

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
FILOZOFICKÁ FAKULTA
KATEDRA PASYCHOLOGIE

Skúmanie hodnotenia kvality života aktívnych
drogovo závislých

Autorka: Eva Kempná
Vedúci diplomovej práce: Mgr. Roman Gabrhelík PhD.

Olomouc
2011

Čestne vyhlasujem, že som túto prácu vypracovala samostatne, a všetky použité
pramene riadne citovala a uviedla.

V Olomouci 31. 3. 2010

Eva Kempná

Ďakujem vedúcemu diplomovej práce Mgr. Romanovi Gabrhelíkovi, PhD. za jeho cenné pripomienky a trpezlivosť, a Mgr. Barbore Kuchárovej, riaditeľke OZ PRIMA v Bratislave, za podporu a pomoc, ako i za to, že mi umožnila uskutočniť výskumnú časť tejto práce.

Obsah

Teoretická časť

Úvod	5
1. Vymedzenie základných pojmov	6
1.1. Droga	6
1.2. Drogové závislosti	6
1.2.1. Typy drogoých závislostí	8
2. Teórie vzniku závislosti a osobnosť	9
2.1. Základné modely vzniku a pretrvávania drogovej závislosti	14
2.1.1. Sociálne teórie	15
2.1.2. Osobnostné teórie	15
2.1.3. Osobnostné charakteristiky - dedičnosť	16
2.2. Vplyv užívania drog na zmenu štruktúry osobnosti	17
3. Dôsledky užívania drog	20
3.1. Zdravotné následky	20
3.2. Psychické dôsledky a zmeny v správaní	21
3.3. Sociálne dôsledky užívania drog	23
4. Harm reduction	24
4.1. Cieľové skupiny, na ktoré sa zameriava prístup harm reduction	26
4.2. Mersey Harm Reduction Model	26
4.3. Hierarchia a kritika harm reduction prístupu	28
4.4. Program výmeny injekčných striekačiek	30
4.5. Harm reduction organizácia	31
4.6. Druhy služieb a ich stručný popis	31
5. Streetwork	34
5.1. História a rozdelenie streetworku	35
5.2. Kontaktné centrá v rámci streetworku	37
5.3. Práca streetworkera	38
5.4. Cieľové skupiny a ich charakteristika	39
5.5. Aktívni užívatelia drog	40

5.6.	Možnosti práce sociálneho pracovníka v rámci streetworku	43
5.6.1.	Formy práce sociálneho pracovníka v rámci streetworku	43
5.6.2.	Intervízia a supervízia	47
6.	Fenomén kvality života	48
6.1.	Vymedzenie pojmu kvality života	48
6.2.	História koncepcií kvality života	49
6.3.	Súčasný náhľad na kvalitu života	51
6.4.	Nástroje merania kvality života	52
Výskumná časť		
1.	Formulácia problému, cieľov a hypotéz	54
1.1.	Predmet a cieľ prieskumu	54
1.2.	Hypotézy prieskumu	54
1.3.	Operacionalizácia prieskumu	54
2.	Metodika a organizácia výskumu	55
2.1.	Metodika výskumu	55
2.2.	Organizácia výskumu	55
2.3.	Charakteristika dotazníka	56
2.4.	Charakteristika súboru	56
3.	Štatistické zistenia a interpretácia výsledkov	60
3.1.	Výsledky prieskumu a interpretácia	60
Diskusia		67
Záver		70
Súhrn		71
Použitá literatúra		75
Príloha		

Úvod

Závislosť od drog (alkoholu či nealkoholových, ako opiátov, kokaínu a amfetamínových drog) je smrteľné, chronické recidivujúce ochorenie, ktoré je stále aktuálne a frekventované. Pokusy vymaniť sa moci drogy je beh na najdlhšiu trať – dlhú ako život. Témou tejto práce je práve vďaka svojej vážnosti. Pojem drogová kariéra môže najmä v laikovi vyvolať dojem, že ide o čierny humor. Pokiaľ tento pojem akceptujeme, ide o najhoršiu kariéru.

Počas posledných dvoch rokov som pracovala ako terénny sociálny pracovník v Občianskom združení PRIMA v Bratislave-Petržalke na Kopčianskej ulici v jeho Kontaktnom centre aj v rámci mobilného streetworku, pod vedením jeho riaditeľky, Mgr. Barbory Kuchárovej. Zaujímal ma spoznať svet užívateľov zblízka, pokiaľ možno pochopiť ich životné osudy, faktory ktoré vplývali na ich životný príbeh. To všetko preto, že by som sa v budúcnosti rada venovala prevencii. Vychádzala som z predpokladu, že aby bolo možné robiť efektívnu prevenciu, je potrebné poznať osobnosti a osudy aktívnych užívateľov.

Po tom, ako som začala pracovať v PRIME, bolo pre mňa podnetné skonfrontovať realitu – to ako som vnímala životnú situáciu a osobnosti užívateľov z reálneho kontaktu s nimi – a ich výpovede, ako oni sami hodnotia svoju životnú spokojnosť v čase aktívneho užívania.

Prácu som rozdelila na dve časti, praktickú a teoretickú časť. Teoretická časť sa snaží o vymedzenie pojmov a prezentovanie teoretických informácií relevantných k danej problematike.

Praktická časť obsahuje výskum metódou Dotazníka životnej spokojnosti Svetovej zdravotníckej organizácie. Výsledky výskumu nie sú metodologicky čisté, a to najmä vďaka množstvu faktorov premenných ktoré vstupovali do jeho priebehu.

1. Vymedzenie pojmov

1.1. Droga

Pre potreby tejto práce budeme chápať drogu ako každú látku meniacu vedomie, ktorá je schopná spôsobiť závislosť. Nebudeme teda oddeľovať alkohol a ostatné drogy, vzhľadom na to, že toto delenie chápeme ako čisto teoretické, ktoré v praxi nemá opodstatnenie.

Najčastejšie používanou definíciou drogy, ktorú ustanovila WHO, je: „droga je akákoľvek látka, ktorá po vstupe do živého organizmu je schopná pozmeniť jednu alebo viac funkcií, pôsobí priamo alebo nepriamo na centrálny nervový systém a môže mať priznané postavenie lieku.“ (Novomeský, 1996, s.12)

Okruhlica, 1998, s.19) poukazuje na fakt, že vymedzenie predmetu návykových látok ako „drog“ je v medicíne skresľujúce, vzhľadom na to, že pod drogou rozumie farmaceutiká, čiže každé liečivo – aj tie, ktorých prechovávanie je legálne. Naproti tomu právny systém zužuje termín drogy a zamieňa ho s termínom ilegálnej látky – čím z definície vylučuje látky, ktoré sú zákonom povolené (ako alkohol, riedidlá a rôzne lieky), ktoré však nepochybne majú návykový potenciál. Preto navrhuje používanie termínu „návyková látka“.

Pod návykovou látkou chápeme takú psychoaktívnu látku, ktorá pri opakovanom užívaní môže u človeka vyvolať závislosť. (Okruhlica, 1998, s. 41)

Pre potreby tejto práce budeme používať termíny „droga“ a „návyková látka“ v rovnakom význame, vzhľadom na to, že ustáleným slovným spojením používaným v tejto súvislosti je „drogová závislosť“ rovnako ako aj „závislosť od návykových látok“.

1.2. Drogová závislosť

V minulosti sa pre patologickú závislosť na drogách používal aj výraz „toxikománia“, pretože často používaný význam „narkománia“ neobsahuje možnosť užívania látok iných ako tie s tlmivým, čiže narkotickým účinkom. (Novomeský, 1996, s. 8)

V súčasnosti je používaný termín „závislosť od návykových látok“ alebo „drogová závislosť“.

Vzniku závislosti predchádza niekoľko fáz vzťahu jednotlivca k užívaniu drog, ktorými sa však nebudeme podrobnejšie zaoberať, vzhľadom na to, že sa zameriavame na abstinujúcich závislých, ktorí majú závislosť diagnostikovanú.

Drogová závislosť – závislosť od návykových látok je od roku 1979 Svetovou Zdravotníckou Organizáciou definovaná takto: „Závislosť od návykových látok - psychický a často aj fyzický stav vyplývajúci z užívania návykovej látky, charakterizovaný reakciami obsahujúcimi vždy nutkavú potrebu užívať návykovú látku buď sústavne, alebo periodicky s cieľom prežívať jej psychické účinky, alebo utlmiť nepríjemný pocit z nedostatku látky. Môže, ale nemusí vzniknúť návyk. Osoba môže byť závislá od viacerých návykových látok.“ (Novomeský, 1996, s.14) Diagnostická jednotka „drogová závislosť“ je v tejto klasifikácii zaradená medzi duševné poruchy. Sporná je v tejto definícii časť: „Môže alebo nemusí vzniknúť návyk“. Okruhlica (1998, s. 35) popisuje závislosť ako „stav poruchy zdravia chorobného charakteru, ktorý sa tiež nazýva syndróm závislosti od nejakej psychoaktívnej látky s výrazným návykovým potenciálom.“ Ďalej Okruhlica tvrdí, že kľúčové pre stanovenie diagnózy závislosti je zistenie a potvrdenie toho, že závislý nemá kontrolu nad frekvenciou užívania a množstvom užitej látky.

„Kritériá na stanovenie diagnózy syndrómu závislosti podľa MKCH-10:

- a) silná túžba alebo pocit kompulzie vziať si látku,
- b) ťažkosť kontroly správania (jeho ovládania) smerom proti užívaniu návykovej látky, v zmysle jeho iniciovania, ukončenia alebo množstva užitej látky,
- c) abstinénčný stav po znížení užívania návykovej látky, alebo po prestaní užívaní, čoho dokladom je pre danú látku charakteristický abstinénčný syndróm, alebo užívanie rovnakej (alebo veľmi príbuznej) látky s úmyslom úľavy, či predchádzania abstinénčných príznakov,
- d) taký dôkaz tolerancie, akým sú zvýšené dávky návykovej látky, ktoré sú potrebné na dosiahnutie rovnakého účinku pôvodne produkovaného nižšími dávkami,
- e) progresívne zanedbávanie alternatívnych pôžitkov, alebo záujmov v dôsledku používania návykovej látky, zvyšujúce sa množstvo času potrebného na získanie návykovej látky, alebo na zotavenie sa z jej účinkov,
- f) pokračovanie užívania látky napriek jasnému dôkazu o celkove škodlivých následkov jej užívania, ktorými sú: poškodenie pečene v dôsledku excesívneho pitia,

stavy depresívnej nálady ako dôsledok obdobia nadmerného užívania návykovej látky, s drogou súvisiace poškodenie kognitívnych funkcií.“

1.2.1. Typy drogových závislostí

Svetová zdravotnícka organizácia pripisuje jednotlivým typom porúch spôsobených užívaním konkrétnych látok kódy diagnóz F10 až F19:

F10 alkohol

F11 opioidy (heroín, odvary z makovic a podobne)

F12 kanabinoidy (marihuana, hašiš)

F13 sedatíva a hypnotiká (u nás lieky ako Rohypnol, Diazepam a podobne)

F14 kokaín

F15 stimulanciá (pervitín a iné)

F16 halucinogény (LSD, lysohlávky, meskalín, psylocibín)

F17 tabak

F18 prchavé látky (toluén, acetón a podobne)

F19 mnohonásobné užívanie rôznych psychoaktívnych látok

(Okruhlica, 1998, s. 44)

Zvyčajne sa formy závislosti popisujú ako závislosť psychická a závislosť fyzická. Závislosť psychická je „zmena duševného stavu subjektu následkom opakovaného podávania drogy, charakterizovaná najvypuklejšie rôzne intenzívne vystupňovanou túžbou opäť drogu používať. Vznik tejto závislosti je viazaný na psychické, zväčša extraordinárne zážitky, ktoré droga konzumentovi poskytuje.“ (Novomeský, 1996, s. 20) Pod termínom fyzická závislosť nájdeme definíciu „somatická závislosť, prejavujúca sa abstinenčnými príznakmi po prerušení prívodu drogy do organizmu. Ide o celý rad príznakov ako nevoľnosť, slzenie, potenie, zvýšenie či kolísanie telesnej teploty, psychomotorický nepokoj, zmeny krvného tlaku, pulzu, palpitácie, bolesti hlavy, niekedy vyprovokovaný epileptický záchvat a iné.“ (Novomeský, 1996, s. 21) tieto abstinenčné príznaky sa často objavujú viaceré naraz, pričom pre konkrétne drogy sú typické konkrétne abstinenčné príznaky.

Závislosť je ochorenie progresívneho charakteru, má teda tendenciu zhoršovať sa. Rotgers (1999, s.21) tvrdí, že „Je zrejmé, že bez liečby a intervencie nie je možné túto zostupnú špirálu, vedúcu k chronickému alkoholizmu a závislosti, zvrátiť. Napriek tomu, že sa objavujú prípady, kedy sa aj hlboko závislému podarilo zmeniť svoj život

bez intervencie a liečby, u väčšiny osôb, ktorých ochorenie schronifikovalo, sa tak nestáva.“

2. Teórie vzniku závislosti a osobnosť

Existuje množstvo teórií vysvetľujúcich vznik a rozvinutie závislosti. Pravdepodobne však vzniku závislosti u jednotlivca predchádza spolupôsobenie množstva faktorov, nie je teda možné stanoviť jednu či dokonca niekoľko určujúcich príčin. Autori sa takisto líšia v tom, čo považujú za určujúci podnet k začatiu užívania. Podľa Dimoffa a Carpera (1994, s. 77-87) sú dôvodmi, prečo mladí ľudia siahajú po drogách, túžba po euforizačnom účinku, vplyv rovesníckej skupiny, útek pred vonkajšími problémami, nuda a zvedavosť a únik pred vnútornými emočnými problémami. No ako hlavnú príčinu autori uvádzajú to, že drogy užívajú dospelí a deti ich jednoducho napodobňujú. Podľa Göhlerta a Kuhna (2001, s. 12) užívajú ľudia omamné látky, aby dostali pod kontrolu svoj emocionálny stav, pretože potrebujú potlačiť nepríjemné pocity a vyvolať naopak dobré. Je to „vystupňovaný mechanizmus sebaobrany“, teda únik či útek zo subjektívne neznesiteľnej reality. Autori tvrdia, že pocity šľastia, prijatia, spolupatričnosti a podobne, ktoré sú našimi prirodzenými potrebami, môžeme získať pomocou istej námahy zacielenej smerom na dosiahnutie týchto potrieb. Ľudia siahajúci po drogách si vyberú zdanlivú skratku k týmto pocitom, pričom drogy majú schopnosť potlačiť strach a hnev, priniesť pokoj, rozvinúť sebavedomie a rozšíriť obzor. Göhlert a Kühn (2001, s. 12)

Göhlert a Kühn ďalej uvádzajú teóriu „štyroch téz“, pomocou ktorej objasňujú svoj pohľad na vznik závislosti ako „chyby v uspokojovaní potrieb“. Prvá téza tvrdí, že pre človeka je prvoradé uspokojovanie jeho potrieb, ktoré máme všetci v princípe rovnaké. (S teóriou potrieb nás oboznámil aj Abraham Maslow.) Druhá téza pokračuje v teórii tvrdením, že človek si svoje správanie i názory zdôvodňuje či racionalizuje, aby bol v súlade so samým sebou. Tu upozorňujú na to, že ak človek nevie nájsť hodnoty v sebe, hľadá ich v „rekvizitách“ okolo seba – výdobytkoch techniky, predmetoch, imidži. Tretia téza uvádza tvrdenie, že človek je v podstate bezmocný a ako taký je odkázaný na pomocné prostriedky, ktorými sú napríklad technika, sociálna štruktúra, normy a ideológie v rámci ideových štruktúr a systém vedy. „Za určitých okolností môžu rolu týchto pomocných prostriedkov prevziať omamné prostriedky“. (Göhlert, Kühn, l., 2001 s.15)

Štvrtá, posledná téza, uzatvára teóriu tvrdením, že „omamné prostriedky sa môžu používať ako pomôcky na zdolávanie života“ – teda na uspokojovanie niektorých potrieb – získavania zážitkov, zlepšenie nálady, odstránenie bolesti, strachu, nervozity či nespavosti, zvýšenie aktivity a pocitu energie a podobne. (Göhlert, Kühn, 2001, s.15) Z toho vyplýva, že branie drog nie je akousi záhadnou aktivitou vykonávanou zvláštnymi, nenormálnymi bytosťami, ale že môže byť len akousi „chybou v programe“, cestou za uspokojením potrieb, ktoré sú vlastné všetkým ľuďom.

Najrizikovejším obdobím je na základe vyššie uvedeného obdobie dospievania, čomu zodpovedá aj veková štruktúra drogovo závislých. Mladí ľudia častejšie nemajú ujasnené postoje a hodnoty, ktoré by im zabránili v sebapoškodzujúcom správaní. Mladí ľudia najčastejšie „podliehajú psychologickým, fyzickým a spoločenským zmenám, ktoré môžu viesť k narušeniu rovnováhy osobnosti, najmä ak mladistvý zároveň so spoločenským učením nezískava aj pozitívne podnety za svoje správanie.“ (Göhlert, Kühn, 2001, s. 31) Závislosť u detí a dospievajúcich má svoje špecifiká aj v rýchlosti, akou sa rozvinie (rádovo niekoľko mesiacov oproti niekoľkým rokom u dospelých) a v škodách, ktoré zanechá na psychosociálnom vývine - v oblasti vzdelávania, citového dozrievania, psychosexuálneho dozrievania, sebakontroly, sociálnych zručností a podobne. (Nešpor, 2000, s. 54)

U mladých ľudí s históriou drogovej závislosti sa tak vytvára akási časová medzera, v ktorej sa ich psychosociálny vývin vďaka užívaniu drog zastavil a po začatí abstinencie musia v tejto zanedbanej oblasti opäť dospievať. Týka sa to mnohých zručností potrebných pre život v spoločnosti, nazývaných aj „life skills“, na tréning ktorých sa dnes zameriavajú mnohí odborníci na liečbu závislosti u mladistvých. (Nešpor, 2000, s. 69.) Podrobnejšiemu popisu life skills sa budeme venovať v kapitole o liečbe.

Göhlert a Kühn uvádzajú faktory, ktoré sú pri vzniku závislosti rizikové. Túto teóriu nazývajú „trojfaktorovou“ a vychádzajú z tézy, že sa tieto tri faktory (jednotlivec, droga a okolie) musia vzájomne zložito ovplyvňovať takým smerom, aby sa závislosť rozvinula. Faktor „jednotlivec“ zahŕňa: hodnotu vlastnej osobnosti, schopnosť nadväzovať vzťahy, frustračnú toleranciu, toleranciu sklamaní, sociálnu kompetenciu, sklon k ochoreniu, postoj k drogám a ich spotrebe. „Faktor drogy“ obsahuje kategórie: druh a použitie drogy, dosiahnuteľnosť, potenciál závislosti, ekonómia drogy, návykové prostredie, okolie spotreby, užívanie a omámenie. Posledný faktor, „faktor okolia“, obsahuje nasledovné zložky: konkurenčná situácia, orientácia na spotrebu, seberovná

skupina, trh s drogami, hodnotové modely a hospodárska situácia. „Podľa toho, či sa tieto faktory u človeka prejavujú negatívne alebo pozitívne (napríklad nízke či vysoké sebahodnotenie, nekritický alebo kritický prístup k drogám) môžu predstavovať nebezpečenstvo alebo ochranu pred vývojom závislosti.“ (Göhlert, Kühn, 2001, s. 25) Urban popisuje ešte štvrtú skupinu faktorov a to faktory precipitujúce – teda podnety. Zaraďuje ich do troch základných skupín – opustenie citovo blízkej osobou, prevzatie náročnejšej role (v zamestnaní, rodičovstve a podobne) a vážne nepriaznivé okolnosti či fyzické ochorenie. Celkovo tieto podnety nazýva stresovými životnými udalosťami. (Urban, 1973, s. 48, citovaný podľa Kuchárovej, 1995, s. 34)

Nešpor tento jav popisuje ako „mnohoúrovňovú pokračujúcu interakciu protektívnych a rizikových činiteľov.“ (Nešpor, 2000, s. 52) U ľudí, ktorí síce užívajú v istom období (respektíve obdobiach) svojho života drogy, ale nestanú sa závislými, pravdepodobne prevažuje vplyv pozitívnych faktorov nad negatívnymi.

Z vyššie uvedeného usudzujeme, že ak osobnosť závislého jedinca (faktor „jednotlivec“) disponuje, respektíve nedisponuje istými charakteristikami (vysoké sebavedomie, dobrá schopnosť nadväzovať vzťahy, vysoká frustračná toleranciu i tolerancia sklamaní, sociálna kompetencia, nízky sklon k ochoreniu a negatívny vzťah k drogám), pravdepodobne budú jedincovi tieto zložky chýbať aj v prípade, že prestane užívať drogy. Vzhľadom na to, že sa jedná najmä o postoje, hodnoty a vlastnosti osobnosti, nedajú sa zmeniť za krátky čas, ale je potrebné dlhšie obdobie systematického „prebudovávaní“ týchto zložiek tejto osobnosti. Táto premena je dôležitá najmä preto, že droga a okolie si svoje charakteristiky ponechajú a naďalej abstinujúceho závislého ovplyvňujú v smere pokračovania v užívaní, preto ak si chce abstinenciu udržať, nevyhnutne musí zmeniť faktor „jednotlivec“.

