

- cigarette, and marijuana use. *Addictive Behaviors*, 26, 803–825.
- Conrod, P. J., Castellanos, N., & Mackie, C. (2008). Personality-targeted interventions delay the growth of adolescent drinking and binge drinking. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(2), 181-190.
- Conrod, P. J., Stewart, S. H., Pihl, O. P., Côté, S., Fontaine, V., Dongier, M. (2000). Efficacy of brief coping skills interventions that match different personality profiles of female substance abuser. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14, 231–242, UK.
- Csémy, L., Sovinová, H., Rážová, J., Provazníková, H. (2008). Trendy v kuřáctví dětí a dospívajících v České republice v období 1994 až 2006 a vybrané souvislosti kouření mezi adolescenty. *Hygiena*, 53 (2), 48-52.
- Český statistický úřad – ČSÚ (2011). Česká republika v mezinárodním srovnání za rok 2010 – vybrané údaje. Retrived January 27, 2012 from http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/kapitola/1607-10-za_rok_2010_%28vybrane_udaje%29-3
- Dolejš, M. (2010). Efektivní včasná diagnostika rizikového chování u adolescentů. Olomouc: Univerzita Palackého.
- E15 WWW user survey. (n. d.). Retrived January 27, 2012 from <http://zpravy.e15.cz/domaci/ekonomika/cesi-loni-mene-pili-kourili-i-jedli-722043>
- Eurozpravy WWW user survey. (n. d.). Retrived January 20, 2010 from <http://zahranicni.eurozpravy.cz/amerika/3785-koureni-stoji-rocne-sestmilionu-zivotu-a-8-9-bilionu-korun/>.
- Grant, V. V., Stewart, S. H., O'Connor, R. M., Blackwell, E., & Conrod, P. J. (2007). Psychometric evaluation of the five-factor Modified Drinking Motives Questionnaire—Revised in undergraduates. *Addictive Behaviors*, 32, 2611–2632.
- Kožený, J., Csémy, L., Tišanská, L. (2008). Atributy sklonu ke kouření u patnáctiletých adolescentů v roce 2006: explorační analýza. *Československá psychologie*, XLII (3), 209–224
- Lepík, F., Dolejš, M., Miovský, M., Vacek, J. (2010). Školní dotazníková studie o návykových látkách, dalších formách rizikového chování a pilotní studie o

užívání těžkých látek na základních školách praktických: Karlovarský kraj. Tišnov: SCAN.

Stewart, S. H., Peterson, J. B., & Pihl, R. O. (1995). Anxiety sensitivity and self-reported alcohol consumption rates in university women. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 283–292.

Širůčková, M. (2009). Psychosociální souvislosti rizikového chování v adolescenci: role vrstevnických a rodinných vztahů. Brno: Masarykova univerzita.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2011). Zdravotnická ročenka České republiky 2010. Praha: ÚZIS ČR.

Vacek, J. (2008). Školní dotazníková studie o návykových látkách, rizikovém chování a volnočasových aktivitách: Praha 2, 2007. Závěrečná zpráva z výzkumu. Tišnov: Sdružení SCAN.

Vacek, J., Šejvl, J., Miovský, M. (2008). Školní dotazníková studie o návykových látkách, rizikovém chování a volnočasových aktivitách: Plzeň, 2008. Závěrečná zpráva z výzkumu. Tišnov: Sdružení SCAN.

Woicik, P. A., Stewart, S. H., Pihl, O. P., Conrod, P. J. (2009). The substance use risk profile scale: A scale measuring trans linked to reinforcement-specific substance use profiles. *Addictive Behaviors*, 34, 1042–1055, UK.

SPECIFIKA TERÉNNÍCH PROGRAMŮ PRO UŽIVATELE KONOPNÝCH DROG

Zdeněk Faldyna¹, Ondřej Mikulášek², Martin Dominik Polínek³,
Tomáš Šenovský⁴

Vojenská nemocnice Olomouc¹; o.s. KAPPA-HELP²; Pedagogická fakulta
Univerzity Palackého v Olomouci³; o.s. KAPPA-HELP⁴

Abstrakt: Předkládaný text je částí z výstupů šetření, které proběhlo na podzim 2011 při zjišťování potřeb intenzivních uživatelů konopných drog a potřeb ambulantních a terénních programů poskytujících jim poradenské nebo léčebné programy. Výsledky výzkumu byly použity pro návrh a následnou realizaci terénní služby pro intenzivní uživatele konopných drog.

Klíčová slova: uživatelé konopných drog, terénní programy, Harm Reduction

Abstract: The text is part of the results of an investigation carried out in autumn 2011 for the needs of intensive cannabis users and the needs of outpatient and outreach programs that provide them with counseling or treatment programs. The research results were used for the design and subsequent implementation of field services for heavy users of cannabis.

Keywords: Cannabis users, outreach programs, harm reduction

Úvod

Předkládaný text je částí z výstupů šetření, které proběhlo na podzim 2011 při zjišťování potřeb intenzivních uživatelů konopných drog a potřeb ambulantních a terénních programů poskytujících jim poradenské nebo léčebné programy v Olomouckém kraji. Šetření realizovali pracovníci o.s. KAPPA – HELP Přerov ve spolupráci s Martinem D. Polínkem z Pedagogické fakulty UP v Olomouci. Šetření a poskytování následných služeb pro uživatele konopných drog vzniklo v rámci realizace Zakázky malého rozsahu, kterou vypsal na podzim 2011 RVKPP a jehož realizátorem v Olomouckém kraji je o.s. KAPPA – HELP.

Výzkum měl tři fáze. V první fázi výzkumu proběhly 4 ohniskové skupiny se studenty Pedagogické fakulty v Olomouci. Cílem bylo zjistit základní problematické okruhy, které jsou spojeny s užíváním konopných drog. Výstupy byly použity při tvorbě dotazníku pro intenzivní uživatele konopných drog, který s nimi terénní pracovníci o.s. KAPPA – HELP Přerov vyplňovali přímo v terénu. Výsledky šetření pak sloužily jako podklad pro ohniskovou skupinu složenou z adiktologických pracovníků z Olomouckého kraje.

Výsledky výzkumu byly použity pro návrh a následnou realizaci terénní služby pro intenzivní uživatele konopných drog, kterou v Olomouckém kraji realizuje o.s. KAPPA – HELP od ledna 2012.

Ohniskové skupiny

Dílejší metodou v rámci kvalitativního šetření byly zvoleny ohniskové skupiny jako metoda sběru dat. Data byla následně analyzována metou vytváření trsů s následnou kategorizací. Metodu jsme použili v rámci dvou fází šetření:

1. Ohniskové skupiny se studenty s cílem definování základních problematických okruhů sledovaného fenoménu. (Na základě výsledků této fáze bylo koncipováno šetření v terénu – viz níže.)
2. Ohnisková skupina adiktologů s cílem polemizovat a diskutovat výsledky předchozích fází šetření. Podklady diskuze sloužily ke koncipování terénní služby pro intenzivní uživatele konopných drog v rámci Harm Reduction přístupu.

V prvním případě byla zvolena metoda příležitostného výběru výzkumného vzorku, jednalo se o studenty Pedagogické fakulty Univerzity Palackého. Ve druhém případě byla zvolena metoda příležitostného účelového výběru, jejímž kritériem byla profese frekventanta; tj. musel působit v rámci poskytování služeb protidrogové prevence.

Ohniskové skupiny se studenty

Charakteristika vzorku:

Jednalo se o pět ohniskových skupin složených ze studentů Ústavu speciálněpedagogických studií PdF Univerzity Palackého. Celkový počet respondentů byl 45 (z toho 41 žena a 4 muži), přičemž počet studentů ve skupině se pohyboval od 6 do 15 členů. Věk studentů byl mezi 20–25 lety.

Realizace:

Jednalo se o polostrukturovanou formu ohniskových skupin, na kterých se účastnili dva výzkumníci: metodik výzkumu a odborník na danou problematiku, který skupinu moderoval. Časové rozmezí se pohybovalo mezi 30–35 minutami. Všechny skupiny byly realizovány v průběhu dvou dnů. Z každé skupiny byl pořízen videozáznam, který sloužil k převedení dat do černotiskové podoby. Tato data byla dále analyzována metodou vytváření trsů.

Základním tématem bylo, zda mají účastníci zkušenost (osobní či zprostředkovanou z užíváním konopných drog). Toto se následně rozvíjelo

v závislosti na odpovědích a reakcích frekventantů. Základním cílem bylo prozkoumat charakter zkušeností z užíváním těchto látek.

Vybrané výsledky šetření:

Data sebraná prostřednictvím ohniskových skupin byla analyzována metodou vytváření trsů s následnou kategorizací. Uvádíme zde stěžejní (nejfrekventovanější) kategorie. Nebyly zjištěny zásadní diference mezi jednotlivými skupinami (což bylo ověřováno metodou kontrastů a srovnávání), proto uvedeme kategorie souhrnně za všechny sledované ohniskové skupiny:

a) Prvotní reakce na dané téma

– skupiny reagovaly povětšinou ztichnutím, „zaražením se“, často po té „deflektujícím (vyhýbavým smíchem). V následné diskuzi bylo ověřeno, že téma je více stigmatizující než užívání alkoholu. Hovor začínali spíše ti, kteří mají s užíváním konopí pozitivní zkušenosti, byli víc aktivní a zajímali se o téma. Ostatní hovořili spíše ve chvíli, kdy byli vyzváni.

b) Osobní zkušenosti a motivace

– v rámci užívání konopí by se dali rozdělit do několika dalších podkategorií, u kterých uvádíme typické, nejfrekventovanější odpovědi:

1. Nemají zkušenosti

- *Nechci to, protože si chci užívat věci bez toho, aniž by mě něco uměle ovládalo – sama sebe si vážím, že to dokážu.*
- *Mě to nikdy nelákalo.*
- *Nemám žádné.*
- *Nehulila jsem nechci to zkoušet, bojím se toho.*

2. Mají sporadickou (zpravidla negativní) zkušenost, která demotivuje v rámci dalšího užívání konopí

- *Mám jedinou negativní zkušenost*
- *Zkusila jsem to v 15-ti letech, měla jsem negativní prožitky – nemohla jsem kontrolovat co dělám; od té doby to již nechci zkoušet.*
- *Mám 2x negativní zkušenost (fyzicky mi bylo špatně, útlum, schíza, pocit, že bude konec světa).*

3. Potřebovali si to „jen vyzkoušet“ a nemají potřebu pokračovat

- *Zkoušela jsem to vícrát do té doby, než mi to „něco“ udělalo, pak už nemám potřebu.*

- *Všechny formy jsem zkusila jen jednou – stavy nebyly negativní, ale víc mě to neláká, potřebovala jsem to vyzkoušet.*

4. Mají k užívání pozitivní vztah (často s výhradami)

- *V Maroku jsem to užívala, protože to k té kultuře patřilo – zkušenosti jsou pozitivní.*
- *Zkušenost mám, v rámci divadelního seskupení to podporovalo kreativitu.*
- *Mám to spojené s kreativitou – hudební, výtvarné nápady, uvolnění s kamarády – spontaneita.*
- *Pokud jsem si občas dal, bylo to z důvodu průzkumu sama sebe, něco jako meditace, v rámci spirituálního prožitku.*
- *Používám to pro umocnění pozitivních pocitů.*

Diskuse: Vztah k užívání konopí je ambivaletní, pozitivní demotivace je často závislá na prvních negativních zkušenostech ve věku zpravidla kolem 15-ti let, motivací je zpočátku zvědavost. Z pozitivních pohledů jsou vyzdvihovány účinky týkající se podpory kreativity, prostředku spirituálních a seberefektivních zážitků a umocnění pozitivních pocitů. Typickou ambivaletní odpovědí je:

- *Tráva člověku v hlavě otevře dvířka – kreativita, ale u některých to může otevřít něco negativního – deprese, psychózy – znám to u některých kamarádů.*

c) Zkušenosti s uživateli v sociálním okolí

– jsou také ambivaletní:

- *Mrzí mě lidi, kteří hulí – ničí si mozek, ale na druhé straně znám lidi, kteří to dělají kvůli meditaci.*

– Časté jsou negativní zkušenosti z hlediska psycho-fyzických dopadů na pravidelné, dlouhodobé uživatele:

- *Mám kamaráda, kterého se pravidelné užívání dostalo na psychiatrii, velmi se změnil – fyzicky i v reakcích – stala se z něj troska, šokovalo mě to.*

– Významným faktorem se ukazuje sociální skupina, jako kontext užívání konopných drog:

- *Vadí mi, když jsem ve skupině lidí, kde někdo hulí – protože se mi v tu chvíli ti lidé odcizí. Když jsem ve skupině, kde někdo nehulí, tak taky nehulím – vnímám rozdíl v komunikaci, je to vůči nim nefér (hulit) ale ve skupině, kde jsou všichni hulíči, hulím; jsme na stejné vlně.*

- *Hulím jen se známými lidmi, s cizími mám negativní zkušenost.*
- *Kouření trávy hodně souvisí se začleněním do společnosti.*

– Velmi významnou se jeví podkategorie partnerských vztahů, kde jsou vnímány negativní důsledky užívání konopí, zvláště v případech, kdy užívá jen jeden z partnerů:

- *Pokud si přítel kamarádky zahulí – vztah nefunguje (bývá např. agresivní), bez hulení jim vztah funguje.*

d) Hranice mezi problémovým / neproblémovým užíváním

– je u respondentů vnímána různě. Nejvýraznější postoj je v diferencii hodnocení pravidelných (každodenních) uživatelů, kteří jsou vnímáni problémově (viz také předchozí kategorie) a rekreačních uživatelů, kteří jsou tolerováni a nejsou vnímáni jako problémoví:

- *Je rozdíl mezi rekreačním užíváním a denním užíváním – to je jak s alkoholem, dát si občas panáka je normální.*

– závisí na individuálních dispozicích jedince, problémové užívání je ve chvíli, kdy se začnou projevovat symptomy amotivačního syndromu; příp. v situaci predispozic k psychickému onemocnění:

- *Tráva člověku v hlavě otevře dvířka – kreativita, ale u některých to může otevřít něco negativního – deprese, psychózy – znám to u některých kamarádů.*

– Jako prevenci problémového užívání uvádějí frekventanti informovanost o účincích a „bezpečném“ užívání konopí. Většina se shoduje na pozitivních léčebných účincích konopí (např. ve formě masť).

e) asociace

– na probírané téma byly zvoleny jako forma ukončení skupiny. Objevuje se zde také výrazná ambivalentnost – od asociací negativních přes dvojaké a neutrální až po pozitivní, např.:

Není to sranda, jsem proti, teď už ne, obavy, nedobry pocit, utlumove prozivani nejsem ani pro, ani proti, závislost?, jsem na stredu, je dobre mit uctu ke vsemu, odpovednost pohoda, zabava, tvorivost.

Šetření v terénu

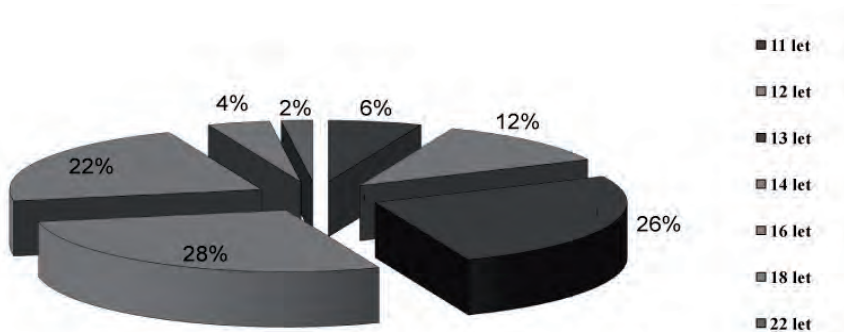
Provedené výzkumné šetření se soustředilo na následující cíle:

- Zmapovat potřeby a problémy pravidelných uživatelů konopných drog.

- Na základě zjištěných faktů a jejich analýzy navrhnout postupy pro práci s těmito uživateli využitelné v praxi.

Rozhodujícím kritériem pro zařazení jedince do výzkumného souboru, byla četnost užívání konopných drog. Byli vybráni respondenti, kteří tyto drogy užívají každý den nebo alespoň několikrát do týdne a je u nich předpoklad, že jim takové užívání nějakým způsobem ovlivňuje jejich každodenní život – ať už osobní, pracovní či jiný. Tito byli aktivně vyhledáváni a oslovováni terénním pracovníkem. Výsledný vzorek tvořilo 50 uživatelů bez ohledu na pohlaví. Následující výčet tvoří vybrané okruhy, které nejlépe vystihují problémové oblasti spojené s pravidelným užíváním konopných drog.

Graf č. 4 Věk prvního užití



α Nízký věk prvního užití. Průměrný věk prvního užití byl 13,72 let. Nejnižší věk byl 11 a nejvyšší věk prvního užití byl 22 let. Celkový průměrný věk respondentů byl 20,56 let. Jak bude patrné z grafu, nejvíce respondentů poprvé zkusilo konopnou drogu již na základní škole, další velká skupina pak na střední škole. Pokud budou sečtení uživatelé, kteří zkusili drogu již na základní škole, pak je to plných 72 %.

β Způsob užívání konopných drog. Nejčastěji jsou konopné drogy užívány v partě a jsou tedy jakýmsi doplňkem při setkávání a komunikaci mladých lidí. Druhou nejčastější variantou bylo užívání v partě i o samotě a třetí skupinu tvořili respondenti, kteří drogy brali pouze o samotě. Ve třetí skupině byli hlavně respondenti, kteří konopné drogy užívají 3 a více let.

γ Získávání drog. Velké množství respondentů (celkem 28) získávalo marihuanu převážně zadarmo od svých známých a kamarádů anebo ji také sami pěstovali (14). Drogu kupovali hlavně mimo sezonu, když už jim došly vlastní zásoby či zásoby jejich kamarádů (celkem 8). Mezi respondenty převažovaly tzv. outdoor odrůdy marihuany, což také odpovídá faktu, že ji velká část z nich pěstuje nebo ji pěstují jejich známí.

δ **Cena drogy** – za 1 g marihuany se pohybovala od 50 do 250 Kč, opět podle toho, od koho ji dotyčný kupoval. Hašiš nikdo z respondentů nekupoval, měl-li možnost užít tuto drogu, tak to většinou bylo velmi malé množství, a to ještě spíše výjimečně.

ε **Množství vykouřeného konopí.** Respondenti byli také dotázáni, kolik gramů drogy za jimi uvedené období spotřebují. Množství se pohybovalo od jednoho do pěti gramů. Nejvíce uváděli množství 2, 1 a 3 gramy marihuany, někteří uváděli i 4 až 5 gramů za den. Průměrná hodnota spotřebované drogy tak činí 2,2 gramu za uvedené období.

