ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/kontakt>

Original research article

Závažnosť problémov vo vybraných oblastiach života závislých osôb vstupujúcich do resocializácie v kontexte celkovej miery ich motivácie

The magnitude of problems in selected areas of the life of addicts entering resocialization in the context of the overall extent of their motivation

*Ľuba Pavelová **

Univerzita Komenského v Bratislave, Pedagogická fakulta, Ústav sociálnych štúdií a liečebnej pedagogiky, Katedra sociálnej práce, Bratislava, Slovenská republika

INFORMACE O ČLÁNKU

Received: 2016-11-09

Received in revised form:
2017-02-06

Accepted: 2017-04-26

Published online: 2017-06-26

Keywords:

Addiction

Problems

Motivation

Resocialization process

ABSTRACT

Addicted persons have a large number of unsolved problems in different areas of their lives. The magnitude of these problems creates external and internal pressure, which is perceived as a motivating factor for the decision of addicted persons to solve their situation. In doing so, we consider the motivation for change and its maintenance as a foundation for entering the healing process and the keeping of abstinence. Motivation of addicted clients is perceived as a part of the “essential treatment-related perceptions” complex. The level of motivation when entering treatment significantly influences the treatment duration, as well as its outcome. This paper provides selected results of conducted research and deals with the extent of problems importance of addicted persons and the whole extent of their motivation while entering the resocialization centre. It presents results of a research conducted on a research set of 138 clients before entering 15 resocialization centres in the Slovak Republic over the course of one year. EuropASI and CMRS standardized questionnaires were used as research tools. The research shows the level of motivation and external circumstances which are crucial for entering and maintaining clients in a resocialization process. Among the identified external circumstances, there is also a high severity of problems in relationship problems in a family system and with people outside a family. This finding points to the legitimacy of social work and its methods and justifies the changes in a system of work with an addicted client towards a systemic work with the whole family.

Kľúčové slová:

závislosť

problémy

motivácia

resocializačný proces

S ÚHRN

Závislé osoby vykazujú preukázateľne veľké množstvo neriešených problémov v rôznych oblastiach svojho života. Závažnosť týchto problémov vytvára vonkajší a vnútorný tlak, ktorý vnímame ako motivačný faktor pre rozhodnutie závislého k riešeniu situácie. Pritom považujeme motiváciu ku zmene a jej udržiavanie za základné

* **Korespondenční autor:** doc. PhDr. Ľuba Pavelová, PhD., Univerzita Komenského v Bratislave, Pedagogická fakulta, Ústav sociálnych štúdií a liečebnej pedagogiky, Katedra sociálnej práce, Šoltésovej 4, 811 01 Bratislava, Slovenská republika; e-mail: pavelova@fedu.uniba.sk; <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2017.04.004>

východisko pre vstup do procesu úzdravy a udržiavanie abstinencie. Motivácia závislých klientov je považovaná za súčasť komplexu významných vnemov súvisiacich s liečbou. Úroveň motivácie pri vstupe do liečby významne ovplyvňuje dĺžku liečby a jej výsledky. Príspevok sa zaoberá mierou závažnosti problémov závislých osôb a celkovou mierou ich motivácie pri vstupe do resocializačného strediska a prináša vybrané výstupy realizovaného výskumu. Prezentuje výsledky výskumu realizovaného na výskumnom súbore 138 klientov pred vstupom do 15 resocializačných centier vo Slovenskej republike v priebehu jedného roka. Ako výskumné nástroje boli použité štandardizované dotazníky EuropASI a CMRS. Výskum ukazuje úroveň motivácie a vonkajších okolností, ktoré sú nevyhnutné pre vstup a udržanie klientov v procese resocializácie. Medzi zistené vonkajšie okolnosti patria vysoká závažnosť problémov vo vzťahových problémoch v rodinnom systéme a s ľuďmi mimo rodiny. Toto zistenie poukazuje na legitimitu sociálnej práce a jej metódy a odôvodňuje zmeny v systéme práce so závislým klientom smerom k systémovej práci s celou rodinou.

© 2017 Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
Published by Elsevier Sp. z o. o. All rights reserved.

Úvod

Pre zvládnutie závislosti ako chronického a recidivujúceho ochorenia je podľa De Leona [1] dôležitý vývinový pohľad na zmenu. Zároveň je dôležitým práve akcent procesu, keď sa závislá osoba vyvíja zo stavu aktívneho abúzu a popierať problém k stabilizovanej abstinencii od psychoaktívnej látky a k neustálemu udržiavaniu „čistého“ stavu. Tento proces nazývame procesom úzdravy, v ktorom predkladáme perspektívu komplexného riešenia života závislých ľudí, nielen samotnej závislosti. De Leon [1] ho popisuje ako jeden zo stavebných kameňov perspektívy terapeutických komunit, ktorá na úzdravu nahliada ako na zmenu životného štýlu a zmenu identity.

Posledné výskumy reagujú na potrebu rozoznať a podporiť motivačné tendencie k abstinencii z dôvodu zefektívniť poskytované intervencie [2, 3].

