

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE FILOZOFICKÁ FAKULTA

KATEDRA SOCIÁLNÍ PRÁCE

Bc. Lucie Simonová

## NÁSLEDNÁ PÉČE O DROGOVĚ ZÁVISLÉ

(Efektivita služeb programu chráněného bydlení Doléčovacího centra  
SANANIM za rok 2006)

Obor:	sociální práce
Forma studia:	prezenční
Akademický rok:	2006/2007
Vedoucí diplomové práce:	Doc. PhDr. Oldřich Matoušek
Oponent diplomové práce:	Mgr. Kamila Zogatová
Datum obhájení:	
Výsledek obhajoby:	

# Obsah

ÚVOD.....	7
<b>1. DROGY A DROGOVÁ PROBLEMATIKA .....</b>	<b>9</b>
1.1. ZÁKLADNÍ POJMY .....	9
<b>2. HISTORIE LÉČBY ZÁVISLOSTÍ V ČR .....</b>	<b>11</b>
2.1 HISTORIE LÉČBY.....	11
<b>3. SLOŽKY SYSTÉMU PÉČE V ČR.....</b>	<b>14</b>
3.1 TERÉNNÍ PROGRAMY .....	15
3.2 NÍZKOPRAHOVÁ KONTAKTNÍ CENTRA .....	18
3.3 LÉKAŘSKÁ AMBULANTNÍ PÉČE O ZÁVISLÉ.....	19
3.4 DENNÍ STACIONÁŘE .....	21
3.5 DETOXIFIKAČNÍ JEDNOTKY .....	23
3.6 STŘEDNĚDOBÁ ÚSTAVNÍ LÉČBA .....	25
3.7 REZIDENTNÍ LÉČBA V TERAPEUTICKÝCH KOMUNITÁCH .....	27
3.8 NÁSLEDNÁ PÉČE, DOLÉČOVACÍ PROGRAMY .....	30
3.9 PROGRAMY METADONOVÉ A JINÉ SUBSTITUCE.....	32
<b>4. DOLÉČOVACÍ CENTRUM SANANIM.....</b>	<b>34</b>
4.1 POPIS ZAŘÍZENÍ .....	35
4.1.1 Základní principy péče Doléčovacího centra SANANIM.....	35
4.1.2 Cíle doléčovacího programu.....	36
4.2 ZÁKLADNÍ VYMEZENÍ PROGRAMU DOLÉČOVACÍHO CENTRA SANANIM .....	36
4.2.1 Nabízené služby a využívané metody.....	36
4.2.2 Cílová skupina doléčovacího programu.....	37
4.2.3 Složení týmu Doléčovacího centra SANANIM.....	38
4.2.4 Časový harmonogram aktivit, provozní doba Doléčovacího centra SANANIM.....	38
4.3 AMBULANTNÍ DOLÉČOVACÍ PROGRAM.....	39
4.3.1 Vstupní vyšetření u klientů ambulantního programu.....	40
4.4 PROGRAM CHRÁNĚNÉHO BYDLENÍ .....	41
4.4.1 Vstupní vyšetření u klientů chráněného bydlení.....	42
4.5 DOLÉČOVACÍ PROGRAM .....	43
4.5.1 Fáze doléčovacího programu.....	43
4.5.2 Individuální terapie, poradenství.....	45
4.5.3 Skupinové programy (dynamická skupina, tématická skupina, skupina chráněného bydlení).....	46
4.5.4 Program pro matky s dětmi.....	48
4.5.5 Sociální práce v rámci programu Doléčovacího centra SANANIM.....	50
4.5.6 Volnočasové aktivity.....	53
4.5.7 Pohotovost a krizová intervence.....	54
4.5.8 Práce s rodinnými příslušníky, rodičovská skupina a ostatní formy spolupráce.....	54
4.5.9 Ostatní formy spolupráce.....	56
<b>5. PROVEDENÍ VÝZKUMU.....</b>	<b>57</b>
5.1 CÍL A DŮVOD VÝZKUMU .....	57
5.2 POUŽITÉ METODY A TECHNIKY .....	58
5.2.1 Rozhovor .....	58
5.3 VZOREK .....	59
5.3.1 Výběr respondentů.....	59
5.3.2 Charakteristika respondentů.....	59
5.4 VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	60
5.5 POSTUP ŠETŘENÍ.....	60
5.5.1 Předvýzkum .....	60
5.5.2 Organizační záležitosti výzkumu .....	60
5.5.3 Otázky k rozhovoru.....	61

5.6 VÝSLEDKY ROZHovorŮ .....	61
5.7 DISKUSE .....	82
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>99</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>102</b>

## **PŘÍLOHY**

## **Úvod**

**" Není větší chyby, než přestat zkoušet."**

**Johann Wolfgang Goethe**

Podíváme-li se kolem sebe, vidíme, že jsme drogami různého druhu obklopeni doslova na každém kroku. Především v naší společnosti vysoce tolerovaným alkoholem, ale i tabákem, kávou apod. Tolerance společnosti v těchto oblastech je neuvěřitelně vysoká a drogy výše zmíněného typu jsou nejen zákonem povoleny, ale i nabízeny ke konzumaci a požití prakticky kdekoliv.

Obecně je velmi snadné spadnout do závislosti na čemkoliv, ale dostat se z ní bez pomoci dokáže sám jen málokdo. Nastěší dnes v naší republice existuje široká nabídka služeb zabývajících se léčbou drogově závislých (klientů). Nicméně i ti klienti, jež se rozhodnou abstinovat a řádně absolvují střednědobou či dlouhodobou protitoxikomanickou residenční léčbu v terapeutické komunitě, psychiatrické léčebně či jiném zařízení, nemají ještě zdaleka vyhráno. Období po léčbě je pro ně velice náročné, protože často nemají žádné vzdělání ani pracovní zkušenosti, nemají se kam vrátit a jejich život výrazně omezují četné zdravotní nebo finanční problémy z dřívější doby. Často jsou také konfrontováni s tím, že jejich plány a představy vytvářené během pobytu v léčení jsou nereálné a na jejich naplnění potřebují dostatek času a trpělivosti. A právě z těchto důvodů klienti po ukončení léčby a v počátcích abstinence potřebují intenzivní podporu a pomoc při budování nového života, kterou jim může nabídnout právě doléčovací program. Pokud jim během tohoto období není poskytnuta odborná péče, velmi často hrozí opětovný návrat ke starým návykům a zneužívání drog.

V dnešní době již není pochyb, že následná péče (doléčování) drogově závislých je nezbytnou součástí systému léčby, a udržení pozitivních změn v ní dosažených je bez ní těžko udržitelné (včetně abstinence).

Téma následné péče o drogově závislé jsem si vybrala pro svou diplomovou práci hned ze dvou důvodů. Zaprvé jsem toho názoru, že většina lidí včetně velké části těch, kteří pracují v různých sociálních oblastech nemají ponětí o tom, že existuje nějaké doléčování, příp. jak vypadá, jaké služby nabízí apod. Ráda bych tak svou práci poskytla ucelený pohled na tento typ služby a poukázala také na její nezbytnost a důležitost v systému léčby drogově závislých. Druhým důvodem je skutečnost, že již 1,5 roku pracuji jako sociální pracovnice v Doléčovacím centru SANANIM v Praze a zajímá mě nakolik je program (služby) našeho centra efektivní resp. jak jsou klienti úspěšní ve své resocializaci.

Ve své diplomové práci se zabývám otázkami týkajícími se drog a drogových závislostí – tedy konkrétně základními pojmy, historií léčby, systémem léčby. Dále zde popisuji Doléčovací centrum SANANIM – jeho principy, pravidla, typy programů, systém služeb apod. V praktické části provádím výzkum, kterým zjišťuji efektivitu vybraných služeb programu chráněného bydlení DC SANANIM za rok 2006, dále zkoumám, jak klienti vybrané služby hodnotili, s čím nebyli spokojeni apod. Výzkum provádím pro potřeby Doléčovacího centra SANANIM a ráda bych jím pomohla vylepšit program tohoto centra.

## **1. Drogy a drogová problematika**

### ***1.1. Základní pojmy***

#### **Drogy (omamné a psychotropní látky)**

Obecná definice toho, co jsou omamné a psychotropní látky je upravena v § 2 písm. a) zákona o návykových látkách. Podle tohoto ustanovení jsou to “takové látky, u

kterých vzniká nebezpečí chorobného návyku nebo psychických změn nebezpečných pro společnost nebo pro toho, kdo je opakovaně bez odborného dohledu užívá”. (Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a změně některých dalších zákonů). Mezi omamné látky patří podle citovaného zákona a úmluv OSN například heroin, kokain, opium nebo morfin; mezi psychotropní látky pak například efedrin nebo amfetamin.

### **Drogová závislost, syndrom závislosti**

“Závislost (dependence) a syndrom závislosti je definován v ICD-10 jako soubor behaviorálních, kognitivních, a fyziologických fenoménů, který se vyvíjí po opakovaném užití látky a který typicky zahrnuje následující projevy:

- silné přání užít drogu, nutková potřeba
- porušené ovládání při jejím užívání, ztráta volní kontroly
- přetrvávající užívání i přes škodlivé následky, neschopnost odpoutat se navzdory tělesným i duševním komplikacím
- prioritizace drogy před všemi ostatními aktivitami a závazky, převažující orientace na životní styl s drogou, její shánění a zotavování se z jejího účinku
- zvýšená/snížená tolerance
- odvykací stav při nedostatku či vysazení drogy

Pro diagnózu závislosti je zapotřebí přítomnosti minimálně tří z uvedených kritérií. Syndrom závislosti může být: pro specifickou látku, pro třídu látek nebo pro širší spektrum farmakologicky odlišných psychoaktivních substancí.” (Kalina a kolektiv, 2001, s.117)

### **Abstinence**

“Jednání, které vede ke zdržení se užívání alkoholu nebo jiné drogy z důvodů zdravotních, osobních, sociálních, náboženských, morálních, právních či jiných. Kdokoliv v současné době abstínuje, může být nazýván “abstinent”. (Kalina a kolektiv, 2001, s.11)

### **Doléčování (aftercare)**

“Užší pojetí doléčování se týká především podpory a udržení abstinence po léčbě. V širším pojetí, vycházejícím z bio-psychosociálního modelu, lze doléčování definovat jako soubor všech služeb, které následují po ukončení základního léčebného programu (psychiatrická léčebna, terapeutická komunita, atd.) a které ve svém souhrnu pomáhají vytvářet podmínky pro abstinenci klienta v životě po léčbě. Cílem je v tomto případě

sociální integrace klienta do podmínek normálního života. Takto pojatá definice zahrnuje celé spektrum intervencí, které jsou nezbytné ke zdárnému dokončení procesu uzdravy ze závislosti na návykových látkách, což je zejména: prevence relapsu, podpůrná skupinová terapie, individuální terapie či poradenství, volnočasové aktivity, sociální práce, pracovní poradenství, chráněné bydlení, chráněná pracovní místa a rekvalifikace, práce s rodinnými příslušníky, zdravotní péče (především se zaměřením na somatické důsledky užívání drog). Intenzivní doléčovací program s komplexním obsahem trvá obvykle 6-12 měsíců a jeho absolvování výrazně zvyšuje efektivitu léčby a zkracuje dobu, po kterou je potřebné poskytování následné péče.” (Kalina a kolektiv, 2001, s. 32)

### **Relaps**

“Návrat k pití nebo užívání jiných drog po období abstinence, často doprovázený návratem příznaků závislosti. Rychlost, se kterou se příznaky závislosti vrátí, se považuje za klíčový indikátor posuzování stupně závislosti. Relaps bývá doprovázen souborem příznaků označovaných jako “syndrom porušení abstinence” (deprese, rezignace, pocity viny, hněv), které prohloubí a upevní obnovené užívání drogy a mohou vést k dalšímu kolu drogové kariéry.” (Kalina a kolektiv, 2001, s. 91-92)

## **2. Historie léčby závislostí v ČR**

### ***2.1 Historie léčby***

Specializovaná péče o uživatele návykových látek má u nás relativně dlouhou tradici. Podrobně pojednává o historii léčby závislostí Jaroslav Skála:



- 1) 1909 – byla zřízena protialkoholní léčebna ve Velkých Kunčicích na Moravě. Hostila od počátku své činnosti jak havíře, kteří se léčili na Bratrskou pokladnu, ale také o ni projevovala zájem arcibiskupská diecéze, která se posílala své kněze (zanikla v roce 1914).
- 2) 1910 – byla zřízena protialkoholní poradna v Brně (zanikla v roce 1915, obnovena 1931), další poradny vznikaly v Praze ve Vršovicích (1928) a v Nuslích.
- 3) 1923 – byl přijat protialkoholní zákon: týkal se licence na prodej alkoholických nápojů a zákazu jejich podávání mladistvím a podnapilým.
- 4) 1924 – protialkoholní léčebna v Tuchlově, která byla zřízena Československým abstinenčním svazem (30 lůžek do roku 1939).
- 5) 1925 – byla použita averzivní léčba – navozuje odpor k požití alkoholu na základě podmíněného reflexu, kdy chuť, vůně nebo jen představa alkoholu vzbuzuje negativní somatickou reakci, například zvracení (ambulantně Svítek na Slovensku).
- 6) 1947 – zavedena averzivní léčba emetimem – látka vyvolávající zvracení (J. Skála a L. Landa).
- 7) 1948 – založen v Praze socioterapeutický klub KLUS – klub usilující o střízlivost.
- 8) 1948 – byl přijat zákon o potírání alkoholismu (č. 87/1948 Sb.) s možností povinného léčení nařízeného okresními národními výbory tzv. nedobrovolné léčení.
- 9) 1948 – bylo založeno první specializované lůžkové oddělení pro studium a léčbu alkoholismu při psychiatrické klinice lékařské fakulty UK – Apolinář (v září roku 1948 20 lůžek, od roku 1952 50 lůžek).
- 10) 1949 – použit disulfiram (antabus) na psychiatrické klinice v Plzni (E. Vencovský, J. Rubeš). Antabus zasahuje při odbourávání ethylalkoholu v játrech.
- 11) 1950 – státní antabusová akce (Hejlová, Rubeš).
- 12) 1950 – zavedení ochranné protialkoholní léčby (trestní zákon č. 70/50 Sb.)
- 13) 1951 – v květnu zahájení činnosti záchytné stanice jako zdravotnického zařízení v rámci Apolináře. Původní noční ambulance pro intoxikované osoby dosáhla 22 lůžek jako stanice s nepřetržitým provozem. Jedním z nejdůležitějších bodů programu se stala příslužba ústavně léčených pacientů Apolináře. Jednalo se o živé učení, které umocňovalo motivaci k léčbě.
- 14) 1956 – začlenění protialkoholních raden do psychiatrických poliklinik.
- 15) 1956 – byla zřízena sekce pro studium alkoholismu při Psychiatrické společnosti. ČLS J. E. Purkyně. O deset let později byla rošířena a doplněna o jiné toxikománie a od

roku 1992 pokračuje již jako samostatná Společnost pro návykové nemoci v pravidelných měsíčních schůzích i každoročních konferencích.

16) 1957 – se konala první schůze Ústředního protialkoholního sboru při Ministerstvu zdravotnictví.

17) 1962 – byl přijat zákon o boji proti alkoholismu (120/1962 Sb.).

18) 1966 – se konal desetidenní evropský seminář pro prevenci a terapii alkoholismu v Praze.

19) 1967 – zřízeno středisko pro děti, mládež a rodinu při protialkoholním oddělení psychiatrické kliniky v Praze (“Jungmaník”).

20) 1969 – L. Kubička vedl výzkum efektivity apolinářské ústavní léčby.

21) 1970 – byla zavedena ochranná ambulantní protialkoholní léčba (novelizace trestního zákona).

22) 1971 – v říjnu zahájení činnosti Střediska drogových závislostí při protialkoholním oddělení psychiatrické kliniky v Praze.

23) 1973 – zahájení činnosti Střediska protialkoholní ochranné léčby (SPOL), v rámci nápravných zařízení Ministerstva spravedlnosti (po roce 1989 zrušena).

24) 1974 - spolupráce hudebního souboru Linha Singers s J. Skálou v preventivně zaměřeném programu.

25) 1980 - vyhláška Ministerstva zdravotnictví o nastavbových specializacích v psychiatrii zahrnující specializaci v léčení alkoholismu a jiných toxikomanií. (Skála, 2003)

V roce 1982 bylo v tehdejší Československu kolem 230 AT ordinací (jejich počet klesl v listopadu asi o jednu čtvrtinu). Pro první polovinu 90. let bylo typické postupné rozšiřování systému péče a to především v závislosti na reálných potřebách různých cílových populací i s ohledem na výzkum efektivity léčby drogových závislostí, rozvoj léčebných metod a terapeutických modalit v zahraničí a jejich postupné zavádění do ČR. Postupně dochází k zakládání různých zařízení: nízkoprahových zařízení, první terénní programy, programy minimalizace škod, doléčovací programy budované na teoretickém zázemí kognitivně-behaviorální teorie i první terapeutické komunity. Druhá polovina devadesátých let pak byla spíše ve znamení postupné profilace jednotlivých státních i nestátních zařízení zabývajících se léčebnou péčí i profilací celé sítě léčebné péče, včetně jejího dalšího rošiřování a především pak klinickou aplikací moderních poznatků v oblasti neurobiologického výzkumu, dopňující

farmakoterapeutické postupy metadonové substituce u závislých na opiátech a disulfiramové léčby u závislých na alkoholu. (Bém, 2003)

Mezi vůbec první specializované organizace u nás zabývající se léčbou závislostí jsou nadace *Drop-in* a občanské sdružení *SANANIM*.

Nadace *Drop-In* vznikla v roce 1991 (zakladatelé J. Presl a I. Douda) – a v dubnu 1992 dochází k otevření prvního nestátního zdravotnického zařízení pro potřeby uživatelů drog a jejich rodin.<sup>1</sup> Paralelně byla založeno v roce 1990 také občanské sdružení *SANANIM*, které v roce 1991 otevírá Terapeutickou komunitu Němčice určenou pro dlouhodobou léčbu a resocializaci osob závislých na nealkoholových drogách jako první zařízení tohoto typu v ČR. V roce 1996 zahajuje činnost Doléčovacího centra s chráněným bydlením, zaměřenou na následnou péči, resocializaci a prevenci relapsu (selhání).<sup>2</sup>

### 3. Složky systému péče v ČR

Stávající systém péče o drogově závislé zahrnuje tyto složky:

- Terénní programy
- Nízkoprahová kontaktní centra

---

1 *Drop-In* [online]. [cit. 2007-06-27]. Dostupný z WWW: <<http://www.dropin.cz/dropin.shtml>>.

2 *Občanské sdružení SANANIM* [online]. 2004-2006 [cit. 2007-06-27]. Dostupný z WWW: <<http://sananim.cz/history.php>>.

- Lékařská ambulantní péče o závislé
- Denní stacionáře
- Detoxifikační jednotky
- Střednědobá ústavní léčba
- Rezydentní léčba v terapeutických komunitách
- Následná péče, doléčovací programy
- Programy metadonové a jiné substituce

### ***3.1 Terénní programy***

Terénní práce (streetwork) je specifická forma sociální služby, poskytovaná přímo na ulici. Většina jiných způsobů intervence je institucionalizovaná a spoléhá na to, že jednotlivci sami vyhledají pomoc. Práce v terénu spočívá ve vyhledávání kontaktů s cílovými skupinami populace mimo rámec některé instituce. Nečeká na to, až jednotlivec sám začne hledat pomoc, protože má problémy s drogami, ale sama vyhledává jednotlivce, aby jim přímo v komunitě poskytla informace a služby. (Rhodes, 1999)

#### **Teoretická východiska**

Terénní práce vychází ze dvou přístupů: public health a harm reduction

##### a) public health

Přístup ochrany veřejného zdraví vychází z epidemiologie, sociologie a veřejné politiky. Nezajímá se o individuálního klienta, ale ochranu populace, především před přenosem závažných infekčních chorob (AIDS, hepatitidy B a C). Od tohoto přístupu se odvinuly metodické postupy jako výměna jehel a stříkaček, distribuce kondomů a edukačních materiálů, očkování proti hepatitidám atd. Dominance přístupu “public health” může vést k zanedbání individuálních potřeb problémového uživatele, k rezignaci. (Rhodes, 1999)

##### b) harm reduction

Na rozdíl od výše uvedeného přístupu “public health” je “harm reduction” (dále jen HR) přístupem především individuálním, zaměřeným na individuální potřeby a perspektivy klienta. Přístup minimalizace poškození si neklade za cíl abstinenci klienta od drog – tuto perspektivu však nevyklučuje. Akceptuje, že klient v dané době užívá drogy a nechce nebo nemůže přestat a snaží se zachovat klienta při životě a maximálně

možném zdraví v bio-psycho-sociálním smyslu. Poškození, která se snažíme minimalizovat, omezit či zmírnit jejich riziko nebo jim zcela předejít jsou následující:

- život a zdraví ohrožující infekce, které se šíří sdílením injekčního materiálu a nechráněným pohlavním stykem (AIDS, hepatitidy),
- další tělesné komplikace (např. abscesy, záněty atd.),
- předávkování,
- sociální debakl a ztráta lidské důstojnosti.

Poradenství v rámci HR nezbytně zahrnuje i rady, návody, jak drogu aplikovat, jak používat a dezinfikovat náčiní a podobné čistě technické informace. (Kalina, 2003)

Podle Rhodese (1999) jsou hlavní důvody pro terénní práci následující:

- cílové skupiny populace se nedaří účinně oslovit existujícími způsoby intervence,
- existující metody intervence neposkytují takové služby, jež cílové skupiny populace potřebují.

### **Cílová populace terénních programů**

Terénní programy stojí na pomyslném počátku v systému péče o uživatele drog. Často jsou vůbec první službou, se kterou se uživatel setkává. Cílovou populací terénních programů je klientela obtížně dosažitelná (tzv. skrytá populace), s minimální motivací službu vyhledat a řešit často závažné problémy zdravotní, sociální, psychologické nebo právní povahy.

Na drogové scéně do klientely (tzv. skryté populace) patří:

- “děti ulice”, jež nacházejí přechodný azyl na drogových bytech (mohou být ve fázi experimentu, pravidelného užívání nebo závislosti),
- “experimentátoři”, tj. většinou mladí lidé, v počátečních stádiích drogových experimentů,
- pravidelní uživatelé drog, jejichž zdravotní či sociální situace ještě není debaklová a kteří nejsou tudíž motivováni ke kontaktu s pomáhající institucí,
- problémoví uživatelé drog v rozvinutém stupni závislosti, kteří mají sice někdy zájem o pomáhající aktivity, ale nejsou často schopni je vyhledat a využít. (Hrdina, Korčíšová, 2003)

### **Cíle terénních programů**

Cílem terénních programů je kontaktovat skrytou populaci a působit na ní. V ideálním případě směrem k úplné abstinenci, nebo alespoň směrem k bezpečnějšímu chování, které vede k minimalizaci zdravotních a sociálních rizik. Terénní programy si tedy kladou za cíl minimalizovat negativní důsledky užívání drog nejen pro samotné uživatele, ale i pro společnost:

- snížit výskyt hepatitidy B a C,
  - udržet nízký výskyt HIV/AIDS positivity,
  - snížit počet úmrtí v důsledku předávkování,
  - předcházet kriminalitě,
  - učit uživatele drog bezpečnějšímu užívání a zásadám bezpečného sexu,
  - motivovat uživatele drog ke změně životního stylu směrem k abstinenci,
  - motivovat klienty k výměně použitého injekčního materiálu a jeho bezpečné likvidaci,
  - udržovat nejvíce exponovaná místa na otevřené drogové scéně v čistotě (sběr odhozených použitých jehel a jejich bezpečná likvidace),
  - navazovat důvěru a motivovat klienty ke kontaktu se službami pro uživatele drog.
- (Hrdina, Korčíšová, 2003)

### **Složky terénního programu**

Navázání kontaktu by bylo velmi obtížné, kdyby terénní pracovníci neměli uživatelům co nabídnout. Mezi tzv. složky terénního programu patří:

- 1) výměna injekčního materiálu – terénní programy se neomezují pouze na výměnu stříkaček, ale poskytují klientům i další materiál např. sterilní vodu do injekcí, kyselinu askorbovou, kondomy, aluminiové fólie, náplasti, filtry, součástí výměny je také motivace klientů k bezpečné likvidaci použitého materiálu.
- 2) informace – terénní programy se zaměřují také na poskytování informací o účinku drog, o jejich působení, důsledcích, rizicích aplikace, abusu a závislosti, informace o relativně bezpečnějších způsobech užívání drog, hygienických návycích, bezpečném sexu, přenosných nemocích atd.
- 3) sociální a zdravotní poradenství – tato složka je velice důležitá při intervencích zaměřených na stabilizaci životního stylu klientů. Klienti se potýkají se spoustou sociálně-právních problémů. Velmi často se lze setkat s tím, že nemají občanský průkaz, hledají ubytování, volná pracovní místa, neplatí zdravotní pojištění, potřebují pomoc v oblasti trestně právní atd. Naprostá většina klientů

pohybujících se na ulici má různé zdravotní problémy, například poškozené žíly, abscesy, hepatitidy atd.

- 4) poradenství a krizová intervence – v rámci terénní práce probíhá poradenství a krizová intervence, zaměřené na zvládání aktuálních problémů, na motivaci k navázání kontaktu se zdravotnickými a sociálními zařízeními. Další součástí poradenství je doporučování klienta do léčebných a sociálních zařízení. (Hrdina, Korčíšová, 2003)

### **3.2 Nízkoprahová kontaktní centra**

Kontaktní centra jsou určena k včasné krizové intervenci, poradenství, sociální a zdravotní pomoci osobám s nízkou motivací k léčbě. Podobně jako u terénní práce abstinence není podmínkou spolupráce klienta se zařízeními. (Libra, 2003).

#### **Východiska, cíle programu kontaktního centra**

Mezi základní principy práce kontaktního centra patří individuální přístup ke klientovi, dále pak respektování klientova rozhodnutí. Nízkoprahový přístup usiluje o maximální možnou dostupnost služeb v prostoru a čase, klienti mohou zůstat během kontaktu v anonymitě.

Mezi základní cíle kontaktního centra patří: navázání prvního kontaktu s klientem a vytvoření vzájemné důvěry mezi ním a institucí a následné udržení kontaktu; poskytování informací klientům o jejich stavu, rizicích spojených s užíváním drog a způsobech, jak jim předcházet; motivace klienta ke změně jeho chování a následně k abstinenci; příprava klientů na spolupráci s institucemi léčebné péče; snaha o minimalizaci neúspěšných a nedokončených léčebných pobytů atd. (Výroční zpráva o.s. SANANIM, 2005)

#### **Cílová skupina programu kontaktních center**

Základní cílovou skupinou programu kontaktních center jsou závislí a problémoví uživatelé tvrdých drog, především s vysoce rizikovým “scénářem”. Cílová skupina se dále dělí na podskupiny: etnické minority, ženy-muži, klienti v konfliktu se zákonem, víkendoví uživatelé syntetických drog – pro tyto podskupiny je třeba specifikovat programy. (Libra, 2003).

