabulka 14: **Dluhy - absolventi**

Dluhy - absolventi	Máte dluhy?
ano	13
ne	6
nevím	0
Celkem	19

13 absolventů (68 %) uvedlo, že má dluhy, 6 klientů (32 %) dluhy nemá. Možnost „nevím“ nevybral žádný klient.

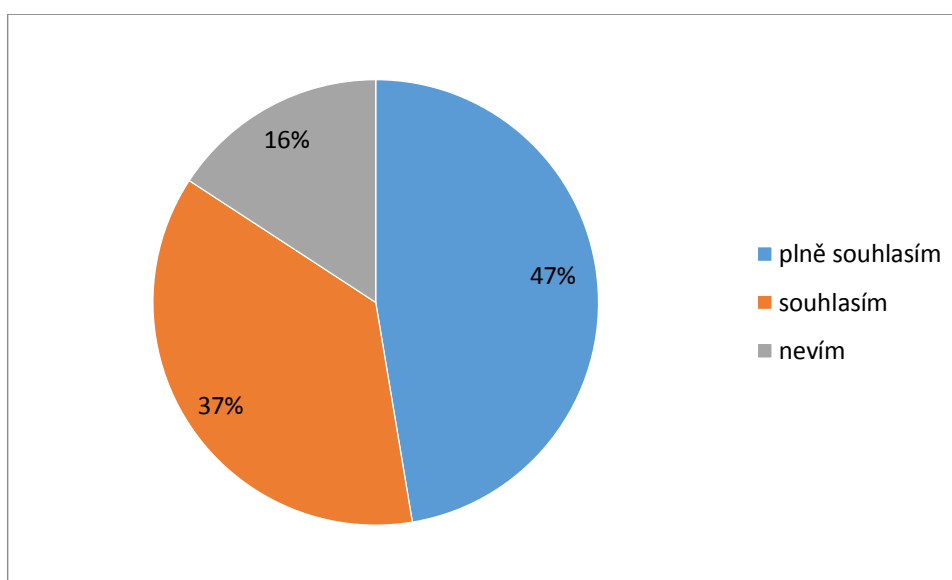
Tabulka 15: **Dluhy - absolventi**

Dluhy - absolventi	Kdo Vám pomáhal při řešení Vaší dluhové problematiky?
nikdo, zvládl jsem to sám	0
služba následné péče	18
někdo jiný	1
Celkem	19

Na otázku: „Kdo Vám pomáhal při řešení Vaší dluhové problematiky?“ odpověděli absolventi takto: 18 absolventů (95 %) uvedlo, že jim při řešení dluhové problematiky pomáhala služba následné péče a 1 absolvent (5 %) uvedl, že mu pomáhal někdo jiný. Žádný z absolventů nevybral možnost „nikdo, zvládl jsem to sám“. Pomoc služby následné péče během programu při řešení dluhové problematiky vyhledalo 18 absolventů, což poukazuje na to, že je služba funkční a úspěšná.

Následující grafy (graf 9 až graf 14) se týkají pouze absolventů (dotazník č. 2) a zaměřují se na postoje ke službě následné péče v Jeseníku. V těchto grafech je vyjádřen stupeň souhlasu (nesouhlasu) s uvedenými výroky.

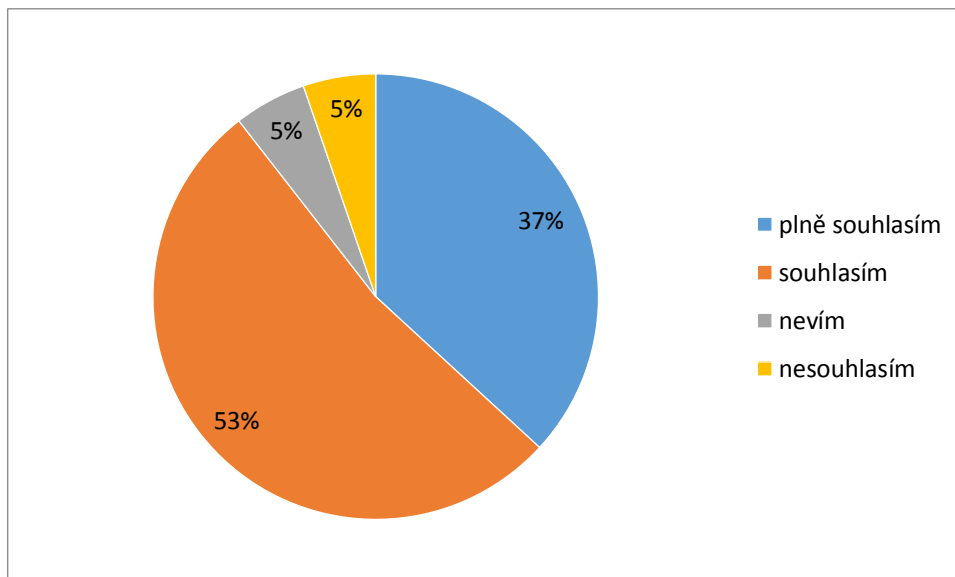
Graf 9: Služba následné péče je nezbytnou součástí celého procesu léčby závislostí



S výrokem „Služba následné péče je nezbytnou součástí celého procesu léčby závislostí.“ plně souhlasí 47 % absolventů (9), souhlas s výrokem uvedlo 37 %