Problémy v živote závislých osôb a motivácia ku zmene

Multidisciplinárny pohľad na vývoj, udržiavanie a riešenie závislosti potvrdzujú akademici a odborníci z praxe, čo preukazuje potrebu medziodborovej spolupráce v tejto problematike. Úspešným nositeľom tohto pohľadu je odbor adiktológia. Aj podľa Kalinu et al. [4] si medziodborový charakter adiktológie vyžaduje veľmi intenzívnu spoluprácu medzi dotknutými vednými odbormi a samotný odbor adiktológia potom má za úlohu ich poznatky vzájomne prepájať a integrovať. Autor ďalej podporuje multidisciplinárny prístup, ktorý potom zodpovedá jednému zo zreteľných súčasných trendov vývoja vedných odborov a odbornej práce. Vedľa stále väčšej diverzifikácie a hyperšpecializácie, ktorá je zrejma od samotného počiatku vedy v našej civilizácii, sa stále viac dostáva ku slovu medziodborová integrácia, zameraná z rôznych strán na určitý problémový okruh, ohnisko či tému. Bol to práve Jaroslav Skála, zakladateľ českej adiktológie, ktorý medziodborový prístup zastával a presadzoval v dobách, kedy to bolo nezvyklé a kedy dominoval prístup biomedicínsky v konfrontácii s prístupmi sociálno-výchovnými a morálnymi.

Tento pohľad dnes otvára riešenia, ktoré sú potrebné počas celého procesu úzdravy a ktoré nie je možné zabezpečiť jedným odborom, jednou špecializáciou, resp. jedným odborníkom, nech by mal svoje intervencie akokoľvek dobre prepracované. Preto nemôže existovať medzi liečebnou a následnou starostlivosťou hranica a celý komplex práce so závislým klientom v súčasnej dobe budujeme v horizontálnom kontínuu: *predliečebná – liečebná – polielečebná starostlivosť*, ktorá by sa mohla približovať ku koncepcii primárnej, sekundárnej a terciárnej prevencie, ale nemôže ju úplne kopírovať. Vo vertikálnej polohe centrujeme pozornosť nielen na samotného závislého klienta, ale aj na jeho sociálne prostredie a hlavne rodinu, čo podľa Šavrnachovej [5] začína prakticky už prvým kontaktom s príbuznými. Tým rozširujeme podpornú sieť k udržaniu rozhodnutia klienta a jeho motivácie s prihliadnutím na jeho predispozíciu (ovplyvnenú na neurobiologickej úrovni) niektoré situácie nezvládať. Teórie modelu neurobiologického túto úvahu iba podporujú.

Závislosť nefunguje ako fenomén, ktorý existuje bez následných problémov. Tieto sa netýkajú iba samotného závislého klienta, preto aj problémy sprevádzajúce závislosť vnímame ako multifaktoriálne prepojené s rôznymi oblasťami života závislých klientov. Vo všeobecnosti sa prejavujú v oblastiach: rodina a komunita, zdravie, školstvo, kriminalita, práca a zamestnanie.

Mieru problémov so zneužívaním psychoaktívnych látok či závislosťou nevieme presne identifikovať, neexistuje rovnaká miera problémov v čase u konkrétneho človeka, pretože ju ovplyvňujú rôzne okolnosti. Tieto problémy evidujeme hlavne v oblastiach života závislej osoby, ktoré súvisia s kvalitou ich života. Ak je miera závažnosti týchto problémov pre závislého a jeho okolie neúnosná (pričom hranica únosnosti je tiež u každého závislého a jeho rodiny iná), nastáva obdobie zvýšenej priepustnosti vonkajších aj vnútorných tlakov k procesu zmeny. Tieto tlaky môžeme nazývať „motivátormi“, pričom na začiatku procesu úzdravy ide väčšinou o vonkajšie tlaky a okolnosti, ktoré vytvárajú vonkajší rámec pre rozhodovanie závislej osoby. Tieto motivátory predstavujú stimuly, ktoré pôsobia na rozhodovanie závislej osoby a stimulácia je zámerná zo strany osôb, ktoré majú na závislú osobu vplyv, najčastejšie ide o blízku

rodinu. Bez tejto vonkajšej motivácie je len ťažko predstaviteľný prechod k vnútornej motivácii, ktorá je základom pre udržanie zmeny a prijatia nového životného štýlu. Ak sa tak stane, motivácia je jednou zo základných pilierov kvalitného života v abstinencii a jej podpora a udržiavanie je celoživotnou potrebou.

Motív predstavuje určitú vnútornú psychickú silu – popud, pohnútku a podľa Bedrnovej et al. [6] môže byť chápaný ako psychologická príčina alebo dôvod určitého správania či konania človeka, individualizuje jeho prežívanie a dáva jeho činnosti psychologický zmysel. Provazník a Komárková [7] podotýkajú, že každý jednotlivec je neustále ovplyvňovaný nie jedným, ale niekoľkými motívmi navzájom, ktoré sú buď vo vzájomnej zhode, alebo môžu mať opačný smer, intenzitu či stálosť. V dôsledku toho sa motívy, ktoré majú rovnaký smer, vzájomne podporujú a tie, ktoré majú smer rozdielny, motivovanú činnosť narušujú, alebo dokonca znemožňujú.