## **Poskytované služby**

Obecně se do spektra služeb kontaktních center zahrnuje:

- 1) kontaktní práce – je realizovaná v kontaktní místnosti, která svým netradičně řešeným interiérem nabourává vžitě představy o charakteru zdravotnické instituce. Do kontaktní práce patří navázání kontaktu s klientem, vytvoření vzájemné důvěry, zjištění základních problémů a potřeb.
- 2) výměnný program – výměna injekčních stříkaček, distribuce desinfekčních a dalších pomocných prostředků a zdravotnického materiálu.
- 3) základní zdravotní péče – základní zdravotní péče, zajištění testování na HIV a hepatitidy.
- 4) základní poradenství – zaměřuje se především na důraz na změnu rizikových vzorců chování klientů. Týká se to zdravotního stavu klienta, sociální a zdravotních rizik spojených s užíváním drog, minimalizace těchto rizik, dále informací o možnostech léčby, o léčebných a jiných zařízeních, zprostředkování léčby.
- 5) další krátkodobé intervence – krizová intervence, krátkodobá práce s rodiči, partnerem nebo rodinou klienta.
- 6) strukturované poradenství a motivační trénink – pomáhá klientům získat, udržet a posílit motivaci k dalšímu postupu v léčbě – směrem k abstinenci.
- 7) sociální práce – pomoc při hledání bydlení, zaměstnání, dále vyřizování dokladů, sociální asistence při kontaktu s rodinou, úřady, soudy, policií, probační službou atd.
- 8) doplňkové služby – potravinový servis (polévka, pečivo, čaj apod.), vitaminový servis, hygienický servis (sprchování, praní prádla). (Libra, 2003)

### ***3.3 Lékařská ambulantní péče o závislé***

Ambulantní léčba probíhá v různých zařízeních, některá slouží i závislým na alkoholu (ordinace AT), jiná jsou úzce specializovaná na nealkoholové drogy. Výhodou ambulantní léčby je to, že nevyžaduje pracovní neschopnost a člověk tedy může chodit dál do práce nebo do školy. Většina poraden má ordinační hodiny přizpůsobeny tak, aby je lidé mohli navštěvovat také po pracovní době. Některé poradny poskytují i anonymní poradenství. Ambulantní léčba je velmi praktická, má však určitá omezení. Jestliže se



drogy někomu vymkly z rukou takovým způsobem, že i přes upřímnou snahu léčit se ambulantně se stav nelepší, měl by uvažovat o ústavní léčbě nebo o rezidenční léčbě v terapeutické komunitě. (Nešpor, Müllerová, 2004)

### **Cílová populace**

Do cílové populace spadají všechny potřebné osoby bez omezení věku, pohlaví, vzdělání nebo zaměstnání. Přístup do ordinace AT mají nejen závislí, ale i experimentátoři, víkendoví uživatelé bez závislosti a problémoví uživatelé. Nezáleží na tom, zda se jedná o člověka motivovaného k abstinenci ani přinuceného rodiči či manželkou k návštěvě ordinace AT. Mezi klienty patří také pacienti, kterým byla léčba uložena soudem jako ochranná protitoxikomanická léčba, nebo léčba alternativní ukládaná místo trestu. Dalšími návštěvníky ordinace AT jsou rodiče, příbuzní, partneři, spolužáci, přátelé – všichni, co jsou ve styku s člověkem, který má problémy s užíváním návykové látky. (Hampl, 2003)

### **Činnost ordinací AT**

Rozsah činností ordinací AT je velice široký, patří do něj:

- 1) prevence – primární (na požádání), sekundární (prevence vzniku závislosti), terciální (prevence relapsu a recidivy),
- 2) diagnostika – anamnéza objektivní a subjektivní, klinické vyšetření psychiatrické, interní, neurologické, dále laboratorní (biochemie, KO, Toxiko) a doplňkové vyšetření (sono, EKG, EEG, RTG),
- 3) terapie – psychoterapie (individuální, rodinná, partnerská, skupinová), farmakoterapie (syndromu odnětí, detoxifikace, substituční léčba, léčba psychických a somatických komplikací), hospitalizace na speciálních lůžkách (PL, TK), zapojení do socioterapeutických klubů a samosprávných organizací AA (AT),
- 4) rehabilitace – návrat psychických a somatických schopností pacienta, zlepšování kondice,
- 5) resocializace – znovuzařazení do společnosti, školy, práce, rodiny, zprostředkování pobytu v terapeutických komunitách,
- 6) spolupráce konziliární – lůžková zařízení (ARO, JIP, interna, chirurgie, neurologie), ambulantní zařízení (obvodní lékaři, privátní psychiatři), ostatní zdravotnická zařízení (lékárny, laboratoře),

- 7) spolupráce konzultativní – nezdravotnická zařízení sociálního charakteru a instituce (kurátoři, OSPOD, azylové domy, zaměstnavatelé, úřady práce, chráněná pracoviště), soudy, probační a mediační služba (ochranné a alternativní léčby),  
(Hampl, 2003)

### **3.4 Denní stacionáře**

Denní stacionář (denní centrum) je typickým zařízením “na poloviční cestě” mezi běžnou ambulantní péčí a péčí ústavní, mezi domovem a institucí. Poskytuje denní péči zdravotní, psychoterapeutickou, sociální, výchovnou, rehabilitační apod., tj. péči přes den, nelůžkovou, obvykle jen v pracovní dny. Má význam tam, kde člověk s různými zdravotními či sociálními problémy má kde bydlet, ale nemůže být nebo neměl by být sám doma nebo je pro něj nedostatečná ambulantní péče, a přitom nepotřebuje nezbytně pobyt v nemocnici či jiné lůžkové instituci. (Kalina, 2003)

#### **Cílová skupina programu denního stacionáře**

Cílovou skupinou mohou být závislí na alkoholu, opioidech (nejčastěji heroinu) a na stimulačních drogách, případně polymorfní uživatelé. Programy mohou nabízet služby pro krátkodobě abstinující klienty nebo pro ty, kteří stále drogy užívají, ale chtějí se jich zbavit. Existují i programy intenzivní denní péče pro klienty v udržovací substituční léčbě metadonem. Většinou je specifikován minimální věk (zpravidla 17 let), horní hranice nebývá stanovena.

Ne každý závislý na alkoholu nebo nelegálních drogách je vhodný pro denní program. Klienti mající zájem o léčbu v denním stacionáři by měli splňovat určitá výběrová kritéria:

- 1) zajištěné bydlení, možnost a schopnost dojíždět z místa bydliště do denního stacionáře,
- 2) odvykací příznaky při vstupu do denního programu přítomné jen v nikoliv závažném stupni,
- 3) psychické a somatické komplikace jen ve stupni nevyžadujícím odbornou nemocniční péči,
- 4) základní akceptování programu a motivace k pravidelné účasti,

- 5) nižší potenciál pro relaps, schopnost s podporou a sledováním upustit od užívání drog,
- 6) neškodící sociální okolí a základní podpora v nedrogovém prostředí (např. bydlení v drogovém bytě nejsou pro úspěšné absolvování denního programu příznivé). (Kalina, 2003)

### **Základní náplň programu**

Náplň denních programů se velice liší, odvíjí se od potřeb jednotlivých klientů, závisí také na typu intervence a filosofii zařízení. Do základní náplně programu patří:

- 1) Komunitní setkání – v denním stacionáři je dobré aplikovat principy terapeutické komunity včetně denních komunitních setkání, která tvoří důležitý pilíř programu. Na komunitním setkání se řeší důležité problémy léčby, pravidel a konfrontace s nimi, probíhá hodnocení toho, jak klienti strávili předchozí den v době mimo program a plánování dne následujícího.
- 2) Skupinová terapie – využívá převážně psychodynamické a kognitivně behaviorální přístupy. Dle erudice terapeutů a filosofie zařízení se někdy oddělují skupiny životopisné, tématické a interakční, jindy nikoliv, vždy se však ve skupinových setkáních prolínají různá hlediska: hledisko individuálního příběhu (“tam a tehdy”), aktuální situace klienta mimo léčbu (“tam a teď”), vztahy, postoje, události ve skupině (“tady a teď”), reflexe a propracování perspektiv (“tam a potom”), témata významná pro skupinu: chutě, relapsy, partnerské vztahy, rodiče-soužití, konflikty, zodpovědnost za vlastní život.
- 3) Individuální terapie a poradenství – každému klientovi je přidělen na začátku léčby garant – klíčový pracovník, jehož role jako průvodce léčbou má v denním stacionáři mimořádný význam. Garant povzbuzuje klienta, aby důležitá témata přenesl do skupiny a má sdílet důležité informace o klientovi s týmem.
- 4) Sociální práce – zaměřuje se na stabilizaci klienta po sociální stránce. Zahrnuje např. podporu a pomoc v řešení problémů bydlení, získání dokladů, finanční zajištění, splácení dluhů atd.
- 5) Pracovní terapie a činnost ve prospěch programu – podíl na úklidu a provozu zařízení, společné vaření oběda, nákupy apod.
- 6) Klubové a volnočasové aktivity (kultura, sport, atd.).

(Kalina, 2003)

Léčba v denním stacionáři není plnohodnotnou alternativou rezidenční léčby pro všechny typy klientů. Klienti s dlouhodobou a těžkou drogovou kariérou, klienti, jež se potřebují dostat ze svého prostředí, z tlaku okolí a dostupnosti drog, klienti značně nezralí a nemotivovaní se obvykle v denní léčbě neudrží a neobejdou se bez léčby ústavní. U řady klientů se však denní program účinně doplňuje s krátkodobou nebo střednědobou ústavní léčbou (může na ni navazovat, předcházet jí nebo obojí). (Kalina, 2003)

### **3.5 Detoxifikační jednotky**

Detoxifikační jednotky jsou určeny ke zvládnutí odvykacích stavů a intoxikací návykovou látkou, které nevyžadují intenzivní péči v jiném zařízení (např. na JIP nebo ARO). Jsou určeny především těm klientům, u nichž by nebyla bezpečná ani detoxifikace v domácím prostředí. (Nešpor, 2003)

#### **Důvody detoxifikace**

K důvodům pro detoxifikaci patří následující okolnosti:

- nebezpečnost pacienta vůči sobě nebo okolí z důvodů intoxikace nebo odvykacího stavu,
- snaha připravit klienta na nějakou další formu odvykací léčby (např. ústavní léčbu, léčbu v terapeutické komunitě),
- diferenciální diagnostika. Může se jednat o nejasný stav a je třeba rozhodnout, zda se jedná o intoxikaci, toxickou psychózu, či jinou duševní poruchu,
- u klienta po těžkém úrazu či pro jiné komplikace týkající se jeho tělesného zdraví je potřebná léčba v nemocničním prostředí, což vyžaduje zvládnutí odvykacího stavu,
- zvláštní důvody pro detoxifikaci (brzké uvěznění, vycestování závislého jedince atd.),
- snížení tolerance vůči droze,
- sociální důvody. Klient nemá zájem o léčbu a abstinenci, ale je v sociální tísní a detoxifikaci bere jako určitou daň za to, že bude mít kde bydlet a ví, že zároveň dostane léky, které jeho odvykací stav podstatně zmírní. (Nešpor, 2003)

#### **Poskytované služby**

Do komplexní péče detoxifikačních jednotek patří tyto služby:

1) Farmakoterapie – o dávkování a druhu léku rozhoduje vždy zásadně lékař.

Používají se nejčastěji tyto strategie:

- *farmakologická léčba akutní intoxikace*. Někdy není zcela nutná, jindy je vhodné podání antidota (protijedu), což je možné např. u otravy opiáty nebo benzodiazepiny. Při intoxikacích se často podává také podpůrná medikace, která zmírňuje některé projevy intoxikace (např. zrychlení tepové frekvence u otravy pervitinem).
- *Farmakologická léčba odvykacích stavů*. Z hlediska bezprostředního ohrožení života jsou nejnebezpečnější odvykací stavy po vysokých dávkách některých tlumivých léků (barbituráty či benzodiazepiny). V tomto případě je třeba podávat stejnou látku, jaká byla užívána, ve snižujících dávkách. Odvykací stav po heroínu sám o sobě neohrožuje život, podání vhodného léku však může jeho zvládnutí podstatně usnadnit, a zvyšuje tak naději, že se detoxifikace podaří úspěšně dokončit (nejčastěji se podává buprenorfin). Odvykací stavy po alkoholu mohou vyvolat u pacienta epileptické záchvaty, rozvrátit minerální a vodní hospodářství i jinak. Těžké odvykací stavy po alkoholu proto vyžadují sledování hladin minerálů, doplňování tekutin (často formou infúzí) a mírnění neklidu a odvykacího stavu vhodnými léky.
- *Farmakologická léčba psychotických stavů* (toxické psychózy). Dle definice uvedené v 10. revizi mezinárodní klasifikace nemocí se toxická psychóza diagnostikuje jen tehdy, jestliže příznaky psychotického stavu po návykových látkách přetrvávají minimálně 48 hodin po aplikaci. U toxických psychóz se podávají antipsychotika, pacienti s toxickou psychózou ovšem bývají často z detoxifikačních jednotek překládáni do jiných zařízení.
- *Farmakologická léčba tělesných komplikací*. Např. podávání antibiotik v případě zánětlivých komplikací.
- *Podpůrná farmakoterapie*. Sem patří podávání vitamínů, léků napomáhajících zregenerovat jaterní tkáň atd.

2) Psychoterapie. Důležitá je práce s motivací a techniky posilování motivace. Lze využívat i krizovou intervenci, rodinnou terapii, relaxační techniky atd.

3) Sociální práce. K nejčastějším úkolům sociálního pracovníka na detoxifikační jednotce patří pomoc při výběru a zprostředkování další léčby, pomoc v pracovních a právních záležitostech, kontaktování rodiny, pomoc při jednání s úřady, záležitosti kolem dokladů, zdravotního pojištění atd. (Nešpor, 2003)

### **3.6 Střednědobá ústavní léčba**

Střednědobá ústavní léčba závislostí je léčba vymezená trváním v délce 3-6 měsíců. U nás je poskytována některými psychiatrickými léčebnami, eventuelně některými specializovanými psychiatrickými odděleními nemocnic. Někdy je pojem střednědobá léčba užíván i pro kratší program (přibližně šestiměsíční) terapeutických komunit ve srovnání s jejich standartním dlouhodobým programem (trvajícím rok a více). (Dvořáček, 2003)

#### **Cíle střednědobé léčby**

Základním předpokladem úspěšné léčby je, aby cíle byly adekvátní délce programu a potřebám klienta. Nejčastěji formulovaným cílem je trvalá a důsledná abstinence od všech návykových látek. Cíle u jednotlivých klientů jsou velmi individuální, některými typickými však jsou:

- 1) vybudování náhledu (uznání závislosti jako svého problému),
- 2) postupné řešení důsledků drogové kariéry,
- 3) přebudování motivace z původní motivace vnější na vnitřní pozitivní motivaci,
- 4) zvnitřnění abstinčních norem,
- 5) zvnitřnění struktury dne,
- 6) řešení problémů dalších, se závislostí přímo nesouvisejících (např. zahájení léčby souběžné psychické poruchy),
- 7) uvědomění si rizik relapsu a nalezení strategií pro minimalizaci těchto rizik,
- 8) změny v původním prostředí (např. změna nevhodného zaměstnání, bydlení, rizikových známostí, aktivit),
- 9) přiměřené zlepšení sebepojetí a prožívání.

(Dvořáček, 2003)

#### **Strukturovaná léčba a režim**

Základem terapeutického programu je strukturovaná léčba, strukturovaný je:

- 1) průběh léčby (do několika fází různě výrazně od sebe oddělených),

2) týden. Každý týden má svou strukturu – skladbu programu. Během týdne se vystřídají všechny části komplexního programu s požadovaným minimem 20 strukturovaných hodin týdně,

3) den. Na každý den je přesně stanovený časový rozvrh jednotlivých aktivit.

Strukturovaný program obsahuje ve vyvážené podobě aktivity pracovní, psychoterapeutické, volnočasové atd.

Se strukturou léčby souvisí soubor pravidel – tedy *režim*. Vedle definování zmíněné struktury a pravidel nutných k udržení terapeutického prostředí, specifikuje režim i výhody a sankce dle kvality dodržování režimu. Ve většině zařízení je pak snahou pacientovo zvládnutí režimu a struktury objektivizovat a hodnotit, nejčastěji v podobě bodovacího systému. Bodovací systém je jeden z nástrojů týdenního hodnocení průběhu léčby.

Střednědobá léčba závislostí probíhá u nás v *prostředí léčebného společenství*. Základní organizační jednotkou je oddělení s průměrným počtem 20-30 klientů. Léčebné společenství vytváří bezpečné a důvěrné prostředí pro terapii samotnou a poskytuje množství interakcí a zpětných vazeb, které mohou být jedním z hlavních nástrojů růstu pacienta. Kvalitu léčebného prostředí můžeme chápat jako nepřímý terapeutický nástroj.

Základními aktivitami strukturovaného programu jsou *psychoterapeutické skupiny a komunitní sezení*. Skupiny jsou zaměřeny více na problematiku jednotlivých pacientů (skupiny životopisné, tématické či interakční), komunity jsou více orientovány na důležité momenty života oddělení a na tu část osobních problémů klientů, jejichž řešení pomáhá formovat normy společenství. Obecně lze říci, že skupinová terapie je v těchto zařízeních eklektická, kombinující prvky více terapeutických směrů, zejména kognitivně-behaviorálních a humanistických.

Ve střednědobé ústavní léčbě se většinou nelze obejít bez *individuálních psychoterapeutických sezení*. Ty jsou však jen doplňkem základních aktivit komunitních a skupinových. Důležité jsou také různé formy zapojení partnerů a rodiny do terapie.

Jednou ze základních aktivit strukturovaného dne je *pracovní terapie*. Klienti se tak dle lokálních podmínek podílejí na údržbě areálu a případného hospodářství, na úklidu nebo drobných opravách. Cílem pracovní terapie je obecně rehabilitace pracovních návyků.

Do vyváženého strukturovaného programu patří také *volnočasové aktivity*, které by optimálně měly obsahovat komunitní i individuální části. Smyslem komunitních

volnočasových aktivit je zejména významný vliv společného trávení volného času na vytváření koheze společenství a vytváření širšího prostředí pro sociální interakce. Smyslem individuálních volnočasových aktivit je nejen odpočinout si, ale zakoušet jiné, aktivní trávení volného času. Tuto část programu nelze chápat jen jako doplňkovou. (Dvořáček, 2003)

Důležitým prvkem v závěru terapie je plánování kvalitní následné péče, neboť často je právě střednědobá léčba jen jednou etapou dlouhodobého terapeutického procesu. Menší část klientů odchází ze střednědobé léčby do dlouhodobých programů terapeutických komunit nebo do programů doléčovacích center s chráněným bydlením, popř. denních stacionářů, většina se vrací do původního prostředí, kde následná péče bude probíhat ambulantní formou. (Dvořáček, 2003)

### ***3.7 Rezidentní léčba v terapeutických komunitách***

Terapeutickou komunitu (TK) můžeme definovat jako specializované zařízení, zaměřené na léčbu vedoucí k abstinenci a na sociální rehabilitaci. "Terapeutická komunita nabízí bezpečné a podnětné prostředí pro růst a zrání, které se děje především prostřednictvím sociálního učení v kontextu vymezeném jasnými a srozumitelnými pravidly. Terapeutický potenciál TK se spatřuje ve stálém napětí mezi realitou a terapií, mezi každodenním spolužitím na straně jedné a podporovaným a monitorovaným sociálním učení a nácvikem na straně druhé." (Kalina a kolektiv, 2001, s. 108)

V TK se poskytuje střednědobá a dlouhodobá odborná péče v délce 6-18 měsíců. *Cílovou skupinu* tvoří osoby závislé na návykových látkách ve středním až těžkém stupni závislosti, často s kriminální anamnézou a těžším psychosociálním, případně somatickým poškozením (nejčastěji hepatitidou B, C). Věk u většiny klientů v TK se pohybuje v rozmezí 18-35 let. (Adameček, Richterová-Těmínová, Kalina, 2003)

#### **Cíle TK**

Léčba v TK se označuje jako léčba vedoucí k abstinenci. Abstinence však není cílem léčby, je pouze cestou, podmínkou a součástí léčby a pro budoucnost nezbytným prostředkem k tomu, aby se klient mohl zapojit do normálního života. Cílem léčby v TK je také změna životního stylu. Vychází se z předpokladu, že trvalejších změn životního



stylu lze dosáhnout prostřednictvím osobního růstu. Klient v programu TK postupně dosahuje změn ve svém sebehodnocení, prožívání, chování a vztazích, což mu umožní, aby mohl svůj život prožívat jako uspokojivý a zodpovědně se rozhodovat, jakým způsobem svůj život povede. (Adameček, Richterová-Těmínová, Kalina, 2003)

## **Součástí strukturovaného programu**

### 1) Režim

Režim je utvořen souborem pravidel programu TK. Obsahuje časovou strukturu dne a týdne, povinnosti klienta a požadavky na jeho chování v programu, způsoby hodnocení požadovaného chování a sankce za režimové přestupky a výhody za dodržování režimu.

Co se týče *časové struktury dne a týdne*, rozdělení času v TK se blíží běžnému životu. V pracovních dnech připadá na jednotlivé aktivity (včetně pracovní terapie), na volný čas a na spánek přibližně stejný díl (8 hodin). O víkendu je volného času více.

V TK platí několik *základních pravidel*: zákaz užívání drog a manipulace s nimi, zákaz násilného chování, závazek podřídit se rozhodnutí komunity, zákaz sexuálních vztahů. Pokud klient poruší některé z výše uvedených pravidel, může být z TK vyloučen. O vyloučení klienta rozhoduje celá komunita.

Klienti TK jsou průběžně *hodnoceni a kontrolováni* a to na hodnotících skupinách, na velkých komunitách, individuálním garantem při revizích individuálního plánu či jinak. Na skupinách a komunitách se na hodnocení podílí celá komunita. Za kontrolu některých věcí však zodpovídá výhradně tým (např. kontrola abstinence formou odběru moči). Na hodnocení a kontrolu navazují sankce a ocenění.

### 2) jednotlivé aktivity v programu TK

- *setkání komunity* – v TK mají své klíčové postavení, uskutečňují se většinou ráno, někdy i večer. Na setkání komunity klienti řeší problémy spojené s životem komunity, přijímání rozhodnutí a sdílení informací (např. opuštění komunity během dne, telefony, rozdělení práce, soužití).

- *skupinová terapie* – v některých TK se rozděluje na skupiny biografické, tématické, interakční. Dále jsou skupiny pro určitou část klientů např. pro klienty v první nebo v poslední fázi programu, či skupiny zvlášť pro ženy, pro muže.

- *individuální terapie* – provádí se v TK ve smyslu podpory, garant klienta individuálně provází celou dobou jeho pobytu, hodnotí stav klienta – plnění jeho léčebného plánu, podporuje ho, aby materiál z individuálních rozhovorů přinášel na skupiny.

- *rodinná terapie* – se členy rodiny se pracuje při návštěvách v TK.
- *pracovní terapie* – by měla být smysluplná a s viditelným výsledkem. Klienti jsou pro účely práce jasně hierarchicky uspořádáni tak, že nejméně zodpovědné práce vykonávají klienti nižších fází programu a více zodpovědné ti, kteří jsou již v komunitě delší dobu.
- *vzdělávání* – přednášky, semináře, nácviky. V TK vzdělávací program zahrnuje prevence relapsu, filosofie a principů TK, témata podporující praktické dovednosti.
- *volnočasové, sportovní, zátěžové aktivity* – jsou zdrojem pozitivních zážitků, uvolnění, zábavy, posilují odolnost a stmelují komunitu. Klienti se zároveň učí jak kvalitně zaplnit svůj volný čas.
- *sociální práce* – pomáhá klientům se sociálními, pracovně-právními a trestními problémy.

### 3) Fáze léčby v TK

- 1) *nultá fáze* (přibližně 14 dní) – klient sice pobývá v zařízení a účastní se programu, avšak není ještě považován za člena komunity, nevztahují se na něj sankce. O přijetí do komunity musí požádat, vstup je doprovázen přijímacím rituálem a podpisem smlouvy.
- 2) *první fáze* (cca 3 měsíce) – v první fázi je úkolem klienta odnaučit se negativní a destruktivní chování, dojít k náhledu, že jeho aktuální problémy způsobila závislost na droze, rozhodnout se pro změnu životního stylu a přizpůsobit se životu a pravidlům komunity. Požádá-li o přestup do druhé fáze, celá komunita hodnotí jeho způsobilost a může i přestup zamítnout.
- 3) *druhá fáze* (přibližně šest měsíců) – v této fázi klient přijímá a uplatňuje nové hodnoty komunity, přebírá odpovědné role ve spolusprávě. Zatímco v první fázi jsou klienti od světa mimo komunitu izolováni, ve druhé fázi přibývá kontaktů (telefonů, výjezdů), zejména s rodinou.
- 4) *třetí fáze* – během této fáze klienti využívají TK jako noční stacionář. Přes den bývají uvolňováni z programu, shánějí si bydlení, či zajišťují doléčování a připravují se na odchod. Samotný odchod klienta má zásadní význam pro další vývoj klientů. Klienti ukončující terapii se oddělují od společenství (komunity), ve kterém strávili rok života a kde se některým dostalo takového přijetí, respektu a tolerance, jako nikdy předtím. Často si přirozeně uvědomí, že pobyt v komunitě byl pro ně určitou hodnotou. (Adameček, Richterová-Těmínová, Kalina, 2003)

Klienti, kteří jsou v dokončení programu úspěšní si v poslední fázi hledají zaměstnání, bydlení, dojednávají si následnou péči v některém doléčovacím centru, kam docházejí obvykle další rok. (Adameček, Richterová-Těmínová, Kalina, 2003)

### ***3.8 Následná péče, doléčovací programy***

“Užší pojetí doléčování se týká především podpory a udržení abstinence po léčbě. V širším pojetí, vycházejícím z bio-psychosociálního modelu, lze doléčování definovat jako soubor všech služeb, které následují po ukončení základního léčebného programu (psychiatrická léčebna, terapeutická komunita, atd.) a které ve svém souhrnu pomáhají vytvářet podmínky pro abstinenci klienta v životě po léčbě. Cílem je v tomto případě sociální integrace klienta do podmínek normálního života.” (Kalina a kolektiv, 2001, s. 32) Intenzivní doléčovací program s komplexním obsahem trvá obvykle 6-12 měsíců a provozují ho zařízení jako jsou ordinace AT, doléčovací centra (např. CNP Drop-in, Doléčovací centrum SANANIM apod.)

#### **Kdy vlastně končí léčba a začíná následná péče?**

V tradičním pojetí závislosti můžeme najít striktní hranici mezi jednotlivými typy péče. Odděluje se fáze léčby (např. psychiatrická léčebna nebo terapeutická komunita) a fáze následné péče. Jistá izolace od okolního světa je bezpochyby ve fázi léčby velmi důležitá. Umožňuje klientovi soustředit se na řešení osobních problémů. Přesto pokud však nebude včas konfrontována s reálným světem, hrozí nebezpečí “skleníkového efektu”. Často nacházíme ve slovníku klientů v těchto zařízeních a někdy i u terapeutů rozlišování na “tady a tam venku”. Léčebný program pak vytváří určitý “mikrosvět”, ze kterého se jen velmi těžko navrácí do reálného světa. Z tohoto pohledu se jeví zcela jasné oddělení léčby a následné péče jako problematické. Rozdíl je nutné hledat ve změně intenzity a typu různých intervencí během procesu uzdravy klienta.