ζ **Nedostatek informací o rizicích užívání konopí.** Mnozí z dotázaných si nebyli vědomi možných rizik spojených s mícháním rostlinného materiálu s tabákem. Celkem 22 respondentů uvedlo informaci, že smíchání s tabákem by mělo být bezpečnější, protože cigareta neobsahuje tolik marihuany, a nebyli si vědomi rizika vzniku závislosti i na tabáku, která je velmi silná a vzniká poměrně rychle. V této skupině byli hlavně mladší respondenti ve věku 14–16 let. Dalších 17 odpovědělo na tuto otázku „nevím“. Zbýlých 11 svým způsobem chápalo některá rizika, ale odpovědi nebyly jednoznačné. S celkovou informovaností uživatelů souvisely také další položené otázky. Týkaly se zejména potřeby uživatelů získat informace, jejich znalostí problematiky konopných drog a také legislativy. Uživatelé mají k dispozici množství informací volně dostupných např. na internetu, ale oficiálně neměli kromě internetových diskuzí, kde mohou být informace často mylné a zavádějící, a rozhovoru s vrstevníky prakticky žádný zdroj informací. Velmi překvapeně reagovali respondenti na otázku, jestli jsou si vědomi rizik užívání konopných drog a jestli jim byly např. v rámci primární prevence na školách prezentovány. Pouze pět respondentů bylo v tomto smyslu alespoň částečně teoreticky vybaveno. Zbytek neměl např. o důsledcích dlouhého zadržování kouře v plicích pro „zvýšení“ účinku drogy naprosto žádné tušení. Z pohledu uživatelů konopných drog tedy oficiálně není poskytován dostatek informací. Zajímavou informací jistě je, že tito pravidelní uživatelé by takové informace nejvíce uvítali hlavně v začátcích, kdy s drogou experimentovali a zkoušeli ji. Celkově špatná úroveň informovanosti byla zjevná také při porovnávání znalostí legislativy. Naprostá většina dotázaných, konkrétně 42 respondentů, mělo chybné a zkreslené informace o současné legislativní úpravě týkající se konopných drog. Odpovídali převážně způsobem, který dokládá značné zjednodušení nebo uzpůsobení informací z tisku nebo televize samotnými uživateli, kdy se zaměřili pouze na fakta pro ně samotné zajímavá. Respondenti tedy dobře věděli, že je možné pěstovat 5 rostlin konopí pro vlastní potřebu a že držení malého množství rostliny již není trestný čin. Nicméně nevěděli o faktu, že i malé množství, které u nich bude zjištěno, je přestupkem stejně tak jako užívání drogy na veřejnosti a podle příslušného zákona jim v přestupkovém řízení může být uložena pokuta ve výši až 15 000Kč a droga samozřejmě zabavena a zničena.

η V případě, že by potřebovali **pomoc odborníka týkající se užívání**

konopných drog či problémů s ním spojených, by 19 takovou službu rádo využilo a 24 by ji využilo, ale pouze pokud by byla anonymní. U těchto 24 odpovědí byla patrná obava z toho, aby je někdo neoznačil za uživatele drog. Respondenti také dávali důraz na to, o jakého odborníka by se jednalo. Objevuje se zde převládající pohled většiny kontaktovaných uživatelů konopných drog, kteří je za drogy nepovažují.

Ohniskové skupiny – adiktologové

pro tuto ohniskovou skupinu byla zvolena základní otázka: Jaké služby poskytujeme pro uživatele konopí, jaké máme s nimi zkušenosti a co by pro tyto uživatele bylo potřeba?

Charakteristika vzorku:

Frekvent anti působí jako poskytovatelé služeb protidrogové prevence. Počet členů 8, vč. Zúčastněného moderátora (z toho 3 ženy a 5 mužů).

Realizace:

Jednalo se o polostrukturovanou formu ohniskových skupin, se zúčastněným moderátorem. Skupina trvala 90 minut. Byl pořízen videozáznam, který sloužil k převedení dat do černobílé podoby. Tato data byla dále analyzována metodou vytváření trsů.

Vybrané výsledky šetření:

Charakterizujeme zde vybrané kategorie získané analýzou dat výše popsanými metodami kvalitativního výzkumu.

a) Charakter uživatelů konopných drog v rámci daných zařízení

(Poskytovatelé se shodují a doplňují v následujících fenoménech):

- Marihuana není většinou chápána jako primární problém, nejčastěji se vyskytuje v kombinaci s užíváním tvrdé drogy.
- Frekvence pravidelných (či problémových) uživatelů v rámci využívání daných služeb není nikterak vysoká.
- Uživatelé konopí by se dali rozdělit na tři skupiny – ti, co:
 1. užívají konopí, nemají zájem o informace, nechtějí nic řešit;
 2. užívají konopí, chtějí se o situaci bavit, nevidí v ní ale problém;
 3. pravidelně užívají, přiznávají s tím spojené problémy (nejméně početná skupina).
- Problémoví uživatelé vnímají problémy ve vztazích, ve fyzické a psychické oblasti; cítí apatii, sociální izolaci – svět bez konopí je přestává těšit, což připomíná „úvod do psychózy“.
- Pokud jde o mladistvé, cítí jen problémy související s tlakem okolí (škola, rodiče, policie), jiné negativní účinky nevnímají, o čemž svědčí i to, že to bývají častěji rodiče, kteří kontaktují dané pracoviště s potřebou problém řešit.

b) Formy práce v rámci Harm Reduction

V rámci této kategorie se setkáváme nejčastěji s následujícími podněty:

- *využití internetu;*
- *primární prevence, přes úřady pro rodiče;*
- *koncept, který je účinný, zahrnuje informace o méně rizikovém užívání (např. vaporizér) a zároveň informace o negativních důsledcích užívání;*
- *chybí koncept ambulantních služeb pro uživatele konopí;*
- *je třeba informovat i o fatálních důsledcích užívání konopí;*
- *zmapovat poradenská centra;*
- *interaktivní profesionální letáky např. o působení THC v mozku, o amotivačním syndromu;*
- *informace – o legislativě, účincích a důsledcích, o představení specifické služby na uživatele konopí;*
- *podceňují se negativní účinky konopí, je velká neinformovanost, připravujeme informace ve vhodné formě;*
- *ti, co začali, už nemají zájem o informace – říkají: „Kdybych začínal, tak bych zájem měl; teď už ne.“;*
- *je třeba osvěty – uživatelé to nevnímají jako problém, nejsou informováni o účincích ani o tom, že existují odborníci zaměřující se na konopí;*
- *byla by dobrá moderní zajímavá forma v rámci prevence – diskuze, chaty ... i pro rodiče.*

Diskuze: Z výše uvedených podnětů vyplývá potřeba osvěty v rámci vyvážené informovanosti zpravidla ve dvou oblastech: méně rizikové užívání a fatální negativní následky užívání konopí.

c) Nepřipravenost systému prevence a léčby závislostí na problémové uživatele konopných drog

Poskytovatelé služeb se shodují v tom, že na tuto cílovou skupinu není systém léčby a prevence drogových závislostí vůbec zaměřen; což vnímají jako výrazný nedostatek. Zároveň si uvědomují menší „intenzitu poptávky“ po takových službách. (Viz charakteristika první kategorie.) Problémoví uživatelé tak v systému „uvíznou“ např. mezi léčbou psychóz a komunitní léčbou závislostí.

Vyhodnocení výzkumu

Z výzkumu, a to jak z ohniskových skupin, tak z dotazníkového šetření, vplynuly tyto problémové okruhy:

Partnerské problémy – především v párech, kde jeden z partnerů konopí užívá a druhý ne – služby zaměřené poradenství pro okolí uživatele.

α. Nedostatečná reklama stávajících ambulantních služeb – především směrem k okolí uživatelů konopných drog, kteří by je mohli využít.

β. Nedostatečné využití kapacity stávajících služeb ze strany uživatelů konopných drog a také okolí uživatelů konopných drog.

- γ. Nízký věk prvního užití konopí – 14 let.
- e. Vysoké procento uživatelů, kteří konopné drogy užívají denně nebo několikrát do týdne.
- δ. Množství rostlinného materiálu, který konzumenti konopných drog vykouří denně (případně týdně) – průměr je 2 g. Vysoké riziko somatických obtíží v případě dlouhodobého užívání konopí.
- ε. Uživatelé konopí své užívání nevnímají jako problém.
- ζ. Neochota uživatelů konopí být v kontaktu s jakoukoliv ambulantní adiktologickou službou – chybí potřeba z jejich strany po využití takové služby.
- η. Uživatelé konopných drog vyhledají odbornou pomoc nejčastěji na popud ze svého okolí.
- θ. Uživatelé tvrdých drog vnímají konopné drogy jako relaxační drogu – užívání konopí nepovažují vůbec za problematické.
- ι. V rámci ohniskové skupiny byl diskutován také problém s nakontaktováním uživatelů konopných drog, kterým je 30 a více a užívání konopí jim působí problémy v rodinném a pracovním životě.
- κ. Rozpor mezi legislativou – užívání konopí je nelegální – a rozšířením užívání konopí v rámci veřejného prostoru. Společenské dopady – nerespektování zákona.

Výše zmíněné problémy byly zúženy do 5 okruhů, které byly definovány jako základní potřeby uživatelů konopných drog a jejich okolí:

- I. Potřeba ambulantní poradenské a terapeutické služby pro okolí uživatelů** – zaměřená především na poskytování informací, poradenství sociální-zdravotní-právní, rodinné a párové terapie. V případě poradenství a terapie pro rodiče zaměřené na sjednocení výchovných přístupů a stanovení jasných hranic, rozlišení, zda se jedná o zletilého nebo nezletilého potomka. Větší informovanost o stávajících službách.
- II. Potřeba ambulantní a terapeutické služby pro uživatele konopných drog** – kontrolované užívání a prevence relapsu.
- III. Potřeba uživatelů, kteří s užíváním konopných drog začínají, po informacích o rizicích spojených s užíváním konopných drog** – především formou terénní práce.
- IV. Potřeba pravidelných uživatelů po Harm Reduction službě** – především formou terénní práce – zaměřené na snižování zdravotních a sociálních dopadů spojených s užíváním konopí.
- V. Potřeba speciální pobytové léčebné služby pro uživatele konopných drog** – tato potřeba se jeví spíše na celorepublikové úrovni než na krajské, a to vzhledem k malému počtu zájemců o tuto léčbu.

Nová cílová skupina - nezařazenost do nabídky nízkoprahových služeb

Tradiční pojetí klienta terénních programů pro uživatele nealkoholových návykových látek je intra venózní uživatel pervitinu nebo opiátů, zpravidla starší

18 let. Uživatelé konopných drog do tohoto pojetí příliš nezapadají. Faktem také je, že programy pro uživatele nealkoholových látek s touto cílovou skupinou příliš nepracovaly, jelikož z pohledu donorů (především RVKPP) je služba, která má příliš kontaktů a výkonů s uživateli THC, považována za málo výkonnou a hrozí jí snížení finanční dotace. Věkem jsou uživatelé konopných drog spíše blíže cílové skupině nízkoprahových služeb pro děti a mládež. Tyto služby však často nepracují s klienty, kteří jsou pod vlivem návykových látek a pracovníci těchto služeb nejsou vybaveni potřebnými informacemi. Uživatelé konopných drog, jak již bylo zmíněno, své užívání nevnímají jako problém, z těchto důvodů pro sebe nízkoprahové kluby pro děti a mládež nevnímají jako zajímavé a jejich služby nevyužívají, mají tak asi blíže ke kontaktním centrům, ale i zde odpadá přidaná hodnota, kterou vnímají intra venózní uživatelé – testy, výměna injekčního materiálu. Mimoto uživatelé tvrdých drog vnímají konopí jako rekreační drogu, a proto na lidi, kteří užívají pouze konopí, pohlíží „z patra“ – tito uživatelé podle nich nemají v podstatě žádný problém. Takto se uživatelé konopných drog dostávají do jakéhosi meziprostoru v nabídce nízkoprahových služeb.

Vznik terénních programů pro uživatele konopných drog tak stojí na pomezí drogového terénu a terénu pro děti a mládež. Z výzkumu a také našich zkušeností je patrné, že uživatelé konopných drog mají zájem především o informace směřující ke snižování škod, způsobených užíváním konopných drog. Domníváme se, že právě na informačním servisu směřujícím k Harm Reduction principům pro uživatele konopných drog by měly být tyto terénní programy postaveny.

Terénní program pro uživatele konopných drog

Na základě výsledků šetření o.s. KAPPA – HELP Přerov v rámci Zakázky malého rozsahu od ledna 2012 poskytuje terénní program pro intenzivní uživatele konopných drog. Cílem programu je vyhledat a kontaktovat uživatele konopných drog, předávat jim informace směřující ke snižování zdravotních a sociálních dopadů. Dále poskytovat ambulantní poradenské a terapeutické služby, a to jak pro uživatele konopných drog, tak pro jejich blízké okolí.

Při poskytování služeb jsme primárně vycházeli ze zjištění, že většina uživatelů konopných drog užívání konopí nevnímá jako problém, že nemají potřebu sami aktivně vyhledávat jakoukoliv poradenskou službu. Při tvorbě obsahové náplně této služby jsme vycházeli ze zjištěného nízkého věku prvoužití konopí a relativně velkého množství vykouřeného konopí za jeden den – kdy je organismus vystavován vysokým dávkám zplodin, které vznikají při hoření, a pravděpodobně i značným dávkám THC.

Pokusili jsem se vydefinovat principy Harm Reduction pro uživatele konopných drog. V rámci terénních programů pak tyto principy formou informačního servisu předáváme kontaktovaným uživatelům. Při poskytování informačního servisu zaměřeného na snižování škod u dlouhodobých uživatelů konopných

drog vycházíme z těchto předpokladů:

U dlouhodobého užívání konopných drog jsou popsány poměrně typické změny psychiky. Předpokládá se u nich sice určitá predispozice, dlouhodobá expozice THC však bývá evidentním spouštěcím agens. Za prokázané se má také, že čím časnější je začátek užívání marihuany, tím výraznější poškození psychiky lze očekávat. V období dospívání probíhá v mozku restrukturalizace a vytváření definitivních spojů, což na jedné straně zrychluje a zjednodušuje fungování ve standardních situacích, na druhé straně tím oproti dětskému období myšlení poněkud ztrácí na pestrosti a invenci. Změny, ke kterým dochází, jsou orientovány na využitelnost CNS pro praktický život. Pokud je mozek v tomto vulnerabilním období exponován účinkům psychoaktivní látky, je tím pochopitelně fyziologický proces nepříznivě ovlivněn. Pravidelné užívání THC ovlivňuje v prvé řadě poznávací funkce, emotivitu a zvládání úzkosti. Rozvoj paranoidity a halucinací se vyskytuje u disponovaných osob nebo při extrémních dávkách THC. Postižení poznávacích funkcí obnáší problémy při zpracovávání informací a řešení komplexnějších úloh, zhoršení vstřípivosti i výbavnosti paměti. Co se týče emotivity, u uživatelů dochází k střídání podrážděné nálady a apatie a zvládání úzkosti je zhoršeno tak, že bývají výraznější epizody úzkosti, depresivní stavy a suicidální jednání. Tyto projevy jsou zpravidla reverzibilní a odeznívají do měsíce po posledním užití konopí. Dlouhodobé užívání pak provází statisticky častější potřeba léčby psychických nemocí převážně z okruhu deprese a úzkostných poruch, také poruchy chování a suicidalita a zhoršení kvality života. Samozřejmě množství různých faktorů nedovoluje v tomto případě hovořit o kauzalitě, užívání konopných drog je zde ale jednoznačně rizikový faktor. Koincidence užívání marihuany a rozvoje schizofrenních onemocnění také neumožňuje stanovit, zda došlo ke spuštění psychózy na vulnerabilním terénu nebo zda je konopná droga užívána jako „samoléčící“ pokus ve stadiu nespecifických a prodromálních příznaků schizofrenie. Každopádně však užívání THC zhoršuje prognózu léčby schizofrenie a vede k relapsům onemocnění. Při dlouhodobém užívání konopných drog dochází k poškození procesu zpracování informací, jakési overinkluzivitě myšlení a zhoršení schopnosti filtrovat irelevantní informace a asociace. Tento jev sice může imponovat jako širší vědomí a originalnost v myšlení a projevu, výrazně však snižuje schopnost orientace v sociálních situacích a adaptační proces, což v důsledku vede ke zhoršení psychosociálního fungování. Při abstinenci dochází po delším období jen k částečné úpravě tohoto defektu. Koncept Amotivačního syndromu je sice stále kritizován pro metodologické problémy při svém stanovení, na druhé straně je ale opakovaně potvrzován klinickými pozorováními. Jedná se projev chronického užívání konopných drog, které vede k pasivnímu chování, neschopnosti směřovat úsilí k nějakému cíli, zhoršení schopnosti řešit problémy a poruchy paměti. Provází jej i sociální stažení, ztráta zájmu o kontakt a komunikaci s lidmi, postižený se – obrazně řečeno – chová, jako by měl kolem sebe mlhu. Tento stav má rovněž jen

malou tendenci k reverzibilitě při abstinenci.

Z těchto důvodů jsme HR principy pro práci s uživateli konopných drog rozdělili podle škodlivostních dopadů na jejich zdraví. U věkové skupiny uživatelů mladších 20-ti let vycházíme z předpokladu, že vysoké dávky THC a s tím spojené ovlivňování vědomí, je z důvodů rozvoje možných psychických obtíží větší problém než možné poškození zdraví, které hrozí při vdechováním zplodin, které vznikají při hoření drogy.