Termín motivácia pochádza z latinského „movere“ – hýbať, pohybovať. Označuje všetky vnútorné podnety, ktoré nás vedú k určitej činnosti. „Pojem motivácia vyjadruje skutočnosť, že v ľudskej psychike pôsobia špecifické, nie vždy celkom vedomé či uvedomované vnútorné hybné sily – pohnútky, motívy. Tie činnosť človeka (t.j. jeho správanie, resp. poznávanie, prežívanie i konanie) určitým smerom orientujú (zameriavajú) k určitému konaniu. Navonok sa potom pôsobenie týchto síl prejavuje v podobe motivovanej činnosti, motivovaného konania“ [6]. Podľa Kalinu [8] chápeme motiváciu ako „proces usmerňovania, udržiavania a energetizácie správania, proces zvýšenia, alebo poklesu aktivity jedinca. Vplyvom drog sa táto základná osobnostná dimenzia zásadne mení, jednak výsledným poklesom záujmu o čokoľvek iného než záležitosti týkajúce sa drog a jednak stratou energie, ktorú jedinec potrebuje k rastu a prosperite. Je jedným faktorom zo štyroch (ďalšími sú: stupeň závislosti, kvalita osobnosti jedinca, kvalita jeho okolia vrátane sociálneho), ktoré rozhodujú o úspešnosti liečby“.

Motivácia osôb závislých od psychoaktívnych látok v procese úzdravy je dôležitou súčasťou ich schopností a ochoty prijať zmeny, ktoré v abstinencii prichádzajú. Preto je podpora motivácie klientov k tejto zmene súčasťou efektívnych intervencií a môže byť pri ich snahe „ prestať brať“ a „ zostať čistý“ zásadnou.

V adiktologickej praxi často uvažujeme o tom, prečo závislí klienti nevstúpia do procesu úzdravy dostatočne včas, prečo nemajú dostatok sily priznať si svoj problém, prečo rodina situáciu dlho nerieši, a následne po absolvovaní liečby, čo vlastne drží klientov v rozhodnutí abstinovať? Podobných otázok je určite veľmi veľa, ani sami klienti na ne často nevedia odpovedať dostatočne [9].

Môže nám k tomu pomôcť upriamanie pozornosti na to, ako motivácia vzniká a čo ju podporuje. Podporným faktorom je stimul, za ktorý považujú Bedrnová et al. [6] akýkoľvek podnet, ktorý má za následok zmeny v motivácii človeka. Stimuly môžeme členiť podľa vzniku na vnútorné (impulzy) – endogénne, intrapsychické potreby, ktoré znamenajú nejakú zmenu v tele alebo mysli človeka, a vonkajšie (incentívy) – sú to vonkajšie podnety, ktoré sa vzťahujú vrodene alebo naučene k impulzom, teda podnety, ktoré aktivujú určitý motív. Či sa daný stimul, či už impulz

alebo incentív, stane tiež motívom, záleží z veľkej časti na vnútornom prostredí, motivačnej štruktúre konkrétneho človeka, teda jeho motivačnom profile a relatívne stálej pripravenosti prijať, alebo neprijať podnet.

Cieľavedomé ovplyvňovanie a usmerňovanie konania ľudí nazývame podľa Plamínka [10] stimuláciou. Jedná sa o vnútorné pôsobenia na motiváciu človeka a predstavuje súbor vonkajších podnetov, pohnútok či incentívov (odmeny, pochvaly,...), ktoré majú určitým spôsobom usmerňovať konanie človeka, pôsobiť na jeho motiváciu. Stimulácia nemusí prebiehať za všetkých okolností vedomo či zámerne.

Pochopenie motivácie ľudského správania, ako motivácia vzniká a z čoho pramení, je dôležité pre prácu so závislou osobou. Za základné zdroje motivácie označujeme:

- potreby (základný zdroj motivácie všetkých ľudských činností, smeruje k naplneniu potreby);
- návyky (opakované, fixované a automatizované spôsoby činnosti človeka v určitej situácii);
- záujmy (zvláštne druhy motívov, ktoré aktivizujú človeka k činnosti, čím u neho dochádza k uspokojovaniu potreby);
- hodnoty a hodnotové orientácie (v priebehu života si človek vytvára hodnoty alebo hodnotový systém, ktorý usmerňuje správanie jednotlivca a má centrálné postavenie v štruktúre osobnosti);
- ideály (vytvárajú sa predovšetkým vďaka pôsobeniu spoločenských faktorov, ktoré utvárajú osobnosť človeka, napr. rodina a jej výchova a authority všeobecne) [6].

Motivácia určuje úroveň aktivácie, smerovanie a pretrvávajúce samostatného správania. Motivácia sa môže prejavovať pozitívne (smeruje človeka k určitému objektu), alebo negatívne (pokiaľ človek daný objekt odmieta). V tejto súvislosti hovoríme o troch dimenziách, troch rovinách, motivácie. „Jedná sa o dimenziu smeru, dimenziu intenzity a dimenziu stálosti“ [11]. Podľa Bernovej et al. [6] dimenzia smeru motiváciu človeka a následne jeho činnosť určitým smerom zameriava a orientuje, alebo ho od iných smerov odvracia, dimenzia intenzity, je závislá na danom smere motivácie a dimenzia stálosti sa prejavuje mierou schopnosti jedinca prekonávať najrôznejšie vnútorné a vonkajšie prekážky, ktoré sa môžu objavovať pri uskutočňovaní motivovanej činnosti.