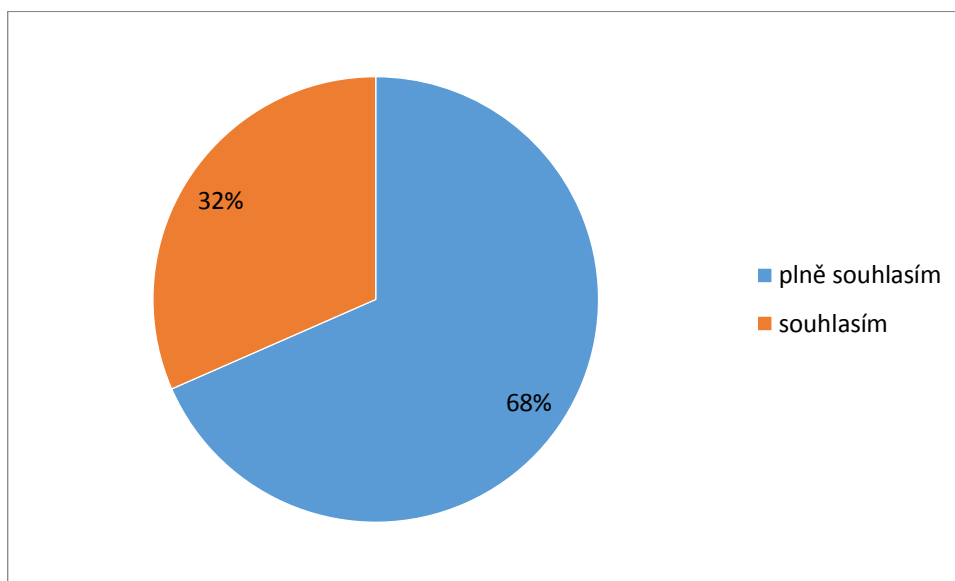
absolventů (7) a odpověď „nevím“ zvolilo 16 % absolventů (3). Nesouhlas nebo plný nesouhlas nevybral žádný z absolventů. To nám ukazuje, že absolventi považují službu za nezbytnou součást procesu léčby závislosti.

Graf 10: Stanovení přísných pravidel a kontrola jejich dodržování jsou důležité pro prevenci relapsu.



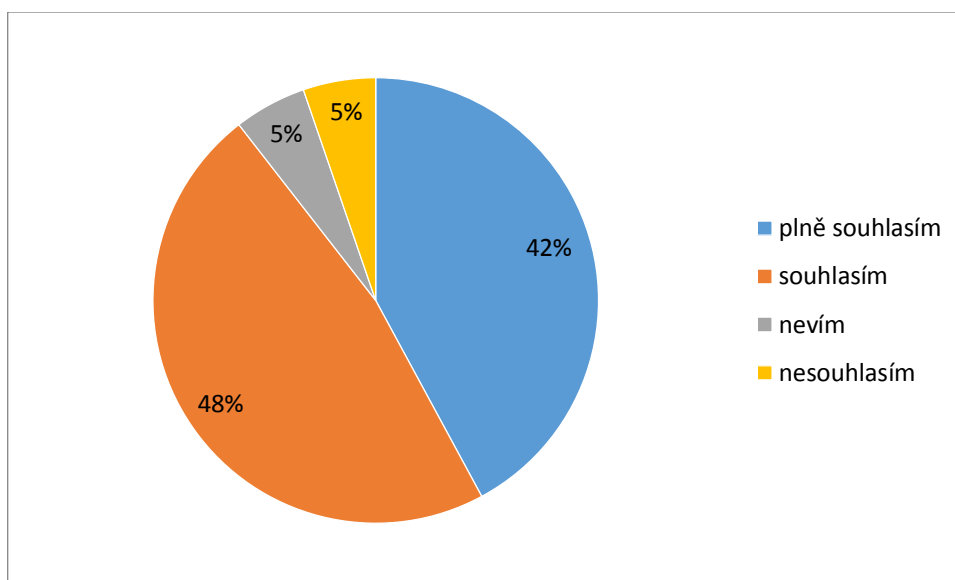
Plný souhlas s výrokem „Stanovení přísných pravidel a kontrola jejich dodržování jsou důležité pro prevenci relapsu.“ uvedlo 37 % absolventů (7), souhlasilo 53 % absolventů (10). Odpověď „nevím“ uvedlo 5 % absolventů (1) a nesouhlas vyjádřilo také 5 % absolventů (1). Přísná pravidla musí klienti během celého programu řádně dodržovat, jejich dodržování je kontrolováno a pravidla jsou vytvořena tak, aby sloužila k prevenci relapsu.

Graf 11: Je pro mě důležité, že jsem absolvoval tento program.



S výrokem „Je pro mě důležité, že jsem absolvoval tento program.“ uvedlo plný souhlas 68 % absolventů (13) a souhlasilo 32 % absolventů (6). Jiné možnosti nevybral žádný z absolventů. Všichni absolventi programu považují absolvování programu za důležité.

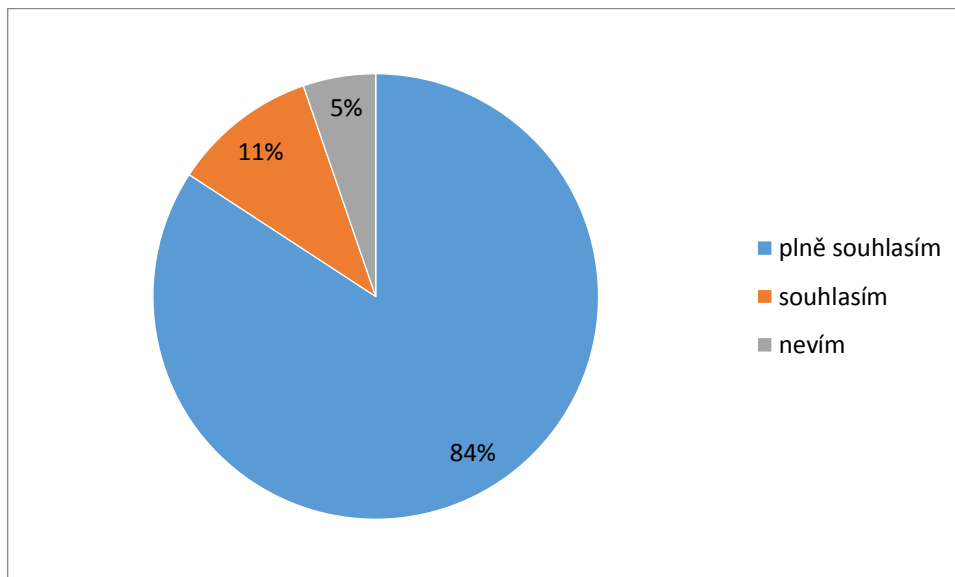
Graf 12: Rozsah poskytovaných služeb je dostačující.