V takovýchto případech s uživateli hovoříme o tom, že je pro jejich zdraví lepší, aby užívali konopí pěstované venku (outdoor), jelikož má zpravidla nižší obsah THC a dále na rozdíl od konopí pěstovaných v hydroponických substrátech (indoor) mají vyšší podíl CBD, které antagonizuje účinek THC – a snižuje se tak riziko vzniku úzkostných stavů a rozvoje duševních poruch. Právě rostliny s vysokým obsahem THC (především indoor) mají větší potenciál působit jako spouštěč duševních poruch. Z tohoto pohledu je zjištění, že většina respondentů si konopí sama pěstuje, spíše uspokojující. (Holland, 2010, s. 286)

U lidí nad 25 let je již vývoj mozku ukončen a organismus se hůře vyrovnává se zplodinami vzniklými při hoření a zvyšuje se tak riziko nádorových a cévních onemocnění. Usilujeme proto v rámci HR o snížení množství vdechování zplodin vzniklých při hoření. Při hoření rostlinného materiálu vzniká až 2000 různých látek, jako jsou karcinogenní látky a dehet. Vykouření 2–3 jointů má na organismus dopad jako vykouření zhruba dvaceti cigaret. Ještě horší variantou je pak míchání marihuany s tabákem. Většina účinných látek je po vdechnutí vstřebána v prvních několika vteřinách a zadržováním dechu tak pouze přispívá k větší míře ukládání nečistot v plicích. Proto v rámci snižování škod starším uživatelům doporučujeme užívat konopí s vyšším obsahem THC, kouřit spíše ze šlukovek než jointy s tabákem, nepoužívat filtry, které sice zadržují škodlivin vznikající při hoření, ale také zadržují THC, což v důsledku vede k tomu, že uživatelé vykouří větší množství. Jako vhodnou variantu užívání konopí doporučujeme vaporizaci, při které nedochází ke spalování rostlinné části drogy a uvolňuje se při ní až dvojnásobné množství THC. (Miovský, 2008, s. 335–338)

Principy HR pro uživatele konopných drog:

- Užívej raději venku pěstované (outdoor) odrůdy konopí, které mají výhodnější poměr THC a CBD – u uživatelů mladších 20-ti let.
- Pokud jsi starší 25-ti let, užívej raději odrůdy s vyšším obsahem THC – rychleji dosáhneš požadovaného účinku a nedostaneš do sebe tak velké množství zplodin.
- Pokud kouříš denně a velké množství, poříd si vaporizér. Malý kapesní je možné pořídít do 500 Kč.
- Každou dávku nejdříve vyzkoušej, počkej 5 až 10 minut kvůli zjištění síly a

- přibližného účinku drogy.
- Na otestování účinků je nevhodnější šlukovka, kdy malé množství vykouríš na jeden vdech, počkáš zhruba 5–10 minut a podle účinků si přibližně odměříš množství k hulení.
 - Pokud drogu přidáváš do jídla, nejez více v domnění, že droga neúčinkuje – v tomto případě trvá déle, než se dostaví požadovaný účinek.
 - Nemíchej různé drogy dohromady, neužívej je současně.
 - Pokud používáš plastový Bong, mohou se z něj uvolňovat dioxiny a další škodlivé látky.
 - Pokud používáš dýmku, měla by být skleněná nebo kovová.
 - Nezadržuj po inhalaci zbytečně dech, do těla se ti tak dostane pouze více škodlivých látek, protože většina účinných látek je vstřebána v několika prvních vteřinách.
 - Pokud nemáš drogu z důvěryhodného a ověřeného zdroje, může obsahovat různé zdraví škodlivé příměsi a nečistoty.
 - Pokud na sobě pociťuješ jakékoli negativní účinky po užití drogy, neber už další, vyhledej bezpečné prostředí a někoho, kdo na tebe dohlédne.
 - Po požití drogy nikdy nesedej za volant – tvá reakční doba je zpomalená a mohl bys způsobit nehodu a zranit tak sebe nebo jiné lidi.
 - Nedělej ani jiné činnosti vyžadující dobrou koordinaci – např. lezení na stromy nebo budovy. Po užití drogy jsou koordinace i úsudek snižené a mohl by ses zranit.
 - Pokud užíváš konopné drogy a cítíš se špatně – úzkost, deprese, atd. –, dej si na nějakou dobu pauzu.
 - Pokud se chceš dozvědět více, promluv si s terénním nebo kontaktním pracovníkem. Zjisti si všechna fakta – ne jen věci z internetu a to co slyšíš od kamarádů.

Závěr

Výsledky výzkumu a také naše zkušenosti ukazují, že intenzivní uživatelé konopných drog mají své specifické potřeby. Dále, že skupina uživatelů od 15 do 20 let je v rámci nízkoprahových služeb v jakémsi meziprostoru – mezi drogovými službami a službami pro děti a mládež. Proto se domníváme, že pro tuto skupinu uživatelů je potřeba navrhnout a poskytovat služby, které tyto specifické potřeby naplňují. Toto pojednání a také terénní program, který o.s. KAPPA – HELP poskytuje v Olomouckém kraji intenzivním uživatelům konopných drog, pojmáme jako příspěvek do diskuze k podobě adiktologických služeb pro danou cílovou skupinu.

Použitá a doporučená literatura:

Doweiko, H. E. (2010). Concepts of Chemical dependency. Belmont: Brooks/Cole

Ferjenčík, J. (2000) Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Praha: Portál.

Holland, J. (2010). The Pot book: A complete guide to Cannabis – its role in Medicine, politics, science and culture. Vermont: Park Street Press.

Inciardi, J. A., Harrison, L. D. (2000). Harm Reduction: national and international perspectives. Thousand Oaks: SAGE Publications.

Iversen, L. L. (2000). The science of marijuana, New York: Oxford University Press.

Miovský, M.; Blaha, T.; Dědičová, M.; Dvořáček, J.; Gabrhelík, R.; Gabrielová, H.; Záborský, T. (2008). Konopí a konopné drogy: Adiktologické kompendium. Praha: Grada.

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

Morgan, D. L. (2001) Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu. Boskovice: Albert.

Strauss, A.; Corbinová, J. (1999) Základy kvalitativního výzkumu. Boskovice, Albert.

The Royal College of Psychiatrists. (2000). Drugs: Dilemmas and choices. Glasgow: Bell & Bain Limited.

VYUŽITÍ METOD MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA PŘI EVALUACI NÁSLEDNÉ PÉČE OSOB ZÁVISLÝCH NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH

QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRES: USE IN AN EVALUATION OF AFTER-CARE FOR PERSONS WITH ADDICTION

Petr ŠEDA¹, Julie WITTMANNOVÁ²

P-centrum Olomouc, Česká republika¹

Fakulta tělesné kultury Univerzity Palackého Olomouc, Česká republika²

Abstrakt: Odborná pracoviště nabízející programy pro osoby se závislostmi dodržují standardy kvality poskytovaných služeb, jejichž součástí je i evaluace. Cílem práce bylo obohatit evaluaci následné péče osob se závislostmi o sebesposuzovací metody měření kvality života. Použité metody: SQUALA (Dragomirecká et al., 2006); SEIQoL (Křivohlavý, 2003). Výzkumný cíl byl řešen prostřednictvím otázek zjišťujících přínos pro evaluaci (postihnutí změn, obohacení o informace přínosné pro zkvalitnění programu následné péče), zástupnost metod SQUALA a SEIQoL. Sebraná data byla srovnána s orientační populační normou. Výzkumný soubor: 22 klientů doléčovacího centra, klienti vyplnili dotazníky SQUALA a SEIQoL na vstupu (22 klientů) a při výstupu z programu (11 klientů); po 6–8 měsících. Základní výsledky: 1) Použité metody jsou vhodným doplňujícím nástrojem evaluace. Významná témata uváděná v dotazníku SEIQoL se shodují se zaměřením programu následné péče a přinášejí podklady pro individuální plánování doléčování. Vstupní a výstupní data jsou odlišná a korespondují s životními událostmi klientů. 2) Oba dotazníky hodnotí kvalitu života jinou formou a přinášejí důležité informace. Při volbě doporučujeme užít metodu SEIQoL (podklad pro plánování). 3) Při hodnocení dotazníku SQUALA pomocí hrubého skóre dimenzí jsou vstupní i výstupní hodnoty výzkumného souboru, mimo oblast blízké vztahy, podobné jako reprezentativního vzorku. Dimenzi blízké vztahy hodnotí probandi jako výrazně nižší než je tomu u reprezentativního vzorku. Dané výsledky jsou pilotní, sběr dat od klientů pokračuje, roste velikost souboru probandů.

Abstract: Professional workplaces running programs for persons with addiction are following “Quality standards” of offered services. Part of the standards is an evaluation. Aim of our study was to enrich evaluation of after-care by self-judging methods measuring quality of life. Used methods: SQUALA (Dragomirecká et al., 2006); SEIQoL (Křivohlavý, 2003). The aim of study was solved by asking questions to detect benefits for evaluation (ability to measure differences, enrichment of information for after care-program etc.), possible substitution methods SQUALA and SEIQoL. Gathered data was compared

with population norm. Participants: 22 clients of after-care program. Clients completed questionnaires (SQUALA, SEIQoL) on entry (22 clients) and while leaving program (11 clients); after 6-8 months. Basic results: 1) Used methods are good supplement tools for evaluation. Important topics from questionnaire SEIQoL match with content of after-care program and bringing basis for individual plans of clients. Data on entry and while leaving program differ and correspond with life events of clients. 2) Both questionnaires evaluate quality of life differently and bring important information. To choose one method, we suggest SEIQoL (details for planning). 3) Evaluation of questionnaire SQUALA by separate dimensions: Participants results values on entry and while leaving are very similar to values of population (except dimension close relationships, where is evaluation lower). Our study is just pilot study, gathering data is still ongoing process, and the number of participants is growing.

Klíčová slova: závislost, kvalita života, doléčovací program, SQUALA, SEIQoL.

Key words: addiction, quality of life, after-care program, questionnaires SQUALA, SEIQoL

Úvod

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

Cílem práce bylo tedy ověřit, zda dotazníky, které měří kvalitu života, přinesou relevantní informace pro zmíněný účel evaluace programu doléčování a chráněných bytů. V práci využíváme polostrukturovaného dotazníku SEIQoL a strukturovaného dotazníku SQUALA.

Výzkumný cíl byl řešen prostřednictvím výzkumných otázek:

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

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

1. Teoretické zakotvení výzkumu

Následná péče je „posledním článkem“ a navazuje na všechny předchozí typy léčeb osob závislých na návykových látkách. Kalina (2001, 69) ve svém Glosáři vidí smysl následné péče zejména v udržení klientových změn, které nastaly v průběhu předchozí léčby či spontánně po předchozích intervencích. „Cílem následné péče je udržení a podpoření žádoucích změn, k nimž došlo během intenzivní péče. Klientům se přitom ponechává maximální zodpovědnost za vlastní život.“ (Matoušek, 2008, 110). Cílem je podpora a pomoc při znovuzачlenění do normálního života a znovunacházení jeho místa v něm, jinými slovy, jde o to vytvořit takové podmínky, aby klient byl schopný návratu do normálního života a fungoval v něm. Dále i dokončení či pokračování socializace či resocializace, které může u některých klientů trvat i několik let (Makovská, & Dolanská, 2007, 32–33).

„Cílová skupina následné péče osob závislých na návykových látkách jsou abstinující osoby s anamnézou závislosti na návykových látkách s doporučenou minimální dobou abstinence 3 měsíce. Preference osob, které absolvovaly detoxifikaci a minimálně krátkodobou léčbu (ambulantní či residenční), s náhledem a motivací k dlouhodobé abstinenci, se zajištěným bydlením“ (Úřad vlády ČR, 2012a, 58).

Pracoviště, kde probíhá následná péče, dodržují standardy kvality poskytovaných služeb. Součástí těchto standardů je i evaluace poskytovaných programů či služeb. Smysl evaluačního výzkumu uvádí Smutek (2005a, 16) podle Clarka takto: „evaluace je orientována na aktivitu (action oriented). Je vedena se záměrem determinovat hodnotu (value) nebo dopad (impact) politiky, programu, praxe, intervence nebo služby, je vedena z pohledu tvorby doporučení nebo změny“.

Tato práce chce obohatit evaluační systém o měření kvality života. Existuje celá řada definic kvality života, ale žádná není všeobecně akceptována. Engel a Bergman (in Křivohlavý, 2002, 164) definují kvalitu života jednotlivce jako: „Kvalita je soud (chápáno v logickém smyslu slova) – jde o subjektivní soud (úsudek). Ten je výsledkem porovnávání a zvažování více hodnot. Kvalita sama je hodnotou, je zážitkovým (experienciálním) vztahem, reflexí (výsledkem zamyšlení) nad vlastní existencí. Je nesourodým srovnáním a motivací (hybnou silou) žít.“

Pro podmínky šetření se jeví jako nevhodnější subjektivní dotazníky kvality života, Zvolili jsme metodu, která pracuje s naplňováním životních cílů, jedná se o polostrukturovaný dotazník SEIQoL (Schedule for the Evaluation of individual Duality of Life – Program zhodnocení individuální kvality života). V jeho pojetí kvalita života není něčím všeobecně platným, ale je plně individuální (Křivohlavý, 2003, 172). Strukturovaný dotazník SQUALA (Subjective QUALity of Life Analysis – Subjektivní dotazník kvality života), předkládá dané osobě celou řadu oblastí (zdraví, psychická pohoda, fyzická soběstačnost, láska, spravedlnost, pravda, jídlo, víra atd.), kterým respondent určuje důležitost vyjádřenou slovním hodnocením od nezbytné po bezvýznamné. Stejným oblastem pak přisuzuje index podle toho, jak je v nich spokojen, a to slovním hodnocením od „zcela spokojen“ po „velmi zklamán“ (Dragomirecká et al., 2006).

Kvalitou života drogově závislých se u nás zabývalo několik autorů, zejména v závěrečných pracích na různých vysokých školách v celé republice, a používali při tom různé metody měření. Uvedeme tři práce, které spojuje s touto prací použití dotazníků SQUALA a SEIQoL. Měření kvality života lidí se závislostí se například věnovala Doleželová (2006), která porovnávala soubor drogově závislých v terapeutických komunitách s kontrolním vzorkem. Použit byl dotazník SQUALA. Výsledky této práce ukázaly, že celkové subjektivní vnímání kvality života výzkumného souboru osob závislých na návykových látkách nebylo statisticky významně nižší než u kontrolního vzorku. Při validaci české verze dotazníku SQUALA proběhl výzkum v psychiatrických léčebnách s osobami v léčbě závislosti na návykových látkách. Dragomirecká a kol. (2006) použila tohoto dotazníku na evaluaci terapie, porovnávala i vstupní a výstupní data. Pokud se ale sledovaly změny jen v sociální oblasti, nebyl dotazník dost citlivý na zachycení změn.

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

2. Metodologie

2.1 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl jasně vymezen: klienti Doléčovacího centra P-centra v Olomouci: v programu následné péče a chráněného bydlení od června 2011 do února 2012. Výzkumu se účastnili všichni klienti zmíněných programů P-centra, postupně, tak jak vstupovali do programu a jak z něj vystupovali. Celkem se účastnilo výzkumu 23 osob, respektive 22 (vstupní dotazníky jednoho z respondentů musely být vyřazeny, důvodem vyřazení bylo nekompletní vyplnění

obou dotazníků na vstupu do programu). Počty klientů (rozdělení dle pohlaví), kteří vyplnili dotazníky SQUALA a SEIQoL při vstupu a někteří i při výstupu z programu, vidíme v tabulce č. 1. Rozdíl v počtu obou vyplněných dotazníků při vstupu a výstupu je dán předčasným odchodem klientů z programu, část klientů také stále v programu zůstává. Počet klientů, kteří dokončili v průběhu výzkumu program doléčování a zároveň byli diagnostikováni na vstupu i výstupu u obou dotazníků, je 10.

Věkový průměr všech zúčastněných klientů byl 34 let, nejstarší bylo 52 let a nejmladší zúčastněné 22 let. Základní věkové složení respondentů uvádíme v tabulce č. 2. Nejpočetnější skupinou, podle typu udané primární látky, na niž byli zúčastnění klienti závislími, byl pervitin (12), dělení dle pohlaví a dle primární návykové látky je v Tabulce č. 3.

Tab. 1: Přehled respondentů se vstupními a výstupními daty

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

Tab. 2: Věkové složení respondentů

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

Tab. 3: Rozdělení respondentů dle návykové látky

počet osob	ZÁVISLOST PRIMÁRNÍ LÁTKA				celkem
	STIMULANCIA	OPIÁTY	ALKOHOL	HRA	
muži	9	3	3	1	16
ženy	3	0	3		6
celkem	12	3	6	1	22

2. 2 Průběh a organizace výzkumu

Výzkum probíhal v neziskové organizaci P-centrum v Olomouci, s klienty doléčovacího programu a chráněného bydlení. Na první informační schůzce byl klient informován o prováděném výzkumu, o účelu, ke kterému je výzkum vykonáván, jak bude zacházeno s jeho daty a že všechna data budou zaznamenána a vyhodnocena anonymně. Použití dotazníků SQUALA a SEIQoL při vstupu a výstupu klienta do a z programu vyžadovalo zvýšené nároky na jednotlivá setkání s klienty. Bylo nežádoucí, aby klient vyplňoval oba dotazníky hned po sobě. S každým klientem proběhl sběr dat dvakrát při získání vstupních dat a v některých případech dvakrát po dokončení programu, při získání výstupních dat. Průměrná doba mezi schůzkami vstupních i výstupních dat byla 3–5 dní. Průměrná doba klienta v programu, tedy mezi získáním vstupních a výstupních dat, byla 6–8 měsíců.

2. 3 Použité metody

Metoda SEIQoL (Křivohlavý, 2002, 2003; O'Boyle, McGee & Joyce, 1994). V pojetí metody SEIQoL je kvalita života čistě individuálním pojmem, není všeobecně platná pro všechny lidi. Dotazovaný sám rozhoduje o tom, co je pro něj důležité, jak sám chápe a definuje svůj žebříček hodnot.

Administrace probíhá formou polostrukturovaného rozhovoru, tazatel zjišťuje důležité aspekty života dotazovaného, tyto jsou záměrně ponechány na jeho svobodné volbě a jsou akceptovány. Tazatel se ptá na pět nejdůležitějších aspektů, životních cílů. Dotázaný musí vybrat jen těchto pět aspektů, nikoliv méně ani více. Na tyto aspekty, či jak uvádí Křivohlavý, tzv. „cue“, které překládá jako „životní cíle“, se můžeme ptát otázkou „o co ti v životě nejvíce jde?“, „co je pro tebe, důležité?“. Křivohlavý (2003, 244) uvádí, že pro názornost lze uvést příklady, vzápětí však dodává, že ideální je tyto příklady neuvádět, zamezí se tím sugestivnímu ovlivňování. Příklady takovýchto životních cílů přesto uvádí: rodina, manželství; zdraví; duševní pohoda; duchovní život; vztahy mezi lidmi; práce na sobě; kultura; sport aj. (Křivohlavý, 2002, 173). Posléze se jednotlivým aspektům přisuzuje důležitost, kdy dotázaný má přisoudit vybraným tématům procentuální podíl ze 100 %, podle důležitosti či významu. U každé z uvedeného tématu uvede také míru uspokojení, výzkumná otázka zní „jak jsem v jednotlivém tématu či cíli spokojen v jeho naplňování či splnění“, kdy dolní hranice 0 % vyjadřuje naprosté zklamání či nenaplnění a hodnota 100 % naopak vyjadřuje ideální stav, kde není co měnit k lepšímu (Křivohlavý, 2003, 243–245).