Napĺňanie potrieb ako základného zdroja motivácie môže byť pri stimulácii závislej osoby k motivácii zmeny správania kľúčové. Na jednej strane jej potreba opakovane užiť psychoaktívnu látku nemusí byť totožná s predstavami ostatných ľudí v jej okolí, na druhej strane obmedzenie komfortu, teda nenapĺňanie niektorých druhov potrieb, môže zvonku vytvárať tlak a podporiť vnútorné pohnútky závislej osoby. V praxi môžeme využiť toto poznanie a zámerne ovplyvňovať tento proces, zároveň upozorňujeme na potrebu blízke osoby edukovať a dostatočne dlho ich podporovať.

Naša praktická skúsenosť hovorí o rôznych vnútorných pohnútkach, ktoré každý klient má, ktoré sú jeho oporou, sprevádzateľom od prvých náznakov potreby zmeny až po jej realizáciu v konkrétnom prostredí každého abstinujúceho závislého človeka. Ak povieme, že je to motivácia k zmene, čo všetko si pod tým predstavíme [9]? Podľa Lúčnej [12] je dôležitou súčasťou pri liečbe závislých motivácia, moti-

vovať klienta na zmenu doterajšieho životného štýlu, aby nemal potrebu psychoaktívnu látku vyhľadávať. Podľa autorky nemôže byť žiadna metóda liečby úspešná, ak pacient nespôsobuje. U mnohých závislých nie je ale motívom snaha liečiť sa, ale sociálne okolnosti, ako je strata zamestnania, nátlak partnera, hrozba väzenia. Liečba neznamena len prekonanie telesných a duševných príznakov závislosti, zameriava sa aj na spôsob života pacienta, jeho nevhodné a škodlivé návyky, rodinu, sociálne a pracovné problémy, prípadne aj právne. Abstinencia od psychoaktívnej látky nie je cieľ, ale prostriedok na zdravší a spoločensky prijateľnejší život. Pacient nie je len pasívnym prijímateľom, ale sa musí aktívne podieľať na vlastnej liečbe. Tiež Joe et al. [13] uvádzajú, že motivácia je dôležitým faktorom efektivity liečby, priamo i nepriamo ju ovplyvňuje aj terapeutický vzťah.

Metódou, ktorá spĺňa požiadavky na účinné pôsobenie, je terapeutická komunita (ďalej len TK). Pobyt v nej dáva klientovi šancu na zmenu. De Leon [1] tvrdí, že aplikácia princípov TK v širokej variete rôznych terapeutických prostredí, programov a služieb pre závislé osoby je nosnou pre celý proces úzdravy. Pripomína však, že samotné sebadefinovanie programu ako TK ešte neznamena, že je skutočne terapeutickou komunitou, a hovorí, že nie všetky rezidenčné programy liečby pre závislých sú terapeutickými komunitami, nie všetky terapeutické komunity sú v prostredí rezidenčnej liečby a nie všetky programy, ktoré samy seba nazývajú terapeutickými komunitami, využívajú rovnaké sociálne a psychologické modely liečby. V tejto súvislosti de Leon [14] zdôrazňuje rozdiel medzi terapeutickou komunitou a pojmom rezidenčnej liečby závislosti. Rezidenčný terapeutický program (resp. komunitne orientovaný program) nevypovedá o používaní terapeutických modalít metódy TK, pretože nevyužíva ako primárny terapeutický element „komunitu ako metódu“. Súčasne ho nemožno preukázateľne spojiť so signifikantne vyššou úspešnosťou tak, ako je to v prípade TK. Konsenzom, ktorému predchádzal proces niekoľkoročných diskusií a ktorý vystihuje kľúčové body vymedzenia TK pre závislých zdôrazňované odborníkmi, je definícia terapeuticko-komunitnej Svetovej federácie terapeutických komunit (WFTC) z roku 1981 [15].

Metodika a charakteristika súboru

Výskumy v hľadaní príčin a riešení závislosti prebiehajú zväčša samostatne pre jednotlivé vedné odbory zvlášť. Skúmanie rôznych aspektov toho istého javu však je predpokladom pre rozšírenie poznatkov o skúmanom fenoméne a v prípade závislosti nevyhnutnosťou k účinným intervenčným stratégiám. V našom prípade sme sa rozhodli pre skúmanie vzájomného pôsobenia miery závažnosti problémov vo vybraných oblastiach života a mierou motivácie k zmene, ktoré vzájomne pôsobia a prechádzajú naprieč rôzne vedné odbory (psychológia, sociálna práca, pedagogika, právo, ...).

V roku 2013 ukončila Katedra sociálnej práce, Ústavu sociálnych štúdií a liečebnej pedagogiky, Pedagogickej fa-

kulty Univerzity Komenského v Bratislave úspešne výskum VEGA č. 1/0221/11 – Evaluácia výsledkov procesu resocializácie klientov resocializačných stredísk v podmienkach Slovenskej republiky, ktorého cieľom bolo zistiť informácie o stave resocializácie v podmienkach Slovenskej republiky. Jednou časťou tohto výskumu bolo aj získanie informácie o závažnosti problémov a miere motivácie závislých osôb pri vstupe do resocializácie. Výskum prebiehal od 1. 5. 2011 do 30. 4. 2012 v 15 resocializačných strediskách. Výskumný súbor tvorilo 138 dospelých závislých respondentov pri vstupe do 15 resocializačných stredísk. Do výskumu boli zaradení všetci klienti, vstupujúci do uvedených resocializačných stredísk v čase konania výskumu, závislí od rôznych druhov psychoaktívnych látok.

