

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyriľometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Bakalářská práce

2012

Petr Šeda

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyriľometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Petr Šeda

*Využití metod měření kvality života při evaluaci
následné péče osob závislých na návykových látkách*

Bakalářská práce

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

2012

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

V Olomouci dne 9.4.2012

.....

Petr Šeda

Poděkování.

Děkuji Mgr. Julii Wittmannové, PhD. za odborné vedení mé bakalářské práce a za její velmi přínosné rady. Dále bych rád poděkoval P-centru v Olomouci a jejím klientům, za možnost provést výzkum. Také děkuji své celé rodině za velkou podporu při studiu.

Úvod.....	6
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA	8
1.1 Vymezení kategorie závislosti	8
1.1.1 Závislost	8
1.1.2 Primární návykové látky.....	9
1.1.3 Uživatelé návykových látek	11
1.1.4 Hazardní hra	12
1.2 Služby a zařízení k léčbě závislostí	12
1.2.1 Terénní programy	12
1.2.2 Nízkoprahová kontaktní zařízení.....	13
1.2.3 Ambulantní léčba	13
1.2.4 Pobytová léčba (rezidenční léčba, ústavní léčba).....	14
1.2.5 Doléčování, chráněné byty	15
1.3 Následná péče osob závislých na návykových látkách.....	16
1.3.1 Program následné péče.....	17
1.3.2 Následná péče P-centrum Olomouc	18
1.3.2.1 Evaluace kvality a efektivity následné péče v P-centru.....	23
1.3.2.2 Doléčovací program P-centra	23
1.3.2.3 Chráněné byty	28
1.4 Teorie evaluace	28
1.4.1 Evaluace	29
1.4.2 Programová evaluace	29
1.4.2.1 Typy programové evaluace.....	30
1.5 Kvalita života a způsoby jejího měření.....	31
1.5.1 Kvalita život jako pojem	31
1.5.1.1 Medicínský přístup ke kvalitě života	33
1.5.1.2 Psychologický přístup ke kvalitě života	34
1.5.1.3 Sociologický přístup ke kvalitě života.....	34

1.5.2	Možnosti měření kvality života.....	35
1.5.2.1	Metoda měření kvality života - objektivní.....	35
1.5.2.2	Metody měření kvality života - subjektivní.....	36
1.5.2.3	Výzkum kvality života osob se závislostí.....	37
2	VÝZKUMNÁ ČÁST	38
2.1	Výzkumný cíl a výzkumné otázky.....	38
2.2	Metodika práce	39
2.2.1	Výzkumný soubor	39
2.2.2	Průběh a organizace výzkumu.....	40
2.2.3	Použité metody	41
2.2.3.1	Metoda SEIQoL.....	41
2.2.3.2	Metoda SQUALA.....	42
2.2.4	Zpracování dat.....	43
2.3	Výsledky a diskuze	45
2.3.1	Výzkumná otázka č. 1	46
2.3.2	Výzkumná otázka č. 2	50
2.3.3	Výzkumná otázka č. 3	51
	Závěr	55
	Seznam tabulek a grafů	58
	Literatura.....	59
	Přílohy.....	63

Úvod

Oblast práce s lidmi závislými na návykových látkách prošla během posledních dvaceti let postupným vývojem, stejně jako celá oblast nestátních neziskových organizací. Došlo k postupné profesionalizaci a k vysoké odbornosti, během posledního desetiletí došlo i k ukotvení odbornosti v zákonech. Odborná pracoviště jsou registrována jako sociální služby dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách (Zákon o sociálních službách), programy pro osoby se závislostmi jsou navíc certifikovány od Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (Úřad vlády ČR, 2012a,b). Tyto pracoviště pak dodržují standardy kvality poskytovaných služeb. Součástí těchto standardů je i evaluace poskytovaných programů či služeb. Služba následné péče P-centra Olomouc, kde jsem vykonával praxi v druhém ročníku studia, hledala další nástroj pro evaluaci svého programu doléčování a chráněných bytů.

Cílem mé práce je ověřit, zda dotazníky které měří kvalitu života, přinesou relevantní informace pro zmíněný účel evaluace programu doléčování a chráněných bytů. Pro svoji práci jsem zvolil metodu studia literatury (odborných textů i interních dokumentů), metody kompilace zdrojů a výzkum prostřednictvím polostrukturovaného dotazníku SEIQoL a strukturovaného dotazníku SQUALA.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. V úvodní kapitole teoretické části se věnuji vymezení teorie závislosti, uživatelům návykových látek a primárním návykovým látkám. V další kapitole stručně představím jednotlivá zařízení, které předcházejí následné péči, abych zobrazil kontinuum péče o lidi se závislostí. Následná péče je jedním z posledních článků v celém systému péče o osoby se závislostí a jedním z hlavních cílů následné péče je i udržení změn, ke kterým došlo v předchozí léčbě. V následující kapitole již podrobněji představuji samotný program následné péče, nejprve v obecné rovině a poté pomocí interních materiálů P-centra, představuji konkrétní program doléčování v tomto zařízení.

Dále se věnuji obecné teorii evaluace, zmiňuji i jednotlivé typy programové evaluace, neboť téma práce se vztahuje k hodnocení programu následné péče.

Dotazníky SQUALA i SEIQoL použité v této práci, měří kvalitu života. Kvalita života je obsahem poslední teoretické kapitoly. Uvádím zde jednotlivé přístupy ke kvalitě života jako pojmu a možnosti jejího měření.

Výzkumná část se podrobněji věnuje výzkumu, který proběhl v P-centru v Olomouci. Nejdříve jsou stanoveny výzkumné otázky, metodika práce, popsán výzkumný soubor a průběh i organizace výzkumu. Dále podrobněji popisují použité metody, jejich vyhodnocení a celkové zpracování dat. Samostatná část je věnována výsledkům. Protože máme více výzkumných otázek, které jsou dále tvořeny podotázkami, pro přehlednost jsem spojil výsledky s diskuzí.

K výběru tématu z oblasti následné péče osob závislých na návykových látkách mne vedl osobní a posléze i profesní zájem o tuto problematiku. Ještě než jsem si zvolil téma bakalářské práce, vybral jsem si jako svou cílovou skupinu osoby se závislostí na návykových látkách, neboť jsem sám bývalý uživatel a tato skupina mě je víc než blízká. Následnou péčí P-centrum v Olomouci jsem prošel nejprve jako klient v roce 2008, poté jako stážista ve druhém ročníku studia v roce 2011, přes dlouhodobou stáž až po nynější zaměstnání (od 9/2011) jako asistent sociálního pracovníka.

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

1.1 Vymezení kategorie závislosti

Tato práce se věnuje oblasti následné péči osob závislých na návykových látkách a hazardní hře. V následující části se zabýváme závislostí, návykovými látkami, uživateli návykových látek a hazardní hrou.

1.1.1 Závislost

Nešpor s Czemy (2003, s. 26) ve své knize uvádějí tuto zjednodušenou definici závislosti podle mezinárodní klasifikace nemocí:

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

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

Závislost dělíme na somatickou a na psychickou:

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

1.1.2 Primární návykové látky

Návykové látky, které klienti následné péče udávají jako svou primární drogu jsou zejména pervitin, heroin, a alkohol (P-centrum, [2010], s. 41). Časté jsou také vzájemné kombinace těchto látek a souběžné užívání například s marihuanou. Podrobněji si v následující části představíme primární látky. Mezi primární a návykové látky zařazují i konopné drogy. Důvod zařazení je ten, že je klienty uváděna jako nejčastější souběžně zneužívaná látka.

- Pervitin (methamfetamin) - patří mezi stimulanty, látky které působí na centrální nervový systém. Zvyšuje se produkce dopaminu, serotoninu a noradrenalinu, což způsobí, že je organismus připravený, jako by měl podat vrcholný výkon. Po aplikaci látky (nitrožilně, šňupáním, ústy, kouřením) je stav výrazné euforie, chybí pocit hladu, spánku. Intoxikovaný snadno přeceňuje své schopnosti, cítí se obdařen velkou silou (fyzickou i duševní) a energií. Methamfetamin působí anxiogenně, vyvolává úzkost, agresivitu. V organismu působí zvýšený krevní tlak, zvýšenou tepovou frekvenci. Po odeznění látky se dostaví fyzická i psychická únava, tzv. „dojezd“. Následný spánek může být i několikadenní, záleží na předchozí době opakovaného několikadenního užití, kdy intoxikovaný nespí i několik dnů. Dlouhodobou konzumací trpí celý organismus, zejména kardiovaskulární systém, dochází k srdečním a mozkovým příhodám. Působením potlačení pocitu hladu dochází k výraznému úbytku tělesné hmotnosti. Vlivem dlouhodobého užívání může dojít ke vzniku toxické psychózy. Psychóza může mít stejný klinický obraz jako schizofrenie, často není odlišitelná. Intoxikovaný s akutní psychózou má paranoidní představy že mu chce někdo ublížit, má i halucinace (Minařík in Kalina a kol., 2003a, s. 164). Dlouhodobým užíváním pervitinu vzniká psychická závislost, která se vyznačuje zejména pocitem tzv. bažení – cravingem, což je „silná touha užít látku“ (Nešpor, 2007, s. 11).
- Heroin – patří do skupiny opiátů, podskupiny opioidů, je to polysyntetický derivát morfinu, výroba začala jako lék proti závislosti na morfinu. Jde o celosvětově nejrozšířenější drogu vůbec. Opioidy se v lékařství používají jako nejsilnější léky proti bolesti. Tyto látky působí na receptory v celém centrálním nervovém systému. Po užití celkové zklidnění až útlum, pocitu euforie. Heroin

se aplikuje nitrožilně, šňupáním a kouřením. Užití látky (zejména zpočátku užívání) je spojené s nevolností, zvracením, pocity svědění celého těla, neschopností koncentrace. Zvyšuje se tolerance k látce, snižuje se pocit euforie. Dlouhodobé zneužívání působí škodlivě na celý organismus, zejména na centrální nervový systém, krevní oběh, dýchací ústrojí, trávicí trakt, urogenitální systém a další. Chronickým abusem je nejvíce postižen charakter uživatele, intelekt zůstává nenarušen. Vlivem vzniku somatické závislosti, kdy organismus látku potřebuje, a změnou charakteru dochází k morálnímu úpadku uživatele, stává se líným, apatickým, bezohledným. Potřeba látky se stává náplní jeho života a často dochází k trestné činnosti. Každodenní stereotyp potřeby a shánění látky vede často k sebevraždám (Minařík in Kalina a kol., 2003b, s. 159-162)