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

Dotazník SQUALA vznikl ve v Nice (Francie), v českém prostředí se mu věnuje zejména Dragomirecká s kolektivem (2006), která připravila českou

verzi tohoto dotazníku a z její příručky pro používání této verze jsme čerpali (Dragomirecká a kol., 2006). Dotazník se skládá z původních 23 oblastí, které jsem rozšířil o dalších 7 oblastí dle adaptované verze dotazníku SQUALA (Vavrečková–Salihová, 2008, 85).

Respondent ke každé z 30 oblastí vyjadřuje osobní důležitost dané oblasti a následně i spokojenost. Důležitost i spokojenost vyjadřuje na pěti bodové škále, která je vyjádřena slovně. Důležitost jednotlivých oblastí se vyjadřuje od „nezbytné“ přes „velmi důležité“, „středně důležité“, „málo důležité“ až k „bezvýznamné“. Spokojenost se vyjadřuje od „zcela spokojen“ přes „velmi spokojen“, „spíše spokojen“, „nespokojen“ až k „velmi zklamán“ (Dragomirecká a kol., 2006, 64–65). Dotazník je sebeposuzovací, jeho vyplnění trvá obvykle 15–20 minut. Respondentovi je vysvětlen postup vyplnění, pokud se ptá po smyslu jednotlivých oblastí, je mu ponechán subjektivní význam těchto oblastí. Zjišťuje se aktuální stav.

Skórování dotazníku SQUALA:

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

a) Důležitost od „bezvýznamné“ = 0 po „nezbytné“ = 4.

b) Spokojenost od „velmi zklamán“ = 1 po „zcela spokojen“ = 5.

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

2. Hrubé skóre dimenzí SQUALA – průměrné hrubé skóre jednotlivých dimenzí, viz příloha č. 3, jsou průměrné hodnoty položek příslušných každé dimenzi. Dimenze se skládají z jednotlivých položek parciálních skóru. Dimenze jsou: 1) Abstraktní hodnoty; 2) Zdraví; 3) Blízké vztahy; 4) Volný čas; 5) Základní potřeby.

2. 4 Zpracování dat

Data byla tříděna, porovnávána a vkládána do grafů v programu MS Excel, základní statistické charakteristiky byly zpracovány v programu Statistica. Proběhlo Skórování dotazníků SEIQoL a SQUALA (SEIQoL Index; výstupem metody SQUALA jsou parciální skóre jednotlivých položek, hrubé skóre jednotlivých dimenzí a celkové skóre). Při zjišťování rozdílu mezi vstupními a výstupními daty klientů jsme srovnávali soubory jako celky, nepracovali jsme s daty klientů jako jednotlivců, tzn., nepracovali jsme „klinicky“. Pro zjištění, zda jsou škály citlivé a schopné odlišit změny v subjektivním hodnocení kvality života u klientů, jsme porovnali vstupní data klientů dotazníku SQUALA i SEIQoL s daty výstupními (pouze u těch klientů, kteří ukončili program a máme data vstupní i výstupní úplná). Použili jsme parametrický t-test pro závislé soubory a pro kontrolu ještě dva testy neparametrické (Znaménkový test a Wilcoxonův párový test) a hladinu významnosti $p \leq 0.05$.

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

(korelace mezi SQUALA, SEIQoL).

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

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

3. Výsledky a diskuse

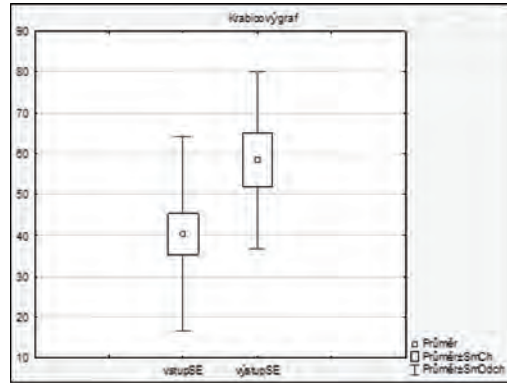
Nejprve odpovídáme na otázku: *„Jsou dotazníky schopny postihnout případné (subjektivně pozorované) změny v kvalitě života, které nastaly během programu následné péče osob závislých na návykových látkách?“*

Výstupní data obou dotazníků vykazovala ve většině případů vyšší hodnoty než data vstupní. Výstupní data dotazník SQUALA byla vyšší u 91 % klientů (10 z 11), což jsme předpokládali. Dotazník SEIQoL tak jednoznačně výsledky neměl, vyšší hodnoty u výstupních hodnot než u vstupních mělo pouze 6 klientů z 11 (55 %), což nás překvapilo. Předpokládali jsme, že i u tohoto dotazníku výsledky vzrostou téměř u všech klientů.

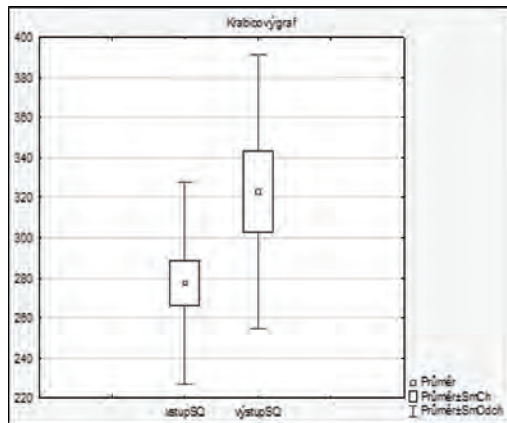
Jedním z důvodů může být úzké zaměření dotazníku SEIQoL na pět významných témat, která nemusejí vykazat během programu následné péče výraznější zlepšení či se mohou i zhoršit. Individuální zaměření dotazníku SEIQoL koresponduje i s vysokými rozdíly mezi jednotlivými klienty, kdy SEIQoL Index zaznamenal největší nárůst mezi vstupními daty a výstupními daty u jednoho klienta z hodnoty 10 na hodnotu 90 (což je zvýšení o 800 %), největší pokles u jiného klienta o 55 %. U dotazníku SQUALA je největší nárůst mezi vstupními a výstupními daty o 40,5 % a u jediného poklesu jde o 21,4 %.

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

Obr. 1: Vstupní a výstupní hodnoty SEIQoL



Obr. 2: Vstupní a výstupní hodnoty SQUALA



Porovnáme-li oba grafy (dotazníku SEIQoL a dotazníku SQUALA), můžeme vidět, že rozsah a směr růstové tendence je na podobné úrovni u obou analyzovaných dotazníků. Změna na vstupu a výstupu byla dokonce statisticky významná u dotazníku SQUALA (parametrický t-test pro závislé soubory na hladině významnosti $p = 0,023$; Znaménkový test na $p = 0,016$ a Wilcoxonův párový test $p = 0,041$).

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

doby sledování. Sběr dat dále pokračuje a po pořízení dostatečného souboru dat bude možné zmíněné souvislosti analyzovat.

Další řešenou otázkou je: „**Přinášejí škály obohacující evaluační informace pro zkvalitnění programu následné péče osob závislých na návykových látkách?**“

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

Významná témata, která klienti uvedli prostřednictvím dotazníku SEIQoL, korespondují se zaměřením programu P-centra (Kuda, 2000). V tabulce č. 6 a 7 uvádíme 10 nejvýznamnějších témat seřazených sestupně podle počtu výskytu u klientů, rozdělených na vstupní a výstupní soubor. Prvních 5 nejvýznamnějších témat nám reprezentuje nejčastější možnou podobu volby tématu v dotazníku SEIQoL.

Tab. 4: Významná témata SEIQOL, vstupní data
V S T U P (22 klientů)

Průměr důležitosti	Téma	Průměr spokojenosti	Výskyt
22,0	PRÁCE	33,3	20
20,0	RODINNÉ VZTAHY	35,7	14
20,4	PARTNERSKÝ VZTAH	35,1	12
16,0	BYDLENÍ	25,5	10
35,3	ABSTINENCE	76,7	9
18,1	VOLNÝ ČAS	38,8	8
17,8	DLUHÝ	10,8	6
23,8	ZDRAVÍ	56,7	6
12,5	VZDĚLÁNÍ	8,8	4
12,5	Zvýšení vlastních schopností	40,0	4

Tab. 5: Významná témata SEIQOL, výstupní data
V Ý S T U P (11 klientů)

Průměr důležitosti	Téma	Průměr spokojenosti	Výskyt
20,0	PRÁCE	73,0	10
18,8	VOLNÝ ČAS	53,8	8
25,0	PARTNERSKÝ VZTAH	37,0	6
21,0	RODINNÉ VZTAHY	72,0	5
12,0	BYDLENÍ	64,0	5
18,8	ZDRAVÍ	47,5	4
33,3	ABSTINENCE	80,0	3
17,5	ZALOŽENÍ VLASTNÍ RODINY	0,0	2
15,0	VZTAHY PŘÁTELSKÉ	30,0	2
15,0	VZTAHY OBECNĚ	95,0	2
25,0	DLUHY	40,0	2

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

Významná témata v porovnání se zaměřením P-centra:

- Práce – je jedno z témat zaměření tematických skupin P-centra, jako jsou témata „Jak mluvit o své minulosti v zaměstnání“, „Zaměstnání, které splňuje vaše potřeby“, „Zvládání problémů v zaměstnání“ (Kuda, 2000). Dále zaměření ranních skupin, kterou mají povinnou klienti bez stálého zaměstnání. Skupina je zaměřena na plánování struktury dne při hledání zaměstnání. Dalším zaměřením přímo na práci je systematická sociální práce (sepsání životopisu, dovednosti k hledání práce atd.) (P-centrum, 2012).
- Volný čas – volnočasové aktivity jsou povinnou součástí strukturovaného programu doléčování, tzv. kluby. Dalším jsou i témata z tematické skupiny, „Užívat si bez drog“ a „Navazování přátelství“ (Kuda, 2000).
- Partnerský vztah, rodinný vztah či obecně vztahy. Volitelnou součástí programu doléčování P-centra je párová a rodinná terapie, v modulech „Prevence relapsu“ (Kuda, 2000), ze kterých tematicky vychází tematická skupina, najdeme tato témata: „Láska a intimní vztahy“, „Uspořádání zdravých vztahů“, „Témata léčení a rodina“ i „Navazování přátelství“ (Kuda, 2000).

- Bydlení – klient může využít souběžně s programem doléčování i bydlení v chráněných bytech, během doléčování pak hledá samostatné bydlení. Program chráněného bydlení je záměrně kratší o 2 měsíce, než je program doléčování, aby klient po přestěhování do samostatného bydlení měl možnost podpory skupiny a doléčování.
- Dluhy – na dluhovou oblast je zaměřena systematická sociální práce.
- Zdraví – program doléčování nevede jen k abstinenci, tedy neexistenci návykové látky v životě klienta, ale celý tým P-centra vede klienty ke zdravému způsobu života (stravování, spánková hygiena, kultura, volný čas, ekologie, kritické myšlení apod.). Toto není zahrnuto v žádné metodice ani dokumentech, je to spíše součástí kultury organizace.
- Abstinence – (od primární návykové látky) základní předpoklad pro dokončení doléčovacího programu. Celoživotní trvalá abstinence od primární návykové látky je filosofií léčby závislosti na návykových látkách.

Další řešená otázka zní **„Hodnotí dotazníky SQUALA a SEIQoL stejné či podobné oblasti kvality života, jsou zástupné?“**

Z výsledných informací doposud získaných z práce s dotazníky se domníváme, že každý z dotazníků hodnotí kvalitu života jinou formou a oba dotazníky přinášejí důležité informace pro program následné péče osob závislých na návykových látkách. I při využití statistických metod (program Statistica) je korelace, s využitím Spearmanova korelačního testu, mezi dotazníky zanedbatelná.

Metoda SEIQoL je plně individuální, klient sám určí, jaká témata jsou pro něj důležitá. Tato metoda přináší nejen evaluační nástroj, ale i možnost využít vstupní diagnostikování jako podklad pro individuální plánování doléčování (CPPT o. s., 2012). Naopak nevýhodou u tohoto dotazníku je omezenost na 5 nejdůležitějších témat, kdy se můžeme domnívat, že může dojít ke zkrácení výsledků. Klient může vybrat ty oblasti, o kterých si myslí, že jsou od něj očekávány (sociálně žádoucí odpověď). Dotazník SQUALA je podobného zaměření jako SEIQoL, ale více strukturovaný. Může být i citlivější použitím více oblastí (21–30), ale neposkytuje žádoucí individuální volbu témat. Na rozdíl od dotazníku SEIQoL existují pro dotazník SQUALA data od reprezentativního souboru, se kterým je možno získaná data porovnávat. I z těchto důvodů považujeme za vhodné používat při evaluaci oba dotazníky.

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

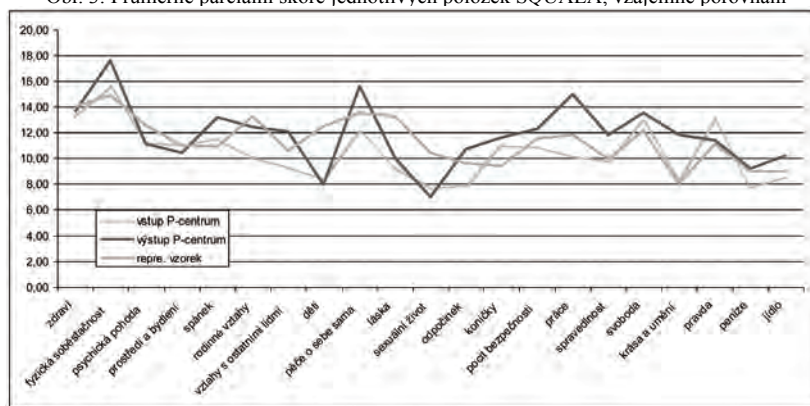
Poslední kladená otázka: **„Jsou vstupní a výstupní hodnoty klientů u dotazníků SQUALA podobné jako výsledky orientačních populačních norem?“**

Výsledky dotazníku SQUALA je možné porovnat s reprezentativním vzorkem běžné populace (Dragomirecká et al., 2006). Aby porovnání vykazovalo relevantní hodnotu, upravili jsme dotazník (na 21 položek) podle Dragomirecké

a kolegů (2006, 22–28). Pro porovnání souboru P-centra a reprezentativního souboru běžné populace jsme použili data od 11 klientů, kteří prošli vstupní i výstupní diagnostikou SQUALA. Samozřejmě si uvědomujeme orientační hodnotu srovnání, protože reprezentativní vzorek běžné populace je vytvořen z počtu 308 probandů a tento vzorek srovnáváme s 11 probandy našeho šetření. Hodnoty pro porovnání z dotazníku SQUALA jsou: a) parciální skóre jednotlivých položek; b) hrubé skóre dimenzí

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

Obr. 3: Průměrné parciální skóre jednotlivých položek SQUALA, vzájemné porovnání



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

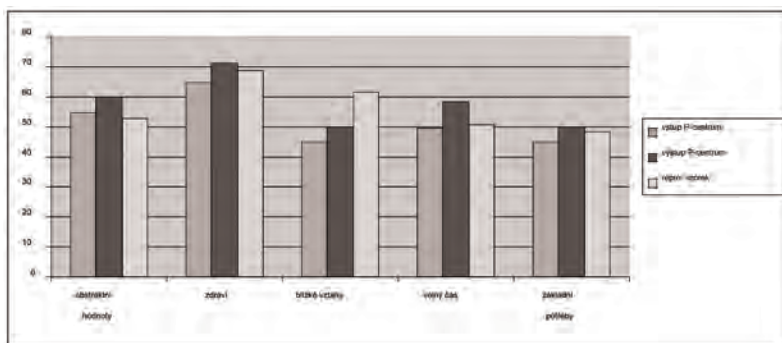
Pozorujeme však výraznější propad souboru P-centrum (vstupních i výstupních dat) u hodnot „děti“, „láska“ a „sexuální život“. Můžeme se domnívat, že důvodem tohoto rozdílu u hodnoty „děti“ je ten, že výrazná část klientů buď děti nemá, nebo nejsou v jejich péči a mnohdy jsou vztahy mezi klienty a jejich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

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

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

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

Graf č. 4 – Porovnání hrubých partiálních skóre u dimenzí



Pokud se položky dotazníku SQUALA seřadí do dimenzí podle jejich zaměření, výsledné hodnoty ukazují, že lehce vyšší subjektivní hodnocení kvality života vykazuje soubor P-centra při výstupu z programu ve většině oblastí. Hodnocení kvality života vzorku P-centra při výstupu z programu je nižší pouze v oblasti „blízkých vztahů“ v porovnání s reprezentativním vzorkem běžné populace. Hodnoty při výstupu z programu jsou vůči reprezentativnímu vzorku běžné populace vyšší v oblasti abstraktních hodnot (pocit bezpečnosti, spravedlnost, svoboda, krása a umění, pravda) a v oblasti volného času (spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek, koníčky).

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

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

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

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

4. Závěry

Cílem práce bylo ověřit, zda dotazníky, které měří kvalitu života, přinesou relevantní informace pro evaluaci programu doléčování a chráněných bytů. Téma práce vyšlo z potřeb konkrétního pracoviště, P-centra v Olomouci, kde následně probíhal i výzkum. Po prostudování relevantní literatury byly vybrány dvě metody, dotazník SQUALA (Dragomirecká a kol., 2006) a metoda SEIQoL (Křivohlavý, 2002, 2003), které se často používají pro evaluaci ve zdravotnickém prostředí.

Z šetření vyplývá, že použité metody jsou vhodné jako nástroj evaluace následné péče. Při nutnosti volby mezi metodami se kloníme k užívání metody SEIQoL. Významná témata, která klienti uváděli nejčastěji v rámci dotazníku SEIQoL, se shodují se zaměřením programu následné péče P-centra. Navíc nám daný dotazník přináší možné podklady pro individuální plánování doléčování klientů. Metoda SEIQoL svým zaměřením na čistě individuální pojetí kvality života dobře zapadá do konceptu doléčování, kam přicházejí klienti s různými specifickými potřebami (dle návykové látky, typu předchozí léčby, věku, příchod z výkonu trestu a jiné).