Jedným z faktorov zvyšujúcich riziko rozvoja závislosti je aj genetický faktor. Tvrdí to Nešpor, no zdôrazňuje, že opäť ide len o jeden z mnohých činiteľov – teda ak niekto disponuje takouto genetickou záťažou (kombináciou rôznych faktorov, nejedná sa o jeden gén), neznamená to, že sa u neho nevyhnutne rozvinie závislosť. Takisto jedinec, ktorý príslušné gény vo výbave nemá, sa rovnako môže stať závislým – za pôsobenia iných faktorov. (Nešpor, 2000, s. 53)

Existujú však aj teórie, ktoré považujú isté geneticky prenášané faktory za priamu predispozíciu k ochoreniu závislosťou, ktorá sa spúšťa pri počiatkoch konzumácie drog. Rola prostredia je tu považovaná za úplne irelevantnú. Zástancovia tohto teoretického modelu predpokladajú, že pre každý typ závislosti podľa užíwanej látky (alkoholizmus,

kokainizmus a podobne) existuje špecifický gén. Túto teóriu podporujú relatívne nedávne výskumy práve „kokaínového“ a „alkoholového“ génu. (Rotgers, 1999, s. 22)

Psychoanalytické koncepcie vzniku závislosti tvrdia, že užívanie drog je reakciou na nevyriešený ranný vnútorný konflikt, teda je len symptómom iného, hlboko skrytého problému – a následného uviaznutia v orálnom štádiu. Drog poskytnúť neskôr jedincovi orálne uspokojenie, čím potlačia jeho depresiu. Z toho by však vyplývalo, že na liečbu závislosti by stačilo tento nevyriešený konflikt odstrániť a symptóm, teda závislosť, by zmizol. Takisto neexistuje dostatok dôkazov pre to, že by bola liečba závislosti psychoanalytickými metódami účinná. To je aj príčinou, prečo nebýva psychoanalýza považovaná za vhodnú na vysvetlenie či liečbu závislosti. (Rotgers, 1999, s. 60-65)

Biopsychosociospirituálny model závislosti, o ktorom sa zmieňuje Rotgers (2000) postuluje, že „excesívne užívanie alkoholu a iných drog vedie k hlboko negatívnym biologickým, psychologickým, sociálnym a spirituálnym dôsledkom. S nimi sa združuje úzkosť, ktorá provokuje ďalšiu excesívnu konzumáciu, ktorá prináša ešte negatívnejšie dôsledky a ešte vyššiu úzkosť. Týmto spôsobom vzniká bludný kruh, ktorý nemierne požívanie drog a alkoholu udržuje.“ (Rotgers, 1999, s. 18-19)

Biologickou dimenziou závislosti sú podľa tohto modelu zmeny v chemizme mozgu vyvolané návykovými látkami. Môžeme pomocou neho vysvetliť paradox pokračujúceho užívania drog užívateľom napriek zreteľne negatívnym dôsledkom tohto počínania. Napríklad na začiatku brania kokaínu je branie pozitívne posilnené dobrým zážitkom, ktorý kokaín poskytuje pomocou zvýšenia produkcie dopamínu, serotonínu a noradrenalínu. Pokračujúce branie však zmení chemizmus mozgu natoľko, že prežívanie sa mení na negatívne vďaka prudkému zníženiu hladiny dopamínu a iných neurotransmiterov. Eufória sa mení na depresiu, vyčerpanosť, podráždenie a nervozitu. Závislý si však pamätá počiatočné pozitívne psychologické stavy a súčasné negatívne stavy ho motivujú k ďalšiemu vyhľadaniu drogy, pretože hľadá to, čo mu drogy poskytovali na začiatku. Tento jav môžeme považovať za paradoxnú autoterapiu založenú na spomienkovom optimizme. Tieto patologické zmeny v mozgu pretrvávajú ešte dlho po prerušení užívania. (Rotgers, 1999, s.19-20)

Psychologická dimenzia závislosti je vyvolaná zmenami chemizmu mozgu, ktoré spôsobujú výrazné poruchy nálad a emócií. Na jednej strane sú tieto nepríjemné stavy vyvolané priamo návykovými látkami a na strane druhej životom, ktorý závislí vedú – nezamestnanosť, nutnosť každodenne si zaobstarávať drogy, strata partnera a rodiny,

zdravotné problémy a podobne. U závislých sa často objavujú problémy s nízkou sebaúctou, problémy s porozumením sebe samému a s identitou, ktoré sú priamym dôsledkom vnútorného konfliktu medzi morálnymi hodnotami a vlastnými činmi. Závislí sa stávajú vnútorne nepriateľsky naladení voči ľuďom, racionalizujú svoje správanie a odmietajú sa o svojom prežívaní a myšlienkach otvárať iným ľuďom pre pocity hanby a potrebu poprieť pravdu o svojom probléme. Takisto sa často objavujú sklony k sebaľútosťi, precitlivenosti, nízka frustračná tolerancia a rôzne neodbytné obavy. Na potlačenie týchto nepríjemných pocitov sa závislý pokúša použiť opäť návykové látky. Podľa Rotgersa sa tieto problémy objavujú u takého vysokého počtu závislých, že by sa nimi mali odborníci cielene zaoberať a venovať im špeciálne terapeutické aktivity. (Rotgers, 1999, s. 20)

Sociálnou dimenziou závislosti rozumieme problémy, ktoré závislému jeho ochorenie spôsobuje v sociálnej oblasti. Podrobnejšie sa k nim vrátime v časti o dôsledkoch užívania drog. Rotgers tvrdí, že najviac trpia najbližšie vzťahy závislých, v ktorých sa v dôsledku užívania jedného z členov objavujú frustrácia, nenávisť, strach, sklamané očakávania, pocity viny, ľútosť, depresie a silné pocity bezmocnosti. Závislý sa snaží tejto dusnej atmosfére a emocionálnemu stresu vyhnúť a opäť siaha po návykových látkach, čo tento bludný kruh uzatvára. V partnerstve a v rodine a rýchlo vytráti schopnosť komunikovať otvorene o problémoch a riešiť aj bežné konflikty. Nielen samotní závislí, ale aj ľudia, ktorí s nimi žijú, sú závislosťou negatívne ovplyvnení, pretože sa snažia nekontrolovateľnú situáciu dostať pod kontrolu. Táto snaha ústi do takzvanej spoluzávislosti, ktorá je charakterizovaná prílišným zaoberaním sa spoluzávislého jeho závislým partnerom (alebo dieťaťom či rodičom). Spoluzávislý len ťažko prijíma, že nie je v jeho moci zbaviť závislého jeho závislosti ani pri najväčšom vypätí síl a musí čeliť pocitom osamelosti, odmietnutia a nenaplnenej potreby byť vypočutý. Partneri (partnerky) závislých nesú často zodpovednosť za domácnosť a deti celkom na svojich ramenách. Navyše sa závislý stáva jedným z „detí“, o ktoré sa treba neprimerane starať. Často sa tak partneri musia naučiť prekonávať problémy spôsobené závislosťou ich blízkeho tým, že jeho branie zneužívajú – manipulujú ho k pocitom viny, pretože sa snažia spraviť situáciu únosnejšou. Za tieto pokusy sami seba hlboko odsudzujú.

(Rotgers, 1999, s. 21-22) Problému spoluzávislosti sa u nás ešte nevenuje dostatočná pozornosť. Možnosti špecializovanej terapie sú značne obmedzené. Terapeutickú pomoc a podporu by mali dostať spoluzávislí nielen počas aktívneho užívania ich

blízkeho, ale aj po tom, čo už abstínuje, pretože maladaptívne techniky zvládania, ktoré si vypestovali a dlhodobé zaoberanie sa životom niekoho iného im znemožňujú začať žiť svoj život.

Spirituálna dimenzia závislosti je podľa biopsychosociospirituálneho modelu vplyv, ktorý ochorenie závislosťou má na duchovný život človeka. Závislí často popisujú svoje pocity ako hrozivú izoláciu, odcudzenie, prázdnotu, úplnú stratu zmyslu života. Závislí si uvedomujú nemorálnosť svojho života, svoje ubližovanie sebe i iným a ťažko sa s týmto pocitom vyrovnávajú. Tento pocit zúfalstva je takisto podnetom k ďalšiemu pitiu a užívaniu drog. (Rotgers, 1999, s. 22)

2.1. Základné modely vzniku a pretrvávania drogovej závislosti

Vývoj názorov na vznik závislostí teda prechádza od jednofaktorových teórií k multifaktorálnym, odborná obec zaoberajúca sa problematikou závislostí zároveň zdôrazňuje jej interdisciplinárnosť .

Frye (in Vojtík - Břicháček, 1985) klasifikuje teórie zaoberajúce sa problematikou vzniku abúzu drog podľa štyroch hľadísk:

- a) vzťah jedincov k sebe samým (psychologické teórie)
- b) vzťah jedinca k spoločnosti (sociologické teórie)
- c) vzťah jedinca k druhým (sociálne teórie)
- d) vzťah jedinca k prírode (naturalistické teórie)

Klasickejšiu kategorizáciu rozporných postojov rôznych škôl k zneužívaniu návykových látok nám predkladajú Wall a Holstein (1980, in Vojtík - Břicháček, 1985), rozlišujú štyri kategórie:

1. biologické teórie
2. psychodynamické teórie
3. sociálne teórie
4. sociologické teórie

2.1.1. Sociálne teórie

Sociálne teórie môžeme rozdeliť do dvoch skupín. Do prvej skupiny patria teórie, ktoré vnímajú drogovú závislosť ako autoterapiu úzkosti. Bruhna (in Vojtík, Břicháček, 1985) ju chápe ako „spôsob života, ktorý človeku pomáha vyrovnať sa so sebou a so svojou históriou.“ V Eriksonovom ponímaní drogovú závislosť interpretuje Deissler (in Vojtík, Břicháček, 1985, str.18), "ako autoterapiu dezintegrovanej úzkosti a paniky, rozvíjajúcej sa v období krízy identity". Patrí sem aj teória Schuckita a spolupracovníkov (in Vojtík, Břicháček, 1985), ktorá dáva drogovú závislosť do spojitosti s menšou schopnosťou riešiť vážne životné problémy.

Druhá časť sú teórie, ktoré považujú vznik a priebeh drogovej závislosti ako prejav antisociálneho vývoja a delikvencie. Závislosť vysvetľujú ako fenomén celkového spôsobu požívačného života (Block, Goodman, in Vojtík, Břicháček, 1985), ako odchylné správanie, pri ktorom sú narušované prijímané hodnoty a pravidlá správania sa (Stosbergová, in Vojtík, Břicháček, 1985), alebo ako antisociálna deviácia (Bell, Champion, in Vojtík, Břicháček, 1985)

2.1.2. Osobnostné teórie

Najviac sa o uchopenie osobnosti závislého pokúša diskurz zaoberajúci sa závislosťou na alkohole. Tu je potrebné diferencovať premorbídne črty osobnosti a patologické zmeny osobnosti spôsobené abúзом. Ako významý sa môže javiť temperament ako stály, konštitučne daný rys osobnosti.

Psychoanalytické teórie hovoria pri vzniku závislosti o nedoriešenej traume a neuspokojení potrieb dieťaťa v ranných vývinových štádiách, ktoré vedú k neurotickým konfliktom. Keď dieťa nemá možnosť odžiť si zdravý a reálny vzťah k rodičom a ostane zafixované v jednom z období psychosexuálneho vývinu, a nepostúpi do ďalšieho, dochádza teda k raným poruchám osobnosti.

Predpoklad následného vzniku závislosti je takáto: osobnosť alebo jej časť uviazla v rannom orálnom štádiu. Droga v potom umožňuje dosiahnuť orálne uspokojenie, ktoré absentovalo. Závislosť na droge psychoanalytici hodnotia ako ekvivalent depresie, kedy samotná látka predstavuje izolovanú agresiu, ktorá je vytesnená a obrátená dovnútra. Vývoj je teda zabrzdený v čase vývoja objektových vzťahov v štádiu narcizmu, a vývoj libida je tu zastavený na neskorom orálnom stupni (Štúrová, 1993).

2.1.3. Osobnostné charakteristiky - dedičnosť

Urban (1973) uvádza, že je nemožné určiť kombináciu osobnostných charakteristík, ktoré by nezvratne smerovali jedinca k závislosti. Uvádza, že závislosť je možné za určitých podmienok vypestovať u každého človeka, dokonca aj u laboratórneho zvieratá. Klasický priebeh tu možno charakterizovať v smere zvyšovania tolerancie a frekvencie dávky s následným vznikom abstinenčného syndrómu. Za rozumnejšie považuje hovoriť o štruktúre osobnosti, ktorá hľadá riešenie problémov v užití psychotropných látok. Možno teda skôr určiť vlastnosti, ktoré toto riziko zvyšujú.

Za užitočné možno považovať skúmať premorbídnu štruktúru osobnosti. Existuje vysoké percento závislých, ktorí majú premorbídne psychiatrickú diagnózu. K najčastejšie citovaným patrí sklon k emočným poruchám, najmä náchylnosť k depresii. Ako ďalšie významné faktory sú uvádzané nezdržanlivosť, nestálosť, nevyhranenosť, zvýšený egocentrizmus, infantilizmus, sklon k pôžitkárstvu a znížená odolnosť voči bežnej záťaži.

Vo všeobecnosti môžeme predisponované osobnosti zaradiť do dvoch základných typov:

1. Osoby zvýšene citlivé, zraniteľné a úzkostné
2. Osoby extrovertné, ktoré sa často dostávajú do konfliktu s okolím

Autori Chvíla a Vengřínová (1989) k už spomínaným typom osôb dopĺňujú ešte ďalšie dva typy a to konkrétne:

3. Osoby s nízkym intelektom a dlhodobými poruchami správania

4. Osoby s vysokou dispozíciou k apetrncii na drogu

Veľkú rizikovú skupinu tvoria osoby s psychiatrickou diagnózou. Častý sklon k závislosti majú najmä :

1. Psychopatické osobnosti (nezdržanliví psychopati, nesebaistí psychopati, hysterický psychopati a schizoidní psychopati)

2. Neurotici

Niektorí autori, napríklad Presl (1994), považujú za najsilnejšie pôsobiaci faktor na vznik závislosti vplyv prostredia. Vychádzajú pritom z predpokladu, že všetko čo nás obklopuje má nesmierny vplyv na vytváranie našich postojov.

2.2. Vplyv drog na zmenu štruktúry osobnosti

Droga zasahuje pri abúze celú osobnosť ako biopsychosociálnu jednotku. Vplyvy drogy na osobnosť možno rozdeliť na bezprostredné a na dlhodobu pretvárajúce zmeny. Pri užití dostatočne farmakologicky účinnej látky, ktorá neprekročí hranicu za ktorou nastáva exitus, sa výrazne posúva prežívanie reality. Typické sú zmeny nálad bezprostredne po užití drogy (Drtil, 1978):

1. Kladne hodnotený vzostup nálady, ktorá odoznieva a vracia sa k norme spolu s odoznievaním drogy.

2. Kladne hodnotený vzostup nálady, ktorú strieda zhoršenie pod normál, nálada sa po čase vracia k norme.

3. Kolísanie nálad.

4. Pri dlhodobom abúze sa droga využíva na zlepšenie nálady, ktorá je trvalo pod normálom.

5. V horšom stave abúzu sa prijíma droga na vrátenie nálady k normálu z trvalo negatívne hodnotenej nálady.

6. Posledný prípadom je zlepšovanie nálady drogou, ktorá však už nedosahuje ani len normál.

Táto kategorizácia zodpovedá v podstate priebehu závislosti, na ktorej konci je aspoň čiastočné zmiernenie negatívnych nálad drogou.

Iný prípad nastáva pri užívaní zmesí (napr. psychostimulancií a hypnotik), kde nálada kolíše v smere plus a mínus okolo normy, táto kombinácia sa často využíva na zvýšenie výkonu umelým ovplyvňovaním vedomia.

Farmakologicky účinné látky ovplyvňujú okrem nálad aj iné psychické kvality, najmä už spomínané vedomie, ale aj vnímanie a myslenie.

Emotivita môže nadobúdať kvality indiferencie, nezúčastnenosti, inokedy je ľahko nadnesenou, často býva úzkostná.

Vedomie môže prechádzať priamkou od somnolencie k soporu až ku kómatu, ktoré môže končiť smrťou (pri neúmyselnom predávkovaní). Väčšinou sa však jedná o zúženie vedomia.

Zmeny vnímania bývajú sprevádzané najmä zrakovými halucináciami, pseudohalucináciami, ilúziami, pseudoilúziami a deformitami pozorovaného.

Do myslenia môžu preniknúť pri dlhodobom abúze sekundárne bludy. Vyskytujú sa i primárne bludy či celé bludné systémy.

Jedinec teda zmenu spôsobenú drogou registruje väčšinou ako príjemnú a to hlavne, ak je stav pred prijatím drogy výrazne vychýlený či už v smere dysfórie a depresie (snaha zbaviť sa jej) alebo eufórie (snaha stupňovať ju).

Uvedené zmeny súvisia priamo z užitím drogy, s dobou intoxikácie. Droga však vplýva na osobnosť aj ako na kompaktný celok. Na dlhotrvajúcich a výrazných zmenách osobnosti sa podieľajú už všetky faktory vzniku a trvania drogovej závislosti tak ako ich definoval Urban (str. 17). Dochádza k deteriorizácii osobnosti. Počiatky abúzu sú časté v období adolescencie, čím osobnosť mladého človeka stráca šancu harmonicky rozvinúť svoje možnosti (časté sú poruchy zretia v emotívnej oblasti). "Teoreticky najmenšiu hodnotu by tento zážitok zmeny (pôsobenie drogy v pozitívnom smere, pozn. autora) mal mať pre zdravého jedinca, ktorý žije vo vyrovnanej pohode vnútornej i

medziľudskej, plne zaujatý aktuálnou aktivitou a pozitívnymi perspektívami," (J. Skála, 1987, str.140). Za výstižný považujeme citát: "Zmeny, ktoré spôsobuje toxikománia osobnosti typu charakteropátie, sú tým drastickejšie, čím skôr v ontogenéze "naštartoval" toxikomanický vývin" (Heretik, 1993, str.123).

Autori sa snažia opísať zmeny v správaní toxikomanov, nasledovne ich opísal Dobrotka (in Heretik, 1993, str. 122) v "zmenách motivačného poľa:

1. dekompenzovanie latentných abnormných čŕt a tendencií osobnosti, napr. agresivity, sexuálnej deviácie,
2. blokovanie pozitívnych motivácií človeka ľahostajnosťou, zníženou empatiou,
3. "zúženie" motivačného poľa na úzky okruh záujmov a cieľov, ktoré súvisia s obstarávaním drog,
4. vyvolávanie stavov podobných psychózam s halucináciami, prežívaním omnipotencie,
5. výskyt "echopsychóz"

Zmeny osobnosti môžu smerovať až k psychopatologickej symptomatológii, najčastejšie sa vyskytujú:

1. Akútna symptomatika pri intoxikácii drogami
2. Pseudoneurastická, dysfóricko - depresívna, anxiózne - depresívna, apaticko - abulická symptomatika, ďalej stavy emočnej lability, instability nálady, poruchy pozornosti, sústredenia atď.
3. Toxické psychózy
4. Defektné stavy :
 - a) psychopatizácia osobnosti
 - b) deteriorácia intelektu osobnosti, ktorá vyúsťuje do demencie (Skála, 1987, str. 166)

3. Dôsledky užívania drog

3.1. Zdravotné následky

Zdravotné následky užívania variujú nielen u jednotlivých typov drog, ale závisia aj od dĺžky užívania, telesnej konštitúcie užívajúceho a ďalších faktorov. Užívanie väčšiny návykových látok môže končiť smrťou – nielen predávkovaním, ale aj vďaka častejšiemu rizikovému správaniu a pomalším reflexom (úrazy, nehody), takisto agresivite (ubliženia na zdraví, zabitia, vraždy), depresiám spôsobeným drogou alebo jej nedostatkom (samovraždy). Častou príčinou smrti je užitie nečistej, zriedenej drogy – priekupníci primiešavajú do svojho tovaru rôzne látky, aby zväčšili objem.

Pre potreby tejto práce uvediem podrobné zdravotné a psychické následky užívania len niekoľkých typov návykových látok (vzhľadom na to, že napríklad kofeinizmus a nikotinizmus nie sú predmetom nášho výskumu).

Alkohol patrí medzi takzvané protoplazmické jedy a jeden jeho gram zničí až 100 neurónov. Pri alkohole, najbežnejšej droge v západných krajinách, sa dlhodobé nadužívanie prejavuje impotenciou u mužov, cirhózou pečene, môže nastať rakovinové bujnenie, rôzne poškodenia mozgu. Abstinenčné príznaky sú popisované ako triaška, silné potenie a slabosť, nevoľnosť a dávenie, kŕče v podbruší, halucinácie, tachykardia (zrýchlené búšenie srdca), delírium tremens (môže končiť aj smrťou).

Inhalovanie prchavých látok (rôzne riedidlá, lepidlá, čistiace prostriedky a podobne) často ústi do rozleptania nosovej sliznice, prejavuje sa dlhodobou svalovou únavou, triaškou, bežné je poškodenie mozgu, nervovej sústavy, kostnej drene, obličiek a pečene, porucha krvotvorby. Relatívne časté sú aj ťažké popáleniny spôsobené vznietením prchavých látok.

Dlhodobé užívanie kokaínu a amfetamínov (pervitín) sa prejavuje nespavosťou a totálnym vyčerpaním organizmu, impotenciou, nechutenstvom striedaným prudkým pocitom hladu, vysoký krvný tlak, nepravidelný tep srdca, halucinácie. Nazálna aplikácia spôsobuje ekzém a výtoky z nosa, zriedkavá nie je ani perforácia nosnej prepážky. Užívanie marihuany podobne ako fajčenie nikotínových cigariet poznačuje dýchacie cesty – chronickou bronchitídou a astmou, bolesťami hrdla. Zvyšuje riziko karcinómu pľúc.

Heroín patrí medzi drogy, ktoré devastujú organizmus veľmi rýchlo a veľmi brutálne – môžeme to nazvať „celkovým zhoršením telesného stavu“ – vrátane vypadávania zubov či atrofie svalov z nedostatočnej výživy. Pri intravenózne aplikácii drogy znečistenou striekačkou sa objavujú lokálne infekcie v mieste vpichu, hnisavé zápaly ako abscesy a flegmóny. Absces je zápalom vytvorená ohraničená dutina vyplnená hnisom a flegmóna je difúzny zápal, ktorý môže vzniknúť prasknutím abscesu. Tieto zápaly sú sprevádzané vysokou horúčkou, môžu končiť nutnosťou končatinu amputovať a pri väčšom zanedbaní sa môžu rozšíriť do celého tela a sú smrteľné. Užívatelia heroínu trpia nielen v dôsledku užívania drogy, ale aj zanedbávaním starostlivosti o svoje telo – objavujú sa podchladenia, zápaly z neliečených infekcií, sexuálne prenosné infekcie – syfilis, kvapavka, chlamýdie, herpetické infekcie, HIV, takisto vírusové hepatitídy a podobne. Hepatitídy spôsobujú poruchy pečene, niekedy až cirhózu. Prímiesy v droge môžu spôsobiť pľúcnu embóliu. Ako následok užívania heroínu sa objavuje aj paréza (ochrnutie) horných končatín.

Halucinogénom sa zväčša nepripisuje schopnosť vyvolať nejaké závažné telesné poškodenia ani pri dlhodobom užívaní, no značným rizikom sú úrazy či samovraždy vyvolané desivými halucináciami. Pri opakovanom užití väčšej dávky lysohlávok je pravdepodobné vážne poškodenie pečene.

Takmer všetkými psychotropnými látkami môžu byť spôsobené kardiovaskulárne poruchy, očné poruchy, neurologické poruchy (tiky, celkový tremor), dysfunkcia trávenia končiaca v niektorých prípadoch kachexiou (totálnou podvýživou). Obzvlášť nebezpečné je užívanie drog počas gravidity – plod sa rodí mŕtvy, v lepšom prípade živý, ale závislý, často s mnohými poškodeniami. (Príručka pre lekárov prvého kontaktu v starostlivosti o drogozo závislých, 2001, s. 8-10) Pre úplnosť uvedieme, že podľa Okruhlicu nemôžeme klasifikovať novorodenca matky závislej na heroíne ako závislého, pretože mu chýba psychická zložka závislosti – túžba po droge. (Okruhlica, 1998, s. 149)

3.2. Psychické dôsledky a zmeny v správaní

Medzi vážnymi psychickými ochoreniami existuje úzky vzťah – napríklad viac ako 25 % ľudí trpiacich schizofréniou má aj problém s drogami. (Príručka pre lekárov prvého kontaktu v starostlivosti o drogozo závislých, 2001, s. 41) Rôzne psychotické

poruchy môžeme takisto pripísať na vrub užívaniu drog – napríklad Korsakovova psychóza prejavujúca sa výrazným zhoršením krátkodobej pamäti. (Nešpor, 2000, s. 28) Psychické zmeny alebo zmeny v správaní sa pri užívaní drog objavujú často skôr ako zdravotné následky a môžu aj dlhšie pretrvávať. Je to preto, že „dlhodobé užívanie drog má za následok významné zmeny vo funkcii mozgu, ktoré môžu pretrvávať ešte dlho potom, ako človek prestane s užívaním drog“. (Okruhlica, 1998, s. 21) Tieto zmeny sú takisto príčinou toho, že závislí sa často k užívaniu vracajú a percento úspešne dlhodobo abstinujúcich je veľmi nízke. Jednou zo zmien, ktoré drogy v mozgu vyvolávajú, je totiž aj neovládateľný pocit kompulzie užiť drogu, ktorý je nazývaný aj „craving“ alebo baženie.

Dlhodobé nadužívanie alkoholu spôsobuje depresie, úzkosť, výpadky pamäti, spoločensky neprijateľné správanie vrátane násilia a samovražedné správanie. (Dimoff, Carper, 1994, s. 52)

Alkoholici vo všeobecnosti majú problém s nízkou sebaúctou. Rotgers (1999, s. 20) tvrdí, že ak aj mali nízku sebaúctu už pred rozvinutím závislosti, pocity hanby sa ešte prehlbujú vďaka následkom pitia – strate zamestnania, rozpadu manželstva, rôznym incidentom vyvolaným intoxikáciou.

Vysoká konzumácia alkoholu často vedie k demencii.

Dlhodobé poškodenie mozgu vyvolané inhaláciou prchavých látok sa môže prejavovať nečakanými záchvatmi úzkosti a paranoidnými atakami – a to aj mnoho rokov po prerušení užívania. Poškodenie mozgu sa prejavuje dlhodobou až trvalou dezorientáciou, nesúvislou rečou, poruchou pamäti.

Kokaín spôsobuje pri dlhodobom užívaní nervozitu, ťažkú anxiету, poruchy pamäti, apatiu, podráždenosť, zmeny nálad, sociálnu fóbiu, silnú vzťahovosť, depresie, agresivitu.

U amfetamínov sú dôsledky podobné ako pri kokaíne.

Marihuana má pri dlhodobom užívaní veľmi špecifické následky – zhoršenie pamäti a schopnosti koncentrácie, zúžený rozsah pozornosti a takzvaný amotivačný syndróm. Amotivačný syndróm sa prejavuje zníženou ambicióznosťou a energiou, apatiou, abúliou, neschopnosťou stanovovať si a dosahovať ciele.

Halucinogény ako LSD či PCP zhoršujú pri dlhodobom užívaní pamäť, myslenie a rečové schopnosti môžu byť trvalo narušené (koktanie, nezrozumiteľnosť reči, mutizmus), objavujú sa úzkosti a depresie, vzťahovosť, agresivita a samovražedné tendencie.