Výrok „Rozsah poskytovaných služeb je dostačující.“ plně odsouhlasilo 42 % absolventů (8), souhlas vyjádřilo 48 % absolventů (9), nevyhraněný postoj k tomuto výroku uvedlo 5 % absolventů (1) a stejný počet absolventů s výrokiem nesouhlasil.

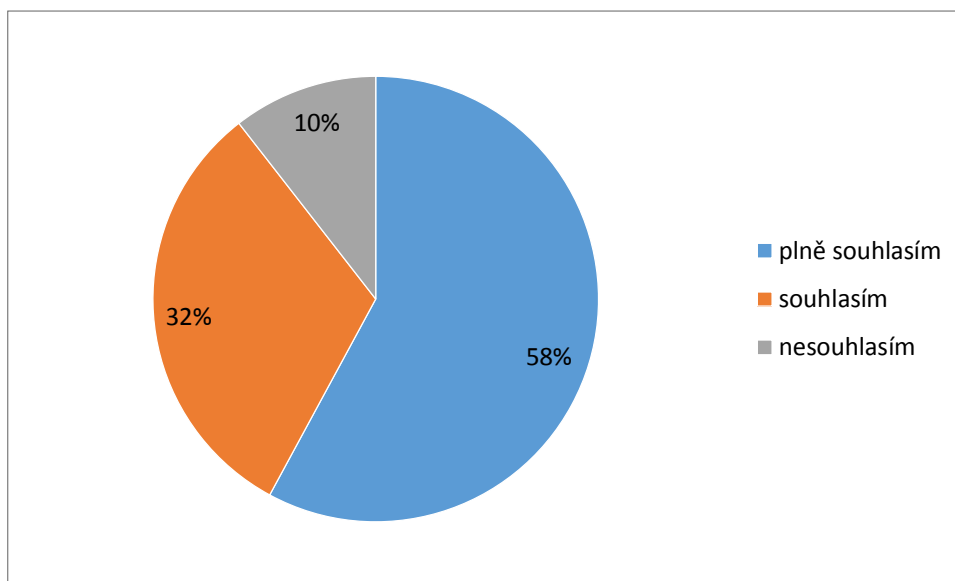
Téměř všichni absolventi souhlasí s tímto výrokem, což značí, že rozsah poskytovaných služeb je dostačující a není potřeba zařazovat další aktivity.

Graf 13: S poskytovanými službami jsem byl spokojen.



Výrok „S poskytovanými službami jsem byl spokojen.“ ohodnotili absolventi takto: plně souhlasilo 84 % z nich (16), souhlasilo 11 % (2) a možnost „nevím“ zvolilo 5 % absolventů (1). Tato data vypovídají o spokojenosti uživatelů sociální služby, kdy většina z absolventů programu byla s poskytovanými službami spokojena.

Graf 14: Po úspěšném absolvování tohoto programu věřím sám v sebe a jsem schopen samostatného života ve společnosti.



S posledním výrokem „Po úspěšném absolvování tohoto programu věřím sám v sebe a jsem schopen samostatného života ve společnosti.“ vyjádřilo plný souhlas 58 % absolventů (11), souhlasilo 32 % (6) a nesouhlas uvedlo 10 % absolventů (2). Více než polovina absolventů věří sama v sebe a myslí si, že jsou schopni vrátit se do samostatného života ve společnosti. Nesouhlas s tímto výrokem může být způsoben nízkým sebevědomím a obavami ze samostatného života.

8 Diskuze

Tato kapitola se věnuje diskuzi nad výsledky provedeného výzkumu, vyhodnocení výzkumných otázek a potvrzení nebo vyvrácení stanovených hypotéz. Součástí je také hodnocení funkčnosti (úspěšnosti) programu služby následné péče v Jeseníku a posouzení, zda je možné program zlepšit nebo dále rozvíjet.

Cílem provedeného výzkumu v této práci je hodnocení funkčnosti (úspěšnosti) programu služby následné péče v Jeseníku. Dílčím cílem je posouzení, zda je možné tento program do budoucna zlepšit nebo dále rozvíjet.

Byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

- Jak v letech 2016 a 2017 fungovala služba následné péče v Jeseníku?
- Je program služby následné péče úspěšný?
- Mění program situaci klientů a jejich život?
- Je možné program poskytované sociální služby do budoucna zlepšit nebo dále rozvíjet?

S ohledem na studium odborné literatury a na základě cílů výzkumu byly stanoveny tyto hypotézy:

- H1: Drogově závislí klienti jsou častějšími uživateli služby než klienti závislí na alkoholu.
- H2: Službu využívá více klientů do 35 let než klientů starších.
- H3: Klienti po léčbě v terapeutických komunitách jsou častěji absolventy programu než klienti po střednědobé léčbě v psychiatrických nemocnicích.
- H4: Po absolvování programu jsou klienti v lepší životní situaci než při nástupu do programu.

Pro tuto diplomovou práci jsem využila kvantitativní výzkum. Výzkumné šetření proběhlo metodou anonymních dotazníků (příloha 1, příloha 2). Byly vytvořeny dva dotazníky - dotazník č. 1 byl předkládán k vyplnění všem novým klientům v programu služby následné péče, respondenty pro dotazník č. 2 byli pouze absolventi programu. Byl uskutečněn předvýzkum, jehož účelem bylo zjistit, zda klienti porozuměli pokynům a otázkám v dotaznících, jaká je časová náročnost na vyplnění jednoho dotazníku a zda je možné získaná data správně vyhodnotit.

Výzkumného soubor byl vytvořen na základě dostupného výběru, protože nebylo možné použít náhodný výběr respondentů vzhledem k nízkému počtu respondentů. Využitím dostupného výběru získáváme data, která jsou značně úzká, týkají se převážně jen zkoumaných osob, a která nemusí být možné aplikovat na jiné zařízení. Toto je možné považovat za slabinu výzkumu.