- Alkohol (chemicky ethylalkohol) - látka která vzniká kvašením sacharidů, vyšší koncentrace je dosaženo destilací. Alkohol působí na centrální nervový systém tlumivě. Akutní nekomplikovaná intoxikace se projevuje jako opilost, nižší dávky působí stimulačně, dochází k psychomotorickému vybuzení, zvýšené sebevědomí, zlepšení nálady, mnohomluvnosti. Zvýšená koncentrace alkoholu v krvi ale již působí tlumivě, dochází k celkovému útlumu, pokud koncentrace alkoholu překročí kritickou hranici (kterou má každý individuální) pak dochází k somnolenci, spánku, případně k bezvědomí a ke smrti. Dlouhodobé užívání alkoholu má škodlivý vliv na celý organismus, zejména na vnitřní orgány. Vlivem alkoholu také dochází k psychotickým poruchám, kam se řadí alkoholická demence, alkoholická paranoidní psychóza a alkoholická halucinóza. Závislost na alkoholu je somatického typu (Popov in Kalina a kol., 2003, s. 151-156).
- Konopné drogy (marihuana a hašiš - zpracované konopí) – rostlina konopí obsahuje několik psychoaktivních látek, z nich je nejvýznamnější THC (tetrahydrocannabinol). Užívá se nejvíce kouřením, případně ústy, ve formě přidávání sušeného konopí (hlavně samičí květy) do jídla, někdy jako vývar konopí v mléce a másle. Po užití se dostavuje mírná euforie a uvolnění, může se dostavit i nekontrolovaný záchvat smíchu, dostavuje se zkreslené vnímání času a prostoru, čas se zdá být delší než ve skutečnosti je, vše se jakoby vleče. „Celkový stav se blíží mírně meditativnímu ponoření do vlastních pocitů, nálad,

myšlenek a fantazií“ (Miovský in Kalina a kol., 2003, s. 176). U intoxikovaného je pocit hladu, sucho v ústech. Psychická závislost na konopných drogách byla pozorována u 8-10% dlouhodobých uživatelů (Miovský in Kalina a kol., 2003). Rizika pro klienty následných péčí jsou zejména v setrvávání v kontaktu s drogami, dalšími uživateli konopných látek, kteří by mohli mít přístup i k jiným látkám a v riziku snížené pozornosti k rizikovému chování při akutní intoxikaci

Dalšími látkami jsou halucinogeny, těkavé látky a zneužívané léky.

1.1.3 Uživatelé návykových látek

Cílová skupina jsou uživatelé návykových látek s různě rozvinutou závislostí. Uživatele návykových látek můžeme rozdělit dle množství a intenzity jejich užívání (Mullerová, Matoušek, Vondrášková in Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005, s. 212).

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

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

1.1.4 Hazardní hra

Hazardní hráčství, ačkoliv má mnoho společných rysů se závislostí, není závislostí ve smyslu klasifikace Světové zdravotnické organizace MKN-10. V této klasifikaci se řadí mezi „návykové a impulzivní poruchy“. Nešpor (2007, s. 27) uvádí tuto definici dle MKN-10:

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

1.2 Služby a zařízení k léčbě závislostí

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

1.2.1 Terénní programy

Terénní program je určen aktivním uživatelům drog, slouží zejména pro výměnu injekčních stříkaček a jehel, distribuci kondomů a dezinfekčních prostředků, k informování uživatelů o rizicích užívání, možnostech léčby. Probíhá v přirozeném prostředí klientů, na ulici, terénní kontaktní pracovník je většinou člověk, který má blízko ke kultuře samotných klientů (Hrdina, Korčíšová in Kalina a kol., 2003).

1.2.2 Nízkoprahová kontaktní zařízení

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

1.2.3 Ambulantní léčba

Ambulantní léčba probíhá bez nutnosti vytrhnout klienta z jeho prostředí. Klient dochází do zařízení, kde se léčba poskytuje, délka léčby a frekvence docházení je v každém takovém zařízení individuální, nicméně by měla být dopředu dohodnuta s klientem a pevně zakotvena v individuálním plánu léčby. Ambulantní léčba je vhodná zejména pro klienty, kteří mají sociální a rodinné zázemí, jež je jim oporou či alespoň není ohrožující. Jsou motivovaní a jsou schopni větší sebekontroly ve styku s prostředím a vlivy, ve kterých dříve užívali návykové látky či hráli hazardní hry.

Za účinnou se považuje až léčba od délky trvání tří měsíců a frekvence docházení do léčebných zařízení minimálně dvě až tři návštěvy týdně.

Formy ambulantních léceb

- A. *AT poradny* – ambulantní psychiatrická zařízení, která se zaměřují na závislosti. Klient po dohodě s lékařem dochází obvykle dvakrát až třikrát týdně na pohovor, v krizových situacích může být kontakt i častější (Hampl in Kalina, 2003).
- B. *ambulantní skupiny* – při terapeutických zařízeních nebo jako svépomocné fungují skupiny, které se schází dvakrát až třikrát týdně. V současnosti fungují v ČR svépomocné skupiny Anonymních alkoholiků a Anonymních narkomanů.
- C. *denní stacionář* – klient dochází do zařízení zpravidla každý všední den do léčebného programu, který je od ranních do odpoledních či večerních hodin. Klient tráví v léčebném zařízení celý den, kdy se účastní programu. Program tvoří, podobně jako při ústavní či rezidenční formě léčby, skupinová terapie, individuální pohovory s terapeuty, pracovní terapie, volnočasové aktivity atd.

Často bývá součástí léčebného programu i vztahová terapie s rodinnými příslušníky či partnerem (rodinná a partnerská terapie). Součástí mohou být i tzv. rodinná setkání pro rodinné příslušníky, kde se mohou dozvědět více o léčbě a mají možnost si promluvit o svojí situaci, v níž se nachází, s dalšími lidmi řešícími podobné problémy (Kalina in Kalina a kol., 2003, s. 179-189).

1.2.4 Pobytová léčba (rezidenční léčba, ústavní léčba)

Léčebný program při němž žije klient v chráněném prostředí léčebného zařízení. Léčebné zařízení je prostředí bez návykových látek, s jasně vymezeným režimem a pravidly. Využívá se celá řada terapeutických metod, tak aby klientovi umožnila ujasnit si svoje postoje k návykovým látkám/ hazardní hře a hlavně ke svému životnímu stylu. Klient získává sociální a komunikační dovednosti. K léčbě se využívá skupinová i individuální terapie, pracovní terapie (znovu a nebo nově vybudovat pracovní návyky). Učí se využívat smysluplně svůj volný čas (sport, výtvarné aktivity). Může využít sociálně právní poradnu. Po dobu léčby se pracuje i s rodinou klienta, případně partnerem.

Formy pobytových léčeb

A. ústavní léčba v psychiatrické léčebně

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

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

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

B. rezidenční léčba v terapeutické komunitě

Terapeutické komunity jsou vysoce úspěšné, co se týče abstinence klientů, kteří úspěšně dokončí léčbu. Počet těchto klientů ale není velký, léčba v terapeutické komunitě klade velké nároky na motivaci klienta a jeho velmi aktivní zapojení do léčebného programu.

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

Doba léčebného programu v terapeutické komunitě je 9 – 15 měsíců, po nichž se doporučuje pokračovat v doléčování v doléčovacích centrech a to i včetně ubytování v chráněných bytech (Preston, Malinowski, Šefránek, 2007, s.27-28).

1.2.5 Doléčování, chráněné byty

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

1.3 Následná péče osob závislých na návykových látkách

Následná péče navazuje na předchozí typy léčeb osob závislých na návykových látkách. V této kapitole si představíme tuto službu podrobněji. Kalina (2001, s. 69) ve svém Glosáři vidí smysl následné péče zejména v udržení klientových změn, které nastaly v průběhu předchozí léčby či spontánně po předchozích intervencích.

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

„Cílová skupina následné péče osob závislých na návykových látkách jsou abstinující osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce. Preference osob, které absolvovaly detoxifikaci a minimálně krátkodobou léčbu (ambulantní či residenční), s náhledem a motivací k dlouhodobé abstinenci, se zajištěným bydlením“ (Úřad vlády ČR, 2012a, s. 58). U klientů se závislostí na návykových látkách se úspěšnost dokončení programu doléčování pohybuje v rozmezí 40 - 50% (P-centrum, [2010]).

Pracovní tým následné péče je nutné vystavět multidisciplinárně, dle potřeb klienta, avšak se zřetelem k jednomu z hlavních cílů následné péče a to k postupnému odpoutávání klienta od tohoto programu. Základní tým programu následné péče obsahuje profese - psycholog, speciální pedagog a sociální pracovník. Jako speciální dovednosti týmu jsou požadovány, vedle kvalitního výcviku v psychoterapii a poradenství, zejména dovednosti v prevenci relapsu (Kuda in Kalina a kol., 2003, s. 209). Velkým přínosem do týmu následné péče jsou bývalí uživatelé návykových látek, kterým je doporučeno abstinovat minimálně 2 roky po dokončení léčby, po dobu těchto dvou let mít zaměstnání mimo obor péče o osoby se závislostí a nepracovat v zařízení, jehož byli klienty (Úřad vlády ČR, 2012b, s. 15). Dále Kuda (in Kalina a kol., 2003, s.

209) zmiňuje potřebu mít navázány další specialisty jako je lékař, psychiatr atd. externí spoluprací. Za jednu z klíčových postav týmu je považován sociální pracovník.

1.3.1 Program následné péče

Součástí programu následné péče bývá psychoterapie, sociální práce, nabídka zvýhodněného bydlení, nabídka volnočasových aktivit, jež jsou jejími hlavními komponenty.

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

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

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

Klient následné péče si v obavě před relapsem organizuje svůj denní program s důrazem na vyplnění veškerého volného času povinnostmi. Časem dojde k únavě a

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

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

Pro klienty, kteří nemají pracovní návyky, kvalifikaci či mají zápis v trestním rejstříku, je velmi těžké najít si zaměstnání. Na druhou stranu najít si práci je jednou z nejdůležitějších součástí návratu či integrace do normálního života. Proto součástí následné péče může být i chráněná dílna poskytující chráněné pracovní místo. Na chráněné místo je pracovní smlouva a klient bere za práci mzdu. Chráněná dílna by měla plnit několik funkcí, směrem ke klientovi je to mzda, vytvoření pracovních návyků, získání praxe, případně získání rekvalifikace či zvýšení kvalifikace, při spolupráci s některým školským či učebním zařízením. Směrem k organizaci by chráněná práce/dílna měla plnit funkci při získání volných finančních prostředků, výsledky práce by měly být konkurenceschopné (Kalina, 2001, s. 45 - 46).

1.3.2 Následná péče P-centrum Olomouc

Celý výzkum probíhal ve službě následné péče občanského sdružení P-centrum v Olomouci.

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

Nejdříve si představíme P-centrum jako celek, stručně shrneme jeho chronologický vývoj a poté představíme program následné péče v P-centru, pomocí informací z Operačního manuálu následné péče (P-centrum, [2012]).

P-centrum je nestátní nezisková organizace, občanské sdružení dle zákona č.83/1990, Sb., o sdružování občanů (Zákon o sdružování občanů). V současné době má celkem 5 středisek/oddělení :

- Doléčovací centrum, viz následující část této kapitoly.
 - Doléčovací program (následná péče) a chráněné byty (zvýhodněné bydlení).
- Poradna pro alkoholové a jiné závislosti - poskytuje odborné poradenství a terapeutické služby lidem, kteří mají problémy s návykovými látkami či hazardní hrou. Tato služba je jak pro tyto osoby samotné, či pro jejich blízké.
- Primární prevence
 - Primární prevence - je určena pro děti a mládež (ZŠ, SŠ). Cílem je prostřednictvím prevence působit na postoje, vybavit děti a mládež znalostmi a dovednostmi, aby se mohli lépe orientovat v sociálním prostředí a rozpoznávat možná rizika. Cílem je i vést studenty ke kritickému myšlení.
 - Galerie U Mloka – místo, kde lze prostřednictvím mnoha kulturních akcí zprostředkovat sociální kontakt klientů následné péče s běžnou populací a také výskytem běžné populace v prostorách P-centra bojovat proti nálepkování tohoto zařízení.
- Rodinné centrum U Mloka - sociálně - aktivizační služba se zaměřením na rodiny s dětmi, která prostřednictvím odborného poradenství a terapeutických programů pomáhá řešit výchovné, vzdělávací a rodinné problémy.
- Ekonomické středisko – se stará o chod organizace.