V tomto pojetí je zjevné velmi úzké propojení základní léčby a následné péče. Ukazuje na skutečnost, že je nezbytné částečně integrovat aktivity, které jsou tradičně odsouvány až do následné péče. Předpokládá to úzkou spolupráci obou těchto oblastí. Pokud klientovi neumožníme již v rámci léčby konfrontaci s reálnými nároky každodenního života včetně problémů plynoucích z jeho drogové anamnézy, hazardujeme s křehkou motivací žít život bez drog, neboť tíha těchto nároků se bude

jevit jako nezvladatelná. Právě ustupující intenzita podpory klienta v následné péči je důležitým momentem celého procesu uzdravy. Tím je klientovi umožněno, aby převzal plně zodpovědnost za svůj život a svoji závislost přerostl. (Kuda, 2001)

### **Složky programu následné péče**

1) psychoterapie – Často se stává, že různé traumatické zážitky a poruchy osobnosti, které předcházely drogovému problému se nyní v podmínkách normálního života projeví v plném rozsahu. Často se vynořují i nová témata, kterých se klient v průběhu léčby vůbec nedotkl nebo je považoval za vyřešené. Je však nezbytné správně diagnostikovat, které z problémů klienta jsou řešitelné v aktuálním čase, důležité je také správné načasování jejich řešení. V doléčování jde především o stabilizaci abstinence od primární drogy a k tomuto cíli by mělo být psychotherapeutické zaměření vztahováno. (Kuda, 2003)

2) prevence relapsu – Základní motivací většiny klientů pro vstup do doléčovacího programu je obava z možného selhání – relapsu. Doposud klient abstinovat v chráněných podmínkách léčebného programu, nyní však začíná období samostatné abstinence, což předpokládá převzetí zodpovědnosti za ni. Prevence relapsu je stěžejním prvkem v programu následné péče. Klade si za cíl vybavit klienta dovednostmi a vědomostmi tak, aby zvýšil svoji sebekontrolu a tak snižoval pravděpodobnost relapsu. (Kuda, 2001)

3) sociální práce – U klientů následné péče se můžeme setkat s velmi pestrými škálami sociálně právních problémů, mezi hlavní patří: dluhy, sociální dávky, trestní stíhání atd. Pomoc v těchto případech je velmi praktická, neboť mnoho klientů není schopno si především na začátku tyto problémy řešit samostatně. (Kuda, 2003)

4) práce, chráněná pracovní místa a rekvalifikace – Mít zaměstnání znamená být právoplatným členem “normální” společnosti. Najít si práci je jeden z hlavních úkolů po návratu z léčby. Není to však vždy úkol jednoduchý, neboť většina klientů nemá kvalifikaci ani pracovní zkušenosti. Část z nich má dokonce zápis v trestním rejstříku. Jednou z možností, jak v následné péči výše zmíněné problémy se zaměstnáním klientů lze řešit, jsou chráněné dílny. Ty umožňují klientům získat základní pracovní návyky a případně se rekvalifikovat v nějakém oboru. Další možností jsou chráněná pracovní místa. (Kuda, 2001)

5) chráněné bydlení – Je jednou z nejdůležitějších služeb následné péče. Vzhledem k tomu, že dlouhodobá léčba probíhá většinou v terapeutických komunitách,

situovaných do malých vesnic, není reálné, aby si klient během léčby našel samostatné bydlení, zvláště pokud nemá ani zajištěnou práci. Takováto situace může být z hlediska potenciálního relapsu riziková. Proto je nabídka chráněného bydlení velmi důležitou složkou programu následné péče. Jedná se většinou o malé byty. Klient si platí sám nájem (značně snížený) a podílí se na úklidu domu. (Kuda, 2001)

6) lékařská péče – K důsledkům užívání drog neoddelitelně patří poškození organismu. Z tohoto hlediska by neměla být medicínská oblast opomíjena. Mezi nejčastější problémy klientů patří hepatitida B a C, a gynekologické a dentální problémy. (Kuda, 2003)

7) práce s rodinnými příslušníky – práce s rodinou a rodinná terapie je v následné péči velice důležitou složkou. Rodiče musí přijmout skutečnost, že se velmi výrazně podílejí na výsledku procesu úzdravy, ke kterému však taky může patřit relaps a zhoršení situace jejich závislého dítěte. V rámci doléčovacích programů probíhají rodičovské skupiny. Ty umožňují rodičům získat více informací a výměnu zkušeností s jinými rodiči, kteří řeší stejný problém. (Kuda, 2003)

8) nabídka volnočasových aktivit – V rámci následné péče je dobré nabízet různé alternativy trávení volného času. Naučit se “užívat si bez drog” je nezbytným cílem léčby a následné péče. (Kuda, 2003)

Pokud se zaměříme na následnou péči v užším pojetí, je zjevné, že tyto programy navazují na základní léčbu např. v psychiatrické léčebně nebo terapeutické komunitě. Proto je velmi důležité, aby centra následné péče měla dobrou komunikaci se zařízeními, odkud klienty přijímají. (Kuda, 2003)

### ***3.9 Programy metadonové a jiné substituce***

“Substituce je způsob léčby, kdy je užívání původní drogy nahrazeno (téměř vždy předepsaným) užíváním látky s podobnými účinky a vlastnostmi, avšak s výrazně menšími riziky, než původní droga” (např. heroin je nahrazen metadonem nebo buprenorfinem). (Kalina a kolektiv, 2001, s. 104-105) Pacient, který je tímto způsobem léčen a abstinuje od všech dalších návykových látek je považován s klinického hlediska za (zcela) abstinujícího (F1x.22, MKN-10). Substituční léčba je udržovací terapie, která odkládá splnění konečného cíle (tj. trvalé abstinence na dobu, kdy bude klient

objektivně i subjektivně schopen abstinенčně orientovanou léčbu podstoupit. (Popov, 2003)

Substituční přípravky jsou v ČR podávány výhradně orální formou (ústí).

Od r. 2000 je v ČR k substituci opiátů užíván metadon připravovaný z dovážené generické substance, který je podáván pouze ve specializovaných substitučních centrech, a dále je od r. 2000 registrován přípravek Subutex (Buprenorfin), který může předepisovat jakýkoliv lékař bez ohledu na specializaci; jisté omezení představuje nutnost používat k předpisu tzv. “opiátový předpis s modrým pruhem” – tedy s vyšší mírou registrace a kontroly.<sup>3</sup>

### **Metadon**

“Syntetická droga opiátového typu používána v udržovací terapii osob závislých na opioidech. Má dlouhý poločas účinku a při léčebném použití bývá obvykle podávána perorálně, jednou denně, pod dohledem. Jde o látku nejvíce používanou ve vyspělých zemích při substituční léčbě opiátové závislosti. Pokud je metadon podáván jedincům závislých na opioidech v odpovídající dávce, je schopný snížit potřebu užívání heroinu a jiných opiátů, odstraňuje příznaky z odnětí a blokuje euforický účinek jiných opioidních látek. Zatímco osoba závislá na heroinu může během 24 hodin absolvovat čtyři i více cyklů užití drogy, intoxikace a počínajících abstinенčních příznaků, metadon díky svému dlouhému poločasu účinku poskytuje mnohem vyrovnanější opioidní efekt. Další výhodou metadonu je jeho farmaceutická kvalita – je hygienicky vyroben, podáván perorálně a ve známé síle.” (Kalina a kolektiv, 2001, s. 64)

### **Buprenorfin (subutex)**

“Smíšený agonista/antagonista, který může být použit v substituční léčbě. Byl široce užíván v mnoha zemích pro krátkodobou léčbu mírnění těžkých bolestí. Díky smíšenému působení se jeví buprenorfin jako bezpečný co se týče rizika předávkování a snad i pravděpodobně méně zábavný než čisté opiáty. Může také zaručit jednodušší rozvrh odvykání a jeho delší působení může umožnit alternativní denní dávkování. Z výzkumů je zřejmé, že buprenorfin je přinejmenším stejně účinný jako metadon při

---

3 *Substituce a udržovací programy* [online].[cit. 2007-06-27]. Dostupný z WWW: <[http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc\\_a\\_podpora/substitucni\\_lecba/substituce\\_a\\_udrzovaci\\_programy](http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/substitucni_lecba/substituce_a_udrzovaci_programy)>.

substituční léčbě těch závislých na heroinu, kteří užívali nižší nebo středně vysoké dávky.” (Kalina a kolektiv, 2001, s. 22)

K substituci se ale používá i LAAM, depotní morfin, kodein a v některých zemích dokonce i farmaceuticky připravený heroin.

### **Provádění substituční léčby**

V ČR se rozlišuje několik typů substituční léčby, z nichž se v praxi zatím vyskytují dva:

- 1) komplexní substituční léčba, která předkládá specializované zařízení s plným spektrem služeb pro uživatele. Poskytování metadonu je rozšířeno o další služby psychosociálního typu: individuální, či skupinová psychoterapie, rodinná terapie, sociální práce a poradenství atd.
- 2) nízkoprahové substituční programy se omezují na poskytování metadonu bez další terapie, nebo poradenství, nabízeny jsou např. služby typu kontaktního centra a lékařské péče v případě potřeby.

Předpokladem provádění substituční léčby je fungující síť léčebných a kontaktních zařízení, úzce spolupracujících se zařízeními/lékaři, provádějícími léčbu. Míra, do jaké se daří dosáhnout cílů substituční léčby, se u jednotlivých autorů celkem liší. Panuje však shoda, že (v případě metadonových substitučních programů) zhruba 1/3 klientů z programu vypadne, 1/3 se na metadonu dlouhodobě stabilizuje a 1/3 je schopna po čase zanechat užívání drog úplně a abstinovat i bez metadonu. (Popov, 2003).

## **4. Doléčovací centrum SANANIM**

Při psaní této kapitoly jsem čerpala ze svých vlastních zkušeností, z informací od kolegů/kolegyň a interních směrnic Doléčovacího centra SANANIM (např. z Operačního manuálu, Skupinových modulů apod.)

## ***4.1 Popis zařízení***

Doléčovací centrum SANANIM bylo založeno v roce 1996. Jedná se o nestátní zdravotnické zařízení zajišťující následnou péči v oblasti léčby drogových závislostí.

### **4.1.1 Základní principy péče Doléčovacího centra SANANIM**

Úkolem procesu léčby a doléčování je, aby klient přijal abstinenci jako nezbytnou součást svého dalšího života, objevil její možnosti a výhody, ale i omezení. Učí se abstinenci využít k dalšímu rozvoji sebe sama, uplatnění sebe sama ve světě a k získání spokojenosti.

Při vytváření struktury doléčování se vychází z předpokladu, že po ukončení léčby nastává zásadní a zároveň obtížné období. Klient potřebuje intenzivní podporu a pomoc při budování nového života.

Základním principem doléčování je pohled na každého klienta jako na osobnost s vlastními nároky a potřebami. Klient má do určité míry možnost volby struktury doléčovacího programu tak, aby odpovídal jeho potřebám a vedl k efektivnímu naplňování osobních cílů.

Proces doléčování je orientován na dvě základní oblasti:

- hledání nového místa ve společnosti. S tím souvisí především bydlení (vlastní byt/pokoj), práce, studium, koníčky (volný čas), přátelé, odpočinek (užívat si bez drog), partnerské vztahy.
- přijetí sebe samého a dosahování osobní spokojenosti. S tím souvisí především dosažení pocitu svobody (“nejsem na ničem a na nikom závislý”), učení se přijímat osobní výhry i prohry, dokázat myslet na budoucnost (plánování a hodnocení).



#### 4.1.2 Cíle doléčovacího programu

Základním cílem doléčovacího programu je prostřednictvím podpůrných, poradenských, terapeutických a svépomocných aktivit snižovat riziko relapsu drogové závislosti a podpořit udržení a další rozvíjení pozitivních změn, k nimž u klienta došlo před vstupem do doléčovacího programu.

Další dílčí cíle programu:

- 1) Pomoci klientovi obstát v podmínkách běžného života,
- 2) Podpora rozvoje pozitivních změn životního stylu, úspěšné zapojení klienta do normálního života,
- 3) Podpora jeho samostatnosti a sebedůvěry,
- 4) Podpora osobnostní růstu a dokončení celého léčebného procesu,
- 5) Zapojení do pracovního procesu,
- 6) Pomoci při řešení sociálních a právních problémů,
- 7) Vytvoření společenství, v němž je klient akceptován a může uspokojovat potřebu sociálních kontaktů.

Specifické cíle programu chráněného bydlení:

- 1) Umožnit klientovi odpoutat se od léčebného zařízení a rodiny a naučit se žít samostatně,
- 2) Podpořit rozvoj praktických dovedností souvisejících se samostatným životem,
- 3) Nabídnout přechodné ubytování v chráněných podmínkách usnadňující přechod z léčebného zařízení do běžného života.

### ***4.2 Základní vymezení programu Doléčovacího centra SANANIM***

#### 4.2.1 Nabízené služby a využívané metody

Program doléčovacího centra nabízí tyto služby:

Ambulantní doléčovací program

Program chráněného bydlení

Program pro matky s dětmi – ambulantní a chráněné bydlení

Program podporovaného zaměstnání

Program pro rodiče, rodinné příslušníky a partnery klientů doléčovacího centra

Mezi základní využívané metody patří:

Individuální poradenství

Socioterapie

Skupinová podpůrná psychoterapie a poradenství

Prevence relapsu

Sociální práce a asistence

Klubové a volnočasové aktivity

Chráněné bydlení

Rodinné a párové poradenství/terapie

Podporované zaměstnání

Výchova k rodičovství

Krizová intervence

#### 4.2.2 Cílová skupina doléčovacího programu

Cílovou skupinu doléčovacího programu tvoří obecně klienti s diagnózou závislosti na nealkoholových drogách, případně s kombinovanou závislostí na alkoholu a nealkoholových drogách. Specifickou cílovou skupinu tvoří matky s dětmi.

Základní cílové skupiny doléčovacího programu tedy jsou:

Klienti chráněného bydlení

Klienti ambulantní

Matky s dětmi

(Klienti z těchto 3 skupin jsou součástí jednoho společenství, část programu absolvují společně, část odděleně.)

Do cílové skupiny dále patří:

Rodiče, rodinní příslušníci a partneři klientů doléčovacího centra.

Děti klientek v ambulantním programu pro matky s dětmi nebo v programu chráněného bydlení pro matky s dětmi.

#### 4.2.3 Složení týmu Doléčovacího centra SANANIM

Tým doléčovacího centra se skládá z:

- 1) vedení – vedoucí zařízení, zástupce vedoucího zařízení (2 osoby, 2 úvazky)
- 2) tým chráněného bydlení – terapeut, socioterapeut (2 osoby, 2 úvazky)
- 3) sociální pracovník (1 osoba, 1 úvazek)
- 4) ambulantní program – psychoterapeut, terapeut (2 osoby, 1,6 úvazku)

Pravidelně vždy každé pondělí se v prostorách zařízení konají porady týmu. Účast na poradách je pro všechny členy týmu povinná. Omluva je možná pouze ze závažných důvodů (nemoc, dovolená apod.) a pouze po dohodě s vedoucím zařízení nebo jeho zástupcem. Každý měsíc prochází celý tým supervizí v délce 4 hodin pod vedením externího supervizora (Stanislava Kudrleho). Provoz Doléčovacího centra SANANIM je pravidelně konzultován s odborným ředitelem Alešem Kudou a vrchním lékařem o.s. SANANIM Kamilem Kalinou.

#### 4.2.4 Časový harmonogram aktivit, provozní doba Doléčovacího centra SANANIM

Provozní doba pro veřejnost a kontakt s novými klienty je v pracovní dny pondělí – čtvrtek od 9 do 17 hodin, v pátek od 9 – 15 hodin. Program pro stávající klienty doléčovacího centra běží ve všední dny a v neděli od 9 hodin do večerních hodin (viz. tabulka č.1). Mimo dobu určenou pro skupinový program se provádějí individuální konzultace s klienty v provozní době centra dle dohody konkrétního klienta s pracovníkem. Klienti mohou také využívat pohotovostní krizovou telefonní linku, která je k dispozici nepřetržitě 24 hodin denně. Program chráněného bydlení běží denně, nepřetržitě v průběhu celého kalendářního roku.

Jednou ročně zhruba v polovině června se koná Výroční klub doléčovacího centra, pořádá se také Vánoční klub v druhé polovině prosince. Víkendové sportovní a turistické výjezdy se konají dle dohody s klienty, obvykle 4x ročně.

Chráněná keramická dílna je v provozu v pracovní dny od 9 do 17 hodin.

	Čas	Aktivita	Určena pro
<b>Pondělí</b>	18 <sup>30</sup> - 20 <sup>00</sup>	Rodičovská skupina	rodiče, rodinné příslušníky a partnery všech současných i bývalých klientů doléčovacího centra
<b>Úterý</b>	19 <sup>00</sup> - 20 <sup>30</sup>	Dynamická skupina	indikované klienty z jakéhokoli typu programu
<b>Středa</b>	19 <sup>00</sup> - 20 <sup>30</sup>	Volnočasový klub (1x za 14 dní)	povinně pro klienty chráněného bydlení v 1. fázi, ostatní klienti doléčovacího centra mohou využívat bez omezení
	15 <sup>30</sup> - 17 <sup>30</sup>	Skupina pro matky s dětmi	pro matky s dětmi v ambulantním programu i programu chráněného bydlení po celou dobu docházky do programu
<b>Čtvrtek</b>	19 <sup>00</sup> - 20 <sup>30</sup>	Tématická skupina	pro všechny klienty doléčovacího centra, povinně pro klienty chráněného bydlení v 1. fázi, obvykle v 1. fázi využívána i klienty v ambulantním programu
<b>Neděle</b>	19 <sup>00</sup> - 19 <sup>30</sup>	Provozní skupina chráněného bydlení	všechny klienty chráněného bydlení
	19 <sup>30</sup> - 21 <sup>00</sup>	Skupina chráněného bydlení	

Tabulka č. 1: Rozvrh skupinových aktivit Doléčovacího centra SANANIM

### 4.3 Ambulantní doléčovací program

Ambulantní doléčovací program je určen:

- Klientům starším 15 let.
- Klientům, kteří abstinují po léčbě drogové závislosti (není rozhodující, zda ji dokončili v řádném termínu nebo předčasně) a klientům, kteří začali abstinovat spontánně.
- Klientům, kteří abstinují minimálně 2 měsíce. Klientům, kteří abstinují po dobu kratší, je nabízena specifická individuální ambulantní péče. Po jejich stabilizaci a dosažení délky abstinence je možné je zařadit do strukturovaného doléčovacího programu.
- Klientům motivovaným k dalšímu životu bez návykových látek.
- Matkám - bývalým uživatelkám návykových látek.

*Struktura ambulantního programu* je vytvářena na základě individuálních potřeb konkrétního klienta s ohledem na to, z jakého typu programu přichází. Doporučená délka ambulantního doléčovacího programu je 6 měsíců.

Před vstupem do skupinového programu klient společně s garantem absolvuje tzv. *přípravnou fázi doléčování*. Délka přípravné fáze doléčování je stanovena pro

ambulantní klienty na 1 – 3 týdny před nástupem do skupinového programu. V rámci přípravného kontaktu klient sepisuje s garantem *terapeutický kontrakt* (viz příloha č. 1), který zahrnuje klientův souhlas s dodržováním pravidel centra a stanoví intenzitu a konkrétní podobu docházky klienta do programu.

Klient v přípravné fázi zpracovává *osobní plán doléčování pro 1. fázi*, ve kterém vymezuje jak neproblémové, tak problémové oblasti svého života. Osobní plán je zaměřen na - zdravotní stav, zaměstnání, finanční situaci, právní problémy a dluhy, rodinné vztahy, partnerský vztah, abstinenci, psychický stav, volný čas a zájmy, vzdělání a jiné oblasti, které jsou pro klienta aktuální (viz příloha č. 2). V tomto plánu si klient stanoví cíle, kterých chce dosáhnout v rámci první fáze doléčování. Na základě stanovených cílů a priorit vyjednává garant s klientem takovou podobu skupinového programu, který by vedl k efektivnímu dosahování osobních cílů.

Obvyklá podoba první fáze doléčování u ambulantního klienta je 1x v týdnu konzultace u garanta, 1x v týdnu tématická skupina, možnost využití volnočasových aktivit. Tato podoba se mění dle aktuální situace na základě průběžného hodnocení a postupu klienta do další fáze doléčování. Např. se v průběhu doléčování otevrou témata vyžadující dlouhodobější řešení, v tomto případě může být klientovi doporučena dynamická skupina.

#### 4.3.1 Vstupní vyšetření u klientů ambulantního programu

Vstupní vyšetření se standardně skládá ze dvou setkání - vstupního pohovoru a odebrání anamnestických údajů.

*Vstupní pohovor* probíhá po předchozí telefonické nebo osobní domluvě. Klient obdrží základní informace o programu, jsou mu předány písemné informace pro klienty doléčovacího centra a jejich obsah je s klientem prodiskutován (obsahují základní informace o poskytovaných službách, právech klientů, pravidlech centra).

Pracovník na vstupním pohovoru zjišťuje základní klientova data, zaznamenává je do příslušného formuláře *první kontakt* (viz příloha č. 4). Základními daty se rozumí jméno a příjmení, rodné číslo, trvalé bydliště, kontaktní adresa a telefon, stručné informace o současném zaměstnání, dosažené vzdělání, typ a délka léčby, doba abstinence, zda má klient nařízenou ochrannou léčbu, aktuální právní, sociální a zdravotní problémy.

Na základě sdělených údajů a zjištění aktuální situace pracovník spolu s klientem hovoří o jeho plánech na nejbližší období. Klient alespoň v hrubých rysech formuluje svou zakázku - co od doléčovacího programu očekává, co chce řešit, v čem potřebuje podporu a pomoc.

V průběhu vstupního pohovoru se může ukázat, že klient není indikován pro vstup do doléčovacího programu. V takovémto případě pracovník klientovi vysvětlí důvod, proč tomu tak je. Pokud má klient zájem, zprostředkuje mu kontakt na jiné zařízení (např. kontaktní centrum, denní stacionář, detoxifikaci a léčbu, jiný doléčovací program). Stejně tak klient může po vstupním pohovoru zjistit, že mu program a pravidla centra nevyhovují a může požádat o předání kontaktu na jiné zařízení sám.

Pokud má klient po vstupním pohovoru nadále zájem o vstup do doléčovacího programu a je pro něj indikován, pracovník si s klientem domluví další schůzku, kde je sepsán anamnestický list.

*Anamnestický pohovor* slouží ke zjištění údajů z rodinné, zdravotní anamnézy, průběhu drogové kariéry a absolvovaných léceb a osobní anamnézy týkající se partnerských vztahů a sexuálního života, sociální situace, zdravotního stavu atd. Zmapování prostřednictvím anamnestického listu slouží k podrobnému přehledu o klientově osobní historii a vývoji jeho potíží s důrazem na souvislosti s užíváním návykových látek.

Pracovník po ukončení vstupního vyšetření založí kartu klienta. Na nejbližší poradě týmu pak o klientovi referuje a na základě toho poradá týmu přidělí garanta - člena týmu, který je klientovi k dispozici pro individuální konzultace a monitoruje průběh doléčování.

#### ***4.4 Program chráněného bydlení***

Struktura programu chráněného bydlení je pevně dána, samozřejmě s možností strukturu programu změnit tak, aby odpovídala individuálním potřebám jednotlivých klientů.

Stejně jako u ambulantního programu proběhne přípravná fáze doléčování. V prvním týdnu po nástupu do programu se klient dvakrát sejde se svým garantem, dojde k podepsání kontraktu a je vytvořen osobní plán doléčování pro první fázi.

Oficiální nástup klienta do skupinového programu se uskutečňuje na první nejbližší skupině chráněného bydlení. Klient je členy týmu představen a oficiálně přivítán.

Program chráněného bydlení je koncipován na 6 měsíců, na tuto dobu je s klientem podepisována smlouva o poskytnutí ubytování. Klient si musí najít vlastní bydlení, než mu tato smlouva vyprší. Po odchodu z chráněného bydlení může nadále docházet do ambulantního programu a za svým garantem.

#### Podoba doléčovacího programu pro klienty chráněného bydlení

Po celou dobu pobytu je povinná skupina chráněného bydlení. V první fázi doléčování je povinná tématická skupina, pokračovat v docházce lze i v průběhu druhé fáze. Obvykle jednou v týdnu klient dochází na konzultaci s garantem.

V individuálních případech lze udělat výjimku. Důvodem je obvykle pracovní doba klienta (12 hodinové služby, obvykle systémem krátkého a dlouhého týdne), vždy je ale povinné docházet na jednu skupinu týdně. Preferuje se skupina chráněného bydlení, v některých týdnech ji lze nahradit skupinou tématickou (případně dynamickou).

Klienti na chráněném bydlení se starají o úklid a údržbu společných prostor v domě, mají rozdělené služby. Rozdělení služeb a kontrolu, zda úklid proběhl, má na starost šéf klientské samosprávy, který vykonává svou funkci 14 dní. Ostatní služby jsou na jeden týden. Rozdělení služeb probíhá v provozní části skupiny chráněného bydlení.

Klienti pravidelně vyplňují *týdenní plán* (viz příloha č. 5), který odevzdávají vždy na další týden na skupině chráněného bydlení.

#### 4.4.1 Vstupní vyšetření u klientů chráněného bydlení

##### **První kontakt se zájemcem o chráněné bydlení**

Klient mající zájem o tuto službu kontaktuje telefonicky pracovníky programu chráněného bydlení. Je mu zaslán dopis se základními informacemi. Ten vždy obsahuje základní informace o programu chráněného bydlení, formulář žádost o chráněné bydlení (obsahuje základní informace o klientovi, datum předpokládaného ukončení léčby) a seznam dalších požadavků pro přijetí (dokončená léčba v minimální délce 6 měsíců, věk 18 a více, doporučení terapeutického týmu k přijetí na chráněné bydlení, životopis v rozsahu 3 – 5 stran A4). Klient je informován o tom, že vyplněnou žádost o chráněné bydlení, životopis a doporučení terapeutického týmu je potřeba zaslat nejméně 2 měsíce

před předpokládaným ukončením léčby. Žádosti o chráněné bydlení jsou shromažďovány v pořadníku. Pořadník žádostí o chráněné bydlení spravuje člen týmu chráněného bydlení.

Pokud není z jakýchkoli důvodů možné klientově žádosti vyhovět, je to klientovi i pracovníkům léčebného programu neprodleně telefonicky oznámeno. Společně s nimi je pak možné hledat jiné řešení, např. nabídnout služby jiného programu, případně prodloužit pobyt v léčebném zařízení, pokud není možno klienta přijmout z kapacitních důvodů.

S klientem, jehož žádost je kompletní, je telefonicky pracovníkem domluven osobní vstupní pohovor, na jehož základě je týmem doléčovacího centra rozhodováno o tom, zda bude klient do programu přijat. O této skutečnosti je klient předem informován.

Na vstupním pohovoru obdrží podrobné informace o programu, ty jsou mu předány i v písemné podobě. Pracovník doplní základní data o klientovi, hovoří s ním o jeho očekáváních, o programu chráněného bydlení, jaké má plány a cíle, k čemu by pobyt chtěl využít. Klient formuluje alespoň v hrubých rysech svou zakázku (na stejném principu jako u vstupního vyšetření ambulantního klienta).

Po absolvování vstupního pohovoru referuje pracovník o žádosti klienta na poradě týmu, tým rozhoduje o jeho přijetí, případně stanoví další podmínky, nespĺňuje-li klient zcela indikační kritéria. Rozhodnutí týmu je sděleno písemnou formou. V případě zamítnutí žádosti (nebo klade-li z rozhodnutí týmu DC další podmínky přijetí) je nezbytné, aby pracovník oznámil a zdůvodnil toto rozhodnutí klientovi a personálu léčebného zařízení též telefonicky (mimo jiné i proto, aby si klient mohl neprodleně začít zajišťovat náhradní ubytování).