Vyhodnocením výsledků dotazníkového šetření odpovídáme na první výzkumnou otázku, která zní: **„Jak v letech 2016 a 2017 fungovala služba následné péče v Jeseníku?“**

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 62 respondentů, kteří program využili v letech 2016 a 2017. Žádost o přijetí podalo 122 žadatelů o službu, ale téměř polovina těchto žadatelů do programu nenastoupila z různých důvodů - ukončili léčbu předčasně, nastoupili do jiného programu, již nemají o poskytovanou službu zájem apod. Program v letech 2016 a 2017 absolvovalo 19 klientů z původně přijatých 62.

V první části obou dotazníků byly pokládány identifikační otázky na věk, nejvyšší dosažené vzdělání, rodinný stav a děti. Nejčastějším uživatelem služby je klient ve věkové kategorii 26 - 35 let. Nejvyšším dosaženým vzděláním je mezi klienty programu vzdělání základní, následuje vyučení. V otázce na současný rodinný stav uvádí klienti nejčastěji, že jsou svobodní, více klientů je bezdětných. Naopak nejčastějšími absolventy programu jsou klienti ve věkové kategorii 36 - 45 let, nejvyšší dosažené vzdělání absolventů je základní, v otázce na rodinný stav absolventi uvedli, že jsou svobodní. Více absolventů je bezdětných.

Další část dotazníků tvoří otázky týkající se vztahů, léčby, zaměstnání, bydlení a dluhů. Klienti nejčastěji přicházejí z ústavní léčby ve zdravotnickém zařízení s primární závislostí na alkoholu nebo pervitinu. Mají se svými blízkými často narušené vztahy, ale snaží se si k sobě najít cestu a vztahy zlepšit. Do programu klienti nastupují jako nezaměstnaní, ve většině případů bez vlastního bydlení a často jsou zadlužení. Absolventy programu jsou nejčastěji klienti přicházející z terapeutických komunit, kde se podrobili dlouhodobé léčbě závislosti na pervitinu nebo alkoholu. Absolventi uvádějí, že se jejich vztahy s blízkými po absolvování programu zlepšily. Program služby následné péče ukončují jako zaměstnaní a s vlastním bydlením. Dluhy sice stále

mají, ale řádně se splácí. Absolventi byli navíc dotázáni, kdo jim pomáhal při hledání zaměstnání, vlastního bydlení a při řešení dluhové problematiky. Nejčastěji u těchto otázek uváděli, že jim byla nápomocna služba následné péče, což značí, že poskytovaná sociální služba naplňuje své cíle, jako je psychická a sociální stabilizace klienta a jeho podpora při návratu do běžného života. Sociální služba je tedy funkční a úspěšná.

Klienti při nástupu do programu byli navíc požádáni, aby uvedli, kde se dozvěděli o programu služby následné péče v Jeseníku. Nejvíce z nich dostalo informace od pracovníků zařízení, kde podstupovali léčbu. To vypovídá o dobré kvalitě poskytované sociální služby, protože kdyby byla poskytovaná služba špatná, pracovníci by ji nedoporučovali k doléčování.

Absolventi měli také uvést, zda v jejich případě proběhl během léčby relaps. Pouze 4 absolventi sdělili, že v jejich případě došlo k relapsu. Relaps ale chápeme jako přirozenou součást procesu léčby, proto nejsou ihned klienti z programu vyloučeni. K vyloučení dochází, až pokud klient poruší pravidla, která stanovují, jak se má v případě relapsu postupovat.

Absolventi byli dále požádáni o vyznačení svých postojů k různým výroky týkajících služby následné péče v Jeseníku. K vyjádření svého postoje k výroku měli na výběr tyto možnosti: plně souhlasím, souhlasím, nevím, nesouhlasím, plně nesouhlasím. Vyhodnocení těchto škál pro měření postojů bylo zjištěno, že téměř všichni absolventi považují program služby následné péče za nezbytnou součást celého procesu léčby závislostí. Přísná pravidla a kontrolu jejich dodržování považují absolventi za důležité pro prevenci relapsu. Absolvování programu je důležité pro všechny absolventy, všichni uvedli buď plný souhlas anebo souhlas. Rozsah poskytovaných služeb je dostačující, což vyplývá z hodnocení výroku absolventy. S výrokem „S poskytovanými službami jsem byl spokojen.“ souhlasili téměř všichni absolventi. Poslední výrok se týkal důvěry v sebe sama a schopnosti samostatného života ve společnosti. Bylo zjištěno, že více než polovina absolventů věří v sebe sama a myslí si, že jsou schopni vrátit se do samostatného života ve společnosti. Ve výjimečných případech se zde objevil nesouhlas s výrokem, což může být způsobeno nízkým sebevědomím absolventa a obavami ze samostatného života.

V posledním bodu dotazníku pro absolventy (dotazník č. 2) měli absolventi program možnost uvést cokoli, co by chtěli k dotazníku dodat. Někteří absolventi tuto

možnost využili a napsali krátké poděkování za poskytované služby a za možnost postavit se na vlastní nohy a začlenit se zpět do společnosti.

Tímto vyhodnocením výsledků výzkumu tedy odpovídáme na první výzkumnou otázku, která se zaměřuje na fungování služby následné péče v letech 2016 a 2017.

Zároveň na základě těchto výsledků můžeme odpovědět na další výzkumnou otázku: **„Je program služby následné péče úspěšný?“**.

Program služby následné péče můžeme na základě dostupných výsledků dotazníkového šetření zhodnotit jako úspěšný. Z 62 klientů přijatých do programu jej 19 absolvovalo (31 %), což je v náročné léčbě a doléčování závislostí možno pokládat za dobrý výsledek. Absolventi programu plně využili poskytované služby a tím pomohli naplňovat cíle služby. Jedná se především o psychickou a sociální stabilizaci klienta a jeho podporu při návratu do běžného života. Poskytovaná služba podporuje klienta v udržení změn chování a životního stylu, kterému se naučil během léčby v psychiatrické nemocnici, v komunitě nebo v jiném zařízení. Klientům služba následné péče pomáhá rozvíjet jejich dovednosti, znalosti a jejich samostatnost. Dále jsou klienti podporováni při zajišťování samostatného bydlení, při hledání zaměstnání a při hospodaření s financemi. Naplňováním těchto cílů se služba následné péče snaží o zvýšení nebo alespoň udržení žádoucí kvality života klientů. Stanovené cíle se dle zjištěných výsledků dotazníkového šetření daří službě naplňovat, takže můžeme říci, že je program služby následné péče úspěšný.