Vývoj P-centra:

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

- 1994 - založeno občanské sdružení Sananim Olomouc, zahájen provoz programů poradenství a ambulantní léčba pro drogově závislé.
- 1995 - jsou zahájeny pobytové programy pro psychosociálně handicapované děti, zahájeny projekční a stavební práce k vybudování víceúčelového střediska.
- 1997 - ukončena rekonstrukce zařízení a zahájena činnost víceúčelového střediska, zahájena pravidelná činnost socioterapeutického klubu pro děti
- 1998 – zahájen intenzivní strukturovaný doléčovací program, zahájena činnost chráněné truhlářské a řezbářské dílny a chráněného bydlení a činnost galerie a čajovny U mloka.
- 1999 - zajištěna ambulantní psychiatrická péče v P-centru, socioterapeutický klub pro děti získal vlastní klubovnu na Dolním náměstí v Olomouci, řezbářská dílna vytvořila komplex plastik pro dětská hřiště Sluňákov.
- 2000 – po změně názvu sdružení na P-centrum, zahájeno poskytování psychosociálních služeb lidem v programu metadonové substituční léčby Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice Olomouc, úspěšně ukončen tříletý projekt EU zaměřený na zaměstnávání a vzdělávání drogově závislých, uspořádána Česko-britská konference o léčbě drogových závislostí.
- 2001 – řezbářská dílna přestěhována do prostor mimo P-centrum, v uvolněných prostorech vybudována prostorná klubovna pro děti z dětského centra.

- 2002 – grant EU, pracovní integrace a rekvalifikace klientů následné péče.
- 2003 – rozšíření týmu primární prevence, komplexní programy pro ZŠ v oblasti primární prevence. Získání akreditace MŠMT na dlouhodobé vzdělávání pedagogů.
- 2005 – Certifikace programu ambulantní péče od Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (dále jen RVKPP), certifikace programu následné péče od RVKPP.
- 2006 – rozšíření chráněného bydlení o další byt v Kateřinské ulici v Olomouci, realizace nových programů pro školní metodiky, Dětské denní centrum zapojeno do programu 5P (program primární prevence který je zaměřen na děti 8 - 15 let: vybraný a vyškolený dobrovolník vytváří s dítětem dvojici, scházejí se jednou týdně a tráví společně volný čas, 5P znamená přátelství, péče, podpora, prevence, pomoc).
- 2007 – zaměření i na klienty se závislostí na alkoholu, ukončení činnosti chráněné dílny (P-centrum, 2007)
- 2008 - přeregistrování Dětského denního centra z nízkoprahového zařízení pro děti a mládež na sociálně aktivizační službu pro rodinu s dětmi. V doléčovacím programu zaveden systém absolventských karet.
- 2009 – spuštění nového evropského projektu „Dokážu to“, který je krátkým intervenčním programem pro osoby závislé na pervitinu.
- 2011 – přejmenování Dětského denního centra na Rodinné centrum U Mloka, které lépe charakterizuje poskytované služby a cílovou skupinu. Přípravy nových projektů na zaměstnávání klientů následné péče a na sociální podnikání P-centra.

Dále se budeme zabývat oddělením, kde probíhal výzkum této práce.

Doléčovací centrum poskytuje dva programy, doléčovací program a chráněné byty. Oba tyto programy jsou jednak certifikovány od RVKPP, a jsou i registrovanou sociální službou dle ustanovení § 64, zákona č.108/2006, Sb., o sociálních službách.

Klienti mohou využít doléčovací program samostatně, či ve spojení s chráněným bydlením. Chráněné bydlení lze využít jen společně s programem doléčování. V obou programech se vypracovává plán léčby, v našem prostředí nazývaný kontrakt. Kapacita obou programů dohromady je 15 klientů.

Klientovi je při nástupu do doléčovacího programu přidělen klíčový pracovník, jeho garant. Společně s garantem sestavují individuální léčebný plán, který obsahuje dlouhodobější cíle, rozpracované do jednotlivých dílčích kroků. Obsah kontraktu je představen v rámci skupiny, kde mají ostatní klienti možnost se k němu vyjádřit či doplnit, co si myslí že v něm chybí. Zároveň je kontrakt na této skupině podroben hlasování a pokud je schválen, je podepsán na znamení souhlasu jak dotyčného klienta, tak přítomnými klienty a terapeuty jako svědky. Pokud není schválen, má klient za úkol ho společně s terapeutem přepracovat a znovu ho probrat na další skupině. Průběžně se plnění kontraktu sleduje na hodnotící skupině (více v 1.3.2.1.1 Skupinové aktivity).

Již jednou zmíněná prevence relapsu prochází celým klientovým léčením, v P-centru vychází z modulů „Prevence relapsu“ (Kuda, 2000). Témata se věnují významným aspektům klientova života, které by mohli vést ke zlomu v jeho započaté práci při fungování v běžném životě. Volně lze tyto jednotlivé body rozdělit do oblastí klientova života, jsou to zejména:

- práce/škola (dle věku)
- rodinné vztahy
- partnerské vztahy
- volný čas
- abstinence
- doléčování
- relaps
- zdraví

V této publikaci (Kuda, 2000) je zpracována metodika, podle které se mohou vést tématické skupiny.

1.3.2.1 Evaluace kvality a efektivity následné péče v P-centru

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

Kvalitativní:

- „Sebehodnocení klientů (individuální konzultace, písemné hodnocení 1x za 14 dní, hodnotící skupiny – hodnotí se plnění úkolů z kontraktu).
- Pravidelné hodnocení vývoje klienta terapeutickým týmem (1x za týden *porady o klientech*, každý klient je probírán min. 1x měsíčně, v případě potřeby i častěji, přibližně 1x za 6 týdnů se koná *případová supervize*, kde jsou rovněž probíráni klienti a diskutován postup v terapii/poradenství s konkrétním klientem).
- Závěrečné hodnocení klientem při ukončení poskytované služby – při ukončení pobytu na chráněných bytech, a při ukončení celého programu – hodnotí se naplnění úkolů z kontraktu, naplnění hodnotí klient sám, terapeutický tým i ostatní klienti „ (P-centrum, 2012, s.40).

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

1.3.2.2 Doléčovací program P-centra

Doléčovací program je strukturovaný program s ohledem na individuální potřeby klienta. Zaměřuje se na udržení změn, které proběhly v předcházející léčbě a pomáhá k integraci klienta zpět do společnosti. Klient doléčovacího programu může využít i bydlení v „Chráněném bytě“. Strukturovaný program obsahuje zejména individuální, skupinovou a volitelně i rodinou terapii/sociální práci. Část programu je pevně vázána na den a čas, a to následovně:

Pondělí -	ranní skupina, skupina tématická, skupina domovní
Úterý -	ranní skupina, socioterapeutické aktivity – „Klub“
Středa -	ranní skupina, skupina dynamická/hodnotící
Čtvrtek -	ranní skupina
Pátek -	ranní skupina

Dále probíhá:

- Individuální terapie s klíčovým terapeutem, tzv. garantem

- Systematická sociální práce dle potřeby
- Dle potřeby klient využívá:
 - Krizové intervence
 - Asistenčního doprovodu
 - Rodinné terapie, párové terapie
 - Podpory aktivního trávení volného času
- Prvky pro podporu abstinence
 - Noční kontrola bydlení
 - Alkotesty a toxitesty

1.3.2.2.1 Skupinové aktivity

Nosnou linkou strukturovaného programu jsou skupinové aktivity. Všechny skupiny, s výjimkou domovních skupin a volnočasových aktivit, se odehrávají v prostorách P-centra. Z organizačních důvodů jsou všechny skupiny otevřené, tzn. průběžně klienti přicházejí a odcházejí.

- Ranní skupiny

Klienti, kteří jsou v programu chráněných bytů a nemají ještě pravidelné zaměstnání či jsou v pracovní neschopnosti, mají za povinnost účastnit se ranních skupin, ostatní klienti mají tuto možnost dobrovolnou. Ranní skupiny jsou každý pracovní den, vždy v 8:00 hod. Klienti zde zhodnotí předchozí den a sdělí skupině svůj plán na aktuální den a vzhledem k vedení ranních skupin sociálními pracovníky i plán aktivit v sociální oblasti, zejména oblasti hledání si zaměstnání či brigád.

- Hodnotící skupiny

Jednou za 14 dní, vždy ve středu, klienti hodnotí předchozích 14 dní. Společně s terapeutem a skupinou zhodnotí, jak se jim daří plnit kontrakt. Dostávají reflexe od skupiny. Platí zde pravidlo, že přednost má vždy aktuální téma/problém. S tím souvisí i písemné hodnocení klienta. Klient musí v týdnu, na který vychází hodnotící skupina, poslat v pondělí do 12:00 hod. písemné hodnocení. To obsahuje zhodnocení uplynulých 14 dní, klientovo vyjádření k plnění kontraktu a zevrubný plán na dalších 14 dní. Na toto hodnocení dostává písemné vyjádření od člena týmu, který je mu přidělen.

- Dynamická skupina

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

- Tématická skupina

Témata pro skupinu vychází z modulu „Prevence relapsu“ (Kuda, 2000). Jednou týdně se skupina setkává u témat, s kterými se setkávají při přechodu do běžného života. Jedná se zejména o zvládání rizikových situací, situace v zaměstnání, partnerské vztahy, zvládnutí případného relapsu a další situace. Většinu témat přinášejí klienti do skupiny sami tak, jak je aktuálně řeší. Součástí tematické skupiny je teoretický úvod do tématu, diskuse o tématu, přehrávání problematických situací, řešení vlastních problémů souvisejících s tématem. Tématická skupina se dá rozdělit na mužskou a ženskou část a řešit odděleně gender témata či jiná témata (poruchy příjmy potravy, sexuální tematika atd.).

- Socioterapeutické aktivity

Obsahem socioterapeutických aktivit, tzv. klubu, je ukázat klientům možnosti trávení volného času zdravým způsobem. Klub se koná 1 x týdně v pravidelném čase, pokud není domluveno jinak. Klub je povinná součást programu, avšak klienti, kteří z pracovních důvodů nemají možnost se jich zúčastnit, jsou po prokázání jejich účasti na libovolném zdravém způsobu trávení volného času omluveni.

Obvyklé aktivity:

- Sportovní aktivity jako například volejbal, fotbal, stolní tenis, plavání a další;
- Kulturní akce, například návštěva divadla, vernisáže, přednášky;
- Návštěvy muzeí, kostelů, kulturních památek;
- Tvůrčí aktivity, výtvarné a rukodělné činnosti, keramika.