## ***4.5 Doléčovací program***

### **4.5.1 Fáze doléčovacího programu**

Standardní strukturovaný doléčovací program je koncipován na dobu nejméně 6 měsíců. Tato doba je orientační a délka doléčování je individualizována na základě potřeb klienta. Doléčovací program je rozdělen do dvou fází v délce přibližně 2-3 měsíců.



## **1. fáze doléčovacího programu**

V první fázi doléčování klient v rámci konzultací s garantem a na skupinách pracuje na úkolech vyjádřených v osobním plánu klienta pro 1. fázi.

K hlavním úkolům první fáze patří:

- zvládnout přechod z léčby, psychická stabilizace ve velmi náročném období,
- prevence relapsu,
- zvládnutí případných relapsů, jejich zpracování, udržení nastalých pozitivních změn životního stylu a abstinence,
- sociální stabilizace, nalezení stálého zaměstnání a schopnost plnit nároky s tím spojené, řešení dlouhodobých problematických okolností (dluhy, právní problémy apod.),
- naučit se plánovat své cíle a budoucnost s ohledem na realitu normálního života,
- navázání nebo udržování vztahu s rodinou, pokud je to možné,
- začít budovat okruh nových přátel a známých,
- začít hledat vyhovující způsoby trávení volného času.

## **2. fáze doléčovacího programu**

Také trvá 2-3 měsíce, v odůvodněných případech může být delší či kratší. Rozhodnutí vstoupit do druhé fáze programu konzultuje klient se svým garantem nebo mu ho garant doporučí. Spolu s garantem klient hodnotí dosažení cílů stanovených v plánu pro 1. fázi. Klient zpracuje osobní plán pro 2. fázi (viz příloha č. 3). Hodnocení, nové cíle a s tím související změnu léčebného plánu garant zaznamenává do karty klienta.

Přestup do druhé fáze oficiálně probíhá ve skupinovém programu (u klientů chráněného bydlení na skupině chráněného bydlení, u ambulantních klientů na jiném typu skupiny, např. tématické). Klient stručně seznámí skupinu s tím, jak se mu podařilo naplnit své cíle v první fázi a jaké si stanovil do fáze druhé. Přestup nemá podobu jako např. v terapeutické komunitě, skupina přestup neschvaluje. Přestup do druhé fáze v doléčovacím programu je spíše důležitým bodem pro samotného klienta – má možnost hodnotit, přijmout ocenění, ale i kritiku, přemýšlet nad dalším životním obdobím, plánovat další podobu doléčování.

K hlavním úkolům druhé fáze patří:

- I nadále prevence relapsu a snižování pravděpodobnosti relapsu. Zvládnutí případných relapsů a jejich zpracování.

- udržení pozitivních změn dosažených v průběhu doléčování, jejich další rozvíjení,
- orientace na volný čas – jak ho trávit, dopřát si ho, nacházet vyhovující aktivity a díky tomu i uspokojení,
- zpracovat otázky smyslu abstinence a dalšího života bez drog,
- plánování budoucnosti, hledání smyslu života, toho, co bych chtěl dokázat,
- otevírání a hledání řešení témat, která nemusí úzce souviset s užíváním drog v minulosti,
- navazování partnerských vztahů, zabývání se vlastním postavením ve vztahu, uvědomování si vlastní spokojenosti či nespokojenosti apod.,
- přemýšlení nad vlastními pocity, připuštění si a prožívání jak negativních, tak pozitivních pocitů, jejich pojmenování a vyjádření,
- ujasňování vlastního místa mezi lidmi ve společnosti,
- v neposlední řadě pak rozvolňování kontaktu, ukončení doléčovacího programu.

#### 4.5.2 Individuální terapie, poradenství

##### **Role a úkoly garanta**

Garant je člen terapeutického týmu doléčovacího centra. Je to osoba, prostřednictvím níž může dojít k navázání dobrého a důvěrného vztahu s klientem a to může pozitivně ovlivnit jednak otevřenost klienta v nabízených tématech, vztah k celému programu a motivaci k jeho plnému využití. Garant má za povinnost být klientovi k dispozici pro individuální konzultace v rozsahu daném terapeutickým kontraktem. V případě mimořádných situací i nad rámec stanovený kontraktem. Garantské sezení trvá 30-60 minut.

Obsah garantských sezení:

V přípravné fázi:

- práce na motivaci k doléčování,
- rekapitulace výsledků léčby,
- stanovení osobního plánu doléčování pro první fázi,
- prevence předčasného vypadnutí z programu,
- hledání optimální podoby programu pro konkrétního klienta,
- podepsání terapeutického kontraktu.

Průběžně:

- mapování aktuálních psychických, sociálních a zdravotních problémů, poradenství a podpůrná psychoterapie,
- prevence relapsu,
- mapování rizikových situací, rizikového chování klienta,
- práce s chutěmi na drogy,
- vzdělávání klienta v oblasti závislosti a práce s relapsem,
- stanovení krizového plánu pro případ relapsu,
- v případě relapsu práce s relapsem,
- rekapitulace účasti klienta ve strukturovaném doléčovacím programu,
- podpora aktivní účasti klienta ve skupinách,
- mapování a příprava témat vhodných ke zpracování v rámci skupinového programu,
- zprostředkování specializované péče (hepatologie, stomatologie, gynekologie, psychiatrická péče, systematická individuální psychoterapie, právní poradenství, atd.),

Při ukončení docházky:

S klientem garant sepisuje dohodu o ukončení docházky do programu (vyjma případu spontánního vypadnutí klienta z programu a vyloučení klienta z programu, kde předává písemné vypovězení terapeutického kontraktu ze strany zařízení). Předává klientovi informace o indikovaných službách systému péče a v případě, že klient má zájem o kontakt v jiném zařízení, zprostředkuje mu garant kontakt a vybaví jej písemnou zprávou o kontaktu s doléčovacím centrem.

#### 4.5.3 Skupinové programy (dynamická skupina, tématická skupina, skupina chráněného bydlení)

##### **Dynamická skupina**

Dynamickou skupinu vede stálá dvojice pracovníků. Koná se pravidelně každé úterý od 19<sup>00</sup> do 20<sup>30</sup>. Kapacita skupiny je maximálně 12 členů. Skupina je určena indikovaným klientům z jakéhokoli typu a fáze doléčovacího programu. Ukazuje se ale, že do této skupiny nastupují spíše klienti z druhé fáze doléčování.

Jedná se o polozavřenou skupinu, členové skupiny docházejí dlouhodobě (min. po dobu 3 měsíců). Práce se skupinou se opírá o skupinovou dynamiku. Využívá se fenoménu "ted' a tady", který významně přispívá k pochopení minulých i aktuálních potíží na základě zkoumání role klienta ve skupině, jeho zapojení do skupinového dění a obsahu interakcí a s nimi spojených pocitů ve skupině.

Koheze skupiny přispívá ke zmírnění pocitů samoty, kterým trpí většina klientů po léčbě předtím, než naleznou dostatek nových kvalitních vztahů mimo okruh uživatelů drog. Neméně důležitý je i zážitek vztahu s druhými, přijetí či odmítání některých vlastností a chování a jejich korekce na základě zpětných vazeb ostatních.

Vzájemná podpora a konfrontace uvnitř skupiny pomáhá budovat a udržovat nedrogový životní styl. Skupina hledá společná témata (např. sny o drogách, práce s chutěmi, trávení volného času), jež jsou zpracována pomocí vzájemného sdělování zkušeností a poradenství ve skupině.

### **Tématická skupina**

Skupina je určena pro klienty první a druhé fáze doléčovacího programu (ambulantní klienty a klienty chráněného bydlení). Koná se jednou týdně ve čtvrtek od 19<sup>00</sup> - do 20<sup>30</sup>. Stejně jako u dynamické skupiny, i tuto skupinu vede stálá dvojice pracovníků.

Cílem je poskytnout klientovi informace a dovednosti, které jsou nezbytné pro snížení rizika relapsu. Program je postaven jako nácvik dovedností a nácvik orientace v ohrožujících situacích, odpovídá tedy kognitivně–behaviorálnímu pojetí psychoterapie.

Skupinové setkání je vždy tématicky zaměřeno a strukturováno. V terapii jsou využívány tématicky zaměřené moduly. Každý modul obsahuje co nejvíce informací, které by mohly posloužit při řešení konkrétních životních situací. Celý terapeutický tým se podílí průběžně na jakémsi brainstormingu témat a každý jeho člen přináší to, co vyvstalo na skupině, v individuálních konzultacích a z předchozích zkušeností. Tyto nápady pak zpracovává dvojice terapeutů odpovědná za tento program.

Tato témata jsou uspořádána do několika tématických okruhů:

- drogová problematika, závislost a drogová minulost,
- témata pojící se ke členství ve skupině a účasti v doléčovacím programu,
- témata zaměřená na materiální zázemí, práci a volný čas,
- mezilidské vztahy,

- témata směřující k sebepoznávání,
- témata zaměřená na hodnotovou orientaci klientů, morální zásady a postoje,
- příležitostná či sezónní témata.

### **Skupina chráněného bydlení**

Skupina se koná jednou týdně v neděli od 19<sup>00</sup> do 21<sup>00</sup> hodin. Je určena klientům chráněného bydlení v průběhu celého pobytu. Tuto skupinu nevede stálá dvojice pracovníku, střídá se na ní celkem pět pracovníků.

*1. část - provozně-technická skupina*(19,00 - 19,30 hodin) obsahuje:

- hodnocení úklidu domu a rozpis nových služeb,
- řešení závad a oprav v bytech a v domě,
- konzultace týdenních plánů,
- povolování návštěv v domě,
- včasné placení nájemného, organizování úklidových brigád apod.

Tato část skupiny je vedena pracovníkem zodpovědným za chráněné bydlení.

*2. část - hodnotící skupina* (19,30 – 21,00 hodin)

- hodnocení uplynulého týdne, co se mi podařilo, co se mi naopak nedaří a proč,
- plánování konkrétních aktivit na další týden,
- sdělování aktuálních témat, jejichž zpracování může ulehčit komentář, nápady a zkušenosti ostatních členů skupiny,
- definování osobních témat, která se v průběhu skupiny objevila, ale není prostor pro jejich zpracování. Konkrétní doporučení, v jaké části programu se jimi dále zabývat,
- oficiální vstup nových klientů do skupiny,
- přestupy klientů chráněného bydlení do druhé fáze léčby.

#### **4.5.4 Program pro matky s dětmi**

Matky s dětmi tvoří specifickou cílovou skupinu doléčovacího centra. Program zahrnuje ambulantní doléčovací program a program chráněného bydlení. Pro matky s dětmi platí stejná vstupní kritéria do obou typů programů jako u ostatních klientů. Doléčovací program pro matky s dětmi je delší než u běžné klientely. Není výjimkou,

že klientky absolvují doléčování po dobu 1 – 2 let. Chráněné bydlení je delší, smlouva je klientkám poskytována na 1 rok.

Specifické cíle programu pro matky s dětmi:

(nad rámec obecných cílů doléčování definovaných výše, ty se shodují)

- upevnit vztah mezi matkou a dítětem,
- výchova k rodičovství,
- spolupráce s partnerem a rodinou, pokud není uživatelem návykových látek,
- pomoc matkám obstát ve výchově dítěte v podmínkách doléčovacího programu a příprava na výchovu dítěte bez intenzivní podpory pomáhající instituce.

Specifická péče o matky s dětmi zahrnuje:

- sociální práci zaměřenou na matku i dítě, spolupráce s OSPOD, soudy, lékaři apod.
- sociální a zdravotní minimum – doklady, pravidelná lékařská péče, dávky sociální podpory, speciální lékařská péče atd.,
- výchovu k rodičovství,
- partnerské a rodinné poradenství/terapii vždy, když je to možné (pokud partner a rodinní příslušníci nejsou uživateli drog a když má klientka o spolupráci zájem),
- pomoc při zajišťování bydlení po ukončení chráněného bydlení. Vzhledem ke špatné finanční situaci u většiny klientek je zajišťováno bydlení např. v azylových domech apod.

Účast v programu

Klientkám lze od první fáze udělovat výjimky z programu tak, aby mohla být zajištěna nepřetržitá péče a dohled nad dítětem. Klientky se povinně po celou dobu doléčovacího programu účastní skupiny chráněného bydlení (klientky chráněného bydlení) a skupiny pro matky. Účast klientky na tématických skupinách je žádoucí, pokud lze zajistit hlídání, účast na dalších částech programu (klub a další aktivity) je doporučena.

Garantské pohovory probíhají dle kontraktu a fází doléčování. V případě omezené účasti klientky na skupinovém programu je intenzita doléčovacího programu nahrazována formou individuální práce s garantem

**Skupina pro matky**

Skupina je určena klientkám – matkám v doléčovacím programu (ambulantní i chráněné bydlení). Povinná je docházka po celou dobu doléčovacího programu, v individuálních případech lze udělat výjimku.

Skupina se koná jednou týdně ve středu od 15<sup>30</sup> do 17<sup>00</sup>. Skupinu vede vždy stálá dvojice terapeutů. Matky se skupiny účastní samy, tedy bez dětí. Po dobu trvání skupiny je pro děti zajištěné hlídání v prostorách doléčovacího centra. Ve skupině matky společně zpracovávají zejména tato témata: chutě na drogy či alkohol, pocity osamění, vyrovnávání se s rolí matky, jak pečovat o sebe, partnerské problémy, problémy vznikající v soužití s rodinou, zdravotní a finanční problémy atd. Skupina svým homogenním složením zajišťuje větší intimitu a umožňuje podrobně se zabývat specifickými problémy matek s dětmi po léčbě.

#### 4.5.5 Sociální práce v rámci programu Doléčovacího centra SANANIM

Sociální práce je jednou z hlavních součástí programu doléčování. Pro skutečné zapojení a návrat do normálního života je nutná sociální stabilizace a to po všech směrech. Stabilizace sociální situace (nalezení zaměstnání, dokončení vzdělání, vyřešení všech právních problémů a bytové situace, splacení dluhů apod.) je předpokladem pro nalezení pozice ve společnosti, která bude pro klienta i společnost smysluplná. Cílem je vést klienta k samostatnému řešení problémů a aktivní spolupráci.

Sociální práce zahrnuje pomoc v těchto oblastech:

##### 1) Zaměstnání

###### *Nezaměstnanost*

Sociální pracovnice informuje klienty o podmínkách registrace na úřadu práce a možnostech získání podpory v nezaměstnanosti, příp. o dalších variantách získání sociální podpory. Dále klientům podává informace o možnostech při hledání zaměstnání, zprostředkovává kontakty na instituce v pracovní oblasti, informuje o možných rekvalifikacích. Sama spolupracuje pracovními agenturami, studentskými agenturami, úřady práce.

###### *Přijímací řízení do zaměstnání*

V případě, že má klient podstoupit přijímací řízení do zaměstnání, sociální pracovnice ho informuje o úředních náležitostech potřebných k přijetí do zaměstnání

(výpis z trestního rejstříku, ověřování dokladů o vzdělání, zápočtový list, lékařské potvrzení, platné doklady) a dalších dokumentech (životopis, posudky, doporučení, dotazníky), příp. spolupracuje s institucemi (obvodní úřady, PSSZ, informační kanceláře apod.).

#### *Nástup do zaměstnání, odchod ze zaměstnání*

Sociální pracovnice podává informace o záležitostech ohledně pracovní smlouvy, zkušební doby, pracovního řádu, pracovních podmínek, výpovědi, práva zaměstnance a zaměstnavatele apod.

V oblasti zaměstnání klientům výrazně pomáhá *Pracovní a sociální agentura SANANIM*, jejíž pracovníci klientům zprostředkovávají brigády a zaměstnání, připravují je na pracovní pohovory, pomáhají jim s psaním životopisů apod.

Doléčovací centrum samotné nabízí také chráněná pracovní místa, které jsou v některých případech (např. v případě záznamu v trestním rejstříku a žádné předchozí praxe v zaměstnání) pro klienty jedinou možností jak získat co nejrychleji zaměstnání.

## 2) Vzdělání

K získání dobré práce je často zapotřebí i vzdělání. To bohužel klientům ve většině případů chybí a chtějí si ho doplnit.

Sociální pracovnice zde podává informace o možnostech studia a zprostředkovává kontakty na instituce v oblasti vzdělávání, školství. Informuje o možnostech a podmínkách studia (dokončení školy, nástupu do nové školy, přerušení studia, o formách studia, o možnostech v oblasti jazykových a jiných kurzů apod.), příp. spolupracuje s konkrétními školami, školskými úřady, studentskými centry atd.

## 3) Rodina

### *Manželství / rozvod*

Sociální pracovnice podává informace o legislativě (uzavírání manželství, předmanželské smlouvy/průběh rozvodového řízení a následného majetkového vyrovnání a rozhodnutí o péči o dítě, podmínky podání žádosti o rozvod), spolupracuje se soudy, s bezplatnými právními poradnami, manželskými poradnami.

### *Péče o dítě*

Sociální pracovnice informuje taktéž o legislativě (odebrání nebo svěřeni dítěte do péče apod.), spolupracuje se soudy, sociálními pracovníky, institucemi pro péči o dítě a o matky s dětmi (kojenecké ústavy, azylové domy).



#### 4) Bydlení

Zajištěné bydlení je další důležitou součástí stabilizace klienta. Sociální pracovníce zde informuje o současných možnostech bydlení (koupě bytu, pronájem, podnájem, ubytovna, azylové bydlení apod.) a zprostředkovává kontakty na instituce v oblasti bydlení a na nabídky bydlení.

#### 5) Finanční situace

##### *Nedostatek finančních prostředků*

V případě, že se klient dostane do situace, kdy nemá dostatek finančních prostředků (přichází z vězení, z léčby, přišel o zaměstnání, atd.), sociální pracovníce ho informuje o možnostech využití sociálních dávek a podmínek k jejich získání, dále o možnostech zaměstnání, brigád, příp. hledají společně jiné řešení (půjčka od příbuzných atd.). Učí ho jak hospodařit s penězi.

##### *Dluhy*

Velké množství klientů se za dobu své “drogové kariéry” značně zadlužilo a mnohdy své dluhy neřešilo i několik let. Sociální pracovníce proto informuje klienty o možných důsledcích jejich dluhů u institucí, o možnostech zjištění dlužných částek (u zdravotní pojišťovny, dopravních podniků, soudů a jiných institucí), o možnostech a podmínkách žádosti o splátkový kalendář. Dále zprostředkovává kontakty na příslušné instituce, spolupracuje s příslušnými organizacemi.

#### 6) Právní problémy

V případě, že má klient právní problémy, sociální pracovníce ho informuje zejména o legislativní stránce věci (žádost o milost, alternativní tresty, odvolání, ochrana svědka, žádost o svěřeni dítěte do péče apod.), v případě nutnosti svědčí u soudu, spolupracuje se soudy, bezplatnými právními poradnami (zejména Právní poradnou A.N.O.), probační a mediační službou a dalšími příslušnými institucemi.

#### 7) Zdraví, léčba

Pokud má klient nějaké zdravotní problémy, sociální pracovníce ho informuje o možnostech v oblasti zdravotní péče a zprostředkuje mu kontakty na odborné lékaře, zdravotnická zařízení.

Konkrétní práce probíhá především s využitím aktuálních kontaktů na odborníky. Celý terapeutický tým spolupracuje jednak s institucemi v oblasti léčby drogové závislosti – samozřejmě nejen s jednotlivými zařízeními o.s. SANANIM. Dobrá spolupráce je navázána s detoxikačními stanicemi, léčebnami, terapeutickými komunitami a doléčovacími centry. Spolupracuje se také s odborníky zejména v oborech hepatologie a psychiatrie, ale i stomatologie, gynekologie, sexuologie, alergologie atd.

V případě komplikované sociální situace je klient garantem odeslán k sociální pracovníci s výjimkou klientů, kteří právě nastupují na chráněné bydlení – ti jsou odkázáni na sociální pracovníci automaticky. Ta s nimi vypracuje podrobnou sociální anamnézu, definuje společně s klientem všechny problémy.

#### 4.5.6 Volnočasové aktivity

Cílem volnočasových aktivit je:

- nabídnout klientům možnosti trávení volného času,
- navazování neformálních kontaktů mimo terapeutický program,
- seberealizace.

#### **Volnočasový klub**

Klub probíhá v prostorách klubovny, popř. mimo objekt doléčovacího centra, jednou za 14 dní vždy ve středu od 19<sup>00</sup> - 20<sup>30</sup>. Účast je povinná pro klienty chráněného bydlení v první fázi doléčování, pro ostatní klienty je využití klubu volné. Mezi aktivity klubu patří např. přednášky s promítáním diapositivů, videokluby, tvorba v keramické dílně, návštěva divadelních představení, výstav, čajoven, sportovní aktivity apod.

#### **Vánoční klub**

Vánoční klub se koná jednou ročně v první polovině prosince, je určen všem současným i bývalým klientům doléčovacího centra, ty jsou zváni prostřednictvím pozvánek.

#### **Výroční klub**

Výroční klub se koná jednou ročně ve druhé polovině června, jedná se o setkání všech bývalých i současných klientů doléčovacího centra a jejich blízkých. Součástí klubu jsou kulturní aktivity – výstavy, divadlo, živá hudba, dále občerstvení, nealkoholický bar. Všichni klienti, kteří v uplynulém roce řádně absolvovali a ukončili doléčovací program jsou oceněni certifikátem.

### **Víkendové výjezdy**

Víkendové výjezdy se konají cca 4x ročně. Jsou určeny pro všechny klienty doléčovacího centra, včetně klientů bývalých. Víkendové výjezdy jsou klientům nabídnuty jako možnost strávit společně víkend v jiném prostředí než je doléčovací centrum, nejsou striktně nařizeny jako součást programu. Účast na nich je dobrovolná.

Náplní víkendových akcí je zpravidla výlet, spojený se sportovní, kulturní, uměleckou či jinou činností, např. pěší turistikou, lyžováním, plaváním, lezením po skalách, návštěvou kulturních památek, přírodních zajímavostí a krajinných útvarů, muzeí, festivalů, divadelních představení, koncertů, často se zpěvem a společenskými hrami atd.

### **Divadlo**

Jedná se o volné umělecké sdružení klientů a přátel doléčovacího centra. Angažovat se v něm mohou aktuální klienti a abstinující bývalí klienti. Divadelní spolek pořádá 1-2 ročně divadelní představení pro veřejnost, příp. vystupuje na akcích jako je Vánoční nebo Výroční klub (viz výše).

#### **4.5.7 Pohotovost a krizová intervence**

Pracovníci doléčovacího centra mají pohotovost na 24 hodinové telefonické krizové lince. Telefonní číslo je předáno klientovi při jeho vstupu do programu s informací, že se na tým může kdykoli obrátit v případě krizové nebo jinak obtížné situace. Pracovník doléčovacího centra poskytuje krizovou intervenci také osobně.

#### **4.5.8 Práce s rodinnými příslušníky, rodičovská skupina a ostatní formy spolupráce**

Spolupráce s rodinnými příslušníky probíhá prostřednictvím rodičovské skupiny, individuálních konzultací, rodinné terapie apod.

### **Rodičovská skupina**

Rodičovská skupina je určena rodičům, rodinným příslušníkům a partnerům klientů, kteří jsou nebo byli jakoukoli formou v kontaktu s naším zařízením. Koná se jednou za 14 dní v pondělí od 18<sup>30</sup> - 20<sup>00</sup>.

Klient je při vstupu do doléčovacího programu informován o tom, že jsou rodiče zváni na rodičovskou skupinu. V některých případech klient nesouhlasí s účastí rodičů na skupině. Zkušenost pracovníků ale ukazuje, že pro většinu klientů je dříve či později tato skutečnost akceptovatelná.

Cíle rodičovské skupiny:

- nabídnout terapeutickou pomoc a péči v těch oblastech, kde jim závislost dítěte způsobila traumata,
- obnovení samostatné komunikace mezi rodiči a dětmi,
- přijetí skutečnosti, že s tím co bylo, je možné zacházet jako s minulostí, která je v přítomnosti uzavřenou kapitolou a že je důležité, co je “teď a tady”,
- zprostředkování poznání, že mladý člověk má vždy právo na hledání, omyly i záporné zkušenosti, protože je to součástí procesu zrání, a to i poté, co prošel zkušeností užívání drog a léčby,
- naučit se rozpoznat meze zdravé pomoci a umožnit jim poznání, že pomoc překračující tyto meze jejich dětem již škodí,
- přispět ke zdravé emancipaci dětí od rodiny (nebo spíše rodičů od dětí) a ke znovunalezení citové i vztahové rovnováhy v jejím novém uspořádání,
- vytvořit místo bezpečí a místo, kde nejsou rodiče závislých dětí společensky stigmatizováni.

Skupina rodičů je koncipována jako otevřená skupina. Rodiče nesepisují terapeutický kontrakt, v němž by bylo vymezeno, po jak dlouhou dobu a jak často musí ten či onen rodič do skupiny docházet. Rodiče mají možnost docházet do skupiny dle svého vlastního uvážení a potřeby.

Skupina zahrnuje edukativní část (v rozsahu do 30 min.) a prožitkovou část (v rozsahu 1 hodiny).

#### 4.5.9 Ostatní formy spolupráce

Spolupráci s rodinou je považována za nedílnou součást doléčování. Ne vždy lze ale všechna témata a trápení v rodinných vztazích vyřešit v rámci rodičovských skupin nebo v rámci setkání rodičů s dětmi mimo odborný program.

Formy spolupráce:

- poradenství pro rodiče, rodinné příslušníky a partnery klientů doléčovacího centra – obvykle jednorázové, v indikovaných případech proběhne setkání více, vždy se ale jedná o poradenství krátkodobé,
- partnerské poradenství – jedná se také o krátkodobé intervence, obvykle jde o zklidnění partnerských konfliktů např. v období, kdy se jeden z partnerů vrátí z léčby a je potřeba hledat a formovat nové podoby soužití,
- rodinné poradenství – jedná se o jednorázové nebo opakované setkání klienta společně s rodiči na konzultaci obvykle u garanta klienta. Častými tématy těchto setkání je např. vzájemná komunikace, jak si sdělovat své potřeby a pocity, schopnost přijmout dítě jako samostatnou dospělou bytost a tak se k němu i chovat, formulování pravidel setkávání, nebo společného soužití apod.,
- rodinná terapie – v rámci služeb doléčovacího centra je poskytována v malé míře v indikovaných případech. Za indikovaný případ je považována situace, kdy je zřejmé, že symptom užívání drog hraje zásadní roli v rodinném systému a bez jeho změny je malá pravděpodobnost úspěšného dokončení celého léčebného procesu.

## 5. Provedení výzkumu

### 5.1 Cíl a důvod výzkumu

Hlavním cílem následné péče o drogově závislé je zapojit klienty po léčbě do “normálního” života. Nástrojem resocializace je strukturovaný doléčovací program. V Doléčovacím centru SANANIM se program skládá z těchto služeb: krizová intervence, individuální terapie, skupinová terapie (skupina dynamická, tématická, chráněného bydlení, skupina matek), chráněné bydlení, sociální práce, volnočasový klub.

Primárním cílem mého výzkumu je zjistit **efektivitu jednotlivých nabízených služeb využívaných všemi klienty programu chráněného bydlení v Doléčovacím centru SANANIM (dále jen DC SANANIM) v roce 2006**. Vzhledem ke skutečnosti, že respondenty výzkumu jsou klienti, kteří jsou v programu chráněného bydlení DC SANANIM právě čtyři měsíce (tedy na přechodu do druhé fáze), ne všech se týkají výše uvedené služby (např. dynamická skupina je jen pro klienty druhé fáze, krizovou intervencí využilo jen minimum sledovaných klientů apod.). Proto jsem svůj výzkum zaměřila pouze na tyto služby: *individuální terapii, skupinovou terapii (tématická skupina, skupina chráněného bydlení, skupina matek), chráněné bydlení a sociální práci*.