Súbor respondentov tvorilo 16,67 % žien ($N = 23$) a 88,33 % mužov ($N = 115$). Vekové rozpätie bolo 27,53 % v kategórii 18–25 rokov ($N = 38$), 43,48 % v kategórii 26–35 rokov ($N = 60$), 13,77 % v kategórii 36–45 rokov ($N = 19$) a 15,22 % v kategórii nad 45 rokov ($N = 21$).

Výskumným cieľom bolo zistiť mieru závažnosti jednotlivých oblastí v živote respondentov a mieru motivácie respondentov k vstupu do resocializačného strediska.

Použité výskumné nástroje

Metodika EuropASI

Európsky index závažnosti užívania návykových látok [16], ktorý sa zameriava na nasledovné oblasti života: základné údaje, zdravotný stav, stav závislosti (užívanie drog – alkoholu), zamestnanie/zdroj obživy, rodinná anamnéza/sociálne vzťahy, právny status a psychický stav a problémy.

Metodika CMRS

Jedná sa o sebaopisovú päťstupňovú Likertovú škálu zloženú z 18 položiek, ktorá meria tieto 4 faktory:

- okolnosti 1 – vonkajšie vplyvy nastúpiť alebo zostať v procese liečby;
- okolnosti 2 – vonkajšie vplyvy opustiť liečenie;
- motivácia – vnútorné prijatie potreby zmeny;
- prípravenosť na liečbu a vhodnosť programu TK.

V praxi terapeuticko-komunitnej so závislými popisuje De Leon [1] motiváciu ako súčasť komplexu „Essential Treatment-Related Perceptions“ – esenciálneho/nevyhnutného vnímania vzťahujúceho sa k liečbe, ktorého charakteristiky sleduje práve metodika CMRS. Podľa této metodiky je škála miery motivácie rozdelená takto:

1. nízka motivácia: -1 a viac SD menej od zisteného priemeru;
2. nižšia (stredne nízka): do -1 SD a okolo priemeru;
3. vyššia (stredne vysoká): okolo priemeru a do $+1$ SD;
4. vysoká: $+1$ SD a viac.

Vo výskumu bolo použito kompozitórne skóre nasledujúcim spôsobom: 1 – nízka miera závažnosti, 2 – stredná miera závažnosti, 3 – vysoká miera závažnosti.

Výsledky

Miera závažnosti problémov pri vstupe respondentov do resocializačného strediska (RS)

Pri vstupe do RS sme u respondentov ($N = 138$) zistili nasledovné priemerné kompozitórne skóre závažnosti, ktoré je uvedené v tabuľke 1.

Tabuľka 1 – Priemerné kompozitórne skóre závažnosti

Descriptive statistics	Mean (M)	Std. Deviation (SD)	N
MED	0,33	0,24	137
ECON	0,85	0,30	138
LEG	0,21	0,23	138
FAM	0,35	0,21	136
OTH	0,21	0,19	137
PSY	0,28	0,23	137
ALC	0,26	0,22	138
DRU	0,10	0,10	137
SAT	0,29	0,19	137

MED – zdravotný stav; ECON – zamestnanie/zdroj obživy; LEG – právny status; FAM – rodinná anamnéza; OTH – ľudia mimo rodiny; PSY – psychický stav; ALK – užívanie alkoholu; DRU – užívanie iných psychoaktívnych látok ako alkohol; SAT – spokojnosť v oblasti práca a zdroj príjmu.

Najvyššiu mieru vnímania závažnosti problémov udávali respondenti v oblasti Ekonomické zabezpečenie (práca a zdroj príjmu) ($M = 0,85$; $SD = 0,30$). Až 83,33 % ($N = 115$) respondentov vykazovalo vysokú závažnosť ekonomických dôsledkov závislosti, 7,25 % ($N = 10$) malo skóre na úrovni strednej závažnosti problémov (graf 1).

Graf 1 – Závažnosť problémov v oblasti práca a zdroj príjmov na základe kompozitórnych skóre

Strednú mieru vnímania závažnosti problémov udávali respondenti v oblastiach Rodinné vzťahové problémy ($M = 0,35$; $SD = 0,21$) a Zdravotný stav ($M = 0,33$; $SD = 0,24$).

V oblasti Rodinné vzťahové problémy 16,15 % ($N = 21$) výskumnej vzorky dosiahlo vysokú závažnosť rodinných problémov, 40,0 % ($N = 5$) respondentov vykazovalo strednú závažnosť rodinných problémov (graf 2).

Graf 2 – Závažnosť vzťahových rodinných problémov na základe kompozitórnych skóre

V oblasti Zdravotný stav 13,14 % respondentov ($N = 18$) vykazovalo vysokú mieru závažnosti, 40,88 % ($N = 56$) respondentov dosiahlo skóre na úrovni strednej závažnosti zdravotného stavu (graf 3).

Graf 3 – Závažnosť zdravotného stavu na základe kompozitórnych skóre

Miera motivácie dospelých klientov pri vstupe do resocializačného strediska (RS)

Výskumné dáta naznačujú, že pri nástupe do RS boli respondenti relatívne vysoko motivovaní. Nižšiu mieru celkovej motivácie vykazovalo cca 41,5 %, kým cca 58,5 % respondentov vykazovalo mieru vyššej motivácie (graf 4). Priemerné dosiahnuté skóre respondentov na škále CMRS bolo $M = 69,6$ ($SD = 10,44$).