Další výzkumná otázka se zaměřila na změny v životní situaci a v životě klientů: **„Mění program situaci klientů a jejich život?“**.

Pro odpověď na tuto výzkumnou otázku jsou využity data z dotazníků týkající se vztahů, zaměstnání, bydlení a dluhové problematiky. Při nástupu do programu klienti uváděli, že vztahy s jejich blízkými jsou sice narušené, ale snaží se si k sobě najít cestu a jejich vztahy zlepšit. Více absolventů programu sdělilo, že se vztahy s jejich blízkými zlepšily. Žádný z klientů nebyl při nástupu do programu zaměstnán, naopak téměř všichni absolventi byli schopni si během programu zaměstnání najít. Většina z nich také uvedla, že při hledání zaměstnání jim byla nápomocna služba následné péče. Vlastní bydlení bylo na počátku programu pro většinu klientů nedostupné. S pomocí programu poskytované služby se jim ale podařilo najít vhodné bydlení a všichni se měli po

skončení programu kam přestěhovat. Dluhová problematika je dalším velkým problémem v životě klientů služby následné péče. Více než polovina klientů měla na počátku programu dluhy, někteří dokonce ani nevěděli, zda dluhy mají nebo nemají. Zakázka většiny klientů tedy zahrnovala také pomoc při řešení dluhové problematiky. Absolventi jsou schopni aktivně řešit svou dluhovou problematiku a také jsou schopni dluhy splácet, protože mají pravidelný příjem ze svého zaměstnání. Zde tedy vidíme body, kde dochází k pozitivním změnám v situaci klientů a v jejich životě.

Poslední výzkumná otázka směřuje k cíli evaluačního výzkumu a zní takto: **„Je možné program poskytované sociální služby do budoucna zlepšit nebo dále rozvíjet?“**.

Na základě výzkumného šetření můžeme uvést, že by bylo možné program poskytované sociální služby zlepšit a dále rozvíjet. Vzhledem k tomu, kolik klientů žádá o přijetí do programu, by bylo vhodné navýšit kapacitu pobytové formy. V hodnoceném období byla kapacita programu stále téměř naplněna a žadatelé v pořadníku museli na možný nástup čekat. Mohlo se tedy stát, že žadatel místo setrvání v léčbě a vyčkání na nástup do programu v Jeseníku zvolil nástup do jiného zařízení. Tímto mohl být tedy způsoben velký rozdíl mezi žadateli o přijetí do služby a skutečně nastupujícími klienty. V domě, kde je nyní služba následné péče poskytována, již není možné zajistit odpovídající prostory dalším klientům. Bylo by ale možné poskytovanou službu rozšířit a vytvořit např. bydlení pro klienty ve třetí fázi programu, která by se měla věnovat přípravě klienta na opuštění služby, takže by se jednalo o byt mimo pobytovou službu, na aktivity by dále klienti docházeli do domu služby následné péče.

Jako problematické spatřuji nemožnost zapojení žen do programu služby následné péče z důvodu nevhodného zázemí pobytové služby. Prostory pobytové služby nejsou uzpůsobeny tak, aby zde ženy měly dostatek soukromí. Není ani možné využívat některou z bytových jednotek pouze pro ženy kvůli malému zájmu žen o poskytovanou službu, protože by tímto bylo ohroženo naplnění kapacity služby a její plné využívání. Bylo by teda možné, stejně jako v minulém případě, pořídit malý byt a využívat jej pouze pro ženy. Aby byla kapacita bytu pro ženy, muselo by probíhat důkladné informování potencionálních klientek a také personálu různých zařízení pro léčbu.

Hledání zaměstnání je pro klienty se základním vzděláním často náročné. Nemohou např. najít pracovní pozici, pro kterou by splňovali požadavky. Možným

řešením by mohlo být uzavření dohody o zaměstnávání klientů mezi službou následné péče a např. technickými službami města Jeseník nebo s firmou některého z místních podnikatelů. Taková dohoda by usnadnila hledání zaměstnání klientům programu.

Program poskytované sociální služby by tedy bylo možné zlepšit a rozvíjet v těchto bodech:

- zvýšení kapacity programu tak, aby žadatelé v pořadníku nemuseli čekat na místo v programu dlouho a raději nevolili jiné zařízení
- zapojení žen do programu služby
- usnadnění zaměstnávání klientů se základním vzděláním.

Nyní se budu věnovat potvrzení nebo vyvrácení stanovených hypotéz.

H1: Drogově závislí klienti jsou častějšími uživateli služby než klienti závislí na alkoholu.

Obě skupiny respondentů byly v dotazníkovém šetření požádány, aby uvedli, jaká je jejich primární závislost. Z praxe víme, že mnoho klientů má k primární závislosti také přidruženou závislost (např. kombinace pervitin a marihuana nebo alkohol a léky). Klienti uváděli častěji závislost na pervitinu, druhou uváděnou je závislost na alkoholu. Jiné možnosti klienti nezvolili. Absolventi jsou častěji uživateli pervitinu než závislí na alkoholu. Tato zjištění potvrzují hypotézu H1: Drogově závislí klienti jsou častějšími uživateli služby než klienti závislí na alkoholu.

H2: Službu využívá více klientů do 35 let než klientů starších.

Do programu služby následné péče v Jeseníku nastoupilo nejvíce klientů ve věkové kategorii 26 - 35 let, další početnou skupinou byli klienti ve věku 36 - 45 let. Věkové kategorie 18 - 25 let a 46 - 60 let jsou téměř rovnoměrně zastoupeny. V dané období ale službu nevyužil žádný klient ve věkové kategorii 61 a více let. Program zdárně absolvovalo nejvíce klientů z věkové kategorie 36 - 45 let a poté následovali absolventi z kategorie 26 - 35 let. Tímto výsledkem můžeme potvrdit hypotézu H2: Službu využívá více klientů do 35 let než klientů starších.