Při výzkumu jsem vycházela převážně z osobních plánů klientů (viz příloha č. 2) a rozhovorů. V úvodu rozhovoru jsem zjišťovala základní údaje klientů jakým je věk, primární droga, doba závislosti, způsob aplikace drogy a druh léčby, kterou absolvovali

před nástupem do DC SANANIM. Poté jsem sledovala, jaké cíle si klienti stanovovali na začátku doléčování a jak se jim dané cíle po čtyřech měsících doléčování podařilo naplnit, a které služby jim v tom pomohly a které nikoli.

Sekundárně jsem zjišťovala, jak klienti jednotlivé služby hodnotili, zda-li jim v programu nějaké služby či zařízení chybí a s čím nebyli spokojeni vůbec. Hodnotila jsem též prioritu jednotlivých služeb u klientů.

Na závěr jsem zkoumala, zda se po čtyřech měsících cítí připravení na “normální” život mimo chráněné prostředí doléčovacího centra, zda jsou si zcela jisti svou abstinencí od primární drogy a jestli budou po skončení pobytu na chráněném bydlení docházet ještě do ambulantního programu.

Výzkum jsem prováděla pro potřeby DC SANANIM a i přesto, že je nejdéle existujícím a již pevně etablovaným zařízením, je důležité průběžně sledovat, nakolik jsou práce jeho terapeutického týmu a využívané metody doléčování účinné. (Navíc zde efektivitu služeb zatím nikdo nikdy nezjišťoval). Výsledky mého výzkumu krom zjištěné efektivity také pomohou odhalit spokojenost/nespokojenost klientů s jednotlivými službami – a tak vlastně poukážou na skutečnost, zda a v jakém ohledu je případně vhodné program upravit/změnit. Výzkumem bych tedy i ráda pomohla vylepšit program DC SANANIM.

## ***5.2 Použité metody a techniky***

Zvolila jsem kvantitativní metodu výzkumu. Jako techniku jsem použila rozhovor resp. dotazování pomocí seznamu otázek. Data jsem čerpala také z osobních plánů sledovaných klientů, dále z osobní znalosti jednotlivých klientů a informací od svých kolegů/kolegyň.

### **5.2.1 Rozhovor**

Techniku rozhovoru jsem si zvolila především proto, že některé otázky byly hodně složité a vyžadovaly tedy dovysvětlení. Dále jsem se díky rozhovoru mohla na různé další otázky doptat, obměňovat jejich pořadí dle potřeby apod. Toto by mi např. technika pomocí dotazníku neumožnila a nezískala bych tak potřebná data. Samotné

rozhovory byly velice zajímavé, neboť jsem díky osobnímu kontaktu měla možnost pozorovat také neverbální chování klientů a z toho leccos odvodit.

Velkou výhodou bylo, že jsem se se všemi klienty setkala již před provedením výzkumu a to při sociální práci. Věděla jsem také, jak si v programu počínají (plní stanovené cíle svého osobního plánu či neplní) a tak jsem mohla lehce rozpoznat, zda-li v tomto ohledu mluví pravdu. To, že v DC SANANIM pracuji má však jistě také své nevýhody – mohlo to vést např. k tomu, že při hodnocení služeb klienti nemuseli být naprosto upřímní z obavy, že o jejich nespokojenosti (např. s garantem) nebudu mlčet. Tomu jsem se snažila zamezit již na začátku rozhovoru sdělením, že celý rozhovor je anonymní a slouží k vylepšení programu a proto je upřímnost na místě.

### **5.3 Vzorek**

#### **5.3.1 Výběr respondentů**

Pro svůj výzkum jsem zvolila klienty DC SANANIM a to konkrétně ty klienty, kteří se v roce 2006 účastnili programu chráněného bydlení právě 4 měsíce. Dobu 4 měsíce jsem vybrala proto, neboť se je jedná o období, po jehož uplynutí klienti obvykle bývají připraveni na přestup do druhé fáze programu a měli by mít tudíž splněné všechny stanovené cíle uvedené v osobním plánu pro první fázi.

#### **5.3.2 Charakteristika respondentů**

Program chráněného bydlení je rozdělen na dvě skupiny klientů: na samostatné klienty a matky s dětmi (dále jen klienti S a klientky M). Vzhledem ke skutečnosti, že obě tyto skupiny se při doléčování mnohdy zabývají odlišnými problémy a využívají jiné služby, toto rozdělení jsem ponechala i pro potřeby výzkumu.

Rozhovory jsem uskutečnila s celkem 27 klienty, kteří byli v programu chráněného bydlení právě 4 měsíce (za celý rok 2006). V této skupině bylo 21 klientů S a 6 klientek



M. Ve skupině klientů S bylo 7 žen a 14 mužů. Bližší charakteristika respondentů viz kapitola 5.6 - otázka č. 1.

#### ***5.4 Výzkumné otázky***

Vzhledem ke skutečnosti, že DC SANANIM je nejstarším zařízením tohoto typu v ČR a má tedy již své zkušenosti, předpokládám, že efektivita služeb programu chráněného bydlení za rok 2006 (resp. plnění souborů individuálních cílů klienty za 4 měsíce doléčování) bude vyšší jak 70% a to u obou skupin respondentů (klientů S, klientek M). U klientek M předpokládám nižší procentuální hodnotu než u klientů S, neboť na rozdíl od klientů S mají (klientky M) daleko více povinností souvisejících s výchovou dětí a tudíž i méně času a možností na plnění svých cílů.

#### ***5.5 Postup šetření***

##### **5.5.1 Předvýzkum**

Před samotným výzkumem jsem otázky nejprve aplikovala na bývalé klientce DC SANANIM. Tímto předběžným výzkumem jsem předešla mnoha komplikacím, k nimž by mohlo dojít při rozhovoru “naostro”. Umožnilo mi to především korekci otázek – jejich obsahu, formulace, pořadí.

##### **5.5.2 Organizační záležitosti výzkumu**

Výzkum jsem prováděla postupně v průběhu celého roku 2006, tak jak jednotliví klienti postupovali ve svém doléčování. Na rozhovor jsem si zajistila vždy prázdnou místnost (většinou místnost určenou pro individuální terapii, případně svou kancelář), abych tak zajistila každému klientovi dostatečné soukromí. K záznamu odpovědí jsem použila diktafon nebo počítač. Délka rozhovoru byla cca 35 minut.

### 5.5.3 Otázky k rozhovoru

K rozhovoru jsem si připravila kostru 12-ti otázek. Na začátek jsem zvolila několik (5) identifikačních otázek. Dále jsem se dotazovala, z jakého typu léčebného zařízení k nám klienti přicházeli. Další dotazy se již týkaly samotného programu chráněného bydlení a konkrétně zjišťovaly postupně od klientů:

- stanovené cíle na začátku doléčování a jejich naplnění,
- hodnocení a prioritizaci jednotlivých vybraných služeb,
- dostatečnost služeb a vybavení,
- nespokojenost se službami a programem chráněného bydlení,
- připravenost na život mimo chráněné bydlení,
- jistota/nejistota v abstinenci od primární drogy,
- největší úspěch za pobyt na chráněném bydlení.

Před rozhovorem jsem každému klientovi podala informaci, že rozhovor je anonymní a slouží ke zjištění efektivity služeb a ke zlepšení programu. Na závěr rozhovoru jsem každému klientovi poděkovala. Otázky k rozhovoru najdete v příloze č. 6.

## 5.6 Výsledky rozhovorů

**K otázce č. 1:** Na začátek rozhovoru jsem zvolila 5 identifikačních otázek. Jednalo se o tyto otázky:

**“Kolik je ti let?”**

**“Jakou drogu jsi užíval/a? (Na jaké droze si byl/a závislá/závislý?)”**

**“Jakým způsobem jsi si drogu aplikoval/a?”**

**“Jak dlouho si ji užíval/a?”**

**“Jaké je tvoje nejvyšší dosažené vzdělání.”**

Získané odpovědi na tyto otázky mi pomohly vytvořit bližší charakteristiku respondentů:

### První skupina – klienti S (celkem 21 respondentů)

Průměrný věk klienta je 28 let (nejmladšímu klientovi bylo 20 let, nejstaršímu 40 let). V této skupině 11 klientů užívalo pervitin, 6 heroin, 3 kombinaci drog a 1 kokain. Klienti si aplikovali drogu v 19 případech nitrožilně, 2 klienti šňupáním. Drogu v průměru užívali 9 let. Co se týče dosaženého vzdělání – 5 klientů má základní vzdělání, 10 se vyučilo, 6 má střední odborné a jeden klient vyšší odborné vzdělání.

### Druhá skupina – klientky M (celkem 5 respondentek):

Průměrný věk matky je 29 let (nejmladší klientce bylo 23 let, nejstarší 35 let). V této skupině se 3 klientky léčily se závislostí na pervitinu, 2 na heroinu a jedna s kombinací drog. Všechny klientky si aplikovaly drogu nitrožilně a užívaly ji v průměru 8 let. Pouze základního vzdělání dosáhly 4 klientky, zbylé dvě jsou vyučené.

### **K otázce č. 2: “Jakou a jak dlouhou léčbu jsi absolvoval/a (těsně) před nástupem do programu chráněného bydlení na Doléčovacím centru SANANIM?”**

Před nástupem do programu chráněného bydlení všichni klienti S řádně absolvovali nějakou protitoxikomanickou residenční léčbu. Klienti k nám přicházeli z těchto 9 léčebných zařízení (viz tabulka č. 2) : Terapeutická komunita (dále jen TK) Němčice (7 klientů), TK Karlov (3 klienti), TK White Light (3 klienti), TK Bílá Voda (2 klienti), Psychiatrická léčebna Červený Dvůr (2 klienti), TK Renarkon (1 klient), TK Magdaléna (1 klient), TK Podcestný Mlýn (1 klient), TK Medvědí Kámen (1 klient). Průměrná délka pobytu byla 9,5 měsíce (nejkratší pobyt trval 6 měsíců, nejdelší 13 měsíců).

Léčebné zařízení	Počet klientů
TK Němčice	7
TK Karlov	3
TK White Light	3
TK Bílá Voda	3
PL Červený Dvůr	2
TK Renarkon	1

TK Magdaléna	1
TK Podcestný Mlýn	1
TK Medvědí Kámen	1

Tabulka č. 2: Absolvované typy léčebných zařízení před nástupem na DC SANANIM (klienti S)

Všechny klientky M řádně absolvovaly léčbu v Terapeutické komunitě Karlov. Průměrná délka pobytu byla 10,5 měsíce (nejkratší pobyt trval 9 měsíců, nejdelší 13 měsíců).

**K otázce č. 3: “Jaké cíle jsi si stanovil/a na začátku doléčování? (Čeho by si rád/a dosáhl/a za dobu pobytu v DC SANANIM?)”**

Při zpracovávání této otázky jsem kromě odpovědí respondentů využívala také informací uvedených v osobních plánech sledovaných klientů.

Klienti S ve svých odpovědích uvedli celkem 17 různých cílů (každý klient si stanovil v průměru 6 cílů). Jak ukazuje tabulka č. 3, nejčastěji se objevovaly tyto cíle: najít si práci (uvedlo všech 21 klientů), splácet dluhy (15 klientů), zlepšit rodinné vztahy (11 klientů) a najít si nové nedrogové přátele (10 klientů). Celkem 8 klientů si stanovilo za cíl: utvrdit se v abstinenci, naučit se zaplnit volný čas, zlepšit (vyřešit) partnerský vztah. V 7 případech klienti chtěli nastoupit na léčbu interferonem. Méně často uváděli cíle související s řešením jejich zdravotních problémů (jiných než hepatitidu C) (5 klientů), právních problémů (4 klienti), hospodaření s penězi (4 klienti), vzděláváním (3 klienti) a finanční nezávislostí (3 klienti). V odpovědích se objevila jednotlivě také snaha začít řešit poruchy příjmu potravy, vyrovnat se se sexuální orientací, vyrovnat se se svým zdravotním stavem a naučit se být zodpovědný/zodpovědná.

Uvedené cíle	Počet klientů, kteří uváděli jednotlivé cíle
Najít si práci	21
Splácet dluhy	15
Zlepšit rodinné vztahy	11
Najít si nové nedrogové přátele	10
Utvrdit se v abstinenci	8
Naučit se zaplnit volný čas	8
Zlepšit (vyřešit) partnerský vztah	8

Nastoupit léčbu interferonem	7
Začít řešit zdravotní problémy (jiné než hepatitidu C)	5
Vyřešit právní problémy	4
Naučit se hospodařit s penězi	4
Vzdělávat se	3
Být finančně nezávislý/nezávislá	3
Začít řešit poruchy příjmu potravy	1
Vyrovnat se se sexuální orientací	1
Vyrovnat se se svým zdravotním stavem	1
Naučit se být zodpovědný/zodpovědná	1

*Tabulka č. 3: Cíle stanovené na začátku doléčování (klienti S)*

Klientky M ve svých odpovědích uvedly celkem 14 různých cílů (každá klientka si stanovila v průměru 7 cílů). Jak ukazuje tabulka č. 4, všechny klientky (celkem 6) si daly za cíl najít si práci a naučit se lépe vychovávat své děti. Celkem 4 klientky by se rády během doléčování utvrdily v abstinenci a zlepšily (vyřešily) partnerský vztah. Ve 3 případech klientky ve svých odpovědích uváděly tyto cíle: být finančně nezávislá, zlepšit rodinné vztahy, splácet dluhy a získat děti zpět do péče. Pouze 2 klientky si stanovily za cíl: začít řešit zdravotní problémy (jiné než hepatitidu C), naučit se hospodařit s penězi, nastoupit léčbu interferonem. V odpovědích se objevovaly po jednom také cíle jako naučit se zaplnit volný čas, zajistit mateřskou školku pro syna a usmířit se se starými přáteli.

<b>Uvedené cíle</b>	<b>Počet klientek, které uváděly jednotlivé cíle</b>
Najít si práci	6
Naučit se lépe vychovávat své děti	6
Utvrdit se v abstinenci	4
Zlepšit (vyřešit) partnerský vztah	4
Být finančně nezávislá	3
Zlepšit rodinné vztahy	3
Splácet dluhy	3
Získat děti zpět do péče	3
Začít řešit zdravotní problémy (jiné než hepatitidu C)	2
Naučit se hospodařit s penězi	2
Nastoupit léčbu interferonem	2

Naučit se zaplnit volný čas	1
Zajistit mateřskou školku pro syna	1
Usmířit se se starými přáteli	1

Tabulka č. 4: Cíle stanovené na začátku doléčování (klientky M)

**K otázce č. 4: “Nakolik se ti podařilo po 4 měsících doléčování stanovené cíle naplnit?”**

Co se týče naplnění jednotlivých konkrétních cílů (viz tabulka č. 5), klientům S se podařilo během čtyř měsíců v programu chráněného bydlení naplnit na 100% tyto cíle: najít si práci, nastoupit léčbu interferonem, naučit se hospodařit s penězi, vzdělávat se, být finančně nezávislý/nezávislá, začít řešit poruchy příjmu potravy, vyrovnat se se svou sexuální orientací, vyrovnat se se svým zdravotním stavem, naučit se být zodpovědný/zodpovědná. O něco hůře se jim plnily cíle jako splácet dluhy (93%), zlepšit rodinné vztahy (82%), začít řešit zdravotní problémy (jiné než hepatitidu C) (80%), utvrdit se v abstinenci (75%) a zlepšit (vyřešit) partnerský vztah (63%). Největší nesnáze jim činily tyto cíle: naučit se naplnit volný čas (38%) a najít si nové nedrogové přátele (20%).

Uvedené cíle	Počet klientů, kteří uváděli jednotlivé cíle	Počet splněných cílů ve skupině 21 klientů	Naplnění cílů v %
Najít si práci	21	21	100%
Splácet dluhy	15	14	93%
Zlepšit rodinné vztahy	11	9	82%
Najít si nové nedrogové přátele	10	2	20%
Utvrdit se v abstinenci	8	6	75%
Naučit se zaplnit volný čas	8	3	38%
Zlepšit (vyřešit) partnerský vztah	8	5	63%
Nastoupit léčbu interferonem	7	7	100%

Začít řešit zdravotní problémy (jiné než hepatitidu C)	5	4	80%
Vyřešit právní problémy	4	2	50%
Naučit se hospodařit s penězi	4	4	100%
Vzdělávat se	3	3	100%
Být finančně nezávislý/nezávislá	3	3	100%
Začít řešit poruchy příjmu potravy	1	1	100%
Vyrovnat se se sexuální orientací	1	1	100%
Vyrovnat se se svým zdravotním stavem	1	1	100%
Naučit se být zodpovědný/zodpovědná	1	1	100%

*Tabulka č. 5: Naplnění konkrétních cílů podle mínění klientů S*

Vedle naplnění jednotlivých konkrétních cílů, jsem také zjišťovala, nakolik byli jednotliví klienti S úspěšní v plnění stanovených cílů (svých osobních plánů). To na kolik % se klientům dařilo plnit své cíle ukazuje níže uvedená tabulka č. 6. **Celková úspěšnost klientů S v plnění stanovených souborů individuálních cílů činila 77%.**

Klient S	Stanovené soubory cílů	Počet cílů celkem	Počet naplněných cílů	Úspěšnost v %
A1	najít si práci, splácet dluhy, vyřešit právní problémy, utvrdit se v abstinenci, naučit se zaplnit volný čas	5	4	80%
A2	najít si práci, začít řešit zdravotní problémy, splácet dluhy, zlepšit rodinné vztahy, naučit se zaplnit volný čas, začít řešit poruchy příjmu potravy	6	5	83%
A3	najít si práci, naučit se zaplnit volný čas, vzdělávat se, najít si nové nedrogové přátele, utvrdit se v abstinenci, nastoupit léčbu interferonem, zlepšit (vyřešit) partnerský vztah	7	4	57%
A4	najít si práci, nastoupit léčbu interferonem, naučit se zaplnit volný čas, zlepšit rodinné vztahy	4	3	75%
A5	najít si práci, nastoupit léčbu interferonem, zlepšit rodinné vztahy, najít si nové nedrogové přátele, naučit se zaplnit volný čas, splácet dluhy, vyrovnat se se sexuální orientací	7	5	71%
A6	najít si práci, začít řešit zdravotní problémy, splácet dluhy, být finančně nezávislý/nezávislá, utvrdit se v abstinenci, naučit se zaplnit volný čas, zlepšit (vyřešit) partnerský vztah, najít si nové nedrogové přátele	8	6	75%
A7	najít si práci, najít si nové nedrogové přátele, začít řešit zdravotní problémy, zlepšit rodinné vztahy, utvrdit se v abstinenci, naučit se hospodařit s penězi	6	4	67%
A8	najít si práci, zlepšit (vyřešit) partnerský vztah,	4	4	100%

	utvrdit se v abstinenci, nastoupit léčbu interferonem			
A9	najít si práci, nastoupit léčbu interferonem, začít řešit zdravotní problémy, vzdělávat se, vyrovnat se se svým zdravotním stavem, splácet dluhy, zlepšit (vyřešit) partnerský vztah, naučit se naplnit volný čas	8	7	88%
A10	vyřešit právní problémy, najít si práci, splácet dluhy, být finančně nezávislý/nezávislá	4	4	100%
A11	najít si práci, splácet dluhy, vyřešit právní problémy, najít si nové nedrogové přátele	4	3	75%
A12	najít si práci, splácet dluhy, naučit se zaplnit volný čas, zlepšit (vyřešit) partnerský vztah	4	3	75%
A13	naučit se být zodpovědný/zodpovědná, najít si práci, zlepšit rodinné vztahy, utvrdit se v abstinenci	4	4	100%
A14	najít si práci, splácet dluhy, vyřešit právní problémy, najít si nové nedrogové přátele, zlepšit rodinné vztahy	5	3	60%
A15	nastoupit léčbu interferonem, najít si práci, zlepšit (vyřešit) partnerský vztah, utvrdit se v abstinenci, splácet dluhy, zlepšit rodinné vztahy, naučit se hospodařit s penězi	7	5	71%
A16	najít práci, zlepšit rodinné vztahy, být finančně nezávislá/nezávislá, najít si nové nedrogové přátele	4	2	50%
A17	najít si práci, vzdělávat se, najít si nové nedrogové přátele, splácet dluhy, zlepšit rodinné vztahy, začít řešit zdravotní problémy	6	5	83%
A18	najít si práci, splácet dluhy, vyřešit právní problémy, zlepšit rodinné vztahy, utvrdit se v abstinenci	5	3	60%
A19	najít si práci, splácet dluhy, najít si nové nedrogové přátele, naučit se hospodařit s penězi, nastoupit léčbu interferonem	5	4	80%
A20	najít si práci, splácet dluhy, zlepšit rodinné vztahy, naučit se naplnit volný čas, zlepšit (vyřešit) partnerský vztah, najít si nové nedrogové přátele	6	4	67%
A21	najít si práci, vzdělávat se, naučit se hospodařit s penězi, splácet dluhy, zlepšit (vyřešit) partnerský vztah, zlepšit rodinné vztahy, utvrdit se v abstinenci	7	7	100%

Tabulka č. 6: Úspěšnost jednotlivých klientů S v naplnění souboru individuálních cílů

Jak ukazuje tabulka č. 7, klientkám M se podařilo naplnit během 4 měsíců programu chráněného bydlení na 100% tyto cíle: najít si práci, naučit se lépe vychovávat své děti, zlepšit (vyřešit) partnerský vztah, zlepšit rodinné vztahy, splácet dluhy, získat děti zpět do péče, nastoupit léčbu interferonem, naučit se zaplnit volný čas, zajistit mateřskou školku pro syna a usmířit se se starými přáteli.

O něco hůře se jim plnily cíle typu utvrdit se v abstinenci (75%), být finančně nezávislá (67%), naučit se hospodařit s penězi (50%). Ani jedna ze dvou klientek, které si stanovily za cíl začít řešit své zdravotní problémy (jiné než hepatitidu C) tak nečinila (0 %).



Uvedené cíle	Počet matek, které uváděly jednotlivé cíle	Počet splněných cílů ve skupině 6 klientek	Naplnění cílů v %
Najít si práci	6	6	100%
Naučit se lépe vychovávat své děti	6	6	100%
Utvrdit se v abstinenci	4	3	75%
Zlepšit (vyřešit) partnerský vztah	4	4	100%
Být finančně nezávislá	3	2	67%
Zlepšit rodinné vztahy	3	3	100%
Splácet dluhy	3	3	100%
Získat děti zpět do péče	3	3	100%
Začít řešit zdravotní problémy (jiné než hepatitidu C)	2	0	0%
Naučit se hospodařit s penězi	2	1	50%
Nastoupit léčbu interferonem	2	2	100%
Naučit se zaplnit volný čas	1	1	100%
Zajistit mateřskou školku pro syna	1	1	100%
Usmířit se se starými přáteli	1	1	100%

Tabulka č. 7: Naplnění konkrétních cílů podle mínění klientek M

Co se týče naplnění stanovených cílů (osobních plánů) u klientek M, **celková úspěšnost v plnění souborů individuálních cílů činila 82%**. Podrobněji viz tabulka č.8.

Klientka M	Stanovené soubory cílů	Počet cílů celkem	Počet naplněných cílů	Úspěšnost v %
B1	najít si práci, utvrdit se v abstinenci, zlepšit (vyřešit) partnerský vztah, zlepšit rodinné vztahy, začít řešit zdravotní problémy, výchova dětí, splácet dluhy, nastoupit léčbu interferonem	8	6	75%
B2	najít si práci, výchova dětí, splácet dluhy, získat děti zpět do péče, naučit se hospodařit s penězi	5	5	100%
B3	najít si práci, být finančně nezávislá, utvrdit se v abstinenci, zlepšit rodinné vztahy, zlepšit (vyřešit) partnerský vztah, usmířit se se starými přáteli,	8	6	75%

	začít řešit zdr.problémy, výchova dětí			
B4	najít si práci, být finančně nezávislá, utvrdit se v abstinenci, zlepšit rodinné vztahy, výchova dětí, nastoupit léčbu interferonem, zajistit MŠ pro syna	7	6	86%
B5	najít si práci, zlepšit (vyřešit) partnerský vztah, výchova dětí, Naučit se zaplnit volný čas, splácet dluhy, získat děti zpět do péče	6	6	100%
B6	najít si práci, být finančně nezávislá, utvrdit se v abstinenci, vyřešit partnerské vztahy, výchova dětí, získat děti zpět do péče, naučit se hospodařit s penězi	7	4	57%

Tabulka č. 8: Úspěšnost jednotlivých klientek M v naplnění souboru individuálních cílů

**K otázce č. 5: “Po dobu čtyř měsíců jsi využíval/a služby programu chráněného bydlení. Se kterými z cílů, které jsi si stanovil/a na začátku doléčování, ti pomohla:**

**a) individuální terapie**

Individuální terapie pomohla klientům S s naplněním těchto 13 cílů (viz tabulka č.9): zlepšit rodinné vztahy (uvedlo 9 klientů), utvrdit se v abstinenci (6 klientů), nastoupit na léčbu interferonem (4 klienti), zlepšit (vyřešit) partnerský vztah (3 klienti), najít si práci (3 klienti), vzdělávat se (3 klienti), naučit se naplnit volný čas (2 klienti), najít si nové nedrogové přátele (2 klienti), vyrovnat se se svým zdravotním stavem (1 klient), splácet dluhy (1 klient), naučit se být zodpovědný/zodpovědná (1 klient), vyřešit právní problémy (1 klient), začít řešit poruchy příjmu potravy (1 klient).

Stanovené cíle	Počet klientů, kteří jednotlivé cíle uvedli
Zlepšit rodinné vztahy	9
Utvrdit se v abstinenci	6
Nastoupit na léčbu interferonem	4
Zlepšit (vyřešit) partnerský vztah	3
Najít si práci	3
Vzdělávat se	3
Naučit se naplnit volný čas	2
Najít si nové nedrogové přátele	2
Vyrovnat se se svým zdravotním stavem	1
Splácet dluhy	1

Naučit se být zodpovědný/zodpovědná	1
Vyřešit právní problémy	1
Začít řešit poruchy příjmu potravy	1

*Tabulka č. 9: Individuální terapie a její pomoc s naplněním stanovených cílů dle mínění klientů S*

Klientkám M individuální terapie pomohla s těmito 10 cíli (viz tabulka č. 10): naučit se lépe vychovávat své děti (uvedlo 5 klientek), najít si práci (3 klientky), zlepšit (vyřešit) partnerský vztah (3 klientky), získat děti zpět do péče (2 klientky), utvrdit se v abstinenci (2 klientky), zajistit mateřskou školku pro syna (1 klientka), zlepšit rodinné vztahy (1 klientka), splácet dluhy (1 klientka), nastoupit léčbu interferonem (1 klientka), naučit se zaplnit volný čas (1 klientka).

Stanovené cíle	Počet klientek, které jednotlivé cíle uvedly
Naučit se lépe vychovávat své děti	5
Najít si práci	3
Zlepšit (vyřešit) partnerský vztah	3
Získat děti zpět do péče	2
Utvrdit se v abstinenci	2
Zajistit mateřskou školku pro syna	1
Zlepšit rodinné vztahy	1
Splácet dluhy	1
Nastoupit léčbu interferonem	1
Naučit se zaplnit volný čas	1

*Tabulka č. 10: Individuální terapie a její pomoc s naplněním stanovených cílů dle mínění klientek M*

## **b) skupina chráněného bydlení**

Skupina chráněného bydlení pomohla klientům S s naplněním těchto 9 cílů (viz tabulka č. 11): utvrdit se v abstinenci (uvedlo 6 klientů), zlepšit (vyřešit) partnerský vztah (3 klienti), nastoupit na léčbu interferonem (3 klienti), najít si práci (2 klienti), vyřešit právní problémy (1 klient), naučit se být zodpovědný/zodpovědná (1 klient), najít si nové nedrogové přátele (1 klient), zlepšit rodinné vztahy (1 klient), naučit se hospodařit s penězi (1 klient).