Priemerné dosiahnuté skóre respondentov súboru vzhľadom k miere motivácie (Medián = 71) bolo: 1 – nízka miera motivácie (59,13 a menej); 2 – nižšia stredná miera motivácie (59,14–69,57); 3 – vyššia stredná miera motivácie (69,58–70,02); 4 – vysoká miera motivácie (70,02).

Vybrané vzájomné súvislosti miery závažnosti problémov v jednotlivých oblastiach života respondentov a celkovej miery ich motivácie

Korelácie miery závažnosti problémov v jednotlivých oblastiach života respondentov a celkovej miery ich motivácie pri vstupe do resocializačného strediska boli tiež predmetom nášho záujmu.

Graf 4 – Celkový stupeň motivácie klientov pri vstupe do RS

Celkové skóre motivácie CMRS vykazuje pozitívnu koreláciu s oblasťou života respondentov, viazanou na zdravotný stav ($r = 0,208$, $p = 0,018$). Ostatné oblasti nevykazujú v celkovom skóre CMRS štatistickú významnosť (tab. 2).

Odchody klientov z resocializačného strediska ukazujú na vysoký počet klientov, ktorí vypadnú do 6 mesiacov 37,68 % ($N = 52$) (tab. 3).

Diskusia

Výskumné zistenia prinášajú mnohé závažné informácie. Pre potreby nášho príspevku z nich prezentujeme tri oblasti:

- profil dospelého klienta vo vnímaní závažnosti vo vybraných oblastiach života pri vstupe do resocializačného strediska;

- profil dospelého klienta v miere jeho celkovej motivácie k zmene pri vstupe do resocializačného strediska;
- vybrané vzájomné súvislosti miery závažnosti jednotlivých oblastí života a celkovej miery motivácie.

Profil dospelého klienta vo vnímaní závažnosti problémov vo vybraných oblastiach života pri vstupe do resocializačného strediska vykazuje priemerné kompozitórne skóre závažnosti smerom k:

- a) vysokej miere závažnosti problémov v oblasti ekonomickej zabezpečenia (práca a zdroj príjmu);
- b) strednej miery závažnosti problémov v oblasti zdravotný stav a rodinné vzťahové problémy.

Tieto tri oblasti sa javia ako najproblematickejšie a vyžadujú viac pozornosti pri ich identifikovaní v predliečebnom poradenstve a práci s klientom na jeho motivácii k vstupe do procesu údravy. Ak predpokladáme, že respondentmi vnímaná vysoká a stredná miera závažnosti v týchto troch oblastiach môže vytvárať vonkajší tlak na rozhodnutie k vstupe do procesu údravy, mali by sme pri poradenskej práci so závislým klientom a jeho rodinou túto mieru zisťovať a využívať pri motivačnom rozhovore. Problematickým sa nám javí rodinné prostredie, v ktorom majú samotní rodičia problémy s užívaním psychoaktívnych látok. Z doterajších výsledkov Beckera et al. [2] vyplýva, že adolescenti rodičov, ktorí demonštrovali problematickú konzumáciu alkoholu pred začiatkom liečby, mali najslabšie reakcie na intervenciu. Identifikovaná miera závažnosti problémov vo vybraných oblastiach života závislých osôb pri vstupe do resocializačného strediska tiež poukazuje na dôležitosť prepojenia jednotlivých vedných disciplín v problematike riešenia závislostí v konkrétnej práci so závislým klientom.

Profil dospelého klienta v miere jeho celkovej motivácie k zmene pri vstupe do resocializačného strediska prostred-

Tabuľka 2 – Vzťah: celkové skóre CMRS / kompozitórne skóre v oblastiach EuropASI

	MED	ECON	LEG	FAM	OTH	PSY	ALC	DRU	SAT
TOTAL SUM									
Pearson correlation	0,208	0,071	0,003	0,062	0,049	0,100	0,128	0,156	0,064
CMRS									
Sig. (2-tailed)	0,018	0,423	0,971	0,484	0,581	0,259	0,146	0,078	0,471
N	129	130	130	129	129	129	130	129	129

Tabuľka 3 – Odchod klientov z resocializačného strediska (RS)

	Počet	Percentá	Validne percentá	Kumulatívne percentá
do 2 mes.	25	18,12	18,12	18,12
do 6 mes.	27	19,57	19,57	37,68
6–12 mes.	21	15,22	15,22	52,90
12–18 mes.	10	7,25	7,25	60,14
nad 18 mes.	17	12,32	12,32	72,46
v RS	36	26,09	26,09	98,55
neidentifikované	2	1,45	1,45	100,00
Total	138	100,00	100,00	

níctvom získaných výskumných dát naznačuje, že pri nástupe do RS boli respondenti relatívne vysoko motivovaní.