V průběhu účasti v programu doléčování je, pro řádné ukončení tohoto programu, povinností klienta jeden tento klub připravit.

- Domovní skupiny

Každé pondělí, vždy střídavě v jednom ze dvou bytů, které jsou využívány v programu chráněných bytů, se konají domovní skupiny, kterých se účastní jen klienti, kteří tento program chráněných bytů využívají. Tématem je provoz těchto bytů, konkrétně úklidy, závady na bydlení, fungování šéfa bytu a dodržování pravidel bydlení (více v kapitole o chráněných bytech).

1.3.2.2 Individuální práce

- Individuální terapie

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

- Osobní kontakt

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

- Krizová intervence

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

- Pomoci klientovi opět získat sebedůvěru
- Usnadnit komunikaci
- Vyjádření klientových emocí
- Pomoci s náhledem na vzniklou situaci a její řešení

- Zmapovat možnou podporu klientova okolí (laická i profesionální)

- Systematická sociální práce

Sociální pracovník při vstupu klienta do programu mapuje jeho aktuální situaci v oblastech práce, financí a s ním spojených dluhů, zdraví, právních otázek, bydlení, vzdělání, volného času a dalších sociálních oblastí. V průběhu jeho léčby mu pomáhá aktivizovat vlastní schopnosti při řešení problémů v těchto oblastech a schopnost těmto problémům předcházet, a to zejména poskytnutím informací, tedy poradenskou činností.

Dále sociální pracovník klientovi pomáhá vyrovnat se s požadavky dnešní doby, kdy ho zejména učí ovládat počítač.

Podporou pro aktivní trávení volného času je i zvýhodněné půjčování sportovních potřeb a umožnění návštěvy plaveckého bazénu a fitness centra. Klienti v programu mají půjčení sportovních potřeb (jízdni kolo, běžecké lyže, sjezdové lyže, míčové hry, potřeby pro stanování atd.) zdarma, absolventi za zvýhodněných podmínek. Návštěvu bazénu a fitness mají klienti v programu za symbolickou cenu.

- Asistenční doprovod

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

1.3.2.2.3 Volitelné části programu

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

- Párová terapie

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

- Rodinná terapie

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

1.3.2.3 Chráněné byty

Chráněné byty jsou v P-centru realizovány do dvou fází. Pro ubytování slouží dva byty, přičemž jeden je umístěn přímo v budově P-centra, druhý je od ní vzdálen asi 5 minut pěší chůze. Klienti se v bydlení starají sami o sebe, nakupují, vaří, perou, uklízí. Pro lepší komunikaci a organizaci je v bydlení utvořena funkce tzv. "šéfa bytu", který má na starosti koordinaci ostatních klientů při úklidu společných prostor, sleduje stav bytu, hlásí závady. Kapacita bydlení je celkem 12 klientů.

Fáze programu chráněného bydlení

- V první fázi je klient ubytován v budově P-centra, protože je výhodné, aby byl v pevnějším a častějším kontaktu. Zpočátku je intenzivnější sociální práce (klient si hledá práci, zařizuje úřední záležitosti, vyřizuje dluhy apod.) a zařízení bydlení je více zaměřeno na tuto fázi, chybí televize (zahlcování volného času), naopak je přítomno připojení na internet (nabídka práce).
- Klient ve druhé fázi je obvykle již zaměstnán, žádoucí je i postupné odpoutání od programu. Je ubytován odděleně od P-centra, bydlení se více přibližuje reálnému životu. Kontakt s P-centrem se oslabuje.

1.4 Teorie evaluace

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

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

1.4.1 Evaluace

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

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

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

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

1.4.2 Programová evaluace

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

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

- „Pomáhá opravdu program klientům?“
- Jsou klienti spokojeni se službami?“
- Mění program situaci klientů a jejich život?“
- Je možné určitý program zlepšit?“

1.4.2.1 Typy programové evaluace

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

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

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

Tabulka č.1 – Srovnání formativní a sumativní evaluace.

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

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

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

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

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

1.5 Kvalita života a způsoby jejího měření

V následující kapitole si přiblížíme kvalitu života jako pojem, různé přístupy k ní a jaké jsou možnosti při jejím měření.

1.5.1 Kvalita život jako pojem

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

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

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

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

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

Určitou souvislost ve spojení s prožívanou kvalitou života lze vidět právě v tom, jak si člověk užívá to, co má k dispozici, čili jde jednak o zážitek spokojenosti a jednak o zážitek při dosažení naplnění v důležitých životních oblastech. Toto se dá dobře ilustrovat termínem „užívá si dobrého zdraví“ (Hnilicová in Payne a kol., 2005, s. 208). Hnilicová (in Payne a kol., 2005, s. 208-209) uvádí důležité životní domény:

- Bytí – souhrn hlavních charakteristik člověka, kde jsou dále subdomény: fyzické bytí (zdraví, hygiena, výživa, tělesný pohyb, způsob oblékání, vzhled), psychologické bytí (psych. zdraví, myšlení, cítění, sebepojetí, sebeúcta a sebekontrola) a spirituální bytí (osobní hodnoty a přesvědčení, víra).
- Přilnutí – (napojení na vlastní prostředí), má také tři subdomény a to: fyzické přilnutí k domovu, sousedství, komunitě, pracovišti/škole. Sociální přilnutí užšího charakteru k rodině, přátelům, kolegům, sousedům. Přilnutí k širšímu

společenství-prostředí-komunitě, skrze pracovní příležitosti, finanční příjmy, zdravotní péči, sociální práci a vzdělávací a rekreační možnosti.

- Realizace (dosahování osobních cílů, nadějí a aspirací), která obsahuje: praktické uskutečňování domácích aktivit, placenou práci, školní a zájmové aktivity, péči o zdraví, sociální začlenění. Toto je dále prostřednictvím relaxačních metod redukce stresu a uskutečňování růstu (zachování a zlepšování znalostí a dovedností, adaptace na změnu).

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

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

1.5.1.1 Medicínský přístup ke kvalitě života

Od 70. let se termín kvality života používá i v medicíně, přesto je to pro tento obor poměrně nová záležitost. Medicínský přístup vychází z pojetí definice zdraví dle WHO (Světová zdravotnická organizace), kdy zdraví není chápáno jen jako neexistence nemoci ale je uplatňován celostní přístup fyzické, psychické a sociální pohody. „Kvalitou života je potom to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a to ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu“ (Hnilicová podle Ustuna, in Payne a kol., 2005, s. 208). Ve zdravotnictví se pracuje s pojmem kvality života, který je ovlivněn zdravím, lze to specifikovat jako subjektivně prožívanou kvalitu života která je ale spojená s nemocí či úrazem, včetně vedlejších účinků (Hnilicová in Payne a kol., 2005, s. 211-212). Znamená to, že se nesleduje jen jestli byl naplněn primární cíl, tedy vyléčit nemoc, ale jestli tento proces neovlivní kvalitu života natolik, že je pro pacienta vhodnější zachovat stávající stav s lepší kvalitou života, než vyléčení nemoci spojené například se stálou nevolností, tedy snížení kvality života.

1.5.1.2 Psychologický přístup ke kvalitě života

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

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

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

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

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

1.5.1.3 Sociologický přístup ke kvalitě života

Sociologický přístup ke kvalitě života se vyznačuje tím, že sleduje společenskou úspěšnost, jako je sociální status, majetek, vybavení domácnosti, rodinný stav, vzdělání. V sociologickém pojetí se zkoumá vztah těchto faktorů na kvalitu života. Důležitým termínem v sociologii je také ukazatel životní úrovně, indikátory jsou hrubý domácí produkt vyjádřený na jednoho obyvatele, střední délka života, kojenecká úmrtnost, počet lékařů na 1000 obyvatel či počet počítačů v domácnosti. Sociologické výzkumy v oblasti kvality života se mimo jiné zaměřují na dopady sociálně-zdravotních programů na kvalitu života společnosti. Sociologie též zajímá rozdíl mezi subjektivním

prožíváním kvality života v závislosti na věku zkoumaných skupin (Hnilicová in Payne a kol., 2005).

1.5.2 Možnosti měření kvality života

V předchozí části kapitoly jsme si představili pojem kvality života, nastává tedy otázka, jak ji měřit či hodnotit.

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

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

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

1.5.2.1 Metoda měření kvality života - objektivní

Tyto metody pochází ze zdravotnického prostředí, hodnotitelem je druhá osoba a kvalita života se hodnotí objektivními ukazateli. Příklady metod:

1. APACHE II.

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

2. Karnofsky index

PSI (performance status index) – Karnofsky index. Tímto indexem vyjadřuje lékař své mínění na celkový zdravotní stav pacienta k určitému datu. V následující tabulce uvádím část Karnofsky indexu v procentech, včetně popisu pacientova zdravotního stavu (Tabulka č.2)

Tabulka č.2 - Ukázka Karnfskyho indexu

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

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

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

3. Slovní vyjádření kvality života QL Index ILF – Index kvality života pacienta ILF

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

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

1.5.2.2 Metody měření kvality života - subjektivní

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

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

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

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

2. SEIQoL

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

3. SQUALA

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

1.5.2.3 Výzkum kvality života osob se závislostí

Kvalitou života drogově závislých se u nás zabývalo několik autorů, zejména v závěrečných pracích na různých vysokých školách v celé republice, a používali různé metody měření. Uvedu zde tři práce, které spojuje s touto bakalářskou prací použití dotazníků SQUALA a SEIQoL.

Měření kvality života lidí se závislostí se například věnovala Doleželová (2006), která porovnávala soubor drogově závislých v terapeutických komunitách s kontrolním vzorkem. Použit byl dotazník SQUALA. Výsledky této práce ukázaly, že celkové

subjektivní vnímání kvality života výzkumného souboru osob závislých na návykových látkách nebylo statisticky významně nižší, než u kontrolního vzorku.

Při validaci české verze dotazníku SQUALA proběhl výzkum v psychiatrických léčebnách s osobami v léčbě závislosti na návykových látkách. Dragomirecká a kol. (2006) použila tohoto dotazníku na evaluaci terapie, porovnávala i vstupní a výstupní data. Pokud se ale sledovaly změny jen v sociální oblasti, nebyl dotazník dost citlivý na zachycení změn.

Měření kvality života v prostředí následné péče osob závislých na návykových látkách používá od roku 2005 také organizace CPPT o.s. v Plzni, která používá polostrukturovaný dotazník SEIQoL při individuálním plánování následné péče. Bohužel použití metody podrobněji nepublikovali, představili použití této metody na konferenci Prevence a léčba závislostí (CPPT, 2010), kde jsme se inspirovali pro použití tohoto dotazníku i pro tuto práci.

2 VÝZKUMNÁ ČÁST

2.1 Výzkumný cíl a výzkumné otázky

Cílem této práce je obohatit evaluaci následné péče osob závislých na návykových látkách o sebesupozovací metody (dotazníky) měření kvality života. Po prozkoumání relevantní literatury byly vybrány dvě metody, a to metoda SQUALA (Viz kapitola 2.2.3.2) a metoda SEIQoL (Viz kapitola 2.2.3.1). Metoda SQUALA (Dragomirecká a kol., 2006) byla vybrána z důvodu velkých zkušeností z praktického využívání v ČR (po dobu již 15 ti let) a tudíž možnosti využití orientačních populačních norem pro vyhodnocení. Metoda SEIQoL byla vybrána pro schopnost měřit subjektivně chápanou míru kvality života (Křivohlavý, 2003) užitím vlastního systému hodnot evaluované osoby.