Súčasný typický užívateľ drog sa väčšinou neupína len na jeden druh drogy, popri svojej primárnej droge (látke, ktorú preferuje) sporadicky alebo pravidelne užíva aj iné látky – často preto, aby potlačil negatívne účinky nedostatku drogy v organizme či doznievanie jej účinkov, alebo ak nie je jeho primárna droga práve dostupná. Aj preto sa u bežného užívateľa mnohých typov drog môžu objaviť rôzne psychické poruchy a ochorenia.

Je však veľmi nepresné snažiť sa generalizovať vzťah medzi psychopatológiou a závislosťami, pretože neexistuje spôsob, ako spoľahlivo zistiť, či sa patologické črty objavovali už pred vznikom závislosti, alebo vznikli až v jej dôsledku. Je pravdepodobné, že podstatná časť psychopatológie u závislých je premorbídna. Nepotvrdilo sa však, že by tieto poruchy odznali spontánne po začatí a udržaní abstinencie. (Rotgers, 1999, s. 107) Aj tento fakt podporuje potrebu podpornej terapie v období abstinencie – či už ide o konkrétnu formu psychoterapie, psychagogické metódy alebo iné formy pomoci.

3.3. Sociálne dôsledky užívania drog

Medzi sociálne dôsledky užívania drog môžeme zaradiť problematické až prerušené rodinné vzťahy, častú nezamestnanosť v dôsledku zlého pracovného výkonu a absencií. Podľa Klingemanna (2001, s.6) je priamym následkom absencií v práci nezamestnanosť a vďaka nezamestnanosti sa zvyšuje užívanie závislého – čím sa vytvára akýsi začarovaný kruh.

Ďalšími dôsledkami závislosti sú vyčlenenie zo spoločenského života, zúženie sociálnych kontaktov len na drogovú komunitu – čo veľmi komplikuje opätovné vytvorenie sociálnych väzieb po začatí abstinencie. Vyčlenenie zo spoločnosti je spôsobené na jednej strane tendenciou izolovať sa u samotného závislého, no aj stigmatizáciou zo strany okolia.

Časté sú problémy so zákonom – vďaka prechovávaniu, výrobe či predaju omamných látok, zanedbávaniu detí, agresívnym potýčkam, krádežiam a podvodom. Prípadné odňatie slobody takisto vyčleňuje užívateľa na okraj spoločnosti, podobne ako jeho zanedbaný vzhľad a nevyspytateľné správanie, ktoré vzbudzuje v ľuďoch strach. Pre závislého, ktorý sa pokúša abstinovať, je vďaka nesplneným sľubom veľmi ťažké získať opäť dôveru okolia – rodiny, susedstva či zamestnávateľa.

Najmä ženy, ale aj muži, ktorí kvôli drogám prostituujú, sa vystavujú nielen mnohým zdravotným rizikám, ale aj ich návrat do spoločnosti je veľmi ťažký.

Už spomínané samovraždy sú ďalším zo sociálnopatologických javov súvisiacich so závislosťami.

Ďalším z pohľadov na sociálne dôsledky užívania drog je pohľad ekonomický – vďaka výdajom za zdravotnícke ošetrovanie závislých, sa pre systém sociálnej starostlivosti a justičný systém užívateľa drog stávajú záťažou pre národné hospodárstvo každej krajiny. Materiálne škody spôsobené závislými, ich predčasné úmrtia a celková vysoká úmrtnosť či nezamestnanosť sú takisto faktormi, ktoré vo svojom dôsledku zaťažujú štát, resp. daňových poplatníkov. Podľa Klingemanna (2001, s. 9) tvoria tieto výdavky až 3% hrubého domáceho produktu Spojených štátov amerických.

Cindy Fazey vypracovala v roku 2005 odbornú správu o sociálnych a ekonomických nákladoch spojených so zneužívaním nelegálnych drog na Slovensku, v ktorej uvádza predpokladané ročné náklady u nás medzi 3,606,710,400 Sk a 4,674,832,000 Sk, čo predstavuje 0,13, respektíve 0,16 hrubého domáceho produktu Slovenskej republiky. Medzi ekonomické a sociálne náklady táto štúdia zaraďuje prostriedky ministerstiev zaangažovaných v boji proti drogám, náklady Protidrogového fondu, výdavky užívateľov za drogy a náklady súvisiace s ich trestnou činnosťou. Táto suma vysoko prevyšuje sumu, ktorá je vynakladaná na pokusy ukončiť závislosť. (Fazey, 2005, s. 40-41) Preto je podľa Nešpora (2000, 98-99) najvýhodnejšie také riešenie, ktoré je schopné pomôcť ekonomicky čo najefektívnejšie čo najväčšiemu počtu ľudí za čo najkratší čas a to sú: svojpomocné skupiny, socioterapeutické kluby, hromadná terapia, svojpomocné príručky (práve Nešpor je veľmi plodným autorom týchto textov), včasná a krátka intervencia.

4. Harm reduction

V tejto kapitole sa budeme venovať prístupu harm reduction, jeho definovaniu v odbornej literatúre, jeho praktickému použitiu, niečo z jeho histórie a vzniku aj kritike, ktorá sa naň znáša od jeho neprajníkov.

Nie je možné napísať jednoznačnú a celosvetovo platnú definíciu prístupu harm reduction, nakoľko existuje veľa verzií tejto definície. Za jednu z aktuálnych definícií

tohto prístupu však možno považovať túto: „Harm reduction je súbor praktických stratégií znižujúcich negatívne dôsledky užívania drog, ktoré zažívajú jednotlivci a komunity. Medzi prístupy harm reduction patrí spektrum stratégií od bezpečnejšieho užívania drog cez kontrolované užívanie až po abstinenciu. Prístup a stratégia harm reduction aktívne zapája užívateľov drog, identifikuje ich potreby a zameriava sa na realizáciu dosiahnuteľných cieľov.“ (Nadácia otvorenej spoločnosti (2005, s. 17)

Čo je harm reduction? „Prístup harm reduction – znižovania škôd spojených s užívaním drog – minimalizuje mieru škôd, ktoré môžu drogy potenciálne spôsobiť. Užívanie drog môže fakticky viesť ku škodlivým následkom pre jednotlivcov a komunity a škodlivým vzorom správania spojených s ich užívaním. Primárnym cieľom všetkých stratégií harm reduction je znižovanie škôd spojených s užívaním drog.“

Nadácia otvorenej spoločnosti (2005, s. 17)

Existujú však aj iné definície. Za jednu z úplne prvých sa dá považovať táto: „Harm reduction sa orientuje na politiky a programy zamerané na znižovanie škôd spojených s užívaním drog. Primárnou charakteristikou týchto programov je, že sa zameriavajú na prevenciu škôd spojených s užívaním drog, a nie na prevenciu užívania drog. Často citovaný koncept harm reduction rozlišuje škody na rôznych úrovniach – individuálnej, komunitnej a spoločenskej – a rozličné typy škôd – zdravotné, spoločenské a ekonomické.“

Newcombe (In: Nadácia otvorenej spoločnosti 2005, s. 18)

Ďalšou je definícia od International harm reduction Association (Medzinárodná asociácia pre znižovanie škôd spojených s užívaním drog) a znie: Harm reduction sú politiky a programy, ktorých primárnym cieľom je znižovať negatívne zdravotné, spoločenské a ekonomické následky psychotropných látok pre jednotlivcov, užívateľov drog, ich rodiny a komunity. Hunt a kol. (In: Nadácia otvorenej spoločnosti 2005)

Veľmi jednoduchá, ale zároveň aj veľmi výstižná definícia je od Scavuzza (In: Jírešová, Javorová, 2003), ktorá znie: Prvou prioritou harm reduction je zníženie negatívnych následkov užívania drog.

Z historického hľadiska bolo hlavným stimulom na vytvorenie politiky a programov harm reduction zistenie, akú úlohu zohráva pri prenose HIV/AIDS injekčné užívanie drog a spoločné používanie striekačiek a ihl. Zistilo sa, že hrozba pre zdravie

jednotlivca a verejnosti, ktorú predstavuje HIV a AIDS je omnoho väčšia ako hrozba, ktorú predstavuje zneužívanie drog. Hunt (2003)

Termín minimalizácie škôd, sa začal po prvý raz používať v osemdesiatych rokoch 20. storočia., keď vo Veľkej Británii vznikla jedna z prvých definícií tohto princípu ako politiky verejného zdravia. To znamená, že na represívne riešenie je kladený menší dôraz, zatiaľ čo väčší dôraz sa kladie na pragmatické, nemoralizujúce programy výmeny ihliel a udržiavacie projekty distribúcie metadónu.

4.1. Cieľové skupiny, na ktoré sa zameriava prístup harm reduction

- užívatelia drog (injekčne aj neinjekčne)
- väzni
- osoby pracujúce v sexbiznise a pouliční prostitúti a homoprostitúti
- bezdomovci
- ľudia žijúci v partnersky a sexuálne násilných vzťahoch
- tehotné ženy

Toto sú skupiny s ktorými sa dá pracovať v prístupe harm reduction, v tejto diplomovej práci sa však budeme zameriavať hlavne na drogovu závislosť. Je však častým javom, že jednotlivé skupiny klientov sa prelínajú. Napríklad užívateľ drog je často zároveň aj bezdomovcom alebo osobou pracujúcou v sexbiznise, ktorá v prípade, že ide o klientku ženského pohlavia, môže byť ešte aj tehotná. Takže cieľové skupiny často nie sú úplne jednoznačne rozdelené a prelínajú sa.

4.2. Mersey Harm Reduction Model

„Vyvinul sa v Liverpoole a dnes sa používa ako vzorová stratégia na prácu s užívateľmi drog s cieľom efektívne predchádzať škodlivým následkom, ktoré vznikajú v dôsledku užívania zakázaných drog vo veľkej a neustále narastajúcej populácii ľudí, čo ich užívajú“. Jírešová, Javorková (2003, s. 26)

Merseyov model zahŕňa štyri oblasti servisu pre užívateľov drog. Ide o liečbu, starostlivosť, kontrolu a vzdelávanie.

Hlavným bodom programu je výmena striekačiek, pričom sa zbierajú použité striekačky a klienti sú vzdelávaní o bezpečnejšom užívaní drog a je im poskytované rôznorodé poradenstvo. Takisto im je poskytovaný aj iný zdravotnícky materiál ako tampóny, kondómy, filtre a i. Takisto sa zbierajú použité striekačky od klientov, testujú sa na prítomnosť protilátok na HIV v krvi a podobne. Vznik Merseyovho modelu bol podmienený okolnosťami:

1. neúspech programov liečby drogových závislostí v danom regióne
2. epidémia HIV

Harm reduction prístup je dosť špecifický v každej kultúre a spoločnosti, kde sa uplatňuje a vyskytujú sa v ňom rôzne odchýlky, avšak základné princípy sú zhruba rovnaké, aj keď množstvo autorov opisuje princípy rôzne, vychádzajú z nich zhruba tieto základné princípy:

- niektoré spôsoby užívania drog sú bezpečnejšie ako iné
- abstinencia nie je vždy najvhodnejším alebo najdôležitejším cieľom
- pracuje sa s ľuďmi tam, kde práve sú
- užívatelia sú schopní riadiť svoj život a zmeny správania
- angažovať užívateľov drog do pripravovania služieb a pomoci pre nich
- akceptuje prostredie užívateľov drog a okolnosti

Zdroj: Harm reduction v praxi, zbierka prednášok (In: Staníček, Hrdina, Kalousek, 2002)

Uvádzame aj princípy harm reduction podľa: www.harmreduction.org (principles of harm reduction, <http://www.harmreduction.org/article.php?list=type&type=62>)

1. Akceptuje, že konzumácia legálnych či nelegálnych drog je súčasťou nášho sveta a snaží sa radšej minimalizovať jej škodlivé účinky, ako jednoducho ignorovať, alebo odsudzovať tento fakt.

2. Chápe konzumáciu drog ako komplexný, mnohotvárnny fenomén, ktorý zahŕňa spektrum rôzneho správania od silného zneužívania až po totálnu abstinenciu, pričom si uvedomuje, že niektoré spôsoby požívania drog sú bezpečnejšie ako ostatné.

3. Zavádza kvalitu života jednotlivca a komunity – nie nutne zákaz všetkých drog – ako kritérium pre úspešné intervencie a politiku.

4. Volá po nehodnotiacom poskytovaní služieb a zdrojov ľuďom, ktorí užívajú drogy

a komunitám, v ktorých žijú, s úmyslom pomôcť im redukovať pridružené riziká vyplývajúce z konzumácie drog.

5. Zaručuje konzumentom drog a ľuďom, ktorí v minulosti drogy požívali, možnosť skutočnej angažovanosti pri tvorbe programov a politík pre nich určených.

6. Deklaruje samotných užívateľov drog ako primárne zodpovedných za znižovanie rizík vyplývajúcich z konzumácie drog a snaží sa podporovať užívateľov k podávaniu informácií a podporovaniu sa navzájom pri využívaní tých stratégií, ktoré reflektujú ich aktuálne podmienky užívania drog.

7. Rozpoznáva, že existencia chudoby, triednej, rasovej a sexuálnej diskriminácie, sociálnej izolácie, predošlých tráum a ďalších sociálnych nerovností ovplyvňuje ľudskú zraniteľnosť a schopnosť efektívne sa vyrovnáť s poškodzovaním, ktoré je spojené s užívaním drog.

8. Nesnaží sa minimalizovať alebo ignorovať skutočné a tragické ubližovanie a nebezpečenstvo spojené s užívaním legálnych a nelegálnych drog.

4.3. Hierarchia a kritika harm reduction prístupu

Hierarchia harm reduction sa dá jednoducho vysvetliť takto:

Neber drogy! Keď ich už chceš brať, tak ich radšej šnup. Ak ich nemôžeš šnupať, tak ich fajči. Ak ich nemôžeš fajčiť a musíš si aplikovať injekčne, tak to rob bezpečnejšie. Ak to nemôžeš robiť bezpečnejšie, tak... Neber drogy!

Samozrejme, tak ako má prístup harm reduction svojich jednoznačných a presvedčených zástancov, tak sa objavujú aj jeho kritici a poukazujú na rôzne nevýhody tohto prístupu, ktoré sú viac či menej pravdivé. Ako príklad uvádzame niektoré z nich z odbornej literatúry.

Jednou z pochybností kritikov harm reduction je to, že poukazujú na neúčinnosť tohto prístupu a myslia si, že udržuje závislých v takom stave v akom sa momentálne nachádzajú a vôbec sa nesnaží ich napravovať, a že keby bol klient nechaný napospas droge a klesol by až na svoje úplné dno, tak by sa spamätal a našiel cestu k náprave, v čom mu však údajne bránia služby poskytované v rámci harm reduction. Jedným z ich argumentov je navádzanie sa do metadónovej liečby, ktorá je jednou z praktík

využívaných v harm reduction prístupe. Kritici poukazujú na jej neúčinnosť, avšak podľa výskumov sa dokázalo, že práve vďaka metadónovej liečbe sa darí znižovať užívanie heroínu, a darí sa klientov udržať v programe. Takisto sa darí značne znižovať šírenie infekčných chorôb, pretože metadón sa pije a nie aplikuje injekčne, čiže odpadajú problémy spojené s injekčnou aplikáciou. Metadónová liečba dostáva klientov z kriminálneho spôsobu života do normálneho života a už zďaleka nepáchajú toľko trestnej činnosti, ako keď si museli zháňať peniaze na nelegálne drogy. Výsledky dosahované pri metadónovej liečbe sú veľmi dobré a len ťažko porovnateľné s inými liečbami. Hunt a kol. (2003)

Druhou často zdôrazňovanou kritikou prístupu harm reduction je, že podporuje užívanie drog. Avšak aj táto kritika je veľmi diskutabilná, pretože dôvody, pre ktoré sa človek rozhoduje užívať a skúšať drogy nie sú totožné s programom a službami poskytovanými v rámci prístupu harm reduction. Zneužívanie drog má svoje obdobia, a raz stúpa, inokedy zas klesá, a tak sa nedá jednoznačne potvrdiť ani vyvrátiť táto kritika. Podstatné je však to, že harm reduction si kladie za úlohu hlavne minimalizovať riziká spojené s aktívnym užívaním a tu je jeho prínos nesporný. Hunt a kol. (2003)

Ďalšou často spomínanou kritikou je, že harm reduction je „trójskym koňom pre reformu drogovej legislatívy. Často sa poukazuje na to, že zástancovia harm reduction prístupu toto všetko robia len preto, aby pripravili ľudí na neskoršiu zmenu legislatívy v prospech legalizácie niektorých, prípadne všetkých v súčasnosti nelegálnych drog. Faktom v tejto veci je, že niektorí zástancovia harm reduction sa skutočne prihovorili za zmenu drogovej legislatívy v prospech povolenia niektorých druhov drog, avšak iní zástancovia tieto snahy tvrdo odmietli a ďalší zas odmietajú riešenie drog v trestnom zákone, avšak ponechali by tresty v rámci občianskeho práva. Skutočnosť je taká, že zástancovia harm reduction v tomto nie sú jednotní. Keď sa však pozrieme dozadu, ako vznikol harm reduction prístup (ochrana pred HIV), tak môžeme poznamenať, že legalizácia drog nie je jeho cieľom. Hunt a kol. (2003)

4.4. Program výmeny injekčných striekačiek

Ide o najčastejší typ intervencie v prístupe harm reduction. K tejto intervencii sa pristúpilo hlavne po tom, ako sa zistilo, že používanie injekčných striekačiek viacerými užívateľmi rozširuje infekčné choroby a neskôr aj HIV/AIDS. Zistilo sa to v 70. rokoch. Howard, Borges, Gibson (In: Hunt a kol., 2003)

Hlavnou prioritou tejto výmeny striekačiek je zamedzenie šíreniu infekčných chorôb ako sú hepatitída a hlavne HIV medzi injekčnými užívateľmi drog a z nich na majoritnú spoločnosť. Cieľom je poskytnúť užívateľom sterilný materiál používaný pri aplikácii drog a zvýšenie počtu čistých ihl v obehu. Tento materiál je poskytovaný zadarmo, aby mali klienti motiváciu na účasť v programe a sú takisto motivovaní nosiť na zberné miesta použité striekačky, keďže za použité dostanú vždy nové a tým pádom sa znižuje počet použitých a prípadne aj infikovaných ihl v uliciach miest a značne sa tým znižuje riziko nakazenia sa ľudí od pichnutia sa takouto striekačkou. Výmena striekačiek môže prebiehať na rôznych miestach a rôznymi spôsobmi, závisí to od konkrétnej krajiny, v ktorej výmena prebieha a od stupňa rozvinutia tejto metódy. Výmeny sa robia v nízkoprahových zariadeniach, pri streetworku, v lekárňach...

Tieto výmeny sa robia pre rôzne skupinky klientov, a takisto môžu byť buď spojené s inými službami, alebo delené na čisto výmenu, alebo aj spojené s inými programami ako sú vzdelávanie, poradenstvo, ošetrovanie a podobne.

Medzi cieľové skupiny výmeny injekčných striekačiek patria hlavne injekční užívatelia drog, osoby pracujúce v sexbiznise a zároveň užívajúce drogy, a napríklad aj väzni. S väzňami sa však u nás nepracuje. Prvý projekt na výmenu vo väzniciach prebehol v roku 1992 vo Švajčiarsku. Hunt a kol. (2003)

Okrem výmeny a distribúcie zdravotníckeho materiálu posilňujú programy svoj vplyv prostredníctvom kontaktov s užívateľmi nasledujúcimi spôsobmi:

- komunikujú s užívateľmi a poskytujú im informácie, napríklad ako najlepšie dezinfikovať použité ihly a striekačky
- umožňujú ľahší prístup k liečebným zariadeniam, zdravotným a sociálnym službám
- využívajú metódu terénnej práce na nadviazanie kontaktu so skrytými populáciami WHO

Hunt a kol. (2003)

4.5. Harm reduction organizácia

Definícia harm reduction organizácie môže znieť takto: je to právnická osoba poskytujúca nízkoprahové služby pre užívateľov drog v oblasti znižovania škôd spojených s užívaním drog. Minimálne štandardy nízkoprahových škôd pre užívateľov drog v zmysle harm reduction (2007).

Každá harm reduction organizácia musí mať vypracovanú svoju personálnu štruktúru pre každú službu, ktorú poskytuje. Musí mať zodpovedného pracovníka pre danú službu, ktorú predstavuje koordinátor a pracovníkov vykonávajúcich túto službu. V harm reduction organizácii musí fungovať pravidelná supervízia pod vedením supervízora. Organizácia má riaditeľa alebo vedenie, ktorí dohliadajú na fungovanie a na dodržiavanie všetkých pravidiel a často majú na starosti aj komunikáciu s inými organizáciami, zháňanie prostriedkov na fungovanie organizácie, komunikáciu s médiami, štátnou správou a podobne. Tieto povinnosti sa môžu deliť aj medzi koordinátorov prípadne iných pracovníkov. Harm reduction organizácie majú často časť svojich zamestnancov ako externých pracovníkov, na pokrytie služieb a profesií, na ktoré štruktúra organizácie sama nestačí, napr. lekár, právnik a podobne. Pracovníkom je poskytované kontinuálne vzdelávanie, supervízia a musia byť zaočkovaní proti infekčným chorobám. Samozrejme môžu participovať na tvorení služieb, ktoré harm reduction organizácia poskytuje svojim klientom.

Minimálne štandardy nízkoprahových škôd pre užívateľov drog v zmysle harm reduction (2007).

4.6. Druhy služieb a ich stručný popis

V harm reduction organizáciách sa klientom poskytujú rôzne druhy služieb. Nižšie uvádzame väčšinu z tých, ktoré sa na Slovensku aj poskytujú. Ďalšie sú vo fáze príprav na uvedenie do programov týchto organizácií, avšak často poskytovanie tej-ktorej alebo zavádzanie novej služby do praxe naráža na problém s finančným krytím, ktoré takáto služba vyžaduje, takže zavádzanie nových služieb býva niekedy zložité. Medzi tieto služby patria hlavne:

Výmena a distribúcia ihl a injekčných striekačiek. S tým priamo súvisí aj distribúcia zdravotníckeho materiálu, pričom ide hlavne o suché a alkoholové tampóny, kyselinu askorbovú (slúži na rozpúšťanie drog a výživu žíl), kondómy, filtre, leukoplasty, sterilnú, balenú injekčnú vodu, škrtidlá a prípadne aj iný materiál.

Ďalej sa často poskytuje potravinový a vitamínový servis, čo zahŕňa distribúciu nápojov ako sú čaj, káva, voda, malinovka a podobne. Pri potravinovom servise ide hlavne o polievky, chlieb a pečivo a podobne, avšak závisí od konkrétnej organizácie a od jej finančných zdrojov, či takúto službu poskytuje. Tento servis sa poskytuje hlavne v nízkoprahových kontaktných centrách, ale ak organizácia disponuje aj vyhovujúcim technickým vybavením, tak sa môže tento servis stať aj súčasťou služieb poskytovaných v rámci práce v teréne a mobilného streetworku. Do tejto kategórie patrí ešte vitamínový servis. Ak však organizácia poskytuje klientom vitamíny, musí ísť o také, ktoré sú registrované na území Slovenskej republiky v zmysle zákona č. 140/1998 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach v znení neskorších predpisov.

Ďalšou zo služieb, ktoré poskytujú harm reduction organizácie, je hygienický servis, pri ktorom ide o poskytnutie služieb súvisiacich so zabezpečením osobnej hygieny užívateľov drog v zariadeniach osobnej hygieny, ktorými sú najmä záchody, sprchy, umývárne, práčovne a sušiarne. Hygienický servis môže zahŕňať aj poskytnutie prostriedkov osobnej hygieny a pomôcok uľahčujúcich osobnú hygienu, ako sú najmä hygienické vreckovky, toaletný papier, šampón, mydlo, vreckovky na intímnu hygienu a pracie prostriedky.

Medzi veľmi časté a dôležité poskytované služby patrí aj distribúcia informačno-edukačných materiálov pracovníkmi HR organizácie podľa typu poskytovaných služieb. Harm reduction organizácia je povinná mať k dispozícii informačno-edukačné materiály podľa typu poskytovaných služieb. Informačno-edukačné materiály musia byť koncipované v zmysle harm reduction a musia obsahovať iba overené, pravdivé a aktuálne informácie. Riziká spojené s užívaním drog nesmú byť v uvedených materiáloch podhodnocované ani nadhodnocované.