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

Práce je svým obsahem spíše pilotní studií, během výzkumu vyvstala

řada otázek (souvislosti mezi věkem, pohlavím, předchozím typem léčby atd.). Další analýzou dat, které se nám v dalším období podaří získat, můžeme na tyto otázky hledat fundovanější odpovědi. Sběr dat dále pokračuje a bude zajímavé konfrontovat výsledky této práce, kdy z důvodu menšího počtu ukončivších klientů nebylo možné zahrnout do výzkumu více než 11 (10) klientů, kteří měli kompletní vstupní a výstupní data. Bylo by vhodné klienty kontaktovat po 6 a 12 měsících od skončení programu a znovu diagnostikovat obě metody.

5. Použitá literatura

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

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

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

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

Kalina, K. (2003). Denní stacionáře. In K. Kalina et al. (Eds.), *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 2*. (pp. 179–189). Praha: Úřad vlády České republiky.

Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita: Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada.

Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.

Křivohlavý, J. (2003). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.

Křivohlavý, J. (2005). Měření kvality života objektivními ukazateli. In J. Payne, et al. (Eds.). *Kvalita života a zdraví*, 281–287. Praha: Triton.

Kuda, A. (2000). *Tematické skupiny prevence relapsu*. Olomouc: P-centrum

Kuda, A. (2003). Následná péče, doléčovací programy. In K. Kalina et al. (Eds.). *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 2*, 208–214. Praha: Úřad vlády České republiky.

Makovská, J., & Dolanská, P. (2007). V doléčovacím centru má často relaps pro klienta paradoxně pozitivní význam. *Sociální práce/Sociálna práca*, 3, 32–33.

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

O'Boyle, C. A., McGee, H., & Joyce, C. R. B. (1994). Quality of life. Assessing the individual. *Advances in medici sociology*, 5, 159–180.

P-centrum (2012). *Operační manuál následné péče*. Olomouc: P-centrum.

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

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

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

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

ZKUŠENOSTI S KRÁTKÝM INTERVENČNÍM PROGRAMEM PRO OSOBY ZÁVISLÉ NA PERVITINU

THE EXPERIENCE WITH BRIEF INTERVENTION PROGRAMME FOR METH ADDICTS

Michal RŮŽIČKA, Edmund WITTMANN, Veronika MÁCHALOVÁ

P-Centrum, Lafayetteova 9, Olomouc, Czech republic

Abstrakt: Cílem příspěvku je informovat čtenáře o novém postupu ambulantní práce s lidmi závislými na stimulačních drogách (kokain, crack, pervitin). Nová metodika práce s názvem Krátký intervenční program pro uživatele pervitinu je využívána ve Velké Británii pro uživatele kokainu a cracku. V rámci spolupráce P-Centra Olomouc s Britskou společností Foundation 66, která je garantem zmíněné metodiky, byl tento program přepracován pro uživatele pervitinu. Po roční aplikaci programu a evaluaci proběhla jeho transformace. Výsledkem práce je nová metodika s názvem Krátký intervenční program pro uživatele pervitinu. Výhody této metodiky spatřujeme v její jednoduché aplikaci a relativní krátkodobosti. Metodika je postavena na principu kognitivní terapie a její nedílnou součástí je edukace klienta s cílem pochopení principů jeho závislosti. Cílem článku je seznámit čtenáře s procesem transformace metodiky.

Abstract: This work aims to inform the reader about a new individual ambulatory therapy for people addicted to stimulant drugs (cocaine, crack and/or pervitin (methamphetamine)). The new methodology called A Brief Intervention Programme for meth users is used in Great Britain for users of cocaine and crack. Based on the cooperation of P-Centrum, Olomouc and the British company Foundation 66, which developed the methodology mentioned, it has been adapted for the pervitin (methamphetamine) users. The transformation followed after the programme had been applied and evaluated for a year and resulted in a new methodology called Brief Intervention Programme for pervitin users. Advantages of this new methodology can be seen in its easy applicability and relatively short term duration. The methodology is based on the concept of cognitive behavioural therapy and education of the client leading to understanding the principles of his/her addiction. The work also intends to inform the reader about the transformation process of the methodology.

Klíčová slova: kokain, crack, pervitin, metodika pervitin, P-Centrum.

Key words: cocaine, crack, pervitin, methodology pervitin, P-Centrum.

Aktuální model léčby závislosti

V souladu s aktuálním stavem léčby závislosti vycházíme z tzv. mezioborového přístupu. Mezioborový přístup vychází z bio-psycho-sociálního pojetí závislosti. Není však jeho jedinou základnou. Vyplývá z potřeby zajistit všem klientům individuální, komplexní a návaznou léčbu. Tato potřeba se vyvíjí postupně s novými objevy na poli závislosti. Aktuální stav poznání nám nedovoluje stanovit jediný postup, techniku či přístup, který by vyhovoval potřebám všech klientů.

V rámci terapie osob se závislosti na stimulačních drogách se setkáváme s řadou možností. Existují zde detoxifikační jednotky, psychiatrické léčebny, terapeutické komunity. Z nepobytových zařízení je to především ambulantní léčba ve zdravotnických zařízeních, sociální služba nebo jiná nestátní instituce. Cílem tohoto příspěvku je seznámení se s metodou práce právě na poli ambulantní léčby.

1.1 Ambulantní léčba závislosti v České republice

Systém ambulantní léčby není v ČR dostatečně propracovaný a není dostupný všem klientům. Nejvhodnější variantou ambulantní léčby je dle K. Hampla in Kalina (2003) výše zmíněná **AT ordinace pro prevenci a léčbu závislosti** (alkoholových i nealkoholových). Od r. 1986 do r. 1992 bylo po celé ČR cca 160 AT ambulancí se zastoupením v každém kraji, takže jejich služby byly dostupné všem potenciálním klientům. Náplň práce těchto ambulancí byla jednotná. Po r. 1992 se tyto ordinace částečně zprivatizovaly, což mělo za následek velký odliv specializovaných lékařů, jejichž práce byla velmi náročná a neuspokojivá po finanční stránce. Vzhledem k této situaci je současný stav ambulantní péče nedostačující. Mnoha klientům tento typ léčby vyhovuje, a to z důvodu malé časové náročnosti a možnosti setrvání v přirozeném prostředí. Pokud chybí tento důležitý článek v systému péče, někteří klienti se rozhodnou jít na rezidenční léčbu, ale ani lůžková zařízení nemohou všechny zájemce pojmout. V druhém případě žádnou léčbu vůbec nevyhledají. Aktuálně se však AT poradny potýkají s existenčními problémy a tvrzení, že jsou nejvhodnější formou ambulantní léčby, se jeví jako diskutabilní. Počty pacientů na jednotlivé odborné pracovníky jsou natolik vysoké, že si můžeme dovolit spekulovat o kvalitě poskytované péče.

Níže popisovaná metoda práce je realizována v nestátní instituci, která poskytuje ambulantní léčbu. Právě občanská sdružení mohou suplovat absenci AT poraden a nabídnout tak klientům psychoterapii, poradenství a podporu. Na rozdíl od AT poraden je také klientům věnováno podstatně větší množství času, čímž se zvyšuje efektivita léčby.

1.2 Kognitivně – behaviorální psychoterapie a léčba závislosti

V psychoterapii se uplatňuje několik přístupů a směrů, které mají odlišnou teorii. Cíl je u všech stejný. Mezi hlavní směry (uznávané odbornými kruhy v ČR) patří podle Kaliny (2003) kognitivně-behaviorální psychoterapie, hlubinná a dynamická psychoterapie, humanistická psychoterapie, rodinná a systematická psychoterapie, hypnotické a relaxační přístupy a integrativní přístupy. Dominantními směry v léčbě jsou **behaviorální a kognitivně-behaviorální terapie**.

Behaviorální terapie vychází z této teorie: „*Z behaviorálního hlediska je lidské chování výsledkem procesu učení, tudíž stejné procesy učení, které vytvářejí problémové chování, jej mohou změnit.*“ (Praško, Možný, Šlepecký, 2007, s. 862). Učení je nejvíce ovlivněno sociálním prostředím a prožitými situacemi. Touto metodou lze ovlivnit i emoce a myšlení. Známe tři teorie učení, díky nimž patologické chování vzniká, ale může být i napraveno neboli přeučeno. Jsou to: **klasické podmiňování**, které způsobuje, že určité podněty spojené s drogou, ať už podmíněné, či nepodmíněné, vyvolají bažení (mohou to být místa, situace, určité časy i osoby); **operantní podmiňování** můžeme sami ovlivňovat, jedná se o upevňování či oslabování určitého vzorce záměrného chování, které vychází z přímých důsledků chování již aplikovaného. Pokud nám naše chování přineslo nějakou výhodu (např. aplikace drogy nám umožnila být celou noc vzhůru a učit se), je vysoce pravděpodobné, že tento vzorec chování použijeme i při další příležitosti – pozitivní posílení. Negativní posilování funguje úplně stejně jako pozitivní, pokud nám naše chování přivodí nechtěný, negativní důsledek (např. uijeme poprvé OPL a dostaví se silné nežádoucí účinky), pravděpodobně nebudeme v tomto chování dále pokračovat. Rozhodujícími jsou přímé aktuální důsledky, ne ty, o nichž víme, že by v budoucnu mohly přijít. Posledním zástupcem je **sociální učení** neboli učení nápodobou. Jde o nejrychlejší typ učení, jehož součástí jsou i kognitivní procesy. Na počátku stojí pozorování vybraného objektu a poté nastane fáze aplikace/napodobení osvojeného vzorce chování.

Kognitivní teorie vychází ze všech kognitivních neboli myšlenkových operací, které probíhají v našem mozku a které slouží ke zpracování informací ze všech tělních receptorů. „*Podle kognitivní teorie jsou závislosti extrémně komplexní procesy, které jsou charakterizované hluboko uloženými a přetrvávajícími maladaptivními přesvědčeními (jádrová přesvědčení). Ta se vytvářejí v raném dětství vlivem působení kritických zážitků a zkušeností a ze začátku nejsou nijak spojena s užíváním alkoholu či drog.*“ (Praško, Možný, Šlepecký, 2007, s. 866). Spojením této teorie s teorií behaviorální vznikla kognitivně-behaviorální teorie.

Kognitivně-behaviorální terapie (dále KBT) se odvíjí od vstupního vyšetření, které probíhá ve třech úrovních: behaviorální analýza, kognitivní analýza a

funkční analýza. Behaviorální analýza se provádí pomocí A-B-C analýzy, která zjišťuje spouštěče, chování klienta a následky užívání OPL. Kognitivní analýza spočívá ve sběru dat týkajících se klientova dětství, rodiny, jeho myšlenek, pocitů, názorů, přesvědčení, chování a aktuálních problémů. Funkční analýza slouží k odhalení funkce problému u klienta – jaké má místo v jeho životě, jak ovlivňuje klienta, jeho chování i prožívání, a jaké výhody mu z něj plynou. Dále odkrývá jeho silné a slabé stránky, vědomosti, schopnosti a dovednosti. Po zjištění možných komorbidit se přistoupí k formulaci problému, který vyplývá z provedených vyšetření. Tento model je následně představen klientovi, který se k němu vyjádří a popřípadě jej doplní. Tato formulace je výchozím bodem terapie, podle níž se stanovují první cíle. Formulace se během léčby neustále upravuje.

Terapie probíhá formou sezení podle společně vytvořeného individuálního plánu. Sezení mají danou strukturu. Na začátku se vytyčí cíl a program sezení, zhodnotí se pocity a nálada. Poté se zrekapituluje minulé sezení (obě strany) a následně je klient vyzván k shrnutí toho, co zažil mezi posledním a aktuálním sezením. Pokud se stalo něco závažného, řeší se aktuální problém a stanovené téma se s ním buď propojí, nebo se odloží. Po probrání daného tématu, které je neustále vztahováno ke klientovi, je potřeba získat zpětnou vazbu klienta. Dále terapeut zadá „domácí úkol“, zrekapituluje celé sezení a zopakuje důležité body léčby (např. práce s bažením, prevence relapsu, rizikové situace, atd.). V procesu KBT je kladen důraz na neustálé vrácení se k zásadním momentům léčby (rodina, relaps, bažení,...) a klientovým úspěchům i neúspěchům. Zásadními tématy KBT jsou bažení, relaps, plánování, sociální dovednosti, předvídaní rizik a vztahy.

2. Nová metoda práce se závislími na pervitinu

V rámci ambulantní poradensko-terapeutické práce patří práce s pervitinovými klienty mezi velmi rozšířený fenomén. Řada klientů má motivaci svou nelehkou otázku řešit, ne však za zdmi léčebny či komunity. V rámci hledání pracovních postupů pro tyto klienty vznikla níže popsaná metodika. Za její vznik vděčíme spolupráci s organizací Foundation 66, na jejíž půdě vznikla její původní verze pro uživatele kokainu a cracku. Vzájemná spolupráce byla realizována díky projektu s názvem „DOKÁŽU TO?“ s registračním číslem CZ.1.04/5.1.01/12.00005, jehož realizátorem je P-centrum v Olomouci a který je zaměřen právě na tvorbu intervenčního programu ke zvládnutí závislosti na pervitinu. Projekt je realizován v rámci Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost a je spolufinancován Evropským sociálním fondem a rozpočtem České republiky. Díky projektu a následně rozvíjející se kooperaci dnes pracujeme s novou metodikou, která pomáhá uživatelům pervitinu na cestě k abstinenci. Dalšími institucemi, které se na práci s novou metodikou podílejí, jsou Podané ruce a Vojenská nemocnice Olomouc.

2.1 Mateřská instituce Foundation 66

Dříve než se budeme věnovat samotnému intervenčnímu programu, seznámíme čtenáře s organizací, kde metodika vznikla.

Společnost Foundation 66 (dříve Rugby house) byla založena v roce 1986. Původně působila jako krizové centrum v Holbornu, v budově ragbyové školy (odtud její název). Později se začala specializovat a poskytovat své odborné služby lidem závislým na alkoholu a drogách. Následný rozvoj organizace zapříčinil, že brzy začala své služby poskytovat po celém Londýně, kde do té doby žádné služby tohoto typu neexistovaly nebo kde nebyly poskytovány pro specifické skupiny, jako jsou etnické minority, osoby s postižením, rodiny s dětmi atd.

Společnost Foundation 66 má významné zkušenosti s ambulantní léčbou osob s drogovou závislostí. Je spoluautorem metodiky ambulantní práce ve Spojeném království a spolupracuje s Britskou vládou. Více informací čtenář nalezne na webových stránkách organizace (<http://arp-uk.org/>).

2.2 Krátký intervenční program pro uživatele kokainu a cracku a jeho transformace na pervitinový program

Otcem myšlenky Krátkého intervenčního programu je Aidan Gray, který vytvořil dva programy pro uživatele kokainu a cracku. Čtenář se může seznámit s tímto programem na: http://www.pcentrum.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=7&Itemid=13.

Zmíněný program nabízí pro práci s klientem dvě varianty použití. První z programů (Nízkoprahový dvoutýdenní program) slouží klientům, kteří nechtějí s užíváním přestat a nejsou motivováni pro abstinenci. Cílem tohoto programu jsou dvě sezení, během nichž jsou klientovi poskytnuty informace důležité pro jeho užívání. Dá se říct, že má podobu důležitých a pro pervitin specifických harm reduction informací. Pokud se podaří v rámci tohoto programu vzbudit u klienta zájem o další práci, může klient dále pokračovat v druhém dvanáctitýdenním programu.

Druhý program (Dvanáctitýdenní krátký intervenční program) je určen klientům motivovaným k abstinenci. Tento probíhá v délce dvanácti sezení. Specifičnost tohoto programu spočívá v tom, že běží souběžně s hlavním léčebným programem. Jedná se v podstatě o dvanáct hodin pro klienta nad rámec běžných ambulantních setkávání.

Překlad výše popsaných programů byl od 1. 1. 2010 používán pracovním

týmem sedmi terapeutů, kteří byli autorem metodiky proškoleni. Terapeuti prováděli program s klienty (uživatelé pervitinu) a zkušenosti s ním zanesli do kasuistických spisů (100 kasuistik). Tyto kasuistiky i samotné pracovní zkušenosti byly vyhodnocovány na pravidelných evaluačních setkáních, kde roli evaluátora sehrál Dr. Miroslav Charvát z Katedry psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého.

Po ročních zkušenostech jsme díky výsledkům evaluace mohli dát programu novou podobu, a to tak, aby byl pro české klienty účinný a atraktivní.

Proces transformace metodiky pro kokain a crack na metodu pro uživatele pervitinu se odehrával v následujících etapách:

1. Pro naši práci klíčová publikace (AIDAN GRAY (2006) Final draft crack/cocaine Brief intervention. London. Rugby House.) byla přeložena do češtiny a poskytnuta všem odborným pracovníkům projektu.
2. Přeložený text prošel odbornou korekturou. Všechny informace ohledně působení kokainu a cracku na lidský organismus byly odstraněny a na jejich místo byly přiřazeny pasáže týkající se působení pervitinu. Takto vznikla nová metodika transformovaná pro účel práce s lidmi závislými na pervitinu. (Pracovní název metodiky: Pervitin 1.1) Osnova této verze je uvedena v příloze č. 1.
3. Metodika Pervitin 1.1 byla využita při práci s klienty. Klientům, kteří spolupracovali v tomto programu, byla sejmuta anamnéza pomocí škály Europe ASI. Celkem bylo sejmuto sto anamnéz, na jejichž základě byly vypracovány jednotlivé kasuistiky. Na projektu pracovalo celkem sedm odborných pracovníků (psychologové, terapeuti, speciální pedagogové, sociální pracovníci), kteří snímali data svých klientů. Každý měsíc byla práce vyhodnocena na společných setkáních. Po sejmutí poloviny kasuistik byly tyto vyhodnoceny a na základě tohoto hodnocení proběhla evaluace pro další úpravy metodiky. **Analýza těchto kasuistik je obsažena v další kapitole tohoto článku.**
4. V rámci výstupů z evaluačních setkání vznikla metodika s pracovním názvem: Pervitin 1.2. Tato byla konzultována a dále ověřována stejně jako metodika pervitin 1.1. Navíc se však na její další transformaci podílel odborník z Velké Británie, který byl seznamován s našimi výstupy jak průběžně během programu, tak v rámci dalšího setkání na půdě Rugby house. Ze zmíněných konzultací a dalších evaluací vznikla finální metodika Pervitin 1.3.

3. Analýza kasuistických spisů

Celkový počet kasuistických spisů pro první evaluaci naší práce činil 55. Vytvořili jsme 2 soubory. První soubor kasuistik obsahuje získané informace z krátkého

programu (program pro tři setkání) a druhý soubor kazuistik obsahuje informace týkající se dlouhého programu (dvanáctitýdenní program).