Stanovené cíle	Počet klientů, kteří jednotlivé cíle uvedli
----------------	---

Utvrdit se v abstinenci	6
Zlepšit (vyřešit) partnerský vztah	3
Nastoupit na léčbu interferonem	3
Najít si práci	2
Vyřešit právní problémy	1
Naučit se být zodpovědný/zodpovědná	1
Najít si nové nedrogové přátele	1
Zlepšit rodinné vztahy	1
Naučit se hospodařit s penězi	1

*Tabulka č. 11: Skupina chráněného bydlení a její pomoc s naplněním stanovených cílů dle mínění klientů S*

Klientkám M účast na skupině chráněného bydlení pomohla s dosažením těchto 5 cílů (viz tabulka č. 12): naučit se lépe vychovávat své děti (uvedly 3 klientky), utvrdit se v abstinenci (3 klientky), naučit se hospodařit s penězi (1 klientka), zlepšit rodinné vztahy (1 klientka), nastoupit léčbu interferonem (1 klientka).

Stanovené cíle	Počet klientek, které jednotlivé cíle uvedly
Naučit se lépe vychovávat své děti	3
Utvrdit se v abstinenci	3
Naučit se hospodařit s penězi	1
Zlepšit rodinné vztahy	1
Nastoupit léčbu interferonem	1

*Tabulka č. 12: Skupina chráněného bydlení a její pomoc s naplněním stanovených cílů dle mínění klientek M*

### **c) tématická skupina (pouze klienti S)**

Tématická skupina pomohla klientům S s naplněním těchto 10 cílů (viz tabulka č. 13): utvrdit se v abstinenci (uvedlo 8 klientů), zlepšit (vyřešit) partnerský vztah (7 klientů), zlepšit rodinné vztahy (6 klientů), naučit se naplnit volný čas (2 klienti), naučit se hospodařit s penězi (2 klienti), najít si práci (1 klient), vzdělávat se (1 klient), najít si nové nedrogové přátele (1 klient), vyrovnat se se sexuální orientací (1 klient), nastoupit léčbu interferonem (1 klient).

Stanovené cíle	Počet klientů, kteří jednotlivé cíle uvedli
Utvrdit se v abstinenci	8
Zlepšit (vyřešit) partnerský vztah	7

Zlepšit rodinné vztahy	6
Naučit se naplnit volný čas	2
Naučit se hospodařit s penězi	2
Najít si práci	1
Vzdělávat se	1
Najít si nové nedrogové přátele	1
Vyrovnat se se sexuální orientací	1
Nastoupit léčbu interferonem	1

*Tabulka č. 13: Tématická skupina a její pomoc s naplněním stanovených dle mínění klientů S*

#### **d) skupina matek (pouze klientky M)**

Skupina matek pomohla klientkám M s dosažením těchto 6 cílů (viz tabulka č. 14): naučit se lépe vychovávat své děti (uvedly 4 klientky), utvrdit se v abstinenci (1 klientka), zlepšit (vyřešit) partnerský vztah (1 klientka), zlepšit rodinné vztahy (1 klientka), získat děti zpět do péče (1 klientka), naučit se naplnit volný čas (1 klientka).

<b>Stanovené cíle</b>	<b>Počet klientek, které jednotlivé cíle uvedly</b>
Naučit se lépe vychovávat své děti	4
Utvrdit se v abstinenci	1
Zlepšit (vyřešit) partnerský vztah	1
Zlepšit rodinné vztahy	1
Získat děti zpět do péče	1
Naučit se naplnit volný čas	1

*Tabulka č. 14: Skupina matek a její pomoc s naplněním stanovených cílů dle mínění klientek M*

#### **e) chráněné bydlení**

Chráněné bydlení klientům S umožnilo snáze naplnit těchto 14 stanovených cílů (viz tabulka č. 15): splácet dluhy (uvedlo 8 klientů), utvrdit se v abstinenci (6 klientů), najít si práci (4 klienti), naučit se hospodařit s penězi (2 klienti), zlepšit (vyřešit) partnerský vztah (2 klienti), nastoupit léčbu interferonem (2 klienti), vzdělávat se (2 klienti), zlepšit rodinné vztahy (2 klienti), naučit se naplnit volný čas (2 klienti), být finančně nezávislý/nezávislá (1 klient), naučit se být zodpovědný/zodpovědná (1 klient), vyřešit právní problémy (1 klient), začít řešit poruchy příjmu potravy (1 klient), začít řešit zdravotní problémy (jiné než hepatitidu C) (1 klient).

<b>Stanovené cíle</b>	<b>Počet klientů, kteří jednotlivé cíle uvedli</b>
-----------------------	--

Splácet dluhy	8
Utvrdit se v abstinenci	6
Najít si práci	4
Naučit se hospodařit s penězi	2
Zlepšit (vyřešit) partnerský vztah	2
Nastoupit léčbu interferonem	2
Vzdělávat se	2
Zlepšit rodinné vztahy	2
Naučit se naplnit volný čas	2
Být finančně nezávislá/nezávislý	1
Naučit se být zodpovědný/zodpovědná	1
Vyřešit právní problémy	1
Začít řešit poruchy příjmu potravy	1
Začít řešit zdravotní problémy (jiné než hepatitidu C)	1

*Tabulka č. 15: Chráněné bydlení a jeho pomoc s naplněním stanovených cílů dle mínění klientů S*

Klientkám M služba chráněného bydlení pomohla s naplněním těchto 6 stanovených cílů (viz tabulka č. 16): najít si práci (uvedly 4 klientky), naučit se hospodařit s penězi (2 klientky), být finančně nezávislá (2 klientky), naučit se lépe vychovávat své děti (1 klientka), získat děti zpět do péče (1 klientka), splácet dluhy (1 klientka).

Stanovené cíle	Počet klientek, které jednotlivé cíle uvedly
Najít si práci	4
Naučit se hospodařit s penězi	2
Být finančně nezávislá	2
Naučit se lépe vychovávat své děti	1
Získat děti zpět do péče	1
Splácet dluhy	1

*Tabulka č. 16: Chráněné bydlení a jeho pomoc s naplněním stanovených dle mínění klientek M*

#### **f) sociální práce**

Sociální práce pomohla klientům S s dosažením těchto 7 stanovených cílů (viz tabulka č. 17): najít si práci (uvedlo 10 klientů), splácet dluhy (9 klientů), vzdělávat se

(2 klienti), vyřešit právní problémy (2 klienti), být finančně nezávislý/nezávislá (1 klient), naučit se hospodařit s penězi (1 klient), naučit se být zodpovědný/zodpovědná (1 klient).

Stanovené cíle	Počet klientů, kteří jednotlivé cíle uvedli
Najít si práci	10
Splácet dluhy	9
Vzdělávat se	2
Vyřešit právní problémy	1
Být finančně nezávislý/nezávislá	1
Naučit se hospodařit s penězi	1
Naučit se být zodpovědný/zodpovědná	1

*Tabulka č. 17: Sociální práce a její pomoc s naplněním stanovených cílů dle mínění klientů S*

Sociální práce pomohla klientkám M s naplněním těchto 4 cílů (viz tabulka č. 18): najít si práci (uvedly 3 klientky), splácet dluhy (3 klientky), získat děti zpět do péče (2 klientky), naučit se hospodařit s penězi (1 klientka).

Stanovené cíle	Počet matek, které jednotlivé cíle uvedly
Najít si práci	3
Splácet dluhy	3
Získat děti zpět do péče	2
Naučit se hospodařit s penězi	1

*Tabulka č. 18: Sociální práce a její pomoc s naplněním stanovených cílů dle mínění klientek M*

**K otázce č. 6: “Nyní prosím ohodnot’ tebou využívané (právě diskutované) služby.”** (při hodnocení služby použij škálu: 1 – velmi přínosná, 2 – ucházející, 3 – průměrná, 4 – nepříliš přínosná, 5 - zbytečná)

#### **a) individuální terapie**

Klienti S ohodnotili individuální terapii v průměru číslem 1,9 čili spíše jako službu *ucházející*. (Konkrétní hodnocení viz tabulka č.19)

Hodnocení	Počet hodnotících klientů
1 - velmi přínosná	6
2 - ucházející	11
3 - průměrná	4
4 - nepříliš přínosná	0

5 - zbytečná	0
--------------	---

Tabulka č. 19: Hodnocení individuální terapie klienty S

Klientky M tuto službu ohodnotily na škále v průměru číslem 1,5 tzn. jako službu na pomezí mezi službou *velmi přínosnou* a *ucházející*. (Konkrétní hodnocení viz tabulka č. 20)

Hodnocení	Počet hodnotících klientek
1 - velmi přínosná	3
2 - ucházející	3
3 - průměrná	0
4 - nepříliš přínosná	0
5 - zbytečná	0

Tabulka č. 20: Hodnocení individuální terapie klientkami M

#### b) skupina chráněného bydlení

Při hodnocení skupiny chráněného bydlení klienti S této službě přiřadili v průměru číslo 3,2 tj. tuto službu hodnotili spíše jako *průměrnou*. (Konkrétní hodnocení viz tabulka č. 21).

Hodnocení	Počet hodnotících klientů
1- velmi přínosná	1
2 - ucházející	6
3 - průměrná	3
4 - nepříliš přínosná	10
5 - zbytečná	1

Tabulka č. 21: Hodnocení skupiny chráněného bydlení klienty S

Klientky M tuto službu ohodnotily shodně jako klienti S tj. číslem 3,2, tedy jako službu *spíše průměrnou*. (Konkrétní hodnocení viz tabulka č. 22).

Hodnocení	Počet hodnotících klientek
1- velmi přínosná	0
2 – ucházející	1



3 – průměrná	4
4 - nepříliš přínosná	0
5 – zbytečná	1

Tabulka č. 22: Hodnocení skupiny chráněného bydlení klientkami M

### c) tématická skupina (pouze klienti S)

Klienti S ohodnotili tématickou skupinu na škále v průměru číslem 2,6, tj. jako službu na pomezí mezi službou *ucházející* a *průměrnou*, blíže k *průměrné* hodnotě. (Konkrétní hodnocení viz tabulka č. 23).

Hodnocení	Počet hodnotících klientů
1- velmi přínosná	3
2 - ucházející	8
3 - průměrná	6
4 - nepříliš přínosná	2
5 - zbytečná	2

Tabulka č. 23: Hodnocení tématické skupiny klienty S

### d) skupina matek (pouze klientky M)

Klientky M této službě přiřadily hodnotu *průměrnou*, přesněji 3,3. (Konkrétní hodnocení viz tabulka č. 24)

Hodnocení	Počet hodnotících klientek
1- velmi přínosná	0
2 - ucházející	3
3 - průměrná	2
4 - nepříliš přínosná	0
5 - zbytečná	1

Tabulka č. 24: Hodnocení skupiny matek klientkami M

### e) chráněné bydlení

Klienti S ohodnotili tuto službu v průměru číslem 1,2 , tj. jako službu *velmi přínosnou*. (Konkrétní hodnocení viz tabulka č. 25)

Hodnocení	Počet hodnotících klientů
1- velmi přínosná	17
2 - ucházející	3
3 - průměrná	1

4 - nepříliš přínosná	0
5 - zbytečná	0

*Tabulka č. 25: Hodnocení chráněného bydlení klienty S*

Klientky M oproti klientům S této službě přiřadily v průměru o něco horší hodnotu a to přesně číslo 1,5. Nicméně i tak bylo hodnocení kladné - mezi službou *velmi přínosnou a ucházející*. (Konkrétní hodnocení viz tabulka č. 26).

Hodnocení	Počet hodnotících klientek
1- velmi přínosná	4
2 - ucházející	1
3 - průměrná	1
4 - nepříliš přínosná	0
5 - zbytečná	0

*Tabulka č. 26: Hodnocení chráněného bydlení klientkami M*

#### **f) sociální práce**

Klienti S označili sociální práci v průměru hodnotou 1,4 – službu tedy hodnotili spíše jako *velmi přínosnou*. (Konkrétní hodnocení viz tabulka č. 27)

Hodnocení	Počet hodnotících klientů
1- velmi přínosná	13
2 - ucházející	7
3 - průměrná	1
4 - nepříliš přínosná	0
5 - zbytečná	0

*Tabulka č. 27: Hodnocení sociální práce klienty S*

Klientky M sociální práci ohodnotily ještě kladněji a to v průměru číslem 1,2 – čili jako službu *velmi přínosnou*. (Konkrétní hodnocení viz tabulka č. 28)

Hodnocení	Počet hodnotících klientek
1- velmi přínosná	5
2 - ucházející	1
3 - průměrná	0
4 - nepříliš přínosná	0

5 - zbytečná	0
--------------	---

Tabulka č. 28: Hodnocení sociální práce klientkami M

Co se týče **celkového hodnocení sledovaných služeb** (viz tabulka č. 29) obě skupiny respondentů (tj. klienti S i klientky M) hodnotili služby shodně v průměru číslem 2,1 tj. jako *ucházející*.

Sledované služby	Hodnocení klienty S	Hodnocení klientkami M
Individuální terapie	1,9	1,5
Skupina chráněného bydlení	3,2	3,2
Tématická skupina	2,6	-
Skupina matek	-	3,3
Chráněné bydlení	1,2	1,5
Sociální práce	1,4	1,2
<b>Celkové průměrné hodnocení</b>	<b>2,1</b>	<b>2,1</b>

Tabulka č. 29: Celkové průměrné hodnocení sledovaných služeb klienty S a klientkami

M

**K otázce č. 7: “Zkus seřadit tyto služby dle důležitosti (jak jsou pro tebe významné): Individuální terapie, chráněné bydlení, skupinová terapie (skupina chráněného bydlení, tématická skupina (pouze klienti S), skupina matek (pouze klientky M)), sociální práce.”**

Získané odpovědi na tuto otázku mi pomohly sestavit pořadí výše uvedených služeb dle důležitosti. Jak ukazuje tabulka č. 30, klienti S kladli na první místo službu chráněného bydlení (hodnota 1,2), na druhé místo individuální terapii (hodnota 2,1), na třetí místo sociální práci (hodnota 3,2) a na poslední místo skupinovou terapii (hodnota 3,5).

Hodnocené služby	Získaná hodnota	Pořadí
Individuální terapie	2,1	2.
Chráněné bydlení	1,2	1.
Sociální práce	3,2	3.
Skupinová terapie	3,5	4.

Tabulka č. 30: Seřazení sledovaných služeb dle důležitosti klienty S

U klientek M se pořadí poněkud lišilo (viz tabulka č. 31). Klientky považovaly za nejdůležitější individuální terapii (hodnota 1,7), dále následovalo chráněné bydlení

(hodnota 2,0), sociální práce (hodnota 2,8) a na poslední místo klientky kladly skupinovou terapii (hodnota 3,7).

Hodnocené služby	Získaná hodnota	Pořadí
Individuální terapie	1,7	1.
Chráněné bydlení	2,0	2.
Sociální práce	2,8	3.
Skupinová terapie	3,7	4.

Tabulka č. 31: Seřazení sledovaných služeb dle důležitosti klientkami M

**K otázce č. 8: “Přijde ti nabídka služeb dostačující? Chybí ti nějaká služba, případně vybavení?”**

Všem 20 klientům S programu chráněného bydlení dostačuje plně nabídka služeb, jednomu klientovi chybí uzavřená skupina, kde by mohl více do hloubky probírat své problémy. Co se týče vybavení chráněného bydlení, 4 klientům chybí posilovna, 3 klientům počítač s internetem, 2 klienti by rádi, aby děti měly na zahradě hřiště, jednomu klientovi chybí horské kolo k vypůjčení (k dispozici je pouze jedno kolo).

Celkem 5 klientek M uvedlo, že jim služby plně dostačují, jedné klientce chybí v programu služba, již by byl klub pro matky s dětmi. S vybavením chráněného bydlení jsou klientky plně spokojeny.

**K otázce č. 9: “S čím jsi v programu chráněného bydlení nebyl/a spokojena? Co se ti nelíbilo? Případně, co by jsi změnil/a?”**

Klienti S (celkem 10 klientů) byli nejvíce nejspokojení se *skupinou chráněného bydlení*, uváděli tyto výhrady:

“Skupina je moc dlouhá, špatně rozvržená.” (uvedl 1 klient)

“Nikdy se na skupině nic nestihne.” (1 klient)

“Skupina je dost neosobní a monotónní.” (2 klienti)

“Skupina je málo energická.” (1 klient)

“Velkou část skupiny zabere řešení provozních věcí.” (1 klient)

“Skupina je moc nucená.” (1 klient)

“Skupina je velmi povrchní, nedají se na ní řešit problémy do hloubky.” (1 klient)

“Skupina narušuje víkend, neměla by být v neděli, ale v pondělí.” (2 klienti)

U *tématické skupiny* celkem 3 klienti viděli nedostatek ve špatně volených tématech k diskusi. Uváděli:

“Témata byla často nevhodně zvolená.” (uvedli 2 klienti)

“Témata se opakovala.” (1 klient)

Se službou *individuální terapie* nebyli spokojeni 3 klienti. Uváděli:

“Garant mi skoro nikdy nerozuměl.” (uvedli 2 klienti)

“Garant mi často nevyšel vstříc při domlouvání termínu individuálu.” (1 klient)

Co se týče služby *chráněného bydlení*, dvěma klientům vadilo, že musí týdenní plány připravovat na 14 dní dopředu. Konkrétně:

“Plánování je na moc dopředu, špatně se mi plánují víkendy.” (uvedl 1 klient)

“Nedokážu dělat plány tak dopředu, stejně to pak dopadá tak, že si každý dělá, co chce.” (1 klient)

Dále si klienti stěžovali na nedostatek soukromí na chráněných bytech (celkem 5 klientů). Uváděli:

“Bydlení po třech je na mě moc.” (uvedli 2 klienti)

“Na bytě je moc lidí.” (3 klienti)

Celkem 2 klienti by si přáli, aby prostředí bylo více chráněné a častěji se klientům prováděly toxikologické testy.

“Je tu malá kontrola, měli byste nás více testovat.” (uvedl 1 klient)

“Bylo by potřeba nás čas od času otestovat.” (1 klient)

Klientky M reagovaly na tuto otázku v některých ohledech podobně. Jedna klientka byla velice nespokojená se *skupinou chráněného bydlení*. Uvedla:

“Tato skupina je velice stereotypní, bez energie a moc dlouhá.”

Celkem 3 klientky si stěžovaly na nedostatek soukromí na chráněných bytech. Konkrétně:

“Raději bych bydlela sama než ve dvou.” (uvedly 2 klientky)

“Měly by být k sobě dány matky, které mají děti ve stejném věku. Takhle to není moc k vydržení.” (1 klientka)

Stejně jako někteří klienti S, tak i jedna klientka by si přála, aby se toxikologické testy prováděly častěji.” Uvedla:

“Na to, že to je chráněné bydlení, byste nás měli víc testovat.”

A konečně, jedné klientce se nelíbilo opakované nedodržování úklidů klienty a navrhovala proto zvýšení sankcí za neplnění povinností. Konkrétně:

“Měly by se zvýšit sankce za neuklizení.”

**K otázce č. 10: “Cítíš se připravený na život venku? Máš zcela jasno ohledně abstinence od své primární drogy?”**

Tato trojice otázek měla zjistit, nakolik jsou klienti S a klientky M po 4 měsících na chráněném bydlení připravení na normální život mimo DC SANANIM, a jaký je jejich současný přístup k drogám.

Co se týče připravenosti u klientů S, 18 z nich uvedlo, že se již teď cítí být připraveni na život venku, 3 klienti odpověděli negativně. Jistotu v otázce abstinence od své primární drogy má 14 klientů, 7 klientů si nevěří.

Celkem 4 klientky M uvedly, že se již cítí připravené na život venku, dvě zatím ne. Zcela jasno ve své abstinenci od primární drogy mají jen 2 klientky z 6.

**K otázce č. 11: “Budeš ještě docházet do ambulantního programu na DC SANANIM po skončení pobytu na chráněném bydlení?”**

Docházení do ambulantního programu na DC SANANIM plánuje po skončení pobytu na chráněném bydlení celkem 18 klientů S z 21.

Klientky M odpověděly na tuto otázku v 5 případech kladně tj. do ambulantního programu plánují docházet, jedna klientka odpověděla záporně (bude navštěvovat jiné doléčovací zařízení blíže místa svého bydliště).

**K otázce č. 12: “Co považuješ za největší úspěch, kterého jsi dosáhl/a za dobu pobytu na DC SANANIM? (Za co jsi na sebe nejvíce hrdý/hrdá?)”**

Klienti S uváděli tyto úspěchy:

“Odpustili mi lidé, kterým jsem za dobu fetování ublížil.”

“Více přijímám odpovědnost za svůj život.”

“Přesvědčil jsem se, že na to mám!”

“Dokázal jsem si, že mohu studovat na VŠ.”  
“Vydržela jsem trvale abstinovat od všech drog včetně alkoholu.”  
“Našel jsem si dobrou práci.” (uvedli 2 klienti)  
“Podařilo se mi alespoň na krátkou dobu abstinovat od alkoholu.”  
“Naučil jsem se zvládat život mimo chráněné prostředí.”  
“Osamostatnila jsem se od matky.”  
“Začala jsem ve svých 35 letech studovat střední školu.”  
“Našel jsem si přítelkyni.”  
“Našetřila jsem si nějaké peníze.”  
“Našel jsem vnitřní klid.”  
“Naučil jsem se být zodpovědný, pravidelně docházet do práce.”  
“Věřím víc sám sobě.”  
“Začal jsem konečně splácet dluhy.”  
“Navázal jsem kontakt se synem.”  
“Poznala jsem lépe sama sebe, vím teď, co dělám špatně.”  
“Začala jsem od znovu bez rodičů.”  
“Nastoupila jsem na interferon.”

Klientky M považují za své největší úspěchy:

“Získala jsem dítě (děti) zpět do péče.” (Uvedly 3 klientky)  
“Dala jsem si do kupy vztah s partnerem.”  
“Chodím pravidelně do práce.”  
“Už tolik neřvu na syna.”

## **5.7 Diskuse**

Deskriptivní studie založená na zpracování rozhovorů a osobních plánů klientů měla primárně za cíl zjistit efektivitu vybraných služeb programu chráněného bydlení Doléčovacího centra SANANIM v roce 2006.

Šetření jsem uskutečnila v DC SANANIM. Respondenty mého výzkumu byli všichni klienti, kteří se v roce 2006 účastnili programu chráněného bydlení tohoto centra a to právě čtvrtý měsíc. Rozhovory s celkem 27 klienty (S a M) jsem

uskutečňovala postupně v průběhu celého roku 2006, tak jak jednotliví klienti postupovali ve svém doléčování.

V úvodu rozhovoru (**první otázkou**) jsem zjišťovala základní údaje o klientech (věk, primární droga, doba a délka užívání, způsob aplikace). Získané odpovědi na tyto otázky mi pomohly vytvořit bližší charakteristiku respondentů, jež je popsána na str. 59.

Skrze **druhou otázku** jsem získala informace o *typu a délce léčby, kterou klienti absolvovali před nástupem do programu chráněného bydlení DC SANANIM*.

Ze získaných odpovědí vyplynulo: Všichni klienti a to jak klienti S tak klientky M před nástupem do programu chráněného bydlení řádně absolvovali nějakou protitoxikomanickou léčbu v terapeutické komunitě nebo psychiatrické léčebně.

Terapeutický tým DC SANANIM přijímal největší množství klientů z TK Němčice (7 klientů S), a TK Karlov (3 klienty S a 6 klientek M), přičemž obě tyto terapeutické komunity jsou zařízeními o.s. SANANIM. Vzhledem ke skutečnosti, že mezi DC SANANIM a těmito komunitami existuje velmi dobrá komunikace co se týče návaznosti péče, nepřipadá mi tento jev nijak zvláštní. Dalším možným vysvětlením může být i to, že klienti právě z těchto komunit splňovali ve větším množství případů podmínky nutné pro vstup do programu chráněného bydlení tzn. že léčba v těchto komunitách dokázala klienty lépe připravit na doléčování. Svou roli mohl sehrát také apriorní předpoklad, že klienti z komunit o.s. SANANIM jsou nahlíženi jako více připravení pro doléčování, což mohlo ovlivnit jejich příjem na DC SANANIM. Nižší zastoupení klientů na chráněném bydlení z ostatních komunit mohla způsobit také skutečnost, že si klienti nechtěli vybrat pro doléčování právě město Praha, např. pro jeho vyšší rizikovost co se týče drog.

Všechny klientky M přišly z TK Karlov, jež byla v té době jedinou komunitou v ČR poskytující léčbu i matkám s dětmi, což vysvětluje, proč k nám klientky M přicházely pouze z tohoto zařízení.

**Třetí otázkou** jsem sledovala, *jaké cíle si klienti stanovovali na začátku doléčování*.

Při zpracovávání této otázky jsem kromě odpovědí respondentů využívala také informací uvedených v osobních plánech sledovaných klientů. U obou skupin se stanovené cíle z části lišily. (Konkrétní výsledky viz str. 60-62).

Obě skupiny ve svých odpovědích uváděli tyto společné cíle:



Najít si práci - Jednou z podmínek pobytu v programu chráněného bydlení je právě zaměstnání (klienti si ho musí najít do měsíce od nástupu na chráněné bydlení) a proto je tento cíl zcela na místě. Získané zaměstnání pomáhá klientům jak ve finanční tak sociální stabilizaci a mnohdy je nezbytné pro plnění dalších cílů.

Splácet dluhy - Většina klientů si za dobu své drogové kariéry nadělala mnoho dluhů a jejich vyrovnaní je důležité pro finanční stabilizaci klientů a uzavření této nepříjemné životní kapitoly.

Zlepšit rodinné vztahy, zlepšit (vyřešit) partnerské vztahy – K užívání drog bohužel často patří i narušení rodinných či partnerských vztahů. Pro klienty je toto téma velice citlivé a právě proto bývá pro ně důležité tyto vztahy napravit.

Najít si nové nedrogové přátele - Vedle výše uvedených vztahů, je pro klienty podstatné také navázání nových kontaktů s lidmi mimo drogové prostředí. Většina z nich se po ukončení léčby často potýká s tím, že nemá žádné přátele mimo okruh lidí užívajících drogy.

Utvrdit se v abstinenci - Ne všichni klienti mají po výstupu z léčby jistotu o své abstinenci a ujasnění vztahu k drogám je proto nedílnou součástí doléčování.

Naučit se zaplnit volný čas - Jen malá část klientů umí zaplnit volný čas jinak než užíváním drog. Zapojení se do nových volnočasových aktivit je zásadní pro udržení abstinence.

Nastoupit na léčbu interferonem - Někteří klienti byli v době užívání drog infikováni žloutenkou typu C. Jedinou možností jak tuto nemoc celkem úspěšně léčit je včasná léčba interferonem.

Začít řešit zdravotní problémy (jiné než hepatitidu C) - Vedle hepatitidy C se klienti potýkají i s jinými zdravotními problémy – např. gynekologické, zubní, ortopedické problémy.

Být finančně nezávislý/nezávislá - K resocializaci jistě patří i finanční nezávislost – osamostatnění od rodičů, partnerů apod.