H3: Klienti po léčbě v terapeutických komunitách jsou častěji absolventy programu než klienti po střednědobé léčbě v psychiatrických nemocnicích.

Klienti programu jako poslední absolvovanou léčbu před nástupem do programu služby následné péče uváděli nejčastěji ústavní léčbu ve zdravotnickém zařízení. Druhá nejčastější varianta u klientů na počátku programu je absolvovaná léčba v terapeutické komunitě. Absolventi naopak častěji uváděli, že před absolvováním programu služby následné péče podstoupili léčbu v terapeutické komunitě než ústavní léčbu ve zdravotnickém zařízení. Tento výsledek potvrzuje hypotézu H3: Klienti po léčbě v terapeutických komunitách jsou častěji absolventy programu než klienti po střednědobé léčbě v psychiatrických nemocnicích.

H4: Po absolvování programu jsou klienti v lepší životní situaci než při nástupu do programu.

K získání údajů pro ověření této hypotézy byly využity otázky týkající se vztahů, zaměstnání, bydlení a dluhové problematiky. Nejvyšší počet klientů při nástupu do programu uváděl, že vztahy s jejich blízkými jsou sice narušené, ale snaží se si k sobě najít cestu a jejich vztahy zlepšit. Více absolventů sdělilo, že se vztahy s jejich blízkými zlepšily. Při nástupu do programu všichni klienti uvedli, že nemají zaměstnání a všichni zároveň projevíli zájem o získání zaměstnání. Pouze dva absolventi programu zůstali nezaměstnaní, zbývajících 17 si našlo zaměstnání. Vlastní bydlení mělo při nástupu do programu pouze 5 % klientů (např. vlastnili dům nebo chtěli dále bydlet s rodiči apod.). Při absolvování programu měli všichni klienti zajištěno vlastní bydlení a měli se tedy z pobytové služby kam přestěhovat. Více než polovina klientů měla na počátku programu dluhy, které ve většině případů ani nespláceli, ale většina klientů by chtěla svou dluhovou problematiku řešit. Absolventi svou dluhovou problematiku aktivně řeší. Jsou zaměstnaní a mají tedy finance na hrazení dluhů, což považují za posun vpřed. Tímto můžeme hypotézu H4: Po absolvování programu jsou klienti v lepší životní situaci než při nástupu do programu také potvrdit.

V této kapitole proběhla diskuze nad výsledky provedeného výzkumu, byly zodpovězeny výzkumné otázky a potvrzeny stanovené hypotézy. Bylo také zhodnoceno, jak je program služby následné péče v Jeseníku funkční (úspěšný) a byly navrženy možnosti pro zlepšení nebo další rozvoj programu.

Závěr

Služba následné péče v Jeseníku se věnuje osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly střednědobou nebo dlouhodobou léčbu závislosti v psychiatrické nemocnici, terapeutické komunitě, v ambulantní léčbě nebo ve věznicí se zvláštním režimem. Tato sociální služba pomáhá klientům začlenit se po léčbě zpátky do běžného života a do společnosti. Snaží se flexibilně přizpůsobovat svou činnost požadavkům klientů služby a reagovat na změny potřeb svých klientů. Poskytovanými službami se zaměřuje na bio-psycho-socio-spirituální podstatu problematiky závislosti, což se týká daného jedince a zároveň celé společnosti. Služba následné péče splňuje standardy kvality sociálních služeb a je držitelem Certifikace odborné způsobilosti udělené Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

Cílem této práce bylo hodnocení funkčnosti a úspěšnosti programu. Dílčí cíl se zaměřil na posouzení, zda je možné tento program do budoucna zlepšit nebo dále rozvíjet. Symbolickým cílem této práce bylo informovat o existenci a potřebnosti sociálních služeb zaměřujících se na doléčování závislostí na alkoholových i nealkoholových drogách.

Pro naplnění stanovených cílů práce byl využit kvantitativní výzkum. Byla využita metoda anonymního dotazníku. Vznikly dva dotazníky, z nichž jeden byl určen pro klienty nastupující do programu a druhý pro absolventy programu. Na základě získaných údajů a dat byly zpracovány výsledky výzkumného šetření do tabulek a grafů s příslušným komentářem. Výsledky tohoto výzkumu vedly k potvrzení všech stanovených hypotéz, které se věnovaly závislosti uživatelů služby, jejich věku, absolvované léčbě a životní situaci klientů. Pro zodpovězení výzkumných otázek bylo v této práci také dostatek prostoru a na všechny stanovené otázky se podařilo odpovědět. Otázky se týkaly fungování služby, úspěšnosti programu, životní situace klientů a možností pro zlepšení a rozvíjení programu služby následné péče. Zlepšení a rozvíjení programu služby následné péče by se v budoucnu mohlo zabývat zvýšením kapacity programu tak, aby žadatelé v pořadníku nemuseli čekat na místo v programu dlouho a raději nevolili jiné zařízení. Tímto by mohla být služba úspěšnější a mohla by mít více absolventů. Zapojení žen do programu služby by bylo vhodné i přes malý zájem žen o službu, bylo by ale nutné vytvořit prostory, kde by ženy měly dostatek soukromí. Posledním návrhem pro zlepšení a rozvíjení programu služby následné péče je usnadnění zaměstnávání klientů se základním vzděláním, které by spočívalo ve

spolupráci služby s místními zaměstnavateli, kteří by mohli klienty služby zaměstnávat. Pro klienty se základním vzděláním je často náročné najít si takové zaměstnání, pro které splňují požadavky. Z výzkumného šetření vyplynulo, že služba následné péče je úspěšná v naplňování svých stanovených cílů, což je pomoc klientům při začlenění se po léčbě zpět do běžného života a do společnosti. Bylo také zjištěno, že pro absolventy bylo důležité, že absolvovali tento program a že po úspěšném absolvování programu větší část absolventů věří sami v sebe a jsou schopni samostatného života ve společnosti, což je pro naši společnost velmi důležité.