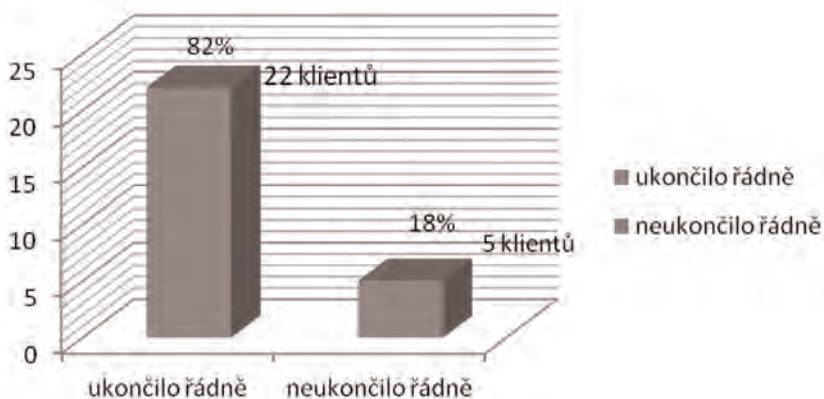
První otázka se zaměřuje na způsob, jakým byla ukončena práce na metodice, jestli byla metodika ukončena řádně či nikoli. V případě, že metodika nebyla ukončena řádně, jsou další částí otázky směřovány k zjištění, který modul byl rozhodující pro ukončení terapie. Dotazujeme se také, jaké byly důvody pro její ukončení. Další otázkou se snažíme zjistit, zdali klient pokračuje v jiném typu terapie. Následující otázky jsou orientovány na použité moduly. Jedna z částí otázky se ptá, které moduly účastníkům projektu dělaly dobře a proč, druhá část se snaží zjistit, se kterými moduly se pracovalo špatně a proč. Předposlední otázka se snaží zjistit návrhy terapeutů ke změně nebo doplnění metodiky. Poslední otázka dává prostor pro vypsání dalších poznámek.

3.1 Analýza kasuistických spisů krátkého programu

Celkový počet kasuistických spisů krátkého programu je 27.

V 1. otázce jsme se dotazovali na způsob, jakým byla ukončena práce na metodice. Chceme získat odpověď, kolik klientů ukončilo sezení řádně a kolik jich léčbu nedokončilo.

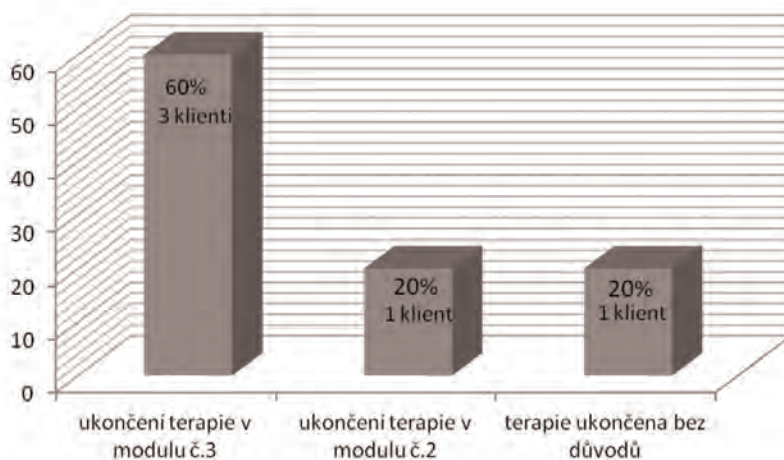
Graf č. 1 : Jakým způsobem byla ukončena práce na metodice.



Z grafu č. 1 vyplývá, že 82 % klientů řádně metodiku ukončilo. Zbývajících 18 % klientů ukončilo sezení předčasně, tudíž metodiku neukončili řádně.

Ve 2. otázce jsme se snažili zjistit, který modul byl nejčastější pro ukončení terapie, a získat tak různé důvody, pro které byla terapie ukončena.

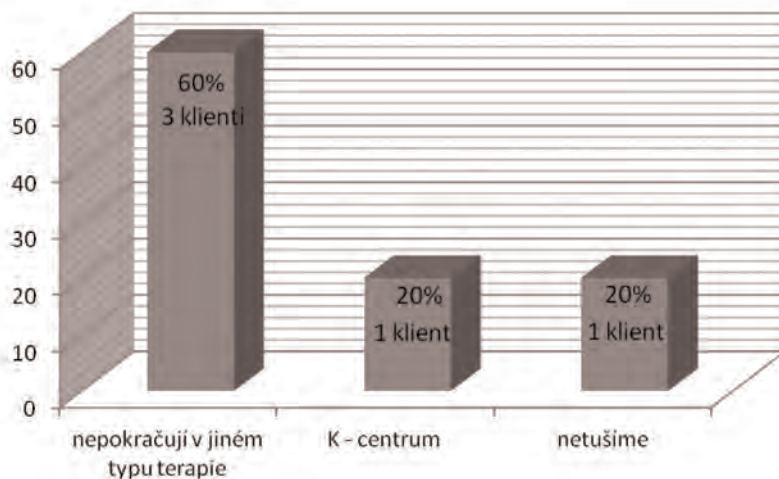
Graf č. 2: Ve kterém modulu byla terapie ukončena a jaké byly důvody pro její ukončení.



Z grafu č. 2 je patrné, že 60 % ukončilo terapii v modulu č. 3. Důvodem pro ukončení terapie u první klientky byla skutečnost, že si našla práci mimo Olomouc. U druhého klienta bylo důvodem nedokončené terapie jeho úmrtí. Třetí klientka otěhotněla, a pomoc, jak uvedla, nepotřebuje. Dle jejích slov stále neuzívá. 20 % klientů ukončilo terapii v modulu č. 2. U dalších 20 % klientů důvod ukončení sezení není znám, protože se na další dohodnuté sezení nedostavili.

Ve 2. otázce také zjišťujeme, zda klient pokračuje v jiném typu terapie a srovnáváme souvislost s důvody ukončení.

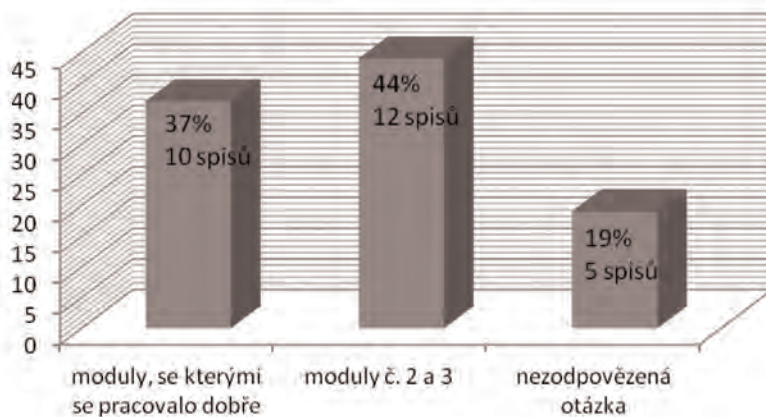
Graf č. 3 : Klientovo pokračování v jiném typu terapie.



Graf č. 3 poukazuje, že 60 % klientů nepokračuje v jiném typu terapie. Jedná se o klienty, z kterých si jeden našel práci mimo Olomouc, druhý zemřel a třetí klient podal revers. 20% klientů, kteří sezení ukončilo z důvodu těhotenství, dochází do Kontaktního centra. U dalších 20 % klientů, u kterých důvod ukončení sezení není znám, netušíme, zda v jiném typu terapie pokračují.

Otázka č. 3 zjišťuje, které moduly se terapeutům dělaly dobře a proč.

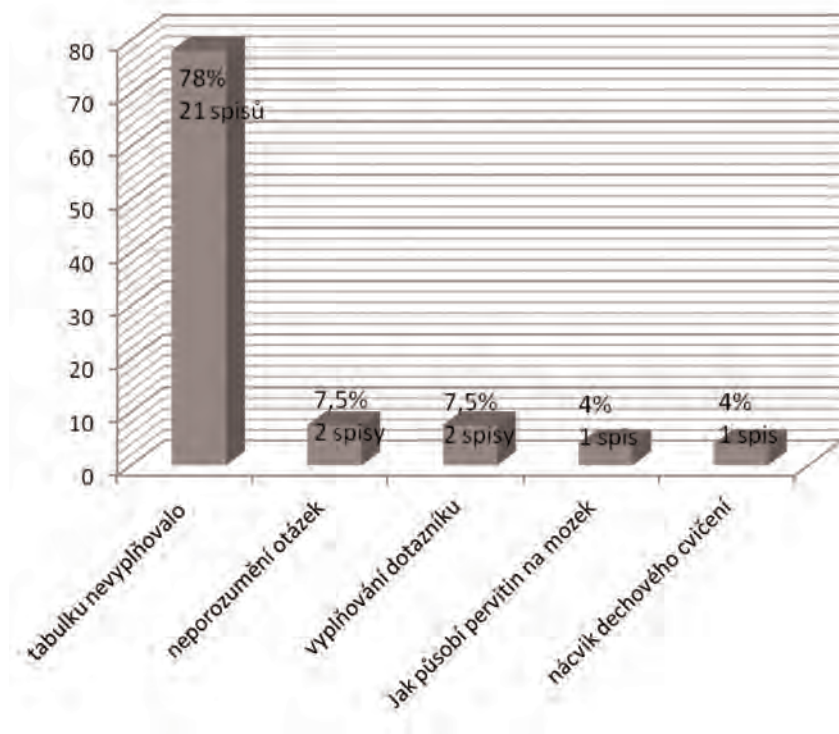
Graf č. 4: Které moduly se dělaly dobře a proč.



Celkový počet kasuistických spisů pro krátké sezení je 27.

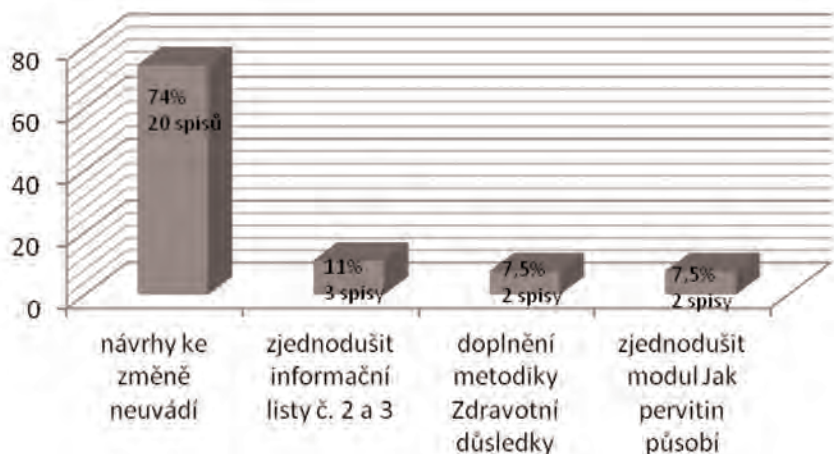
V grafu č. 4 vidíme, že se terapeuti v 37 % kasuistických spisech zmiňují o všech modulech pozitivně. Tato kategorie zahrnuje přínos informačních modulů a také možnost klienta mluvit o svých problémech. Další moduly, které se terapeutům dělaly dobře, jsou moduly č. 2 a 3. Těchto spisů je 44 % a obsahují informace, že při sezení používáme pomocné techniky (např. balón, video). V dalších 19 % spisech nebylo na otázku odpovězeno.

Graf č. 5 : Moduly, se kterými se pracovalo špatně a proč.



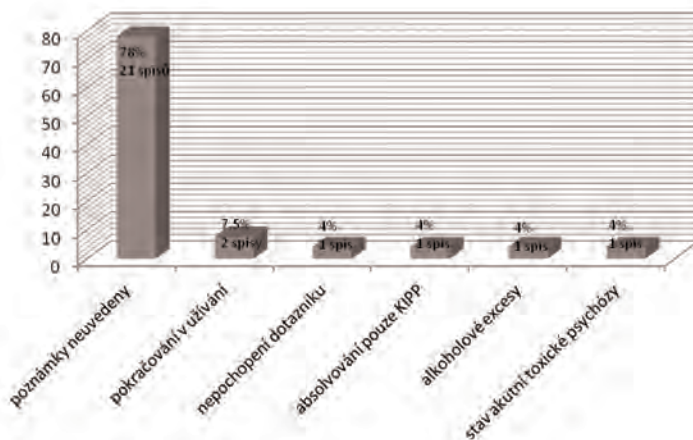
Z grafu č. 5 je zřejmé, že terapeuti tuto kolonku nevyplňovali v 78 %, tudíž se jim z těchto procent špatně s moduly nepracovalo. Dále jsme zjistili, že v 7,5 % měli klienti problémy porozumět otázkám v dotazníku DES. Špatně se pracovalo i při vyplňování psychologického dotazníku v 7,5 %, kde terapeut narazil s klientkou na bolestné téma. Téma Jak působí pervitin na mozek nebylo ve 4 % pro klienta moc příjemné. Objevily se i chutě na pervitin. Návčik dechového cvičení byl obtížnější ve 4%.

Graf č. 6: Jaké jsou návrhy ke změně či doplnění metodiky.



Z grafu č. 6 vidíme, že 74 % spisů neuvádí návrhy ke změně, takže jsou klienti i terapeuti s programem spokojeni. Dále zjišťujeme, že v 11 % spisů se píše o požadavku zjednoduší informační listy k modulům č. 2 a 3, protože klienti některá slova a věci nechápu. Doplnění metodiky Zdravotních důsledků se požaduje v 7,5 %. Dozvěděli jsme se, že klientka řeší otázku, jak snížit svoji váhu, protože během abstinence hodně přibrala. Dále se také zajímá, co jíst v době, kdy užívá pervitin. Další klient zase nerozuměl tématu psychóza. Zjednodušení modulu Jak pervitin působí a dotvoření ukázek k tématu požadují terapeuti v 7,5 %.

Graf č. 7: Další poznámky.

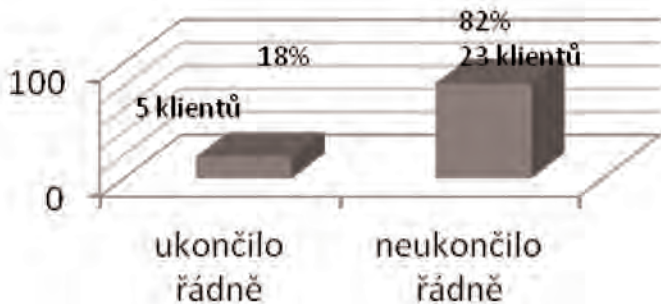


Z grafu č. 7 můžeme vyčíst, že terapeuti v 78 % nevedli další poznámky. Drogy nadále užívat chtějí klienti v 7,5 %. Problém s pochopením a vyplňováním dotazníku DES mělo 4 % klientů. 4 % klientů se rozhodlo absolvovat pouze Krátký intervenční program a 4 % klientů po celou dobu abstinovala, ale měla pár alkoholových excesů. Další 4 % klientů bylo podle terapeutova názoru v akutní toxické psychóze, takže klient zkresloval informace kvůli paranoidně laděnému myšlení.

3.2 Analýza kasuistických spisů dlouhého programu

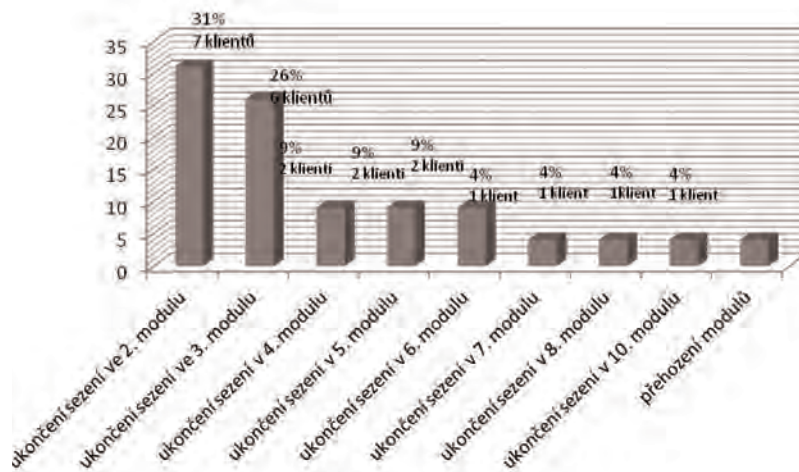
Celkový počet kasuistických spisů dlouhého programu je 28. Otázky jsou stejně formulované jako u krátkého programu.

Graf č. 8: Jakým způsobem byla ukončena práce na metodice.



Z grafu č. 8 vyplývá, že 18 % klientů ukončilo sezení řádně. 82 % účastníků programu metodiku neukončilo řádně.

Graf č. 9 : Ve kterém modulu byla terapie ukončena a její důvody pro ukončení.



Graf č. 9 uvádí, že 31 % klientů ukončilo sezení ve 2. modulu . Z toho: 13 % klientů (4 klienti) odešlo z neznámých důvodů. Na telefony a SMS nereagovali. Je zde pravděpodobný relaps. 7 % (2 klienti) klientů ukončilo účast na metodice, protože se zlepšovala situace doma a měli možnost žít znovu s rodiči. Klienti už centrum nekontaktovali. 3,5 % (1 klient) klientů oznámilo, že v programu končí, protože jejich situaci s terapeutem dobře probrali. Tato klientka si našla přítele bez drogové minulosti a situace doma se také zlepšuje, protože rodiče vidí, že se klientka snaží.

26 % klientů ukončilo sezení ve 3. modulu. Z toho: 8 % klientů (2 klienti) neudalo důvod předčasné ukončení léčby, dalších 8 % (2 klienti) klientů pro počínající halucinace bylo předáno na psychiatrii a u dalšího klienta byly předány kontakty na „detox“. Klient nechtěl přijít sám do centra, proto volala terapeutovi jeho přítelkyně. 4 % (1 klient) by nestihlo program řádně ukončit, protože dostalo práci mimo Olomouc, a dalších 4 % (1 klient) není motivováno pro abstinenci. Terapeut u této klientky dochází na „detox“ (psychiatrická léčebna), ale spolupráce bude časově omezená pro její chybějící motivaci k léčbě.

9 % klientů ukončilo sezení ve 4. modulu. Ve spisech zjišťujeme, že jeden klient zrelapsoval, a na další sezení nepřišel. Druhý klient ukončil tedy sezení v Zavření dveří za nákupem drog, ale důvod není znám.