Pouze klienti S uváděli tyto cíle:

Vyřešit právní problémy - Některým klientům přinesla drogová minulost i právní problémy např. exekuce, předvolání k soudu za podvody, krádeže, probační dohled, apod. Klienti jsou nuceni tyto problémy co nejdříve řešit.

Naučit se hospodařit s penězi - Třebaže jsou někteří klienti schopní najít si zaměstnání a vydělat si celkem slušné peníze, neumí s nimi vždy hospodařit. Proto jsou pak v době doléčování vedeni k psaní finančních plánů.

Vzdělávat se – K získání dobrého zaměstnání je nutná kvalifikace a tu mohou klienti získat pouze skrze vzdělání případně praxi. Pročež si doplňují vzdělání buď na učilišti, střední či vysoké škole nebo využívají různých kurzů a rekvalifikací.

Začít řešit poruchy příjmu potravy – Velice ojediněle do programu doléčování nastupují i klientky s poruchou příjmu potravy. Tato porucha je velice závažná a je třeba ji řešit souběžně s ostatními problémy.

Vyrovnat se se svou sexuální orientací - Někteří klienti nemají jasnou představu o své sexuální orientaci a skrze doléčovací program si ji mohou ujasnit.

Vyrovnat se se svým zdravotním stavem – Často dlouhá drogová kariéra klientům přináší vážné a mnohdy neřešitelné zdravotní problémy, jež je omezují například ve výkonu práce nebo v osobním životě. I v tomto případě mají možnost toto téma v programu otevřít a řešit.

Naučit se být zodpovědný/zodpovědná – K úspěšné resocializaci bezesporu patří i zodpovědnost. Ta často klientům chybí a dělá jim velké potíže se jí naučit. Zodpovědnosti se v programu učí především díky zaměstnání a plnění povinností na chráněném bydlení.

Pouze klientky M uváděly tyto následující cíle:

Naučit se lépe vychovávat své děti - Řadě klientek se, ať už kvůli špatnému rodinnému zázemí a výchově nebo své absenci u dětí v době užívání drog, nepodařilo osvojit si správné dovednosti potřebné pro vhodnou výchovu dětí. A rády by samy tuto skutečnost napravily.

Získat děti zpět do péče - Některým klientkám byly v době užívání drog odňaty děti z péče. Někdy jsou to právě děti, které bývají u klientek tou hlavní motivací k abstinenci. Ty se proto snaží v léčbě a následně doléčování stabilizovat natolik, aby mohly zažádat o zrušení ústavní výchovy na své děti.

Zajistit mateřskou školku pro syna - Velká část klientek se potýká s nedostatkem času a to jak na zaměstnání nebo pro sebe. Proto je umístění dítěte do předškolního zařízení velice důležité. Bohužel někdy není možné tento problém vyřešit, neboť některé klientky nemají trvalé bydliště v Praze, což bývá jednou z podmínek při příjmu dětí do MŠ.

Usmíření se starými přáteli - Klientky (ale často i klienti) za dob užívání drog ublížili nějakým způsobem svým přátelům. Proto se snaží o nápravu křivd a usmíření. Opuštění potřebují k tomu, aby mohli začít “nový život”.

Ve **čtvrté otázce** jsem zjišťovala, *nakolik se klientům podařilo stanovené cíle za 4 měsíce doléčování naplnit.*

Zkoumala jsem jednak naplnění konkrétních jednotlivých cílů ale také typy cílů, jež se dařilo klientům lépe či hůře naplnit. Procentuelní vyčíslení je uvedeno na str.62-66. Důraz jsem též kladla na motivy, jež mohly plnění/neplnění cílů ovlivnit. Následně jsem zjišťovala, jaká byla celková úspěšnost klientů v plnění stanovených souborů individuálních cílů, tedy jaká vlastně byla efektivita služeb programu chráněného bydlení DC SANANIM.

Horší naplnění cílů mohly ovlivnit následující možné skutečnosti:

- některé cíle obecně vyžadují dlouhodobější časový horizont pro své naplnění (např. zlepšení rodinných či partnerských vztahů, utvrzení se v abstinenci) a je možné, že pro některé klienty nebylo možné je za dobu čtyř měsíců dosáhnout,
- klienti se všem svým stanoveným cílům nevěnovali dostatečně v programu – tj. v individuální terapii či na některé ze skupin,
- klientům zcela nevyhovovaly nabízené služby (služby jim v problému nenabízely mnoho možností pomoci),
  - klienti neměli dostatek času na plnění svých cílů např. ze zdravotních, pracovních či jiných důvodů (péče a výchova dítěte),
  - klienti neměli dostatek finančních prostředků a proto se jim hůře plnili některé cíle (např. naplnění volného času, získání nových nedrogových přátel).
  - garant průběžně nedohlížel na plnění osobního plánu svého klienta. Je však vůbec otázkou, nakolik by měl garant dohlížet na plnění tohoto plánu. Resocializace klienta by měla vést především k jeho samostatnosti a klient by měl být schopen sám kontrolovat, nakolik se přibližuje svým cílům.

Vedle naplnění jednotlivých konkrétních cílů, jsem také zjišťovala, nakolik byli klienti úspěšní v plnění stanovených cílů (svých osobních plánů). **Celková úspěšnost klientů v plnění stanovených souborů individuálních cílů (efektivita služeb**

**programu chráněného bydlení) činila u klientů S 77% a u klientek M dokonce 82%.**

Tyto výsledky jasně potvrdily mou hypotézu, že efektivita služeb programu chráněného bydlení překročí 70% a to u obou skupin respondentů. Tato zjištěná skutečnost prokázala, že DC SANANIM je plně etablovaným zařízením a má uspokojivé výsledky.

V druhé části mé hypotézy jsem předpokládala u klientek M nižší procentuální hodnotu efektivity než u klientů S, neboť klientky M (oproti klientům S) mají daleko více povinností souvisejících s výchovou dětí a tudíž i méně času a možností na plnění stanovených cílů. Druhá část mé hypotézy se však nepotvrdila. Naopak ukázala, že klientky M byly i přes výše uvedené stížené podmínky schopné naplnit soubory individuálních cílů ještě lépe než klienti S. Na tak dobrý výsledek mohla mít vliv např. skutečnost, že klientky M mají mnohdy v dětech velkou motivaci k léčbě a jsou tak nuceny na sobě více pracovat.

**Pátou otázkou** jsem sledovala, *se kterými z cílů, jež si klienti stanovili na začátku doléčování, jim pomohly tyto vybrané služby: individuální terapie, skupinová terapie - skupina chráněného bydlení, tématická skupina (jen klienti S), skupina matek (jen klientky M), chráněné bydlení a sociální práce.*

Získané odpovědi (uvedené na str. 66-71) ukazují, že službou, která umožnila klientům S naplnit nejvíce různých typů cílů, bylo chráněné bydlení (celkem 14 různých cílů). U klientek M byla tato služba až na druhém místě (6 různých cílů). Nejvíce klienti S uváděli pomoc se splácením dluhů, utvrzení se v abstinenci a nalezení zaměstnání. Klientkám M pomohlo chráněné bydlení především s hledáním zaměstnání. Tyto skutečnosti může vysvětlit např. to, že obě skupiny klientů platily na chráněném bydlení velmi nízké nájemné a tím pádem měly více času a klidu na plnění svých stanovených cílů.

Hned druhou službou, jež byla nejvíce nápomocná s plněním různých typů cílů byla u klientů S individuální terapie (celkem 13 různých cílů). U klientek M byla dokonce na prvním místě v pomoci naplnění největšího počtu různých cílů (celkem 10 různých cílů). Individuální terapie pomáhala klientům S nejvíce se zlepšením rodinných a partnerských vztahů a v utvrzení se v abstinenci. Velká část klientek M se díky této službě naučila lépe vychovávat své děti, najít si práci a zlepšit partnerské vztahy. Mezi specifické cíle naplněné jen skrze tuto službu patřil u klientů S cíl vyrovnat se se svým

zdravotním stavem a u klientek M cíl najít mateřskou školku pro syna. Fakt, že individuální terapie byla nápomocná právě u výše uvedených cílů může objasnit např. to, že témata týkající se těchto cílů byla mnohem citlivějšího charakteru (vztahy, abstinence, výchova dětí, vyrovnání se se zdravotním stavem), a proto se o nich klientům hovořilo daleko lépe před svým garantem na individuálním sezení, než např. u sociální pracovnice. Měli tak více soukromí a prostoru.

Tematické skupiny se účastnili pouze klienti S. Tato skupina pomohla klientům s naplněním 10 různých druhů cílů. Nejspíše vzhledem ke skutečnosti, že tato skupina je primárně zaměřená na prevenci relapsu a probírají se na ní témata s ním spojená, klienti nejčastěji uváděli, že právě tato skupina jim napomohla nejvíce v utvrzení se v abstinenci. Téměř ve stejné míře jako u individuální terapie se klientům skrze účast na této skupině dařilo zlepšit rodinné a partnerské vztahy. Jen prostřednictvím této služby se jeden klient vyrovnal se svou sexuální orientací. To, že se na této skupině řešila právě taková citlivá témata, také nasvědčuje tomu, že ve skupině panovala důvěra. Na naplnění výše uvedených cílů mohly mít vliv také skutečnosti jako setkání a vzájemná pomoc klientů s podobnými problémy, dobře volená témata pro skupinu, dobře fungující skupinová dynamika.

Skupiny chráněného bydlení se účastnily obě skupiny klientů. Díky této službě klienti S naplnili 9 různých typů cílů. Uváděli, že skupina jim nejvíce pomohla s dosažením cílů jakým je utvrzení v abstinenci – a to nejspíše proto, že téma abstinence a vůbec veškeré relapsy klientů chráněného bydlení jsou řešeny vždy právě zde, dále pomohla zlepšit (vyřešit) partnerské vztahy a nastoupit léčbu interferonem. Klientkám M tato služba umožnila naplnit 5 různých typů cílů. Na této skupině se naučily lépe vychovávat své děti, a taktéž se utvrdily v abstinenci. Stejně jako u skupiny tematické, zde mohly svou úlohu sehrát skutečnosti jako setkání a vzájemná výpomoc klientů s podobnými problémy a opět dobře fungující skupinová dynamika.

Na skupinu matek docházely pouze klientky M. Díky této skupině klientky snáze naplnily 6 různých typů cílů. Uváděly, že jim nejvíce pomohla naučit se lépe vychovávat své děti. Při vědomí skutečnosti, že velká část klientek se kvůli své předchozí závislosti na drogách nebyla schopna o dítě v jeho raném věku dostatečně postarat a mnohdy ani samy klientky neměly příliš šťastné dětství a tudíž neměly pro výchovu svého dítěte žádný pozitivní vzor, současný vztah mezi matkou a dítětem nebývá příliš idylický a neobejde se bez problémů. Jsem toho názoru, že na zdárné naplnění tohoto cíle mělo největší vliv právě to, že všechny klientky řešily de facto

identický problém a mohly si na skupině vyměnit mnoho zkušeností a vzájemně se podpořit.

Poslední službou a zároveň službou, které pomohla naplnit nejmenší počet různých cílů (u klientů S 7, u klientek M 4 různých cílů) byla sociální práce. Největší úspěchy sklízely obě skupiny s hledáním zaměstnání a splácením dluhů. To proč tato služba pomohla naplnit tak malé množství různých cílů bylo dáno především tím, že sociální práce je službou velmi specifickou a řešení jiných problémů než hledání práce, splácení dluhů, řešení právních problémů by zde nebylo na místě. Ke zdárnému naplnění jejich cílů mohly vést např. pravidelné schůzky klientů a sociální pracovnice, její systematická práce a dohlížení na plnění zadaných úkolů klienty. Velkou pomocí byla také spolupráce s Právní poradnou A.N.O. a Pracovní a sociální agenturou SANANIM.

*V šesté otázce klienti hodnotili jednotlivé služby na škále 1 – 5: (1 – velmi přínosná, 2 – ucházející, 3 – průměrná, 4 – nepříliš přínosná, 5 – zbytečná).*

Jak vyplynulo z odpovědí klientů S, nejvýše a tedy nejlépe hodnocenou službou bylo chráněné bydlení, těsně za ním se umístila sociální práce.

Tyto služby byly tedy hodnoceny jako velmi přínosné. Klientky M považovaly za velmi přínosnou službu sociální práce. Službu chráněné bydlení a individuální terapii hodnotily o něco hůře. Jako spíše ucházející službu klienti S označili individuální terapii. Skupinovou terapii hodnotily obě skupiny průměrně. Co se týče celkového hodnocení sledovaných služeb obě skupiny respondentů hodnotili služby shodně jako ucházející.

Na následujících řádcích bych se ráda zabývala tím, jaké skutečnosti mohly hodnocení jednotlivých služeb ovlivnit, příp. objasnit.

Faktory ovlivňující kladné hodnocení chráněného bydlení:

- většina klientů se po léčbě nemá kam vrátit a tato služba jim nabízí na nějakou dobu bydlení,
- získání chráněného bydlení je podmíněno absolvováním vstupního pohovoru. Pokud jsou klienti přijati, většinou to považují za svůj velký úspěch a proto je možné, že chráněnému bydlení přiřítají vysokou pozici,
- na chráněném bydlení se platí velmi nízký nájem,
- chráněné byty jsou velmi luxusně zařízeny (byty I. kategorie),

- bydlení klientům umožňuje začít nový život v jiném prostředí než v tom, kde klienti v minulosti užívali návykové látky a nepociťují zde stigma závislého,
- klienti mají možnost se skrze chráněné bydlení osamostatnit se od rodičů, partnerů, postavit se “na vlastní nohy”,
- chráněné bydlení má svá pravidla a využívá systém kontroly (např. testování užívání drog, dodržování léčebného programu, plnění osobních plánů), klienti se tak cítí více chráněni před relapsem či špatným životním stylem,
- soužití s klienty s podobnými problémy nabízí vzájemnou výpomoc, náhled na řešení problémů,
- klienti mají na chráněném bydlení více času a větší klid na řešení svých problémů (např. na výběr zaměstnání, řešení dluhů),
- součástí institutu chráněného bydlení jsou dobře dostupné další služby (individuální terapie, skupinová terapie, sociální práce apod.).

#### Faktory ovlivňující kladné hodnocení sociální práce:

- dobrá dostupnost této služby (sociální pracovnice má kancelář nedaleko chráněných bytů a je přítomna a ochotna s klienty konzultovat každý den),
- sociální pracovnice systematicky vede rozhovory, vytyčuje spolu s klientem jeho základní sociální problémy a následně určuje, se kterými z nich a v jakém sledu se společně budou zabývat,
- sociální pracovnice klade důraz na samostatnost klientů, čímž podporuje rozvoj jejich dovedností a sebedůvěry,
- sociální pracovnice průběžně a přiměřeně úkoluje klienta a následně provádí kontrolu plnění úkolů (klienti sami často tuto kontrolu vyžadují),
- v případě nutnosti je sociální pracovnice ochotná asistovat klientovi na úřadech,
- sociální pracovnice má dostatečné vzdělání, a dovednosti, je znalá sociální sítě,
- sociální pracovnice úzce spolupracuje s Právní poradnou A.N.O, kam v případě složitějších právních problémů odesílá klienta, dále s Ateliérem Alf, kde mají klienti možnost se zdarma requalifikovat. Spolupracuje také s Pracovní a sociální agenturou SANANIM, která klientům pomáhá s vytvořením životopisů a hledáním zaměstnání. DC SANANIM nabízí chráněná pracovní místa v případě, že má klient problém nalézt zaměstnání (např. kvůli záznamu v trestním rejstříku).

Faktory ovlivňující kladné hodnocení individuální terapie:

- individuální terapie nabízí větší intimitu a soukromí a umožňuje tak otevření a zpracování hlubších témat klienta,
- terapeut se na sezení věnuje pouze jednomu klientovi, naslouchá mu a poskytuje mu náhled a podporu,
- individuální terapie umožňuje vytvoření vztahu mezi terapeutem a klientem a využití přenosu/protipřenosu,
- dobré vedení individuální terapie směřované k řešení individuálních cílů klienta (např. průběžná kontrola plnění či neplnění osobního plánu klienta),
- osobnost a dovednosti terapeuta především jeho schopnost empatie a naslouchání,
- individuální terapie je povinnou službou, klienti na terapii musí docházet minimálně jednou týdně a měli by si na ni nosit témata k řešení.

Obecné skutečnosti ovlivňující průměrné hodnocení skupinové terapie:

Myslím, že hlavním důvodem pro tak nízké (průměrné) hodnocení skupinové terapie je nastavení systému služeb. Klienti jsou až příliš zvyklí řešit své problémy na individuální terapii – té se účastní minimálně jednou týdně a sezení trvá cca 60 minut. Po celou dobu sezení řeší svá osobní témata a nemají potřebu je pak znovu otevírat na skupinové terapii. Tuto mou teorii podporuje i skutečnost, že v terapeutických komunitách funguje skupinová terapie obvykle velmi dobře. A třebaže i tam klienti využívají individuální terapii, toto sezení je mnohem kratší a většinou slouží k hledání témat, které by měl klient posléze otevřít právě na skupinové terapii. Tak by tomu mělo být dle mého názoru i na DC SANANIM – už vzhledem ke skutečnosti, že je prokázáno, že skupinová terapie je daleko efektivnější v řešení osobních témat klientů, než terapie individuální.

Další skutečností, jež mohla negativně ovlivnit hodnocení skupinové terapie je fakt, že klienti mají za sebou již mnoho hodin skupinové terapie absolvované v terapeutických komunitách, či jiných léčebných zařízeních, což u nich mohlo a priori vyvolat odpor vůči této službě. (Často říkají: “Mám už dost skupin z komunity, své problémy si vyřeším s garantem”.) To, že skupinová terapie na DC SANANIM neslaví takové úspěchy jako v terapeutických komunitách může být důsledkem faktu, že klienti zde již netvoří tak semknutou komunitu lidí, nemají mezi sebou blízké vztahy a mají mnohem volnější režim.



Závěrem zmíním ještě další okolnosti, jež mohly mít vliv na označení všech skupin klienty jako průměrné: naladění na skupinu, aktuální zdravotní stav, motivace k řešení problémů, osobnostní rysy, vztahy mezi klienty. U terapeutů vedoucích skupinovou terapii jsou to: osobnostní rysy, vzdělání a dovednosti, způsob vedení skupiny, připravenost na skupinu, vztah mezi dvojicí terapeutů.

Specifické skutečnosti ovlivňující průměrné hodnocení tématické skupiny:

- témata na skupinu obvykle přinášejí pouze terapeuti, neexistuje žádný systém, který by klienty přiměl přinášet svá vlastní témata. Následkem toho může být, že s tématy pak klienti nejsou spokojeni,
- složení skupiny. Tuto skupinu tvoří klienti S (klienti programu chráněného bydlení) a klienti ambulantního programu. Tato skupina není uzavřená, což může někdy vést k narušení důvěry a odmítání klientů vyjadřovat se k určitým tématům. Zároveň to, že skupinu doplňují klienti ambulantní může mít, ale i vliv pozitivní, neboť tito klienti bývají mnohdy daleko více motivovaní k řešení svých osobních témat a jsou na skupinách aktivnější a mohou tak ostatní klienty zapojit do skupinového procesu,
- počet lidí ve skupině. Jak již jsem výše uvedla, tato skupina není stálá, klienti do ní nedocházejí dlouhodobě, a počet klientů se neustále mění, což může mít stejné negativní důsledky jako u otevřené skupiny (viz předchozí odstavec),

Specifické skutečnosti ovlivňující průměrné hodnocení skupiny chráněného bydlení:

- náplň skupiny. První část skupiny má praktický charakter týkající se chráněného bydlení, jakým je úklid, funkce správce domu atd. Ve druhé části klienti hodnotí svůj předchozí týden, jak se jim dařilo/nedařilo, co se jim povedlo/nepovedlo apod. Vzhledem k pevnému stereotypnímu, avšak nutnému programu není vůbec snadné klienty do skupiny zapojit, natož tuto skupinu vést tak, aby byla pro klienty (vždy) zajímavá,
- pověst skupiny. Mezi klienty se traduje, že tato skupina není příliš oblíbená a tuto informaci si mezi sebou předávají. Je však otázkou, nakolik se jí klienti při vstupu do skupiny řídí resp. nakolik nechají se ovlivnit názory ostatních klientů,
- nejasné informace o skupině podávané klientům a špatné pojmenování skupiny. Třebaže tato skupina má spíše technický charakter a slouží především k předávání informací, klienti si často stěžují, že se na ní témata neřeší příliš do hloubky a jsou obecně zklamáni její náplní. Tato skupina slouží primárně spíše k řešení technických

věcí a ohodnocení týdne a pro řešení hlubších témat není určená a v případě, že se nějaké téma na skupině objeví, klient by měl být povzbuzen, aby ho otevřel na jiné skupině k tomu určené (např. na dynamické skupině). Ze získaných odpovědí v průběhu výzkumu jsem však měla často dojem, že ne všichni klienti tuto informaci dostali a proto se cítí nespokojeni (skupina nenaplňuje jejich očekávání). Proto by klienti měli být o náplni skupiny opakovaně informováni. Je také možné, že samotné pojmenování této služby jako skupina není příliš vhodné a stálo by za to ji přejmenovat,

- skupina se koná každou neděli, což většina klientů vnímá jako narušení osobního volna. Klienti bývají díky tomu někdy rozmrzelí, neboť povinná účast na skupině jim narušila nějaký program. I v tomto ohledu si myslím, že by bylo dobré zamyslet se, zda-li by se skupina nemohla konat např. v pondělí. Klienti by byli spokojenější a je možné, že by byli na skupinu i lépe naladěni,
- časové rozvržení skupiny.

Specifické skutečnosti ovlivňující průměrné hodnocení skupiny matek:

- náplň skupiny. Skupina matek nemá pevnou náplň, témata na skupiny přinášejí jak terapeuti, tak klientky. Témata se však často opakují (vztahy s muži, výchova dětí, role matky), což některým klientkám nemuselo vyhovovat,
- rivalita mezi klientkami. Téměř každá naše klientka matka se potýká s tím, že v minulosti výchovu svého dítěte zanedbala. Proto se v současnosti snaží svému okolí dát najevo, že svou roli zvládá. V tomto ohledu může mezi matkami vznikat jistá rivalita, která může ovlivnit průběh skupiny,
- stud. Z předchozího bodu vyplývá, že klientky mají někdy ze studu tendenci zamlčovat to, že např. ani v současnosti výchovu dítěte zcela nezvládají, což může terapii brzdit.

**Sedmou otázkou** jsem zjišťovala, *které služby jsou pro klienty nejdůležitější. Konkrétně se jednalo o tyto služby: chráněné bydlení, individuální terapie, skupinová terapie – skupina chráněného bydlení, tematická skupina (jen klienti S), skupina matek (jen klientky M) a sociální práce.*

Získané odpovědi mi pomohly sestavit pořadí výše uvedených služeb dle důležitosti. Klienti S kladli na první místo službu chráněného bydlení, na druhé místo individuální terapii, na třetí místo sociální práci a na poslední místo terapii skupinovou. U klientek M se pořadí poněkud lišilo. Klientky považovaly za nejdůležitější individuální terapii,

dále následovalo chráněné bydlení, sociální práce a za nejméně důležitou i ony považovaly skupinovou terapii.

Sestavené pořadí u klientů S může vypovídat o tom, že většina klientů při odchodu z terapeutické komunity, či jiného léčebného zařízení, řešila primárně otázku bydlení a hned následně chtěli mít možnost ještě s někým (garantem) probírat svá osobní témata – využít podpory a jisté kontroly. Získané výsledky u klientek M sice ukazují, že považovaly za nejdůležitější individuální terapii, nicméně služba chráněné bydlení se umístila velice blízko za službou první – obě služby se tedy ocitly na podobné pozici – což může poukazovat na to, že pro klientky M byla po odchodu z léčby zhruba stejně důležitá jak individuální terapie, tak chráněné bydlení. Matky se z tohoto důvodu také mohly cítit jako méně stabilizované. U klientů S je pravděpodobnější, že kdyby jim po léčbě bylo nabídnuto levné bydlení, jehož součástí není léčebný program, tak na tuto nabídku přistoupí spíše než klientky M. U obou skupin klientů se na třetím místě objevila sociální práce - velké množství klientů má stále nedořešené různé sociální problémy (dluhy, exekuce apod.) a tato služba jim v tom může hodně pomoci. Umístění skupinové terapie na posledním místě je dáno nejspíše tím, že většině klientům dostačuje, když mohou mluvit o svých osobních tématech při individuální terapii a terapie skupinová je pro ně tedy něco jako nadstandard.

**V osmé otázce** se klienti vyslovovali k tomu, *nakolik jim dostačuje nabídka služeb, zda-li jim nějaká služba případně vybavení na DC SANANIM chybí.*

Z odpovědí vyplynulo, že všem 20 klientům S dostačuje plně nabídka služeb, jednomu klientovi chybí uzavřená skupina, kde by mohl více do hloubky probírat své problémy. Od března roku 2007 byl doléčovací program o tuto skupinu doplněn tzv. podpůrnou skupinou.

Co do vybavení, klientům S postrádají především posilovnu, počítač s přístupem na internet, dětské hřiště a horské kolo. Při zamyšlení o doplnění tohoto vybavení jsem došla k názoru, že počítač s internetem je vybavení, které na DC SANANIM opravdu chybí a většina klientů by ho mohla využívat např. při hledání práce a bylo by tedy vhodné jej pořídit. Co se týče posilovny, ta by sice pomohla klientům naplnit volný čas, ale zároveň by to mohlo vést k tomu, že klienti by po výstupu z doléčování neuměli zaplnit svůj čas jinak a hlavně mimo chráněné prostředí. Naplňování volnočasových aktivit mimo DC SANANIM přináší pro klienty možnost seznámit se s novými lidmi

z nedrogového prostředí, k čemuž by zřízení posilovny na DC SANANIM nepřispělo. Hřiště pro děti na zahradě je určitě dobrý nápad, který oceňuji a v současné době se jeho výstavba již plánuje. Po získání financí je v plánu i dokoupení horského kola.

Všem pěti klientkám M služby plně dostačují, jedné matce chybí v programu služba Klub pro matky s dětmi. Myslím, že tato skutečnost by měla být vzata terapeutickým týmem v potaz. Tento klub by mohl klientkám výrazně pomoci ve výchově dětí. S vybavením chráněného bydlení jsou klientky plně spokojeny.

**Devátou otázkou** jsem zjišťovala, *s čím klienti v programu chráněného bydlení nebyli spokojeni, případně, co by změnili.* U konkrétních odpovědí jsem se pokusila i o návrhy řešení.

Jak z odpovědí vyplynulo, klienti S (celkem 10 klientů) byli nejvíce nespokojeni se *skupinou chráněného bydlení*, uváděli tyto výhrady:

“Skupina je moc dlouhá, špatně rozvržená.” ( uvedl 1 klient)

“Nikdy se na skupině nic nestihne.” (1 klient)

“Skupina je dost neosobní a monotónní.” (2 klienti)

“Skupina je málo energická.” (1 klient)

“Velkou část skupiny zabere řešení provozních věcí.” (1 klient)

“Skupina je moc nucená.” (1 klient)

“Skupina je velmi povrchní, nedají se na ní řešit problémy do hloubky.” (1 klient)

“Skupina narušuje víkend, neměla by být v neděli, ale v pondělí.” (2 klienti)

Fakt, že s touto skupinou nebyla spokojena téměř polovina klientů S, zjednodušeně říká, že tato skupina není mezi klienty moc oblíbená a neradi se jí účastní. V interpretaci otázky č. 6 (viz str. 86-91) jsem se zabývala tím, co vše mohlo ovlivnit spíše negativní hodnocení skupinové terapie klienty a naznačila jsem, jaké změny by mohly tuto službu zlepšit. Z mého zkoumání vyplynuly tyto postřehy (možné změny):

- terapeuti vedoucí skupinu chráněného bydlení by měli klientům podávat jasné informace o náplni a cílech skupiny, měli by především zdůraznit to, že skupina není určená pro řešení hlubších témat klientů a tak předejít zklamání jejich očekávání,
- skupina svým názvem (skupina chráněného bydlení) vytváří klamnou představu o své náplni a proto si myslím, že by bylo vhodné ji přejmenovat např. na nedělní komunitu,
- terapeuti by měli dbát na časové rozvržení skupiny tak, aby se při hodnocení týdne v průběhu skupiny dostalo na každého klienta, skupina by měla mít jasný cíl a pravidla,

- skupina se koná každou neděli, čímž narušuje osobní volno klientů. I zde by bylo vhodné zvážit její přesunutí např. na pondělí.