Pracovníci harm reduction organizácie ďalej poskytujú klientom konzultácie, alebo ich môžu odporučiť na odbornú konzultáciu do príslušných inštitúcií. Môžu im takisto poskytnúť sociálnu asistenciu či situačnú intervenciu, pričom pri sociálnej asistencii ide o asistenciu klientovi napríklad pri vybavovaní dokladov na úradoch, pri úradných

úkonoch a pracovník môže klienta aj zastupovať v jeho mene a s jeho súhlasom. Organizácie sa však snažia klienta väčšinou len sprevádzať, aby vedel, ako sa ten-ktorý úkon robí, a aby sa ho naučil v zmysle zásady “pomoc k svojpomoci” vykonávať sám. Táto služba je určená na odbúravanie bariér medzi klientom a inštitúciami.

V prípade služby situačnej intervencie ide o poskytnutie okamžitej sociálnej, zdravotnej alebo psychologickkej pomoci klientom, ktorú aktuálne potrebujú, za účelom pomoci klientom pri riešení ich problémov. Cieľom je vytvorenie bezpečného priestoru pre vyjadrenie problému klienta a následný odborný zásah zo strany pracovníka.

V prípade, že rámec služieb, ktoré požaduje klient, presahuje možnosti a schopnosti harm reduction organizácie, prichádza na rad distribúcia klienta do následných služieb. Ide o klasickú distribúciu klienta do iných zariadení alebo k iným odborníkom podľa klientovej potreby.

Ako prevencia pred možným rizikovým správaním klientov slúži služba systém včasného varovania, kde ide o včasné varovanie klienta v prípadoch, ak harm reduction organizácia zistí nové dôležité poznatky o drogách alebo rizikových spôsoboch aplikácie.

Medzi tieto služby patrí aj špecializované poradenstvo, pri ktorom ide o také poradenstvo, ktoré väčšinou svojou povahou presahuje úroveň znalostí pracovníkov harm reduction organizácie a toto poradenstvo teda vykonáva iná osoba (lekár, právnik a pod.), často ide o externého pracovníka.

Klientom sa poskytuje aj základné zdravotné ošetrenie v prípade drobných poranení a testovanie na infekčné choroby, ktoré je vykonávané pracovníkmi v rámci terénnej sociálnej práce alebo v kontaktnom centre. Súčasťou testovania musí byť kvalitné pred- a potestové poradenstvo. Testovanie musí prebiehať bez prítomnosti nezainteresovanej osoby so zachovaním anonymity a výsledok testovania môže byť oznámený len testovanej osobe. Pri testovaní je pracovník povinný dodržiavať všetky zásady a štandardy testovania (odberov vzoriek, používania rýchlotestov). Potenciálne infekčný materiál musí byť likvidovaný v súlade s požiadavkami stanovenými všeobecne záväznými právnymi predpismi.

Ďalšou zo služieb je substitučná liečba ktorej hlavným cieľom je nahradiť užívanie nelegálnych látok, užívaním „náhradných“ látok tej istej triedy, ktoré však predpíše lekár v zdravotníckom zariadení. Hoci chemická závislosť užívateľa sa neodstráni, vďaka substitučnej látke sa zlepši jeho fungovanie v spoločenských vzťahoch

a zmiernia sa jeho problémy so zákonom. Substitučná látka zároveň menej poškodzuje zdravie a môže prispieť k zmierneniu právnych problémov. Nadácia otvorenej spoločnosti (2005)

Vyššie uvedené boli najčastejšie poskytované služby v rámci harm reduction organizácie či už v nízkoprahových centrách alebo pri mobilnom streetworku. Existujú ešte ďalšie služby, ktoré sa bežne poskytujú vo svete, avšak na Slovensku ešte nie sú zavedené, preto ich len vymenujeme. Sú to nasledovné:

- nízkoprahová nocľaháreň
 - protialkoholická záchytná izba
 - distribúcia súprav na neinjekčnú aplikáciu drog
 - automaty na injekčné súpravy a prezervatívy
 - testovanie prítomnosti drogy
 - lekársky predpis farmaceutického heroínu
 - distribúcia Naloxonu
 - aplikačná miestnosť
- Zdroj: Minimálne štandardy nízkoprahových škôd pre užívateľov drog v zmysle harm reduction (2007)

5. Streetwork

V doslovnom preklade ide o prácu na ulici. Je to špecifický druh neinštitucionalizovanej činnosti vykonávanej v prostredí klienta. Často sa spolu s názvom streetwork uvádza aj názov terénna práca, avšak pri terénnej práci môže ísť aj o prácu u klienta doma či asistentskú prácu na ulici či v byte u postihnutého, čo nie je to isté ako streetwork. Bednářová, Pelech (2003)

Pri hľadaní definície streetworku môžeme vybrať z množstva rôznych definícií od rôznych autorov, preto uvádzame viaceré z nich:

Ide o aktívne vyhľadávaciu, sprievodnú a mobilnú sociálnu prácu, ktorá zahŕňa nízkoprahovú ponuku sociálnej pomoci, určenú nositeľom sociálno-patologického správania a osobám žijúcim rizikovým spôsobom, pri ktorých je predpoklad, že sociálnu pomoc potrebujú a sami ju vyhľadávajú. Tieto osoby (klienti) alebo užívatelia sociálnych služieb sú kontaktované vo svojom časopriestore, to znamená v čase a na miestach, kde a kedy sa obvykle zdržujú, spontánne stretávajú a trávajú svoj voľný

čas, t. j. na už zmienenej ulici, resp. v reštauráciach, rockových kluboch, herniach, na futbalových štadiónoch, v opustených domoch, pivniciach, parkoch, priestoroch diskoték a podobne. Bednářová, Pelech (2003)

Druhá možná definícia pochádza od tých istých autorov a síce Bednářová, Pelech (1999, s. 7). „Streetwork reprezentuje metódu terénnej sociálnej práce, ktorá namiesto pasívnych stacionárnych modelov riešenia sociálnych konfliktov ponúka aktívnu vyhľadávaciu formu sociálnej intervencie a krízovej pomoci. Sociálny pracovník, využívajúci vo svojej činnosti formu streetworku, tzv. streetworker, sa orientuje na podporu záujmov skupín či jednotlivcov pri akceptácii ich videnia sveta, ich názorov a spôsobu života. Streetworker sa zaoberá riešením problémov týchto skupín, nie problémov, ktoré svojím správaním spôsobujú spoločnosti.“

Oláh a Schavel (2006) uvádzajú túto definíciu streetworku: Streetwork možno definovať ako metódu sociálnej práce, ktorá sa zaoberá rizikovými skupinami klientov, ktorých životný štýl je priamo spojený s pouličným životom. Jej výhodou je, že sú klienti kontaktovaní vo svojom prirodzenom prostredí. Orientuje sa na podporu skupín a jednotlivcov v zmysle uľahčenia ich životnej situácie, znižovania rizika a tiež ich akceptácie spoločnosťou.

5.1. História a rozdelenie streetworku

Základy streetworku boli položené už okolo 14. storočia, keď niektoré kňazné chodili do chudobných štvrtí a tam cielene vyhľadávali najchudobnejších ľudí, aby im boli ako podpora hmotná aj duchovná. Za zmienku stojí napríklad Don Giovanni Bosco alebo Jan Milič, ktorý sa venoval osvete a výchove mládeže a neviestiek a pre ne aj založil tzv. vzornú obec pre „padlé“ dievčatá. Matoušek (2003)

Počiatky moderného streetworku siahajú k prelomu 19. a 20. storočia. Išlo vlastne o zmenu chápania klienta a nový prístup k problémom, ktoré sa začali objavovať. Zistilo sa totiž, že niektorí klienti radšej vôbec nepôjdu vyhľadať radu alebo pomoc a zostanú vo svojom prostredí a svoj problém neriešia. Novátori teda opustili rolu odborníka a vydali sa za klientmi do ich prirodzeného prostredia a stali sa tak hosťami v domácom prostredí samotného klienta. V Európe sa streetwork objavuje v povojnovom období, systematicky sa začína rozvíjať v 60. rokoch. Spočiatku sa vyvíjali dva odlišné prúdy, ktoré toho však mali dosť spoločného. V Nemecku a Francúzsku sa vyvíjal prúd, ktorý si dal za cieľ výchovu klienta, ale potreby

spoločnosti nadrad'oval nad potreby jednotlivca. Naopak v Holandsku a ostrovných krajinách budovali streetwork ako špecifickú aktivitu presahujúcu zo systému služieb, ktoré sa dovtedy používali pre danú cieľovú skupinu. Zdôrazňovala sa individualita klienta a tento prúd mal potom viac charakter ponuky služieb. Oba prúdy sa k sebe veľmi približujú svojim zameraním práce na osobu klienta. Staníček, Hrdina, Kalousek (2002)

V postkomunistických krajinách sa tento prístup začal rozvíjať až po páde železnej opony, a to najrýchlejšie v bývalej NDR, ktorá prevzala metódy a modely práce od západného Nemecka. Neskôr sa streetwork uchytil aj v Českej republike, Maďarsku, na Slovensku, v Bulharsku a ďalších krajinách. Matoušek (2003)

Streetwork na Slovensku sa datuje od roku 1997, keď Open society Fund v septembri 1997 organizovala sériu workshopov o harm reduction. Nasledovalo založenie dvoch bratislavských projektov Odyseus a Prima, ktoré sa zameriavajú hlavne na prácu s užívateľmi drog a osobami pracujúcimi v pouličnom sexbiznise. Od tohto roku sa tieto dve občianske združenia značne vyprofilovali a sprofesionalizovali svoju činnosť. Podľa: Koordinačné centrum česko-nemeckých výmen mládeže, Tandem (2003)

Streetwork je práca v uliciach a v prirodzenom prostredí klienta. Streetworker sa dostáva do prostredia, kde nie je „doma“. V tomto prostredí má navrch klient, lebo je to jeho prirodzené prostredie. Je to aj jeden z dôvodov, prečo klienti vyhľadávajú služby ponúkané streetworkermi. Cítia sa byť v bezpečí a nehrozí im to, čo v inštitúciách. Často totiž klient odmietne akúkoľvek pomoc len preto, že musí prejsť byrokratickým procesom v štátnych aj neštátnych inštitúciách a musí jednať s ľuďmi, ktorí sa naňho často pozerajú zhora ako authority a neakceptujú jeho životný štýl. Práve preto vznikol aj streetwork ako forma práce s klientom, lebo má za úlohu podchytiť klientov, ktorí by inak boli mimo akejkoľvek starostlivosti a pomoci.

Streetwork sa dá veľmi jednoducho rozdeliť na:

- peší streetwork, kde pracovníci chodia pešo na s klientmi vopred dohodnuté miesta a nesú so sebou v taškách potrebný zdravotnícky materiál a injekčné striekačky a bandasku na zber použitých injekčných striekačiek. Spravidla sa vykonáva za účasti dvoch streetworkerov. Nevýhodou je, že peši sa dá obsiahnuť len malá lokalita, a peši

streetwork neposkytuje také technické vybavenie, ako napríklad streetwork v dodávke, ktorá je na túto prácu prispôbená.

- mobilný streetwork, kde sa na konkrétne miesta chodí v aute alebo v špeciálne upravenej dodávke. Výhodou je, že v aute sa vozí väčšia zásoba materiálu, čiže by sa nemalo stať to, že materiál sa minie, ako sa to môže stať pri pešom streetworku, a môže sa takisto obsiahnuť väčšia lokalita, prípadne viac lokalít s výskytom klientov, keďže auto poskytuje rýchly presun z miesta na miesto. Ďalšou výhodou je, že v aute sa môže vykonávať ošetrovanie klientov v diskretnom prostredí.

- stacionárny streetwork, pričom ide o poskytovanie služieb na pevnom mieste, väčšinou v budove. Na tento účel sú najvhodnejšie nízkoprahové kontaktné centrá. Výhodou je, že klient tu môže dostať väčšiu ponuku služieb, ako napr. potravinový servis, hygienický servis a podobne a môže mu byť poskytnuté aj lepšie ošetrovanie. Klient si tiež môže v centre oddýchnuť a porozprávať sa o svojich problémoch a môže mu byť poskytnuté odbornejšie poradenstvo, ak sú prítomní aj špecialisti. Klenovský (2006)

5.2. Kontaktné centrá v rámci streetworku

Streetwork je do značnej miery prácou na ulici, ale časom sa väčšina organizácií zaoberajúcich sa touto prácou čiastočne inštitucionalizuje, pretože pociťuje potrebu rozšíriť svoje služby a mať aj svoje zázemie pre nízkoprahové služby a administratívnu činnosť. Prechádzajú tak do uzavretých priestorov, tzv. nízkoprahových centier alebo kontaktných centier. Matoušek (2003)

Kontaktné centrá, ktoré sú najčastejšie sa vyskytujúce nízkoprahové zariadenia, sú určené hlavne pre klientov, ktorí sa ešte nerozhodli skončiť so svojím rizikovým správaním a pracovníci tohto centra sú mu k dispozícii na to, aby mu poskytli kompletný servis služieb, ktoré takéto centrum ponúka, a aby ho zároveň podporovali v jeho prípadnom rozhodnutí skončiť so svojím rizikovým správaním. Ak klient nechce s týmto správaním prestať, tak sa pracovníci tohto centra snažia jeho situáciu aspoň stabilizovať a v zmysle harm reduction minimalizovať škody súvisiace s aplikáciou drog, prostitúciou či iným rizikovým správaním. Výhodou takéhoto centra je možnosť nadviazať kontakt s takou časťou populácie, ktorá je do značnej miery

anonymná a neprístupná pre akýkoľvek iný terapeutický kontakt a cieľom pracovníkov tohto centra je pomôcť takémuto klientovi. Jírešová, Javorková (2003)

Kontaktné centrá majú najčastejšie charakter stacionárnej stavby, ale môžu byť aj mobilné, čo prináša výhodu v tom, že sa môže podľa potreby presúvať z miesta na miesto. Spravidla však bývajú stacionárne. Matoušek (2003)

Kontaktné centrá poskytujú najčastejšie tieto služby:

- výmenu striekačiek a zdravotníckeho materiálu, základnú hygienickú očistu, bývanie, stravu či nápoje, lekárske, právne, sociálne a psychologické poradenstvo, prevádzku krízovej telefonickej linky, poskytnutie ošetrovania a sprostredkovanie odborného ošetrovania lekárom, distribúciu do liečební, vykonávanie testov na prítomnosť chorôb ako HIV, hepatitída a pohlavných chorôb v krvi klientov a podobne. Jírešová, Javorková (2003), Bednářová, Pelech (2003)

5.3. Práca streetworkera

Streetworker sa snaží o zmenu v správaní sa klienta dvomi rôznymi spôsobmi:

Priamo: čiže prostredníctvom vzdelávania, osvety a prevencie priamo v komunite.

Nepriamo: čiže odporučí klienta na iné už existujúce služby či už inštitucionálne alebo rezidentné. K distribúcii klienta sa streetworker uchýľuje vtedy, ak rámec služieb a starostlivosti, ktorú jeho klient potrebuje, presahujú jeho možnosti, vzdelanie alebo zameranie jeho práce. Rhodes (1996)

Týmto spôsobom sa skvalitňuje a rozširuje portfólio služieb, ktoré sú klientovi poskytované v záujme čo najlepšej starostlivosti oňho. Klient tak aj v prípade, že streetworker nie je schopný poskytnúť mu požadované služby, ostáva v procese riešenia jeho problému, len vymení inštitúciu, ktorá danú službu poskytne.

Streetworker vykonáva svoje činnosti a povinnosti, ktoré sa môžu rozdeliť do troch základných kategórií. Ide o priamu prácu, nepriamu prácu a prácu presahujúcu alebo nadradenú. Keďže práca streetworkera a sociálneho pracovníka v organizácii zaoberajúcej sa streetworkom sa v podstate prelína.

Pri svojej práci spolupracuje streetworker so sociálnou sieťou v lokalite, v ktorej pracuje. Spolupracuje s miestnymi inštitúciami štátnej správy, samosprávy a s organizáciami mimovládneho sektora. Pred začatím streetworku v konkrétnej lokalite je dôležité zmapovať a vybudovať si takúto sociálnu sieť, lebo pri neskoršej práci s klientom je nesmierne dôležitá a nápomocná. Bednářová, Pelech (1999)

5.4. Cieľové skupiny streetworku a ich charakteristika

„Za skupinu považujeme tri a viac osôb, ktoré spájajú špecifické skupinové normy, vzťahy a komunikácia medzi členmi, spoločná činnosť, ciele a vedomie príslušnosti k skupine.“ Bednářová, Pelech (2003, s. 17)

Skupiny poznáme so silnou vnútornou organizáciou (skinheads, gangy), ktoré majú presne stanovené pravidlá a úlohy. Ďalej poznáme voľné zoskupenia, ktoré naopak nemajú žiadnu organizáciu, a ešte poznáme skupiny polootvorené, ktoré majú do istej miery danú štruktúru. Bednářová, Pelech (2003)

Streetwork sa najčastejšie orientuje na špecifické cieľové skupiny členené podľa znakov, ktoré sú spoločné pre ich životný štýl. Ide o:

1. užívateľov drog
2. deti na ulici, deti ulice
3. mladí „somerpunkeri“
4. pouličné prostitútky a homoprostitúti
5. skupiny jednostranne špecificky orientovanej mládeže (hnutie skinhed, hooligans, antifašisti)
6. mládež z alternatívnych skupín (squatter, punkeri, graffiti, atď.)
7. bezdomovci

Bednářová, Pelech (2003)

Členstvo v týchto skupinách je zväčša dobrovoľné, ale vyskytujú sa aj prípady, keď je členstvo v skupine vynucované silnejším, sociálnou situáciou a podobne. Hlavne pri mladých členoch skupín platí často zásada, že cítia potrebu začleniť sa do kolektívu alebo do partie, a ak nie je nablízku žiadna iná, tak sa stávajú členmi aj extrémistických prípadne kriminálnych partií. Mladí ľudia sa v období puberty „hľadajú“ a potrebujú niekam patriť. Napríklad pri skupinách hnutia skinhed sú známe skupiny baby skins,

kde hlavne chlapci a pomenej dievčatá chcú zapadnúť do partie skinhedov so staršími členmi, ale tými nie sú prijímaní, tak sa ich snažia aspoň napodobňovať a zapáčiť sa starším členom a potom dosť často páchajú i závažnú trestnú činnosť, ako napr. rasové útoky a ublíženia na zdraví. Tvrdé jadro hnutia skinhed ich však aj tak nerešpektuje a stráni sa ich a nenechá ich preniknúť do svojej prísne hierarchickej štruktúry, lebo im prekáža publicita spájaná s deliktami baby skins. Podobné dôvody, a síce patriť niekam, majú mladí aj pri začleňovaní sa do iných skupín, ako napríklad hip-hoperi, grafitári, raperi a pod.

Vzhľadom na zameranie tejto diplomovej práce sa budeme venovať hlavne užívateľom drog a osobám pracujúcim v pouličnom sexbiznise, čiže prostitútkam a homoprotitútom a spomenieme bezdomovcov a okrajovo aj iné skupiny. Tieto skupiny sa niekedy nedajú jednoznačne rozčleniť, lebo často sa prelínajú. Majú však spoločné to, že spravidla sú rezistentní voči bežným metódam sociálnej práce s klientom a služby preto treba preniesť priamo za nimi do ich domovského prostredia.

5.5. Aktívni užívatelia drog

Ide o veľmi rôznorodú skupinu klientov. Zastúpené sú v nej obe pohlavia, pričom muži sú v miernej prevahe nad ženami. Vekové rozpätie je približne od 14-15 až do 60 rokov. Samozrejme, toto sa vyvíja a tento údaj sa môže aj meniť, lebo sa vyskytujú stále mladší a mladší klienti a iní zas starnú. V skupine drogových užívateľov, ktorí sú klientmi streetworku, sa nachádza značné množstvo príslušníkov rómskeho etnika.

Ide o užívateľov rôznych drog a klienti si ich aplikujú rôznymi spôsobmi, avšak prevažuje heroín a pervitín, pričom heroín je pomaly na ústupe a jeho miesto čoraz častejšie zaberá pervitín. Toto sú dve hlavné drogy, pokiaľ ide o injekčných užívateľov, a zväčša ich užívatelia berú obidve. Je len málo prípadov, že klienti berú len čisto heroín, alebo len čisto pervitín. Tomu je pri streetworku prispôsobené aj zloženie zdravotníckeho materiálu, ktorý sa klientom bezplatne poskytuje. Keďže skupiny sa prelínajú, niektorí klienti sú zároveň aj bezdomovci, iní pracujú v pouličnom sexbiznise (to platí hlavne pre ženy, dievčatá a mladých chlapcov, ktorí väčšinou, ak pracujú v sexbiznise, robia homoprotitútov).

Streetworkeri sa pri práci s touto klientelou zameriavajú na nadväzovanie prvého kontaktu s užívateľmi, udržiavanie starých kontaktov a motivovanie klientov na

vyhľadávanie ďalších služieb, ako je napr. detoxikačná jednotka, liečebňa, kontaktné centrum a podobne. Bednářová, Pelech (2003)

Ich prácou je snažiť sa odradiť klientov od rizikovej injekčnej aplikácie, prípadne zastihnúť klienta ešte pred začatím tohto spôsobu aplikácie. Pokiaľ to už nie je možné, snažia sa vzdelávať klienta podľa hierarchie harm reduction. Vid' kapitola 1.5

Keďže streetworkeri od svojich klientov zbierajú použité striekačky, musia byť opatrní, lebo ide o vysoko infekčný materiál. Veľké percento klientov je nakazené niektorou z nebezpečných infekčných chorôb, ako sú hepatitída B alebo C, syfilis, prípadne HIV, aj keď s tou sa stretávame veľmi zriedka.

Vo vzťahu k dĺžke abúzu ilegálnych drog a miere závislosti môžeme ich užívateľov rozdeliť na:

- experimentátorov (jednorázoví užívatelia)

Ide o užívateľov, ktorí drogu len raz či dva razy skúsili a nie sú od nej fyzicky závislí. Sú v pozícii, keď im droga „dáva“. To môžeme chápať tak, že cítia eufóriu, pocit súcitu s ostatnými, emocionálny zážitok a i.

- rekreační (víkendoví) užívatelia, tzv. problémoví užívatelia

Tu už užívatelia berú drogy relatívne pravidelne, aj keď nie denne, ale skôr pri nejakej príležitosti, napríklad na chate, oslave a podobne. Toto sa môže zmeniť na niekoľkodenný záťah s drogami a môže to viesť k užívaniu tvrdých drog a k závislosti, preto je táto fáza veľmi nebezpečná.

- drogový závislý

Drogovo závislý jedinec už cíti neprekonateľnú túžbu po drogách bez ohľadu na následky o ktorých je informovaný. Jeho organizmus je už na drogy zvyknutý a pýta si ďalšie. Pri nedodaní drogy do organizmu dochádza k abstinenčným príznakom. Takýto užívateľ už ohrozuje svoje sociálne okolie a drogy majú negatívny vplyv na užívateľa a prostredníctvom neho aj na spoločnosť.

- vyličených toxikomanov Bednářová, Pelech (2003, s. 19)

Deti na ulici, deti ulice

Za deti ulice sa vo všeobecnosti myslia deti do 18 rokov, ktoré nemajú domov, túlajú sa v skupinách po mestách a žobru peniaze, alebo ich získavajú drobnými krádežami. Väčšinou nemajú rodinu, alebo ju nepoznajú. Streetwork s touto cieľovou skupinou u nás nie je veľmi rozvinutý. V západných krajinách je však bežný a napríklad v Rumunsku a čiastočne aj v Bulharsku je problém detí z ulice veľmi markantný.

Pouličné prostitútky a homoprositúti

Tu sa tiež často prelínajú viaceré skupiny klientely streetworku. Pouličné prostitútky a homoprositúti túto prácu totiž veľmi často vykonávajú z dôvodu svojej závislosti od drog, a ak takto „fungujú“ dlhší čas, tak sa z nich nezriedka stávajú aj bezdomovci. Aj pri tejto skupine klientov platí to isté čo pri užívateľoch drog, a síce, že často sú nakazení niektorou z infekčných chorôb. Prostitútky a homoprositúti sú v tomto smere ešte rizikovejší klienti, pretože poskytujú sex komukoľvek, kto im za to zaplatí, a často sa za vyššiu ponúknutú sumu od zákazníka dajú nahovoriť aj na nechránený styk, čo zvyšuje riziko prenášania týchto chorôb ešte viac. Streetworkeri pracujú často len s osobami poskytujúcimi sexuálne služby na ulici. Bol by aj záujem o prácu s osobami poskytujúcimi sexuálne služby v masážnych salónoch, avšak ich majitelia s tým nesúhlasia a navyše majú často pravidlo, že užívateľky drog nezamestnávajú. Ochranu im takisto ponúkne masážny salón, takže možná práca streetworkera sa tým zužuje.