Po tomto výskumnom zistení je teda otázne, prečo v našom výskume vypadlo z resocializácie do 2 mesiacov pobytu cca 1/5 klientov a v prvom polroku až cca 1/3 klientov. Získané výsledky o ich relatívne vysokej miere motivácie pri vstupe do resocializačného strediska (relatívnej preto, že ide o vonkajšiu motiváciu pod tlakom vonkajších okolností, a teda nie vnútornú motiváciu spojenú s produktívnym náhľadom) poukazujú na pseudodobrovoľnosť vstupu do procesu úzdravy. S týmto zistením by mali odborníci pracovať a chápať tento stav ako fakt, ktorý prináša do procesu úzdravy v tomto období odpor, proklamovanú spoluprácu a manipuláciu zo strany klienta. Aj podľa Kalinu et al. [4] sú v liečebnej praxi behaviorálne prejavy látkovo závislých často vonkajším výrazom alebo odrazom intrapsychického chaosu a ich primárna motivácia býva pozorovateľovi skrytá. Evokuje to otázky smerom k procesu, ktorý by mal zabezpečiť udržanie klientov v resocializačnom stredisku v prvom polroku. Ak uvažujeme v kontexte motivácie respondentov nášho súboru, zisťujeme najnižšiu mieru vstupnej motivácie u respondentov ($N = 23$), ktorí z RS odišli v čase do 2 mesiacov od nástupu $M = 26,39$ ($SD = 6,18$), čo by mohlo v prvom svedčiť pre potenciál predikovať predčasný drop-out týchto respondentov. V ďalšom rade by bolo vhodné efektívne nastaviť intervencie resocializačného strediska, ktoré by kopirovali stav klienta a v tomto období vytvárali prostredie k udržaniu klienta. A v neposlednom rade by mali byť posilňované vonkajšie tlaky – okolnosti, pre ktoré klient nemôže z RS odísť. Za tieto okolnosti považujeme dôslednosť rodičov, ktorí nepodľahnú tlaku svojich detí, že je po krátkom čase všetko v poriadku a trvajú na dlhodobej práci svojho dieťaťa na sebe. Toto ale nedokážu, ak nemajú dostatočnú podpornú intervenciu odborníkov. Okrem toho výsledky výskumov ukazujú, že motivácia k liečbe môže byť zvýšená niekoľkými rôznymi spôsobmi, od práce s jedincom až po všetky zložky organizácie práce v celom procese. To môže znamenať, že pre zvýšenie motivácie pre liečbu v rezidenčnom prostredí sú podľa Brauersa et al. [3] potrebné zásahy na viacerých úrovniach, zahŕňajúce mládež, terapeutov, skupinu pracovníkov a rodičov.

Dôležitou informáciou je aj to, že viac ako polovica prijatých respondentov z resocializácie vypadla do jedného roka, kedy resocializačný proces nie je ešte ukončený a jeho výsledky u klienta dostatočne ukotvené.

Vybrané vzájomné súvislosti miery závažnosti jednotlivých oblastí života a celkovej miery motivácie

Ak je pre respondentov najviac problematickou oblasťou života v korelácii s celkovou mierou motivácie zdravotný stav, môžeme predpokladať, že zlý zdravotný stav respondentov je v celkovej motivácii najsilnejší. To poukazuje na dôležitosť pracovať v predliečebnom poradenstve zdravotníckych a sociálnych pracovníkov s témou zdravia a dôsledkami užívania psychoaktívnych látok na zdravie respondentov a túto tému nepodceňovať. Výskumné zistenia Pavelové et al. [17] poukazujú tiež na vysoké hodnotenia dôležitosti

prvku starostlivosti o zdravie respondentmi výskumu z resocializačných stredísk a zároveň poukazujú na skutočnosť, že spolupracujúce resocializačné strediská venujú vo veľkej miere pozornosť súčasti programu so zameraním na posilňovanie somatického zdravia a náhľadu na zdravotné riziká užívania psychoaktívnych látok. Podľa autorov je rovnako udržiavanie dobrého zdravotného stavu a fyzickej pohody, schopnosť vnímať svoje somatické potreby a ich odlišenie od baženia dôležitou podmienkou prevencie relapsu. Ostatné oblasti života nevykazujú v celkovom skóre CMRS štatistickú významnosť.

Dlhodobé problémy vo vzťahoch s rodičmi a súrodencami sa ukazujú ako viac motivačne ako iné oblasti a je to silný argument pre podporu práce s vonkajšou motiváciou, teda aj práce s rodinou a jej podporou pred alebo aspoň súbežne s prácou na motivácii respondentov.

Osobná skúsenosť ľudí závislých od návykových látok s hodnotiacim a častokrát odmietavým postojom pre nich blízkych ľudí (odmietanie z dôvodu užívania návykovej látky) implikuje zmenu tohto postoja na nehodnotiaci [18]. Neznamená to súhlas so správaním osoby závislej od návykovej látky, ale ide o to, aby nutnosť zmeny vzišla od osoby závislej od návykovej látky. Nehodnotiaci postoj spojený s empatickým porozumením vytvára pre závislého príležitosť, aby mohol preskúmať svoje ambivalentné pocity k zmene, ktorú by mal uskutočniť. Rozpor, ktorý vzniká medzi jeho súčasným správaním (reálne ja) a vytúženým cieľom (ideálne ja), sa stáva motivujúcim činiteľom, ktorý môže spustiť proces zmeny klientovho správania. Práca so sociálnym prostredím klienta, najmä rodinou, je však predpokladom uskutočňovania tejto zmeny. Pri práci s rodinou je efektívne využívať intervencie alebo programy overené výskumom (evidence based practice approach), ktoré v sebe obsahujú aj prvky práce s motiváciou klientov [19].