Výzkumný cíl je řešen prostřednictvím výzkumných otázek, které jsou:

1. Jsou zvolené dotazníky kvality života přínosné pro evaluaci následné péče osob závislých na návykových látkách?

- a) Jsou dotazníky schopny postihnout případné (subjektivně pozorované) změny v kvalitě života, které nastaly během programu následné péče osob závislých na návykových látkách?
 - b) Přinášejí škály obohacující evaluační informace pro zkvalitnění programu následné péče osob závislých na návykových látkách?
2. Hodnotí dotazníky SQUALA a SEIQoL stejné či podobné oblasti kvality života, jsou zástupné?
 3. Jsou vstupní a výstupní hodnoty klientů u dotazníků SQUALA podobné, jako výsledky orientačních populačních norem?

2.2 Metodika práce

2.2.1 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl jasně vymezen: klienti Doléčovacího centra P-centra v Olomouci: v programu následné péče a chráněného bydlení od června 2011 do února 2012. Výzkumu se účastnili všichni klienti zmíněných programů P-centra, postupně tak jak vstupovali do a vystupovali z programu. Celkem se účastnilo výzkumu 23 osob respektive 22 (vstupní dotazníky jednoho z respondentů musely být vyřazeny, důvodem vyřazení bylo nekompletní vyplnění obou dotazníků na vstupu do programu). Počty klientů (rozdělení dle pohlaví), kteří vyplnili dotazníky SQUALA a SEIQoL při vstupu a někteří i při výstupu z programu, vidíme v následující tabulce (Tabulka č. 3). Rozdíl v počtu obou vyplněných dotazníků při vstupu a výstupu je dán předčasným odchodem klientů z programu, část klientů také stále v programu zůstává. Počet klientů, kteří dokončili v průběhu výzkumu program doléčování a zároveň byli diagnostikováni na vstupu i výstupu u obou dotazníků, je 10.

Tabulka č.3 - Přehled respondentů se vstupními a výstupními daty

počet osob	SEIQoL		SQUALA	
	vstupní data	výstupní data	vstupní data	výstupní data
muži	16	7	14	7
ženy	6	4	5	4
celkem	22	11	19	11

Věkový průměr všech zúčastněných klientů byl 34 let, nejstarší respondent bylo 52 let a nejmladší zúčastněné 22 let. Základní věkové složení respondentů uvádím v tabulce č. 4.

Tabulka č. 4 - Věkové složení respondentů

v letech	VĚK		
	PRŮMĚR	MIN	MAX
MUŽ	33	25	45
ŽENA	37	22	52
CELKEM	34	22	52

Nejpočetnější skupinou, podle typu udané primární látky na níž byli zúčastnění klienti závislími, byl pervitin (12), dělení dle pohlaví a dle primární návykové látky je v Tabulce č. 5.

Tabulka č. 5 - Rozdělení respondentů dle návykové látky

počet osob	ZÁVISLOST PRIMÁRNÍ LÁTKA				celkem
	STIMULANCIA	OPIÁTY	ALKOHOL	HRA	
MUŽ	9	3	3	1	16
ŽENA	3	0	3		6
Celkem	12	3	6	1	22

2.2.2 Průběh a organizace výzkumu

Výzkum jsem prováděl v neziskové organizaci P-centrum v Olomouci, s klienty doléčovacího programu a chráněného bydlení. Klienti doléčovacího programu byli osloveni pracovníky P-centra a požádáni o účast v tomto výzkumu. Každý klient byl mnou osloven se žádostí o schůzku, vyhověli všichni oslovení klienti, kteří byli v tu dobu (červen 2011) v programu doléčování. Výzkum probíhal v prostorách P-centra, byl zajištěn prostor, kde bylo dostatečné soukromí a klid. Na první informační schůzce byl klient informován o prováděném výzkumu, o účelu, ke kterému je výzkum vykonáván, jak bude zacházeno s jeho daty a že všechna data budou zaznamenána a vyhodnocena anonymně. Použití dotazníků SQUALA a SEIQoL při vstupu a výstupu klienta do a z programu vyžadovalo zvýšené nároky na jednotlivá setkání s klienty. Bylo nežádoucí, aby klient vyplňoval oba dotazníky hned po sobě. Oba zmíněné dotazníky pracují s naplňováním životních cílů a proto jsem se obával zkreslených výsledků, pokud by byly předloženy oba dotazníky zároveň. S každým klientem jsem se setkal dvakrát při získání vstupních dat a v některých případech dvakrát po dokončení programu, při získání výstupních dat. Průměrná doba mezi schůzkami vstupních i

výstupních dat byla 3-5 dní. Průměrná doba klienta v programu, tedy mezi získáním vstupních a výstupních dat, byla 6-8 měsíců.

2.2.3 Použité metody

2.2.3.1 Metoda SEIQoL

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

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

2.2.3.1.1 Administrace metody SEIQoL

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

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

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

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

2.2.3.1.2 Vyhodnocení metody SEIQoL

Celková úroveň kvality života v pojetí SEIQoL – tzv. SEIQoL Index, ten získáme tak, že vynásobíme, u jednotlivých témat, hodnotu důležitosti hodnotou spokojenosti a všechny tyto hodnoty následně sečteme. Aby výsledná hodnota byla v rozmezí od 0 do 100, vydělíme jí stem (Křivohlavý, 2002).

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

Záznamový list (dotazník) je vložen v příloze 1.

2.2.3.2 Metoda SQUALA

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

2.2.3.2.1 Administrace metody SQUALA

Dotazník se skládá z původních 23 oblastí, které jsem rozšířil o dalších 7 oblastí dle adaptované verze dotazníku SQUALA (Vavrečková-Salihová podle Blatného a kol., 2008, s. 85). Respondent ke každé z 30 oblastí vyjadřuje osobní důležitost dané oblasti a následně i spokojenost. Důležitost i spokojenost vyjadřuje na 5ti bodové škále, která je vyjádřena slovně. Důležitost jednotlivých oblastí se vyjadřuje od „nezbytné“, přes „velmi důležité“, „středně důležité“, „málo důležité“ až k „bezvýznamné“. Spokojenost se vyjadřuje od „zcela spokojen“, přes „velmi spokojen“, „spíše spokojen“, „nespokojen“ až k „velmi zklamán“ (Dragomirecká a kol., 2006, s. 64-65).

Dotazník je sebeposuzovací, jeho vyplnění trvá obvykle 15-20 minut. Respondentovi je vysvětlen postup vyplnění, pokud se ptá po smyslu jednotlivých oblastí, je mu ponechán subjektivní význam těchto oblastí. Zjišťuje se aktuální stav.

2.2.3.2.2 Vyhodnocení metody SQUALA

Skórování dotazníku SQUALA

1. Profil parciálních skóre – je součin skóre důležitosti a skóre spokojenosti, kdy je bodově ohodnocena
 - a) Důležitost od „bezvýznamné“ = 0, po „nezbytné“ = 4.
 - b) Spokojenost od „velmi zklamán“ = 1, po „zcela spokojen“ = 5.

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

2. Celkové skóre – je součinem všech parciálních skóre (Vavrečková-Salihová podle Dragomirecké, Škody, 2008, s. 85).
3. Hrubé skóre dimenzí SQUALA – průměrné hrubé skóre jednotlivých dimenzí, viz příloha č. 3, jsou průměrné hodnoty položek příslušných každé dimenzi. Dimenze se skládají z jednotlivých položek parciálních skóre. Dimenze jsou:

- Abstraktní hodnoty
- Zdraví
- Blízké vztahy
- Volný čas
- Základní potřeby

2.2.4 Zpracování dat

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

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

Zpracování dat v oblastech:

1. Skórování dotazníků SEIQoL a SQUALA

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

I. Výstupem z dotazníku SEIQoL je tzv. SEIQoL Index

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

2. Rozdíl mezi vstupními a výstupními daty klientů

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

3. Korelace mezi SQUALA a SEIQoL

Pro zjištění, zda škály měří podobné dimenze kvality života, jsme použili Spearmanovu korelaci vstupních a výstupních dat obou dotazníků (SQUALA, SEIQoL).

4. Významná témata SEIQoL

Pro zjištění vztahu mezi nejčastěji zmiňovanými tématy v dotazníku SEIQoL a zaměřením programu doléčování v P-centru, jsme jednotlivá témata (tzv. cue) z dotazníku SEIQoL, prostřednictvím programu Excel, utřídili sestupně, podle počtu jejich výskytu v dotazníku. Analýzou dokumentů P-centra a literatury o doléčování (Kuda, 2000) vyplynula témata, na které je program doléčování primárně zaměřen. Témata z dotazníku SEIQoL i témata o doléčování byla podrobena vzájemnému srovnání.

5. Dimenze SQUALA

Hrubé skóre dimenzí bylo vytvořeno v prostředí programu Excel, parciální skóre u každého klienta byla tříděna do skupin/dimenzí a následně byl proveden průměr těchto hodnot z celého souboru. Poté došlo k porovnání dimenzí vstupních, výstupních dat (11 klientů, kteří dokončili program a měli jsme vstupní i výstupní data dotazníku SQUALA), se souborem populační normy, prostřednictvím hodnotové křivky ve spojnicovém grafu.

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

2.3 Výsledky a diskuze

Výzkumu se zúčastnilo celkem 23 klientů, z toho pouze 11 z nich zatím dokončilo program a 10 z nich prošlo zároveň vstupní i výstupní diagnostikou SQUALA a SEIQoL. Proto pro následná hodnocení, protože pracujeme s výsledky všech klientů jako celkem, budou použita data od 11 klientů (bez rozlišení věku, pohlaví či primární návykové látky). Výjimku tvoří zpracování významných témat u vstupního dotazníku SEIQoL, kde jsme použili data od všech klientů, kteří touto diagnostikou prošli. Sběr dat v P-centru dále pokračuje a v budoucnu se zaměříme na vzorek s větším počtem klientů. Výsledky jsou děleny dle výzkumných otázek, pro lepší orientaci zároveň připojují i diskuzi nad výsledky jednotlivých výzkumných otázek.

2.3.1 Výzkumná otázka č. 1

První výzkumná otázka zní : „Jsou zvolené dotazníky kvality života přínosné pro evaluaci následné péče osob závislých na návykových látkách?“, tato výzkumná otázka je tvořena dvěma podotázkami:

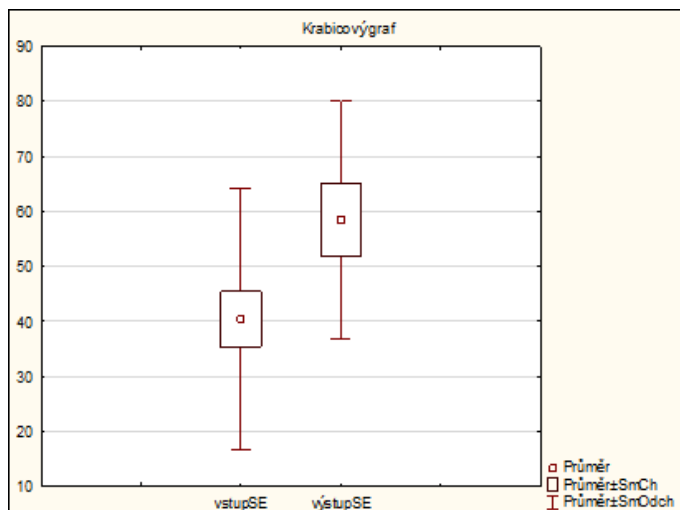
- a) Jsou dotazníky schopny postihnout případné (subjektivně pozorované) změny v kvalitě života, které nastaly během programu následné péče osob závislých na návykových látkách?