Homoprositúti sú zväčša mladí chlapci vo veku 13 - 25 rokov, a často sú medzi nimi aj deti z ulice. Poskytujú sexuálne služby homosexuálneho charakteru. Takto si zarábajú buď z dôvodu, že nemajú domov a potrebujú si zarobiť na živobytie, alebo z dôvodu svojej závislosti od drog a chronického nedostatku peňazí na ne. Často sa pohybujú v okolí gay klubov, dopravných uzlov ako sú železničné a vlakové stanice a v centrách väčších miest, kde je väčšia anonymita. U týchto klientov streetworku býva hlavným dôvodom, kvôli ktorému končia na ulici, sexuálne zneužívanie dieťaťa, rozvrat v rodine, vyrastanie v detskom domove, nenávisť k rodičom a podobne, čiže nefungujúca primárna rodina. Sumegh (In: Bednářová, Pelech, 2003)

Bezdomovci

Poslednou, ale pre prácu s klientom v rámci streetworku veľmi dôležitou skupinou sú bezdomovci. Aj pri tejto skupine platí prelínanie sa skupín klientov streetworku. Možno ich definovať ako ľudí, ktorí:

- nemajú strechu nad hlavou
- žijú v inštitúciách, pretože nemajú kam ísť
- žijú v neistom ubytovaní
- žijú v nevhodnom štandarde nezodpovedajúcom ubytovaní.

Týchto klientov je možné rozdeliť do podskupín podľa spôsobu obživy, miesta prenocovania, formy bezdomovectva a podobne. Streetwork im poskytuje potravinový servis, prenocovanie, hygienickú očistu, výmenu bielizne, zdravotnícke ošetrenie

a podobne, samozrejme, pokiaľ je to v moci danej organizácie. Klienti sa takisto môžu deliť aj na tých, ktorí majú záujem o pomoc a na tých, ktorí nejavia žiadny záujem o pomoc a spoluprácu a kontakt im je nepríjemný. Veľká časť bezdomovcov holduje alkoholu, niektorí i drogám. Bednářová, Pelech (2003)

5.6. Možnosti práce sociálneho pracovníka v rámci streetworku

V tejto kapitole sa budeme snažiť vysvetliť a popísať, kto je sociálny pracovník, aké by mal mať predpoklady pre prácu s klientom a aké používa postupy pri práci s klientom.

Vzhľadom na to, že v streetwork organizáciách často pracuje veľké množstvo sociálnych pracovníkov a zastávajú pozíciu streetworkera, je niekedy ťažké tieto dve pozície od seba odlíšiť, prípadne rozdeliť.

5.6.1. Formy práce sociálneho pracovníka v rámci streetworku

Prácu sociálneho pracovníka môžeme rozdeliť na tri základné skupiny:

- A. priama práca
- B. nepriama práca
- C. nadradená (presahujúca) práca

A. „Priama práca zahŕňa všetky typy činností, vykonávaných v interakcii s jednotlivými klientmi alebo cieľovými skupinami. Jej súčasťou je monitoring, depistáž, kontaktovanie, individuálna práca a skupinová práca. Súčasťou individuálnej a skupinovej práce je sociálna intervencia, vrátane aktuálnej krízovej intervencie, špeciálne sociálne poradenstvo, socioterapia, harm reduction alebo znižovanie rizík zdravotných alebo sociálnych, sociálny výcvik, rôzne formy práce vychádzajúce zo zážitkovej pedagogiky.“

B. „Nepriama práca obsahuje typy činností nutných pre prácu s cieľovými skupinami, ako je vypracovanie koncepcie a projektov, nevyhnutná administratíva, jednanie s inštitúciami, prezentácia a medializácia práce na verejnosti.“

C. „Nadradená (presahujúca) práca alebo zmiešaná v sebe nesie prvky z oboch predchádzajúcich foriem. Prostredníctvom nepriamej práce napomáha riešiť konkrétne problémy sociálneho pracovníka súvisiace s priamou prácou s cieľovými skupinami. Táto forma obsahuje metodické vedenie, profesijné vzdelávanie, intervízne sedenia a supervíziu.“ Matoušek (2001, s. 174)

A. Medzi činnosti vykonávané sociálnym pracovníkom v harm reduction organizácii zaoberajúcej sa streetworkom, patrí v rámci priamej práce napríklad:

1. Depistáž: Ide o vyhľadávanie klienta a dá sa robiť tromi spôsobmi, a to buď cez tretiu osobu, priamou prácou – oslovovaním klientov, alebo nepriamo, keď ho klient osloví sám.
2. Monitoring: Ide o podrobný monitoring lokality v ktorej má streetwork organizácia záujem pracovať s konkrétnou klientelou a pozostáva z prechádzok v danej lokalite a mapovania terénu a skupiniek ľudí.
3. Prvý kontakt s klientom: Ide tu o nakontaktovanie sa s klientelou, s ktorou má streetworker záujem pracovať. Ide o rizikovú metódu práce, pretože sa nedá predpokladať reakcia kontaktovaných osôb. Matoušek (2003)
4. Motivačné rozhovory s klientom: Ide o snahu motivovať klienta, aby využíval služby, ktoré poskytuje, prípadne ho motivovať na liečbu, čo je dlhodobým cieľom práce s drogovými závislými.
5. Sociálna asistencia: Ide o sprevádzanie klienta po úradoch a inštitúciách, napríklad pri vybavovaní dokladov, keďže klient často nie je schopný sám si vybaviť rôzne administratívne úkony s tým spojené, alebo má strach z autorít a predstaviteľov konkrétnej inštitúcie a sám by tam nikdy nešiel (napr. polícia, pracovný úrad, poisťovňa a podobne).
6. Sociálne poradenstvo: Sociálny pracovník poskytuje klientovi sociálne poradenstvo za účelom odstránenia alebo zmiernenia nepriaznivej sociálnej situácie, v tomto prípade spojennej s klientovou závislosťou. Sociálny pracovník

tu využíva techniky, ktoré sú prioritnou podmienkou efektívnej komunikácie s klientom. Ide o tieto techniky: Gabura (2004)

- akceptácia
- empatia
- verbálna komunikácia
- neverbálna komunikácia

Akceptácia: Ide tu o akceptovanie klientovho spôsobu života a klienta ako človeka. Neznamená to hneď, že sa musíme s klientom stotožniť. Vytvára to priestor na prácu s klientom.

Empatia: Ide o schopnosť vcítiť sa do prežívania klienta a do toho, ako sa cíti. Je to dôležitý nástroj pri práci s klientom, lebo bez neho by mohlo dôjsť k nepochopeniu klienta.

Verbálna komunikácia: Využívajú sa v nej metódy, ako napr. aktívne počúvanie, práca s otázkami a jazyk v sociálnom poradenstve.

Pri aktívnom počúvaní dáva poradca klientovi najavo, že ho zaujíma, čo klient hovorí a pozorne ho počúva.

Otázky by mali byť formulované priamo a jasne.

Jazyk v poradenstve by mal byť jasný, bez zbytočností, zrozumiteľný a treba sa vyhýbať zovšeobecneniam. Poradca by mal ovládať aj slangový slovník skupiny klientov s ktorými pracuje, aby nedochádzalo k nedorozumeniam.

Neverbálna komunikácia: Sociálny poradca by si u klienta mal všímať aj neverbálne prejavy komunikácie, ako sú gestikulácia, mimika, haptika, proxemika, teritorialita, posturoológia, kinezika, paralingvistika, produkcia...

Veľmi dôležité je pracovať aj so spätnou väzbou a dať klientovi najavo, ako ho vnímame. Klient túto spätnú väzbu nemusí prijať.

7. Krízová intervencia: Krízová intervencia je odborná metóda práce s klientom v situácii, ktorú osobne prežíva ako záťažovú, nepriaznivú a ohrozujúcu. Pomáha sprehľadniť a štrukturovať klientovo prežívanie a zastaviť ohrozujúce či iné kontraproduktívne tendencie v jeho správaní. Jedným z cieľov KI je posilnenie klientových kompetencií tak, aby pri riešení krízovej situácie čo najviac využil vlastné úsilie a svoje schopnosti. Vodáčková a kol. (2002)

Je to metodika, ktorou pomáhame klientovi v ťažkej krízovej situácii, ktorú klient nedokáže zvládnuť samostatne či s pomocou svojej sociálnej siete, a preto potrebuje odborníka. Klenovský (2006)

B. Medzi činnosti vykonávané sociálnym pracovníkom v harm reduction organizácii zaoberajúcej sa streetworkom patrí v rámci nepriamej práce napríklad:

Vypracovávanie projektov: Vzhľadom na vzdelanie sociálneho pracovníka a na jeho zameranie je to jedna z činností, ktoré môže v rámci nepriamej práce pre organizáciu vykonávať. Predpokladá sa, že sociálny pracovník má skúsenosti s touto prácou a jeho štúdium bolo vedené tak, aby nadobudol nielen teoretické, ale aj praktické skúsenosti v tejto oblasti. Môže preto vypracovávať projekty určené na čerpanie prostriedkov určených na fungovanie a prevádzku organizácie a na financovanie jej programu od rôznych fondov a inštitúcií

Vypracovávanie koncepcie: Sociálny pracovník napomáha pri vypracovávaní koncepcie fungovania a smerovania organizácie a je zapojený do rozhodovania pri uplatňovaní nových postupov a koncepcií.

Administratíva: Nevyhnutnou a veľmi častou zložkou práce sociálneho pracovníka v organizácii je administratíva. Jeho práca v oblasti administratívy zahŕňa napríklad: vybavovanie korešpondencie s inštitúciami, robenie štatistík, administratívu spojenú s personálnymi otázkami, vypracovávanie správ, záznamov, kartoték či iných dokumentov, vypisovanie záznamových hárkov o klientoch a poskytnutých službách a podobne.

Prezentácia a medializácia práce na verejnosti: Prezentáciu a medializáciu práce na verejnosti je dôležité vykonávať z dôvodu oboznamovania verejnosti a taktiež inštitúcií a spriaznených a spolupracujúcich organizácii o činnosti organizácie a o jej výsledkoch. Táto práca je následne dôležitá aj pri podávaní projektov. Túto prácu môže vykonávať buď sociálny pracovník, alebo vedenie organizácie, to závisí na vzájomnej dohode.

C. Medzi činnosti vykonávané sociálnym pracovníkom v harm reduction organizácii

zaoberajúcej sa streetworkom patrí v rámci nadradenej (presahujúcej) práce napríklad aj:

Vzdelávanie: Môže vzdelávať pracovníkov organizácie v rámci svojich kompetencií a svojho vzdelania.

Intervízia a supervízia: Sociálny pracovník sa môže a často aj musí zúčastňovať intervízie a supervízie.

5.6.2. Intervízia a supervízia

Intervízia a supervízia sú nenahradiateľnými metódami celoživotného vzdelávania pracovníkov organizácií pracujúcich s klientom a sú veľmi dôležité na zachovanie profesionálneho prístupu pracovníkov ku klientovi a takisto sú veľmi nápomocné pri predchádzaní tzv. „burn out“ syndrómu, čiže syndrómu vyhorenia.

Pri hľadaní definície intervízie v odbornej literatúre nájdeme túto definíciu od Matouška: „Intervízia je supervíznym stretnutím skupiny bez supervízora. Ide o podobne funkčne postavených spolupracovníkov, zdieľajúcich zodpovednosť za pracovnú činnosť, ktorá formálne môže náležať jednému z nich.“ Matoušek (2003, s. 356)

Definíciu supervízie od Matouška, (2003, s. 349) považujeme za najvhodnejšiu z množstva definícií: „Supervízia je celoživotná forma učenia, zameraná na rozvoj profesionálnych zručností a kompetencií supervidovaných, pri ktorej je kladený dôraz na aktiváciu ich vlastného potenciálu v bezpečnom a tvorivom prostredí. Z inštitucionálneho hľadiska je supervízia profesionálnym postupom pozorovania, reflexie profesijnej praxe aj postgraduálneho vzdelávania.“

Supervízia môže mať interný a externý charakter. Pri internom charaktere ide o pravidelné supervidovanie pracovníkov na pravidelných poradách alebo stretnutiach. Toto supervidovanie vykonáva buď riaditeľ organizácie, alebo odborný garant, ako napríklad psychológ.

Pri externom charaktere ide o odborné supervidovanie za pomoci externého spolupracovníka a takáto supervízia sa vykonáva spravidla raz mesačne, avšak môže byť aj častejšia.

6. Fenomén kvality života

6.1. Vymedzenie pojmu kvality života

Aby sme lepšie pochopili termín „kvalita života“, pozastavíme sa nad jeho jednotlivými časťami. Výraz „kvalita“ pochádza z latinského „qualis“, ktoré má koreň „qui“ – čiže „kto“; „kto to je“, poprípade „aké to je“. Tu už vidíme koreň u nás bežného slova „akosť“. Slová „akosť“, „kvalita“, v spojení s prídavným menom (dobrá, zlá, vysoká, nízka...) popisuje charakteristický rys nejakej veci, vypovedá o jej hodnote pre nás.

Výrazom „život“ myslíme život konkrétneho človeka, presnejšie jeho vlastné, subjektívne prežívanie tohto života. (Křivohlavý, 2004, s.9)

Ohľadne termínu „kvalita života“ však doposiaľ neexistuje konsenzus. (Bowlingová, 1997, s.6)

Môže obsahovať množstvo zložiek, ako napríklad funkčnú spôsobilosť vrátane funkčnosti role (pracovnej, domácej...), stupeň a kvalitu sociálneho začlenenia a začlenenia do komunity, psychologický „well-being“, životnú spokojnosť a podobne.

V minulosti bolo realizovaných niekoľko výskumov, ktoré sa zaoberali tým, ktoré kvality robia život hodnotnejším. Mendola a Pelligrini (In: Bowlingová, 1997) definujú kvalitu života ako „stupeň uspokojenia v dosiahnutej sociálnej situácii v rámci limitov pociťovanej fyzickej výkonnosti.“

Shin a Johnson tvrdia, že „kvalita života pozostáva z vlastníctva zdrojov nevyhnutných na uspokojenie individuálnych potrieb, chcení a túžob, participácia na aktivitách umožňujúcich osobný rozvoj a sebaaktualizáciu a uspokojivé porovnanie medzi sebou a ostatnými.“ (In: Bowlingová, 1997)

Patterson (In: Bowlingová, 1997) stanovil určité základné charakteristiky na hodnotenie kvality života – všeobecné zdravie, úroveň výkonu, všeobecný komfort, emocionálny a ekonomický stav.

Podľa Matisa je kvalita života „stránka spôsobu života, ktorá vyjadruje kvalitatívnu stránku (štandard) uspokojovania materiálnych a duchovných (kultúrnych) potrieb ľudí. Označuje súčasti individuálneho, skupinového a spoločenského života, ktoré nie je možné zachytiť čisto kvantitatívnymi charakteristikami, to znamená ktoré nie je možné merať.“ (Matis, 2002, s.11)

O kvalite života môžeme hovoriť v statickom alebo dynamickom poňatí. Pri náhľade dynamickom ide o vývoj kvality života – jeho zlepšovanie či zhoršovanie, prípadne stagnáciu. Sledovanie kvality života z hľadiska dynamického je nevyhnutné pri skúmaní vplyvu nejakého činiteľa na človeka (ľudí) – napríklad veku alebo dlhodobého užívania istého lieku. (Pre praktické potreby našej práce sa zameriame na statické poňatie – vzťahujúce sa k momentálnemu stavu života človeka.)

Ďalšou možnosťou, ako rozlíšiť rôzne pohľady na kvalitu života, je delenie na deskriptívne a preskriptívne poňatie. Preskriptívne poňatie hovorí o tom, ako by kvalita života mala vyzeráť, teda aký je jej ideálny stav. Je to dôležité pri hľadaní a formulovaní cieľov snaženia – napríklad metód výchovy a vzdelávania a podobne. Deskriptívne poňatie je naopak pohľad na veci také, aké sú – je skúmaním reálneho stavu, aktuálnej kvality života (prípadne jej vývoja).

Takisto rozsah poňatia kvality života môže variovať – od kvality života jednotlivca, partnerskej dvojice, cez skupiny ľudí až po národy či obyvateľov celého kontinentu.

O kvalitu života sa zaujímajú odborníci rôznych profesií a podľa ich zamerania sa líšia aj ciele skúmania, ktoré volia – od medicínskeho, zameraného najmä na telesné zdravie, cez psychologické, skúmajúce psychiku človeka, až po ekonomické, pedagogické, politické, sociologické či hľadisko teologické. (Křivohlavý, 2004, s.9-10)

6.2. História koncepcií kvality života

Kvalitou života sa zaoberali ľudia od dávnych čias, i keď tento fenomén nenazývali rovnako. Prístupy k tejto problematike rozdeľuje Křivohlavý (2004, s.11) do dvoch hlavných skupín – prístup zaoberajúci sa aspektom duchovným a prístup z hľadiska filozofického. Pri duchovnom prístupe išlo o otázky „dobrého života“,

podloženého zväčša nejakou náboženskou koncepciou. Protikladom k tejto „správnosti“ bol život sebecký, smerovaný k čo najväčšiemu osobnému zisku za akúkoľvek cenu. Filozofický prístup sa na kvalitu života pozerá z hľadiska etiky a morálky.

Už v antike sa rozvíjal filozofický smer hedonizmus (hédoné = slasť), ktorý za cieľ života považoval šťastie získané prostredníctvom zmyslov. Človek žijúci takýto šťastný život žije zároveň dobre, pretože nemráha schopnosťou užívať si, ktorou sme obdarení a darom univerza – tvrdil aj Aristippos, jeden zo Sokratových žiakov. Epikuros sa v myslení uberal podobným smerom, no slasť má podľa neho pochádzať z duševnej vyrovnanosti, pokoja.

Thomas Hobbes a David Hume, hlásiaci sa k utilitarizmu, považovali za kvalitný taký život a také konanie, ktoré je účelné a užitočné. Tu sa objavuje príklon k altruistickejšiemu vnímaniu – nejde teda len o šťastie jednotlivca, ale aj o vzájomnú pomoc a dávanie.

Hedonizmus i utilitarizmus vychádzajú z empirie – zmyslovo danej skúsenosti. V protiklade k týmto filozofickým smerom sa vyvíjali teórie, ktoré prikladali vážnosť kognitívnej činnosti – mysleniu a teda rozumu. Tento pohľad proklamoval nielen Sokrates, ale napríklad aj Immanuel Kant, ktorý zdôrazňoval, že práve myslenie odlišuje človeka od zvierat (ktoré takisto vnímajú). Človek je nielen bytosťou empirickou, ale aj mysliacou a práve rozumom skúsenostnú rovinu prekračuje, transcenduje do sféry duchovnej. Z tejto sféry pochádzajú podľa Kanta princípy, ktorými sa riadi naše správanie a podľa toho, či sú tieto princípy dobré alebo zlé, je dobrý či zlý aj náš život. Kant tvrdil, že existujú dva druhy týchto riadiacich princípov: maxima a kategorický imperatív. Termínom „maxima“ označil subjektívne praktické zásady, ktorými sa v živote riadime. Vyjadrujú postoje, názory, presvedčenia, ktoré si často vôbec neuvedomujeme, ale riadime sa nimi (alebo cítime vnútornú disharmóniu, ak sa nimi neriadime), napríklad: „Stravuj sa zdravo“, „Starším ľuďom pomáhaj“ a podobne. Sú však aj maximy, ktoré nie sú také „správne“ – „Keď dávajú zadarmo, ber“ alebo „Účel svätí prostriedky“. Práve rozlíšenie týchto maxim považoval Kant za kľúčové – človek sa má správať tak, aby sa jeho maximy mohli stať univerzálnym zákonom – teda kategorickým imperatívom. Ten by mal platiť pre všetko ľudské konanie. Ak sa správame podľa tohto vyššieho princípu, sme ako ľudia šťastní, je nám dobre. Ak konáme v rozpore s kategorickým imperatívom, podľa Kanta nám jednoducho byť dobre nemôže. Táto teória je však veľmi diskutabilná, i keď je

samozrejme príjemné myslieť si, že členovia organizovanej skupiny páchajúcej kriminálnu činnosť sú nešťastní. Na to, aby človeka trápilo jeho správanie vybočujúce z pravidiel „dobra“, potrebuje mať vyvinutý zmysel pre morálku. (Křivohlavý, 2004, s.12-14)

6.3. Súčasné náhľady na kvalitu života

Pozitívna psychológia sa zaoberá otázkami cieľov ľudského snaženia, pričom si kladie za úlohu zistiť, aké ciele, ktoré si stanovíme, nás dovedú k spokojnosti či šťastiu. Zástancovia pozitívnej psychológie tvrdia, že cieľom psychológie by nemalo byť len liečenie psychických chorôb, ale najmä smerovanie k psychickému zdraviu – teda k šťastiu. Naše snahy rozdelili psychológovia do troch skupín - bežné krátkodobé ciele, osobné snahy a konečné zámery. Krátkodobých cieľov máme počas dňa množstvo – dostať sa načas do práce, úspešne si zaviazať šnúrky na topánkach a podobne. Konečné zámery sú akýmisi „metacieľmi“ – sú to smerovania, ktoré chceme dať celému svojmu životu – napríklad byť dobrým človekom, zanechať po sebe nejaký odkaz a podobne. Odborníci sa najviac zaoberajú práve osobnými snahami – to sú ciele, ktorým venujeme svoju pozornosť mesiace či roky. (Křivohlavý, 2004, s.15)

Naše osobné snahy majú rôzny obsah – teda to, o čo sa konkrétne snažíme (dokončiť školu, naučiť sa hrať tenis). Obsah našich cieľov významne ovplyvňuje našu kvalitu života. Ciele, ktoré vedú k dobrému subjektívnemu stavu, sú podľa Křivohlavého (2004, s.18) konkrétne definované a splniteľné; naznačujú približovanie sa k celoživotnému zameraniu; definované v termínoch duchovnej dimenzie (spirituálne ciele); ciele s charakteristikou skupinovej afiliácie; zamerané na zvyšovanie intimity v najužších priateľských vzťahoch; generatívne ciele (tvorivá činnosť); vychádzajúce z vlastného osobného rozhodnutia; a tie, ktoré sa vyznačujú vyššou mierou oddanosti k zvolenej činnosti.

Osobné snahy sa líšia aj svojou orientáciou – môžu byť na jednu stranu snahou niečo dosiahnuť, priblížiť sa k tomu, či naopak snahou niečomu sa vyhnúť.

Osobné snahy majú takisto rozdielne parametre, teda vlastnosti – takouto vlastnosťou môže byť napríklad harmónia tohto cieľa s inými snahami človeka, alebo naopak konflikt medzi snahami. V disharmónii sú snahy ľudí pomerne často a preto

v podstate nie je prekvapujúce, že mnoho ľudí sa cíti nespokojne, nešťastne. O osobnosti, ktorá má naopak snahy zosúladené, vzájomne si neodporujúce, hovoríme ako o osobnosti integrovanej. (Křivohlavý, 2004, s.16)

Čím väčšia je roztrieštenosť našich snáh, tým je naše prežívanie vlastného života pociťované ako negatívnejšie. „S rastúcou integrovanosťou snáh, zámerov, a cieľov v osobnosti človeka rastie kvalita jeho života – a tým do značnej miery i to, ako mu je dobre.“ (Křivohlavý, 2004, s.17)

Generativita, ktorou sa vyznačujú ciele spokojnejších ľudí, je termín, ktorý spopularizoval Erikson v 50-tych rokoch minulého storočia. Primárnym konfliktom dospelého človeka od dvadsiateho roku života až po vyšší vek je konflikt stagnácie a generativity. Generativitu charakterizoval Erik Erikson ako schopnosť dospelého vystúpiť z koncentrácie na seba a zaujímať sa aj o iných. Je to vlastne záujem o ďalšie generácie, starostlivosť o iných podfarbená zrelou láskou, ktorá je dávaná bez ohľadu na jej návratnosť. Stagnácia je pravým opakom generativity a vyznačuje sa pohltením samého seba, seba-absorbciou. Erikson tvrdil, že človek, ktorý v istej fáze vývoja „nevystúpi zo seba“, nebude svoj život vnímať ako naplnený, teda kvalitný. (Křivohlavý, 2004, s.18–19)

6.4. Nástroje merania kvality života

Väčšina nástrojov v sociálnych vedách je založených na výpovediach ohľadne vlastných pocitov, postojov a správania respondentov v interview alebo dotazníkoch, alebo na rôznych záznamových hárkoch a pozorovaní správania. Každý z týchto prístupov má svoje silné aj slabé stránky. Na stanovenie kvality života sa používajú rovnako metódy s externe stanovenými kritériami, ako aj metódy subjektívne, používajúce hodnotenie samotného respondenta.