Odchody klientov v čase do 2 mesiacov a do pol roka od nástupu vnímame v kontexte vyššie uvedeného ako dôsledok nedostatočnej práce s rodinou, ktorá nedokáže sama využívať zdroje vonkajšieho tlaku, ktoré v rukách má. Výzvou pre prácu s klientmi pre podporu ich motivácie v procese resocializácie aj rekonštrukcia ich osobnej identity. Ako uvádza Ondrušková [20], identitu možno chápať aj ako systém presvedčení a spôsobov, prostredníctvom ktorých ľudia dávajú význam svojmu konaniu. Zmenou alebo rekonštrukciou ich obsahov možno podporiť aj zvýšenie motivácie k zmene a proces úzdravy.

Záver

Získané výsledky sú prvými výsledkami takto rozsiahlej štúdie v téme motivácie závislých osôb v slovenských podmienkach. Resocializačné strediská sú viac-menej ponechané na svoje skúsenosti, ktoré nie sú vždy vedecky preskúmané. Poznanie relevantných faktorov z dôležitých oblastí života závislých klientov v kontexte vnútorných i vonkajších motivátorov a pripravenosti k liečbe otvára priestor pre predikciu drop-outu, udržanie klientov v liečbe a následné znútorňovanie ich motivácie. Kľúčové výsledky poukazujú na možnosti riešenia problematiky závislosti posilnením pred a postliečebnej starostlivosti o závislého

klienta a jeho rodinu podporou vzniku denných poradenských centier a resocializačných stredísk. Poradenské centrá by zabezpečovali dostatok priestoru pre prácu s rodinou závislého klienta a s ním samotným pred vstupom do procesu úzdravy a urýchlili proces rozhodovania samotného klienta a stimuláciu jeho motivácie zo strany jeho rodiny. Denné resocializačné strediská by podporili postresocializačný proces a integráciu klienta v jeho prirodzenom prostredí po ukončení pobytu v liečebnej i resocializačnej inštitúcii.

Konflikt záujmov

Autorka prehlasuje, že si nie je vedomá žiadneho konfliktu záujmu týkajúceho sa uvedeného príspevku.

Pod'akovanie

Príspevok vznikol vďaka podpore grantu: VEGA č. 1/0462/14 pod názvom Delikvencia mládeže Slovenskej republiky v kontexte vybraných špecifických faktorov – národná self-reportová výskumná štúdia.

LITERATÚRA

- [1] De Leon G. The therapeutic community: theory, model and method. New York: Springer Publishing Company; 2000.
- [2] Becker SJ, Jones RN, Hernandez L, Graves HR, Spirito A. Moderators of brief motivation-enhancing treatments for alcohol-positive adolescents presenting to the emergency department. *J Subst Abuse Treat* 2016;69:28–34.
- [3] Brauers MJA, Kroneman LM, Otten R, Lindauer R, Popma A. Enhancing adolescents' motivation for treatment in compulsory residential care: a clinical review. *Children and youth services* 2016;61:117–25. [online] [cit. 2016-02-21]. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190740915301250>
- [4] Kalina K, Adameček D, Broža J, Dvořáček J, Dobiášová D, Frouzová M et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada publishing; 2008.
- [5] Šavrnichová M. Sociálne poradenstvo pre rodinných príslušníkov závislého klienta v kontexte spoluzávislosti. Ružomberok: Verbum; 2011.
- [6] Bedrnová E, Nový I, a kol. *Psychologie a sociologie řízení*. Praha: Management press; 2002.
- [7] Provozník V, Komárková R. *Motivace pracovního jednání*. Praha: Ediční středisko VŠE v Praze; 1996.
- [8] Kalina K. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada publishing; 2013.
- [9] Pavelová L. Family in the recovery process of an addicted client. Selected motivational starting points. Bačský Petrovec: Srbské rozvojové združenie; 2015.
- [10] Plamínek J. Tajemství motivace: jak zařídit, aby pro vás lidé rádi pracovali. Praha: Grada publishing; 2007.
- [11] Višňovský L, Kačáni V a kol. *Základy školské pedagogiky*. Bratislava: Iris; 2002.
- [12] Lúčna S. O neoddeliteľných a nevyhnutných súčastiach liečby závislosti. *Čistý deň* 2008;6(4):14–15.
- [13] Joe GW, Simpson DD, Broome KM. Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. *Addiction* 1998;93(8):1177–90.
- [14] De Leon G. Therapeutic communities for substance abuse: developments in North America. In: Rawlings B, Yates R (Eds). *Therapeutic communities for the treatment of drug users*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2001, pp. 79–104.
- [15] Kooyman M. The history of therapeutic communities: a view from Europe. In: Rawlings B, Yates R (Eds). *Therapeutic communities for the treatment of drug users*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2001, pp. 59–78.
- [16] Blacken P, Hendriks VM, Pozzi G, Tempesta E, Hartgers C, Koeter M, et al. European Addiction Severity Index (EuropASI). A guide to training and administering EUROPASI interviews. Lisbon: EMCCDA; 1994.
- [17] Pavelová L, Čavojská K, Hugánová A, Chovancová K, Juhásová A, Kapustová K et al. *Profil klienta pri vstupe do resocializačného strediska*. Bratislava: Iris; 2014.
- [18] Pružinská J. *Person-centred approach in social work*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2013.
- [19] Lulei M. Prevention in the family. In: Herzog-Evans M (Ed.). *Transnational Criminology Manual*. Vol. 3. Nijmegen: Wolf Legal Publishers; 2010, pp. 155–68.
- [20] Ondrušková E. *Sociálnopsychologické kontexty sociálnej práce*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave; 2014.