Výstupní data obou dotazníků vykazovala ve většině případů vyšší hodnoty než data vstupní. Výstupní data dotazník SQUALA byla vyšší u 91% klientů (10 z 11), což jsme předpokládali. Dotazník SEIQoL tak jednoznačné výsledky neměl, vyšší hodnoty u výstupních hodnot než u vstupních měla sice větší část klientů, avšak jen v 55% (6 z 11), což nás překvapilo. Předpokládali jsme, že výsledky i u tohoto dotazníku vzrostou téměř u všech klientů. Jedním z důvodů může být úzké zaměření dotazníku SEIQoL na pět významných témat, která nemusejí vykazat, během programu následné péče, výraznější zlepšení či se mohou i zhoršit.

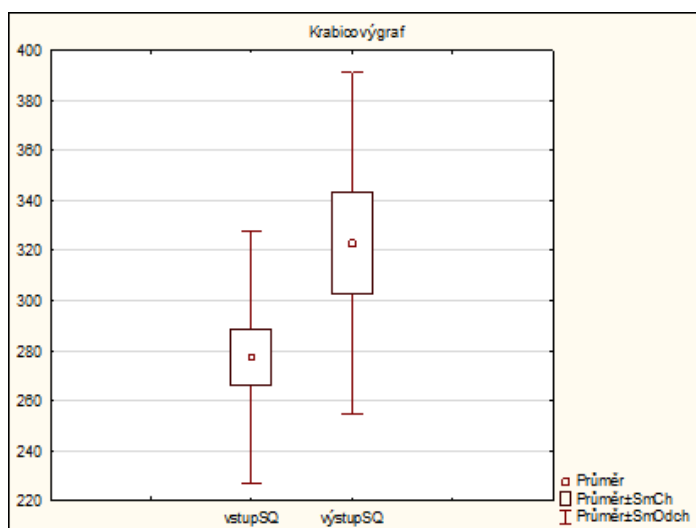
Individuální zaměření dotazníku SEIQoL koresponduje i s vysokými rozdíly mezi jednotlivými klienty, kdy SEIQoL Index zaznamenal největší nárůst mezi vstupními daty a výstupními daty u jednoho klienta z hodnoty 10 na hodnotu 90 (což je zvýšení o 800%), největší pokles u jiného klienta o 55%. U dotazníku SQUALA je největší nárůst mezi vstupními a výstupními daty o 40,5% a u jediného poklesu jde o 21,4%.

Praktická významnost byla podpořena i užitím statistických metod, při porovnání vstupních a výstupních dat (u 11 klientů, kteří ukončili program) můžeme na grafickém vyjádření rozdílů (viz graf č. 1 a 2) vidět zvýšení subjektivně měřených hodnot kvality života jak u SEIQoL (Graf č. 1) tak SQUALA (Graf č. 2).

Graf č.1 - Vstupní a výstupní hodnoty SEIQoL



Graf č.2 - Vstupní a výstupní hodnoty SQUALA



Porovnáme-li oba grafy (dotazníku SEIQoL a dotazníku SQUALA), můžeme vidět že rozsah a směr růstové tendence je na podobné úrovni u obou analyzovaných dotazníků.

Změna na vstupu a výstupu byla dokonce statisticky významná u dotazníku SQUALA (parametrický t-test pro závislé soubory na hladině významnosti $p = 0,023$; Znaménkový test na $p = 0,016$ a Wilcoxonův párový test $p = 0,041$).

Z důvodu malého výzkumného souboru nepracujeme s individuálními daty, nehledáme rozdíly mezi muži a ženami, nehledáme souvislosti mezi primární drogou či věkem. Přesto, dotazníky nejlépe postihují změny v kvalitě života ve spojení se znalostí reálných osudů klientů a reálných změn v jejich životě po

měřenou dobu. Sběr dat dále pokračuje a po pořízení dostatečného souboru dat, bude možné zmíněné souvislosti analyzovat.

- b) Přinášejí škály obohacující evaluační informace pro zkvalitnění programu následné péče osob závislých na návykových látkách?

Využití dotazníků kvality života přineslo z praktického hlediska nové informace a podněty do evaluace a potenciálně i pro práci s klienty. Klient při administraci dotazníku SEIQoL vybírá nejdůležitější aktuální oblasti či témata. Vybírá co je pro něj důležité, pojmenovává to, přisuzuje důležitost a hodnotí jak je v pro něj důležitém tématu spokojený. Tento proces může předcházet plánování jeho dalších kroků v léčbě či životě.

Významná témata, která klienti uvedli prostřednictvím dotazníku SEIQoL, korespondují se zaměřením programu P-centra (Kuda, 2000). V tabulce č. 6 a 7 uvádím nejvýznamnější témata seřazená sestupně podle počtu výskytu u klientů, rozdělených na vstupní a výstupní soubor. Prvních 5 nejvýznamnějších témat nám reprezentuje nejčastější možnou podobu volby tématu v dotazníku SEIQoL.

Tabulka č. 6 - Významná témata SEIQOL, vstupní data

V S T U P (22 klientů)

průměr důležitosti	téma	průměr spokojenosti	výskyt
22,0	PRÁCE	33,3	20
20,0	RODINNÉ VZTAHY	35,7	14
20,4	PARTNERSKÝ VZTAH	35,1	12
16,0	BYDLENÍ	25,5	10
35,3	ABSTINENCE	76,7	9
18,1	VOLNÝ ČAS	38,8	8
17,8	DLUHY	10,8	6
23,8	ZDRAVÍ	56,7	6
12,5	VZDĚLÁNÍ	8,8	4
12,5	ZVÝŠENÍ VLASTNÍ SCHOPNOSTI	40,0	4
13,3	ZDRAVÍ - DUŠEVNÍ	51,7	3
17,5	FINANCE	25,0	2
10,0	BÝT SLUŠNÝ ČLOVĚK	50,0	1
20,0	DĚTI	0,0	1
5,0	DOKONČENÍ PROGRAMU	0,0	1
10,0	MEZILIDSKÉ VZTAHY	40,0	1
19,0	OHROŽUJÍCÍ BRATR	10,0	1
5,0	PARTNERSKÝ VZTAH	0,0	1
20,0	PARTNERSKÉ A PŘÁTELSKÉ VZTAHY	30,0	1
10,0	PARTNERSKÝ VZTAH	0,0	1
20,0	STRÍDAVÁ PÉČE - DĚTI	50,0	1
30,0	VÍRA	80,0	1
20,0	VYBUDOVÁNÍ VLASTNÍ RODINY	0,0	1
20,0	VZTAHY PŘÁTELSKÉ	10,0	1

Tabulka č. 7 - Významná témata SEIQOL, výstupní data

V Ý S T U P (11 klientů)

průměr důležitosti	téma	průměr spokojenosti	výskyt
20,0	PRÁCE	73,0	10
18,8	VOLNÝ ČAS	53,8	8
25,0	PARTNERSKÝ VZTAH	37,0	6
21,0	RODINNÉ VZTAHY	72,0	5
12,0	BYDLENÍ	64,0	5
18,8	ZDRAVÍ	47,5	4
33,3	ABSTINENCE	80,0	3
17,5	ZALOŽENÍ VLASTNÍ RODINY	0,0	2
15,0	VZTAHY PŘÁTELSKÉ	30,0	2
15,0	VZTAHY OBECNĚ	95,0	2
25,0	DLUHY	40,0	2
10,0	ZVÝŠENÍ VLASTNÍ SCHOPNOSTI	50,0	1
10,0	VZDĚLÁNÍ	0	1
30,0	SPOKOJENOST SE SEBOU	60	1
40,0	FUNGOVÁNÍ V BĚŽNÉM ŽIVOTĚ	80	1
10,0	DOMOV	100	1
15,0	DOKONČIT DC	90	1

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

Významná témata v porovnání se zaměřením P-centra:

- Práce – je jedno z témat zaměření tematických skupin P-centra, jako jsou témata „Jak mluvit o své minulosti v zaměstnání“, „Zaměstnání, které splňuje vaše potřeby“, Zvládání problémů v zaměstnání“ (Kuda, 2000). Dále zaměření ranních skupin, kterou mají povinou klienti bez stálého zaměstnání. Skupina je zaměřena na plánování struktury dne při hledání zaměstnání. Dalším zaměřením přímo na práci je systematická sociální práce (sepsání životopisu, dovednosti k hledání práce atd.) (P-centrum, 2012).
- Volný čas – volnočasové aktivity jsou povinou součástí strukturovaného programu doléčování, tzv. kluby. Dalším jsou i témata z tematické skupiny, „Užívat si bez drog“ a „Navazování přátelství“ (Kuda, 2000).

- Partnerský vztah, rodinný vztah či obecně vztahy. Volitelnou součástí programu doléčování P-centra je párová a rodinná terapie, v modulech „Prevence relapsu“ (Kuda, 2000), z kterých tématicky vychází tématická skupina, najdeme tyto témata: „Láska a intimní vztahy“, „Uspořádání zdravých vztahů“, „Témata léčení a rodina“ i „Navazování přátelství“ (Kuda, 2000).
- Bydlení – klient může využít souběžně s programem doléčování i bydlení v chráněných bytech, během doléčování pak hledá samostatné bydlení. Program chráněného bydlení je záměrně kratší o 2 měsíce, než je program doléčování, aby klient po přestěhování do samostatného bydlení měl možnost podpory skupiny a doléčování.
- Dluhy – na dluhovou oblast je zaměřena systematická sociální práce.
- Zdraví – program doléčování nevede jen k abstinenci, tedy neexistenci návykové látky v životě klienta, ale celý tým P-centra vede klienty ke zdravému způsobu života (stravování, spánková hygiena, kultura, volný čas, ekologie, kritické myšlení apod.). Toto není zahrnuto v žádné metodice ani dokumentech, je to spíše součást kultury organizace.
- Abstinence – (od primární návykové látky) základní předpoklad pro dokončení doléčovacího programu. Celoživotní trvalá abstinence od primární návykové látky je filosofií léčby závislosti na návykových látkách.

2.3.2 Výzkumná otázka č. 2

Výzkumná otázka zní „Hodnotí dotazníky SQUALA a SEIQoL stejné či podobné oblasti kvality života, jsou zástupné?“.

Z výsledných informací doposud získaných z práce s dotazníky se domníváme, že každý z dotazníků hodnotí kvalitu života jinou formou a oba dotazníky přinášejí důležité informace pro program následné péče osob závislých na návykových látkách. I

při využití statistických metod (program Statistica) je korelace, s využitím Spearmanova korelačního testu, mezi dotazníky zanedbatelná.