Optimálny spôsob merania teda využíva viacero metód na meranie jedného javu. (Bowlingová, 1997, s.13)

Spôsoby merania spokojnosti človeka, jeho kvality života, variujú od celkom jednoduchých (VAS systém – krížik na úsečke od „veľmi dobre“ po „veľmi zle“) až po zložité dotazníky s mnohými položkami, ktoré sledujú mnoho oblastí života. Môžeme

ich rozdeliť do niekoľkých skupín – metódy zamerané čisto na funkčnú spôsobilosť, širšie meranie zdravotného stavu, merania psychologického „well-being“, sociálnych sietí a sociálnej podpory, merania životnej spokojnosti a pocitu užitočnosti a zmyslu. (Bowlingová, 1997, s.5-7)

Jedným zo spôsobov je takzvaný „daily mood report“, pri ktorom skúmaná osoba zaznamenáva svoje nálady v určitých intervaloch, ktoré sú jej vopred stanovené. Pre tento účel sa používa aj „pípacie“ zariadenie, ktoré osobu akustickým znamením upozorní na nutnosť zaznamenať náladu, pričom intervaly sú nepravidelné. Dienerova metóda používa výsledky faktorovej analýzy prídavných mien, popisujúcich určité nálady. „Satisfaction with life scale“ využíva kognitívne zložky zážitku. Metóda SEIQoL (Schedule for the evaluation of individual quality of life) používa kombináciu týchto metód, pričom napríklad kladie otázky ohľadne toho, v akej miere sa nám darí plniť svoje ciele, pričom vyjadrenie sa požaduje v percentách.

Metóda šťastných – zdesených tvári používa sedem obrázkov, na ktorých sú tváre vyjadrujúce rôzne pocity od šťastia po zdesenie. Respondent je požiadaný, aby vybral tú tvár, ktorá najlepšie vystihuje jeho prežívanie rôznych oblastí jeho života – zvládanie problémov, príjem, zábava, bývanie, súdržnosť rodiny a podobne. Vo vyhodnocovaní sa každej tvári prirátava počet bodov od 1 (šťastná tvár) po 7 (zdesenie). Metóda sa pomerne často využíva pri výskumoch psychického zdravia. (Bowlingová, 1997, s.119)

Výskumná časť

1. Formulácia problému, cieľov a hypotéz

1.1. Predmet a cieľ prieskumu

Cieľom výskumnej časti tejto práce je na základe empirických údajov získať informácie o tom, akú kvalitu života dosahujú aktívni užívatelia drog, ktorí využívajú služby programu Harm Reduction ako sa k správa rodina, s akými zdravotnými problémami sú hospitalizovaní. Zistenia by sme chceli analyzovať aj z hľadiska pohlavia a veku.

1.2. Hypotézy prieskumu

H1 – Predpokladáme, že program HR efektívne vplýva na kvalitu života aktívneho užívateľa drog.

H2 – Predpokladáme, že aktívny užívateľ drog začlenený do programu HR má výrazne znížené zdravotné problémy.

H3 – Predpokladáme, že program HR je efektívny aj z hľadiska sociálneho.

1.3. Operacionalizácia prieskumu

H1 – sa potvrdí vtedy, ak vo všetkých štyroch meraných premenných (fyzická, psychologická, sociálna a prostredie) dotazníka Kvality života WHO-QOL výskumná vzorka dosiahne skóre na 50% životnej spokojnosti.

H2 – sa potvrdí vtedy, ak vo fyzickej premennej dotazníku viac ako 50% respondentov uvedie zlepšenie zdravotnej pohody.

H3 – sa potvrdí vtedy, ak v dotazníku viac ako polovica respondentov uvedie v premennej sociálna spokojnosť vyššiu mieru spokojnosti.

2. Metodika a organizácia výskumu

2.1. Metodika výskumu

Použili sme dotazníkovú výskumnú metódu, ktorou sme chceli zistiť informácie od klientov terénneho sociálneho programu OZ Prima. Dotazníky boli jednotné pre všetkých respondentov.

Pri riešení výskumných problémov sme využili analýzu, koreláciu, a porovnávanie medzi vybranými premennými. Výsledky sme prezentovali pomocou frekvenčných, opisných kontingenčných tabuliek a pomocou grafov.

Pri spracovaní a interpretácii výsledkov sme počítali absolútnu početnosť, jednoduché frekvencie, percentuálne rozloženie súboru podľa zoskupenia jednotlivých odpovedí, priemer a smerodajnú odchýlku, 95% interval, kde sa tento priemer nachádza (ďalej iba 95 % CI). Vykonali sme kvantitatívnu a kvalitatívnu analýzu s využitím štatistickej a porovnávacej metódy.

Na štatistické spracovanie dotazníkov bol použitý softwarový program Microsoft Excel, v ktorom bola vytvorená databáza zistených údajov. Výsledky sme následne spracovali pomocou štatistického programu SPSS 14 for Windows – na základe matematicko-štatistických metód. Pri porovnávaní početnosti jednotlivých premenných v tabuľkách frekvencií bol taktiež použitý chí – kvadrát test, ak je p - hodnota nižšia ako zvolená hladina významnosti (hladina významnosti je 5 % t.j. $p < 0,05$), znamená to, že rozdiel medzi početnosťami premenných je štatisticky významný, pre porovnanie priemerov jednotlivých skupín sme použili t – test.

2.2. Organizácia výskumu

Dotazníky sme administrovali individuálne v Kontaktnom centre OZ Prima v Bratislave- Petržalke na Kopčianskej ulici. Zber dát sa uskutočnil v priebehu januára a februára 2011. Pre štatistické porovnanie sme súbor delili do skupín podľa veku, pohlavia. Následne sme urobili porovnanie jednotlivých skupín.

2.3. Charakteristika dotazníka

Použitý bol „Dotazník kvality života WHOQOL – BREF. Tento dotazník sa skladá z 24 položiek, ktoré sú združené do štyroch domén (fyzická, prežívanie, sociálna, prostredie) a dvoch samostatných položiek, ktoré hodnotia celkovú kvalitu života a zdravotný stav, čiže celkovo obsahuje 26 položiek. Tento dotazník vyvinula Svetová zdravotnícka organizácia, je zameraný na meranie kvality života a je skrátenou verziou dotazníka WHOQOL – 100 a umožňuje jeho použitie u rôznych skupín s rôznymi sociodemografickými charakteristikami, položky boli vyberané tak, aby pokryli široké spektrum aspektov kvality života, obsahuje presný návod, ako vypočítať skóre v jednotlivých doménach, a ako ho prepočítať na skóre 4 – 20 respektíve na skóre 1 – 100.

Čas potrebný na získanie údajov z dotazníka sa pohyboval od 20 do 30 minút a závisel od stavu respondentov.

Za výhodu dotazníkového zberu údajov považujeme i možnosť presnej formulácie otázok, na základe čoho sa znižuje riziko nejasnosti a nedorozumení v odpovediach respondentov. Ďalšou prednosťou tejto metódy je možnosť zhromaždenia údajov v relatívne krátkom časovom horizonte. Vyhodnotenie získaných údajov je taktiež menej náročné z časového hľadiska a je pre nás pomerne jednoduché.

Za nevýhodu pri zbere údajov prostredníctvom dotazníka považujeme to, že nie všetci respondenti venujú dostatočnú pozornosť vyplneniu dotazníka a tým hrozí riziko, že výsledky môžu byť v menšej, či väčšej miere skreslené. Ako sme zistili, ďalšou nevýhodou dotazníkovej formy zberu údajov je i fakt, že pokiaľ respondent nevyplní v dostatočnej miere danú otázku, príp. ju nevyplní vôbec, nie je tu prakticky žiadna možnosť opätovného kontaktu respondenta, keďže dotazník rešpektuje anonymitu respondenta.

2.4. Charakteristika súboru

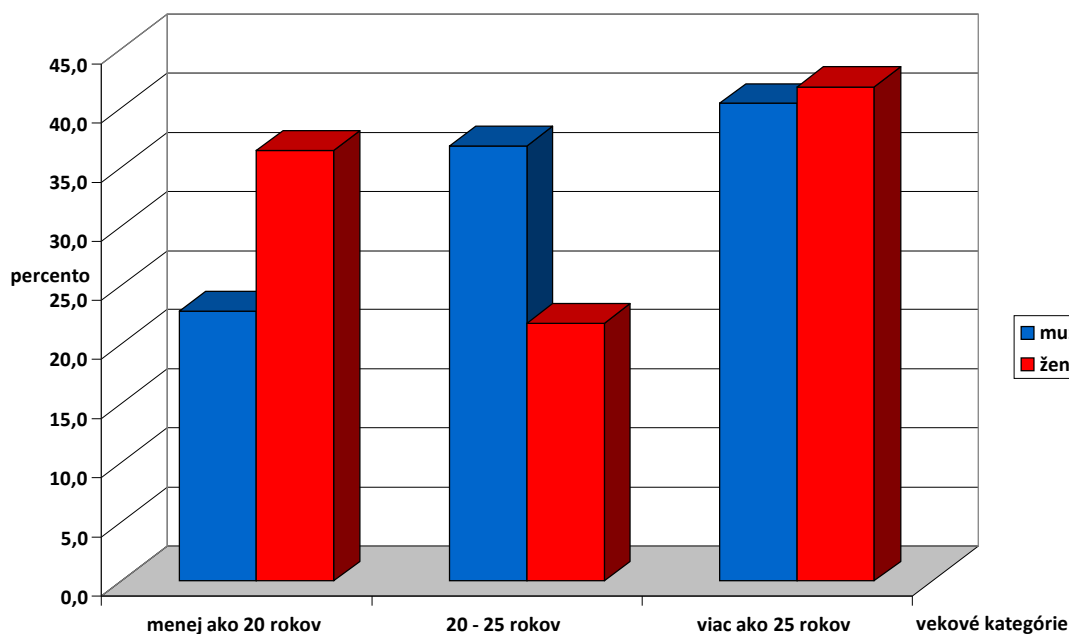
Cieľovú skupinu výskumu tvorili respondenti, ktorí navštevujú v Kontaktné centrum OZ Prima v Bratislave-Petržalke na Kopčianskej ulici. Oslovovali sme ich

počas našej dlhodobej stáže v tomto centre, v ktorom dobrovoľnícky pôsobíme od júna 2010. Oslovených bolo 120 klientov, avšak pre ich stav (akútna intoxikácia) sme ich nemohli zaradiť do našom výskume. Takto sme získali 50 vyplnených dotazníkov. Percento chýbajúcich odpovedí jednotlivých otázok prvej a druhej časti dotazníka je uvedená v Tab. č. 1 a Tab. č. 2, z týchto výsledkov vidíme, že percento odpovedajúcich na jednotlivé otázky sa pohybuje od 44,20 % do 93,30% v prvej časti dotazníka a od 95,00 % do 99,10% v druhej časti dotazníka, čo je vysoké percento odpovedí, najmä v časti dotazníka kvality života WHOQOL – BREF.

a) štruktúra respondentov podľa veku a pohlavia

Priemerný vek súboru bol $26,2 \pm 10,4$ rokov, u mužov to bolo $31,7 \pm 9,4$ rokov, kde najmladší mal min 19 rokov a najstarší 42 rokov a u žien bol priemerný vek $26,7 \pm 11,5$ rokov, kde najmladšia mala 15 rokov a najstaršia mala 32 rokov. Presné zloženie je v Tab. č 3. Vo vekovej skupine menej ako 20 rokov bolo 29,5% respondentov, vo vekovej skupine 20 - 25 rokov bolo 29,5 % respondentov a vo vekovej skupine viac ako 25 rokov bolo 41,1 % respondentov.

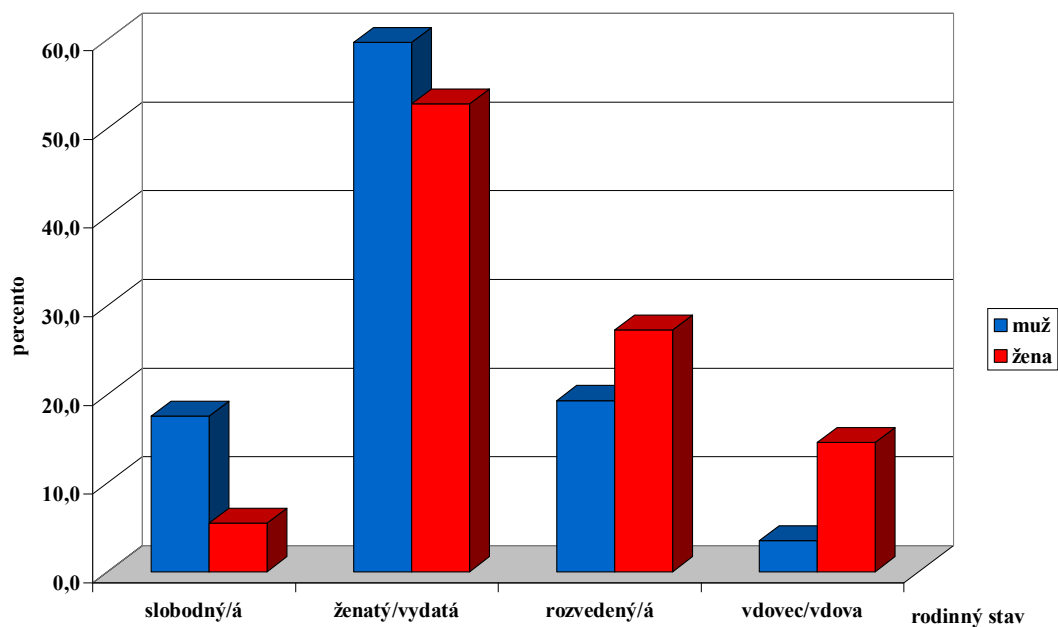
Graf č.1 Zloženie respondentov podľa veku a pohlavia



b) štruktúra respondentov podľa rodinného stavu a pohlavia

Zloženie súboru podľa rodinného stavu je zobrazené aj na Grafe č. 2

Graf č.2 Zloženie respondentov rodinného stavu a pohlavia

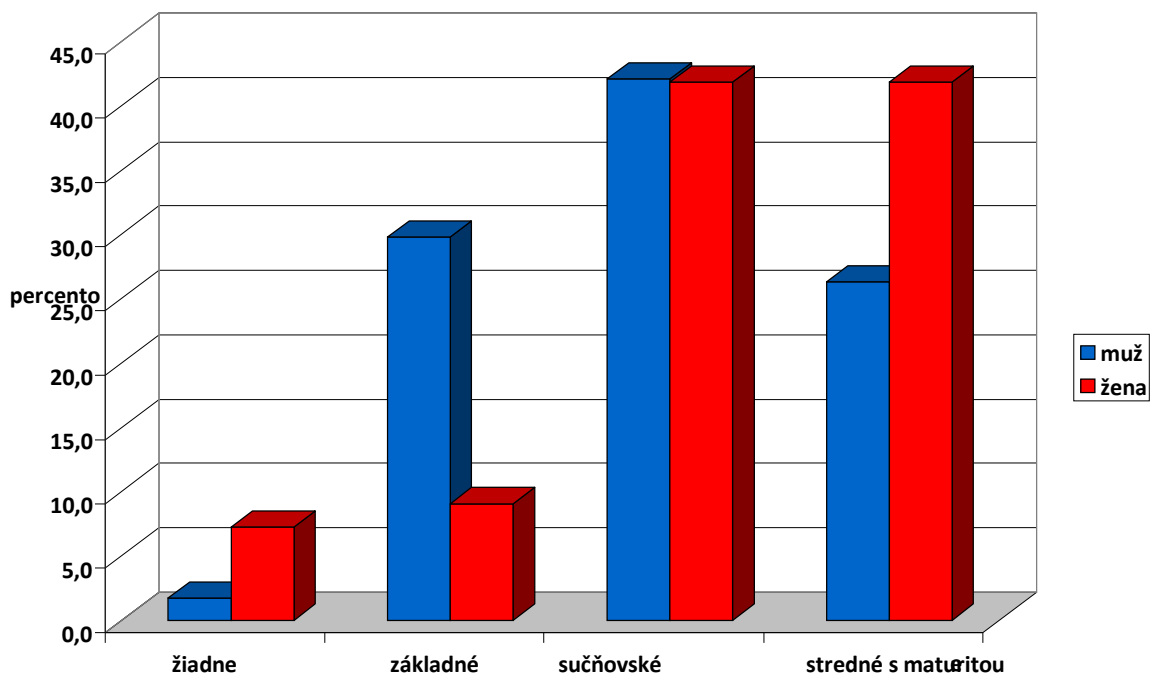


Slobodných bolo 11,6 % respondentov z toho 17,5 % mužov a 5,5 % žien, ženatých alebo vydatých 56,3 % respondentov z toho 56,9 % mužov a 52,7 % žien, rozvedených bolo 23,2 % respondentov z toho 19,3 % mužov a 27,3 % žien a vdovcov bolo 8,9 % respondentov z toho 3,5 % mužov 4,5% žien (Tab. č. 4).

c) štruktúra respondentov podľa dosiahnutého vzdelania a pohlavia

Zloženie respondentov podľa dosiahnutého vzdelania a pohlavia je zobrazené na Grafe č. 3

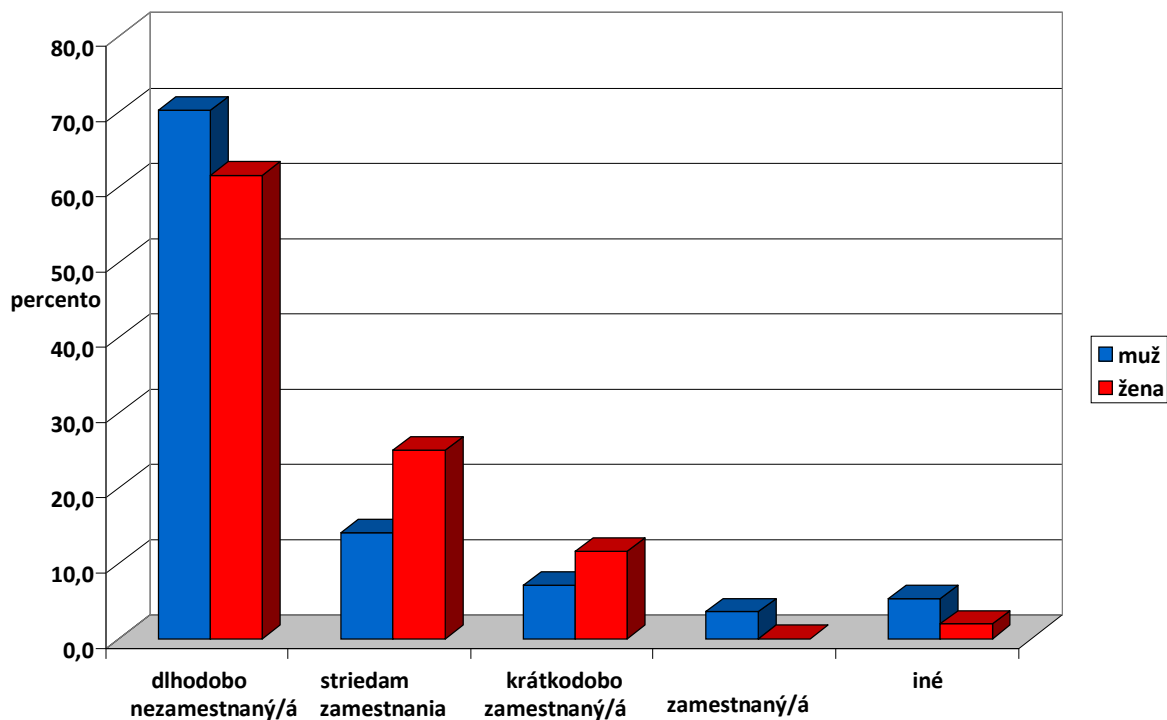
Žiadne vzdelanie mali 3% mužov a 6% žien, základné vzdelanie dosiahlo 29% mužov a 8% žien, učňovské vzdelanie malo 41% mužov a 41% žien, stredné vzdelanie s maturitou malo 27% mužov a 46% žien.



d) štruktúra respondentov podľa zamestnania a pohlavia

Zloženie respondentov podľa zamestnania a pohlavia je zobrazené na Grafe č. 4

Dlhodobo nezamestnaných bolo v našej vzorke 69% mužov a 60% žien, 12% mužov a 22% žien bolo s častým striedaním zamestnaní, 5% mužov a 10% žien bolo aspoň krátkodobo zamestnaných, a úplne zamestnaných bolo 3% mužov a 1% žien.



3. Štatistické zistenia a interpretácia výsledkov

3.1. Výsledky prieskumu a interpretácia

Výsledky prieskumu budeme interpretovať postupne, tak ako po sebe nasledovali jednotlivé hypotézy.

H1 – Predpokladáme, že program HR efektívne vplýva na kvalitu života aktívneho užívateľa drog

Tabuľka č. 1 – Výsledky dotazníka WHO-QOL

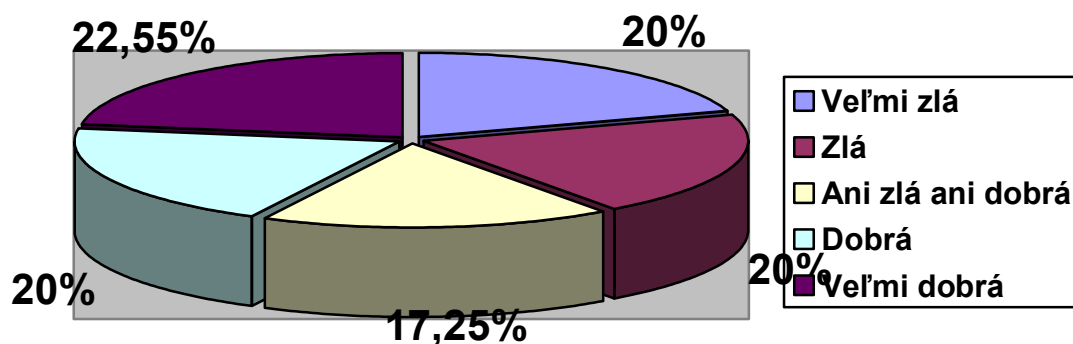
Oblasti	Priemer hodnôt v %	Spolu v %

Fyzická	55,89	62,55%
Psychologická	58,17	
Sociálna	70,45	
Prostredie	65,00	

Tabuľka č.1 ukazuje vyhodnotenie dotazníka WHO-QOL, ktorý je rozdelený na štyri oblasti a to fyzická oblasť, kde respondenti dosiahli hodnotu 55,89 %, psychologickú oblasť tvorí 58,17% spokojnosti s kvalitou života , sociálnu tvorí 70,45% spokojnosti a oblasť prostredie tvorí 65%. Všetky štyri oblasti tvoria spolu 62,55% . Hypotéza č. 1 sa nám potvrdila. Respondenti najvyššie hodnotia ako kvalitnú svoju sociálnu pohodu, čo má priamy súvis so službami HR a prostredím- komunitou, v ktorej žijú. Na druhom mieste uvádzajú respondenti kvalitu prostredia - enviromentu, čo je poznateľné i zo samotnej ich aktivity v Kontaktnom centre, prostredníctvom aktivity, ktorého sa viac otvárajú okolitému svetu. Na treťom mieste sa u výskumnej vzorky objavuje aspekt psychologickej kvality života, ktorý býva často silným motívom udržania závislosti. Psychická nepohoda sprevádza rozvoj každej závislosti, ale často býva slabým motívom pre jej ukončenie. Na poslednom mieste kladne hodnotia zdravotný aspekt kvality života, ktorý je v kontexte aktívnej drogovej dráhy spojený prežívaním radu negatívnych dopadov užívania drog na svoje zdravie a to nie len dôsledkom abstinenčných príznakov, ale i vo forme úrazov, zníženej imunity či zlej výživy.