Seznam literatury

- Gavora, P. (2000). *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido.
- Hartl, P. (1997). *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Janebová, R. (2007). *Manažer v sociálních službách*. Hradec Králové: Gaudeamus.
- Kalina, K. (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia Nova.
- Kalina, K. (2003). *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti.
- Kiššová, L., ed. (2011). *Národní strategie protidrogové politiky na období 2010-2018*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Kovář, J. (2008). Evaluační výzkum. *AntropoWebzin*, č. 2-3, s. 87-100.
- Kudrle, S. (2003). Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In Kalina, K., *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup* (s. 91 – 95). Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti.
- Linderová I., Scholz P., Munduch M. (2016). *Úvod do metodiky výzkumu*. Jihlava: vysoká škola polytechnická Jihlava.
- Matoušek, O. (2005). *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál.
- Mravčík, V., ed. (2016). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mravčík, V., ed. (2017). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Nešpor, K. (2003). *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál.
- Preston, A. (1996). *The methadone briefing*. London: ISDD.

Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2015). *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Richterová Těmínová, M. (2008). *Systém péče a jeho složky*. In Kalina, K. a kol., *Základy klinické adiktologie* (s. 376 -377). Praha: Grada Publishing.

Rossi, P. H., Freeman, H. E., Lipsey, M. W. (2004). *Evaluation: a systematic approach*. Thousand Oaks: Sage.

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

Vavrinčíková, L., Libra, J., Miovský, M. (2013). *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*. Praha: Společnost pro návykové nemoci ČSL JEP.

Vodáčková, D. (2002). *Krizová intervence*. Praha: Portál.

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

Zákon o opatřeních k ochraně před škodami působenými užíváním alkoholu, tabákových výrobků a jiných návykových látek. Zákon č. 379/2005 Sb., v účinném znění k 15.4.2018.

Zákon o sociálních službách. Zákon č. 108/2006 Sb., v účinném znění k 22.9.2017.

Online zdroje

American Psychiatric Association (2017): What is Addiction? [online]. Dostupné 18.9.2017 z <https://www.psychiatry.org/patients-families/addiction/what-is-addiction>

American Society of Addiction Medicine (2011): Public Policy Statement: Definition of Addiction [online]. Dostupné 15.9.2017 z <https://www.asam.org/resources/definition-of-addiction>

Anonymní alkoholici (2011): Dvanáct kroků AA [online]. Dostupné 18.9.2017 z <http://www.anonymnialkoholici.cz/o-nas/dvanact-kroku.html>

Libra, J., Adameček, D., Herzog, A., Krutilová, D., Randák, D., Sklenář, V., Šedivá, D. (2012): Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby [online]. Dostupné 19.9.2017 z <http://www.snncls.cz/category/standardy>

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (2015): Mapa pomoci [online]. Dostupné 15.4.2018 z <https://www.drogy-info.cz/mapa-pomoci/>

Národní vzdělávací fond (2009): Certifikační agentura Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky [online]. Dostupné 29.9.2017 z <http://www.cekas.cz/content/certifikacni-agentura-rady-vlady-pro-koordinaci-protidrogove-politiky>

Rod, A. (2012): Likertovo škálování [online]. Dostupné 23.4.2018 z <https://nb.vse.cz/kfil/elogos/science/rod12.pdf>

Standardy kvality sociálních služeb (2008): Výkladový sborník pro poskytovatele, tematická diskusní setkání a publikace [online]. Dostupné 18.4.2018 z https://www.mpsv.cz/files/clanky/5966/4_vykladovy_sbornik.pdf

Substituční léčba (2017): Ambulantní péče [online]. Dostupné 18.9.2017 z <http://www.substitutni-lecba.cz/ambulantni-pece>

Substituční léčba (2017): Stacionární programy [online]. Dostupné 18.9.2017 z <http://www.substitutni-lecba.cz/stacionarni-programy>

Seznam obrázků

Obrázek 1: Dům služby následné péče

Seznam tabulek

Tabulka 1: Přehled služeb následné péče a doléčování pro uživatele návykových látek v krajích ČR

Tabulka 2: Výzkumný soubor

Tabulka 3: Věk

Tabulka 4: Máte děti?

Tabulka 5: Poslední absolvovaná léčba před nástupem do programu služby následné péče

Tabulka 6: Primární závislost

Tabulka 7: Zaměstnání - klienti

Tabulka 8: Zaměstnání - absolventi

Tabulka 9: Zaměstnání - absolventi

Tabulka 10: Bydlení - klienti

Tabulka 11: Bydlení - absolventi

Tabulka 12: Bydlení - absolventi

Tabulka 13: Dluhy - klienti

Tabulka 14: Dluhy - absolventi

Tabulka 15: Dluhy - absolventi

Seznam grafů

Graf 1: Nejvyšší dosažené vzdělání klientů programu

Graf 2: Nejvyšší dosažené vzdělání klientů programu

Graf 3: Rodinný stav klientů programu

Graf 4: Rodinný stav absolventů programu

Graf 5: Vztahy klientů s jejich blízkými

Graf 6: Vztahy absolventů s jejich blízkými

Graf 7: Kde jste se dozvěděl o programu služby následné péče v Jeseníku?

Graf 8: Relaps během programu

Graf 9: Služba následné péče je nezbytnou součástí celého procesu léčby závislosti

Graf 10: Stanovení přísných pravidel a kontrola jejich dodržování jsou důležité pro prevenci relapsu.

Graf 11: Je pro mě důležité, že jsem absolvoval tento program.

Graf 12: Rozsah poskytovaných služeb je dostačující.

Graf 13: S poskytovanými službami jsem byl spokojen.

Graf 14: Po úspěšném absolvování tohoto programu věřím sám v sebe a jsem schopen samostatného života ve společnosti.