V modulu č. 5 ukončilo sezení 9 % klientů. Důvody byly absence docházky na základě relapsu.

Dalších 9 % klientů program ukončilo v 6. modulu. Jeden klient odešel z léčby kvůli alkoholu, druhý považoval práci na Vzorech užívání za náročnou, protože se mu „rozjely chutě“.

4 % klientů ukončilo sezení v 7. modulu, protože klient dosáhl poznání, že má

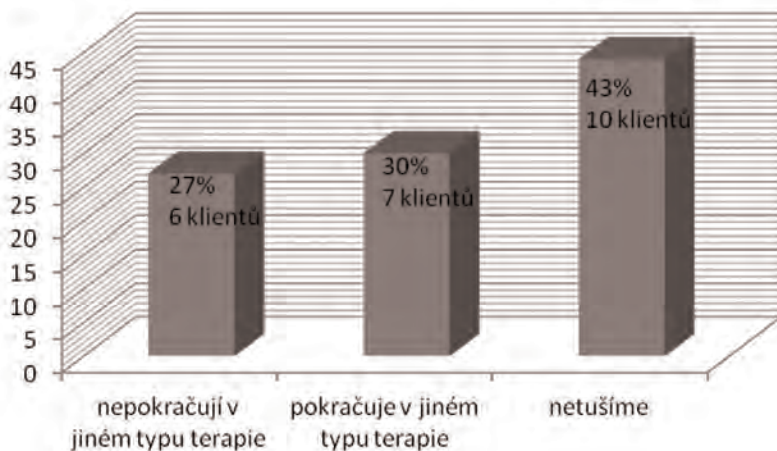
psychické potíže a nastoupil do léčby.

Další 4 % klientů ukončilo léčbu v 8. modulu, protože není schopno vyhnout se riziku relapsu.

V 10. modulu ukončilo sezení 4 % klientů z důvodu, že získali všechny dostatečné informace.

Specifický případ jsme zaznamenali u 4 % klientů. Zde byl modul č. 7 vynechán a terapeut začal s modulem 8. Vzhledem k recidivě klient sezení v tomto modulu ukončil.

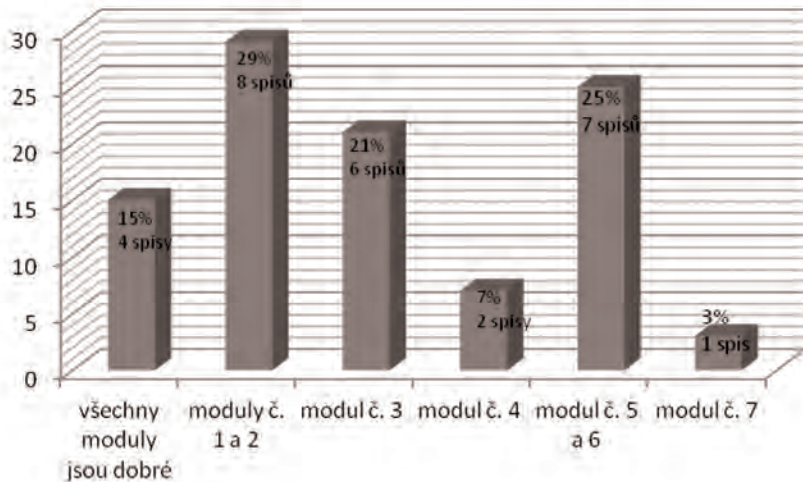
Graf č. 10: Klientovo pokračování v jiném typu terapie.



Z grafu č. 10 vidíme, že 27 % klientů další terapii nepodstoupila. 30 % klientů pokračuje v jiném typu terapie. Jedná se o individuální psychoterapii, domluva léčby v terapeutické komunitě, a také psychiatrickou léčebnu. O 43 % klientech nevíme, zdali jiný typ terapie absolvují.

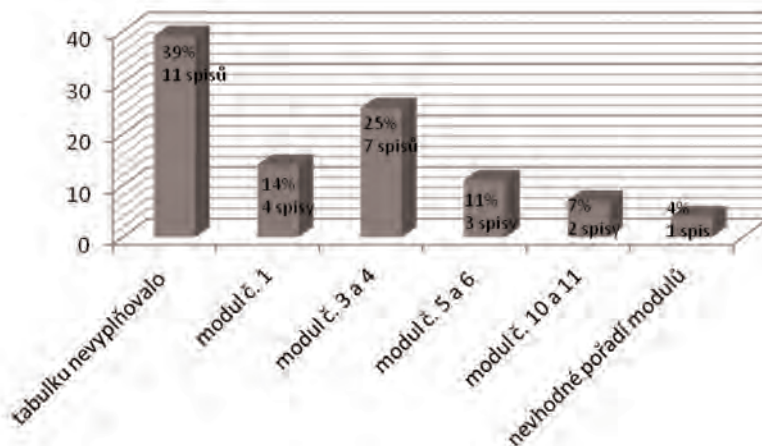
Celkový počet kasuistických spisů pro krátké sezení je 28.

Graf č. 11: Které moduly se dělaly dobře a proč.



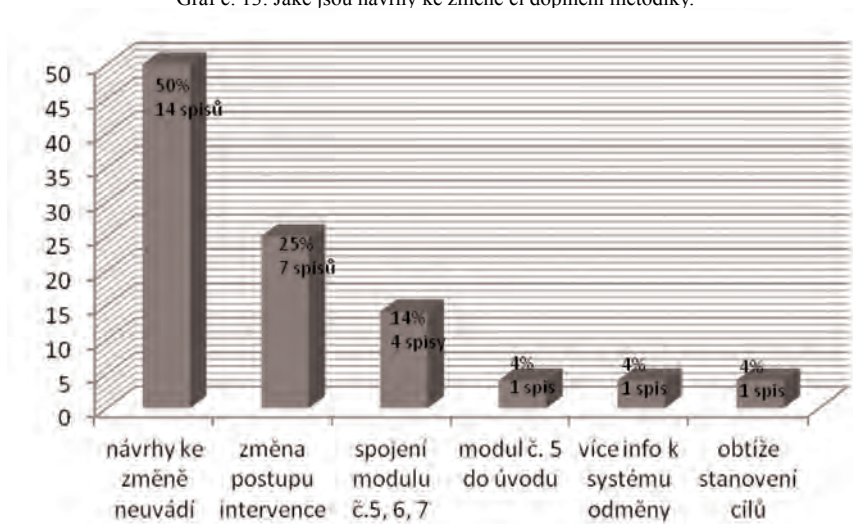
Graf č. 11 uvádí, že 15 % kasuistických spisů považuje všechny moduly za dobré. Moduly č. 1 a 2 se prováděly dobře terapeutům, jak uvádí 29 % spisů, protože klienti o toto téma jeví zájem. Modul č. 3 se projevil ve 21 %, protože klient vítá nové informace, doptává se a tím lépe spolupracuje. Modul č.4 se objevuje v 7 % spisech, protože klient tak nachází nová řešení. Moduly č. 5 a 6 v 25 % se dělaly dobře proto, že reflektují potřebu klienta porozumět své závislosti, a proč se chování, jež vede k užívání, opakuje. Modul č.7 se objevuje ve 3 % spisů.

Graf č. 12: Moduly, se kterými se pracovalo špatně a proč.



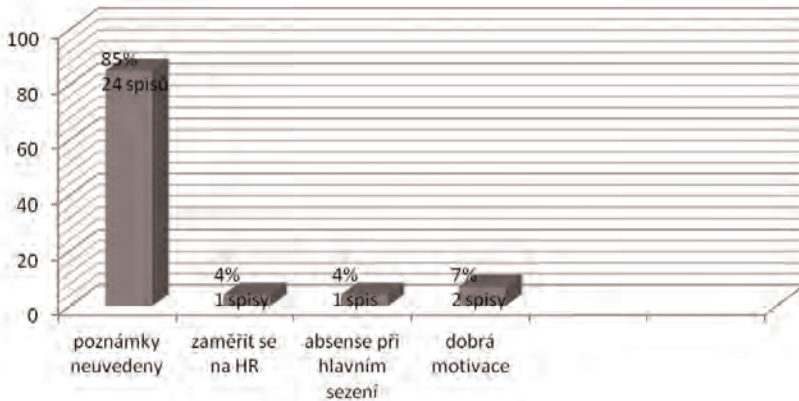
Z grafu č. 12 zjišťujeme, že 39 % spisů se nezmiňujeme o modulech, které by se dělaly špatně. Modul č. 1 se dělal špatně terapeutům, protože klienti nebyli moc sdílní, jedná se o 14 %. Modul č. 3 a 4 se terapeutům nedělal dobře, protože téma je obsáhlé a působí jako zastrašování, což se nejeví jako účinné. Zavírání dveří za nákupem drog teoreticky působí přehledně, ale realizace je obtížnější. Jedná se o vyjádření ve 25 % spisů. Moduly č. 5 a 6 se často zbytečně opakují, a jde v podstatě o totéž. Další terapeut uvádí, že se mu tyto modely zdají být náročné a klientovi se „rozjíždějí chutě“. Jedná se o 11 % spisů. S moduly č. 10 a č. 11 se pracovalo špatně, protože klienti se s tímto tématem nechtěli svěřovat. Jedná se o 7 % spisů. Jednomu terapeutovi nevyhovovalo pořadí modulů. Jedná se o 4 % spisů.

Graf č. 13: Jaké jsou návrhy ke změně či doplnění metodiky.



Z grafu č. 13 se dovidíme, že v 50 % spisů se terapeuti nezmiňují o doplnění metodiky. Ve 25 % spisů terapeuti navrhnou, aby byla činnost intervence otočena: analýza, cykly a vzorce, působení na mozek a tělo, spouštěče. Moduly č. 5, 6, 7 by se měly spojit a něco z nich vypustit. Toto se objevuje ve 14 % spisů. 4 % spisů navrhnou, aby se modul č. 5 dal na úvod. Další 4 % zmiňují přidání informací o systému odměny. V posledních 4 % spisů si terapeuti stěžují, že bylo náročnější hned v úvodních sezeních stanovovat konkrétní cíle.

Graf č. 14: Další poznámky.



Graf č. 14 ukazuje, že 85 % spisů neobsahuje další poznámky. Ve 4 % spisů se terapeut zmiňuje o klientce, která je ve stádiu fascinace drogami, takže vážný zájem o abstinenci nemá, proto se zaměříme především na informace o harm reduction v rámci zdravotních důsledků. 4 % spisů obsahuje informaci o klientce, která z časových důvodů nechtěla navštěvovat hlavní sezení. 7 % spisů obsahuje poznámky, že klienti byli silně motivováni z domu, nebo pozitivum bylo, že klientka měla s terapeutem již navázaný terapeutický vztah z dřívější doby.

3.3 Diskuse

Úspěšnost řádného ukončení práce na metodice krátkého programu (program pro tři setkání) byla v 82 %, úspěšně metodiku dlouhého programu (dvanáctidenního programu) dokončilo 18 % klientů. První výsledek vypovídá o znatelně lepším skóre dokončení programu pro tři setkání. V případě, že se začneme zabývat otázkou, proč jsou data tak rozdílná, bychom měli vzít v potaz skutečnost, že lepší výsledky řádné úspěšnosti nejspíše tkví v kratší intervenci, zaměření se na jiné cíle a kladení si jiných požadavků pro možnost zařazení klienta do metodiky. Jak už jsme se zmínili v teoretické části při popisu metodiky a její verze pro tři a dvanáctidenní setkání, pro zařazení klienta do krátkého programu je důležité, aby byl zařazen do systému léčebných zařízení. Abstinence však klient schopen není. Proto je zařazen právě do tohoto nízkoprahového programu, kde zdůrazňujeme nutnost minimalizovat rizika spojené s užíváním. Snažíme se klást důraz na další účast v léčbě vzhledem ke krátké intervenci. I přesto je výsledné číslo pozitivního charakteru, protože většina v krátkém programu uspěla a „pouhých“ dalších 18 % klientů léčbu řádně nedokončilo.

Modul č. 3 se stal v 60 % v krátkém programu nejčastějším důvodem pro ukončení metodiky. Jak jsme mohli dle grafu č. 2 zjistit, tak důvod pro předčasné

ukončení metodiky byly životní situace, mezi které řadíme klientovo získání pracovního místa mimo působiště zařízení metodiky, otěhotnění klientky a úmrtí klienta. Ukončení intervence ve 20 % bylo v modulu č. 2 a u dalších 20 % klientů důvody ukončení neznáme. Informace, že klient pokračuje nebo nepokračuje v jiném typu terapie, je patrná v grafu č. 3. 60 % klientů jinou léčbu nenavštěvuje, 20 % využívá služeb K – centra a u dalších 20 % klientů nevíme, zda jinou terapii vyhledali, či nikoli. U dlouhého programu jsou si výsledky velice blízké. 27 % klientů v jiné terapii nepokračuje a 30 % jiný typ terapie vykonává. Výsledek 43 % vypovídá o tom, že nevíme, zda klienti se jinak snaží do jiných typů zařízení a léčby dostat. Co se týče řádně ukončené léčby v dlouhém sezení, 31 % klientů se rozhodlo ve 2. modulu ukončit práci na metodice. 26 % klientů ukončilo program ve 3. modulu a další ukončení sezení v modulech se rozdělila do 9 % a 4 %.

Otázka č. 3 zjišťovala, na kterých modulech se terapeutům s klientelou pracovalo dobře. U krátkého programu se ve 37 % spisů objevovalo, že se s metodikou komplexně pracuje dobře. Moduly č. 2 a č. 3 se pozitivně jevíli terapeutům ve 44 %. U dlouhého programu se dobře terapeutům pracovalo s moduly č.1 a č. 2 ve 29 %, sestupnou tendenci úspěšnosti zaznamenáváme u modulu č. 5 a č. 6 ve 25 % a pouze v 15 % spisech jsme mohli zjistit, že terapeuti nemají potřeby moduly hodnotit na dobré nebo špatné.

Moduly, se kterými se pracovalo špatně, jsou v krátkém programu nejčastěji udávány v 7,5 % neporozumění otázek a problémy s vyplňováním dotazníku. Ve 4 % spisů se terapeuti dostali v průběhu metodiky s klientem do nepříjemné situace, kdy se objevily chutě na pervitin a další 4 % klientů mělo problém s nácvikem dechového cvičení. V 78 % spisech terapeuti neuváděli odpovědi. U dlouhého programu bylo 39 % spisů nevyplněno a ve 25 % spisů se terapeutům špatně pracovalo na modulech č. 3 a č. 4. A ve 4 % spisů se terapeutům nezdá vhodně zvolené pořadí modulů.

V kasuistickém spisu byl prostor i pro vyjádření terapeutů k možným návrhům na změnu metodiky. U krátkého programu v 74 % spisů terapeuti návrhy ke změně neuvádí. Z toho bychom mohli usuzovat, že takto zvolený způsob aplikování modulů je dostačující, tedy vhodný. V dalších 11 % je kladen důraz na to, že by se měly zjednodušit informační listy č. 2 a č.3. 7,5 % navrhuje rozšířit mantinely metodiky, která nese název Zdravotní důsledky, a další terapeuti v 7,5 % spisů uvádí, že by ocenili, kdyby se modul Jak pervitin působí zjednodušil. U dlouhého programu se v 50 % spisech terapeuti změny metodiky nedožadují. Ve 25 % spisech ale terapeuti navrhují změnit postup intervence. Ve 14 % spisech se dovídáme, že by terapeuti pro lepší práci s klienty spojili moduly č 5, 6, 7.

Další poznámky k metodice terapeuti v 78 % spisech krátkého programu neuvádějí a zbytek se ve 4 % zmiňuje o faktorech, se kterými se v průběhu sezení s klienty setkali. Jedná se o alkoholové excesy, stavy akutní toxické psychózy. U

dlouhého programu jsou v 85 % poznámky neuvedeny, ale o dobré motivaci se terapeuti vyjadřují v 7 % spisech.

4. Nová verze Krátkého intervenčního programu pro uživatele pervitinu (pervitin 1.3)

Častou otázkou při evaluaci zkušeností programu bylo, zda je program vhodný pro všechny uživatele pervitinu. Ukázalo se, že program vyžaduje určitou úroveň kognitivních schopností klienta. Rozsáhlá část programu je edukativní povahy. Je tedy nezbytné, aby byl klient schopen porozumět jednotlivým aspektům programu. Z tohoto důvodu bylo do programu zařazeno nulté sezení, kde probíhá tzv. explorativní rozhovor. Výsledkem rozhovoru je buď motivace klienta pro daný program, nebo doporučení jiné formy práce.

Další často řešenou otázkou byla nutnost existence dvou programů. Po vyhodnocení zkušeností jsme nakonec zhotovili program jeden, který využívá poznatků i zkušeností obou předchozích. Jestliže se klient nerozhodne pro abstinenci, je s ním spolupráce ukončena po nejnutnější edukaci. Jedná se o pochopení cyklů a vzorců užívání, zdravotních důsledků užívání a pochopení toho, jak pervitin působí.

V původní verzi sledovaného programu bylo dvanáct modulů, kterými klient postupně procházel a naplňoval jejich cíle. Paralelně s tímto programem pak probíhala běžná terapie. Tato cesta byla po zkušenostech vyhodnocena jako náročná z důvodu dvou setkání s klientem za týden (což je při ambulantní formě práce, za předpokladu, že si klient hledá práci nebo již pracuje, časově náročné). Z tohoto důvodu jsme propojili moduly programu, které mají spíše vzdělávací povahu, s terapeutickými postupy. Tímto průnikem vznikl takzvaný „**terapeuticko-intervenční program**“, jehož délka nepřesáhne 60 minut za týden.

Celková metodika se tak skládá z pěti částí. První z nich je **Explorativní rozhovor**, jehož cílem je zhodnotit, zda je pro klienta vhodný kognitivně behaviorální přístup této metodiky. Druhou částí je **Krátký intervenční program pro uživatele pervitinu**, který se stává z tzv. pevných modulů. V nich se řeší převážně funkční analýza klientova problému v návaznosti na pochopení působení pervitinu v mozku.

Třetí část metodiky je **Terapeuticko-intervenční program pro uživatele pervitinu**, který je volným pokračováním Krátkého intervenčního programu. Jeho obsahem jsou tzv. moduly volné. Ty mají podobu výběrových témat uzpůsobených k aktuálním potřebám klienta (zdravotní důsledky, vztah užívání drogy a kriminality, doléčování atd.).

Čtvrtou komponentou jsou **Pracovní listy**. Jedná se o dokumenty, které mají povahu vzdělávacích materiálů pro klienty a do kterých klient vyplňuje průběh, popř. dílčí výsledky své práce.