Metoda SEIQoL je plně individuální, klient sám určí jaká témata jsou pro něj důležitá. Tato metoda přináší nejen evaluační nástroj ale i možnost využít vstupní diagnostikování jako podklad pro individuální plánování doléčování (CPPT o.s., 2012). Nevýhodou naopak u tohoto dotazníku je omezenost na 5 nejdůležitějších témat, kdy se můžeme domnívat že může dojít ke zkreslení výsledků. Klient může vybrat ty oblasti, o kterých si myslí, že jsou od něj očekávány (sociálně žádoucí odpověď).

Dotazník SQUALA je podobného zaměření jako SEIQoL, ale více strukturovaný. Může být i citlivější použitím více oblastí (21 – 30), ale neposkytuje žádoucí individuální volbu témat. Na rozdíl od dotazníku SEIQoL, existují pro dotazník SQUALA data od reprezentativního souboru, s kterým je možno získaná data porovnávat. I z těchto důvodů považuji za vhodné používat při evaluaci oba dotazníky.

Měli-li bychom se rozhodnout, například z časových důvodů, pro jeden, přikláním se k použití dotazníku SEIQoL, pro jeho individuální pojetí kvality života.

2.3.3 Výzkumná otázka č. 3

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

Výsledky dotazníku SQUALA je možné porovnat s reprezentativním vzorkem běžné populace (Dragomirecká a kol., 2006). Aby porovnání vykazovalo relevantní hodnotu, upravil jsem dotazník (na 21 položek) podle Dragomirecké (2006, s. 22-28). Pro porovnání souboru P-centra a reprezentativního souboru běžné populace, jsme použili data od 11 klientů, kteří prošli vstupní i výstupní diagnostikou SQUALA. Samozřejmě si uvědomujeme orientační hodnotu srovnání, protože reprezentativní vzorek běžné populace je vytvořen z počtu 308 probandů a tento vzorek srovnáváme s 11 probandy našeho šetření.

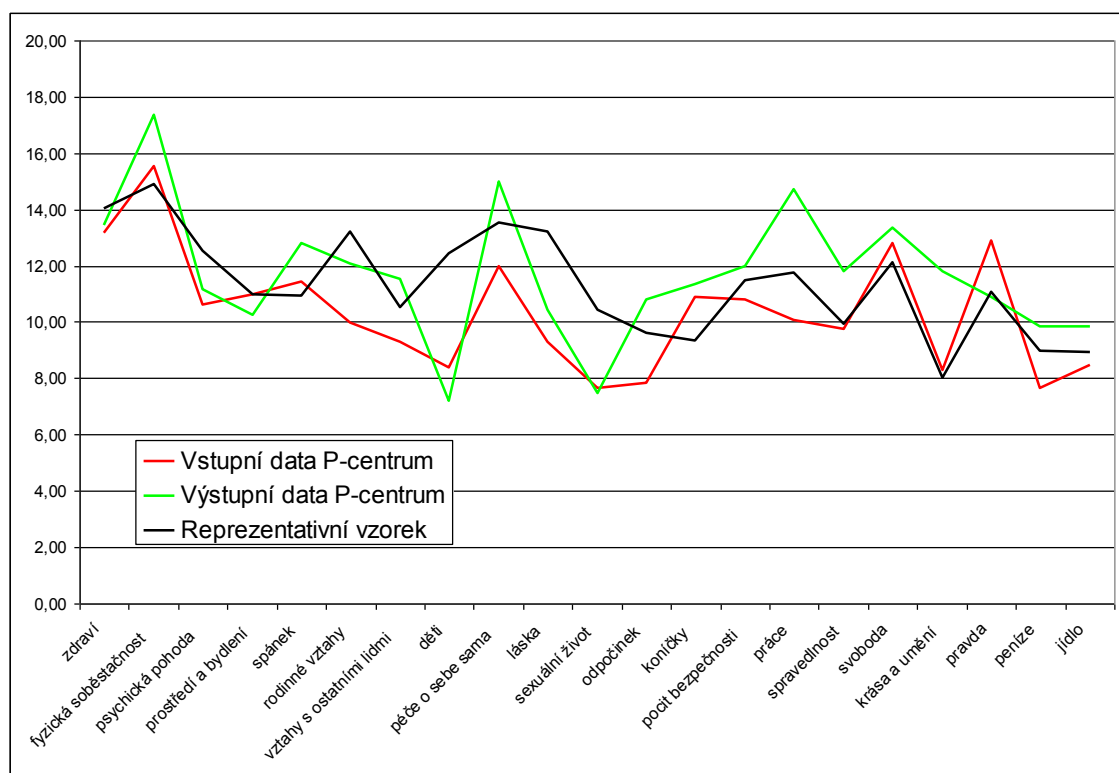
Hodnoty pro porovnání z dotazníku SQUALA jsou:

- a) parciální skóre jednotlivých položek

b) hrubé skóre dimenzí

a) U následujícího grafu (graf č. 3) vidíme křivku složenou z průměrných partiálních skóre jednotlivých položek (čím vyšší hodnota, tím vyšší subjektivně prožívaná kvalita v jednotlivé oblasti), každá křivka představuje jeden soubor.

Graf č. 3 - Průměrné partiální skóre jednotlivých položek SQUALA, vzájemné porovnání



Z grafu jsou patrné že vstupní (červená) i výstupní hodnoty (zelená) jednotlivých položek, mají podobnou křivku. Reprezentativní vzorek (černá) má tvar křivky odlišný (mimo posledních 6-ti položek) ale pohybuje se v podobné hladině hodnot, jako oba soubory P-centra.

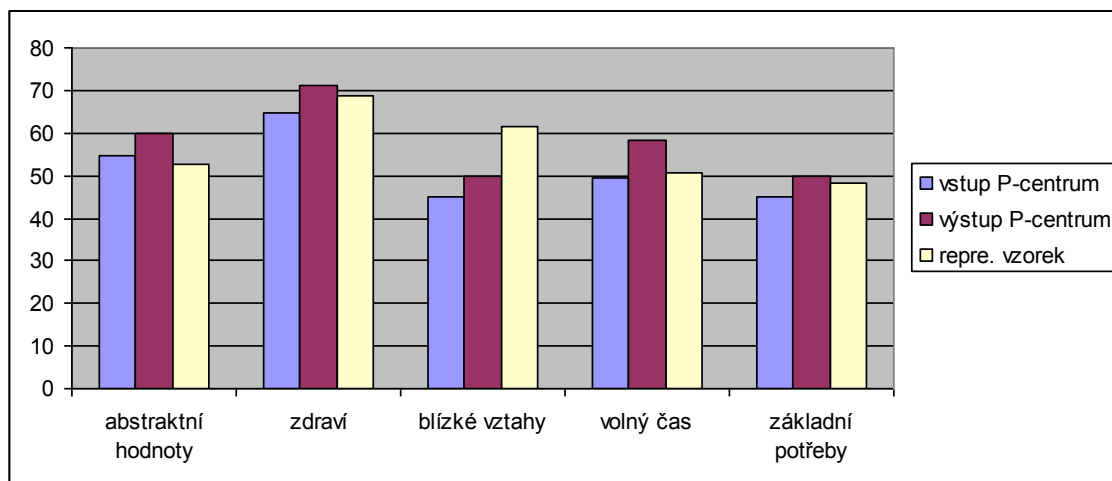
Pozorujeme však výraznější propad souboru P-centrum (vstupních i výstupních dat) u hodnot „děti“, „láska“ a „sexuální život“. Můžeme se domnívat, že důvodem tohoto rozdílu u hodnoty „děti“ je ten, že výrazná část klientů buď děti nemá nebo nejsou v jejich péči a mnohdy jsou vztahy mezi klienty a jejich dětmi narušeny předchozí „drogovou“ minulostí. Hodnoty „láska“ a „sexuální život“ mohou být ovlivněny klientovou nově začatou životní etapou, kam patří i nově budované partnerské (sexuální) vztahy.

Rozdíl je také patrný u hodnoty „práce“ kde výstupní hodnoty souboru P-centra jsou výrazněji vyšší, než hodnoty vstupní. Výstupní hodnoty jsou také vyšší, než u reprezentativního vzorku běžné populace. Můžeme předpokládat, že důvodem je získání zaměstnání v průběhu léčby v programu následné péče. Oproti stavu při nástupu do programu, kdy klienti přisuzují práci velkou důležitost ale zatím nejsou většinou zaměstnaní, tudíž jsou v této oblasti obvykle nespokojeni.

Plusové výraznější rozdíly jsou oproti reprezentativnímu vzorku ve výstupních hodnotách u položek „fyzická soběstačnost“, „spánek“, „péče o sebe sama“, „práce“ a „krása a umění“. Podle Grafu č. 3 bychom mohli i předpokládat, že klienti kteří dokončili program, hodnotili svůj život částečně jako subjektivně kvalitnější než vzorek reprezentativní, neboť části výstupní křivky se nacházejí nad křivkou reprezentativní.

b) Podíváme li se na další graf (Graf č. 4), kde máme hodnoty seříděny do dimenzí dle klíče (Dragomirecká a kol., 2006, s. 29), tento předpoklad se částečně potvrdil. Graf porovnává hrubé skóre dimenzí (čím vyšší hodnota, tím vyšší subjektivně prožívaná kvalita v dané dimenzi) u vstupních a výstupních dat souboru P-Centrum (11 klientů) a reprezentativní vzorek běžné populace (Dragomirecká a kol., 2006, s. 2).

Graf č. 4 - Porovnání hrubých parciálních skóre u dimenzí



Pokud se položky dotazníku SQUALA zařadí do dimenzí podle jejich zaměření (příloha č. 3), výsledné hodnoty ukazují, že vyšší subjektivní hodnocení kvality života vykazuje soubor P-centra při výstupu z programu ve většině oblastí. Hodnocení kvality života vzorku P-centra při výstupu z programu je nižší v oblasti „blízkých vztahů“ než u reprezentativního vzorku běžné populace. Hodnoty při výstupu z programu, jsou vůči

reprezentativnímu vzorku běžné populace „výrazněji“ vyšší v oblasti abstraktních hodnot (pocit bezpečnosti, spravedlnost, svoboda, krása a umění, pravda) a v oblasti volného času (spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek, koníčky).

Můžeme se domnívat že oblast „abstraktní hodnoty“ klienti hodnotí jako důležitou a cítí se v této oblasti spokojeni, důvodem může být, že opustili předchozí nezdravý životní styl, zvládají žít se svou závislostí, z toho důvodu jsou pro ně tyto hodnoty (bezpečí, spravedlnost, svoboda, pravda) více důležité a jsou v nich více spokojeni než běžná populace (rozdíl není statisticky významný). Dalším důvodem může být i deprivace v jiných oblastech, proto můžou být více ceněné „abstraktní hodnoty“.

U oblasti volného času vykazoval vzorek P-centra u výstupu z programu vyšší hodnocení kvality, než vzorek reprezentativní běžné populace. Smysluplné trávení volného času, ke kterému jsou během programu vedeni, je jedním z předpokladu fungování klienta v běžném životě. Tento běžný život, je ve srovnání s jejich předchozími životy „nudný“ a klienti mohou předpokládat že je pro ně oblast volného času důležitá.