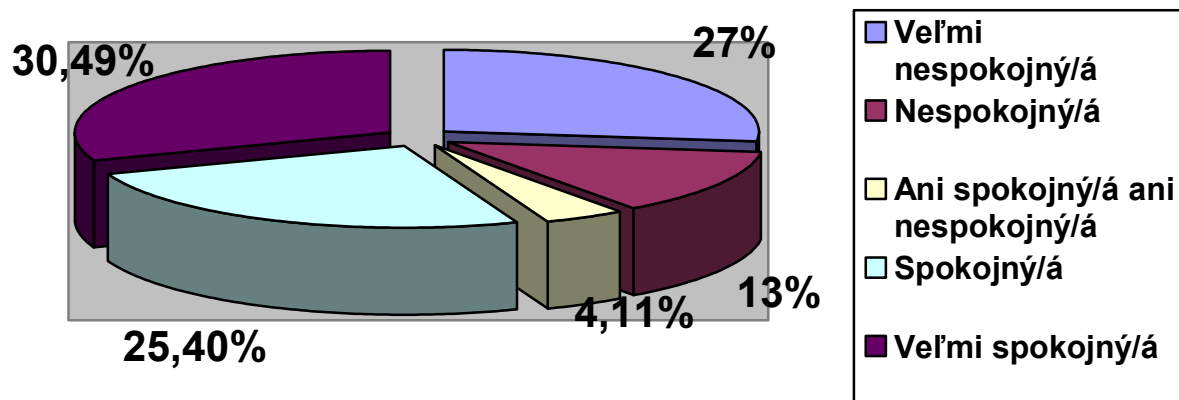
Dotazník WHO-QOL samostatne určuje dve premenné a to sebahodnotenie kvality života (otázka č.1) a sebahodnotenie kvality zdravia (otázka č.2), ich korelácia je 0,402. Vyššia hodnota celkovej spokojnosti s kvalitou života a nižšia spokojnosť so zdravím nie je signifikantná, ale napriek tomu aj tento malý rozdiel môže byť spojený s následnými dopadmi na zdravie aktívneho užívateľa drog.

Graf č. 4 – Percentuálne zastúpenie odpovedí na otázku č.1 dotazníku WHO-QOL – sebahodnotenie kvality života.



Najviac respondentov zvolilo odpovede, že ich život a jeho kvalita je dobrá a veľmi dobrá spolu 22,55 %. Len 40% respondentov hodnotilo úroveň kvality svojho života ako zlú alebo veľmi zlú.

Graf č. 5 - Početné zastúpenie odpovedí na otázku č.2 dotazníku WHO-QOL – sebahodnotenie kvality zdravia.

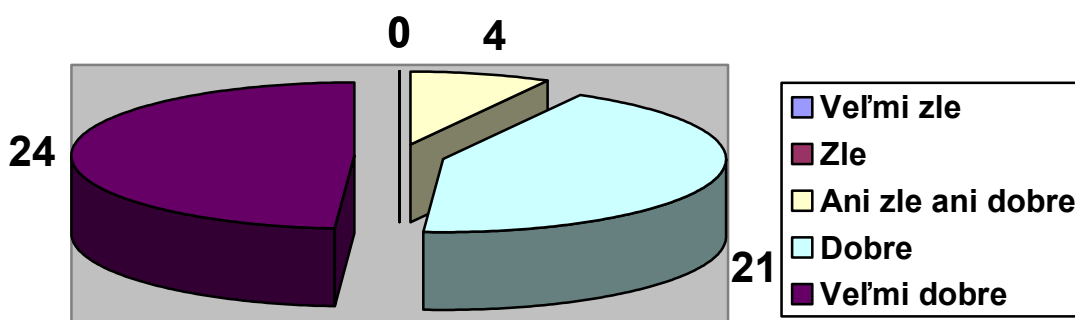


Najviac respondentov bolo so svojím zdravím veľmi spokojných a spokojných, spolu 55,89 %. Len 40 % respondentov bolo so svojím zdravím nespokojných alebo veľmi nespokojných.

Najviac pozitívne boli hodnotené respondentmi otázky č. 6, č.13 a č.15. Otázka č.6. hodnotí kvalitu života z hľadiska psychologického, otázka č.15 z hľadiska fyzického a otázka č. 13 z hľadiska enviromentálnej spokojnosti.

Najviac pozitívnych odpovedí smerom ku kvalite života získala otázka č. 15, ktorá hodnotí schopnosť pohybovať sa. Táto otázka mohla byť respondentmi vnímaná aj v širšom význame ako schopnosť mobility. Respondenti dosiahli priemer v úrovni schopnosti pohybovať sa 4,31 na hodnotiacej bodovej škále 1-5, čo predstavuje priemer 86,1% spokojnosti s touto kvalitou.

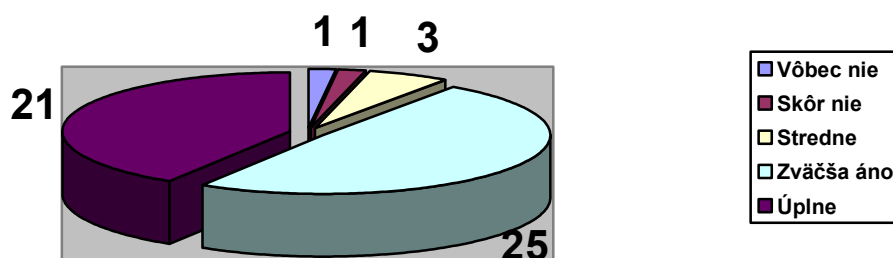
Graf č. 6 - Početné zastúpenie odpovedí na otázku č.15 dotazníku WHO-QOL – schopnosť pohybovať sa.



Najviac respondentov hodnotilo svoju schopnosť pohybovať sa ako dobrú a veľmi dobrú, spolu 86.4%. Túto schopnosť nikto s respondentov nehodnotil ako zlú alebo veľmi zlú.

Druhou otázkou, ktorá bola hodnotená respondentmi ako druhá najpozitívnejšia, bola otázka č.13, ktorá hodnotila prístup k informáciám potrebným pre každodenný život. Súvis toho vysokého hodnotenia môžeme vidieť i pozitívnom pôsobení Kontaktné centra. Respondenti dosiahli priemer v možnosti dostať sa k informáciám 4,22 na hodnotiacej bodovej škále 1-5, čo predstavuje priemer 84,5% spokojnosti s touto kvalitou.

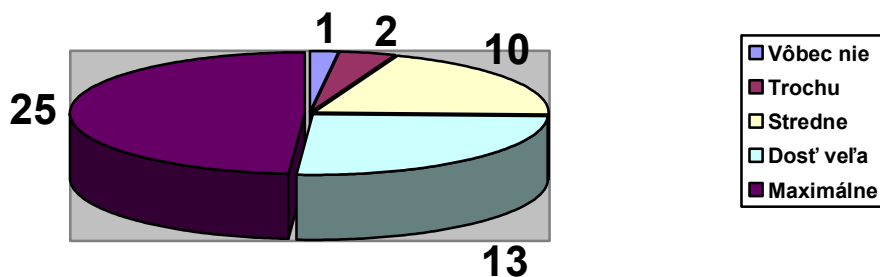
Graf č. 7 - Početné zastúpenie odpovedí na otázku č.13 dotazníku WHO-QOL – prístup k informáciám.



Najviac respondentov hodnotilo svoju možnosť získať informácie potrebné pre každodenný život ako úplnú a zväčša prístupnú, spolu 88,32%. Túto možnosť vôbec nemá a skôr nemá 3,84% respondentov.

Ako tretiu najpozitívnejšiu oblasť svojho života hodnotili respondenti fakt, že ich život má zmysel. Respondenti dosiahli priemer vo vnímaní vlastného zmyslu života 4,12 na hodnotiacej bodovej škále 1-5, čo predstavuje priemer 82,4% prežívania vlastného zmyslu života.

Graf č. 8 - Početné zastúpenie odpovedí na otázku č.6 dotazníku WHO-QOL – zmysel života.



Najviac respondentov hodnotilo svoj život ako zmysluplný maximálne a dost' veľa, spolu 72,96 %. Iba 5,76% respondentov vnímalo svoj život ako len málo alebo úplne nezmysluplný.

V dotazníku kvality života WHOQOL – BREF sa zisťovala kvalita života. Z výsledkov v jednotlivých doménach v škále 1 – 100, sme zistili, že skóre vo všetkých štyroch doménach je väčšie ako 50, takže respondenti boli v podstate s kvalitou života spokojní. Vo fyzickej doméne dosiahli respondenti skóre 55,89, v doméne prežívanie to

bolo skóre 58,17, v sociálnej doméne to bolo skóre až 70,45, čo bolo zo všetkých domén najviac a doméne prostredie dosiahli respondenti skóre 65,70 (Tab. č.).

Pri porovnaní s výsledkami v Čechách 2) respondenti dosiahli vo fyzickej doméne skóre $12,94 \pm 1,316$, čo je takmer najmenej, horšie dopadli už len pacienti v súbore Parkinson. V doméne prežívanie dosiahli respondenti skóre $13,30 \pm 1,299$, čo je opäť takmer najmenšie skóre. V sociálnej doméne respondenti dosiahli skóre $15,27 \pm 2,325$, čo je najviac zo všetkých uvedených skupín, možno to pripísať tomu . V doméne prostredie respondenti dosiahli skóre $14,51 \pm 1,591$, čo patrí k tým lepším výsledkom v jednotlivých skupinách (Tab. č.).

Pri hodnotení jednotlivých otázok v sociálnej doméne najlepšie skóre $4,03 \pm 0,743$ dosiahla spokojnosť s podporou, ktorú respondentom poskytujú priatelia, nasleduje so skóre $3,73 \pm 0,853$ spokojnosť so svojimi osobnými vzťahmi a najmenšie skóre $3,34 \pm 0,954$ v rámci domény dosiahla spokojnosť so svojím sexuálnym životom (Tab. č.).

a) porovnanie podľa pohlavia

Pri hodnotení fyzickej domény muži dosiahli skóre $12,76 \pm 1,209$ a ženy $13,07 \pm 1,390$, tento rozdiel pri porovnávaní nie je štatisticky významný (Tab. č.).

Pri hodnotení jednotlivých otázok vo fyzickej doméne pri hodnotení do akej miery bolesť bráni v tom, čo respondent potrebuje robiť muži dosiahli skóre $2,03 \pm 0,77$, čo je štatisticky významne viac ako dosiahli ženy $2,98 \pm 1,355$. Muži dosiahli najlepšie skóre $4,24 \pm 0,708$ v tom ako sa dokážu pohybovať, nasleduje skóre $3,97 \pm 0,728$ o dostatku energie pre každodenný život.

Ženy dosiahli v rámci uvedenej domény najlepšie skóre $3,91 \pm 0,772$ v tom, ako sa dokážu pohybovať nasleduje $3,89 \pm 0,579$ v tom ako sú spokojné so svojím pracovným výkonom, potom nasleduje (Tab. č.).

Korelačná analýza položiek a domén nám ukazuje úzky vzťah medzi jednotlivými položkami a doménami. Táto korelácie sa nepotvrdila iba medzi otázkou hodnotenia kvality svojho života a doménami prežívanie a fyzická doména, a otázkou spokojnosti so svojim zdravým a doménami prežívanie a fyzická doména.

Pri hodnotení kvality života sa nepotvrdil rozdiel podľa pohlavia, zistil sa iba štatisticky významný rozdiel iba pri hodnotení položiek dvoch položiek a to do akej miery bolesť bráni v tom, čo potrebuje respondent robiť a ako ste spokojný respondent so svojím sexuálnym životom kde muži hodnotili tieto položky štatisticky významne vyšším skóre ako ženy. Ostatné rozdiely neboli štatistiky významné. Ostatné rozdiely neboli štatistiky významné

H2 – Predpokladáme, že aktívny užívateľ drog začlenený do programu HR má výrazne znížené zdravotné problémy.

Hypotéza č.2 sa nám potvrdila, aktívni užívatelia drog boli spokojný so svojim zdravím na 55,89%. Zo všetkých kvalít života však bola na poslednom mieste, predpokladáme že tomu tak bolo pre kontext aktívnej drogovej dráhy spojený s prežívaním radu negatívnych dopadov užívania drog na vlastné zdravie a to nielen ako abstinenčných príznakov, ale aj vo forme úrazov, zníženej imunity alebo zlej výživy.

H3 – Predpokladáme, že program HR je efektívny aj z hľadiska sociálneho.

Hypotéza č.3 sa nám potvrdila, 70,45 % klientov HR programu je spokojných so svojou sociálnou situáciou, čomu sa dá rozumieť v kontexte pravidiel a hodnôt subkultúry.

Diskusia

Naša diplomová práca sa zaoberala terénnym sociálnym programom OZ PRIMA a jeho vplyvom na kvalitu života klientov, ktorí tento program navštevujú. V teoretickej časti sme okrem vymedzenia základných adiktologických pojmov, predstavili základnú filozofiu a princípy fungovania Harm Reduction prístupu (ďalej len HR). Priestor sme venovali i zadefinovaniu témy kvality života. Náš empirický prieskum potvrdil všetky tri nami stanovené hypotézy.

Našu snahu zistiť kvalitu života závislých považujeme za úspešnú. Užívatelia drog, ktorí využívajú služby terénneho sociálneho programu, majú pravdepodobne nadpriemernú kvalitu života v porovnaní s užívateľmi drog bez akejkoľvek starostlivosti (skrytá populácia užívateľov drog), celkový priemer spokojnosti dosiahol 62,55%-tnú spokojnosť klientov s kvalitou ich života. Domnievame sa, že tento fakt je významný pre prax – môže závislých, ktorí budú s výsledkami výskumu oboznámení, motivovať k využitiu služieb HR a práci na sebe. Domnievame sa ďalej, že táto práca môže byť účelná aj jeden zo zdrojov informácií pre odborníkov zaangažovaných v liečbe závislých. Výsledky výskumu by mohli byť vhodnou formou prezentované aj laickej verejnosti, pretože zvýšením povedomia o význame HR služieb sa môže zvýšiť navštevovanie HR programov a ich podpora zo strany štátu.

Jedným so smerovaní, ktorým sme sa chceli uberať pri tvorbe práce bolo i porovnanie úrovne spokojnosti s kvalitou života u iných cieľových skupín ľudí zaťažených závislosťou – napríklad s abstinujúcimi alkoholikmi či abstinujúcimi drogovzo závislými. Pri štúdiu už existujúcich prác, štúdií a prieskumov sme objavili dve práce zaoberajúce sa podobnou témou a to rigoróznou prácu Mgr. Ľubice Majtánovej „Sociálne aspekty mužstva a ženstva problémového pitia v doliečovacom systéme (Univerzita Komenského v Bratislave, Pedagogická fakulta, Katedra sociálnej práce, Bratislava 2010) a s diplomovou prácou Lenky Jílekovej „Vplyv doliečovania na kvalitu života abstinujúcich drogovzo závislých (Univerzita Komenského v Bratislave, Pedagogická fakulta, Katedra sociálnej pedagogiky, Bratislava 2006). Obe autorky použili rovnaký dotazník pre výskum kvality života WHO, s ktorým sme pracovali i my. Práce boli zamerané na cieľové skupiny klientov v doliečovacích kluboch, spolkoch a iných spoločenstvách abstinujúcich. Našu snahu porovnať tieto výskumy, však nebolo možné naplniť z dôvodov početnej nerovnosti výskumných vzoriek

a nemožnosti spätne z prác zistiť metodologický postup pri spracovaní a analýze dát. Orientačne sa pásmo celkovej spokojnosti s kvalitou života nebolo v porovnaní s našim výskumom štatisticky významne odlišné u žiadnej z sledovaných skupín klientov v prácach kolegyň. Celková miera spokojnosti s kvalitou života u 120 abstinujúcich alkoholikov v troch AA kluboch (Bratislava, Pezinok a Predná Hora) bola 73,67% (L.Majtánová, 2010) a miera celkovej spokojnosti u 25 abstinujúcich drogovu závislých v NA kluboch (Bratislava) bola 68,24% (L.Jíleková, 2006).

Práca Mgr. Ľubice Majtánovej (Bratislava, 2010) zameraná na gender v téme závislosti od alkoholu priniesla nasledovné zistenia: „Pri hodnotení kvality života sa nepotvrdil rozdiel podľa pohlavia, zistil sa iba štatisticky významný rozdiel iba pri hodnotení položiek dvoch položiek a to do akej miery bolesť bráni v tom, čo potrebuje respondent robiť a ako ste spokojný respondent so svojím sexuálnym životom kde muži hodnotili tieto položky štatisticky významne vyšším skóre ako ženy. Ostatné rozdiely neboli štatisticky významné.“

Pri hodnotení kvality života sa nepotvrdil rozdiel podľa toho, v akej oblasti navštevujú kluby AA. Zistil sa štatisticky významný rozdiel vo fyzickej doméne, kde Predná Hora dosiahla významne vyššie skóre ako Bratislava a skóre v položke do akej miery bolesť bráni respondentovi v tom, čo potrebujete robiť Predná Hora dosiahla významne vyššie skóre ako Bratislava. Ostatné rozdiely neboli štatistiky významné.“

Diplomová práca Lenky Jílekovej (Bratislava, 2006) zameraná na to, či a ako ovplyvňuje doliečovanie abstinujúcich narkomanov po niekoľkých rokoch ich abstinencie z hľadiska kvality života, prišla k obdobným zisteniam, avšak autorka ponúkla aj interpretáciu, prečo nezistila štatisticky významné rozdiely pri porovnávaní členov NA – abstinujúcich drogovu závislých a nečlenov NA - abstinujúcich drogovu závislých:

„Vo výsledkoch dotazníkov sa neobjavili žiadne štatisticky významné rozdiely medzi skupinami – čo môže byť zapríčinené práve tendenciou k žiadúcim odpovediam. Respondenti, ktorí sa nedoliečujú, mohli byť takisto ovplyvnení vedomím, že výskum sa týka kvality života abstinujúcich. Napriek tomu, že “neklubistov” sme neoboznámili s našimi hypotézami, pravdepodobnosť, že odpovedali skresľujúco, je pomerne vysoká. Môže to byť tým, že až na dvoch neklubistov boli ostatní neklubisti v minulosti podrobení liečbe, kde boli oboznámení s dôležitosťou doliečovania. Preto mohli

zámerne alebo nevedome prispôbiť svoje odpovede v dotazníku tak, aby pôsobili harmonickejšie.“

Práve v tejto citácii sa s autorkou textu plne stotožňujeme, pretože i náš výskum niesol rad nedostatkov ovplyvnených cieľovou skupinou respondentov. V podmienkach terénnej sociálnej práce sa nám ťažko získavali respondenti pre náš výskum a to najmä pre ich aktuálny fyzický a psychický stav.

Ako problematický vnímame i výber vhodnej metódy z hľadiska jej administrácie priamo v prostredí terénneho sociálneho programu a stavu klientov ktorým je poskytovaný. Danú metodiku sme volili najmä pre jej stručnosť. Žiaľ, nepodarilo sa nám vypátrať inú relevantne krátku a administratívne nenáročnú psychodiagnostickú metodiku vhodnú pre cieľovú skupinu nášho výskumu.

Záver

Domnievame sa, že by bolo účelné zopakovať výskum s väčšou výskumnou vzorkou, ktorá by umožnila presnejšie výsledky. Bolo by dobré ak by sa podobný výskum dal urobiť bez tých metodologických nedostatkov, ktorým sa nám nepodarilo vyhnúť v tomto výskume, a ktoré popisujeme v diskusii tejto práce. V ďalšom výskume by bolo možné porovnať kvalitu života v závislosti od frekvencie návštev Kontaktného centra. Zaujímavé by mohlo byť porovnanie kvality života členov rôznych druhov HR programov, čím by sa zistila účelnosť týchto služieb. Pri väčšej výskumnej vzorke by bolo možné takisto porovnať navštevovanie služieb HR a jeho frekvenciu u oboch pohlaví.

Závislosť od drog je smrteľné, chronické recidivujúce ochorenie, ktoré je stále aktuálne a frekventované. Pokusy vymaniť sa moci drogy je beh na najdlhšiu trať – dlhú ako život. Domnievame sa, že skutočnosť, že sa nepotvrdila štatisticky významná odchýlka v hodnotení kvality života drogovo aktívnymi závislými môže byť ovplyvnené aj tým, že metóda dotazníka je subjektívna sebahodnotiaci metóda, a teda nesie v sebe všetky subjektivizujúce znaky pohľadu závislého na seba, vrátane ovplyvnenosti závislého subkultúrou v ktorej počas užívania žije a ktorá môže významne vplývať na posun jeho hodnôt.

Túto prácu uzavierame konštatovaním, že nás okrem snahy o získanie údajov o hodnotení kvality života drogovo závislých viedla aj snaha o hlbšie pochopenie ich osudov. Pohľad na aktívnych drogovo závislých ostáva pre nás - hoci zblízka pohľadom zvonka - empatizujeme so závislými, nech sú ich osudy spôsobené akýmikoľvek faktormi a zaviedli ich kamkoľvek, pretože sme mohli vidieť - pre nás zvonka nezniesiteľnú - ťažkosť ich bytia, že závislí majú okrem bežných ľudských problémov neustále pred sebou ťažkú úlohu – čeliť svojej závislosti.

Súhrn

Práca je rozdelená na dve časti, teoretickú a praktickú. Teoretická časť najskôr vymedzuje základné pojmy relevantné k téme práce. V teoretickej časti sme okrem vymedzenia základných adiktologických pojmov predstavili základnú filozofiu a princípy fungovania Harm Reduction prístupu (ďalej len HR) a práce Kontaktného centra a mobilného streetworku. Priestor sme venovali i zadefinovaniu témy kvality života. Ďalej práca pokračuje praktickou časťou. Zaoberá sa terénnym sociálnym programom OZ PRIMA a jeho vplyvom na kvalitu života klientov, ktorí tento program navštevujú.

Cieľom praktickej časti tejto práce je na základe empirických údajov získať informácie o tom, akú kvalitu života dosahujú aktívni užívatelia drog, ktorí využívajú služby programu Harm Reduction ako sa k správa rodina, s akými zdravotnými problémami sú hospitalizovaní. Zistenia by sme chceli analyzovať aj z hľadiska pohlavia a veku.

Hypotézy výskumu:

H1 – Predpokladáme, že program HR efektívne vplýva na kvalitu života aktívneho užívateľa drog.

H2 – Predpokladáme, že aktívny užívateľ drog začlenený do programu HR má výrazne znížené zdravotné problémy.

H3 – Predpokladáme, že program HR je efektívny aj z hľadiska sociálneho.

Použili sme dotazníkovú výskumnú metódu, ktorou sme chceli zistiť informácie od klientov terénneho sociálneho programu OZ Prima. Dotazníky boli jednotné pre všetkých respondentov. Pri riešení výskumných problémov sme využili analýzu, koreláciu, a porovnávanie medzi vybranými premennými. Výsledky sme prezentovali pomocou frekvenčných, opisných kontingenčných tabuliek a pomocou grafov. Pri spracovaní a interpretácii výsledkov sme počítali absolútnu početnosť, jednoduché frekvencie, percentuálne rozloženie súboru podľa zoskupenia jednotlivých odpovedí, priemer a smerodajnú odchýlku, 95% interval, kde sa tento priemer nachádza (ďalej iba 95 % CI). Vykonali sme kvantitatívnu a kvalitatívnu analýzu s využitím štatistickej a porovnávacej metódy.