Poslední pátou částí jsou **Informační listy** pro klienty, na kterých jsou zjednodušeně popsány důležité poznatky týkající se závislosti a které si klient bere sebou na prostudování domů.

Metodika rovněž pamatuje na harm reduction a práci s relapsem. Tato dvě témata nemají své samostatné moduly, ale jsou zahrnuty v rámci pracovních listů. Po explorativním rozhovoru může terapeut zjistit, že klient není obeznámen s harm reduction. V této situaci může za pomoci informačního listu (harm reduction) informovat klienta o zásadách bezpečného braní.

Dalším tématem je laps či relaps klienta. V případě klientova uklouznutí použije terapeut Pracovní list (práce s lapsem a postupuje s klientem v souladu s tímto metodickým materiálem. Teprve po ošetření této situace je možno pracovat s metodikou dále.

Jak již bylo řečeno, Krátký intervenční program je postaven na principech kognitivně-behaviorální terapie. V duchu tohoto terapeutického směru jsme pracovali i my. Za klíčové považujeme sestavení funkční analýzy klientovy situace. Teprve poté přistupujeme k dalším aktivitám a modulům programu. Sestavení funkční analýzy bývá někdy náročné. Důležitým pomocníkem je pracovní list s názvem *Cykly užívání*, viz níže. Tento list vyplňuje pracovník společně s klientem a následně ho vztahují na další případy a situace. Metodika vychází z filosofie Kognitivně behaviorální psychoterapie. Odborný výcvik v této terapii však není nutný pro práci s metodikou. Metodika se tak stává nástrojem v rukou odborného pracovníka. Považujeme však za důležité proškolit případné zájemce o metodiku a naučit je s ní pracovat.

Součástí původního programu byly informační listy. Tyto texty měly za cíl informovat klienta o problematice, která je v procesu terapie aktuálně řešena. Při evaluacích těchto materiálů jsme postupně redukovali informace v těchto materiálech s cílem, aby jejich obsah byl co nejkratší, ale zároveň srozumitelný. Informační listy mají podobu didaktického materiálu, který má za cíl edukovat klienta o daných tématech.

Afilace ke grantu v českém a anglickém jazyce

OP LZZ-CZ

Název projektu/The name of the project: Dokážu to? /Can I do it?

Číslo projektu/The number of the project: 1.04/5.101/12.00005.

Literatura:

GRAY, A. (2006). Final draft crack/cocaine Brief intervention programme. London, Great Britain: ©NTA/ COCA/Rugby House.

Garris, A., & Wightman, M., & William, M., & Kenan, R. (1999). Dopamine Not Brain Pleasure. North Carolina, USA: Source Paul University of North Carolina – Chapel Hill.

Kalina, K. a kol. (2003). Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup. Praha, Česká republika: Úřad vlády České republiky.

Kalina, K. a kol. (2003). Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup. Praha, Česká republika: Úřad vlády České republiky.

Kalina, K. a kol. (2008). Základy klinické adiktologie. Praha, Česká republika: Grada Publishing.

Orders, A., & Gray, A. (2002). Crack and Cocaine: Good Practice Guidelines for Drug Treatment and Trstiny. Taegtmeier, Commissioned by London Probation Service. London, Great Britain: ©NTA/ COCA/Rugby House.

Procházka, R. (2010) Pochopíš a dokážeš to. E Pedagogium 2. Mimořádné vydání. 2010.

Praško, J., Možný, P., Šlepecký, M. (2007). Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch. Praha, Česká republika: Triton.

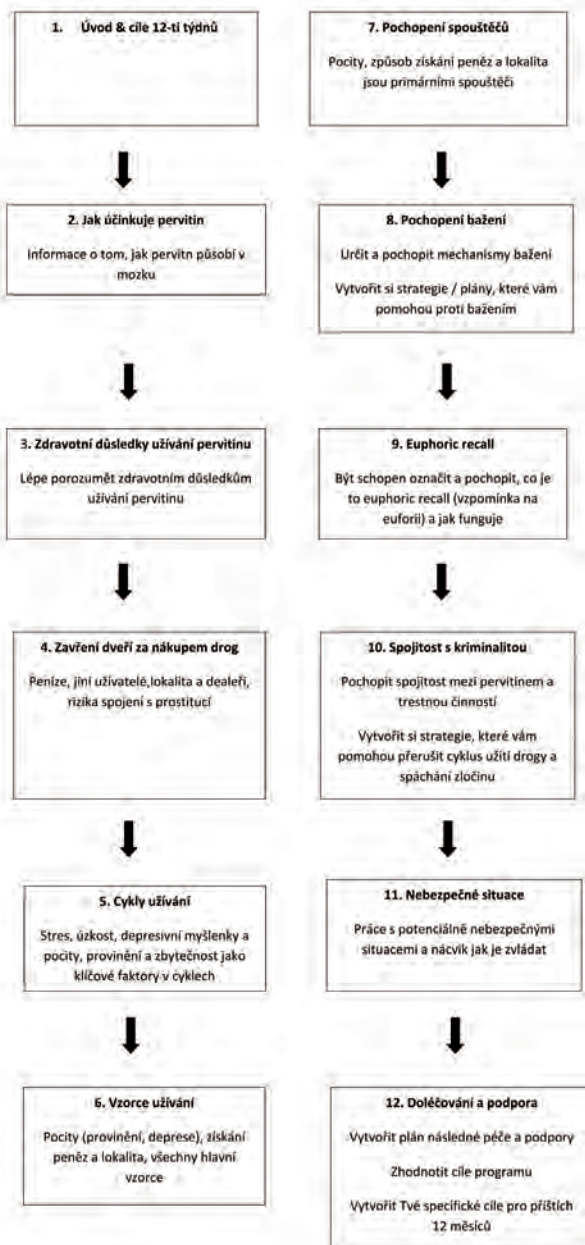
Radimecký, J. a kol. (2008). Návrh koncepce ambulantní adiktologické péče v České republice. Praha, Česká republika: Centrum adiktologie 1. lékařské fakulty a VFN, Univerzita Karlova.

ROTGERS, F. a kol. (1999). Léčba drogových závislostí. Praha, Česká republika: Grada Publishing.

RŮŽIČKA, M.. (2010). Krátký intervenční program pro ambulantní léčbu osob závislých na stimulantech. Adiktologie, 2010(1), 64–67.

RŮŽIČKA, M., ŠTEFLOVÁ, Z. (2011). Možnosti a formy ambulantní léčby osob závislých an pervitinu. Olomouc, Česká republika: UP.

Příloha č. 1 Osnova Krátkého intervenčního programu:



P-centrum

P-centrum je nestátní nezisková organizace, která poskytuje služby z oblasti prevence, péče o rodiny s dětmi, poradenství, léčby a doléčování závislostí.

P-centrum funguje od roku 1994, nabízí tři registrované sociální služby a 4 certifikované programy, naše služby využila mládež, tisíce dětí i dospělých klientů.

Následná péče nabízí program pro osoby, které ukončily nejméně tříměsíční léčbu závislostí a které podporujeme v novém začátku pomocí individuálních a skupinových aktivit a pomocí chráněných bytů.

Poradna pro alkoholové a jiné závislosti poskytuje podporu a poradenství lidem, kteří mají potíže s užíváním alkoholu, drog či hazardní hrou, a jejich příbuzným či osobám blízkým.

Rodinné centrum U Mloka se zaměřuje na podporu rodin s dětmi ve věku 6–15 let, které se dlouhodobě nachází v nepříznivé sociální situaci. S pomocí odborného poradenství, strukturovaných terapeutických programů a individuálních a skupinových aktivit pomáháme při řešení výchovných, vzdělávacích a rodinných problémů.

Centrum primární prevence nabízí lekce specifické primární prevence rizikového chování pro žáky základních a středních škol.

Galerie U Mloka je multi-žánrový kulturní prostor, který slouží k neformálnímu setkávání a k prezentaci převážně výtvarných, ale i hudebních, divadelních a literárních aktivit. Galerie U Mloka = umění bez drog.

Kontakty:

P-centrum provozuje své služby v historickém třípodlažním domě v centru města, na adrese:

P-centrum, Lafayettova 9, 772 00 Olomouc.

www.p-centrum.cz

E) p-centrum@p-centrum.cz T) 585 221 983 M)733 362 942

Poradna pro alkoholové a jiné závislosti

Odborné sociální poradenství - § 37 odst. b. zákona č.108/2006

Poslání

Posláním Poradny pro alkoholové a jiné závislosti P-centra Olomouc je poskytování odborných poradenských a terapeutických služeb lidem, kteří mají potíže s alkoholem, drogami či hazardní hrou u sebe nebo svých blízkých a sami nás vyhledají, neboť chtějí pomoc při zorientování se v jejich situaci a podporu při řešení problémů spojených se závislostí.

Cílová skupina

Primární cílová skupina:

Cílovou skupinou Poradny pro alkoholové a jiné závislosti jsou česky a slovensky hovořící osoby od 15 let, které:

- chtějí omezit experimentování s návykovými látkami nebo s ním přestat,
- jsou závislé nebo vnímají své užívání návykových látek jako problémové a chtějí to změnit,
- mají problém s hazardním hráčstvím a chtějí jej řešit,
- jsou negativně ovlivňovány návykovým chováním jejich blízkých, rodinných příslušníků a chtějí tuto situaci změnit.

Služba je poskytována i osobám se zdravotním postižením; osoby neslyšící si musí zajistit překlad do znakové řeči.

Sekundární cílová skupina:

Laická a odborná veřejnost se zájmem o problematiku zneužívání návykových látek a hazardního hráčství.

Zásady:

- podpůrné prostředí
- kvalita služby, profesionální a individuální přístup ke klientovi
- důstojnost a respekt
- poskytnutí služby bez zbytečných odkladů
- podpora samostatnosti klienta
- zachování mlčenlivosti v souladu se zákony ČR
- bezplatnost služby, v případě zájmu i anonymita

Doléčovací centrum

Služba následné péče – § 64 zákona č. 108/2006

Poslání:

Posláním Doléčovacího centra o.s. P-centrum Olomouc je prostřednictvím poskytovaných služeb podpořit klienty v jejich ukotvení, stabilizaci, začlenění do společnosti a zvládnání nároků každodenního života bez návykových látek a hazardní hry.

Služby poskytujeme lidem, kteří právě ukončili léčbu závislostí, chtějí pokračovat v cestě nastoupených změn a rozhodli se využít naši podporu.

Respektujeme jedinečnost každého klienta, jeho potřeby a cíle. Vnímáme klienty jako schopné nést zodpovědnost za sebe a své jednání.

Cílová skupina:

Osoby ve věku od 18 let se závislostí na návykových látkách/hazardní hře, které absolvovaly minimálně tříměsíční rezidenční léčbu závislosti a nastoupí bezprostředně po léčbě. Jsou motivovány k dlouhodobé abstinenci a chtějí podporu při zvládnání života bez návykových látek/hazardního hráčství a pomoc při svém sociálním začleňování.



Zásady:

- podpůrné prostředí bez drog a alkoholu
- kvalita služby, profesionální a individuální přístup ke klientům
- důstojnost a respekt
- bezplatnost služby (vyjma zvýhodněného bydlení)
- poskytování služby bez zbytečných odkladů
- podpora samostatnosti klienta
- zachovávání mlčenlivosti v souladu se zákony ČR

Centrum primární prevence

Poslání

Poskytujeme programy primární prevence pro třídní kolektivy základních a středních škol, interaktivní semináře pro studenty vysokých škol, odborná školení a akreditované kurzy pro pedagogy, individuální poradenství pro děti, dospívající, rodiče a pedagogy.

Centrum primární prevence je držitelem „Certifikátu odborné způsobilosti“ v poskytování Programu specifické primární prevence v rámci školní docházky.

Cílová skupina:

Primární cílová skupina:

- školní mládež 6–10 let (1. stupeň ZŠ)
- školní mládež 11–16 let (2. stupeň ZŠ)
- studenti středních škol 16–19 let (SŠ)
- učňovská mládež – příležitostní uživatelé drog (vysoce riziková skupina)
- děti z výchovných ústavů, dětských domovů, základních škol praktických – děti ohrožené drogami a sociálně nežádoucím chováním

Sekundární cílová skupina:

- rodiče (zákonní zástupci) a pedagogové

Zásady:

- Nasloucháme dětem a jejich problémům. Jsme citliví i k jejich drobným pokusům o komunikaci, protože není vždy snadné mluvit o svých starostech.
- Nezapomínáme, že každé dítě je individualitou a tudíž každé potřebuje i jiný přístup k řešení svých problémů.
- Podporujeme dobré vztahy mezi dětmi ve třídě.
- Chválíme děti i za drobné pokroky – pozitivní hodnocení je nejlepší motivací.
- Jsme otevření, mluvíme s dětmi o všech drogách (legálních i nelegálních) způsobem přiměřeným věku – nepodceňujeme informovanost dětí v této oblasti.
- Nepodceňujeme komunikaci a



spolupráci s pedagogy a rodiči dítěte, v případě hraničních situací konfliktu se zákonem nebo oprávněné potřeby zachycení a stabilizace klienta neváháme kontaktovat učitele či zákonného zástupce dítěte.

- Nevstupujeme s dětmi do koalice proti někomu jinému.
- Neslibujeme dětem věci, které nemůžeme splnit. Nezavazujeme se slibem mlčení k něčemu, co nemůžeme dodržet.
- Pamatujeme na to, že nástrojem prevence je i přiměřená represe.
- V případě potřeby se obracíme na další odbornou pomoc spolupracujících zařízení.

Součástí Centra primární prevence je také Galerie U Mloka – prostor určený k alternativním kulturním akcím bez alkoholu a drog.

Rodinné centrum U Mloka

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi podle § 65 zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách.

Poslání:

RC U Mloka se zaměřuje na cílenou a aktivní podporu rodin s dětmi ve věku 6–15 let, které se nacházejí v nepříznivé sociální situaci. Pomocí poradenství, individuálních a skupinových aktivit podporujeme rodinu v tom, aby byla schopna tuto nepříznivou situaci řešit sama.

Cíle:

1. Posilovat rodičovské kompetence a schopnost samostatného řešení nepříznivých nebo krizových sociálních situací,
2. učit děti pracovat s jejich výchovnými problémy, dodržovat pravidla a hranice, podporovat jejich samostatnost a sebevědomí, a to vše v bezpečném prostředí,
3. doprovázet rodiny v náhradní rodinné péči a posilovat jejich schopnost řešit obtížné situace.

Cílová skupina:

1. Rodiny s dětmi ve věku 6–15 let v sociálně nepříznivé situaci (sociální vyloučení, komunikační problémy, narušené vztahy v rodině, působení dlouhodobého stresu, traumata, nemoci),
2. neúplné rodiny s dětmi ve věku 6–15 let,
3. rodiny s dětmi ve věku 6–15 let s výchovnými problémy,
4. pěstounské rodiny s dětmi ve věku 6–15 let.



Zásady:

Rodinného přístupu

Aktivizace

Spolupráce s ostatními institucemi (PPP, OSPOD, škola, ...)

Týmové práce

Individuálního přístupu ke klientovi

Galerie U Mloka

Galerie U Mloka je místem neformálního setkávání a prezentace převážně výtvarných, ale i hudebních, divadelních a literárních aktivit. Soustředíme se na **objevování nových uměleckých trendů a počinů**. Těmito kulturními a společenskými aktivitami chceme mimo jiné přispět k otevření P-centra širší veřejnosti. Na většině akcí necháváme **vstupné dobrovolné**, a spoléháme tak na pochopení a projev podpory od samotných návštěvníků. Galerie Vám návštěvu zpříjemní posezením v klidném podzemním prostředí, **širokou nabídkou čajů, knihami k zapůjčení a příjemnou hudbou**.

Program galerie ročně obsáhne přibližně **deset výstav**, trvajících v průměru jeden měsíc. Hlavní prostor ve výstavním programu dáváme mladým začínajícím umělcům, uměleckým skupinám a kolektivům, přičemž tuto možnost prezentace jim nabízíme zdarma. Katalog výstav vydáváme jednou za dva roky (k dostání v galerii).

Nedílnou součástí galerijního programu se stal každoroční **Festival básníků**, který probíhá pravidelně od roku 2001 v květnu a představuje nejen české, ale i zahraniční autory a jejich tvorbu. Při příležitosti konání festivalu je vydáván almanach. Pořádáme také celoroční pondělní **filmový klub**. Dlouhodobě spolupracujeme s organizací Člověk v tísni, která nám zprostředkovává dokumenty z festivalu Jeden svět. Příležitostně probíhají koncerty, divadla, autorská čtení a besedy.

Galerii chápeme také jako centrum vzdělávání, výchovy a odpočinku. Proto věnujeme dostatek energie vzdělávacím aktivitám, jako jsou tematické **galerijní animace** pro děti základních škol a studenty středních škol. Tyto lekce kombinují metody primární prevence a muzejní pedagogiky, které využívají prvky artefietiky a dramiky. Účastníci aktivně pracují s konkrétním vizuálním materiálem, jehož pochopení se stupňuje v navazující debatě. Díky výtvarným technikám se zapojují haptické a optické vjemy, které umožňují tematiku prohloubit.

Naše poděkování patří všem pravidelným i občasným sponzorům a donátorům, našim dobrovolníkům, umělcům, a v neposlední řadě návštěvníkům. Ti všichni se podílejí na existenci nezaměnitelného genia loci Galerie U Mloka.

Galerie U Mloka, Lafayettova 9, 772 00 Olomouc

Otevřeno: **středa 16:00 – 20:00 a dvě hodiny před každou akcí**

(zavřeno o svátcích a letních prázdninách)

POZNÁMKY



PODPORUJEME
VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz

Projekt je financován z prostředků ESF prostřednictvím Operačního programu
Lidské zdroje a zaměstnanost a státního rozpočtu ČR.

Bulletin abstraktů a odborných článků
„DOKÁŽU TO?“
TEORIE A PRAXE LÉČBY ZÁVISLOSTÍ

V roce 2012 jako účelovou publikaci vydalo P-centrum

Odpovědní redaktoři
PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.
Mgr. Lucie Moudrá

Editoři
PhDr. Martin Dolejš, Ph.D.
Mgr. Miroslav Charvát, Ph.D.
PhDr. et Mgr. Roman Procházka, Ph.D.
PhDr. et Mgr. Dagmar Krutilová
Mgr. Michal Růžička, Ph.D.
Aidan Gray

Grafický design a sazba
Kateřina Manková

ISBN 978-80-260-2137-7

www.p-centrum.cz
www.contexo.cz
Vydání první
Náklad 250 kusů