Příčinou obecně vyššího hodnocení kvality života ve většině oblastí, může být zapříčiněno klientovým pozitivním očekáváním běžného života a i klientovou „euforií“ po dokončení programu doléčování, kterým završil celé dosavadní léčení své závislosti (celková doba léčebného procesu se obvykle pohybuje v rozmezí 9-18 měsíců).

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

Závěr

Cílem mé práce bylo ověřit, zda dotazníky, které měří kvalitu života, přinesou relevantní informace pro evaluaci programu doléčování a chráněných bytů. Téma práce vyšlo z potřeb konkrétního pracoviště, P-centra v Olomouci, kde následně probíhal i výzkum.

Po prostudování relevantní literatury byly vybrány dvě metody, dotazník SQUALA (Dragomirecká a kol., 2006) a metoda SEIQoL (Křivohlavý, 2002, 2003), které se používají zejména ve zdravotnickém prostředí.

Bakalářská práce se nejprve zabývá teoretickým vymezením oblasti závislosti a péče o osoby se závislostí, poté podrobněji následnou péčí, která je objektem evaluace. Konkrétně bylo představeno i pracoviště následné péče P-centra a jeho program doléčování. Přes teoretické vymezení programové evaluace, která je formou evaluace v kontextu této práce. Samostatná teoretická kapitola je věnována kvalitě života, možnostem jejího měření a některým výzkumům, které mají společné prvky s touto prací.

Teoretický základ následuje část výzkumná. Výzkum probíhal na zmíněném pracovišti v P-centru v Olomouci, od 6/2011 do 2/2012, s klienty doléčovacího programu a chráněných bytů. Hlavní výzkumné otázky zní: „Jsou zvolené dotazníky přínosem pro evaluaci následné péče osob závislými na návykových látkách“ „Hodnotí dotazníky SQUALA a SEIQoL stejné či podobné oblasti života, jsou zástupné?“, „Jsou vstupní a výstupní hodnoty klientů u dotazníku SQUALA podobné, jako výsledky orientačních populačních norem?“.

Z šetření vyplývá, že použité metody jsou vhodné jako nástroj evaluace následné péče. Výstupní data dotazníku SQUALA byla v 91% (10 z 11) vyšší než data vstupní. V případě dotazníku SEIQoL byla výstupní data jen v 55% (6 z 11) vyšší než data vstupní. U dotazníku SQUALA se změna mezi vstupem a výstupem prokázala jako statisticky významná. Na rozdíl od dotazníku SEIQoL, který nás překvapil získanými výsledky, které nepotvrdili naše domněnky, že vyšší hodnoty při dokončení programu budou u většiny klientů.

Významná témata, která klienti uváděla nejčastěji v rámci dotazníku SEIQoL, se shodují se zaměřením programu následné péče P-centra. Navíc nám dotazník SEIQoL přináší možné podklady pro individuální plánování doléčování klientů.

Oba dotazníky měří kvalitu života jinou formou a oba přinášejí důležité informace pro program následné péče osob závislých na návykových látkách. I při využití statistických metod (program Statistica) je korelace, s využitím Spearmanova korelačního testu, mezi dotazníky zanedbatelná.

Proto je možné doporučit pro evaluaci následné péče oba dotazníky. Je otázkou, jestli nepoužívat oba dva zároveň, každý má své přednosti. SQUALA nabízí možnost porovnání s běžnou populací. Metoda SEIQoL svým zaměřením na čistě individuální pojetí kvality života dobře zapadá do konceptu doléčování, kam přicházejí klienti s různými specifickými potřebami (dle návykové látky, typu předchozí léčby, věku, příchod z výkonu trestu a jiné).

Porovnání dat uspořádané do dimenzí dle Dragomirecké (a kol., 2006) z dotazníku SQUALA ukázalo, že klienti při výstupu z programu následné péče v P-centru v porovnání s reprezentativním vzorkem běžné populace, hodnotí svou kvalitu života ve většině oblastí podobně jako běžná populace (lehce zvýšeno). Jen v oblasti „blízké vztahy“ hodnotí kvalitu života jako výrazněji nižší, než vzorek běžné populace. Důvodem může být klientova začínající nová životní etapa, kdy hledá i nové „blízké vztahy“.

Sběr dat dále pokračuje a bude zajímavé konfrontovat výsledky této práce, kdy z důvodu menšího počtu ukončivších klientů nebylo možné zahrnout do výzkumu více než 11 (10) klientů, kteří měli kompletní vstupní a výstupní data. Omezení proběhlého výzkumu dobře charakterizuje Dragomirecká (a kol., 2006, s. 16), kdy při hodnocení terapie metodou SQUALA, porovnáním vstupních a výstupních dat, došla i k:

„především u hospitalizovaných pacientů, má omezenou platnost: zachycuje sice vliv terapie na zdravotní a duševní stav pacienta, ale říká jen málo o tom, jak se pacient po týdnech strávených v chráněném umělém prostředí léčebného zařízení bude vyrovnávat se zátěží běžného života. Hodnocení při ukončení léčby se však běžně v klinické praxi používá, protože další kontakt s pacientem bývají obtížně realizovatelné.“

S předchozím nelze než souhlasit, staví před nás nové možnosti, jak pokračovat v tématu této práce. Bylo by vhodné, kontaktovat po 6 a 12 měsících od skončení programu klienty, kteří se zúčastnili výzkumu, a znovu diagnostikovat obě metody.

Práce je svým obsahem spíše pilotní studií, během výzkumu vyvstala řada otázek (souvislosti mezi věkem, pohlavím, předchozím typem léčby atd.). Další

analýzou dat, které se nám v dalším období podaří získat, můžeme na tyto otázky hledat fundovanější odpovědi.

Seznam tabulek a grafů

Tabulky:

1. Tabulka č. 1 - Srovnání formativní a sumativní ealuace
2. Tabulka č. 2 - Ukázka Karnfskyho indexu
3. Tabulka č. 3 - Přehled respondentů se vstupními a výstupními daty
4. Tabulka č. 4 – Věkové složení všech respondentů
5. Tabulka č. 5 – Rozdělení respondentů dle návykové látky
6. Tabulka č. 6 – Významná témata SEIQoL, vstupní data
7. Tabulka č. 7 – Významná témata SEIQoL, výstupní data

Grafy:

1. Graf č. 1 – Vstupní a výstupní hodnoty SEIQoL
2. Graf č. 2 – Vstupní a výstupní hodnoty SQUALA
3. Graf č. 3 - Průměrné parciální skóre jednotlivých položek SQUALA, vzájemné porovnání
4. Graf č. 4 - Porovnání hrubých parciálních skóre u dimenzí

Literatura

CPPT o.s. (2012). Anotace k příspěvkům a autobiografie přednášejících [online].

Dostupné dne 27.3.2012 z

http://www.cppt.cz/comm/docu/konf_2010_anotace_autobiografie.pdf

Diener, E. (2012). The Satisfaction with Life Scale, [online] Dostupné dne 17.2.2012

z <http://www.ppc.sas.upenn.edu/lifesatisfactionsscale.pdf>

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

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

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

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

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

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

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

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

Kalina, K. (2003). *Denní stacionáře*, in Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 179-189.

- Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita: Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (2003). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2005). *Měření kvality života objektivními ukazateli*, in Payne, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, s. 281-287.
- Kuda, A. (2000). *Tematické skupiny prevence relapsu*. Olomouc: P-centrum
- Kuda, A. (2003). *Následná péče, doléčovací programy*, in Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 2*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 208-214.
- Makovská Dolanská, P. (2007). *V doléčovacím centru má často relaps pro klienta paradoxně pozitivní význam*. *Sociální práce/Sociálna práca*. č. 3, s. 32-33.
- Matoušek, O. (2007). *Hodnocení průběhu jednotlivého programu*, in Matoušek, O. a kol. *Sociální služby: Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál.
- Matoušek, O. (2005b). *Hodnocení sociálních služeb – výzva pro blízkou budoucnost*, in Smutek, M., (ed.). *Možnosti sociální práce na počátku 21. století: sborník příspěvků z minikonference*. Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové, s. 7-11. [online].
Dostupné dne 12.3.2012 z <http://www.uhk.cz/cs-cz/fakulty-a-pracoviste/ustav-socialni-prace/eDokumenty/Documents/Mo%C5%BEnosti%20soci%C3%A1ln%C3%AD%20pr%C3%A1ce%20na%20po%C4%8D%C3%A1tku%2021.%20stolet%C3%AD.pdf>
- Matoušek, O. (2008). *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.
- Minařík, J. (2003a). *Stimulancia*, in Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 1*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 164-168.
- Minařík, J. (2003b). *Opioidy a opiáty*, in Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 1*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 159-163.
- Miovský, M. (2003). *Konopné drogy*, in Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 1*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 174-179s.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Úřad vlády ČR. (2012a). *Standardy odborné způsobilosti – speciální část*, [online]. Dostupné dne 27.3.2012 z http://www.cekas.cz/sites/default/files/u6/STANDARDY_SPECIALNI.pdf

Úřad vlády ČR. (2012b). *Standardy odborné způsobilosti – obecná část*, [online]. Dostupné dne 27.3.2012 z http://www.cekas.cz/sites/default/files/u6/STANDARDY_OBECNE.pdf

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

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

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

Přílohy

1. Dotazník SEIQoL
2. Dotazník SQUALA
3. Rozdělení dimenzí SQUALA

Příloha č. 1 dotazník SEIQoL

SEIQoL

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

Příloha č. 2 dotazník SQUALA

SQUALA a)

Hodnocení důležitosti

	Nezbytné	Velmi důležité	Středně důležité	Málo důležité	Bezvýznamné
být zdravý					
být fyzicky soběstačný					
cítit se fyzicky dobře					
příjemné prostředí, bydlení					
dobře spát					
rodinné vztahy					
vztahy s ostatními lidmi					
mít a vychovávat děti					
postarat se o sebe					
milovat a být milován					
mít sexuální život					
zajímat se o politiku					
mít víru					
odpočívat ve volném čase					
mít koníčky ve volném čase					
být v bezpečí					
práce					
spravedlnost					
svoboda					
krása a umění					
pravda					
peníze					
dobré jídlo					
mít přátele, rozumět si s nimi					
být vzdělaný					
mít možnost trávit volný čas tak jak chci					
mít dostatek věcí pro svou zábavu					
dobře vypadat					
hezky se oblékat					
mít věci které se mě líbí, po kterých toužím					

SQUALA b)

Hodnocení spokojenosti

	Zcela spokojen	Velmi spokojen	Spíše spokojen	Nespokojen	Velmi zklamán
zdraví					
fyzická soběstačnost					
psychická pohoda					
prostředí, bydlení					
spánek					
rodinné vztahy					
vztahy s ostatními lidmi					
děti					
péče o sebe sama					
láska					
sexuální život					
politika					
víra					
odpočinek					
koníčky					
pocit bezpečí					
práce					
spravedlnost					
svoboda					
krása a umění					
pravda					
peníze					
jídlo					
přátele a vztah s nimi					
vzdělání					
volný čas					
věci pro svou zábavu					
vzhled					
oblékání					
věci které se mě líbí, po kterých toužím					

Příloha č. 3 rozdělení dimenzí SQUALA

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