Na štatistické spracovanie dotazníkov bol použitý softwarový program Microsoft Excel, v ktorom bola vytvorená databáza zistených údajov. Výsledky sme následne spracovali pomocou štatistického programu SPSS 14 for Windows – na základe matematicko-štatistických metód. Pri porovnávaní početnosti jednotlivých premenných v tabuľkách frekvencií bol taktiež použitý chí – kvadrát test, ak je p - hodnota nižšia ako zvolená hladina významnosti (hladina významnosti je 5 % t.j. $p < 0,05$), znamená to, že rozdiel medzi početnosťami premenných je štatisticky významný, pre porovnanie priemerov jednotlivých skupín sme použili t – test. Dotazníky sme administrovali individuálne v Kontaktnom centre OZ Prima v Bratislave- Petržalke na Kopčianskej ulici. Zber dát sa uskutočnil v priebehu januára a februára 2011. Pre štatistické porovnanie sme súbor delili do skupín podľa veku, pohlavia. Následne sme urobili porovnanie jednotlivých skupín. Použitý bol „Dotazník kvality života WHOQOL – BREF. Tento dotazník sa skladá z 24 položiek, ktoré sú združené do štyroch domén (fyzická, prežívanie, sociálna, prostredie) a dvoch samostatných položiek, ktoré hodnotia celkovú kvalitu života a zdravotný stav, čiže celkovo obsahuje 26 položiek. Tento dotazník vyvinula Svetová zdravotnícka organizácia, je zameraný na meranie kvality života a je skrátenou verziou dotazníka WHOQOL – 100 a umožňuje jeho použitie u rôznych skupín s rôznymi sociodemografickými charakteristikami, položky boli vyberané tak, aby pokryli široké spektrum aspektov kvality života, obsahuje presný návod, ako vypočítať skóre v jednotlivých doménach, a ako ho prepočítať na skóre 4 – 20 respektíve na skóre 1 – 100. Čas potrebný na získanie údajov z dotazníka sa pohyboval od 20 do 30 minút a závisel od stavu respondentov.

Výskum potvrdil všetky tri nami stanovené hypotézy. Práca porovnáva tiež úroveň spokojnosti s kvalitou života u iných cieľových skupín ľudí zaťažených závislosťou – napríklad abstinujúcich alkoholikov či abstinujúcich drogovu závislých. Použili sme dve práce zaoberajúce sa podobnou témou a to rigoróznou prácu Mgr. Ľubice Majtánovej „Sociálne aspekty mužstva a ženstva problémového pitia v doliečovacom systéme (Univerzita Komenského v Bratislave, Pedagogická fakulta, Katedra sociálnej práce, Bratislava 2010) a s diplomovou prácou Lenky Jílekovej „Vplyv doliečovania na kvalitu života abstinujúcich drogovu závislých (Univerzita Komenského v Bratislave, Pedagogická fakulta, Katedra sociálnej pedagogiky, Bratislava 2006). Obe autorky použili rovnaký dotazník pre výskum kvality života WHO, s ktorým sme pracovali i my. Práce boli zamerané na cieľové skupiny klientov v doliečovacích kluboch,

spolkoch a iných spoločenstvách abstinujúcich. Našu snahu porovnať validne tieto výskumy, však nebolo možné naplniť z dôvodov početnej nerovnosti výskumných vzoriek a nemožnosti spätne z prác zistiť metodologický postup pri spracovaní a analýze dát. Orientačne sa pásmo celkovej spokojnosti s kvalitou života nebolo v porovnaní s našim výskumom štatisticky významne odlišné u žiadnej z sledovaných skupín klientov v prácach kolegýň. Celková miera spokojnosti s kvalitou života u 120 abstinujúcich alkoholikov v troch AA kluboch (Bratislava, Pezinok a Predná Hora) bola 73,67% (L.Majtánová, 2010) a miera celkovej spokojnosti u 25 abstinujúcich drogozo závislých v NA kluboch (Bratislava) bola 68,24% (L.Jíleková, 2006).

Práca Mgr. Ľubice Majtánovej (Bratislava, 2010) zameraná na gender v téme závislosti od alkoholu priniesla nasledovné zistenia: „Pri hodnotení kvality života sa nepotvrdil rozdiel podľa pohlavia, zistil sa iba štatisticky významný rozdiel iba pri hodnotení položiek dvoch položiek a to do akej miery bolesť bráni v tom, čo potrebuje respondent robiť a ako ste spokojný respondent so svojím sexuálnym životom kde muži hodnotili tieto položky štatisticky významne vyšším skóre ako ženy. Ostatné rozdiely neboli štatisticky významné.“

Pri hodnotení kvality života sa nepotvrdil rozdiel podľa toho, v akej oblasti navštevujú kluby AA. Zistil sa štatisticky významný rozdiel vo fyzickej doméne, kde Predná Hora dosiahla významne vyššie skóre ako Bratislava a skóre v položke do akej miery bolesť bráni respondentovi v tom, čo potrebujete robiť Predná Hora dosiahla významne vyššie skóre ako Bratislava. Ostatné rozdiely neboli štatistiky významné.“

Diplomová práca Lenky Jílekovej (Bratislava, 2006) zameraná na to, či a ako ovplyvňuje doliečovanie abstinujúcich narkomanov po niekoľkých rokoch ich abstinencie z hľadiska kvality života, prišla k obdobným zisteniam, avšak autorka ponúkla aj interpretáciu, prečo nezistila štatisticky významné rozdiely pri porovnávaní členov NA – abstinujúcich drogozo závislých a nečlenov NA - abstinujúcich drogozo závislých:

„Vo výsledkoch dotazníkov sa neobjavili žiadne štatisticky významné rozdiely medzi skupinami – čo môže byť zapríčinené práve tendenciou k žiadúcim odpovediam. Respondenti, ktorí sa nedoliečujú, mohli byť takisto ovplyvnení vedomím, že výskum sa týka kvality života abstinujúcich. Napriek tomu, že “neklubistov” sme neoboznámili s našimi hypotézami, pravdepodobnosť, že odpovedali skresľujúco, je pomerne vysoká.

Môže to byť tým, že až na dvoch neklubistov boli ostatní neklubisti v minulosti podrobení liečbe, kde boli oboznámení s dôležitosťou doliečovania. Preto mohli zámerne alebo nevedome prispôbiť svoje odpovede v dotazníku tak, aby pôsobili harmonickejšie.“

V tejto citácii sa s autorkou textu plne stotožňujeme, pretože i náš výskum niesol rad nedostatkov ovplyvnených cieľovou skupinou respondentov. V podmienkach terénnej sociálnej práce sa nám ťažko získavali respondenti pre náš výskum a to najmä pre ich aktuálny fyzický a psychický stav. Ako problematický vnímame výber vhodnej metódy z hľadiska jej administrácie priamo v prostredí terénneho sociálneho programu a stavu klientov ktorým je poskytovaný. Danú metodiku sme volili najmä pre jej stručnosť. Žiaľ, nepodarilo sa nám vypátrať inú relevantne krátku a administratívne nenáročnú psychodiagnostickú metodiku vhodnú pre cieľovú skupinu nášho výskumu.

Použitá literatúra:

Bowlingová, A.(1997): Measuring health – A review of quality of life measurement scales. Buckingham: Open University Press.

Dimoff, T.; Carper, S. (1994): *Berie vaše dieťa drogy?* Bratislava: Obzor.

Drtil, J. (1973): Aktuální drogové závislosti. Praha: Avicenum.

Fazey, C. (2005): Záverečná správa - Sociálne a ekonomické náklady spojené so zneužívaním nelegálnych drog v Slovenskej republike. Správa predložená ECO v rámci kontraktu IB/AMS/451 – Lot 8. pripravená na požiadanie Európskej komisie.

Gohlert, Ch. – Kuhn, F. (2001): Falošné vedomie. Kompetentne o drogách. Bratislava: Ikar.

Heller, J.; Pecinová, O. a kol. (1996): Závislost známá neznámá. Praha: GRADA.

Heretik, A.(1994): Základy forenzná psychológia. Bratislava: SPN.

Chvíla, I.,Vengřínová, J.: Počátky toxikomanie u dětí. ČSL psychiatrie, r. 85, 1989, č. 4, s.256-259

Janík, A.; Dušek, K. (1990): Drogy a společnost. Praha: Avicenum.

Jíleková, L.(2006): Vplyv doliečovania na kvalitu života abstinujúcich drogovovo závislých (diplomová práca), Bratislava, PFUK.

Klingemann, H.(2001): Alcohol and its social consequences – the forgotten dimension. Výskumná štúdia, World Health Organization. Regional Office for Europe. Zdroj: <http://www.euro.who.int/document/e76235.pdf>

Kolibáš, E. (1996): Alkoholizmus a drogové závislosti. UK, Bratislava, 1996

Kratochvíl, S. (2002): Základy psychoterapie. 4. vyd. Praha: Portál.

Krivohlavý, J. (2004): Kvalita života. [online] Zborník z konferencie „Kvalita života“ v Třeboni, Institut zdravotní politiky a ekonomiky.Str.9–21. Zdroj: <http://www.izpe.cz/files/dotazniky/130.pdf>

Kuchárová, B.(1995): Závažné životné udalosti vo vzťahu k drogovej závislosti. (Diplomová práca), Bratislava, FFUK.

Majtánová,L.(2010): Sociálne aspekty mužstva a ženstva problémového pitia v doliečovacom systéme (rigorózna práca) Bratislava, PFUK.

Matis, J. (2002): Kvalita života a životný štýl. Liptovský Mikuláš.

Nešpor, K.; Csémy, L.(1996): Léčba a prevence závislostí. Psychiatrické centrum, Praha.

Nešpor, K. (2000): Návykové chování a závislost. Praha, Portál.

Nociar, A. (2001): Alkohol, drogy a osobnosť. Bratislava: Asklepios.

Novomeský, F. (1996): Drogy. Martin: Advent Orion.

Okruhlica, Ľ. a kol. (1998): Ako sa prakticky orientovať v závislostiach. Bratislava: Inštitút drogových závislostí pri CPLDZ.

Okruhlica, Ľ. (1994): Ako predchádzať recidívam. Bratislava: Drog-stop.

Presl, J.(1994): Drogová závislost. Praha: Maxdorf.

Rotgers, F. a kol. (1999): Léčba drogových závislostí. Praha: Grada Publishing.

Skála, J. a kol.(1987): Závislost na alkoholu a jiných drogách. Praha: Avicenum.

Štúrová, J.: Zamyslenie sa nad mladými narkomanmi. Vychovávateľ, r. XXXVII, 1992, č. 5, s. 9-11

Urban, E. (1973): Toxikománie. Praha: Avicenum.

Vojtík, V., Břicháček, V.: Dysontogeneze adolescentných psychiatrických pacientů a její subjektivní percepcie. Psychológia a psychopatológia dieťaťa, r. XX, 1985, č. 2, s. 137-144

Vojtík,V.,Břicháček,V.:Zneužívání návykových látek mladistvými. Protialkoholický obzor, r. XX, 1985,č. 1, s. 17-24

Woitzová, J. G. (1998): Dospělé děti alkoholiků. Praha: Columbus.

Princípy liečby závislosti od drog – výskumne podložený materiál.(2000). Bratislava: Inštitút drogových závislostí pri CPLDZ.

Basic info on Narcotics Anonymous. Oficiálna stránka združenia Anonymných Narkomanov. Zdroj.: <http://www.na.org>

Dotazník na meranie kvality života. Svetová zdravotnícka organizácia. Zdroj: http://www.who.int/evidence/assessment-instruments/qol/documents/WHOQOL_BREF.pdf

Príručka pre lekárov prvého kontaktu v starostlivosti o drogovu závislých. (2001).II. Diel. Bratislava: Úrad vlády Slovenskej republiky, Generálny sekretariát Výboru ministrov pre drogovú závislosť a kontrolu drog.

Príloha

Výsledky dotazníka kvality života WHOQOL-RREF

Tab. č. 1 **Percento chýbajúcich odpovedí časti dotazníka WHOQOL – BREF**

otázka	spolu		
	%	%	%
Do akej miery Vám bolesť bráni v tom, čo potrebujete robiť	99,17 %	0,83%	100,00%
Ako veľmi potrebujete lekársku pomoc, aby ste mohli fungovať v každodennom živote	98,33 %	1,67%	100,00%
Máte dosť energie pre každodenný život	97,50 %	2,50%	100,00%
Ako sa dokážete pohybovať	95,83 %	4,17%	100,00%
Ako ste spokojný/á so svojím spánkom	99,17 %	0,83%	100,00%
Ako ste spokojný/á so svojou schopnosťou robiť každodennú činnosť	98,33 %	1,67%	100,00%
Ako ste spokojný/á so svojím pracovným výkonom	99,17 %	0,83%	100,00%
Ako veľmi Vás teší život	99,17 %	0,83%	100,00%
Nakoľko sa Vám zdá, že Váš život má zmysel	98,33 %	1,67%	100,00%
Ako sa dokážete sústrediť	98,33 %	1,67%	100,00%
Dokážete akceptovať svoj telesný vzhľad	95,00 %	5,00%	100,00%
Ako ste spokojný/á sám/sama so sebou	99,17 %	0,83%	100,00%
Ako často prežívate negatívne pocity, ako sú mrzutosť, beznádej, úzkosť alebo depresia	96,67 %	3,33%	100,00%
Ako ste spokojný/á so svojimi osobnými vzťahmi	97,50 %	2,50%	100,00%
Ako ste spokojný/á so svojím sexuálnym životom	96,67 %	3,33%	100,00%
Ako ste spokojný/á s podporou, ktorú Vám poskytujú priatelia	98,33 %	1,67%	100,00%
Ako bezpečne sa cítite vo svojom živote	98,33 %	1,67%	100,00%
Ako zdravé je prostredie, v ktorom žijete	97,50 %	2,50%	100,00%

Máte dostatok peňazí k uspokojeniu svojich potrieb	98,33 %	1,67%	100,00%
Máte prístup k informáciám, ktoré potrebujete pre svoj každodenný život	98,33 %	1,67%	100,00%
Máte možnosť venovať sa svojim záľubám	97,50 %	2,50%	100,00%
Ako ste spokojný/á s podmienkami v mieste, kde žijete	99,17 %	0,83%	100,00%
Ako ste spokojný/á s dostupnosťou zdravotnej starostlivosti	96,67 %	3,33%	100,00%
Ako ste spokojný/á s dopravou	98,33 %	1,67%	100,00%
Ako ste spokojný/á so svojim zdravým	98,33 %	1,67%	100,00%
Ako by ste hodnotil/a kvalitu svojho života	97,50 %	2,50%	100,00%

Tab. č. 2 Priemery jednotlivých domén v dotazníku v škále 1 – 100

	priemer ± STD	95 % CI
Fyzická	55,89 ± 8,229	54,02 ; 57,76
Prežívanie	58,17 ± 8,123	56,33 ; 60,01
Sociálna	70,45 ± 14,531	67,16 ; 73,75
Prostredie	65,70 ± 9,946	63,45; 67,96

Tab. č. 3 Priemery jednotlivých domén v dotazníku v škále 4 – 20

	priemer ± STD	95 % CI
Fyzická	12,94 ± 1,316	12,64 ; 13,241
Prežívanie	13,30 ± 1,299	13,01 ; 13,602
Sociálna	15,27 ± 2,325	14,74 ; 15,80
Prostredie	14,51 ± 1,591	14,15 ; 14,87

Tab. č. 4 Priemery jednotlivých odpovedí v doménach

Doména	otázka	priemer $\pm$ STD	95 % CI
Fyzická	Do akej miery Vám bolesť bráni v tom, čo potrebujete robiť	2,57 $\pm$ 1,229	2,29 ; 2,85
	Ako veľmi potrebujete lekársku pomoc, aby ste mohli fungovať v každodennom živote	2,58 $\pm$ 1,260	2,30 ; 2,87
	Máte dosť energie pre každodenný život	3,87 $\pm$ 0,879	3,67 ; 4,07
	Ako sa dokážete pohybovať	4,05 $\pm$ 0,759	3,88 ; 4,22
	Ako ste spokojný/á so svojím spánkom	3,77 $\pm$ 0,826	3,58 ; 3,95
	Ako ste spokojný/á so svojou schopnosťou robiť každodennú činnosť	3,83 $\pm$ 0,637	3,69 ; 3,98
	Ako ste spokojný/á so svojím pracovným výkonom	3,84 $\pm$ 0,650	3,70 ; 3,99
Prežívanie	Ako veľmi Vás teší život	3,86 $\pm$ 0,790	3,68 ; 4,04
	Nakoľko sa Vám zdá, že Váš život má zmysel	3,79 $\pm$ 0,767	3,62 ; 3,97
	Ako sa dokážete sústrediť	3,58 $\pm$ 0,801	3,40 ; 3,77
	Dokážete akceptovať svoj telesný vzhľad	3,91 $\pm$ 0,798	3,73 ; 4,09
	Ako ste spokojný/á sám/sama so sebou	3,74 $\pm$ 0,677	3,59 ; 3,89
	Ako často prežívate negatívne pocity, ako sú mrzutosť, beznádej, úzkosť alebo depresia	2,16 $\pm$ 0,670	2,00 ; 2,31
Sociálna	Ako ste spokojný/á so svojimi osobnými vzťahmi	3,73 $\pm$ 0,853	3,53 ; 3,92
	Ako ste spokojný/á so svojím sexuálnym životom	3,34 $\pm$ 0,954	3,12 ; 3,55
	Ako ste spokojný/á s podporou, ktorú Vám poskytujú priatelia	4,03 $\pm$ 0,743	3,86 ; 4,19
Prostredie	Ako bezpečne sa cítite vo svojom živote	3,61 $\pm$ 0,672	3,46 ; 3,76
	Ako zdravé je prostredie, v ktorom žijete	3,52 $\pm$ 0,754	3,35 ; 3,69
	Máte dostatok peňazí k uspokojeniu svojich potrieb	3,70 $\pm$ 1,001	3,47 ; 3,93
	Máte prístup k informáciám, ktoré potrebujete pre svoj každodenný život	4,00 $\pm$ 0,811	3,82 ; 4,18
	Máte možnosť venovať sa svojim záľubám	3,94 $\pm$ 0,656	3,79 ; 4,08
	Ako ste spokojný/á s podmienkami v mieste, kde žijete	3,79 $\pm$ 0,817	3,61 ; 3,98
	Ako ste spokojný/á s dostupnosťou zdravotnej starostlivosti	3,78 $\pm$ 0,681	3,62 ; 3,93
	Ako ste spokojný/á s dopravou	3,51 $\pm$ 0,821	3,32 ; 3,69
	Ako ste spokojný/á so svojim zdravým	3,64 $\pm$ 0,776	3,46 ; 3,81
	Ako by ste hodnotil/a kvalitu svojho života	3,92 $\pm$ 0,757	3,75 ; 4,09

Tab. č. 5 Priemery jednotlivých domén podľa pohlavia v škále 1 – 100

	muž		žena	
	priemer ± STD	95 % CI	priemer ± STD	95 % CI
Fyzická	54,76 ± 7,558	52,08 ; 57,44	56,73 ± 8,687	54,09 ; 59,38
Prežívanie	55,42 ± 7,688	52,70 ; 58,15	60,22 ± 7,908	57,82 ; 62,63
Sociálna	70,20 ± 16,800	64,24 ; 76,15	70,64 ± 12,770	66,76 ; 74,52
Prostredie	66,76 ± 11,843	62,56 ; 70,96	64,91 ± 8,305	62,38 ; 67,43

Tab. č. 6 Priemery jednotlivých domén podľa pohlavia v škále 4 – 20

	muž		žena	
	priemer ± STD	95 % CI	priemer ± STD	95 % CI
Fyzická	12,76 ± 1,209	12,33 ; 13,19	13,07 ± 1,390	12,65 ; 13,50
Prežívanie	12,86 ± 1,230	12,43 ; 13,30	13,63 ± 1,265	13,25 ; 14,02
Sociálna	15,23 ± 2,688	14,27 ; 16,18	15,30 ± 2,0432	14,68 ; 15,92
Prostredie	14,68 ± 1,894	14,00 ; 15,35	14,38 ± 1,328	13,98 ; 14,79

Tab. č. 7 Priemery jednotlivých odpovedí v doménach podľa pohlavia

doména	Otázka	muž		žena	
		priemer ± STD	95 % CI	priemer ± STD	95 % CI
fyzická	Do akej miery Vám bolesť bráni v tom, čo potrebujete robiť	2,03 ± 0,770	1,76 ; 2,3	2,98 ± 1,355	2,57 ; 3,39
	Ako veľmi potrebujete lekársku pomoc, aby ste mohli fungovať v každodennom živote	2,30 ± 1,075	1,92 ; 2,68	2,8 ± 1,357	2,38 ; 3,21
	Máte dosť energie pre každodenný život	3,97 ± 0,728	3,71 ; 4,23	3,8 ± 0,978	3,5 ; 4,09
	Ako sa dokážete pohybovať	4,24 ± 0,708	3,99 ; 4,49	3,91 ± 0,772	3,67 ; 4,14
	Ako ste spokojný/á so svojim spánkom	3,70 ± 1,075	3,32 ; 4,08	3,82 ± 0,582	3,64 ; 4,00
	Ako ste spokojný/á so svojou schopnosťou robiť každodennú činnosť	3,79 ± 0,740	3,53 ; 4,05	3,86 ± 0,554	3,70 ; 4,03
	Ako ste spokojný/á so svojim pracovným výkonom	3,79 ± 0,740	3,53 ; 4,05	3,89 ± 0,579	3,71 ; 4,06
prežívanie	Ako veľmi Vás teší život	3,85 ± 0,712	3,6 ; 4,1	3,86 ± 0,852	3,6 ; 4,12
	Nakoľko sa Vám zdá, že Váš život má zmysel	3,88 ± 0,781	3,6 ; 4,16	3,73 ± 0,758	3,50 ; 3,96
	Ako sa dokážete sústrediť	3,42 ± 0,830	3,13 ; 3,72	3,7 ± 0,765	3,47 ; 3,94
	Dokážete akceptovať svoj telesný vzhľad	4,03 ± 0,810	3,74 ; 4,32	3,82 ± 0,786	3,58 ; 4,06
	Ako ste spokojný/á sám/sama so sebou	3,76 ± 0,708	3,51 ; 4,01	3,73 ± 0,66	3,53 ; 3,93
	Ako často prežívate negatívne pocity, ako sú mrzutosť, beznádej, úzkosť alebo depresia	2,33 ± 0,692	2,09 ; 2,58	2,02 ± 0,628	1,83 ; 2,21

sociálna	Ako ste spokojný/á so svojimi osobnými vzťahmi	3,70 ± 0,984	3,35 ; 4,05	3,75 ± 0,751	3,52 ; 3,98
	Ako ste spokojný/á so svojim sexuálnym životom	3,15 ± 1,034	2,78 ; 3,52	3,48 ± 0,876	3,21 ; 3,74
	Ako ste spokojný/á s podporou, ktorú Vám poskytujú priatelia	3,97 ± 0,883	3,66 ; 4,28	4,07 ± 0,625	3,88 ; 4,26
prostredie	Ako bezpečne sa cítite vo svojom živote	3,61 ± 0,659	3,37 ; 3,84	3,61 ± 0,689	3,40 ; 3,82
	Ako zdravé je prostredie, v ktorom žijete	3,42 ± 0,792	3,14 ; 3,7	3,59 ± 0,726	3,37 ; 3,81
	Máte dostatok peňazí k uspokojeniu svojich potrieb	3,55 ± 1,063	3,17 ; 3,92	3,82 ± 0,947	3,53 ; 4,11
	Máte prístup k informáciám, ktoré potrebujete pre svoj každodenný život	4,00 ± 0,935	3,67 ; 4,33	4,00 ± 0,715	3,78 ; 4,22
	Máte možnosť venovať sa svojim záľubám	4,00 ± 0,750	3,73 ; 4,27	3,89 ± 0,579	3,71 ; 4,06
	Ako ste spokojný/á s podmienkami v mieste, kde žijete	3,79 ± 0,893	3,47 ; 4,1	3,80 ± 0,765	3,56 ; 4,03
	Ako ste spokojný/á s dostupnosťou zdravotnej starostlivosti	3,64 ± 0,822	3,34 ; 3,93	3,89 ± 0,538	3,72 ; 4,05
	Ako ste spokojný/á s dopravou	3,52 ± 0,795	3,23 ; 3,8	3,5 ± 0,849	3,24 ; 3,76
	Ako ste spokojný/á so svojim zdravým	3,85 ± 0,619	3,63 ; 4,07	3,48 ± 0,849	3,22 ; 3,74
	Ako by ste hodnotil/a kvalitu svojho života	3,94 ± 0,659	3,71 ; 4,17	3,91 ± 0,830	3,66 ; 4,16

Tab. č. 8 Korelácie domén dotazníka WHOQOL – BREF a otázok o kvalite života a spokojnosti zo zdravím

	Kvalita života	Spokojnosť zo zdravím	Fyzická	Prežívanie	Sociálna	Prostredie
Kvalita života	1					
Spokojnosť zo zdravím	0,402	1,0				
	0,000					
Fyzická	0,128	0,173	1,0			
	0,174	0,065				
Prežívanie	0,162	-0,112	0,414	1,0		
	0,083	0,233	0,000			
Sociálna	0,437	0,193	0,443	0,468	1,0	
	0,000	0,039	0,000	0,000		
Prostredie	0,587	0,459	0,402	0,435	0,559	1,0
	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	