Seznam příloh

Příloha 1: Dotazník č. 1 - Evaluace léčby klientů služby následné péče

Příloha 2: Dotazník č. 2 - Evaluace léčby klientů služby následné péče

Přílohy

Příloha 1: **Dotazník č. 1 - Evaluace léčby klientů služby následné péče**

Dotazník č. 1

Evaluace léčby klientů služby následné péče

Dobrý den,

chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí výzkumu pro mou diplomovou práci. Vaše odpovědi jsou pro mě velice důležité, proto prosím odpovídejte pravdivě.

Děkuji za spolupráci.

Bc. Monika Siváková

(studentka Charitativní a sociální práce na CMTF UPOL)

1. Věk:

- a) 18 – 25
- b) 26 – 35
- c) 36 – 45
- d) 46 – 60
- e) 61- více

2. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) základní škola
- b) vyučen
- c) střední škola

d) vyšší odborná škola

e) vysoká škola

3. Jaký je Váš současný rodinný stav:

a) svobodný

b) ženatý

c) rozvedený

d) vdovec

4. Máte děti?

a) ano

b) ne

5. Jaké máte vztahy se svými blízkými?

a) dobré, pravidelně se stýkáme

b) narušené, ale snažíme se k sobě najít cestu a naše vztahy zlepšit

c) narušené, v kontaktu jsme jen v nejnútnejších případech

d) špatné, nestýkáme se

6. Jakou poslední léčbu jste před nástupem do programu absolvoval/a?

- a) ústavní léčba ve zdravotnickém zařízení (psychiatrická nemocnice)
- b) ambulantní léčba ve zdravotnickém zařízení (psychiatrická nemocnice)
- c) léčba v terapeutické komunitě
- d) léčba ve věznici se zvláštním režimem

7. Kde jste se dozvěděl o programu služby následné péče v Jeseníku?

- a) z prezentace pracovníků služby následné péče, která proběhla během mé léčby ve zdravotnickém nebo jiném zařízení
- b) od pracovníků zařízení pro léčbu
- c) od jiných klientů
- d) z internetu
- f) z jiných zdrojů:

8. Jaká je Vaše primární (hlavní) závislost?

- a) alkohol
- b) marihuana
- c) pervitin
- d) heroin
- e) kokain
- f) jiné látky

9. Jste zaměstnaný?

- a) ano
- b) ne

10. Pokud nejste zaměstnaný, chtěl byste si najít zaměstnání?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

11. Máte vlastní bydlení?

- a) ano
- b) ne

12. Pokud nemáte vlastní bydlení, chtěl byste si jej zařídit?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

13. Máte dluhy?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

14. Chtěl byste řešit svou dluhovou problematiku?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Děkuji Vám za vyplnění tohoto dotazníku.

Evaluace léčby klientů služby následné péče

Dobrý den,

chtěla bych Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí výzkumu pro mou diplomovou práci. Vaše odpovědi jsou pro mě velice důležité, proto prosím odpovídejte pravdivě.

Děkuji za spolupráci.

Bc. Monika Siváková

(studentka Charitativní a sociální práce na CMTF UPOL)

1. Věk:

- a) 18 – 25
- b) 26 – 35
- c) 36 – 45
- d) 46 – 60
- e) 61- více

2. Nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) základní škola
- b) vyučen
- c) střední škola

- d) vyšší odborná škola
- e) vysoká škola

3. Jaký je Váš současný rodinný stav:

- a) svobodný
- b) ženatý
- c) rozvedený
- d) vdovec

4. Máte děti?

- a) ano
- b) ne

5. Jak hodnotíte vztahy se svými blízkými po absolvování programu?

- a) vztahy se zlepšily
- b) vztahy zůstaly stejné
- c) vztahy se zhoršily

6. Jakou poslední léčbu jste před nástupem do programu absolvoval?

- a) ústavní léčba ve zdravotnickém zařízení (psychiatrická nemocnice)
- b) ambulantní léčba ve zdravotnickém zařízení (psychiatrická nemocnice)
- c) léčba v terapeutické komunitě
- d) léčba ve věznici se zvláštním režimem

7. Jaká je Vaše primární (hlavní) závislost?

- a) alkohol
- b) marihuana
- c) pervitin
- d) heroin
- e) kokain
- f) jiné látky

8. Nastal u Vás během programu relaps?

- a) ano
- b) ne

9. Jste zaměstnaný?

- a) ano
- b) ne

10. Pokud jste zaměstnaný, kdo Vám pomáhal při hledání zaměstnání?

- a) nikdo, zvládl jsem to sám
- b) služba následné péče
- c) někdo jiný

11. Máte vlastní bydlení?

- a) ano
- b) ne

12. Pokud máte vlastní bydlení, kdo Vám pomáhal při jeho hledání?

- a) nikdo, zvládl jsem to sám
- b) služba následné péče
- c) někdo jiný

13. Máte dluhy?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

14. Kdo Vám pomáhal při řešení Vaší dluhové problematiky?

- a) nikdo, zvládl jsem to sám
- b) služba následné péče
- c) někdo jiný

15. Jaký je Váš postoj ke službě následné péče v Jeseníku? Zakroužkujte, jak moc souhlasíte (nesouhlasíte) s jednotlivými výroky.

Služba následné péče je nezbytnou součástí celého procesu léčby závislosti.

Plně souhlasím – souhlasím – nevím – nesouhlasím – plně nesouhlasím

Stanovení přísných pravidel a kontrola jejich dodržování jsou důležité pro prevenci relapsu.

Plně souhlasím – souhlasím – nevím – nesouhlasím – plně nesouhlasím

Je pro mě důležité, že jsem absolvoval tento program.

Plně souhlasím – souhlasím – nevím – nesouhlasím – plně nesouhlasím

Rozsah poskytovaných služeb je dostačující.

Plně souhlasím – souhlasím – nevím – nesouhlasím – plně nesouhlasím

S poskytovanými službami jsem byl spokojen.

Plně souhlasím – souhlasím – nevím – nesouhlasím – plně nesouhlasím

Po úspěšném absolvování tohoto programu věřím sám v sebe a jsem schopen samostatného života ve společnosti.

Plně souhlasím – souhlasím – nevím – nesouhlasím – plně nesouhlasím

16. Chcete k dotazníku něco dodat?

Děkuji Vám za vyplnění tohoto dotazníku.