U *tématické skupiny* celkem 3 klienti viděli nedostatek ve špatně volených tématech k diskusi. Uváděli:

“Témata byla často nevhodně zvolená.” (uvedli 2 klienti)

“Témata se opakovala.” (1 klient)

Vzhledem k této zjištěné skutečnosti, si myslím, že by bylo na místě vytvořit nějaký systém, který by klienty přiměl, aby si témata na skupinu přinášeli sami. Toho lze docílit např. jiným nastavením individuální terapie – ta by měla dle mého názoru (jak již jsem uvedla v otázce č. 6) primárně sloužit k hledání témat a povzbuzování klientů k jejich otevření na skupinové terapii. K hledání témat by měla sloužit i skupina chráněného bydlení.

Se službou *individuální terapie* nebyli spokojeni 3 klienti. Uváděli:

“Garant mi skoro nikdy nerozuměl.” (uvedli 2 klienti)

“Garant mi často nevyšel vstříc při domlouvání termínu individuálu.” (1 klient)

Individuální terapie byla klienty hodnocena z větší části kladně (otázka č. 6) a tak je fakt, že s ní nebyli spokojeni 3 klienti, jen přirozený. Ne každý garant vyhovuje svému klientovi a naopak. V tomto ohledu je dobré podávat klientům na začátku doléčování informaci, že je možné v případě nespokojenosti zažádat o změnu garanta.

Co se týče služby *chráněného bydlení*, dvěma klientům vadilo, že musí týdenní plány připravovat na 14 dní dopředu. Konkrétně:

“Plánování je na moc dopředu, špatně se mi plánují víkendy.” (uvedl 1 klient)

“Nedokážu dělat plány tak dopředu, stejně to pak dopadá tak, že si každý dělá, co chce.” (1 klient)

Je pravdou, že týdenní plány se musí připravovat na 14 dní dopředu, což může působit klientům problémy, avšak i zde je možnost tyto plány v jejich průběhu opravit, proto na nich nevidím nic problematického.

Klienti si také stěžovali na nedostatek soukromí na chráněných bytech (celkem 5 klientů). Uváděli:

“Bydlení po třech je na mě moc.” (uvedli 2 klienti)

“Na bytě je moc lidí.” (3 klienti)

Vzhledem k malé kapacitě míst na chráněném bydlení není možné zcela tento problém v současnosti vyřešit. Nicméně tato informace bude podána DC SANANIM ke zvážení.

Celkem 2 klienti by si přáli, aby bylo prostředí více chráněné a častěji se klientům prováděly toxikologické testy.

“Je tu malá kontrola, měli byste nás více testovat.” (uvedl 1 klient)

“Bylo by potřeba nás čas od času otestovat.” (1 klient)

V současné době je tento problém vyřešen a klienti jsou čas od času (většinou nečekaně) testováni.

Klientky M reagovaly na otázku č. 9 v některých ohledech podobně. Jedna matka byla velice nespokojená se *skupinou chráněného bydlení*. Uvedla:

“Tato skupina je velice stereotypní, bez energie a moc dlouhá.”

(Možné řešení viz klienti S výše).

Co se týče služby *chráněného bydlení*, celkem 3 klientky si stěžovaly na nedostatek soukromí na chráněných bytech.

Konkrétně:

“Raději bych bydlela sama než ve dvou.” (uvedly 2 matky)

“Měly by být k sobě dány matky, které mají děti ve stejném věku. Takhle to není moc k vydržení.” (1 matka)

Tyto informace budou předloženy terapeutům chráněného bydlení, aby je vedli v patrnosti, příp. učinili možné změny.

Stejně jako někteří klienti S, tak i jedna matka by si přála, aby se toxikologické testy prováděly častěji.” Uvedla:

“Na to, že to je chráněné bydlení, byste nás měli víc testovat.”

(Možné řešení viz klienti S výše).

A konečně, jedné matce se nelíbilo opakované nedodržování úklidů klienty a navrhovala proto zvýšení sankcí za neplnění povinností. Konkrétně:

“Měly by se zvýšit sankce za neuklizení.”

Od roku 2007 byl zaveden systém sankcí za neuklizení – konkrétně finanční sankce a při dlouhodobější nespolupráci klienta i podmíněčné vyloučení.

**Desátá otázka** zkoumala, *nakolik jsou klienti po 4 měsících na chráněném bydlení připraveni na normální život mimo DC SANANIM a zda mají jistotu ohledně abstinence od své primární drogy.*

Většina klientů obou skupin se cítí být připravena na vstup do normálního života. Jak vyplynulo z výsledků šetření viz otázka č. 4 (str. 62-66), klienti byli celkem úspěšní v naplnění svých osobních plánů (naplnění - klienti S 77 %, klientky M 82 %) a proto je fakt, že se cítí většina klientů obou skupin připravená na normální život - celkem oprávněný.

Ve zjištěných odpovědích mě nejvíce překvapilo, že většina klientek M si není jistá svou budoucí abstinencí. Troufám si však říci, že jak odpovědi u klientů S, tak klientek M jsou velmi subjektivní a skutečnost, že mají někteří klienti úplnou jistotu v abstinenci ještě nemusí znamenat, že abstinentovat i budou. Předpokládám, že klient, který po dlouhodobé závislosti na drogách tvrdí: “drog se nebojím” nebo “všechno zvládnou”, nemá ještě zcela vyhráno. Na druhou stranu je dobré, že většina klientů S se otázkou drog tolik nezabývá, a soustředí se na jiná témata.

**Otázkou 11** jsem zjišťovala, *zda-li klienti po skončení pobytu na chráněném bydlení budou ještě docházet do ambulantního programu.*

Ze zjištěných odpovědí obou skupin klientů vyplynulo, že naprostá většina počítá s tím, že bude i po ukončení pobytu na chráněném bydlení docházet do ambulantního programu na DC SANANIM.

Tento fakt vypovídá o tom, že klienti si ještě zdaleka tolik nevěří ve své abstinenci a fungování mimo chráněné prostředí. Na druhou stranu docházení do ambulantního programu je činem jisté zodpovědnosti, neboť je pochopitelné, že není lehké začít žít mimo chráněné bydlení zcela bez pomoci. A nakonec zjištění, že téměř všichni klienti plánují po skončení pobytu na chráněném bydlení pokračovat v doléčování v DC SANANIM hovoří také o tom, že s tímto zařízením a především jeho službami byli klienti spokojeni.

**Dvanáctou otázkou** jsem zkoumala, *co klienti považují za svůj největší úspěch, kterého dosáhli za dobu pobytu v DC SANANIM.* Tuto otázku jsem zařadila především pro zajímavost. (Konkrétní odpovědi jsem již uvedla na str. 79-80).

## **Závěr**

V dnešní zrychlené a hektické době se mnoho lidí potýká se závislostí na drogách. Naštěstí jsou i tací, kteří se dostali do fáze, kdy chtějí se svou závislostí bojovat. Na pomoc jim v tuto chvíli přicházejí různá zařízení, jejichž výčet a popis jsem již uvedla v počátku mé diplomové práce. Bohužel ne všichni ti, kteří absolvují nějakou residenční protitoxikomanickou léčbu např. v terapeutické komunitě, jsou schopni nadále abstinovat a udržet si své nové návyky, jež si osvojili za dobu léčby. K tomu jim může pomoci právě následná péče, jejímž hlavním cílem je zapojit klienty po léčbě do “normálního” života. Doléčování je dnes již nezbytnou součástí systému péče o drogově závislé.

V České republice existuje deset doléčovacích center, která se zabývají resocializací drogově závislých. Sama v jednom takovém centru pracuji jako sociální pracovnice (Doléčovací centrum SANANIM v Praze), což mě vcelku logicky přivedlo k výběru tématu doléčování pro mou diplomovou práci. V té jsem se pokusila o popis tohoto zařízení a snad i kritickou reflexi včetně popsání principů, pravidel, programů a služeb na nichž se zde staví.

Součástí mé práce byl i výzkum, ve kterém jsem zkoumala, jaká je efektivita služeb programu chráněného bydlení. Respondenty mého výzkumu byly dvě skupiny klientů -



samostatní klienti (klienti S) a klientky matky (klientky M) - jež byly v programu chráněného bydlení Doléčovacího centra SANANIM v roce 2006 právě čtyři měsíce. Při zjišťování efektivity jsem se zaměřila pouze na tyto služby: *individuální terapie, skupinová terapie (tématická skupina, skupina chráněného bydlení, skupina matek), chráněné bydlení a sociální práce*. Konkrétně jsem sledovala, jaké cíle si klienti stanovili na začátku doléčování a jak se jim dané cíle po čtyřech měsících doléčování podařilo naplnit, a které služby jim v tom pomohly a které nikoli.

Z výsledků mého šetření vyplynulo, že efektivita služeb programu chráněného bydlení (celková úspěšnost klientů v plnění stanovených souborů individuálních cílů) činila u klientů S 77% a u klientek M dokonce 82%. Tato zjištěná skutečnost prokázala, že DC SANANIM je plně etablovaným zařízením a poskytuje velmi uspokojivé služby.

Co se týče priority jednotlivých služeb, za nejdůležitější obě skupiny považovaly chráněné bydlení a individuální terapii, následně sociální práci a skupinovou terapii. Klientům S plně dostačovaly nabízené služby, chybělo jim pouze vybavení jako internet, posilovna, horské kolo a dětské hřiště. Jedna klientka M postrádala službu klub pro matky s dětmi.

Dále jsem se ve výzkumu zjišťovala, jak by klienti jednotlivé (výše uvedené) služby hodnotili. Z odpovědí klientů vyplynulo, že nejvýše hodnocené byly služby jako individuální terapie, chráněné bydlení a sociální práce (hodnocené jako velmi přínosné až ucházející služby). Hůře v hodnocení dopadla skupinová terapie (skupina chráněného bydlení, tématická skupina a skupina matek byla hodnocená jako průměrná). Tato zjištěná skutečnost jasně poukazuje na určité nedostatky těchto služeb. Klienti mi naštěstí poskytli informace, proč s některými ze služeb nejsou spokojeni. Ve své práci jsem se těmito konkrétními výhradami klientů k určitým službám podrobně zabývala a pokusila jsem se o předložení návrhů, jak je řešit. Zamýšlela jsem se také nad tím, jaké skutečnosti mohly hodnocení služeb klienty ovlivnit.

Dále z výsledků výzkumu vyšlo najevo, že většina klientů se už po čtyřech měsících cítí být připravena na život venku mimo chráněné prostředí. Svou abstinencí od drog si je jista více než polovina klientů S, a jen třetina klientek M. Téměř všichni klienti plánují po skončení pobytu na chráněném bydlení docházet ještě do ambulantního programu DC SANANIM. Tento fakt vypovídá o tom, že klienti byli s tímto zařízením a především jeho službami spokojeni.

Výzkum jsem prováděla pro potřeby Doléčovacího centra SANANIM a ráda bych jím tak pomohla vylepšit program tohoto centra. Vzhledem ke skutečnosti, že nikdo podobný výzkum v tomto zařízení neprováděl, věřím, že jeho výsledky budou jistě zajímavé a obohacující. Doufám také, že celému terapeutickému týmu poskytnou jistou reflexi v jejich práci a také podporu a motivaci k práci budoucí.

Třebaže program bude korigován až po předložení mé práce Doléčovacímu centru SANANIM a případné změny se budou týkat především nových klientů, myslím si, že samotné rozhovory byly prospěšné i pro klienty, kteří byli na chráněném bydlení v roce 2006 (byli tedy respondenty tohoto výzkumu). Tito klienti si mohli svou léčbu v Doléčovacím centru SANANIM prostřednictvím rozhovoru zrekapitulovat, resp. zmapovat, které cíle se jim podařilo uskutečnit, a které nikoliv a na kterých je třeba nadále pracovat. Někdy se stává, že klienti z odstupem času své úspěchy již nevidí, a proto si myslím, že je dobré jim je připomenout a povzbudit je tak k další práci na sobě.

Mně osobně samotná tvorba diplomové práce poskytla možnost podívat se na své pracoviště především z pozice klientů. Leccos jsem si ve své práci uvědomila a hlavně se skrze ní mnohé naučila, neboť jsem se musela zabývat více do hloubky i jinými službami (např. individuální a skupinovou terapií) než v tomto zařízení sama poskytuji. Věřím, že získané výsledky výzkumu i u mě povedou k tomu, že ve své práci něco pozměním/vylepším.

A závěrem snad mohu konstatovat, že má práce může být prospěšná také jiným podobným zařízením zabývajících se léčbou drogové závislosti, pracovníkům z jiných sociálních oblastí a široké veřejnosti, a především povede k tomu, že více klientů potýkajících se s drogovou závislostí bude řádně absolvovat svou léčbu.

## Seznam použité literatury

ADAMEČEK, David, RICHTEROVÁ-TĚMÍNOVÁ, Martina, KALINA, Kamil. Rezidenční léčba v terapeutických komunitách. In KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

BĚM, P. Složky systému péče v ČR. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2 – Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

*Drop-in* [online].[cit. 2007-06-27]. Dostupný z WWW:  
<<http://www.dropin.cz/dropin.shtml>>.

DVOŘÁČEK, Jiří. Střednědobá ústavní léčba. In KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

HAMPL, Karel. Lékařská ambulantní péče o závislé. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

HRDINA, Petr, KORČIŠOVÁ, Blanka. Terénní programy. In KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KUDA, Aleš. Následná péče jako klíčový faktor v systému léčby závislostí. *Adiktologie : Odborný časopis pro prevenci, léčbu a výzkum závislostí*. 2001, I., č. 2.

KUDA, Aleš. *Následná péče, doléčovací programy*. In KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

LIBRA, Jiří. Nízkoprahová kontaktní centra. In KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

NEŠPOR, Karel. Detoxifikační jednotky. In KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

NEŠPOR, Karel, MÜLLEROVÁ, Marie. *Jak přestat brát (drogy)*. Praha: Sportpropag, 2004. ISBN 80-7071-110-8.

KALINA, Kamil, et al. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha : Filia Nova. 2001. s. 11. ISBN 80-238-8014-4.

KALINA, Kamil, et al. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha : Filia Nova. 2001. s. 22. ISBN 80-238-8014-4.

KALINA, Kamil, et al. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha : Filia Nova. 2001. s. 32. ISBN 80-238-8014-4.

KALINA, Kamil, et al. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha : Filia Nova. 2001. s. 64. ISBN 80-238-8014-4.

KALINA, Kamil, et al. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha : Filia Nova. 2001. s. 91-92. ISBN 80-238-8014-4.

KALINA, Kamil, et al. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha : Filia Nova. 2001. s. 104-105. ISBN 80-238-8014-4.

KALINA, Kamil, et al. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha : Filia Nova. 2001. s. 108. ISBN 80-238-8014-4.

KALINA, Kamil, et al. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha : Filia Nova. 2001. s. 111. ISBN 80-238-8014-4.

KALINA, Kamil, et al. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha : Filia Nova. 2001. s. 117. ISBN 80-238-8014-4.

KALINA, Kamil. Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. In KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 1 : Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil. *Denní stacionáře*. In KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

*Občanské sdružení sananim* [online]. 2004-2006 [cit. 2007-06-27]. Dostupný z WWW: <<http://sananim.cz/history.php>>.

POPOV, Petr. *Programy metadonové a jiné substituce*. In KALINA, Kamil, et al. *Drogy a drogové závislosti 2 : Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády ČR, 2003. s. 223. ISBN 80-86734-05-6.

ROTGERS, Frederick et al. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-836-9

RHODES, Tim. *Terénní práce s uživateli drog – zásady a praxe*. Boskovice: Nakladatelství Albert, 1999. ISBN 80-85834-71-5.

*Seznam zařízení poskytujících služby v protidrogové prevenci, léčbě a resocializaci*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003.

SKÁLA, J. *Historie léčby závislostí v České republice*. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

*Social integration : Finally on the map*. Amsterdam : Steering Committee on Reducing the Nuisance Caused by Addicts, 2000. 125 s.

*Substituce a udržovací programy* [online].[cit. 2007-06-27]. Dostupný z WWW: <[http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc\\_a\\_podpora/substitucni\\_lecba/substituce\\_a\\_udrzovaci\\_programy](http://www.drogy-info.cz/index.php/pomoc_a_podpora/substitucni_lecba/substituce_a_udrzovaci_programy)>.

*Výroční zpráva 2005*. Praha: o.s. SANANIM, 2005.

*Zákon č. 167/1998 Sb. o návykových látkách a změně některých dalších zákonů*. § 2 písm. a). Sbírka zákonů. 1998.



## **Přílohy**

**Příloha č. 1 – Terapeutický kontrakt**

**Příloha č. 2 – Osobní plán I**

**Příloha č. 3 – Osobní plán II**

**Příloha č. 4 – První kontakt**

**Příloha č. 5 – Týdenní plán**

**Příloha č. 6 – Otázky k rozhovoru**

## Příloha č. 1



# TERAPEUTICKÝ KONTRAKT

Terapeutický kontrakt uzavřený mezi Doléčovacím centrem zastoupeným

.....  
a klientem (klientkou) .....

r. č. ....

---

### Spolupráce klienta (ky) s DC bude probíhat za následujících podmínek:

I. Klient (ka) se zavazuje dodržovat Principy a pravidla doléčovacího programu uvedené v Informacích pro klienty.

Za základní jsou považována tyto pravidla:

1. Pravidelná účast v doléčovacím programu za podmínek, které stanovuje terapeutický kontrakt.
2. Abstinence. Účast v doléčovacím programu je podmíněna abstinencí od nelegálních návykových látek a v I. fázi programu i abstinencí od alkoholu, v případě porušení tohoto principu se jedná o relaps. Klient je povinen relaps oznámit garantovi nebo jinému členovi týmu Doléčovacího centra nejpozději do 48 hodin a pracovat s tím v rámci individuálních konzultací a posléze na skupině. V žádném případě se nezúčastňuje pod vlivem drog nebo alkoholu skupinového programu.
3. Zákaz přinášení jakýchkoli drog a alkoholu do Doléčovacího centra.
4. Zákaz fyzického a psychického násilí, projevů intolerance a rasistických projevů.

II. Klient (ka) může být z doléčovacího programu vyloučen, pokud vážně poruší pravidla a/nebo dohodnuté podmínky spolupráce.

---

### Obě strany se dohodly na následující formě spolupráce:

Individuální konzultace .....

Skupinový program .....

Výjimky .....

Poznámky .....

V Praze dne .....

.....  
Za Doléčovací centrum

.....  
Klient (klientka)

## Příloha č. 2



# OSOBNÍ PLÁN

## I

**Jméno:**

**Datum:**

Milá klientko/milý kliente, nastupuješ do první fáze doléčování, tento osobní plán ti bude pomáhat ujasnit si tvé cíle, kterých bys chtěl(a) dosáhnout v této fázi. Tyto úkoly by měly být směřovány do časového horizontu 3 měsíců. (Ale nelekej se, jsi originál, máš tedy i individuální čas na to je zvládnout.)

### **Zaměstnání**

**(současná situace - mám práci, nemám práci; jakou práci bych rád dělal(a), kvalifikace, kde a jak se budu ptát na zaměstnání, do kdy bych si rád(a) našel(našla) trvalé zaměstnání)**

### **Zdravotní stav**

**(Jak na tom jsem dnes, mám závažná onemocnění - hep. C, chrup atd., co udělám pro léčbu - za jak dlouho dobu)**

### **Dluhy - Soudy**

**(znám svoji aktuální situaci - trestní i finanční, jaké úřady, instituce budu kontaktovat, abych tyto věci řešil(a), kdy budu mít "jasno" o své situaci, výpis z trestního rejstříku????)**

### ***Já a moje rodina***

(můj vztah s rodiči - jaký je, je třeba změny, jaké; jaký vztah mám se sourozenci, mám někoho, kdo mi věří, pomáhá, podporuje mne; mám děti, manželku(manžela), jak se o ně starám a vycházím s nimi, mám kontakt) - co mě trápí a jak bych to rád(a) řešil(a)

### ***Drogy - prevence relapsu***

(jak se cítím v Praze, má slabá místa, má strategie prevence relapsu - uveď konkrétní kroky, nyní by jsi neměl pít alkohol - ale jak to vidíš do budoucnosti)

### ***Co po práci***

(co mě baví, co bych rád(a) poznal(a) a vyzkoušel(a), kdy začnu něco dělat)

### ***Soužití - Bydlení***

(kde a s kým teď bydlím/žiji, jak se mi s nimi žije, mám problémy - jaké, co s nimi, kdy si budu hledat jiné bydlení, s kým bych chtěl(a) bydlet)

### ***Jiné***

(to jsou věci, které nejsou obsaženy výše, ale rád bych o nich hovořil(a), rád bych na nich pracoval(a), o čem přemýšlím, jaký život bych chtěl(a) žít)

## OSOBNÍ PLÁN II

Jméno:

Datum:

Milá klientko/milý kliente, přestoupil(a) jsi úspěšně do druhé fáze doléčování a opět máš před sebou "osobní plán". Ten by ti měl pomoci při dalším postupu v tvém doléčování, pomáhat ujasnit si tvé cíle, kterých bys chtěl(a) dosáhnout v této fázi a dokončit či pokračovat s těmi z předchozí fáze. Tyto úkoly by měly být směřovány do časového horizontu 3 a více měsíců. (Ale nelekej se, jsi originál, máš tedy i individuální čas na to je zvládnout.) S některými položkami jsi se již setkal(a) a měly by býti více či méně zajištěny z předchozí fáze. Jsou zde uvedeny jen proto, abys uvedl(a) věci, které nejsou úplně v pořádku a jak v nic budeš pokračovat.

### *Zaměstnání*

(pracuji, uvažuji o změně? Pokud ano, jak a kdy to chci řešit?)

### *Zdravotní stav*

(interferon? Plánuji do 2.fáze nějaké důležité lékařské zákroky?)

### *Dluhy - Soudy*

(jak vypadá můj splátkový kalendář, jaká fin. částka mi zbývá uhradit)

### *Co po práci*

(co mě baví, co jsem poznal(a) a vyzkoušel(a), v čem budu pokračovat)

## ***Soužití - Bydlení***

(kde a s kým teď bydlím/žiji, jak se mi s nimi žije, mám problémy - jaké, co s nimi, kdy si budu hledat jiné bydlení, s kým bych chtěl(a) bydlet, jsem na CHB, je čas začít něco hledat?)

## **Vztahy**

(jaké kontakty se mi podařilo navázat s lidmi mimo DC, jaké to je, nejde-li mi to - čím si myslím, že to je, jak pokračují vztahy s rodinou)

## **Jsem sám se sebou spokojen(a)**

(jaké osobnostní věci bych rád(a) změnil(a), jak se mi žije s tím, kdo jsem, chci něco změnit)

## **Alkohol a drogy v mém životě**

(pít či nepít, chci abstinovat od alkoholu, pořád, nebo jen nějaký čas, chci-li pít - kdy a jak a proč, jaký postoj mám vůči lehkým drogám)

## **Budu se učit**

(chci si začít studovat nějakou školu, rád bych si udělal nějaký kurz, zkusím si zařídit rekvalifikaci, toužím vůbec po něčem, hledám něco, kdy bych rád začal(a), v čem mi to může pomoci, co mi to vezme a dá)

**Příloha č. 4**



# PRVNÍ KONTAKT

Jméno a příjmení .....

Rodné číslo.....

---

Adresa trvalého bydliště.....

Kontaktní adresa a telefon.....

Kontaktní osoba, adresa a telefon

.....

---

Primární droga ..... Aplikace.....

Poslední léčba (odkud klient přichází), způsob ukončení léčby

.....  
Doba abstinence .....

---

Vzdělání .....

Zaměstnání .....

Zdravotní stav

.....

(hepatitida, HIV, závažné somatické nebo psychické onemocnění, medikace)

Ochranná protitoxikomanická léčba.....

Právní problémy, dluhy

.....

---

Ambulantní program.....

Chráněné bydlení (termín nástupu .....

---

Datum.....

Zapsal (a) .....

## Příloha č. 6

### Otázky k rozhovoru

1) Soubor 5 identifikačních otázek:

**“Kolik je ti let?”**

**“Jakou drogu jsi užíval/a? (Na jaké droze si byl/a závislá/závislý?)”**

**“Jakým způsobem jsi si drogu aplikoval/a?”**

**“Jak dlouho si ji užíval/a?”**

**“Jaké je tvoje nejvyšší dosažené vzdělání.”**

2) **“Jakou a jak dlouhou léčbu jsi absolvoval/a (těsně) před nástupem do programu chráněného bydlení na Doléčovací centrum SANANIM?”**

3) **“Jaké cíle jsi si stanovil/a na začátku doléčování? (Čeho by si rád/a dosáhl/a za dobu pobytu v DC SANANIM?)”**

4) **“Nakolik se ti podařilo po 4 měsících doléčování stanovené cíle naplnit?”**

5) **“Po dobu čtyř měsíců jsi využíval/a služby programu chráněného bydlení. Se kterými z cílů, které jsi si stanovil/a na začátku doléčování, ti pomohly:**

- a) individuální terapie
- b) skupina chráněného bydlení
- c) tématická skupina (pouze klienti S)
- d) skupina matek (pouze klientky M)
- e) chráněné bydlení
- f) sociální práce

**K otázce č. 6: “Nyní prosím ohodnot' tebou využívané (právě diskutované) služby.”**

(při hodnocení služby použij škálu: 1 – velmi přínosná, 2 – ucházející, 3 – průměrná, 4 – nepřilíš přínosná, 5 - zbytečná)

- a) individuální terapie
- b) skupina chráněného bydlení
- c) tématická skupina (pouze 'klienti')

- d) skupina matek (pouze matky)
- e) chráněné bydlení
- f) sociální práce

**7) “Zkus seřadit tyto služby dle důležitosti (jak jsou pro tebe významné):** Individuální terapie, chráněné bydlení, skupinová terapie (skupina chráněného bydlení, tématická skupina (pouze klienti S), skupina matek (pouze klientky M)), sociální práce.”

**8) “Přijde ti nabídka služeb dostačující? Chybí ti nějaká služba, případně vybavení?”**

**9) “S čím jsi v programu chráněného bydlení nebyl/a spokojena? Co se ti nelíbilo? Případně, co by jsi změnil/a?”**

**10) “Cítíš se připravený na život venku? Máš zcela jasno ohledně abstinence od své primární drogy?”**

**11) “Budeš ještě docházet do ambulantního programu na DC SANANIM po skončení pobytu na chráněném bydlení?”**

**12) “Co považuješ za největší úspěch, kterého jsi dosáhl/a za dobu pobytu na DC SANANIM? (Za co jsi na sebe nejvíce hrdý/hrdá)?”**